



ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
А.Я. ЕВТУШЕНКО

Издатель:

НП «Издательский Дом
Медицина и Просвещение»

Адрес:

г.Кемерово, 650056,
ул. Ворошилова, 21
Тел./факс: (3842) 73-52-43
E-mail: m-i-d@mail.ru
www.medpressa.kuzdrav.ru

Шеф-редактор:

А.А. Коваленко

Научный редактор:

Н.С. Черных

Макетирование:

И.А. Коваленко

Директор:

С.Г. Петров

Издание зарегистрировано в
Сибирском окружном межрегиональном
территориальном управлении
Министерства РФ по делам печати,
телерадиовещания и средств массовых
коммуникаций.
Свидетельство о регистрации
№ ПИ 12-1626 от 29.01.2003 г.

Отпечатано:

ООО «АНТОМ», г. Кемерово,
ул. Сибирская, 35

Тираж: 500 экз.

Розничная цена договорная

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Агаджанян В.В., Барбараш Л.С., Ивойлов В.М.,
Колбаско А.В., Калентьева С.В. – ответственный секретарь,
Подолужный В.М. – зам. главного редактора, Чурляев Ю.А.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Ардашев И.П. (Кемерово), Барбараш О.Л. (Кемерово), Брюханов В.М. (Барнаул), Бураго Ю.И. (Кемерово), Галеев И.К. (Кемерово), Глушков А.Н. (Кемерово), Громов К.Г. (Кемерово), Гукина Л.В. (Кемерово), Ефремов А.В. (Новосибирск), Захаренков В.В. (Новокузнецк), Золоев Г.К. (Новокузнецк), Копылова И.Ф. (Кемерово), Криковцов А.С. (Кемерово), Новиков А.И. (Омск), Новицкий В.В. (Томск), Селедцов А.М. (Кемерово), Сергеев А.С. (Кемерово), Сытин Л.В. (Новокузнецк), Тё Е.А. (Кемерово), Устьянцева И.М. (Ленинск-Кузнецкий), Царик Г.Н. (Кемерово), Чеченин Г.И. (Новокузнецк), Шмидт И.Р. (Новокузнецк), Шраер Т.И. (Кемерово), V. Vaks (London, Great Britain)

Обязательные экземпляры журнала находятся
в Российской Книжной Палате, в Федеральных библиотеках России
и в Централизованной Библиотечной Системе Кузбасса

Материалы журнала включены в Реферативный Журнал
и Базы данных ВИНТИ РАН

Спецвыпуск № 10 - 2009

Медицина в Кузбассе: Спецвыпуск № 10-2009: ОПЫТ РАБОТЫ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ В УСЛОВИЯХ ПРОМЫШЛЕННОГО РЕГИОНА. Материалы научно-практической конференции, г. Новокузнецк, 17-18 декабря 2009 г. – Кемерово: ИД «Медицина и Просвещение», 2009. – 122 с.

Спецвыпуск содержит материалы исследований по актуальным вопросам оказания медицинской помощи населению промышленного региона.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ ВЫПУСКА:

Колбаско А.В.

Лукашевич Г.Г.

Чеченин А.Г.

Володина Н.Н.

Соловьева Т.А.

© НП Издательский Дом «Медицина и Просвещение», 2009 г.

Воспроизведение полностью или частями на русском и других языках разрешается по согласованию с редакцией

Полнотекстовая электронная версия издания доступна в Интернет по адресу WWW.MEDPRESSA.KUZDRAV.RU

Уважаемые коллеги! Уважаемые читатели!

Юбилейные публикации научных работ врачей больницы и сотрудников кафедр Новокузнецкого государственного института усовершенствования врачей стали замечательной традицией.

В специальном выпуске журнала «Медицина в Кузбассе» опубликованы материалы научно-практической конференции «Опыт работы клинической больницы в условиях промышленного региона», посвященной 80-летию деятельности городской клинической больницы № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца г. Новокузнецка.

За эти годы больница приобрела статус современного клинического лечебно-профилактического учреждения, в котором выросло не одно поколение высокопрофессиональных специалистов, постоянно внедряются новейшие медицинские технологии.

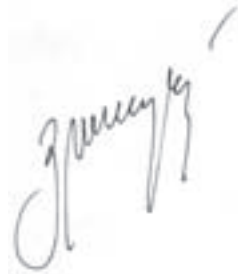
Работая над выпуском этого уникального номера, хотелось еще раз показать, какая уникальная наша больница, какие замечательные люди трудятся в ней, какие имеются проблемы, и как мы их решаем.

Благодарю всех, кто принял участие в издании специального выпуска научно-практического журнала «Медицина в Кузбассе».

Особую признательность выражаю своим коллегам, сотрудникам нашей больницы, вкладывающим душевное тепло в лечение больных, для которых вера и милосердие — основа для выздоровления.

Желаю вам доброго здоровья, уверенности в собственных силах и терпения.

С уважением,
Главный врач
МЛПУ «Городская клиническая больница № 2
Святого великомученика Георгия Победоносца»,
Заслуженный врач РФ
Г.Г. Лукашевич



ДЕСЯТЬ ЛЕТ СПУСТЯ

Со дня образования Муниципального лечебно-профилактического учреждения «Городская клиническая больница № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца» (МЛПУ ГКБ № 2) прошло восемьдесят лет. Свое высоко значимое имя ЛПУ получило в 2000 году в связи с открытием ныне действующей при больнице Церкви Святого великомученика Георгия Победоносца, выполняющей свою главную миссию — духовное утешение больных людей и всех нуждающихся в этом.

Больница является одним из ведущих учреждений системы здравоохранения города, обслуживающей население Центрального района, самого крупного по числу жителей. На него приходится треть жителей города Новокузнецка, хотя за последние 10 лет отмечается явное сокращение населения на 20320 человек или 10 % (1999 г. — 195200 чел., 2008 г. — 174880 чел.). Изменился и возрастной состав структуры населения района, которая имеет регрессивный характер.

Анализ возрастной структуры населения показал, что численность детского населения (0-14 лет) снизилась на 8540 человек или 25,5 % (1999 г. — 33470 чел., 2008 г. — 24930 чел.). Ее доля в общей структуре населения района уменьшилась с 17,1 % в 1999 году до 14,3 % в 2008 году. Доля лиц старшей возрастной группы (50 лет и более), наоборот, возросла и превышает долю детей, и динамика показателя негативна: 1999 г. — 1,6 раза, 2008 г. — 2,2 раза. То есть, налицо процесс старения обслуживаемого населения, который характеризуется существенным увеличением доли населения в возрастной группе 60 лет и старше в структуре всего населения (2008 г. — 16,3 %).

Уровень заболеваемости и смертности населения района остаются высокими. Так, показатель общей смертности возрос с 13,7 на 1000 населения в 1999 г. до 14,3 в 2008 г. (рост — 4,4 %). В демографической ситуации как позитивный сдвиг следует отметить повышение рождаемости. Рождаемость возросла на 38 % — с 7,1 в 1999 г. до 9,8 в 2008 г. на 1000 населения. В результате, показатель естественной убыли населения снизилась с 6,6 до 4,5 человек на 1000 населения. Несмотря на некоторые позитивные тенденции, демографическая ситуация в районе остается напряженной.

Все это увеличивает потребность населения в медицинской помощи и накладывает дополнительную нагрузку на здравоохранение, в частности, на нашу больницу.

Существенной особенностью деятельности больницы является то, что медицинская помощь оказывается, в основном, неработающему населению. Поэтому основной целью деятельности больницы за последнее десятилетие было максимальное удовлетворение потребности населения и повышение качества медицинской помощи. Для ее достижения проведен целый комплекс организационных и технологических мероприятий по совершенствованию медико-санитарной помощи приписному населению. Сегодня больница — это крупный лечебно-диагностический комплекс, оказывающий огромный объем медицинской помощи, в том числе специализированной.

Оказание амбулаторно-поликлинической медицинской помощи осуществляется в трех городских поликлиниках, центре амбулаторной хирургии, двух женских консультациях, отделе медицинского осмотра, физиотерапевтическом отделении, шести здравпунктах, расположенных при профессионально-технических учебных заведениях, трех здравпунктах, расположенных на территориях промышленных предприятий.

Оказание стационарной медицинской помощи осуществляется в следующих отделениях: терапевтическом, кардиологическом, неврологическом, отделении острых отравлений. Филиал областного госпиталя для ветеранов войн распределен в профильных отделениях. Кроме того, имеются реанимационные койки и дневной стационар при стационаре. В больнице хорошо развита параклиническая служба, включающая физиотерапевтическое отделение и диагностические подразделения (лабораторная служба с рядом лабораторий: клиническая, биохимическая, бактериологическая), отделение лучевой диагностики (рентген, УЗИ), отделение функциональной диагностики, эндоскопическую службу. Отделение острых отравлений признано Департаментом охраны здоровья населения области Центром по лечению острых отравлений для жителей юга Кузбасса.

Больница является клинической базой ГОУ ДПО Новокузнецкого ГИУВА и активно сотрудничает с кафедрами: кардиологии, анестезиологии и реанимации, терапии, лучевой диагностики, функциональной диагностики, мануальной терапии, рефлексотерапии и неврологии, амбулаторной хирургии, и учебной базой Новокузнецкого медицинского училища.

За прошедшие десять лет (1999-2008 гг.) в штатной численности больницы изменения произошли незначительные, квалификационная же



характеристика кадров и профессиональный уровень изменились существенно. Если в 1999 году сертификаты имели 70 % врачей и 62 % среднего медицинского персонала, то в 2008 году — 100 % врачей и 80 % среднего медицинского персонала. В 1999 году квалификационную категорию имели 53 % врачей и 55 % среднего медицинского персонала, в 2008 году — 77 % врачей и 71 % среднего медицинского персонала. Увеличилось количество врачей, имеющих первую категорию — с 39,5 % до 60,6 %, высшую категорию — с 8,8 % до 46,7 %; доля среднего медицинского персонала с высшей категорией возросла с 28,2 % до 42,8 %. Это говорит о том, что в больнице уделяется большое внимание профессиональной подготовке и усовершенствованию кадров, свидетельствует о высоком потенциале медицинского персонала. Для этого используются различные организационные формы и методы.

Напрямую с вопросами последиplomной профессиональной подготовки специалистов связано их участие в семинарах, симпозиумах, конференциях. Врачи регулярно посещают городские и областные общества по профильным специальностям (кардиологическое, терапевтическое, анестезиологов-реаниматологов, рентгенологов, эндокринологов, лабораторной диагностики), поскольку общества практикуют проведение школ-семинаров с последующим тестированием. Они, как правило, не только обучаются, но получают удостоверения о прослушанной информации. Это были школы: «Сердечная недостаточность», «Артериальная гипертензия», «Бронхиальная астма», «Малярия» и т.д. Регулярно проводятся тематические конференции, а также научно-практические, например, посвященные юбилеям больницы, Дню победы над фашистской Германией. Последние проводятся ежегодно в мае с привлечением специалистов не только городских, но и других ЛПУ юга Кузбасса, и не только одной специальности, поскольку многие из них совмещают основную работу; так, анестезиологи-реаниматологи и они же — токсикологи, кардиологи, и они же — врачи функциональной диагностики.

Особое внимание уделяется вопросам повышения качества медицинской помощи. Только в 2008 году более 50 врачей прошли обучение и получили удостоверения на кафедре медико-социальной экспертизы. Словом, врачи с особой ответственностью относятся к повышению своего профессионального уровня, что способствует повышению эффективности результативности больницы.

Приоритетным направлением в деятельности больницы все эти годы было и остается оказание первичной медико-санитарной помощи.

Структура амбулаторно-поликлинической службы практически не изменилась, в 2008 году добавились три здравпункта на промышленных

предприятиях. Деятельность службы значительно улучшилась. Основные запланированные показатели перевыполнены. Так, выполнение плана посещений возросло с 96 % в 1999 году до 111,6 % в 2008 году. Выполнение плана функции врачебной должности — с 114 % до 145,4 %. Фактическая функция врачебной должности к 2008 году увеличилась на 21,9 % (с 6256 до 7623 посещений на одну занятую врачебную ставку). Доля посещений по заболеванию снизилась с 73 % до 70,4 %, в том числе первичных — с 30,4 % до 23,3 %, при этом увеличилась доля посещений с профилактической целью — с 27 % до 29,6 %.

Число больных, пролеченных в дневном стационаре при поликлинике и на дому, увеличилось в 1,9 раза (с 3895 до 7295). Улучшились некоторые показатели качества деятельности: уровень качества оказания медицинской помощи возрос с 0,95 до 1,00; показатель вакцинации от дифтерии взрослого населения стабильно составляет 100 %; полная и частичная реабилитация инвалидов увеличилась с 4,7 % до 6 %; охват периодическими осмотрами работающего населения — с 98 % до 100 %.

В профилактической деятельности службы отмечается позитивная динамика: уровень проведения диспансеризации обслуживаемого населения возрос с 67 % до 100 %, в том числе улучшилось планирование диспансерных мероприятий (с 69 % до 100 %) и выполнение планируемых мероприятий (с 77 % до 93 %).

Понимая важность профилактического направления, в 2004 году организован кабинет медицинской профилактики, в работе которого участвуют врачи и средние медицинские сотрудники. Работа осуществляется по следующим направлениям:

- профилактические услуги населению (плакаты, памятки, рефераты, брошюры, буклеты, папки-передвижки);
- выявление среди населения поведенческих факторов риска, разработаны стандарты медицинских технологий профилактики социально значимых заболеваний: проведение дополнительной, углубленной диспансеризации работающего населения с целью выявления факторов риска, которые могут вызвать заболевание;
- гигиеническое воспитание населения: проведение лекций, бесед на различные темы по профилактике заболеваний;
- проведение медико-социологических опросов населения: заполнение анкет;
- организация и проведение массовых акций: дни открытых дверей в отделениях больницы, посвященных отдельным заболеваниям.

Организованы и работают восемь школ здоровья: две школы материнства (1-я, 2-я женские консультации), три школы гипертоника (2-я, 3-я, 4-я поликлиники), школа диабета (4-я поликли-

ника), школа глаукомы (4-я поликлиника), школа бронхиальной астмы (3-я поликлиника). В школах здоровья установлены четыре монитора для просмотра видеофильмов. Все это направлено на профилактику заболеваний, осложнений, на формирование здорового образа населения.

В стационаре больницы в 2000 году открылось отделение для ветеранов войн на 47 коек, с 2002 года оно является филиалом областного госпиталя, где оказывается медицинская помощь ветеранам войны — жителям юга Кузбасса. В 2008 году коечный фонд для круглосуточного пребывания пациентов, по отношению к 1999 году, сократился на 42 койки: с 300 коек в 1999 году до 258 коек в 2008 году, из них 30 коек переоборудованы в койки дневного стационара (терапевтический и неврологический профили), 12 коек были сокращены. Остались без изменения 12 коек реанимационного профиля.

Динамика показателей, характеризующих деятельность коечного фонда за сравнимые периоды позитивна: плановые показатели перевыполняются, что свидетельствует о рациональном использовании коечного фонда (среднего числа дней занятости койки, оборота, числа пролеченных больных, койко-дней). Среднее число дней занятости койки круглосуточного пребывания увеличилось с 341,7 дня в 1999 г. до 360 дней в 2008 г. При этом план выполнялся на 100,5 % в 1999 году и на 107,5 % в 2008 году. Оборот койки при перевыполнении плана (1999 г. — 106,7 %; 2008 г. — 125,8 %) увеличился на 22,6 %. Среднее пребывание больного на койке снизилось с 12,4 дней до 10,7 дней. Больничная летальность уменьшилась на 20,5 % (1999 г. — 3,9 %; 2008 г. — 3,1 %), но досрочная увеличилась на 0,4 %, что говорит о более поздней обращаемости и нарастающей степени тяжести заболеваний. Доля экстренных больных высока: 77 % в 1999 г. и 75,5 % в 2008 г. Доля расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов снизилась с 5,4 % в 1999 году до 3,8 % в 2008 году.

Неотъемлемой частью в лечебно-профилактическом учреждении является деятельность параклинических подразделений. В 2008 году количество исследований значительно возросло: лабораторных — на 40,6 %, рентгенологических, включая УЗИ — 21,6 %, функциональных — 31,9 %, что связано с введением новых технологий, получением новой аппаратуры, в том числе и по программе «Здоровье», с проведением дополнительной диспансеризации.

За последнее десятилетие больница существенно оснастилась современным оборудованием, балансовая стоимость всего оборудования больницы — 78,5 млн. рублей, из них за последние десять лет приобретено новое оборудование на 24 млн. рублей и различный инструментальный на 4 млн. рублей. Кроме того, было получено обо-

рудование по программе «Здоровье» на 21 млн. рублей. В 2007-2008 гг. получены: маммограф рентгеновский, компьютеризированный с ручным и автоматическим управлением; флюорограф цифровой малодозовый стационарный; аппарат рентгеновский стационарный на 2 рабочих места с линейной томографией; система ультразвуковая диагностическая для женской консультации № 2; электрокардиографы для отделения функциональной диагностики; аппаратура для клинической и биохимической лабораторий.

Укрепление материально-технической базы больницы способствует расширению видов оказываемых услуг, созданию условий для внедрения новых технологий, что позволяет на более высоком уровне осуществлять диагностику и лечение пациентов. Так, в биохимической лаборатории используются методы исследований: ИФА-диагностика (гормоны, онкомаркеры), определение ферментов в кинетике (высокая точность), определение лекарственных и наркотических средств методом хромато-масспектрометрии (используется в токсикологии), исследование системы свертывания на новых коагулометрах, исследование электролитов КЩС.

В отделении токсикологии в 2004 году открыт зональный региональный центр острых отравлений, где широко используются: методика прямого химического окисления крови (НЭХОК) гипохлоридом натрия с использованием аппарата ЭДО-4, баротерапия, эфферентные методы лечения (гемосорбция, плазмоферез, антидотовая терапия).

В кардиологическом отделении, в связи с приобретением новой аппаратуры (прикроватные мониторы, передвижной рентгеновский аппарат) и установкой источников бесперебойной питания, предназначенных для подачи электрического напряжения в аварийных ситуациях, появилась возможность установки временных кардиостимуляторов, проведение в любой момент коронарографии, суточного мониторирования ЭКГ и АД. В неврологическом отделении подбор терапии осуществляется методом прикладной кинезиологии, введены: суточное мониторирование АД, эргономика в уходе за тяжелыми больными. Ежегодно внедряются новые мануальные методы в лечении.

В трех территориальных поликлиниках внедрена методика диспансеризации контингента особого внимания. В женских консультациях для своевременной оценки отклонений в течении беременности и развитии плода используются графидограммы, где регистрируются основные показатели лабораторного обследования беременных женщин и тест движения плода. Разработан и используется алгоритм обследования и лечения пациенток с привычным невынашиванием беременности (АТФ, хронический ДВС-синдром, ге-

нетические нарушения в системе гомеостаза), как во время беременности, так и на этапе реабилитации.

Естественно, для выполнения такого объема работ потребовалось особое внимание уделить финансовому обеспечению больницы. Объем финансирования больницы увеличился за последние десять лет в 7,1 раз за счет увеличения тарифов по ОМС, цен на платные медицинские услуги и увеличения тарифов на коммунальные услуги. Появились новые источники финансирования: средства по добровольному медицинскому страхованию, средства областного бюджета (филиал областного госпиталя для ветеранов войн), доходы от деятельности отдела медицинского осмотра и средства, полученные от реализации Национального проекта «Здоровье» и дополнительной диспансеризации. Следует отметить, что финансирование со стороны страховых организаций, работающих в системе обязательного медицинского страхования, увеличилось в 5,4 раз. Средняя стоимость одного пролеченного возросла за 10 лет в 7,5 раз.

Среднемесячная зарплата на 1 штатную должность врача повысилась в 10,7 раз, а среднемесячная зарплата на 1 физическое лицо врачей — в 13,3 раз; по среднему медицинскому персоналу на 1 штатную должность — в 14,9 раз; на 1 физическое лицо — в 16,5 раз; по младшему медицинскому персоналу на 1 должность — в 12,4 раз; на 1 физическое лицо — в 8,6 раз.

Резюмируя вышеизложенное необходимо отметить, что десять лет отлаженной напряженной работы высокопрофессионального коллектива больницы позволили значительно повысить результативность и эффективность деятельности

больницы. Доказательством сказанного является, прежде всего, удовлетворенность населения медицинской помощью. По достоинству оценен государством и труд медицинских работников: четыре сотрудника получили звание «Заслуженный врач РФ», 1 — «Заслуженный работник здравоохранения», 1 сотрудник награжден орденом им. Н.И. Пирогова, 23 человека награждены значком «Отличник здравоохранения», 21 — грамотами и благодарственными письмами Министерства здравоохранения и социального развития РФ, более 180 — различными орденами, медалями, почетными грамотами, благодарственными письмами. В больнице работают 96 ветеранов труда.

Реформирование народного хозяйства страны, затянувшийся кризис не лучшим образом отразились на материальном и ресурсном обеспечении больницы. Тем не менее, администрации больницы удалось сохранить кадровый состав, организационные и технологические инновации, не снижая уровня и качества оказываемой медицинской помощи, но расширив ее объем. Сегодня, встречая свое 80-летие, МЛПУ «Городская клиническая больница № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца» представляет собой крупное лечебно-профилактическое, юридически самостоятельное учреждение, оснащенное медицинским оборудованием, компьютерной техникой и хорошо отлаженным информационным обеспечением, является передовым учреждением в городе и имеет хорошую перспективу в будущем.

Это дает основание надеяться, что коллектив больницы приложит все усилия по сохранению и приумножению достигнутых результатов, и с честью справится с возникшими трудностями, несмотря на международный экономический кризис.



ВОЛОДИНА Н.Н., ЛУКАШЕВИЧ Г.Г.
*МЛПУ «Городская клиническая больница № 2
Святого великомученика Георгия Победоносца»,
г. Новокузнецк*

О РАБОТЕ ФИЛИАЛА ГОСПИТАЛЯ МУНИЦИПАЛЬНОГО ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ «ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 2 СВЯТОГО ВЕЛИКОМУЧЕНИКА ГЕОРГИЯ ПОБЕДОНОСЦА»

Рассматриваются вопросы организации отделения – филиала областного госпиталя, открывшегося в 2002 году. Представлена характеристика данного отделения: размещение пациентов. Анализ работы отделения: количество пролеченных больных, среднее пребывание, преобладающие нозологии среди пролеченных, новые методики, особенности работы, а также планы на будущее.

VOLODINA N.N., LUKASHEVICH G.G.
*Municipal clinical Health Care Facility «City Hospital № 2»,
Novokuznetsk*

ACTIVITY OF BRANCH OF REGIONAL HOSPITAL MUNICIPAL MEDICAL CARE ESTABLISHMENT «TOWN CLINIC № 2 OF GREAT MARTYR ST. GEORGY VICTORIANS»

The problems of in-patient department organization – the branch of regional hospital, which was opened in 2002 – are considered. The characteristic of the given department is presented: placing of patients, the analysis of the department operation (quantity of the treated patients, average stay, prevailing nosology among the treated), new methods, features of work, and also plans for the future.

Учитывая задачу, поставленную правительством перед государством об улучшении качества медицинской помощи, предоставляемой гражданам, особенно той категории лиц, которые много сил и здоровья отдали для сохранения самой России, было принято решение главным врачом Лукашевичем Г.Г. об открытии госпиталя.

В мае 2000 года на базе Муниципального лечебно-профилактического учреждения «Городская клиническая больница № 2» было открыто госпитальное отделение, а с января 2002 года отделение госпиталя получило статус филиала областного госпиталя. В нем получают лечение участники Великой Отечественной войны и лица, приравненные к ним, согласно Федерального закона о ветеранах, проживающих во всех районах города, а также жители городов юга Кузбасса: Осинники, Калтан, Междуреченск, Мыски, Таштагол и Новокузнецкий район.

Отделение Ветеранов войн открыто на 47 коек в составе специализированных профильных отделений: 20 коек – неврологических, 20 коек – терапевтических, 7 коек – кардиологических.

Палаты на трех человек, размещены в соответствующих профильных отделениях. Выделе-

ны врачи и медперсонал, работающие непосредственно с ветеранами. Палаты оснащены всем необходимым: санузел, холодильник, телевизор.

Для пациентов госпиталя выдается специализированная одежда: пижама мужская и женский халат – синего цвета, это помогает в работе, поскольку чисто визуально выделяет их среди всех больных и дает право вызывать на процедуры и обследования вне очереди.

Пациенты направляются в госпиталь планово, из своих поликлиник, согласно очередности, регулируемой заведующими профильных отделений.

За период с 2000 по 2008 гг. пролечено 7978 больных: 2000 г. – 470 чел., 2001 г. – 889, 2002 г. – 965, 2003 г. – 806, 2004 г. – 910, 2005 г. – 960, 2006 г. – 969, 2007 г. – 1009, 2008 г. – 1020 пациентов. После открытия филиала областного госпиталя с 2002 г. пролечено 6639 человек.

Процент выполнения плана по пролеченным всегда превышает 100 %, за последние 5 лет составляет 110 %.

Среднее пребывание пациента на госпитальной койке составляет 16,7 дней. Хотя, если детально проанализировать данные с момента открытия



госпиталя, в первые два года мы пролечивали госпитальных пациентов более длительный срок, до 25 дней, но в связи с большой очередностью пришлось эти сроки уменьшить. С этим контингентом ведется особая работа, так как они требуют большого внимания, основной патологией среди них является хроническая ишемическая болезнь сердца, хроническая цереброваскулярная недостаточность, чаще они бывают сочетаны.

Надо отметить, что инвалиды и участники Великой Отечественной войны составляют большую часть, а именно 53,5 % от всех пролеченных (инвалиды ВОВ — 25,5 %, участники ВОВ — 28 %). Соотношение контингентов в связи с течением времени все же меняется, инвалидов и участников ВОВ вытесняют труженики тыла. На втором месте по числу пролеченных располагаются труженики тыла и составляют в среднем 29,8 %.

Участников боевых действий в Афганистане и Чечне пролечивается еще меньше — 4,8%, с этой группой пациентов особенно сложно, так как если и удастся их госпитализировать, то не всегда они проходят полный курс из-за нарушений больничного режима. Хотя как раз с этим контингентом и надо работать, так как это еще люди работоспособного возраста.

С момента открытия госпиталя ежегодно проводятся рабочие совещания с руководителями амбулаторно-поликлинической сети со всех территорий юга Кузбасса.

Мы работаем следующим образом: инородным Ветеранам боевых действий высылаются путевки в среднем: терапия и неврология — 12-14 путевок в месяц, кардиологическое отделение — 6-7 путевок. Территории на местах подбирают пациентов. Городские ветераны и лица, приравненные к ним, ставятся на очередь заведующими отделениями по звонку участковых терапевтов, заведующих терапевтическими службами из всех поликлиник города. Очередность по городу составляет 2,5-3 месяца. Пролечившись в стационаре, больной выписывается на амбулаторное наблюдение с рекомендациями для участковых врачей. 60%-70% всех госпитальных больных составляют ветераны войн из Новокузнецка и Новокузнецкого района, и лишь 30-40 % составляют пациенты с территорий юга Кузбасса.

Учитывая, что основной патологией среди них являются хроническая ишемическая болезнь сердца, хроническая цереброваскулярная недостаточность, хроническая бронхолегочная патология, нами были внедрены и широко используются в работе все необходимые современные методы диагностики и лечения: холтеровское мониторирование ЭКГ и АД, совместное суточное наблюдение этих параметров, что помогает выявлять скрытую коронарную патологию, сложные нарушения ритма, а также грамотно проводить медикаментозный подбор. Ориентиру-

ясь на полученные данные, широко используем велоэргометрию и доплеровское исследование сосудов. Большую помощь, как в диагностике, так и в лечении, оказывают нейрофизиологические методы исследования: эхоэнцефалография, электроэнцефалография, реоэнцефалография, миография. Для пациентов с хронической obstructивной болезнью легких широко применяется в лечении небулайзерная терапия, спелеотерапия. Большой популярностью среди пациентов пользуются все методы мануальной терапии, иглорефлексотерапия, фармакоаккупунктура, массаж, % охвата которым достигает 100 % (каждый госпитальный больной за период лечения). Часто лечение включает гипербарическую оксигенацию, используя барокамеру. Хороший эффект получаем от лазеротерапии и электросна.

Поскольку госпитальные отделения открыты на базе профильных отделений, широко используются все методы лабораторных исследований. Только по экстренной помощи лаборатории выполняют более 50 видов анализов. Госпитальным больным широко и детально проводятся исследования липидного профиля, свертывающей системы, гликемического, глюкозурического профилей, гормональные исследования. Все это дает возможность грамотно проводить лечение до нормализации статуса пациента. Огромную помощь в лечении этого контингента больных оказывают консультации смежных специалистов, таких как хирург, уролог, ЛОР, гинеколог, фтизиатр, психиатр, эндокринолог, иногда прибегая к еще более узкой консультации таких специалистов, как проктолог, торакальный хирург, сосудистый хирург, травматолог. Поскольку больница работает в тесном контакте с восемью кафедрами ГИДУВа, наши методики постоянно совершенствуются.

Среди контингента особого внимания, получающих лечение в МЛПУ ГКБ № 2, ежегодно и многократно проводится анкетирование, которое помогает увидеть свои недостатки и устранить их. Ежегодно проводя научно-практические конференции, посвященные Дню Победы, мы делимся не только опытом, знаниями и особенностями лечения этого контингента больных по разным нозологиям, но и выявляем общие для всех ЛПУ ошибки, привлекая специалистов амбулаторной сети.

Впереди у нас много работы, но мы считаем, что есть задачи, которые необходимо решать в ближайшее время. А именно: мы планируем улучшить работу по преемственности путем осуществления выездов заведующих отделениями на места в прикрепленные территории для отбора больных на госпитализацию, для анализа качества курации пациентов на местах, открыть диагностическое отделение для догоспиталь-



ного обследования ветеранов на базе 2-й поликлиники.

Еще одной из важных задач по реализации считаем создание бригад для обследования непосредственно на дому контингента особого внимания (КОВ) по прикрепленному за нами населению Центрального района. Также огромную работу необходимо проводить по реабилитации тех лиц, кто в ней нуждается, но это уже совместная деятельность со службой социальной помощи.

В целом, оценивая работу с контингентом особого внимания, необходимо отметить, что, несмотря на трудности, которые мы испытываем с этим контингентом из-за возрастного состава и

тяжести заболеваний, она все же приносит свои плоды. Мы видим эффекты проводимого нами лечения, а в совокупности с государственной программой по ДЛО для этого контингента, лечение стало грамотным и полным по объему.

Для госпиталя за 10 лет произошли видимые изменения по внутреннему благоустройству. Изменился внешний вид в целом всех палат. Отделения стали более благоустроены, что охотно отмечают пациенты, которые давно не были. Но нас, врачей, значительно более радует, что мы сейчас, в своей больнице, можем сделать все необходимые исследования, за исключением дорогостоящих, затратных — КТ и МРТ, которые, думаю, тоже в скором будущем появятся.





ВОРОЖИЩЕВА Г.И.

МЛПУ «Городская клиническая больница № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца»,
г. Новокузнецк

НОВЫЕ СЕСТРИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ – ЗАЛОГ КАЧЕСТВА ОБСЛУЖИВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ

Немаловажной задачей реформы здравоохранения является обеспечение населения специализированной помощью. Значительная роль по достижению эффективности качества обслуживания пациентов отводится новым сестринским технологиям.

VOROZHISCHEVA G.I.

*Municipal clinical Health Care Facility «City Hospital № 2»,
Novokuznetsk*

NEW SESTRINSKIE TECHNOLOGIES – A GUARANTEE QUALITY OF SERVICE PATIENT

The of no small importance problem of the reform of the public health is an ensuring the population by specific help. The Significant role on achievement of efficiency quality of service patient is conducted new technology.

Одной из важных задач государственной политики Российской Федерации в области здравоохранения является повышение качества здоровья и жизни населения. Для ее решения необходимы четкая постановка целей и разработка программ стратегического, тактического и оперативного характера на федеральном, региональном и местном уровнях здравоохранения. Проводимые в течение ряда лет реформы касаются и специальности сестринское дело, потому что именно оно является одной из важнейших составных частей, располагающих значительными кадровыми ресурсами и реальными потенциальными возможностями для удовлетворения потребностей населения. Концептуальный подход к решению массовых проблем в сестринском деле за последние годы принес заметные изменения не только на государственном и региональном уровнях, но и в практике конкретного лечебно-профилактического учреждения МЛПУ «Городская клиническая больница № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», в котором актуальные вопросы сестринского дела решаются путем внедрения современных сестринских технологий.

Приоритетом качества оказания медицинской сестринской помощи являются проблемы ухода за пациентами с тяжелой острой патологией неврологического и кардиологического характера, поскольку этот контингент больных отличается особой тяжестью состояния, быстрым развитием опасных осложнений. Отсюда вытекает главная задача коллективов лечебных отделений – оказание высококвалифицированной специализированной врачебной и сестринской помощи. Показателем квалифицированного ухода во всем мире считается отсутствие осложнений, поэтому каждый специалист со средним медицинским об-

разованием, работающий в отделениях нашей больницы, заинтересован в их минимизации. Так, например, с целью учета «прозрачности» состояния пациента, в отделении неврологии введен такой элемент сестринского процесса, как «Лист оценки состояния пациента». Он позволяет оценить на протяжении нахождения его в отделении уровень сознания, двигательную активность, наличие или отсутствие самоухода, контроль физиологических отпавлений и другие состояния, что позволяет системно отслеживать динамику лечебного процесса больного.

Учитывая высокий процент хронизации заболеваний сердечно-сосудистой системы и нарушений функций опорно-двигательной активности, перед медицинскими работниками нашей больницы постоянно стоит проблема осуществления ухода за тяжелобольными. Медицинские сестры загружены проведением манипуляций (статистика показывает, что на одного пациента, которых пролечивается в стационаре более десяти тысяч в год, приходится 15 внутривенных капельных вливаний и 45 инъекций), это огромный объем работы. Для максимального решения вопроса об упорядочивании ухода за тяжелыми больными в штатное расписание больницы была введена единица сестры милосердия (младшая медицинская сестра), выполняющей обязанности по уходу, работу консультативной сестры под контролем постовой медицинской сестры. Это позволило сэкономить время медицинской сестры для проведения процедур на более качественном уровне.

Необходимость в улучшении обеспечения гарантий качества медицинской сестринской помощи не вызывает сомнения. Качественность медицинской помощи предполагает совокупность таких компонентов, как квалификация персона-



ла, ведение технологического процесса на высоком уровне, своевременность и точность оценки ухудшения состояния пациента при медицинском вмешательстве, наличие ресурсной достаточности (кадровой, материально-технической, лекарственной), удовлетворенность пациента медицинским обслуживанием. Только при выполнении вышеуказанных требований можно говорить об эффективности, качестве медицинской сестринской помощи и, следовательно, об уровне престижа медицинской сестры в целом, так как в сфере сестринского дела проблема престижа деятельности медицинской сестры остается решенной не до конца.

Сегодня медицинская сестра не может считать себя высококвалифицированной, если она не располагает качественной профессиональной подготовкой, глубокими специальными знаниями, мотивацией к самоподготовке, профессиональным интересом к новинкам периодических медицинских изданий таких журналов, как «Главная медицинская сестра», «Сестринское дело», «Медицинская сестра», «Здравоохранение», «Справочник заведующей КДЛ», «Справочник фельдшера и акушерки» и др., библиотека которых у нас собрана с 1999 года и, самое главное, способностью к внедрению инновационных сестринских технологий. Профессионализм складывается не только из индивидуальных качеств медицинского работника, условий его труда, но и из постоянного желания внедрять в практику работы нововведения, изменяющие как отдельную сферу деятельности, так и рабочий процесс в целом. Поэтому значимость профессии медицинская сестра может показать в том случае, если она видит новое, воспринимает его и способна внедрить в производственную деятельность.

Опыт работы нашей больницы показывает, что уровень подготовки медицинского персонала достаточно эффективно влияет на качество обслуживания пациентов. Медицинские сестры с углубленной подготовкой смелее берутся за разработки памяток, протоколов, алгоритмов на каждый вид деятельности медицинской сестры. Эти материалы представляются пациентам, используются в сестринской практике, и по ним ведется контроль качества работы медицинского персонала. Так, в работу процедурных кабинетов внедрен «Технологический протокол деятельности медицинской сестры процедурной». Медицинские сестры, работающие по протоколу, высоко оценивают требования четко расписанных алгоритмов. В профессиональную деятельность медицинских сестер эндоскопических внедрен нормативный документ «Технологический протокол обеспечения антиинфекционной защиты эндоскопических технологий», который способен защитить их от профессиональных инфекционных заражений, если неотступно следовать его выполнению. С его

внедрением аннулированы прежние сложности в тактике работы медицинского персонала данного отделения.

Сборник технологий практической деятельности медицинских сестер и Технологии выполнения простых медицинских услуг позволяют медицинским сестрам уверенно выполнять сестринские манипуляции и исключить осложнения, связанные с работой медперсонала. Еще один, не менее важный, протокол для решения вопросов качества оказания помощи пациентам — отраслевой стандарт «Пролежни». Медицинские сестры получили неоценимую методическую помощь в своей работе. Значимость данного отраслевого стандарта ощутима, прежде всего, по результатам работы неврологического отделения.

Если прежние такие осложнения, как пролежни, отмечались до девяти случаев в год, то с 2008 года они сведены до нулевой отметки.

Инновационная направленность заключается не только во внедрении предоставленных методик свыше, но и в продумывании, издании собственных разработок (Технологические протоколы деятельности медицинской сестры палатной, ухода за пациентами, выполнения сестринских манипуляций, алгоритмы деятельности медицинской сестры, памятки для пациента, их родственников, медицинских сестер), выступлений на научно-практических конференциях, участии в профессиональных конкурсах различного уровня. Такой обмен опытом позволяет изменить отношение пациентов к нашему лечебно-профилактическому учреждению, выраженное в проявлении желания к получению лечения в условиях второй городской больницы. Люди знают, что и лечебный процесс, и процесс ухода за пациентами осуществляется здесь на высоком уровне с неукоснительным выполнением этического деонтологических требований.

Перечисленные составляющие позволяют говорить о том, что медицинская сестра современного уровня, высокой квалификационной подготовки способна поднять не только свой личный престиж, но и престиж специальности сестринского дела в целом.

Определяющая роль в организации работы специалистов со средним медицинским образованием по всем направлениям принадлежит руководителям сестринских служб, так как от медицинской сестры — руководителя зависит эффективность оказания медицинской сестринской помощи. Насколько грамотно и профессионально будет организована работа сестринского звена, настолько успешно и качественно будет проведена работа с пациентами.

Практика работы показывает, что монолидер испытывает сложности в руководстве огромным коллективом, колебания в принятии правильных



решений и поэтому имеется альтернатива — Совет старших медицинских сестер.

В нашей больнице Совет старших медицинских сестер был создан достаточно давно. Именно он помогает главной медицинской сестре в выполнении основной функции: организации деятельности специалистов со средним медицинским образованием.

Старшие медицинские сестры отделений больницы, как руководители современного уровня, направляют медицинских сестер на совершенствование технологий, высокий профессионализм, выкладку инноваций, определение и оценку качества оказания медицинской сестринской помощи по всем разделам работы. Оценку качества трудовой деятельности медицинской сестры определяем путем анкетирования, тестирования, проведения ролевых игр, ответов на билеты и блиц-вопросы, решения ситуационных задач. Наставническая работа по всем направлениям трудовой деятельности проводится с молодыми и вновь пришедшими в коллектив специалистами.

Совет старших медицинских сестер, в котором работают шесть секторов (производственный, санитарный, диетический, амбулаторно-поликлини-

ческий, акушерский и культурно-эстетического воспитания), под руководством Президиума Совета старших медицинских сестер, председателем которого является главная медицинская сестра, проводит регулярные комиссионные проверки планового и ситуационного характера, осуществляет контроль за работой медицинских сестер по вопросам профилактики внутрибольничных инфекций и другим разделам работы, проводимой согласно санитарным правилам, нормативным документам, а также планам работы главной медицинской сестры и Совета старших медицинских сестер.

Постоянный анализ практической деятельности убеждает в том, что руководители среднего медицинского персонала, перед которыми стоят задачи, направленные на организацию квалифицированного труда, профессиональную адаптацию специалистов и качество оказания сестринской помощи, должны иметь высокий уровень квалификации, сознательно относиться к своему делу, уметь оперативно принимать решения в экстремальных ситуациях, исключительно правильно относиться к трудовой дисциплине, быть коммуникабельными, определять профессиональную компетентность своего положения.



БАЖЕНОВА Л.Г., КЕРЕМЕЦКАЯ Е.В., ЗОРИНА Р.М., КУЗНЕЦОВА И.М.,
ЛУКИНА Н.А., КАТЕРНЮК О.В., БЕЛОГОРЛОВА Т.И.

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,

МЛПУ «Городская клиническая больница № 2

Святого великомученика Георгия Победоносца»,

г. Новокузнецк,

Областной центр охраны репродуктивного здоровья,

г. Кемерово

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА УРОВЕНЬ АССОЦИИРОВАННОГО С БЕРЕМЕННОСТЬЮ АЛЬФА-2-ГЛИКОПРОТЕИНА ПРИ ПРИЕМЕ КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ

Изучение зависимости сывороточного уровня ассоциированного с беременностью α -2-гликопротеина (АБГ), маркера онкопролиферативных заболеваний эстрогензависимых органов, у женщин репродуктивного возраста принимающих низкодозированные комбинированные оральные контрацептивы (КОК), показало, что максимальное значение данного белка было характерно для рожавших женщин позднего репродуктивного возраста. Минимальные значения сывороточных концентраций АБГ имели женщины раннего репродуктивного возраста, в анамнезе у которых не было беременностей. Сывороточный уровень АБГ повышался у всех пациенток принимающих КОК, вне зависимости от длительности приема и дозы эстрогенного компонента препаратов.

BAZHENOVA L.G., KEREMETSKAYA E.V., ZORINA R.M., KUZNETSOVA I.M.,

LUKINA N.A., KATERNUK O.V., BELOGORLOVA T.I.

Novokuznetsk State Institute of Physicians Advanced Training,

Municipal clinical Health Care Facility «City Hospital № 2»,

Novokuznetsk,

Regional Center of Reproductive Health Care,

Kemerovo

FACTORS INFLUENCING ON SERUM LEVELS OF PREGNANCY-ASSOCIATED ALPHA 2-GLYCOPROTEIN IN WOMEN TAKING COMBINED ORAL CONTRACEPTIVES

The study of serum levels of pregnancy-associated alpha-2-glycoprotein (alpha-2-PEG), a marker of oncoproliferative diseases of estrogen dependence organs, in women of reproductive age taking low doses of combined oral contraceptives (COC), showed that peak concentrations of this protein were found in post partum women of late reproductive age. Minimal serum levels of alpha-2-PEG were found in women of early reproductive age with no history of pregnancy. The rise in serum levels of alpha-2-PEG was detected in all studied women taking COC with no relationship to duration and dosage of ethinyl estradiol taking.

Эстрогензависимый белок АБГ обладает выраженными иммуносупрессивными свойствами, относится к раково-эмбриональным маркерам, а также к числу неспецифических маркеров клеточной пролиферации и рака эстрогензависимых органов. На протяжении последних 30 лет, в рамках совместной работы сотрудников кафедры акушерства и гинекологии Новокузнецкого государственного института усовершенствования врачей (НГИУВ), городского онкологического диспансера г. Новокузнецка и НИЛ иммунохимии НГИУВ проводится изучение роли белков семейства макроглобулинов в патогенезе

и развитии злокачественных новообразований органов репродуктивной системы.

Исследованиями было доказано наличие корреляции между концентрациями ассоциированного с беременностью альфа-2-гликопротеина (АБГ) и прогрессией рака молочной железы и яичников (Зорина Р.М., 2002; Промзелева Н.В., 2000; Баженова Л.Г., 2005, 2007). Наряду с этим, Medard M.L., Ostrowska L. (2007) установили положительную корреляционную связь между приемом комбинированных оральных контрацептивов (КОК) и частотой возникновения рака шейки матки (РШМ). Согласно результатам их

исследований, риск инвазивного РШМ достоверно увеличивался при приеме КОК в течение 5 лет и более. В свою очередь, Appleby P. с соавторами (2007) подтвердили данную точку зрения результатами своих исследований, показав, что непрерывный прием КОК более 5 лет сочетался с двукратным увеличением риска развития РШМ.

Цель настоящего исследования состояла в изучении зависимости уровня ассоциированного с беременностью сывороточного альфа-2-гликопротеина (АБГ) у женщин разного возраста и паритета от длительности приема КОК и дозы эстрогенового компонента КОК.

Обследованы 38 пациенток репродуктивного возраста (от 17 до 42 лет), принимавших с контрацептивной целью монофазные и трехфазные комбинированные оральные контрацептивы, содержащие этинилэстрадиол в дозе от 20 до 35 мкг. При этом 17 пациенток принимали ультранизкодозированные КОК, содержащие 20 мкг этинилэстрадиола (Новинет, Линдинет, Мерсилон, Логест); 17 женщин — низкодозированные препараты, содержащие 30 мкг этинилэстрадиола (Ригевидон, Марвелон, Ярина) и 4 пациентки — КОК, содержащие 35 мкг этинилэстрадиола (Диане-35, Три-мерси, Три-регол).

С учетом возраста, обследованные были представлены двумя группами: раннего репродуктивного возраста — 30 женщин (79 %) и позднего репродуктивного возраста — 8 пациенток (21 %).

По длительности приема все пациентки были представлены тремя группами. В первую группу вошли 14 женщин, принимавших КОК в течение первых 11 месяцев. Вторая группа состояла из 15 пациенток, принимавших КОК в течение 1-2 лет. В третью группу вошли 9 пациенток, принимавших КОК более 2 лет. Средняя продолжительность приема КОК в этой группе составила $3,7 \pm 1,3$ лет.

Среди всех обследованных 23 женщины (60,5 %) имели в анамнезе в среднем $2,52 \pm 0,3$ беременности, закончившихся родами ($1,24 \pm 0,09$) и медицинскими абортами ($2,08 \pm 0,3$), и 15 женщин в возрасте от 17 до 27 лет не имели в анамнезе беременностей.

Обследованные женщины не имели в анамнезе онкологические заболевания.

Контрольная группа представлена 54 здоровыми женщинами репродуктивного возраста, не принимавшими КОК и не имевшими в анамнезе онкологические заболевания.

Уровни АБГ оценивались методом ракетного иммуноэлектрофореза с использованием моноспецифических антисывороток против данного белка (Зорин Н.А. и соавт., 1992). Статистическую обработку материала проводили при помощи пакета сертифицированных прикладных статистических программ InStat 2.

Результаты исследования установили значимое повышение уровня ассоциированного с беременностью сывороточного альфа-2-гликопротеина у всех обследованных пациенток, принимавших КОК, в сравнении с его значениями у здоровых женщин репродуктивного возраста.

При этом отсутствовала статистически значимая разница в средних значениях уровня сывороточного АБГ в зависимости от дозы этинилэстрадиола, входящего в состав КОК (табл. 1). Вместе с тем, обращало на себя внимание повышение уровня сывороточного АБГ у всех пациенток, которые принимали препараты, в которых содержание этинилэстрадиола было 30-35 мкг и только в 82 % случаев — при приеме препаратов, содержащих 20 мкг этинилэстрадиола (ЭЭ). Длительность приема КОК также не отражалась на сывороточном уровне белка (табл. 2).

Изучение уровней сывороточного АБГ в зависимости паритета показало, что максимальные значения белка, в 16-17 раз превышающие нормативные значения, были характерны для рожавших пациенток позднего репродуктивного возраста, а минимальные концентрации АБГ (ме-

Таблица 1
Уровень сывороточного АБГ в зависимости от дозы этинилэстрадиола, входящего в состав КОК (г/л)

Показатель	Контроль	Прием КОК, содержащих	
		20 мкг ЭЭ	30-35 мкг ЭЭ
АБГ	$0,021 \pm 0,001$ n = 54	$0,103 \pm 0,022$ n = 17 p < 0,0001	$0,088 \pm 0,012$ n = 21 p < 0,0001

Примечание: p — степень значимости различий с контролем.

Таблица 2
Уровень ассоциированного с беременностью сывороточного альфа-2-гликопротеина (г/л) в зависимости от длительности приема КОК

Показатель	Контроль	Длительность приема КОК		
		До года	1-2 года	Более 2 лет
АБГ	$0,021 \pm 0,001$ n = 54	$0,073 \pm 0,014$ n = 14 p < 0,0001	$0,116 \pm 0,021$ n = 15 p < 0,0001	$0,093 \pm 0,026$ n = 9 p < 0,0001

Примечание: p — степень значимости различий с контролем.

нее 0,02 г/л) имели женщины раннего репродуктивного возраста, в анамнезе у которых не было беременностей.

Однако средние значения АБГ у женщин раннего и позднего репродуктивного возраста, принимавших КОК, статистически значимо не различались и составили $0,096 \pm 0,013$ г/л в раннем и $0,091 \pm 0,030$ г/л в позднем репродуктивном возрасте.

Таким образом, прием ультранизкодозированных и низкодозированных комбинированных оральных контрацептивов значимо повышает уровень АБГ, вне зависимости от длительности приема КОК. Отмечено сочетанное влияние паритета и возраста пациенток на уровень белка в сыворотке крови. Максимально высокое повышение концентраций АБГ установлено для рожавших женщин позднего репродуктивного возраста. Исходя из этого, нам представляется возможным продолжить исследования по изучению катамнеза у пациенток, принимавших КОК, для получения доказательной базы риска развития онкопролиферативных заболеваний у рожавших женщин позднего репродуктивного возраста и выбора для них оптимально безопасных препаратов КОК.

ЛИТЕРАТУРА:

- 1 Баженова, Л.Г. Дифференциальная диагностика опухолей и опухолевидных образований яичников /Л.Г. Баженова: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 2007. – 46 с.
- 2 Белки семейства макроглобулинов (МГ, АБГ), иммунные комплексы МГ-IgG в крови больных с опухолями и опухолевидными образованиями яичников /Баженова Л.Г., Зорина В.Н., Покачалова М.В. и др. //Российский вестник акушера-гинеколога. – 2005. – № 4. – С. 11-15.
- 3 Иммунорегуляторные свойства макроглобулинов /Зорин Н.А., Зорина Р.М., Мальцева Н.В. и др. //Международный симпозиум по аллергологии и клинической иммунологии: Тез. докл. – Алма-Ата, 1992. – Т. 2. – С. 129.
- 4 Зорина, Р.М. Макроглобулины: сравнительная характеристика и участие в иммунологических процессах /Р.М. Зорина: Автореф. дис. ... докт. биол. наук. – М., 2002. – 42 с.
- 5 Cervical cancer and hormonal contraceptives: International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer, Cancer Research UK Epidemiology Unit, Oxford, UK /Appleby P., Beral V., Berrington de Gonzalez A. et al. //Lancet. – 2007. – V. 370(9599). – P. 1591-1592.
- 6 Lech M.M., Ostrowska L. Combined oral contraception and the risk of reproductive organs cancer in women //Ginekol. Pol. – 2007. – V. 78(8). – P. 637-641.

БАЖЕНОВА Л.Н., ВАСЕНИНА Е.Д., ГУЩИНА В.В.,
ЛУКАШЕВИЧ Г.Г., КАРГИНА Е.В.

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
МЛПУ «Городская клиническая больница № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца»,
г. Новокузнецк*

РОЛЬ ВРАЧА-КАРДИОЛОГА В РАБОТЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Высокая заболеваемость, смертность и инвалидность пациентов с церебральной патологией требует комплексной медицинской помощи, выработки единой тактики лечения, первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистой патологии, что возможно при сотрудничестве врача невролога и кардиолога. Опыт организации консультативной работы врача-кардиолога в неврологическом отделении больницы № 2 г. Новокузнецка подтверждает данное утверждение.

BAGENOVA L.N., VASENINA E.D., GUSCHINA V.V.,
LUKASHEVICH G.G., KARGINA E.V.
*Novokuznetsk State Institute of Physicians' Advanced Training,
Municipal clinical Health Care Facility «City Hospital № 2»,
Novokuznetsk*

THE CARDIOLOGIST'S ROLE IN THE WORK OF THE NEUROLOGICAL DEPARTMENT

High disease, death rate and physical inability of patients with a cerebral pathology demands complex medical aid, development {manufacture} of uniform tactics of treatment, primary and secondary preventive maintenance of a cardiovascular pathology that is possible at cooperation of the doctor of the neurologist and the cardiologist. Experience of the organization of advisory work of the doctor – the cardiologist in neurological department of hospital № 2 Novokuznetsk city confirms the given statement.

В настоящее время самая высокая заболеваемость приходится на долю сердечно-сосудистой патологии, обуславливающей прогрессирующее повышение летальности и инвалидизации среди населения разных возрастных групп. Острые нарушения мозгового кровообращения представляют собой одно из наиболее распространенных патологических состояний в неврологической практике и клинической медицине в целом. По данным Всемирной федерации неврологических обществ, ежегодно в мире регистрируется не менее 15 млн. инсультов.

В России заболеваемость инсультом составляет 3,4 на 1000 человек в год. В абсолютных цифрах это составляет более 450000 новых инсультов в год [1, 2]. Не менее трети инсультов приводят к летальному исходу в остром периоде. В течение последующего года летальность увеличивается еще на 10-15 %. Инсульт является одной из наиболее распространенных причин инвалидизации. У 80 % выживших после инсульта развивается та или иная степень ограничений в повседневной жизни [3]. Через 5 лет этот показатель увеличивается до 20-25 %.

В настоящее время в России, равно как и в большинстве других стран мира, встречаемость ишемического инсульта (ИИ) значительно превышает встречаемость геморрагического инсульта и составляет 70 % общего числа острых нарушений мозгового кровообращения. Согласно современным представлениям, ишемический инсульт является полиэтиологическим и патогенетически разнородным клиническим синдромом. В каждом случае ИИ следует стараться установить непосредственную причину инсульта, так как от этого в немалой степени будет зависеть терапевтическая тактика, а также способы вторичной профилактики повторных инсультов [4]. Конечно, проблема инсульта в нашей стране стоит остро, но так же остро стоит в нашей стране и проблема прогрессирующего роста кардиальной и других видов сердечно-сосудистой патологии.

Кажущееся разнообразие клинических проявлений разных видов сердечно-сосудистой патологии часто приводит к формированию у врачей разных специальностей совершенно изолированного подхода к «своей» нозологии. В результате терапевты лечат клинические проявления артериальной гипертензии, не обращая внимания на

имеющиеся у пациента или возникающие в ходе лечения расстройства церебрального кровообращения; неврологи ограничивают свою роль в терапии больных сердечно-сосудистой патологии назначением стимуляторов нейрометаболизма, а кардиологи в экстренном порядке переводят в неврологическое отделение пациентов с тяжелой кардиологической патологией из-за появления у них минимальных когнитивных или речевых нарушений [5].

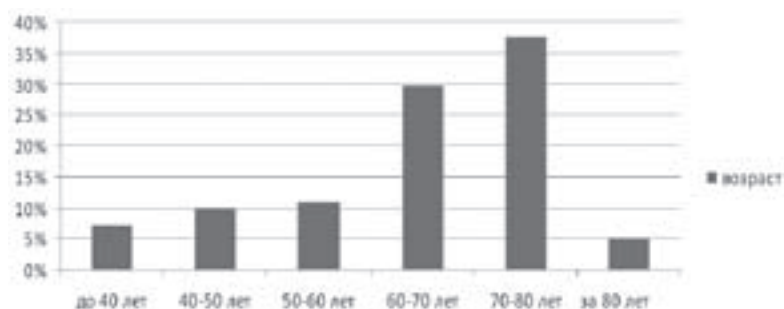
Все сердечно-сосудистые заболевания объединяет общность этиологии и факторов патогенеза, диктующих необходимость общего, мультидисциплинарного подхода к лечению. Зачастую имеющаяся кардиальная патология является провоцирующим или усугубляющим фактором развития или прогрессирования церебрального инсульта, кроме того, базисная терапия инсульта направлена, по сути, на поддержание основных жизненно важных функций организма.

Базисная терапия включает в себя обеспечение адекватного дыхания, поддержание кровообращения, контроль и коррекцию водно-электролитных нарушений, уменьшение отека мозга, профилактику и лечение пневмонии. К основным, модифицируемым или потенциально модифицируемым факторам риска развития инсульта следует отнести артериальную гипертензию с учетом особенностей ее суточной динамики; атеросклероз; атеротромбоз; фибрилляцию предсердий без патологии клапанов; ишемическую болезнь сердца. Отсюда очевидна необходимость организации работы врача-кардиолога в неврологическом отделении.

С ноября 2007 года в неврологическом отделении МЛПУ ГКБ № 2 осуществляется консультативная работа врача-кардиолога на 0,25 ставки. Анализ этой работы за 2008 год позволяет сделать выводы, отметить позитивный результат. За 2008 год кардиологом консультировано 225 пациентов неврологического отделения, 57,1 % женщин и 42,6 % мужчин.

Структура пациентов по возрасту представлена на рисунке.

Рисунок
Структура пациентов по возрасту



Структура пациентов по нозологии: инфаркт мозга – 42,8 %, дисциркуляторная энцефалопатия – 40,9 %, разное – 7,3 %.

Следует обратить внимание на структуру «кардиологической» патологии у анализируемой группы пациентов. Так, у 80 % пациентов имело место сочетание ишемической болезни сердца (ИБС) и артериальной гипертензии (АГ); 66,1 % пациентов имели ИБС с указанием на перенесенный инфаркт миокарда. У 11,4 % пациентов регистрировали пароксизмальную или постоянную форму фибрилляции предсердий; в 16 % случаев имела место гипертоническая болезнь с высокими цифрами АГ; 3 % приходится на пациентов с хронической ревматической болезнью сердца; у 2 % пациентов был диагностирован инфекционный эндокардит.

Тяжесть состояния пациентов сосудистого блока неврологического отделения требует экстренной консультации кардиолога, до 60 % пациентов осмотрены кардиологом в течение первых трех суток с момента госпитализации.

Следует отметить, что из-за высокой летальности и еще более высокой инвалидности даже нефатальный церебральный инсульт смело можно назвать самым тяжелым сердечно-сосудистым событием [5]. Адекватная медицинская, в том числе ургентная, помощь пациентам с церебральным инсультом возможна, зачастую, в том случае, если два специалиста (кардиолог и невролог) выработали единый подход и единый алгоритм терапии и профилактики как начальных, так и развернутых клинических проявлений церебральной патологии. Организация работы врача кардиолога в неврологическом отделении МЛПУ ГКБ № 2 и итоги проделанной работы за год подтверждает это утверждение.

Выводы. Методы профилактики для лиц с факторами риска и методы терапии больных с сердечно-сосудистой, в том числе церебральной патологией во многом схожи, так как направлены на единый патофизиологический каскад. В силу этого эффективное лечение – это основной вид профилактики прогрессирования более тяжелого течения церебрального инсульта у пациентов с сердечно-сосудистой патологией, что возможно при абсолютном сотрудничестве врача невролога и кардиолога.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Инсульт: Практическое руководство для ведения больных; пер. с англ. /Варлоу Ч.П., Меннис М.С., Жван Гейн и др. – СПб., 1998. – С. 629
2. Нарушения кровообращения в головном и спинном мозге /Дамулин И.В., Парфенов В.А., Скоромец Л.Л., Яхно



-
- Н.Л. //Болезни нервной системы: Руководство для врачей /под ред. Н.Н. Яхно, Д.Р. Шульман. – М., 2003. – С. 231-302.
3. Проблемы профилактики ишемии мозга у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Взгляд невролога /Румянцева С.А., Свищева С.П., Кузнецов О.Р., Силина Е.В. //Атмосфера. – 2009. – № 2.
4. Яхно, Н.Н. Инсульт как медико-социальная проблема /Яхно Н.Н., Виленский Б.С. //Русский медицинский журнал. – 2005. – Т. 13, № 12. – С. 807-815.
5. Bogousslavsky, J. The global stroke initiative, setting the context with the International Stroke Society /Bogousslavsky J. //J. Neurol. Sciences. – 2005. – V. 238, Suppl. 1. – P. 166.
- 



БОНДАРЕВ О.И., РАЗУМОВ В.В.
ГУЗ «Новокузнецкое патологоанатомическое бюро»,
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
Центр профпатологии МЛПУ «ГКБ № 1»,
г. Новокузнецк

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БРОНХОВ И АРТЕРИЙ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ УГОЛЬНО-ПОРОДНОЙ ПЫЛИ У ШАХТЕРОВ

Проведено морфометрическое исследование легочной ткани 10 шахтеров, проработавших в условиях запыленности от 1 до 30 лет ($13,4 \pm 3,6$), считавшихся практически здоровыми по результатам динамического наблюдения и погибших при техногенной катастрофе. Установлено, что в респираторной части легких, бронхах и артериях малого круга кровообращения дисрегенераторные, гипертрофические и склерозирующие процессы развиваются одновременно, что свидетельствует о единой патогенетической сущности этих изменений и о системном характере пневмокониоза. Результаты исследования указывают на необходимость совершенствования методов оценки состояния здоровья работников, а также критериев нозологической диагностики пылевой патологии органов дыхания.

BONDAREV O.I., RAZUMOV V.V.
Novokuznetsk Pathologicoanatomic Bureau,
Novokuznetsk State Institute of Physicians Advanced Training,
Municipal clinical Health Care Facility «City Hospital № 1»,
Novokuznetsk

MORPHOMETRICAL CHARACTERISTICS OF BRONCHIS AND ARTERIES OF SMALL CIRCLE OF BLOOD CIRCULATION AT INFLUENCE OF COAL-DUST AT MINERS

We carried out morphometrical researches of pulmonary tissue of 10 miners who had worked in dust conditions from 1 to 30 years ($13,4 \pm 3,6$). They were considered as practically healthy according to the results of dynamic observation and they perished due to technogenic catastrophe. It has been established, that in a respiratory section of lung, bronchis and arteries of small circle of blood circulation disregenerative, hypertrophic and sclerotic changes develop simultaneously, that testifies to the general pathogenetic essence and system character of pneumoconiosis. Research results show the necessity of improvement of methods on the assessment of workers health and of criteria of nosological diagnostics of dust respiratory pathology.

Современные представления о пневмокониозах (ПК) и пылевом бронхите (ПБ) пронизаны противоречиями. По Лощило-ву Ю.А. [4], «этиологическое многообразие ПК не находит убедительного морфологического подкрепления», почему в ныне действующей клинической классификации ПК количество их сведено до трех групп. По Величковскому Б.А. [2], многообразие вариаций «респираторного взрыва», объясняющееся многообразием свойств поверхности и дисперсности пылевых частиц, определяет развитие не менее 5 групп клинически различающихся кониотических процессов, которым патоморфологически не соответствует существующая ныне их клиническая группировка.

Малашенко А.В. [5], по данным патологоанатомических и секционных судебно-медицинских экспертиз, говорит о единой патогенетической и

патоморфологической сущности кониотических проявлений в легких и бронхах. Однако современная трактовка ПБ в профпатологии не признает поражения бронхов кониотическим процессом, что обедняет представления о его сущности, сводит представления о ПК к поражению только респираторной ткани, чем превращает клиническую его диагностику в придаток рентгенологического метода исследования.

Особенностью ПБ считается сочетание дистрофии, атрофии и склероза практически всех структур бронхиальной стенки, выявляемых при фибробронхоскопии уже на стадии «предбронхита» и классифицируемых как первично-дистрофическая бронхопатия, но почему-то с одновременным признанием, несомненно, ведущей роли инфекционного фактора в клинических проявлениях этого ПБ [6]. Общая же патология рассматривает

атрофическую бронхопатию при пылевом воздействии на бронхи как первичную, принципиально отличающуюся от эпителиопатии, сопутствующей банальному хроническому бронхиту [7].

В руководствах по пульмонологии ПК традиционно относился к группе интерстициальных заболеваний легких, среди которых ПБ нет, естественно, места. Современная тенденция в понимании пылевой патологии органов дыхания пытается свести все ее клинические варианты в единую группу хронических обструктивных заболеваний легких (ХОБЛ) профессионального генеза [1, 3]. Эта точка зрения ориентирована вообще не на фиброзирующий процесс, издавна считавшийся сутью ПК.

Внутри- и междисциплинарная противоречивость представлений о сути ПК и ПБ сложилась на фоне изучения их преимущественно экспериментальными методами исследований. В отечественной литературе не набирается даже десятка публикаций о патоморфологических исследованиях ПК на начальных его стадиях.

Цель исследования — изучить морфометрическое состояние структурных компонентов бронхов, артерий малого круга кровообращения и респираторной ткани легких и их межтканевые взаимоотношения на дорентгенологических стадиях кониотического процесса от воздействия угольно-породной пыли у работающих.

Материалы и методы. Светомикроскопическое исследование компартаментов легочной ткани проведено на гистологическом материале 10 случаев судебно-медицинских экспертиз шахтеров (ШХ), считавшихся по результатам периодических медицинских осмотров практически здоровыми и погибших в результате техногенных катастроф. Продолжительность вредного стажа — от 0,5 до 30 лет (13,4 $\pm$ 3,6); возраст — от 22 до 64 лет (36,6 $\pm$ 4,4). Контрольное исследование (КИ) выполнено по 12 случаям судебно-медицинских экспертиз мужчин в возрасте не старше 25 лет, погибших от случайных причин.

Гистологические препараты просматривались на микроскопе Nikon Eclipse E 2000 с цифровой камерой DS Fi1. Для морфометрического исследования использовалась компьютерная программа BioVision 4,0, позволяющая определять линейные размеры с точностью до 0,5 микрона (μ). Программа позволяла по кривизне сегментарных отрезков бронхов или сосудов реконструировать их диаметры. Оценка гистологической картины проводилась с исключением изменений от баротермо- и травматических воздействий. Статистическая обработка данных включала расчеты по параметрам элементарной статистики и многофакторный дисперсионный анализ.

Результаты исследования. Кониотический процесс в респираторной ткани легких манифестировался развитием дис- и ателектазов альве-

ол, наличием в их просвете и стенках кониофагов (КФ), нагруженных пылевыми частицами, набуханием альвеолоцитов, утолщением межальвеолярных перегородок за счет скопления пыли, инфильтрации КФ, расширения капилляров и появления коллагеновых волокон. В интерстициальной ткани имелись очаговые отложения угольной пыли без клеточной реакции; редкие формирующие гранулемы из пыли, КФ, фибробластов с коллагенизацией, а также зоны бесклеточного фиброза, порой с ангиоматозом.

Исследованы бронхи всех калибров, включая хрящевые. В бронхах измерялись внутренний диаметр (Двб), толщины эпителиального слоя (Тэпс), базальной мембраны (Тбмб), собственной пластинки (Тспб), мышечного слоя (Тмшб), слизистых желез (Тж), стенки (Тстб) и перибронхиального склероза (Тпбс). В хрящевых бронхах толщина стенки определялась до хряща, без исследования перихрящевой ткани. Расчетно определялись: величина наружного диаметра бронхов (Днб) как сумма Двб и удвоенной Тстб; а также доля Тстб в Днб по формуле $2 \times \text{Тстб} / \text{Днб}$ (в %). Значение этого параметра трактовали как степень выраженности бронхообструктивности толщины стенки. Линейные размеры в каждом образце измерялись несколько раз.

Днб исследованных бронхов были сгруппированы в диапазоны до 0,5; $> 0,5 - \leq 1$; $> 1,0 - \leq 2,0$; $> 2,0 - \leq 5,0$; $> 5,0 - \leq 10,0$ и > 10 мм. Согласно указанным Днб измерений каждой структуры в группе КИ было выполнено 50- 45- 81- 89- 278 и 78 ($n = 621$), а в группе ШХ — 75- 86- 119- 116- 512- 109 ($n = 1017$). Различия в частотах измерений были недостоверны ($\chi^2 = 7,78$; d.f = 5; $p > 0,05$). Каждая структура в бронхах всех калибров в пределах изучаемой группы подчинялась единой для нее закономерности нарастания или уменьшения своих значений, но между группами характер изменений одной структуры мог быть и разнонаправленным. Поэтому итоговые морфометрические показатели давали представление о закономерностях диаметризависимых их изменений в бронхах в группах КИ и ШХ.

Итоговые величины структур в группах КИ и ШХ выражались соответственно числами: Двб = $3,75 \pm 0,11$ и $4,02 \pm 0,07$ мм ($p < 0,02$); Днб = $4,72 \pm 0,12$ и $5,56 \pm 0,11$ мм ($p < 0,001$); Тэпс = $49,38 \pm 0,82$ и $46,00 \pm 1,12$ μ ($p < 0,02$); Тбмб = $9,26 \pm 0,16$ и $22,45 \pm 0,43$ μ ($p < 0,001$); Тспб = $46,87 \pm 1,37$ и $124,2 \pm 2,28$ ($p < 0,001$); Тмшб = $44,50 \pm 1,18$ и $106,8 \pm 2,69$ ($p < 0,001$); Тж = $140,9 \pm 6,18$ и $227,4 \pm 7,23$ ($p < 0,001$); Тстб = $484,0 \pm 12,56$ и $766,5 \pm 20,61$ ($p < 0,001$); $2 \times \text{Тстб} / \text{Днб} = 23,95 \pm 0,47$ и $24,77 \pm 0,34$ (нд); Тпбс = 0 и $46,47 \pm 1,90$ ($p < 0,001$); Сж = 132614 ± 6128 и 424290 ± 19793 μ^2 ($p < 0,001$); Сж/Сэс = $1,86 \pm 0,12$ и $6,71 \pm 0,39$ ($p < 0,001$).



Диаметрзависимые закономерности изменения морфологической структуры изучены дисперсионным анализом по величине F-критерия, значение которого сопоставлялось с итоговым значением параметра, с характером его изменений при градации диаметра бронхов, а также с аналогичным значением F-критерия в противоположной группе. Все приводимые ниже значения F-критерия были статистически достоверными.

Тэпс в бронхах каждой группы уменьшалась по мере уменьшения калибра бронха, но значения Тэпс в бронхах каждого калибра в группе ШХ была меньше, чем в группе КИ, что оценивалось как проявление дистрофического процесса. Диаметрзависимые значения F-критерия для Тэпс в группах КИ и ШХ выражались числами в 55,16 и 99,68. Более высокие значения F-критерия в группе ШХ интерпретировались здесь и далее как доказательство хотя и сохраненных межтканевых морфообразующих корреляционных взаимодействий, но уже ограниченных в своей вариабельности, почему дисперсия измененных параметров структуры была менее выраженной, чем в группе КИ. Ограничение вариабельности могло указывать на снижение пластической способности структуры. Таким образом, можно было заключить, что хотя дистрофический процесс в эпителиальной оболочке бронхов затрагивал бронхи всех изученных калибров, тем не менее, выраженность этого показателя в бронхах не выходила за пределы межтканевых взаимоотношений.

Базальная мембрана в группе ШХ выявлялась, во-первых, в бронхах всех калибров, в группе КИ – в бронхах диаметром > 1 мм, в связи с чем она визуализировалась со статистически достоверным различием в частотах: в группе ШХ – в 826 случаях (81,2 %), а в группе КИ – в 450 (71,5 %) ($\chi^2 = 17,16$; d.f. = 1; $p < 0,001$). Во-вторых, Тбмб в бронхах каждого калибра в группе ШХ было существенно и статистически достоверно большей, чем в группе КИ, что указывало на выраженность склерозирующего процесса в стенке бронхов. Диаметрзависимые значения F-критерия для Тбмб в группах КИ и ШХ выражались числами в 20,64 и 31,03. Другим проявлением склерозирующего процесса были существенное утолщение собственной пластинки бронхиальной стенки, которая визуализировалась в обеих группах исследованных в бронхах в > 2 мм с одинаковой частотой. Но в группе ШХ большие, чем в группе КИ, размеры собственной пластинки наблюдались в бронхах всех диаметров. Однако диаметрзависимые значения F-критерия для Тспб в группах КИ и ШХ выражались числами 37,90 и 27,37. Меньшее значение F-критерия в группе ШХ, чем в группе КИ, несмотря на большие абсолютные значения, указывало на то, что степень развития соединительной ткани

имела больший разброс, носила хаотический, диаметрнезависимый характер, иными словами, что характер развития соединительной ткани не подчинялся морфообразующим закономерностям межтканевых взаимодействий.

Тмшб в каждой группе исследованных находились в прямой зависимости от калибра бронхов, но ее в группе ШХ в бронхах каждого калибра была существенно большей, чем в группе КИ, указывая на выраженную гипертрофию гладкомышечных клеток (ГМК). Диаметрзависимое значение F-критерия для Тмшб в группах КИ и ШХ выражалось числами 49,48 и 100,61. Таким образом, в группе ШХ существенная гипертрофия ГМК затрагивала бронхи всех изученных калибров.

Слизистые железы выявлялись в обеих группах только в хрящевых бронхах диаметром в > 2 мм с одинаковой частотой. Но в группе ШХ выраженность Тж в бронхах каждого калибра была существенно большей, чем в группе КИ, указывая на их гиперплазию. Диаметрзависимые значения F-критерия для Тж в группах КИ и ШХ выражались числами 32,70 и 25,26. Меньшее значение F-критерия в группе ШХ, чем в группе КИ, несмотря на большие абсолютные значения, указывали на то, что показатели степени развития железистого аппарата имели большой разброс, меньше, чем в группе КИ были связаны с калибром бронхов или, иными словами, что характер гипертрофии железистых структур подчинялся морфообразующим закономерностям межтканевых взаимодействий слабее, чем в группе КИ. Если трактовать гиперплазию слизистых желез как приспособительный процесс по удалению пыли, то автономность гиперплазии могла указывать на истощение компенсаторных возможностей гиперпластического процесса в секреторных железах как на одно из проявлений атрофической бронхопатии.

Склерозирующие, гипертрофические и гиперпластические процессы в стенке бронхов в группе ШХ приводили к тому, что в бронхах любого диаметра Тстб оказалась больше таковой в группе КИ. Диаметрзависимые значения F-критерия для Тстб в группах КИ и ШХ выражались числами 212,0 и 482,2. Развитие перибронхиального склероза также имело диаметрзависимую закономерность: F-критерий равнялся 16,52.

Утолщение стенки бронхов создавало условия к развитию бронхообструктивности и последняя изучена по величине отношения $2 \times \text{Тстб} / \text{Днб}$. В группе КИ эта величина нарастала по мере уменьшения калибра бронхов, то есть уменьшение толщины стенки относительно отставало от уменьшения его диаметра. В группе ШХ тенденция была противоположной, но итоговые значения этого отношения между группами не различались. По полученным данным нельзя

было говорить о развитии в группе ШХ бронхообструктивности. Однако диаметрзависимые значения F-критерия для отношения $2 \times \text{Тстб} / \text{Днб}$ в группах КИ и ШХ выражались числами 84,73 и 51,93. Меньшее значение этого критерия в группе ШХ при больших абсолютных значениях Тстб указывало на то, что вариации отношения толщины стенки структуры к ее циркулярным размерам уже выходили за пределы нормальных межканевых диаметропосредованных соотношений, создавая предпосылки к нарушению кондуктивности. Структуры в последовательности уменьшения их доли вклада (по величине F-критерия) в значение отношения $2 \times \text{Тстб} / \text{Днб}$ в группе ШХ расположились следующим образом: Тмшб (97,3) - Тбмб (92,6) - Сж (45,5) - Тж (39,27) - Тэпс (32,2) - Тспб (9,47) - Тпбс (0,13). Таким образом, среди факторов, имеющих отношение к развитию бронхообструктивности, перибронхиальный склероз занимал последнее место, при этом значение F-критерия его бронхообструктивности было статистически недостоверным. Противоречия со статистически достоверной зависимостью выраженности перибронхиального склероза от калибра бронхов по F-критерию (16,52) здесь нет: существенные доли вклада других морфологических структур в отношение $2 \times \text{Тстб} / \text{Днб}$ нивелировали влияние перибронхиального склероза на его значения. Первое место гипертрофии ГМК среди факторов бронхообструктивности рассматривалось нами доказательством этой гипертрофии как патогенетического звена разыгрывающихся атрофических, гиперпластических и склерозирующих процессов, а не только как вторичной компенсаторной реакции.

Подтверждением высказанному предположению были значения F-критерия доли вклада Тж и Сж в Тмшб. В группах КИ и ШХ они выражались числами для Тж 8,99 и 11,42, а для Сж — 12,94 и 60,63, соответственно. Большие значения F-критерия в группе ШХ могли в известной степени быть проявлением гипертрофии ГМК в ответ на гиперплазию слизистых желез. Но, поскольку значение F-критерия вклада Тмшб в Тст (100,61) было значительно больше таковых для Тж (25,26) и Сж (29,94), можно было говорить о гипертрофии ГМК не столько как о компенсаторной реакции на избыточное образование слизи, сколько как об одном из патогенетических звеньев атрофического и склерозирующего процессов в бронхах. На такую возможность указывали значения F-критерия доли вклада Тмшб в Тпбс — 27,29.

Аналогично исследовано состояние артерии малого круга кровообращения (МКК) и соотношения структур их стенок. В артериях измерялись внутренний диаметр (Два); толщина эндотелиального слоя (Тэнс), мышечного слоя (Тмша) и периваскулярного склероза (Тпвс). Расчетно

определялись: величина наружного диаметра артерии (Днб) как сумма Два и удвоенной Тэнс; доля Тэнс в Дна по формуле $2 \times \text{Тэнс} / \text{Днб}$ (в %). Значение этого отношения трактовали как показатель выраженности вазообструктивности толщины сосудистой стенки. Линейные размеры в каждом образце измерялись несколько раз. Диапазоны Дна исследованных артерий были следующими: $100 - \leq 250$; $> 250 - \leq 500$; $> 500 - \leq 750$ и $1000 - \leq 750$ м. Согласно указанным Дна измерений в группе КИ было выполнено 80- 50- 34- и 4 ($n = 168$), а в группе ШХ — 259- 167- 155- и 13 ($n = 594$). Различия в частотах измерений были недостоверны ($\chi^2 = 2,43$; $d.f = 3$; $p > 0,05$).

Каждая морфологическая структура в артериях была прямо пропорционально связана с диаметром артерии, и эта закономерность была свойственна обоим группам исследованных. Поэтому итоговые морфометрические показатели давали общее представление о закономерностях изменений в артериях МКК в группе ШХ. Их значения в группах КИ и ШХ выражались, соответственно, числами: Два = $307,9 \pm 18,54$ и $277,1 \pm 7,90$ м ($p < 0,02$); Дна = $336,4 \pm 19,17$ и $345,9 \pm 9,22$ м (нд); Тэнс = $3,12 \pm 0,19$ и $6,34 \pm 0,30$ м ($p < 0,001$); Тмша = $13,19 \pm 0,60$ и $32,00 \pm 1,04$ м ($p < 0,001$); Тста = $14,31 \pm 0,70$ и $35,40 \pm 1,07$ м ($p < 0,001$); $2 \times \text{Тста} / \text{Дна} = 10,12 \pm 0,48$ и $22,15 \pm 0,44$ ($p < 0,001$) и Тпвс = $15,77 \pm 0,86$ и $46,59 \pm 3,04$ ($p < 0,001$). Все структуры стенки артерий в группе ШХ были статистически достоверно большими, чем в группе КИ, кроме значений внутреннего и наружного диаметров.

Эндотелий визуализировался в группе КИ в 29,8 % случаев, в группе ШХ — в 43,8 %, и это различие было статистически достоверным ($\chi^2 = 10,65$; $d.f = 1$; $p < 0,001$). Кроме того, Тэнс в артериях каждого калибра в группе ШХ была большей, чем в группе КИ, что трактовалось как проявление эндотелиоза. Диаметрзависимые значения F-критерия для Тэнс в группах КИ и ШХ выражались числами 11,69 и 48,27. Трактовка значения F-критерия уже приводилась выше.

Тмша в группе ШХ в артериях каждого калибра была большей, чем в группе КИ, указывая на выраженность гипертрофии ГМК сосудистой стенки. Диаметрзависимое значение F-критерия для Тмшб в группах КИ и ШХ выражалось числами 56,21 и 152,5. Эндотелиоз и гипертрофия ГМК в артериальной стенке в группе ШХ приводили к тому, что Тста в артериях любого диаметра были больше таковой в группе КИ. Диаметрзависимые значения F-критерия для Тста в группе КИ и ШХ выражались числами 41,57 и 163,3. Периваскулярный склероз был выявлен в 94 % измерений в группе ШХ и отсутствовал в группе КИ, что указывало на развитие в этой группе выраженного периваскулярного склероза.

Диаметрзависимое значение F-критерия на Тпвс выражалось числом 62,67, указывая на сохранность морфообразующих межтканевых соотношений, несмотря на выраженность склерозирующего процесса

Степень вазообструктивности определялась по величине отношения $2 \times T_{ста} / D_{на}$. В каждой группе обследованных эта величина нарастала по мере уменьшения диаметра. Структуры в последовательности уменьшения их доли вклада (по величине F-критерия) в значение отношения $2 \times T_{стб} / D_{нб}$ расположились следующим образом: Тмша (24,25) - Тэпс (6,27) - Тспб (9,47) - Тпвс (4,63). Таким образом, в развитии вазообструктивности периваскулярный склероз занимал последнее место среди морфологических структур, влияющих на ее развитие. На первом месте в развитии вазообструктивности стояла гипертрофия ГМК.

Значение F-критерия доли вклада Тпвс в Тмша выражалось числом 45,10, что позволяло заподозрить роль периваскулярного склероза в развитии гипертрофии ГМК. Однако значения F-критерия доли вклада Тмша в Тпвс выражались еще большим числом (55,45), что указывало на первичность развития гипертрофии ГМК по отношению к периваскулярному склерозу. Таким образом, и в случае гипертрофии ГМК стенки сосудов имелись доказательство первичности развития гипертрофии ГМК как патогенетического звена патологических изменений в структурах стенки артерий.

Выводы:

1. Кониотический процесс от воздействия угольно-породной пыли одновременно поражает респираторную часть легких, бронхи и артерии малого круга кровообращения, проявляя себя даже в рамках системы органов дыхания как системное заболевание.
2. Атрофическая бронхопатия, включающая дистрофические изменения эпителия, склерозирование стенки бронхов, гиперплазию железистых структур и перибронхиальный склероз в сочетании с признаками поражения сосудов малого круга кровообращения клинически соответствует понятию «пылевой бронхит» и может рассматриваться бронхитическим маркером пневмокониоза.
3. Эндотелиоз, гипертрофии гладкомышечных клеток и периваскулярный склероз артерий малого круга кровообращения являются одними из начальных проявлений кониотического процесса, создающих условия для раннего повышения давления в легочной артерии и указывающих на обязательность изучения гемодинамики малого круга кровообращения

у работающих в условиях повышенной запыленности.

4. Гипертрофия гладкомышечных клеток в бронхах и артериях малого круга кровообращения как тканевых структур, причастных к синтезу коллагена, ремоделирующим и склерозирующим процессам, является одним из патогенетических звеньев кониотического процесса, а не только банальным проявлением «компенсаторной реакции».
5. Одновременная реакция всех тканевых компартаментов бронхов, респираторной ткани легких и сосудов малого круга кровообращения с развитием дисрегенераторных, гипертрофических и склерозирующих процессов характеризует кониотический процесс как общепатологическую проблему межтканевых и межклеточных взаимодействий, не входящих в компетенцию концепции ХОБЛ в связи с функциональным характером положенной в ее основу платформы, морфологически нозологической обезличенностью и ориентацией на решение сугубо прагматических целей.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Факторы риска и реабилитация рабочих с хронической обструктивной болезнью лёгких в условиях крупного промышленного предприятия /Бобров С.В., Кузнецова Г.В., Люлина Н.В., Железняк М.С. //Медицина труда и промышленная экология. – 2008. – № 11. – С. 11-15.
2. Величковский, Б.Т. Патогенез и классификация пневмокониозов /Величковский Б.Т. //Медицина труда и промышленная экология. – 2003. – № 7. – С. 8-13.
3. Распространенность хронической обструктивной болезни лёгких у работников химического производства /Вострикова Е.А., Багнова Л.О., Кузнецова О.В. и др. //Медицина труда и промышленная экология. – 2005. – № 9. – С. 13-16.
4. Лощилов, Ю.А. Патологическая анатомия пневмокониозов /Лощилов Ю.А. //Пульмонология. – 2007. – № 2. – С. 117-119.
5. Малащенко, А.В. О взаимосвязи пневмокониоза и пылевого бронхита при формировании патологии лёгких /Малащенко А.В. //Медицина труда и промышленная экология. – 2006. – № 1. – С. 22-26.
6. Милишников, В.В. Критерии диагностики и решение экспертных вопросов при профессиональном бронхите /Милишников В.В. //Медицина труда и промышленная экология. – 2004. – № 1. – С. 16-21.
7. Атрофическая бронхопатия как структурно-функциональный маркер дисрегенераторных процессов в слизистой бронхов /Наумова Л.А., Пушкарев С.В., Белов И.Ю., Паутова Я.В. //Медико-биологические аспекты мультифакторной патологии. – Курск, 2006. – С. 334-338.

ВАСЕНИНА Е.Д., ЛУКАШЕВИЧ Г.Г., ЖЕСТИКОВА М.Г.,
ВОЛОДИНА Н.Н., КОМИССАРОВА С.Д., ГОРЕНИНСКАЯ С.В., ВАСЕНИНА Е.Е.,
КОЛОТОВА Л.Г., БОРОДУЛИНА Л.А., ШИПИЦЫН И.А.
МЛПУ «Городская клиническая больница № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца»,
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА У ПАЦИЕНТОВ, ЖИВУЩИХ В ПРОМЫШЛЕННОМ ГОРОДЕ НОВОКУЗНЕЦКЕ

Анализ течения рассеянного склероза у 28 пациентов – жителей промышленного города с неблагоприятными экологическими условиями. Из числа пациентов, страдающих первично прогрессирующим течением, 71,4 % ранее работали в горнодобывающей и металлургической отраслях с вредными условиями труда. EDSS от 3 до 8,5 баллов по шкале Куртцке. Среди лиц с «мягким» течением только двое (22 %) работали на промышленном производстве. EDSS при вторично прогрессирующем рассеянном склерозе составил от 2 до 8 баллов. Первично прогрессирующее течение рассеянного склероза чаще встречается у людей, ранее работавших на производстве с вредными условиями труда.

VASENINA E.D., LUKASHEVICH G.G., ZHESTIKOVA M.G.,
GORENINSKAYA S.V., KOMISSAROVA S.D., VASENINA E.E., BORODULINA L.A.,
KOLOTOVA L.G., VOLODINA N.N., SHIPITSIN I.A.
*Municipal clinical Health Care Facility «City Hospital № 2»,
Novokuznetsk State Institute of Physicians' Advanced Training,
Novokuznetsk*

CLINICAL COURSE OF MULTIPLE SCLEROSIS IN PATIENTS LIVING IN INDUSTRIAL REGION NOVOCUSNETSK

To assess the clinical course of multiple sclerosis (MS) in 28 patients living in ecologically unhealthy industrial region. Of patients with primary progressive sclerosis, 71,4 % were previously engaged in mining and metallurgical industries, and experienced occupational hazard exposures. Median disease duration in patients with primary progressive MS was $12,0 \pm 1,5$ years, and EDSS score was $3,0 \pm 8,5$. Of these patients with «mild» course of MS only 2 (22 %) were employed at the industrial plant. EDSS score was of 2 to 8 in patients with secondary progressive MS. Primary progressive course of MS was more common in patients previously engaged in works with occupational hazards.

Рассеянный склероз (РС) — хроническое прогрессирующее заболевание нервной системы с выраженной клинической вариабельностью, непредсказуемостью прогноза, неизвестной этиологией и недостаточно изученным патогенезом [3]. К проблеме РС постоянно обращаются неврологи всего мира в связи с устойчивым ростом случаев РС в популяциях, с поражением этим заболеванием лиц молодого возраста, высоким процентом инвалидизации пациентов и с огромными затратами на диагностику, лечение, реабилитацию и социальное обслуживание этой категории больных. Для обоснования объема денежных вложений в комплекс медицинских и немедицинских мер по профилактике и лечению РС необходимо иметь ясное представление об эпидемиологии РС.

Современные эпидемиологические исследования немногочисленны, в России получены опо-

средованно, путем модельного анализа. Исследование закономерностей естественного течения РС и роли прогностических факторов в нем, осуществленного в ряде зарубежных стран, в России до настоящего времени не проводилось. Практически отсутствуют регистры РС (за исключением отдельных территорий, например, Новосибирской области).

В последних монографиях, посвященных изучению РС, уделено большое внимание различным видам течения РС, предложен термин «скорость прогрессирования РС» [3], рассмотрены особые формы течения РС: «мягкое» и «злокачественное» течение, РС с поздним или ранним началом, редкие формы РС.

Кемеровская область относится к территориям среднего риска по распространенности РС — 29,2 случаев на 100000 населения. Но ни в одном эпидемиологическом исследовании, прове-

денном на территории Российской Федерации, не рассматривалось влияние вредных промышленных факторов в экологически неблагоприятных городах, к которым относится Новокузнецк [2, 3], хотя в ряде исследований в качестве фактора риска развития заболевания отмечено проживание в экологически неблагоприятной зоне около промышленного производства [1, 5].

Цель работы — анализ течения РС у пациентов — жителей промышленного города с неблагоприятными экологическими условиями.

Материалы и методы. Нами проанализированы случаи РС у двадцати восьми человек, находившихся на стационарном лечении в неврологическом отделении МЛПУ «ГКБ № 2» г. Новокузнецка с 2005 по 2008 гг. Среди них 21 женщина (75 %) и 7 мужчин (25 %). Нами использовались методы: клинический неврологический, нейровизуализационный, нейрофизиологический, лабораторный и статистический. Диагноз РС установлен в соответствии с диагностическими критериями Mac Donald (2001).

Результаты исследования и их обсуждение. Город Новокузнецк с населением 470 тысяч человек расположен в Кузнецкой котловине в предгорьях Кузнецкого Алатау. Подобное расположение города и наличие большого количества предприятий металлургии и угольной промышленности способствует накоплению промышленных выбросов в атмосфере и созданию экологического неблагоприятия в регионе. Совокупность перечисленных особенностей предопределяет своеобразие воздействия комплекса природных, социально-экономических и экологических факторов на течение РС в регионе.

Соотношение женщин и мужчин составило 3 : 1, что соответствует остальным эпидемиологическим исследованиям. Средний возраст пациентов $41 \pm 5,6$ год, возрастной коридор от 18 до 68 лет. Сроки заболевания от 6 месяцев до 34 лет. У 8 человек (5 мужчин и 3 женщины) наблюдалось первично прогрессирующее течение РС, что составило 28,6 %. Вторично прогрессирующее течение отмечалось у 20 больных (18 женщин и 2 мужчин), что составило 71,4 %. Из числа пациентов, страдающих первично прогрессирующим течением РС, 71,1 % ранее работали в горнодобывающей и металлургической отраслях с вредными условиями труда.

Длительность заболевания пациентов с первично прогрессирующим РС составила $12 \pm 1,5$ лет, оценка функционального состояния больного по шкале EDSS составила от 3 до 8,5 баллов, в среднем 5,4 баллов. Среди пациентов с вторично прогрессирующим течением РС «мягкое» течение

отмечалось у 9 человек (42,9 %), агрессивное ремиттирующее течение — у 3 пациентов. Среди лиц с «мягким» течением только двое (22 %) работали на промышленном производстве. Степень тяжести неврологического дефицита по шкале EDSS составила от 2 до 8 баллов, в среднем 4,1 балла. Степень неврологического дефицита по шкале EDSS в группе пациентов с вторично прогрессирующим РС была менее выражена в сравнении с группой лиц с первично прогрессирующим течением РС на 24 %.

Выводы:

1. Первично прогрессирующее течение РС чаще встречается у людей, ранее работавших на производстве с вредными условиями труда.
2. Степень ограничения трудовой деятельности и социальной активности у пациентов с первично прогрессирующим РС более выражена, чем в группе пациентов с вторично прогрессирующим РС.
3. Работа на производстве с вредными условиями труда является фактором риска для развития более тяжелого течения РС с быстрым нарастанием неврологического дефицита.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Распространенность рассеянного склероза в Пермском крае, Свердловской, Тюменской, Нижегородской областях, Чувашской республике и республике Башкортостан /Желнин А.В., Черкасова В.Г., Байдина Т.В., Трушников Т.Н. //Рассеянный склероз: трудности диагностики и лечения: матер. IV Сибирской межрегион. науч.-практ. конф. — Новосибирск, 2009. — С. 199-205.
2. Короткевич, Н.А. Клинические особенности течения рассеянного склероза в Кемеровской области /Короткевич Н.А., Арефьева Е.Г., Жестикова М.Г. //Организация специализированной медицинской помощи больным рассеянным склерозом: Сб. матер. рабочего совещания. — Томск, 2003. — С. 7-10.
3. Кузнецова, О.В. Эпидемиология рассеянного склероза в Новокузнецке /Кузнецова О.В. //Рассеянный склероз (эпидемиология, новые методы диагностики): матер. науч.-практ. конф. — Новосибирск, 1985. — С. 20-23.
4. Малкова, Н.А. Рассеянный склероз /Малкова Н.А., Иерусалимский А.П. — Новосибирск, 2006.
5. Рассеянный склероз: диагностика, лечение, специалисты. /под ред. Столярова И.Д., Бойко А.Н. — СПб.: Элби, 2008.
6. Recommended diagnostic criteria for multiple sclerosis: guidelines from the International Panel on the diagnosis of multiple sclerosis /McDonald W.I., Compston A., Edan G. et al. //Ann. Neurol. — 2001. — V. 50(1). — P. 121-127.
7. Kurtzke, J.F. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS) /Kurtzke J.F. //Neurology. — 1983. — V. 33(11). — P. 1444-1452.

ГОРБАТОВСКИЙ Я.А. ФИЛИМОНОВ С.Н., МАМУШКИНА А.В.,
ГОРЯЕВА М.О., ВОЛОДИНА Н.Н., КРИУЛЬКИНА О.
*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
МЛПУ «Городская клиническая больница № 2
Святого великомученика Георгия Победоносца»,
г. Новокузнецк*

О РАЗЛИЧНЫХ ДЕБЮТАХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

Представлены наблюдения редких дебютов системной красной волчанки, которые вызывают трудности в диагностике этого заболевания.

GORBATOVSKY Y.A., FILIMONOV S.N., MAMUSHKINA A.V.,
GORJAEVA M.O., VOLODINA N.N., KRIULKINA O.I.
*Novokuznetsk State Institute of Physicians' Advanced Training,
Municipal clinical Health Care Facility «City Hospital № 2»,
Novokuznetsk*

ABOUT THE FIRST SYMPTOMS OF SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

The observations of rare symptoms of systemic lupus erythematosus that cause diagnostic difficulties are shown.

Диагностика системной красной волчанки (СКВ) нередко представляет значительные трудности из-за разнообразия начальных клинических проявлений и течения. Мы наблюдали несколько больных с СКВ. Приводим наши наблюдения.

Редким представляется дебют СКВ с поражения эндокринной системы.

Больная Б., 34 лет, весной 1982 г. после переохлаждения стала отмечать умеренные боли в мелких суставах кистей и общую слабость. Через три недели появились субфебрилитет, эритематозная сыпь на коже лица, выраженная жажда, полиурия. Стала терять в весе. При обращении выявлены гипергликемия и глюкозурия. Была взята на диспансерное наблюдение с диагнозом сахарный диабет. Через три месяца артралгия охватила все крупные суставы конечностей, припухли лучезапястные и межфаланговые суставы, температура повысилась до 39°C.

При поступлении в клинику выявлены анемия, тромбоцитопения, лейкопения, LE-клетки, признаки полисерозита, сохранялись гипергликемия и глюкозурия. Была диагностирована СКВ, начато лечение преднизолоном и инсулином, которое привело к улучшению состояния больной. В течение последующих пяти лет присоединились поражения легких, почек, сердца, сосудов головного мозга, сохранялась гипергликемия. Лечение проводилось по месту жительства.

В период последней госпитализации в отделение больной диагностировано обострение СКВ с прогрессирующим поражением сосудов головного мозга, почек, легких, поджелудочной железы. Больная умерла. При гистологическом исследовании обнаружены характерные для СКВ

очаги фибриноидного некроза в стенках сосудов головного мозга, легких, почек, поджелудочной железы и надпочечников, изменения базальных мембран клубочковых капилляров почек в виде «проволочных петель», слипчивый перикардит, реканализованный тромб в средней мозговой артерии справа, отек легких и множественные абсцессы в них.

В этом наблюдении представляет интерес раннее появление сахарного диабета, развившегося в результате волчаночного панкреатита, редкого даже в развернутой стадии СКВ, несмотря на довольно частое при этом заболевании поражении сосудов поджелудочной железы.

Еще одно наблюдение демонстрирует необычный дебют СКВ с поражения сердца.

Больную Ф., 48 лет, в 1989 году стали беспокоить пароксизмы мерцания предсердий. При обследовании причина нарушений ритма не была выявлена. Начато лечение кордароном по 2-3 недели. В июне-августе 1991 года, в связи с повторяющимися приступами мерцания предсердий, принимала по 2-4 таблетки новокаинамида в день. В августе появились слабость, боли в суставах кистей, скованность в них, одышка при ходьбе, субфебрилитет, боли в правой половине грудной клетки на вдохе, похудание.

Госпитализирована в пульмонологическое отделение с подозрением на пневмонию. Рентгенологическое исследование выявило небольшой правосторонний выпот, очаговые инфильтраты в нижних отделах легких. На фоне антибактериальной терапии пенициллином и цефалоспорины состояние больной ухудшалось: нарастали одышка, похудание, сохранялась лихорадка. В крови выявлены лейкопения, увеличение СОЭ до

50 мм/час, большое количество LE-клеток, все три фазы их созревания (триада Хозерика). Диагностирована СКВ.

Больная переведена в кардиологическое отделение, где при обследовании выявили перикардит. Начато лечение преднизолоном с дозы 40 мг. Наступило значительное улучшение, выразившееся в хорошем самочувствии, нормализации лабораторных показателей крови. На фоне поддерживающей терапии преднизолоном у больной в течение нескольких месяцев не возникло ни одного приступа мерцания предсердий, что дает основание связать нарушение ритма с дебютом СКВ. Трудно оценить роль новокаиамида в разрывании волчаночного процесса, но обычно отмена медикаментов ведет к исчезновению симптомов лекарственной волчанки. Снижение дозы до 5 мг в сутки привело вновь к появлению мерцательной аритмии и перикардита.

У **больного К.**, 32 лет, определенную роль в развитии заболевания сыграла травма. Автодорожная катастрофа 07.09.90 г. привела к перелому левого бедра. Был произведен остеосинтез металлическим штифтом. В октябре появились одышка, колющие боли в грудной клетке слева, усиливающиеся на вдохе, слабость, потливость, боли в крупных суставах (коленные, плечевые, локтевые), лихорадка с повышением температуры до 37,8°C. На флюорограмме — плевральный выпот слева.

В связи с подозрением на туберкулез был госпитализирован во фтизиатрическую клинику, где при пункции получено 250 мл экссудата. В выпоте белка 33 г/л, цитоз 1750, лимфоцитов 52 %, нейтрофилов 48 %. В биоптате плевры обнаружена лимфоцитарная инфильтрация, фибриноидные наложения. Специфическая природа плеврита была исключена отрицательными результатами исследования на ВК. В крови найдены в большом количестве и неоднократно волчаночные клетки, гипергаммаглобулинемия, СОЭ 30-32 мм в час.

В декабре 1990 года пациент переведен в кардиологическое отделение. Сохранялись одышка, мышечные и суставные боли, повышение температуры до 38°C, слабость, похудел на 15 кг. Появились умеренная анемия (эр $3,2 \times 10^{12}/л$, Нб 100 г/л), СРБ — 5 мм.

Несмотря на опасность плохого сращения костей в месте перелома, начато лечение преднизолоном с дозы 40 мг. Самочувствие улучшилось, исчезли суставные и плевральные боли, симптомы интоксикации, анемия, СОЭ снизилась до 22 мм в час, прибавил в весе, началась консолидация перелома.

Однако после выписки из стационара, на фоне поддерживающей дозы преднизолона 10 мг в сутки, наступило ухудшение самочувствия, боли в груди, кашель, усиление одышки, полиартралгии,

слабость. Повторное рентгенологическое исследование обнаружило нарастание жидкости в плевральной полости слева. При ЭХО-кардиографии выявлен перикардит, признаков которого ранее не отмечалось. Воспалительные изменения в крови и повторное выявление волчаночных клеток свидетельствовали о высокой активности процесса. Было начато лечение циклофосфаном (400 мг в/в через день) в сочетании с преднизолоном (50 мг в сутки) и снова наступило значительное улучшение: уменьшился плевральный выпот, исчезли признаки перикардита.

Таким образом, у больного К. СКВ развилась после травмы и остеосинтеза и проявилась выраженным полисерозитом.

В следующем наблюдении, у **больного Г.**, 29 лет, в клинике СКВ на первое место выступила миопатия. С 1981 года после лечения аскаридоза нафтомоном стала отмечать появление сыпи на прием антибиотиков, грязелечение, ингаляцию, преходящую крапивницу, отек Квинке, боли в суставах, периоды субфебрильной температуры. Летом 1983 года появились боли в мышцах спины и ног, после грязелечения они резко усилились, температура повысилась до 38°C, появилось болезненное припухание межфаланговых суставов кистей.

При поступлении 26.12.83 г.: боли в мышцах воротниковой зоны и бедер, выраженная их болезненность при пальпации, параорбитальный отек и легкая эритема на лице, лимфатические узлы шеи и подмышечных впадин величиной с горошину, болезненные.

При углубленном обследовании выявлена субфебрильная температура по вечерам. При рентгенографии: небольшое количество жидкости в плевральной полости слева, нечеткость контуров диафрагмы. Постоянная синусовая тахикардия (90-100 ударов в мин.), снижение зубца Т на ЭКГ в левой группе грудных отведений. В крови преходящая анемия (эр $2,97 \times 10^{12}/л$, Нб 84 г/л, лейкоциты $8,0-10,0-5,0 \times 10^9/л$), увеличение п/ядерных лейкоцитов (10-17-10 %) и СОЭ до 50-40 мм в час, гипергаммаглобулинемия, волчаночных клеток не обнаружено. При электромиографии выявлены выраженные диффузные изменения в мышцах, больше в бедренных. О поражении мышц свидетельствовали креатининемия (1,40 мг/%, в норме 0,9 мг/%) и повышенная активность трансфераз (АЛТ 1,54 ммоль/л АСТ 0,74 ммоль/л).

Невропатолог не выявил признаков очаговой симптоматики. В биоптате кожного лоскута во всю толщу дермы инфильтраты по ходу сосудов из гистиоцитов, лимфоцитов, небольшого количества нейтрофилов.

С назначением преднизолона (30 мг) исчезли периорбитальный отек и эритема лица, миалгии, боли в суставах, анемия. На первом этапе про-

водилась дифференциальная диагностика между дерматомиозитом и СКВ подострого течения.

В 1984 году вновь появились болезненные припухания суставов, нарастание слабости, лихорадка, на лице — типичные эритематозные высыпания, в крови выявлены волчаночные клетки, в моче — протеинурия. При явлениях энцефалопатии и волчаночного нефрита больная умерла в 1985 году, диагноз был подтвержден на аутопсии.

В приведенном наблюдении выраженная миопатия затруднила диагностику СКВ на первом этапе заболевания.

Еще одно наблюдение за **больной К.**, 30 лет, поражает драматизмом течения и тяжестью повреждения легких. В декабре 1987 года, после гнойного левостороннего отита и лакунарной ангины, появились болезненное припухание коленных и голеностопных суставов, отек век, геморрагические высыпания петехиального характера на бедрах и голенях. В крови отмечено увеличение СОЭ до 42-47 мм в час, появление СРБ (2 мм). Диагностирован геморрагический васкулит. В 1988-90 гг. периодически беспокоили суставные боли, в начале февраля 1991 г. стали беспокоить боли в горле, 19 февраля вновь появились геморрагические высыпания на голенях, лихорадка с повышением температуры до 39,5°C, полиартралгии. Госпитализирована в первое терапевтическое отделение больницы № 2 г. Новокузнецка 22.02.91 г.

При поступлении — на слизистой рта, кожи бедер и голеней петехиальная сыпь, в легких дыхание везикулярное. На верхушке сердца систолический шум. В крови — умеренная анемия (эр $3,0 \times 10^{12}/л$, Нб 90 г/л), лейкоциты $4,0 \times 10^9/л$, ю — 2 %, м — 14 %, с — 56 %, л — 14 %, м — 2 %, э — 14 %, СОЭ 60 мм в час, тромбоциты 130 тыс, гаммаглобулины — 27 %. В моче протеинурия до 0,132-0,264 г/л, эритроцитурия (12-15 в поле зрения). На основании суставного синдрома, капилляротоксикоза, похудения заподозрена СКВ. Оториноларинголог выявил флегмонозно-некротическую ангину и назначил лечение пенициллином. В марте состояние больной резко ухудшилось: появились удушье, тахикардия до 150 ударов в минуту, сухие хрипы в легких, вскоре — легочное кровотечение с выделением при кашле около 300 мл крови. Лечение кортикостероидами, реанимационные мероприятия эффекта не дали.

При патологоанатомическом исследовании трупа во всех внутренних органах выявлены разной степени выраженности воспалительные, дистрофические изменения в системе соединительной ткани и сосудов, эндокардит Либмана-Сакса, утолщение базальных мембран клубочков почек, периваскулярный склероз селезенки. Наиболее выраженными оказались изменения в легких

— развился специфический волчаночный пневмонит тотального характера с наличием в инфильтрате волчаночных клеток, некроз ткани легких явился причиной легочного кровотечения. Выявлены изменения в терминальных отделах толстого кишечника по типу катарально-фибринозного колита с язвами слизистой оболочки.

В приведенном наблюдении обострение СКВ сопровождалось развитием острого волчаночного пневмонита (ОВП), осложненного кровотечением. ОВП — редкое легочное проявление СКВ, имеющее неблагоприятный прогноз.

Больной С., 28 лет, в анамнезе 1981 году в возрасте 18 лет была произведена спленэктомия по поводу выраженной тромбоцитопении. После операции в течение 9 лет самочувствие было хорошим. В феврале 1990 года появились боли в суставах кистей, утренняя скованность в них, частый субфебрилитет, слабость. В клинике при углубленном обследовании выявлена умеренная анемия, волчаночные клетки крови, поражение почек (протеин- и эритроцитурия). Диагностирована СКВ, подострое течение. Лечение кортикостероидами и азатиоприном улучшило самочувствие.

В январе 1991 года при снижении дозы преднизолона до 10 мг в сутки появились боли в грудной клетке. Рентгенография выявила инфильтрат в нижней доле и правосторонний выпот. Была госпитализирована в туберкулезную клинику, где подозрение на инфекционную природу было отвергнуто. Из правой плевральной полости в несколько приемов удалено 2 литра прозрачной соломенно-желтой жидкости. При повторной госпитализации в кардиологическое отделение обнаружен преходящий выпот в полости перикарда, отмечено нарастание протеинурии при отсутствии ретенции креатинина. Лечение преднизолоном сдерживало прогрессирование волчаночного процесса, однако в 2009 году у больной развилась хроническая почечная недостаточность с повышением уровня креатинина крови до 460 мкмоль/л.

В приведенном наблюдении СКВ дебютировала геморрагическим синдромом, тромбоцитопенией, развернутая клиника заболевания выявилась через 9 лет выраженной полисиндромностью (поражение суставов, почек, полисерозит).

Больной К.К., 34 лет госпитализирован в терапевтическое отделение больницы № 2 г. Новокузнецка 08.10.2008 года с жалобами на слабость, лихорадку. Заболел в начале октября, когда отметил повышение температуры, которая по ночам повышалась до 39-40°C и сопровождалась ознобами. 04.10.08 г появились боли в грудной клетке, усиливающиеся на вдохе. Обратился в поликлинику. Цифровая флюорография органов грудной клетки выявила в плевральной полости слева на уровне 7-8 ребра жидкость.



Заподозрен сепсис, начата терапия антибиотиками, сначала клафораном, затем цефтриаксоном в дозе 4,0 г в сутки. Через 5 дней антибиотикотерапии температура нормализовалась, однако 18.10.08 г. температура вновь повысилась до 39°C, 21.10.08 г. появились и стали нарастать боли в правой подколенной ямке. УЗИ сосудов обнаружило признаки острого тромбоза подколенной вены и глубоких вен правой голени. Диагностическая концепция криптогенного сепсиса оставалась в силе, продолженное лечение меронемом, ванкомицином не дало эффекта — температура оставалась высокой и по-прежнему сопровождалась ознобами. Отсутствовал лейкоцитоз, несмотря на выраженный сдвиг в формуле влево вплоть до миелоцитов (лейкоцитоз $4,0-6,0 \times 10^9/\text{л}$). Появились эритроцитурия и протеинурия.

Отрицательные данные гемокультуры и отсутствие вегетаций на створках клапанов сердца по результатам дважды проведенной ЭХО-КГ позволили отвергнуть подозрение на инфекционный эндокардит. Перикард был не изменен. Компьютерная томография грудной клетки от 19.10.08 г. не выявила ни выпота, ни пневмонии.

Возникло подозрение на СКВ: лихорадка, отсутствие лейкоцитоза, тромбоцитопения, гломерулонефрит, повышенный титр антител к денатурированной двуспиральной ДНК (титр 1 : 3200), гипергаммаглобулинемия (25,6-26,5 %).

Больной 06.11.08 г. был переведен в терапевтическое отделение 1-й больницы г. Новокузнецка. При поступлении в клинику выяснилось, что он похудел на 14 кг. При дообследовании

обнаружены LE-клетки, лейкопения ($2,7-2,8 \times 10^9/\text{л}$), СОЭ 74 мм в час, анемия (Hb 96-98 г/л), в моче эритроциты (15-30-50 в поле зрения), суточная протеинурия 0,562 г/л, кардиолипин 3,0 МЕ/мл, слабоположительная реакция на криоглобулины.

Начато лечение преднизолоном в дозе 60 мг/сутки, проведена пульс-терапия метилпреднизолоном (1,0 г № 3) и циклофосфаном (1,0 г № 1). На фоне проводимой терапии улучшилось самочувствие, нормализовалась температура, исчезли эритроцитурия и протеинурия, явления тромбофлебита регрессировали, нормализовалась СОЭ (11 мм в час).

Анализ истории заболевания позволяет говорить о системном заболевании, при котором отсутствовали поражение кожи и полиартрит. Однако, полисерозит (боли в грудной клетке), лейкопения, анемия, гломерулонефрит, наличие антител к ДНК, наличие LE-клеток, обнаруженный волчаночный антикоагулянт, антитела к кардиолипину позволяют говорить об СКВ с антифосфолипидным синдромом в проявлениях СКВ.

Описанные наблюдения расширяют семиотику СКВ, и, надеемся, будут способствовать улучшению ее диагностики.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Респираторная медицина: т. II. /Ананьева Л.П. и соавт. /под ред. А.Г. Чучалина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — С. 250-268.
2. Насонов, Е.Л. Антифосфолипидный синдром /Насонов Е.Л. — И.: Литтера, 2004. — 440 с.



ГОРЕНИНСКАЯ С.В., ВАСЕНИНА Е.Д., БОРОДУЛИНА Л.А.,
КОЛОТОВА Л.Г., КОМИССАРОВА С.Д.
МЛПУ «Городская клиническая больница № 2
Святого великомученика Георгия Победоносца».
г. Новокузнецк

ПРОЯВЛЕНИЯ НЕЙРОСПИДА ПО ДАННЫМ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ МЛПУ ГKB № 2

Серьёзной проблемой является увеличение ВИЧ-инфицированных больных в соматических отделениях. Неврологические проявления встречаются у 50-80 % больных ВИЧ-инфекцией. Рассмотрена классификация и патогенетические факторы повреждения мозга при ВИЧ-инфекции. Приводится описание случаев ВИЧ-инфицированных пациентов, поступивших в неврологическое отделение, анализ особенностей клиники, сложность диагностики и лечения неврологических проявлений ВИЧ-инфицированных больных, тактики их ведения.

GORENINSKAYA S.V., VASENINA E.D., BORODULINA L.A.,
KOLOTOVA L.G., KOMISSAROVA S.D.
*Municipal clinical Health Care Facility «City Hospital № 2»,
Novokuznetsk*

NEURO-AIDS SYMPTOMS ACCORDING TO THE ANALYSIS MADE IN THE NEUROLOGICAL DEPARTMENT OF MUNICIPAL HOSPITAL N 2

The increase of AIDS-infected patients is the serious problem of treatment departments. 50-80 % of AIDS-infected patients demonstrate the neurological symptoms. Classification and pathogenetical factors of brain damages of AIDS-infected patients are considered. The description of cases of AIDS-infected patients treated in our neurological department, analysis of clinical particularities, difficulty of the diagnostics, treatment of the neurological symptoms and its tactics are given here.

Серьёзной проблемой в последние годы стало увеличение числа ВИЧ-инфицированных больных. Неврологические проявления встречаются у 50-80 % больных на любой стадии ВИЧ-инфекции, за исключением периода инкубации [3]. Нередко неврологические проявления определяют клиническое «лицо» болезни, прогноз и исходы, а в 10-20 % случаев являются клиническим дебютом СПИДа, даже до проявления признаков иммунодефицита [5].

Патогенетические факторы повреждения мозга множественны:

- нейротоксичность веществ, продуцируемых ВИЧ;
- цитопатогенное действие вирусного белка на структуры мозга;
- первичное поражение вирусом эндотелия сосудов мозга с развитием вирусиндуцированного васкулита;
- аутоиммунный процесс;
- дисметаболические нарушения [3].

Большое патогенетическое значение имеют также наркомания и алкоголизм, в связи с чем нельзя исключить возможность смешанного генеза неврологической симптоматики. Кроме того, у

ВИЧ-инфицированного, но иммунокомпетентного больного поражение нервной системы может быть не связано с ВИЧ-инфекцией [1].

Попыток систематизировать синдромы нейроСПИДа было много, в 2004 г. предложена следующая рабочая классификация [1]:

1. Первичное поражение нервной системы:
 - менингит (острый, хронический),
 - острый энцефалит, менингоэнцефалит,
 - подострый энцефалит, СПИД-деменция,
 - вакуолярная миелопатия,
 - мононевропатия, множественная мононевропатия,
 - полиневропатия,
 - острая и хроническая полирадикулопатия,
 - миопатия,
 - полимиозит.
2. Вторичные поражения нервной системы:
 - оппортунистические инфекции: вирусные (герпетический энцефалит, цитомегаловирусный энцефалит, папававирусная мультифокальная лейкоэнцефалопатия и др.), бактериальные (туберкулез, сифилис), вызываемые простейшими (токсоплазмозный энцефалит) и др.;
 - злокачественные опухоли.

3. Неврологические синдромы смешанного генеза:
- вегетативная дистония,
 - полиневропатия,
 - энцефалопатия (энцефаломиелопатия),
 - нарушения мозгового кровообращения,
 - токсическое поражение мышц,
 - астенический синдром,
 - реактивные невротические и психические нарушения.

Диагностика неврологических проявлений ВИЧ-инфекции, определение их отношения к первичному или вторичному СПИДу сложна, наиболее трудно оценить неврологические синдромы смешанного генеза. Выявление неврологических синдромов основано на оценке клинических симптомов, результатах лабораторных исследований, в первую очередь, полимеразной цепной реакции (ПЦР), позволяющей определить уровень вирусной нагрузки и уточнить природу оппортунистической инфекции. Большое значение имеет и исследование цереброспинальной жидкости, использование магнитно-резонансной томографии, компьютерной томографии, электронейромиографии, ультразвуковой доплерографии и других методов исследования [1]. Для оценки стадии заболевания, его прогноза, опасности возникновения оппортунистических инфекций, имеет значение определение Т-хелперов (CD-4), содержание которых свидетельствует о степени иммунодефицита. Уровень ниже 400 клеток в 1 мкл указывает на неблагоприятное течение ВИЧ-инфекции и возможность проявления синдромов вторичного поражения нервной системы [1].

Цель работы — анализ особенностей клиники, диагностики, лечения неврологических проявлений ВИЧ-инфицированных больных, тактики их ведения.

За период с 2005 по 2007 г. в неврологическом отделении МЛПУ ГКБ № 2 находилось 5 человек, причем трое в 2007 г., а в 2004 г. и 2003 г. подобных случаев не было. Это были преимущественно мужчины (4 из 5), в возрасте от 22 до 65 лет. Два пациента находились с подострым энцефалитом, два — с герпетической инфекцией, один больной — с острым нарушением мозгового кровообращения. Двое пациентов знали о наличии у них ВИЧ-инфекции, но скрыли при поступлении в отделение.

Подострый энцефалит диагностируется на фоне выраженной иммуносупрессии (начальные проявления в фазе 4А и 4Б), по-видимому, обусловлен прямым воздействием ВИЧ на вещество мозга, важным патогенетическим фактором является апоптоз [1, 5].

Оба пациента с подострым энцефалитом были мужчины в возрасте 22 и 28 лет. В отделении находились 8 и 5 дней, соответственно. В обоих случаях исход летальный. Фоновым заболеванием у обоих были внутривенная наркомания и ви-

русный гепатит С. Оба о ВИЧ-инфицировании не знали. Начало заболевания в течение недели. В клинике наблюдались: менингеальный симптомокомплекс (выраженная головная боль, тошнота, рвота, менингеальные знаки), глазодвигательные нарушения, атаксия, бульбарный синдром, эпизоды, гиперкинетический синдром, нарушения сознания (заторможенность, неадекватность, сонор). В начале заболевания температура тела была в пределах нормы, затем субфебрильная.

При поступлении в общем анализе крови анемия легкой степени тяжести. Люмбальная пункция проводилась только второму пациенту (лимфоцитарный цитоз 137/3), поскольку у первого на спиральной компьютерной томографии головного мозга выявлена латеральная дислокация и правостороннее височно-тенториальное вклинение. Обоим пациентам проведена компьютерная томография головного мозга. В первом случае выявлены множественные кольцевидные образования (более вероятны абсцессы). Во втором выявленная компьютерной томографией картина скорее соответствует менингоэнцефалиту, подозрение на абсцесс правой задне-лобно-теменной области. Оба пациента осмотрены нейрохирургом.

Учитывая фоновые заболевания, кровь на ВИЧ взята в первые дни. Результат получен после смерти. ПЦР, иммунограмма, консультация инфекциониста не проводились в связи с коротким пребыванием пациентов. Проводилось лечение основного заболевания (борьба с отеком головного мозга, антибактериальные препараты широкого спектра). По результатам вскрытия — основное заболевание: подострый некротический энцефалит, а причиной смерти явился отек, набухание головного мозга с вклинением в большое затылочное отверстие.

Герпетическая инфекция относится к оппортунистическим инфекциям. Характеризуется клиническим полиморфизмом вследствие способности вирусов поражать практически все органы и ткани человека. С герпетической инфекцией в нашем отделении лечились двое пациентов.

Мужчина 48 лет находился в отделении 18 дней с диагнозом: острый герпетический ганглионеврит L5 справа. Характеризовался выраженным болевым синдромом, возникновением обширных язв на месте высыпаний. Лечение проводилось специфическое (ацикловир), неспецифическое (витамины, десенсибилизирующие препараты, анальгетики, физиолечение) с хорошим эффектом — болевой синдром значительно меньше, на коже появилась эпителизация с пигментацией. Поскольку герпетическая инфекция относится к оппортунистическим, был взят анализ на ВИЧ. Оказалось, что пациент находится на учете в городском центре профилактики СПИДа, о чем умолчал.

Женщина, 34 лет, поступила в стационар с диагнозом герпетический ганглионеврит С3-5 спра-

ва. Наблюдался выраженный общеинфекционный синдром, высыпания в верхнешейной области, на ушной раковине и в заушной области, справа симптом Горнера. Затем, уже в стационаре, появилась генерализация сыпи и менингеальный симптомокомплекс. При осмотре обращала на себя внимание лимфаденопатия. В общем анализе крови наблюдалось увеличение СОЭ до 32 мм/ч, в анализе ликвора лимфоцитарный цитоз 84,6 в 1 мкл. Взят анализ на ВИЧ, проведены консультации инфекциониста, нейрохирурга, консилиум в составе невролога и инфекциониста. Заключение: учитывая положительный анализ на ВИЧ, у пациентки генерализованная герпетическая инфекция (ганглионеврит верхнешейного отдела, серозный менингит), лимфаденопатия на фоне иммунодефицитного состояния. На фоне специфического (ацикловира) и неспецифического (антибактериальные, детоксикационные, десенсибилизирующие, метаболические, сосудистые, противоотечные препараты, анальгетики, витамины) лечения значительно меньше головная боль, купировался менингеальный симптомокомплекс (цитоз за 7 дней уменьшился до 47 в 1 мкл), уменьшились и стали безболезненными лимфоузлы. Находилась в отделении 23 дня, после выписки направлена в центр профилактики СПИДа.

Церебральный инсульт встречается в 1,3 % случаев [1]. Вопрос о причине острого нарушения мозгового кровообращения у ВИЧ-инфицированного пациента наиболее сложен. Причиной может быть первичное поражение ВИЧ сосудистой системы и вторичные васкулиты при оппортунистических инфекциях. Возможен и смешанный генез. Нами наблюдался мужчина 65 лет, который поступил в стационар в экстренном порядке с жалобами на остро возникшие неделю назад слабость, онемение в левой руке, непроизвольные подергивания в левой руке и левой половине тела. Выставлен диагноз острого нарушения мозгового кровообращения в правой гемисфере.

Из анамнеза следует, что пациент не страдает артериальной гипертензией, страдает туберкулезным плевритом, вирусным гепатитом С и ВИЧ-инфекцией, что скрыл при поступлении. В общем анализе крови выявлена легкая анемия, ускорение СОЭ до 53 мм/ч. Прошел компьютерную томографию головного мозга. Заключение: острое нарушение мозгового кровообращения, очаг ишемии в теменной доле правого полушария, общая сообщающаяся гидроцефалия заместительного характера. Консультирован в отделении пульмонологом, нейрохирургом, инфекционистом. Проведен консилиум с участием инфекциониста, невролога, представителей кафедры иглорефлексотерапии, мануальной терапии и неврологии.

Заключение: ВИЧ-инфекция, стадия 4Б, тяжелая иммуносупрессия, специфический васкулит с инфарктом мозга в теменной доле правого полушария, туберкулезный плеврит (ВК отрицательный). Хронический гепатит С, неактивный.

Поскольку пациент наблюдался в центре профилактики СПИД, были получены данные иммунограммы. Проводилось лечение ишемического инсульта, по рекомендации инфекциониста были добавлены бисептол и иммуноглобулин. На фоне лечения гиперкинезы купированы, сила в ноге восстановилась, в руке выросла до 4-4,5 баллов. Находился в отделении 24 дня и выписан на долечивание в центр профилактики СПИД.

Следует отметить, что диагноз ВИЧ-инфекции некоторым пациентам ставился смертельно, а такие исследования, как ПЦР и иммунограмма, не проводились в нашем отделении из-за короткого пребывания пациента в отделении. Для этого пациенты направлялись для дальнейшего обследования и ведения в городской центр профилактики СПИД.

Выводы:

1. В последнее время все чаще в соматических отделениях выявляются ВИЧ-инфицированные пациенты, причем большинство не склонны к асоциальному образу жизни. Должна быть ВИЧ-настороженность при ведении пациентов, т.к. часть пациентов не знает о том, что они ВИЧ-инфицированы, другие скрывают. Очень немногие указывают на это при опросе.
2. Необходимо обследовать на ВИЧ всех пациентов с оппортунистическими инфекциями, с острым нарушением мозгового кровообращения в молодом возрасте, с нейроинфекцией.
3. Пациенты, страдающие нейроСПИДом, нуждаются в совместном наблюдении инфекциониста, невролога, а зачастую и пульмонолога.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Неврологические симптомы при ВИЧ-инфекции /Макаров А.Ю., Чикова Р.С., Улюкин И.М., Помников В.Г. //Неврологический журнал. – 2004. – № 5.
2. Дамулин, И.В. Инфекционные заболевания нервной системы /Дамулин И.В. //Неврологический журнал. – 2004. – № 5.
3. Спинальный ишемический инсульт у ВИЧ-инфицированного больного /Макаров А.Ю., Чикова Р.С., Команцев В.Н. и др. //Неврологический журнал. – 2005. – № 5.
4. Множественные туберкулемы головного мозга у больного с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции /Савин А.А., Хохлов Ю.К., Корнилова З.Х. и др. //Неврологический журнал. – 2003. – № 4.
5. Акимов, Г.А. Дифференциальная диагностика нервных болезней /Акимов Г.А., Одинак М.М. – СПб.: Изд. Гиппократ, 2001.

КАРГИНА Е.В., ВАСЕНИНА Е.Д., ВАСЕНИНА Е.Е., ЧЕЧЕНИН А.Г., ВОЛОДИНА Н.Н.
*МЛПУ «Городская клиническая больница № 2
Святого великомученика Георгия Победоносца»,
г. Новокузнецк*

ПОЛИМИОЗИТ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Причиной мышечной слабости могут быть многие патологические состояния. Не всегда это неврологические заболевания. Представлены клинические случаи, когда причиной мышечной слабости явилось такое заболевание, как полимиозит. Обсуждаются вопросы этиологии, клинической картины и дифференциальной диагностики полимиозита.

KARGINA E.V., VASENINA E.D., VASENINA E.E., CHECHENIN A.G., VOLODINA N.N.
*Municipal hospital «City clinic N 2 named after Saint George the Great Martyr»,
Novokuznetsk*

POLYMYOSITIS IN THE NEUROLOGICAL PRACTICE

Many pathological conditions can be the reason to muscular weakness. Not always these are neurological diseases. The mentioned clinical cases have the common reason to muscular weakness - polymyositis. Etiological clinical aspects and differential diagnostics of polymyositis are discussed herebelow.

Сложилось общепринятое мнение, что все заболевания, связанные с проявлением в клинике симптомов мышечной слабости, считаются неврологической проблемой. На самом деле существует множество заболеваний, проявляющихся этими симптомами, но относящихся к другим областям медицины. Одной из групп подобных заболеваний, с которыми нередко сталкиваются неврологи, является группа воспалительных миопатий.

Воспалительные миопатии — это гетерогенная группа заболеваний, при которых мышечная слабость сопряжена с поражением мышц воспалительного характера, обусловленным инфекционными и иммунопатологическими факторами. К воспалительным миопатиям относят полимиозит, дерматомиозит, миозит с внутриклеточными включениями, гранулематозный миозит, миозит при вирусных, бактериальных и паразитарных инфекциях и некоторые другие формы. Темой нашего сообщения является проблема полимиозита.

Полимиозит — воспалительное аутоиммунное заболевание мышц, проявляющееся слабостью и утомляемостью. Течение вариабельно, наблюдаются обострения и ремиссии, которые могут возникать под влиянием терапии или спонтанно. К неблагоприятным прогностическим признакам относятся наличие онкологического заболевания, вовлечение сердечной мышцы, пожилой возраст, позднее начало лечения. При полимиозите страдают и внутренние органы.

Это заболевание встречается как у детей, так и у взрослых, в подавляющем числе случаев у женщин. Может протекать остро и бурно, с диффузным поражением мускулатуры и кожи, может развиваться медленно, постепенно нарастая и

приводя больных к полной обездвиженности, на первых этапах течения болезни напоминая миопатию, миастению, клещевой энцефалит, полиневрит или диэнцефальный синдром. Ведущими в диагнозе полимиозита являются данные электромиографии (ЭМГ) и результаты биопсии мышц.

Как видно из выше изложенного, полимиозит достаточно сложен для диагностики. И пациента лечат от «многих заболеваний», далеко не всегда добиваясь положительного результата в течении заболевания. Приведем здесь клинические случаи, подтверждающие это правило.

Пациентка П., 58 лет, поступила в неврологическое отделение 26.03.08 г. с жалобами на общую слабость, слабость в ногах, чуть меньше в руках, невозможность передвигаться (не может сесть, встать без помощи), поперхивание, медленную речь. Заболела около года назад, когда заметила постепенно нарастающую слабость в конечностях. При осмотре невролога поставлен диагноз: «Миастения?, Миастеноподобный синдром?». Осенью 2007 г. обнаружена аденокарцинома бронха левого легкого. В ноябре 2007 г. — пульмонэктомия слева. После операции резко похудела, слабость возросла. В 2007 г. были проведены магнитно-резонансная томография головного мозга и шейного отдела спинного мозга — без патологических изменений; по данным ЭМГ — нарушения нервно-мышечной передачи для мышц нижних конечностей, патологии мышц глаз и верхних конечностей не зарегистрировано. В стационар была госпитализирована планово с диагнозом: «Тетрапарез неясного генеза».

Объективно: Состояние ближе к тяжелому (по двигательным нарушениям). Астенического телосложения. Отеки и мраморность кожи ниж-

них конечностей, которые исчезают в положении лежа. В сознании адекватна. Черепно-мозговые нервы — без патологии. Тонус в конечностях повышен с контрактурами в локтевых, коленных, голеностопных суставах. Пальпаторно мышцы каменной плотности. Чувствительность сохранена. Сила в руках снижена до 3,5 баллов, в ногах — проксимально до 1 балла, дистально до 2 баллов. Сухожильные рефлексы практически отсутствуют, патологических рефлексов нет. Ригидность затылочных мышц на 3 см. При стандартном лабораторном обследовании в общем анализе крови выявлен небольшой лейкоцитоз без нарушения лейкоцитарной формулы; протеинурия и бактериурия. В биохимическом анализе крови отмечалось повышение миоглобина до 61–4,4 г/л, лактатдегидрогеназы 5,83 ммоль/л, креатинкиназы 27,14 ммоль/л, АСТ 2,94 ммоль/л, АЛТ 2,34 ммоль/л, билирубин 14,8 мкмоль/л. При соматическом дообследовании признаков прогрессирования онкологического заболевания не выявлено. На консилиуме был предположен диагноз полимиозита. При повторной миографии — ЭМГ-синдром острой текущей денервации мышечных волокон с нарушением (слабостью) их сокращения при сохранной функции возбуждения и проведения по двигательным волокнам, что говорит о миопатоподобном синдроме, генерализованном (полимиозит-ЭМГ-синдром).

Заключительный диагноз: «Вторичный полимиозит на фоне Сг бронха слева. Состояние после пульмонэктомии».

В лечении, помимо сосудистой и метаболической терапии, была использована гормональная терапия (метипред, преднизолон). На фоне лечения движения сохранились на прежнем уровне; клиническое улучшение не достигнуто. Летальный исход наступил через 3 месяца при явлениях сердечной и дыхательной недостаточности.

Пациентка Д., 59 лет, в мае 2009 г. направлена на консультацию к неврологу врачом общей практики с диагнозом: «Поясничный остеохондроз, синдром люмбагии с 2-х сторон». Предъявляла жалобы на боли в мышцах, преимущественно в ногах, мышечную слабость, уплотнение мышц, дрожь в них. Считает себя больной с августа 2008 г., когда отметила повышение температуры тела до фебрильных цифр в течение 3 дней, заболели мышцы плечевого и тазового пояса. Отмечала положительный эффект от лечебно-медикаментозных блокад с кортикостероидными препаратами.

Объективно: Состояние ближе к тяжелому (по двигательным нарушениям). Телосложение правильное. Мышцы уплотнены, увеличены в размерах. Черепномозговая иннервация без патологии. Тонус в мышцах конечностей слегка повышен. Чувствительность сохранена. Сила в ногах снижена проксимально до 3 баллов, дистально до

4 баллов, в руках до 4,5 баллов. Сухожильные рефлексы сохранены, D = S. Патологических, менингеальных знаков нет. При лабораторном обследовании определяется незначительный лейкоцитоз без нарушения лейкоцитарной формулы в общем анализе крови, по биохимическому анализу крови — повышение креатинфосфокиназы до 2,4 ммоль/л. При проведении ЭМГ патологии проводящих путей спинного мозга, признаков корешкового поражения не выявлено. Наблюдается снижение амплитуды М-ответа по всем исследованным нервам при нормальной скорости проведения и увеличенной силе тока (46–50 мА). С учетом клиники и анамнеза, более вероятна вторично-мышечная патология (полимиозит).

С диагнозом «Полимиозит первичный?» пациентка направлена в ревматологическое отделение ГБ № 1 для дообследования и лечения, диагноз был подтвержден проведенной биопсией пораженных мышц. Получен хороший клинический эффект от применения метипреда.

Обсуждение. Анализируя эти случаи, нельзя не отметить длительное и неэффективное лечение пациенток (около года) до постановки правильного диагноза. В первом случае ставился диагноз миастеноподобного синдрома, а во втором — поясничного остеохондроза. В обоих случаях стандартное лечение поставленного заболевания было неэффективным, нарастала мышечная слабость.

Диагноз полимиозита довольно трудно подтвердить. При этом заболевании обычно повышена активность мышечных ферментов (креатинфосфокиназы, аминотрансфераз, фруктозодифосфатаальдозазы), хотя иногда эти показатели отмечаются в пределах нормы. Характерны данные ЭМГ, которые дают ценную информацию для дифференциальной диагностики полимиозита с другими миопатиями, в первую очередь обусловленными неврологическими заболеваниями. На ЭМГ выявляются неспецифические изменения, характерные для первичного поражения мышц (короткие низкоамплитудные полифазные потенциалы действия двигательных единиц).

Также нередко регистрируется патологическая спонтанная активность (в виде положительных острых волн, потенциалов фибрилляции и повторных высокочастотных разрядов), при этом скорость проведения импульса остается нормальной. При неврологических болезнях изменения ЭМГ практически диаметрально противоположные. В приведенных случаях на ЭМГ сохранялась скорость проведения импульса, при выраженных нарушениях нервно-мышечного ответа за счет мышечного компонента. В первом случае была проведена игольчатая ЭМГ, которая выявила характерные короткие низкоамплитудные полифазные потенциалы действия двигательных единиц.

При мышечной биопсии можно обнаружить различные патологические отклонения, а пери-



васкулярная воспалительная инфильтрация наблюдается далеко не всегда. Поэтому отсутствие клеточных инфильтратов в образцах биоптатов не исключает диагноз полимиозита. С другой стороны, наличие инфильтратов не указывает однозначно на наличие полимиозита, поскольку они не могут быть вторичным признаком при заболеваниях, сопровождающихся выраженным рабдомиолизом, а также могут наблюдаться при лице-лопаточно-плечевой миодистрофии и при БАС.

В вышеописанных случаях наблюдалась достаточно характерная клиническая картина. Как известно, полимиозит обычно возникает в среднем возрасте (45-55 лет). Заболевание начинается с симметричной проксимальной мышечной слабости, которая развивается постепенно, исподволь, а изменения становятся заметными через недели и месяцы, что и отмечалось в приведенных случаях. Поражение мышц при полимиозите характеризуется снижением мышечной силы, мышечной атонией и атрофией, диффузным или местным уплотнением. Чаще других поражаются мышцы шеи, плечевого и тазового пояса, но наблюдается и поражение мускулатуры туловища, мышц глотки и гортани, глазных мышц и мышц грудной клетки, обеспечивающих дыхание. В наших наблюдениях наиболее выраженное снижение силы было в проксимальных отделах нижних конечностей. Хотя в первом, более тяжелом, случае сила была снижена и в руках, и в ногах.

Наличие, помимо поражения мышц, еще и костно-суставного синдрома усложняет моторику больных. Ригидность пораженных мышц и их укорочение обуславливают собой мышечные контрактуры. При хроническом течении болезни постепенно нарастают мышечные атрофии, формируются контрактуры. Что и отмечалось в первом клиническом наблюдении. У второй пациентки, ввиду менее выраженной клинической картины, контрактуры не сформировались.

Сухожильные рефлексы вызываются на ранних стадиях болезни и становятся низкими, когда уменьшается мышечная масса, однако практически никогда не исчезают полностью. Этот важнейший дифференциально-диагностический признак позволяет исключить наличие у больного полиневропатии. В первом клиническом наблюдении сухожильные рефлексы были резко снижены, что может объясняться тяжелым фоном (онкологическое заболевание, перенесенная операция). Во втором случае рефлексы были сохранены.

Во втором случае пациентка самостоятельно (или по совету знакомых) выявила благоприятный эффект кортикостероидов, которые облегчали состояние. Но это не могло не сказаться на выраженности симптомов полимиозита. В резуль-

тате этого повышение содержания мышечных ферментов (КФК, аминотрансфераз) было не таким выраженным.

Терапия полимиозита является специфической. Препаратами выбора являются кортикостероиды, назначаемые по определенной схеме. Кортикостероиды не уменьшают смертность, но способствуют более быстрому наступлению ремиссии и уменьшают выраженность осложнений. При наличии противопоказаний к кортикостероидам, при их неэффективности, необходимо использовать цитостатики. Имеется опыт применения в тяжелых случаях плазмафереза, иммуноглобулина. Как крайнюю меру используют облучение лимфоидной ткани или всего тела. В обоих случаях при назначении кортикостероидов у пациенток было улучшение самочувствия. Но полного регресса симптомов не наблюдалось. Возможно, причиной этого было недостаточно длительное лечение (в отделении, после постановки диагноза и назначения специфической терапии пациентки выписывались), либо позднее начало лечения (что является неблагоприятным прогностическим признаком).

Выводы:

1. Нередко под маской «стандартных» неврологических заболеваний с нечеткой клинической картиной может скрываться достаточно серьезное терапевтическое заболевание.
2. Иногда такие пациенты занимаются самолечением (прием кортикостероидов во втором случае), что может скрыть симптомы заболевания.
3. При жалобах на слабость и боли в мышцах и неэффективности стандартного лечения неврологических заболеваний (таких как остеохондроз или миастения) необходимо более тщательное обследование пациента, в том числе и консультации других специалистов, не забывая терапевта.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Михеев, В.В. Коллагенозы в клинике нервных заболеваний /Михеев В.В. – 1971. – С. 92-100.
2. Яхно, Н.Н. Болезни нервной системы: т. 1 /Яхно Н.Н., Штульман Д.Р. – М., 2001. – С. 608-613.
3. Гвоздик, М. Дифференциальная диагностика и лечение при мышечном синдроме /Гвоздик М. //Здоровье Украины. – 2006. – декабрь.
4. Сайкова, Л.А. Современные подходы к диагностике и лечению полимиозита /Сайкова Л.А., Алексеева Т.М. //Избранные вопросы клинической неврологии: сб. ст. к 75-летию со дня рож. засл. деят. науки проф. В.С. Лобзина. – СПб., 1999.
5. Акимов, Г.А. Дифференциальная диагностика нервных болезней /Акимов Г.А., Одинак М.М. – СПб.: «Гиппократ», 2001.

КОВАЛЕНКО В.М., ГОРБАТОВСКИЙ Я.А., ВАСИЛЬЕВА Н.Н.
*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
МЛПУ «Городская клиническая больница № 2
Святого великомученика Георгия Победоносца»,
г. Новокузнецк*

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Обследовано 134 беременных, из них – 78 без анемии и 56 беременных с анемией. Лечение беременных с анемией проводили Sorbifer Durules 200 мг в сутки. Анемия компенсирована ко 2-му триместру у 63 % беременных, а к концу беременности у 82 %. Восстановление запасов железа к родам при лечении препаратами железа не наступает, что требует лечения после прекращения лактации.

KOVALENKO V.M., GORBATOVSKIY Y.A., VASILYEVA N.N.
*Novokuznetsk State Institute of Physicians' Advanced Training,
Municipal clinical Health Care Facility «City Hospital № 2»,
Novokuznetsk*

IRON DEFICIENCY AND PREGNANCY

134 pregnant women were examined, of whom 78 without iron deficiency and 56 pregnant women with iron deficiency. The treatment of pregnant women was carried out with Sorbifer Durules 200 mg per day. The iron deficiency was compensated by the 2-nd trimester for 63 % of pregnant women and by the end of pregnancy – for 82 %. When being treated with iron, pregnant women do not restore iron resources by the act of delivery, which demands treatment after delactation.

Все изменения во время беременности носят адаптационный характер, но очень часто эти отклонения выходят за рамки физиологических, переходя в патологическое состояние. Наиболее доступным методом оценки состояния беременных служит клинический анализ крови, где часто обнаруживается анемия, в большинстве случаев носящая железодефицитный характер.

Клинические последствия анемии у беременных непосредственным образом связаны с самой ее причиной. Любое заболевание, которое приводит к развитию анемии, повышает риск патологического течения беременности, а также увеличивает заболеваемость и смертность у матерей и младенцев. Наличие анемии требует подтверждения или исключения железодефицита. Железодефицитная анемия (ЖДА) – это тотальная органная патология, приводящая к функционально-морфологическим изменениям всех органов и тканей.

Таким образом, если ЖДА – болезнь всего организма, то ЖДА у беременных – болезнь двух организмов с соответствующими последствиями. По определению ВОЗ, анемия беременных диагностируется при значениях гемоглобина (НВ) менее 110 г/л. В литературе нет четкого определения анемии беременных, отсутствует общепринятая классификация, хотя известно, что все осложнения ЖДА определяются степенью тяжести анемии, а не временем ее начала [1, 3, 4].

Железо является обязательным и незаменимым компонентом различных систем, обеспечивающих

необходимый уровень системного и клеточного аэробного метаболизма, а также окислительно-восстановительного гомеостаза в организме в целом. Оно играет важную роль в поддержании высокого уровня иммунной резистентности, адекватное его содержание в организме способствует полноценному функционированию факторов неспецифической защиты клеточного и местного иммунитета, полноценного фагоцитоза, высокой активности естественных киллеров, бактерицидной способности сыворотки, а также синтеза лизоцима и интерферона [2].

ЖДА во время беременности является серьезной и актуальной акушерской проблемой, так как она обнаруживается у 21-80 % беременных по уровню гемоглобина (НВ) и у 49-99 % по сывороточному железу (ВОЗ, 1970). Анемия осложняет течение беременности и родов: у 40-50 % беременных присоединяется гестоз, преждевременные роды наступают у 11-42 % рожениц, гипотония и слабость родовой деятельности отмечаются у 10-15 % родильниц, у 92 % женщин развивается токсикоз первой половины беременности, у 38 % имеется гипогалактия. У детей, рожденных от матерей, страдавших ЖДА, отмечается гипотрофия, нарушение иммунитета, задержка умственного и физического развития [1, 3].

За последние 30 лет частота данной патологии увеличилась в 6,3 раз и составляет от 20 % до 80 % (в среднем по России – 42 %). Причиной ЖДА беременных являются повышенная потребность фетоплацентарного комплекса в же-

лезе при недостаточном поступлении его в организм матери и/или исходном дефиците запасов железа.

Цель исследования — изучить и оценить динамику клинических и феррокинетических показателей у беременных в первом, втором и третьем триместрах и результаты лечения ЖДА лекарственным препаратом Сорбифер Дурулес.

Материал и методы. Обследованы 134 первобеременных в возрасте от 18 до 30 лет (средний возраст составил $23,1 \pm 3,3$ года), из них, 78 беременных без анемии и 56 беременных с анемией легкой степени тяжести. Всем беременным в первом, втором, третьем триместрах определяли гематологические показатели периферической крови на гематологическом анализаторе DANAM HC-5710 с оценкой следующих параметров: содержание гемоглобина (HGB), эритроцитов (RBC), гематокрита (Ht), среднего объема эритроцитов (MCV), среднего содержания гемоглобина в эритроците (MCH), средней концентрации гемоглобина в эритроците (MCHC), показателя анизоцитоза эритроцитов (RDW) и феррокинетические показатели: сывороточное железо (СЖ), общая железосвязывающая способность сыворотки (ОЖСС) с последующим определением латентной железосвязывающей способности сыворотки (ЛЖСС) и коэффициента насыщения трансферрина (КНТ). Оценку запасов железа проводили по уровню сывороточного ферритина (СФ), который исследовали иммуноферментным методом на анализаторе «Multiskan Multisoft Labsystems».

Результаты работы обработаны методом вариационной статистики, для оценки достоверности результатов исследования использован Т-критерий Стьюдента.

Результаты и обсуждение. В группе беременных без анемии сравнительная характеристика гематологических и феррокинетических показателей была следующей: RBC — первый-второй триместр ($3,93 \pm 0,31$ и $3,83 \pm 0,27 \times 10^{12}/л$, $p < 0,05$), первый-третий триместр ($p = 0,08$); HGB — первый-второй триместр ($124,1 \pm 8,5$ и $116,8 \pm 9,3$ г/л, $p < 0,001$) и первый-третий триместр ($124,1 \pm 8,5$ и $118,6 \pm 8,7$ г/л, $p < 0,001$); Ht — первый-второй триместр ($33,8 \pm 2,3$ и $32,0 \pm 2,7$ %, $p < 0,001$) и показатель оставался таким же к третьему триместру ($p < 0,001$); MCV — первый-второй триместр ($87,3 \pm 4,9$ и $83,2 \pm 4,8$ фл, $p < 0,001$), первый-третий триместр ($87,3 \pm 4,9$ и $83,1 \pm 4,7$ фл, $p < 0,001$); MCH — достоверные изменения были только между первым и третьим триместрами ($32,2 \pm 2,3$ и $30,6 \pm 2,1$ пг, $p < 0,001$); достоверного различия в данных MCHC и RDW не обнаружено; СФ — первый-второй триместр ($17,6 \pm 9,1$ и $11,9 \pm 4,4$ нг/мл, $p < 0,001$), первый-третий триместр ($17,6 \pm 9,1$ и $12,9 \pm 8,6$ нг/мл, $p < 0,05$).

Анализируя полученные результаты видно, что у всех беременных формируются признаки железодефицита, наиболее выраженные во втором триместре и сохраняющиеся к концу беременности.

У беременных ЖДА динамика показателей клинического анализа крови и феррокинетических данных, по сравнению со здоровыми, носят противоположный характер на фоне лечения препаратами железа: RBC — первый-второй триместр ($3,52 \pm 0,14$ и $3,65 \pm 0,24 \times 10^{12}/л$, $p < 0,001$), первый-третий триместр ($3,52 \pm 0,14$ и $3,76 \pm 0,17 \times 10^{12}/л$, $p < 0,001$); HGB — первый-второй триместр ($103,28 \pm 4,92$ и $110,5 \pm 9,55$ г/л, $p < 0,001$), первый-третий триместр ($103,28 \pm 4,92$ и $116,16 \pm 7,41$ г/л, $p < 0,001$); Ht — первый-второй триместр ($29,3 \pm 1,6$ и $30,7 \pm 2,1$ %, $p < 0,001$), первый-третий триместр ($29,3 \pm 1,6$ и $31,7 \pm 1,9$ %, $p < 0,001$); MCV — первый-второй триместр ($79,5 \pm 2,6$ и $82,2 \pm 4,7$ фл, $p < 0,001$), первый-третий триместр ($79,5 \pm 2,6$ и $83,1 \pm 4,3$ фл, $p < 0,001$); MCH — первый-второй триместр ($26,9 \pm 0,6$ и $29,9 \pm 2,3$ пг, $p < 0,001$), первый-третий триместр ($26,9 \pm 0,6$ и $30,6 \pm 2,2$ пг, $p < 0,001$); MCHC — первый-второй триместр ($351,6 \pm 8,87$ и $368,0 \pm 14,76$ г/л, $p < 0,001$), первый-третий триместр ($351,6 \pm 8,87$ и $367,7 \pm 11,12$ г/л, $p < 0,001$); RDW — первый-второй триместр ($16,1 \pm 1,3$ и $14,6 \pm 1,6$ %, $p < 0,001$), первый-третий триместр ($16,1 \pm 1,3$ и $14,0 \pm 6,8$ %, $p < 0,001$).

Динамика феррокинетических показателей между группами: СЖ — $14,4 \pm 6,7$ и $11,1 \pm 4,3$ мкмоль/л, $p < 0,001$; ОЖСС — $74,9 \pm 13,8$ и $81,8 \pm 13,2$ мкмоль/л, $p < 0,05$; КНТ — $20,1 \pm 11,5$ и $13,9 \pm 6,4$ %, $p < 0,001$.

Лечение проводилось препаратом Сорбифер Дурулес в дозе 200 мг в сутки (по 1 таблетке два раза в сутки) в течение 6-8 недель. Анемия была компенсирована ко второму триместру у 63 % беременных, а к концу беременности — у 82 %.

Переносимость препарата была удовлетворительной и частота побочных эффектов не выходила за рамки, указываемых в литературе. При появлении побочных эффектов, основными из которых были диспептические расстройства (боли в эпигастрии, тошнота, рвота, понос), появлялась необходимость назначения других препаратов железа (тардиферрон, мальтофер).

Выводы:

1. У всех беременных к концу беременности формируются признаки железодефицитного состояния, требующие проведения профилактических мероприятий с начала беременности.
2. При лечении ЖДА у беременных компенсация наступает к концу третьего триместра при

отсутствии формирования тканевых запасов железа, что требует продолжения терапии препаратами железа после завершения лактационного периода.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Воробьев, П.А. Анемический синдром /Воробьев П.А. – М., 2001. – С. 72-90.
2. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 1998 году //Здравоохранение Российской Федерации. – 2000. – № 4. – С. 3-15.
3. Мартынов А.И., Гороховская Г.Н., Соболева В.В. //Русский медицинский журнал.- 2002. – № 28. – С. 1304-1307.
4. Сафуанов Г.Ш., Никуличева В.И., Тимашева А.А. //Гем. и трансфуз. – 2003. – С. 25-27.

КОМИССАРОВА С.Д., КИСЕЛЕВА А.В., ЛУКАШЕВИЧ Г.Г., ВАСЕНИНА Е.Д.
*МЛПУ «Городская клиническая больница №2
Святого великомученика Георгия Победоносца»,
г. Новокузнецк*

СОСТОЯНИЕ АГРЕГАЦИИ ТРОМБОЦИТОВ В ОСТРОЙ СТАДИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Важную роль в патогенезе ишемических инсультов отводится атеротромбозу и изменениям реологических свойств крови, в том числе повышению агрегационной способности тромбоцитов и эритроцитов. Проведено исследование изменения агрегации тромбоцитов у больных в острой стадии ишемического инсульта. Проводилось исследование спонтанной агрегации тромбоцитов, показателя спонтанной агрегации тромбоцитов на 2 минуте, исследование агрегации тромбоцитов с АДФ в концентрации 2,5; 5; 10 мкг/мл в первые сутки развития острого ишемического инсульта у больных, не принимавших до этого дезагрегантную терапию. Выявлена тенденция к гиперагрегации тромбоцитов с формированием крупных размеров агрегантов, что позволяет считать патогенетически обоснованным назначение дезагрегантной терапии в острой стадии ишемического инсульта.

KOMISSAROVA S.D., KISELYOVA A.V., LUKASHEVICH G.G., VASENINA E.D.
*Municipal clinical Health Care Facility «City Hospital № 2»,
Novokuznetsk*

CONDITION OF THROMBOCYTI AGGREGATION IN THE ACUTE STAGE OF ISCHEMIC STROKE

Atherothrombosis and changes of rheological properties of blood, increasing aggregation abilities of and erythrocytes included, play the important role in pathogenesis of ischemic stroke. The study of thrombocyti aggregation changes of the patients in the acute stage of ischemic stroke was done. The study of spontaneous thrombocyti aggregation, index of spontaneous thrombocyti aggregation of during the 2-nd minute, the study of thrombocyti aggregations with ADF in concentrations 2,5; 5; 10 mkg/ml in the first day of acute ischemic stroke development was done. The patients examined haven't taken desaggregation therapy before. The trend to thrombocyti hypoaggregation with the formation of big-sized aggregates was revealed that allows to consider desaggregation therapy in the acute stage of ischemic stroke to be reasonable.

Острые нарушения мозгового кровообращения являются одной из актуальных и социально значимых проблем современной медицины. Ежегодно в мире переносят инсульт более 20 млн. человек, а в России — более 450 тыс. По данным ВОЗ, инсульт является 2-й по частоте причиной смертности, которая при ишемическом инсульте составляет 8-20 %, а при геморрагическом достигает 48-82 %, но соотношение ишемических и геморрагических форм нарушений мозгового кровообращения составляет 3 : 1. В настоящее время установлено, что у пациентов, выживших после инсульта, вероятность развития повторного нарушения мозгового кровообращения достигает 30 %. В связи с этим, важной задачей, как с точки зрения сохранения качества жизни, так и с точки зрения затрат на лечение пациентов, является изучение патофизиологических процессов, происходящих при инсультах, и разработка новых методов ранней диагностики характера нарушений мозгового крово-

вообращение, что позволит назначить более обоснованное лечение острого эпизода и составить программу вторичной профилактики повторных нарушений мозгового кровообращения.

Важную роль в патогенезе ОНМК отводится атеротромбозу и изменениям реологических свойств крови, в том числе повышению агрегационной способности тромбоцитов и эритроцитов. На долю атеротромботических инсультов приходится 30-50 % от общего числа ишемических инсультов.

Кратко напомним механизм тромбообразования. При повреждении сосуда, в данном случае поврежденного атеросклеротической бляшкой, из эндотелия сосуда выделяются коллаген, фактор Виллебранта, АДФ, происходит гемолиз с освобождением большого количества ионов кальция. Это способствует адгезии и изменению формы тромбоцитов, у которых на мембране появляются различные отростки. Тромбоциты выделяют арахидоновую кислоту, которая под воздействи-

ем циклооксигеназы превращается в тромбоксан А₂. В дальнейшем, под действием этих факторов и при стимуляции АДФ, адреналином, ионами кальция и магния, происходит активация «1 α »-рецепторов на отростках тромбоцитов и их агрегация. Далее, с участием плазменных факторов свертывания, идет формирование тромба.

Главная причина острой ишемии при атеротромботическом варианте инсульта — тромботические осложнения атеросклероза, которые опосредованы тромбоцитами и развиваются в области относительно молодых атеросклеротических бляшек, наиболее подверженных повреждениям и разрывам. В связи с этим, не вызывает сомнения необходимость изучения изменений реологических свойств крови в целом и изменения агрегации тромбоцитов в частности, особенно учитывая широкое использование дезагрегантной терапии в качестве вторичной профилактики ишемических инсультов. Однако, существующая на сегодняшний день информация о состоянии тех или иных параметров гемореологии и гемостаза при ишемических инсультах недостаточна и противоречива, в частности, об использовании определения агрегации тромбоцитов в качестве диагностического теста в остром периоде ишемического инсульта.

Цель. Исходя из вышеизложенного, целью нашего исследования являлось изучение изменения агрегации тромбоцитов у больных в острой стадии ишемического инсульта и возможность использования данного обследования в качестве диагностического теста.

Проводилось исследование спонтанной агрегации, показателя спонтанной агрегации на второй минуте, исследование агрегации тромбоцитов с АДФ в концентрации 2,5; 5; 10 мкг/мл, при этом АДФ является стимулятором агрегации тромбоцитов. При отборе больных учитывалось, что все больные в течение 6 мес. не принимали дезагрегантной терапии.

Под наблюдением находились 15 пациентов в остром периоде ишемического инсульта в возрасте от 56 до 86 лет (8 мужчин и 7 женщин). По локализации ишемического очага, у 13 пациентов имело место поражение в каротидном бассейне, а в 2 случаях — в вертебрально-базиллярном бассейне. У 13 пациентов из 15 диагноз подтвержден нейровизуализационными методами: спиральная компьютерная томография головного мозга выявила очаги ишемии различной величины и локализации. Основным этиологическим фактором заболевания являлся генерализованный атеросклероз (у девяти пациентов имело место сопутствующее атеросклеротическое поражение коронарных сосудов и сосудов нижних конечностей),

его сочетание с гипертонической болезнью очень высокой степени риска (13 пациентов) и сахарным диабетом 2 типа (5 пациентов).

При определении спонтанной агрегации тромбоцитов только у 2 пациентов она превышала 1 %, то есть гиперагрегация выявлена только у 13 % больных. Но при определении показателя спонтанной агрегации тромбоцитов на 2-й минуте проявления гиперагрегации выявлялись у 10 пациентов, что составляет уже 67 %. Средний показатель спонтанной агрегации на 2-й минуте составил $1,55 \pm 0,35$ отн. единиц при норме до 1,35 отн. ед., максимальный показатель достигал 2,43 отн. ед.

При определении агрегации тромбоцитов с АДФ в различных концентрациях наши данные оказались противоречивыми. Были показатели, характерные как для гиперагрегации, так и для гипо- и нормоагрегации. Средние показатели агрегации с АДФ в концентрации 2,5 мкг/мл составили 40 %, с концентрацией 5 мкг/мл — 52,6 %, что соответствует нормальным параметрам, а с концентрацией 10 мкг/мл — 62,3 %, что ниже нормы. Но средний размер агрегационных комплексов при всех концентрациях АДФ превышал нормальные показатели.

Следует сказать, что только у 4 больных из 15 все исследуемые показатели соответствовали гиперагрегации тромбоцитов.

Выводы:

1. В острой стадии ишемического инсульта наблюдается тенденция к гиперагрегации тромбоцитов с формированием крупных размеров агрегантов.
2. Учитывая наличие гиперагрегации тромбоцитов, в остром периоде ишемического инсульта патогенетически обоснованным является назначение дезагрегантной терапии.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Балуда В.А., Бакаган З.С., Гольдберг Б.Д. //Лабораторные методы исследования гемостаза. — Томск: Медицина. 1980. — С. 26-29
2. Ионова, В.Г. Прогрессирующие ишемические нарушения мозгового кровообращения и тромбоцитарно-сосудистый гемостаз /Ионова В.Г., Суслина З.А., Ташанян М.М. //VII Всерос.съезд неврологов. — Н-Новгород, 1995.
3. Исмаилова, К.Р. Состояние системы гемостаза в остром периоде ишемического инсульта /Исмаилова К.Р. //VII Всерос.съезд неврологов. — Н-Новгород, 1995.
4. Файнберг, Г.Ф. Состояние тромбоцитарно-сосудистого звена гомеостаза в остром периоде ишемического инсульта (клинико-биохимическое исследование) /Г.Ф. Файнберг: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1991. — 24 с.

КОРОТЕНКО О.Ю., ПАНЕВ Н.И., ЛУКАШЕВИЧ Г.Г.,
ВОЛОДИНА Н.Н., ШАЦКИХ Н.А., ГОРЯЕВА М.О.

*НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний СО РАМН,
МЛПУ «Городская клиническая больница № 2
Святого великомученика Георгия Победоносца»,
г. Новокузнецк*

ИЗМЕНЕНИЯ МИОКАРДА В ПОКОЕ И ПОСЛЕ НАГРУЗОЧНОЙ ПРОБЫ ПРИ СОЧЕТАНИИ ПЫЛЕВОГО БРОНХИТА С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Проведена оценка структурно-функционального состояния правых и левых отделов сердца методом эхокардиографии до и после нагрузочной пробы больным пылевым бронхитом в сочетании с ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией. Выявлено, что сочетание пылевого бронхита с ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией приводит к ремоделированию обоих желудочков и ускоряет развитие хронического легочного сердца.

KOROTENKO O.Y., PANEV N.I., LUKASHEVICH G.G.,
VOLODINA N.N., SHATSKIKH N.A., GORYAEVA M.O.

*Research Institute for Complex Problems of Hygiene and Occupational Diseases of the SB RAMN,
Municipal clinical Health Care Facility «City Hospital № 2»,
Novokuznetsk*

CHANGES OF THE MYOCARDIUM IN REST AND AFTER LOADING TEST AT PATIENTS WITH THE COMBINATION OF MECHANIC BRONCHITIS, ISCHEMIC HEART DISEASE AND ARTERIAL HYPERTENSION

The estimation of structural-functional state of right and left heart before and after loading test at patients suffered from chronic mechanic bronchitis in combination with ischemic heart disease and arterial hypertension is carried out using an echocardiography method. It is revealed that the combination of chronic mechanic bronchitis, ischemic heart disease and arterial hypertension results in remodelling both ventricles and hastens chronic pulmonary heart development.

В Российской Федерации в течение многих лет отмечается высокий уровень профессиональных и производственно обусловленных заболеваний, среди которых ведущими являются пневмокониозы и пылевые бронхиты (ПБ) [1].

Среди соматических заболеваний у шахтеров чаще, чем в общей популяции, встречаются ишемическая болезнь сердца (ИБС) и артериальная гипертензия (АГ). В последние десятилетия отмечен их рост и развитие у лиц молодого возраста [2].

Мало изучено структурно-функциональное состояние правых и левых отделов сердца у больных ПБ в сочетании одновременно с ИБС и АГ, хотя наличие и степень тяжести АГ влияет на функциональное состояние сердечно-сосудистой системы и клинические проявления у больных ИБС. Недостаточно изучены возможности нагрузочных проб для прогнозирования течения сочетанных заболеваний.

Целью данного исследования явилась оценка структурно-геометрических и функциональных

изменений сердца у больных ПБ в сочетании с ИБС и АГ в покое и после нагрузочной пробы.

Материал и методы исследования. Нами обследованы 348 больных с ранее диагностированным ПБ с дыхательной недостаточностью 1 степени в возрасте от 40 до 55 лет. В контрольную группу вошли 77 шахтеров, длительно работающих в условиях повышенной запыленности, но не имеющих патологии легких и сердечно-сосудистой системы. Основная и контрольная группы были сопоставимы по возрасту и стажу работы во вредных условиях труда.

Все пациенты были обследованы в клинике НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний СО РАМН. Для выявления стенокардии использовали опросник Роуза, для подтверждения диагноза и оценки толерантности к физической нагрузке — велоэргометрию. Эссенциальная АГ диагностировалась по результатам двукратного измерения артериального давления и анамнестическим данным (критериями АГ считались цифры выше 139/89 мм рт. ст., рекомендованные Российским обществом по арте-

риальной гипертонии и Всероссийским научным обществом кардиологов в 2008 году), при исключении симптоматических АГ.

Структурно-функциональное состояние сердца оценивали методом эхокардиографии на системе «ALOKA SSD-5500». Учитывали конечно-систолический (КСО) и конечно-диастолический (КДО) объемы левого желудочка (ЛЖ), показатель глобальной сократимости ЛЖ — фракцию выброса (ФВ), а также КДО, КСО и ФВ правого желудочка (ПЖ). Для оценки диастолической функции желудочков определяли скорости трансмитрального и транстрикуспидального потоков в раннюю и позднюю диастолу (Е, А, м/сек) и их соотношение (Е/А). Индекс массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ) рассчитывали по формуле R. Devereux [4]. Определяли индекс сферичности (ИС) ЛЖ, индекс относительной толщины стенки ЛЖ (ИОТС). Все показатели индексировались к площади поверхности тела. Среднее давление в легочной артерии (СрДЛА) рассчитывали по методу A. Kitabatake et al. [5]. Систолическое давление в легочной артерии рассчитывали как сумму градиента трикуспидальной регургитации и давления в правом предсердии [3]. Толщину передней стенки ПЖ (ПСПЖ) оценивали из субкостального доступа.

Обследование пациентов соответствовало этическим стандартам биоэтического комитета НИИ КППЗ СО РАМН, разработанным в соответствии с Хельсинской декларацией Всемирной ассоциации «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека» с поправками 2000 г. и «Правилами клинической практики в Российской Федерации», утвержденными Приказом Минздрава РФ № 266 от 19.06.2003 г. Все обследованные лица дали информированное согласие на участие в исследовании.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы Excel. Определяли среднюю арифметическую и ошибку средней ($M \pm m$). Для определения достоверности различий использовали критерий Стьюдента. Различия считали достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Из 348 больных ПБ с ДН 1 степени ИБС была выявлена у 90 шахтеров (25,9 %). Среди больных ИБС преобладали больные стенокардией напряжения II функционального класса. Лиц с перенесенным инфарктом миокарда, мерцательной аритмией и клиническими признаками сердечной недостаточности среди обследованных шахтеров не было. Умеренная АГ (2 степени) диагностирована у 142 больных ПБ (40,8 %). Были выделены 4 группы: 1-я — 177 больных ПБ без сердечно-сосудистых заболеваний; 2-я — 81 больной ПБ в сочетании с АГ; 3-я группа — 29 больных ПБ в

сочетании с ИБС; 4-я группа — 61 больной ПБ в сочетании с ИБС и АГ.

При оценке структурно-геометрических показателей левых отделов сердца (табл. 1) выявлено, что у больных 2-й и 4-й групп отмечается увеличение объемных показателей ЛЖ — индекса КДО, индекса КСО и снижение ФВ ЛЖ, как по сравнению с контрольной группой, так и с больными 1-й группы, а значимое увеличение толщины миокарда ЛЖ (ЗСЛЖ и МЖП, а также ИММЛЖ) — по сравнению с контрольной группой, с больными 1-й и 3-й групп.

При сочетании трех заболеваний (ПБ, ИБС и АГ) в сравнении с остальными группами значительно увеличивается ИММЛЖ, а ИОТС достоверно больше, чем у больных ПБ без сопутствующей АГ. То есть, у больных 2-й и 4-й групп отмечается концентрическое ремоделирование ЛЖ, а также снижение ФВ ЛЖ по сравнению с больными 1-й группы и с контрольной группой. У больных 3-й группы также отмечается увеличение объемных показателей ЛЖ (индексов КДО и КСО ЛЖ) по сравнению с контрольной и 1-й группами, но при этом достоверно меньше толщина МЖП и ЗСЛЖ в сравнении с больными 2-й и 4-й групп, отмечается значимое увеличение ИС (по сравнению со всеми другими группами) и ФВ ЛЖ — также по сравнению с больными 1-й, 2-й и с контрольной групп. В то же время, имеется лишь тенденция к увеличению ИММЛЖ, то есть имеется эксцентрическое ремоделирование и снижение функции ЛЖ у больных 3-й группы.

Оценка структурно-функционального состояния правых отделов сердца (табл. 2) показала, что во всех группах больных ПБ, независимо от сопутствующей патологии, отмечалось увеличение толщины ПСПЖ в сравнении с контрольной группой. При сочетании ПБ с сердечно-сосудистой патологией (АГ и ИБС) толщина ПСПЖ достоверно больше, чем в группе больных ПБ, то есть наличие сопутствующей сердечно-сосудистой патологии ускоряет развитие хронического легочного сердца у больных ПБ. При этом отмечается значимое, но невыраженное нарастание СрДЛА. При этом показатель сократительной функции ПЖ — ФВ, а также объемы ПЖ и ПП не отличались от показателей в контрольной группе.

Ремоделирование ЛЖ и ПЖ у больных ПБ в сочетании с ИБС и АГ сопровождалось увеличением времени замедления скорости раннего диастолического наполнения (DT) ЛЖ, увеличением времени изоволюметрического расслабления (IVRT) ЛЖ и уменьшением отношения Е/А трансмитрального потоков ($E/A \text{ ЛЖ} < 1$) по сравнению с контрольной группой, что свидетельствует о развитии диастолической дисфункции ЛЖ. Отмечается статистически значимое снижение отношения транстрикуспидальных потоков (E/A



Таблица 1
Структурно-геометрические показатели левых отделов сердца

Показатель	Контрольная группа	1 группа	2 группа	3 группа	4 группа
Индекс конечно-диастолического объема, мл/м ²	60,67 ± 0,99	62,55 ± 0,81	66,02 ± 1,45 ^{^*}	68,47 ± 3,11 ^{^*}	68,64 ± 1,66 ^{^*}
Индекс конечно-систолического объема, мл/м ²	21,57 ± 0,66	22,48 ± 0,49	25,55 ± 1,06 ^{^*}	28,31 ± 1,76 ^{^*}	25,54 ± 0,41 ^{^*}
Фракция выброса, %	64,75 ± 0,89	63,9 ± 0,55	61,69 ± 0,9 ^{^*}	58,06 ± 1,35 ^{^** **}	60,74 ± 1,06 ^{^*}
Толщина межжелудочковой перегородки, см	0,92 ± 0,01	0,98 ± 0,009 [^]	1,05 ± 0,02 ^{^*}	0,97 ± 0,03 ^{^**}	1,09 ± 0,02 ^{^** ***}
Толщина задней стенки левого желудочка, см	0,92 ± 0,01	0,98 ± 0,008 [^]	1,05 ± 0,02 ^{^*}	0,99 ± 0,02 [^]	1,09 ± 0,02 ^{^** ***}
Индекс массы миокарда левого желудочка, г/м ²	95,81 ± 2,54	107,79 ± 1,8 [^]	118,15 ± 2,9 ^{^*}	119,47 ± 7,4 ^{^*}	264,26 ± 8,3 ^{^** ***}
Индекс сферичности	0,58 ± 0,005	0,59 ± 0,005	0,61 ± 0,008 ^{^*}	0,68 ± 0,009 ^{^** **}	0,61 ± 0,007 ^{^** ***}
Индекс относительной толщины стенок	37,47 ± 0,58	39,77 ± 0,38 [^]	40,18 ± 0,79 [^]	38,52 ± 0,94	41,66 ± 0,64 ^{^** ***}
Время замедления фазы быстрого наполнения левого желудочка, мс	189,25 ± 4,37	193,26 ± 3,65	211,95 ± 5,19 ^{^*}	215,36 ± 7,25 ^{^*}	211,46 ± 4,8 ^{^*}
Время изоволюметрического расслабления, мс	75,15 ± 1,68	88,69 ± 1,5 [^]	91,57 ± 2,03 [^]	85,09 ± 4,59 [^]	93,54 ± 2,14 [^]
Отношение раннего и позднего трансмитральных потоков	1,25 ± 0,02	0,99 ± 0,02 [^]	0,89 ± 0,03 [^]	0,96 ± 0,07 [^]	0,86 ± 0,03 [^]

Примечание: [^] достоверность различий показателя (p < 0,05) с контролем; ^{*} достоверность различий показателя (p < 0,05) с 1-й группой; ^{**} – достоверность различий показателя (p < 0,05) со 2-й группой; ^{***} – достоверность различий показателя (p < 0,05) с 3-й группой.

Таблица 2
Структурно-функциональные показатели состояния правых отделов сердца и легочной гемодинамики у больных ПБ в сочетании с ИБС и АГ (M ± m)

Показатель	Контрольная группа	1 группа	2 группа	3 группа	4 группа
Индекс конечно-диастолического объема, мл/м ²	56,78 ± 2,45	62,33 ± 1,46 [^]	60,73 ± 3,17 [^]	60,97 ± 2,64 [^]	61,1 ± 2,78 [^]
Фракция выброса, %	53,34 ± 1,03	51,53 ± 0,94	50,71 ± 1,26	52,13 ± 2,6	52,67 ± 1,46
Толщина передней стенки правого желудочка, мм	5,07 ± 0,56	5,67 ± 0,06 [^]	6,14 ± 0,09 ^{^*}	5,86 ± 0,14 [^]	5,99 ± 0,09 ^{^*}
Среднее давление в легочной артерии, мм рт. ст.	12,66 ± 0,45	18,57 ± 0,57 [^]	20,6 ± 0,98 [^]	22,77 ± 1,47 ^{^*}	19,8 ± 0,74 ^{^****}
Систолическое давление в легочной артерии, мм рт. ст.	29,88 ± 1,4	35,5 ± 1,16 [^]	35,61 ± 1,65 [^]	41,36 ± 3,65 [^]	34,77 ± 1,37 ^{^****}
Отношение раннего и позднего транстрикуспидальных потоков	1,34 ± 0,02	1,21 ± 0,03 [^]	1,08 ± 0,03 ^{^*}	1,03 ± 0,04 ^{^*}	1,05 ± 0,05 ^{^*}



ПЖ) в сравнении с контрольной группой и больными ПБ.

Таким образом, сочетание ПБ с ИБС и АГ создает очень неблагоприятную ситуацию — уже на ранних стадиях заболевания отмечаются структурно-функциональные изменения обоих желудочков.

Для определения прогноза течения ПБ в сочетании с ИБС и АГ мы изучили возможности стресс-эхокардиографии в виде антиортостатической пробы (АОП).

Из 348 больных ПБ АОП проведена 91 больному, из которых у 23 пациентов был ПБ (1-я группа), у 24 — ПБ в сочетании с АГ (2-я группа), у 20 — ПБ в сочетании с ИБС (3-я группа), и у 24 — ПБ в сочетании с ИБС и АГ (4-я группа). Из контрольной группы АОП проведена 30 шахтерам.

Исследование параметров эхокардиографии проводилось вначале в положении лежа, затем поднимали ножной конец кушетки на 45 градусов на 10-15 минут, моделируя увеличение преднагрузки.

Установлено, что во всех группах больных и в контрольной группе после АОП отмечалось увеличение СрДЛА, но в контрольной группе показатели СрДЛА были в пределах допустимой нормы, то есть не превышали 20 мм рт. ст. ($12,54 \pm 0,58$ мм рт. ст. до нагрузочной пробы и $14,74 \pm 0,68$ мм рт. ст. после нее). Во всех группах больных ПБ СрДЛА после АОП превышало допустимую норму (от $22,92 \pm 1,41$ мм рт. ст. до $27,76 \pm 1,6$ мм рт. ст.).

Показатели систолической (ФВ) функции обоих желудочков и диастолической (Е/А ЛЖ) функции ЛЖ во всех группах обследованных достоверно не отличались до и после АОП.

При оценке диастолической функции ПЖ установлено, что соотношение Е/А ПЖ достоверно уменьшилось после АОП в 4-й группе больных. У этих больных Е/А ПЖ после АОП меньше единицы (Е/А ПЖ $0,94 \pm 0,04$), что указывает на развитие диастолической дисфункции по типу нарушения релаксации. Во 2-й группе больных имеется выраженная тенденция к появлению диастолической дисфункции ПЖ после АОП, но статистически разница недостоверна (до нагрузки Е/А ПЖ составляло $1,15 \pm 0,05$, после — $1,03 \pm 0,04$).

Таким образом, транзиторное повышение давления в легочной артерии происходит как при ПБ, так и при его сочетании с сердечно-сосудистой патологией (ИБС и АГ). Проведение АОП у больных с сочетанием ПБ с ИБС и АГ позволяет выявить ранние признаки диастолической дисфункции ПЖ, которая ухудшает прогноз течения сочетанных заболеваний.

Выводы:

1. Сочетание ПБ с ИБС и АГ приводит к структурно-геометрическим изменениям левого и правого желудочков: у больных ПБ в сочетании с АГ и больных ПБ в сочетании с ИБС и АГ (2-й и 4-й групп) отмечается концентрическое ремоделирование обоих желудочков, а у больных 3-й группы (ПБ в сочетании с ИБС) — эксцентрическое ремоделирование ЛЖ и концентрическое ремоделирование ПЖ.
2. Наличие сопутствующей сердечно-сосудистой патологии (ИБС и АГ) у больных ПБ ускоряет развитие хронического легочного сердца, увеличивая нагрузку на правые отделы.
3. Использование антиортостатической пробы позволяет выявить транзиторную легочную гипертензию при ПБ и его сочетании с ИБС и АГ, а также выявить скрытую диастолическую дисфункцию ПЖ, являющуюся предиктором неблагоприятного течения сочетанных заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Измеров, Н.Ф. Концептуальные подходы к сохранению и укреплению здоровья работающего населения России /Н.Ф. Измеров //Бюлл. Науч. совета «Медико-экологические проблемы работающих». — 2003. — № 1. — С. 4-10.
2. Черкесов, В.В. Медико-социальные проблемы сердечно-сосудистой патологии у горнорабочих угольных шахт Донбасса /В.В. Черкесов //Мед. труда. — 1998. — № 2. — С. 6-10.
3. Шиллер, Н.Б. Клиническая эхокардиография; 2-е изд. //Н.Б. Шиллер, М.А. Осипов. — М.: Практика, 2005. — 344 с.
4. Relation of hemodynamic load to left ventricular hypertrophy and performance in hypertension /R.B. Devereux [et al.] //Am. J. Cardiol. — 1983. — Vol. 51. — P. 171-176.
5. Non-invasive evaluation of pulmonary hypertension by a pulsed Doppler technique /A. Kitabatake [et al.] //Circulation — 1983. — Vol. 68. — P. 302-309.

КРЕСТЬЯНИНОВ А.Е., ТАРАСКО А.Д., ЛИХАЧЕВ А.Г.,
САЛАМАНОВ В.И., ХАБИБУЛЛИН А.М., БЕРСЕНЕВ А.Е.
*МЛПУ «Городская клиническая больница № 2
Святого великомученика Георгия Победоносца»,
г. Новокузнецк*

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КАТЕТЕРНОГО СКЛЕРОЗИРОВАНИЯ ПОДКОЖНЫХ ВЕН В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Статья посвящена опыту применения операции катетерного склерозирования в практике Центра амбулаторной хирургии. Всего выполнено 16 операций по данной методике. Все пациенты имели клинический класс C2 по классификации CEAP. В качестве склерозирующего препарата использовались 3 % этоксисклерол или 3 % фибровейн. После выполнения операции пациенты отмечали менее выраженную раневую боль, были более мобильны. Сроки временной нетрудоспособности значительно сократились. Экономический эффект оказался высоким, косметические преимущества несомненны. Данная методика перспективна в амбулаторной практике.

Ключевые слова: варикозная болезнь, катетерное склерозирование, амбулаторная хирургия.

KRESTYANINOV A.E., TARASKO A.D., LIHACHEV A.G.,
SALAMANOV V.I., KHABIBULLIN A.M. BERSENEV A.E.
*Municipal clinical Health Care Facility «City Hospital № 2»,
Novokuznetsk*

EXPERIENCE APPLICATIONS CATHETER SCLERSANT HYPODERMIC OF VEINS IN THE OUT-PATIENT PRACTICE

The article is devoted to the experience of the operation catheter sclersant in the practice of ambulatory surgery cent. All 16 operations were performed by this method. All patients had clinical class C2 classification CEAP. As a sclerosing drug used etoksisklerol 3 % or 3 % fibroveyn. After the operation patients noted less pronounced wound pain were more mobile. Terms of temporary disability decreased significantly. Economic impact was high, cosmetic advantages are obvious. This technique is promising in ambulatory practice.

Наиболее эффективным средством в лечении варикозной болезни (ВБ) нижних конечностей, несомненно, является оперативное вмешательство. Главной целью операции является удаление патологически измененных подкожных вен, устранение венозного рефлюкса и, как следствие, уменьшение степени венозной недостаточности. История хирургии ВБ помнит множество вариантов удаления стволов и притоков магистральных вен, способов лигирования перфорантных вен, с использованием разнообразного инструментария и технических средств. На протяжении многих лет хирурги стремились достичь не только максимальной эффективности операции, но и ее минимальной травматичности и, как следствие, минимума послеоперационных осложнений.

Варикозной болезнью нижних конечностей преимущественно страдают женщины, для которых чрезвычайно важен косметический эффект операции. Жизнь современного человека очень часто диктует необходимость минимальных сро-

ков временной нетрудоспособности в послеоперационном периоде. Пациенты нуждаются в таком методе оперативного лечения ВБ, который бы обеспечил эффективное и быстрое восстановление здоровья и трудоспособности и сопровождался бы минимальным послеоперационным дискомфортом. К сожалению, флебэктомия не всегда соответствует выдвинутым требованиям. Ведь анатомия венозной системы нижних конечностей очень вариабельна. Очень часто БПВ бывает удвоена или даже утроена, а ее притоки очень многочисленны и с большим количеством коммуникантов [1]. Зачастую необходимость длительного отрыва от работы, связанная с сопровождающими флебэктомию последствиями, а так же боязнь осложнений отворачивает пациентов от столь нужной им своевременной операции. Стремление достичь оптимального сочетания эффективности, малотравматичности и косметичности при проведении оперативного вмешательства привело нас к внедрению метода катетерного склерозирования (КС) подкожных

вен нижних конечностей, как альтернативы флебэктомии.

Всего, в течение 2007-2009 годов выполнено 16 операций по данной методике у 16 пациентов (11 женщин и 5 мужчин) в возрасте от 22 до 63 лет (средний возраст 34 года). Все пациенты обследованы перед оперативным вмешательством, выполнены клинические и биохимические анализы крови, мочи, ЭКГ, абсолютно всем выполнено УЗ ангиосканирование. Сроки наблюдения пациентов после операции составили от 3 до 22 месяцев.

На этапе отработки методики операции КС данное вмешательство предлагалось пациентам в качестве альтернативы флебэктомии. В дальнейшем КС использовалось в большей степени как операция при невыраженном расширении ствола БПВ, чаще у молодых женщин, когда косметический эффект операции играл очень важную роль. Необходимыми условиями отбора пациентов на операцию КС были следующие: клинический класс С2 по СЕАР, наличие рефлюкса по большой подкожной вене (БПВ) в положении стоя по данным ультразвукового ангиосканирования, диаметр вены составлял до 10 мм в вертикальном положении, отсутствие острого тромботического процесса в любом сосудистом бассейне. Конечно же, не должно быть и абсолютных противопоказаний к плановой флебэктомии [2].

Подготовка к операции проводилась стандартно. В день операции размечались варикозно измененные вены, подлежащие склерозированию, маркировались несостоятельные перфорантные вены. Для обезболивания применялась местная инфильтрационная анестезия. Предварительно всем пациентам выполнялось эпифасциальное лигирование (по Кокетту) несостоятельных перфорантных вен [3].

В качестве склерозирующего препарата первоначально использовался 3 % этоксисклерол в 4 случаях, а в остальных 12 случаях — 3 % фибровейн. Причиной такой смены препарата явилось отсутствие этоксисклерола, вероятно, в связи с его перерегистрацией. Препараты использовались в микропенной форме (11 случаев) и в форме раствора (5 случаев).

В 14 случаях применено тотальное склерозирование стволов БПВ (11 случаев) или МПВ (3 случая), в 2 случаях — короткий стриппинг БПВ (от устья до верхней трети голени) сочетался с катетерным склерозированием на голени. Во время введения склерозирующего препарата и в дальнейшем в течение операции и в ближайшие часы после операции пациенты выполняли гимнастику. Тотчас после склерозирования вен накладывался эластичный бинт. Как только пациенты были в состоянии ходить, им разрешалось вставать. Через 3-6 часов после операции пациент, в сопровождении медицинского персонала

отделения, доставлялся домой автомобильным транспортом. Далее ведение больного осуществлялось по принципу стационара на дому (в период освоения методики) или дневного стационара (в дальнейшем).

После операции все пациенты наблюдались в ЦАХ. В раннем послеоперационном периоде отмечался умеренный болевой синдром. В 2 случаях отмечен выраженный отек нижней конечности, который прошел самостоятельно через 3-4 суток. Венозных тромбоэмболических осложнений, случаев нагноения послеоперационных ран, значительного повреждения периферических нервов мы не регистрировали. Имел место случай бронхоспазма во время операции, при введении фибровейна в микропенной форме, который был купирован введением эуфиллина, гормонов.

Во время осмотров после хирургического вмешательства по данной методике отмечались: незначительная выраженность болевого синдрома и тяжести в ногах, небольшая отечность нижних конечностей, отсутствие значительных гематом на нижней конечности, отмечались лишь небольшие гематомы в верхней трети бедра, а также в каждом третьем случае имело место появление небольших участков сниженной чувствительности. Сроки нетрудоспособности после операции составили от 1 до 28 дней, что очевидно меньше пребывания на больничном листе пациентов после флебэктомии. Единичный случай пребывания на больничном листе 1 день был связан со срочной производственной необходимостью.

В дальнейшем в сроки 3, 6, 9, 12 месяцев 9 пациентов осматривались согласно запланированному графику, тогда как остальные показывались от случая к случаю, при наличии у них свободного времени. Ультразвуковому исследованию после операции подверглись 7 пациентов через год после вмешательства, при этом в двух случаях выявлено наличие фрагментарного кровотока в склерозированных стволах БПВ на бедре, там, где диаметр вены оказался близок к 10 мм. Пока мы считаем, что еще рано делать определенные выводы, нужно продолжить исследование результатов подобных вмешательств. Планируем провести ультразвуковое ангиосканирование всем пациентам по мере достижения ими 12-ти и 24-х месячных сроков после проведения операции.

Сроки наблюдения больных после операции по данной методике пока невелики, необходимо длительное наблюдение и более тщательный анализ полученных результатов. Интересным представляется сравнение полученных данных с результатами операций стандартных флебэктомий, выполненных в тот же период в условиях ЦАХ у аналогичной выборки пациентов. Важно изучить частоту рецидивов и их причины. На основании полученного опыта и литературных данных, возможно будет более четко выработать критерии



отбора больных, уточнить показания и противопоказания к такой методике операции.

Первый опыт операций по методике катетерного склерозирования в амбулаторных условиях позволил сделать несколько предварительных выводов. После выполнения операции по методике катетерного склерозирования пациенты отмечали менее выраженную раневую боль, а потому их мобильность оказалась значительно выше. Сроки временной нетрудоспособности после операции значительно сократились, что демонстрирует несомненный экономический эффект. Кроме того, что особенно важно для женщин, это косметические преимущества данного вмешательства. Первый опыт применения данной методики оперативного вмешательства в условиях ЦАХ, на наш взгляд, позволяет сделать вывод о перспективности применения данной методики в амбулаторной практике. Метод катетерного склерозирования совершенно очевидно повышает привлекатель-

ность оперативного вмешательства в глазах пациентов, у которых заболевание находится на ранней стадии развития, когда косметический эффект от операции чаще выходит на первое место. Это позволяет надеяться, что операция будет проведена как можно раньше, до того, как наступят трофические изменения в тканях пораженной конечности.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Золотухин, И.А. Большая подкожная вена: особенности ультразвуковой анатомии и патологического рефлюкса крови /Золотухин И.А., Богачев В.Ю., Кириенко А.И. Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2006. – № 5. – С. 39-42.
2. Флебология /Константинова Г.Д. и др. – М.: Видар-М, 2000.
3. Склерохирургия варикозной болезни /Савельев В.С., Кириенко А.И., Богачев В.Ю. и др. //Ангиология и сосудистая хирургия. – 1999. – № 1. – С. 23-25.



ЛИХАЧЕВ А.Г., САЛАМАНОВ В.И., БЕРСЕНЕВ А.Е.
МЛПУ «Городская клиническая больница № 2
Святого великомученика Георгия Победоносца»,
г. Новокузнецк

ХАРАКТЕРИСТИКА СИМПТОМОВ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

При первичном обращении к урологу у пациентов с ДГПЖ имеют место комбинированные расстройства мочеиспускания. Симптомы ГМП при ДГПЖ не зависят от объема ПЖ. При ДГПЖ с более выраженными СНМП преобладают ирритативные симптомы дневного мочеиспускания.

LINACHEV A.G., SALAMANOV V.I., BERSENEV A.E.
*Municipal clinical Health Care Facility «City Hospital № 2»,
Novokuznetsk*

THE CHARACTERISTIC OF SYMPTOMS OF THE LOWER URINARY TRACT AT BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA IN THE OUT-PATIENT PRACTICE

At the primary reference to the urologist at patients with BPH the combined frustration urination take place. Symptoms OB at BPH do not depend on volume PG. At BPH with more expressed LUTS prevail irritative symptoms day time urination.

Нарушения функции нижних мочевых путей — одно из наиболее часто встречающихся патологических состояний в практике амбулаторной урологии. Отличительной чертой этих состояний является множество разнообразных жалоб на нарушения качества мочеиспускания. Для систематизации они в последнее время объединены в «симптомы нижних мочевых путей (СНМП или LUTS)», которые, в свою очередь, делятся на ирритативные (симптомы наполнения) и обструктивные (симптомы опорожнения).

Международное общество по удержанию мочи (ICS) выделило характерные для ирритативных нарушений симптомы ургентного мочеиспускания (с или без ургентного недержания мочи), в сочетании с поллакиурией и никтурией, в отдельный клинический синдром — гиперактивный мочевой пузырь (ГМП) [3].

Синдром ГМП значительно снижает качество жизни пациентов, как мужского, так и женского пола. У мужчин одной из ведущих причин возникновения ГМП считается обструкция нижних мочевых путей при доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ). В чем взаимосвязь между ГМП и простатической обструкцией мочевых путей до настоящего времени остается недостаточно изученной проблемой. Так, например, длительные наблюдения, свыше 10 лет, за пациентами показали, что тяжесть симптомов ГМП с возрастом увеличивается, хотя обструкция при этом не усиливается. Данный факт

указывает на более сложные взаимоотношения между данными двумя патологиями [4].

Поскольку тяжесть ирритативных симптомов не коррелирует со степенью гиперплазии, и подобные симптомы могут быть связаны с другими причинами, клинический синдром проявлений ДГПЖ принято именовать СНМП.

В настоящее время при лечении больных ДГПЖ применяют несколько методов лечения — осторожную выжидательную тактику, медикаментозное лечение, неоперативные методы лечения, методы лечения с помощью лазера, хирургические методы лечения. После оперативного лечения, направленного на уменьшение обструктивных симптомов, не все пациенты удовлетворены результатами проведенного лечения, не отмечают уменьшения СНМП и улучшения качества жизни [1].

После хирургического устранения инфравезикальной обструкции СНМП остаются у 30-60 % пациентов. Отсутствие линейной связи между размерами простаты, уродинамически определяемой обструкцией и СНМП заставило сменить акцент с предстательной железы на мочевой пузырь, как на возможный генератор СНМП и мишень для лечебно-профилактических мероприятий [5, 7].

Наиболее частая находка в мочевом пузыре при инфравезикальной обструкции — это гипертрофия детрузора, что является стандартной реакцией мышечной ткани на повышенную нагрузку давлением или объемом. Из других изменений

можно отметить гиперплазию фибробластов, качественные и количественные изменения соединительной ткани [2, 6].

Считается, что неудовлетворительные результаты лечения связаны с неправильной оценкой функции нижних мочевых путей у больных с ДГПЖ и, вследствие этого, выбором неадекватного подхода к лечению.

Своевременное определение наличия и степени инфравезикальной обструкции и ГМП при ДГПЖ является наиболее важным критерием выбора метода лечения и повышения его эффективности.

Цель исследования — изучить наличие и степень инфравезикальной обструкции и ГМП при ДГПЖ у пациентов с СМНП, впервые обратившихся на прием к урологу.

Материалы и методы. В основу работы положены результаты обследования из амбулаторных карт 71 мужчины, впервые обратившихся за урологической помощью. Критериями включения в исследование были: возраст старше 45 лет, наличие впервые выявленной и объективно доказанной ДГПЖ с нарушением акта мочеиспускания. Из исследования исключались пациенты: с признаками рака предстательной железы, наличием в анамнезе травмы позвоночника и костей таза, сахарным диабетом.

Всем пациентам проводилось клиническое и урологическое обследование. Клиническое исследование включало: сбор жалоб, анамнеза, общий анализ мочи и крови, биохимическое исследование крови. Урологическое исследование состояло в заполнении таблицы Международной суммарной оценки симптомов при заболеваниях простаты I-PSS и индекса качества жизни QOL, пальцевого ректального исследования предстательной железы, определения уровня простатспецифического антигена (ПСА) крови, трансректального ультразвукового исследования (ТРУЗИ) предстательной железы с определением ее объема и количества остаточной мочи, а также уродинамического обследования методом урофлоуметрии.

На основании результатов таблицы I-PSS изучили суммарный балл, а также количество баллов, показывающих ирритативную и обструктивную симптоматику в отдельности, рассчитали коэффициент соотношения обструктивных симптомов к ирритативным (SO/SI). В соответствии с данными литературы, симптомы I-PSS 1, 3, 5, 6 рассматривали как обструктивные, а 2, 4, 7 — ирритативные. По результатам исследования I-PSS пациенты были разделены на 3 группы: I группа — легкая степень (0-7 баллов), II группа — умеренная степень (8-19 баллов), III группа — тяжелая степень (20-35 баллов).

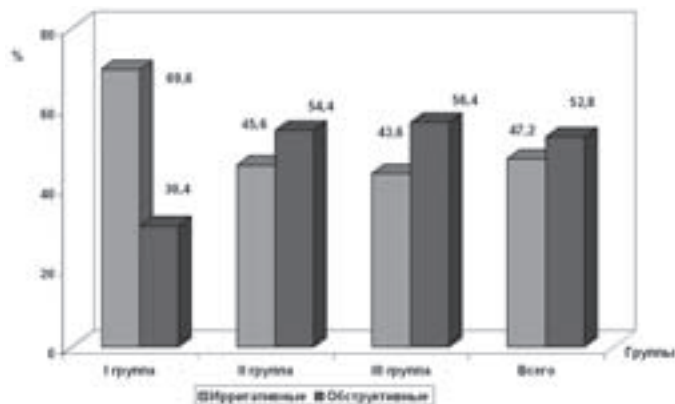
Урофлоуметрическое исследование проводилось на аппарате «URODYN-1000» с определением: максимальной скорости потока мочи ($Q_{\max}$, мл/сек), функциональной емкости мочевого пузыря (V_{comp} , мл). ТРУЗИ предстательной железы (ПЖ) проводилось на аппарате ALOKA-3500 эндовакитальным датчиком с частотой 7,5 МГц. Это позволяло определить аденоматозную зону предстательной железы, ее размеры, наличие внутрипузырного компонента: основными показателями являлись объем предстательной железы, и объем остаточной мочи (OOM).

Цифровые данные подвергнуты статистической обработке с помощью компьютерной программы SPSS. Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием общепотребительных методов параметрической статистики.

Результаты исследования. Согласно результатам исследования I-PSS, легкая степень (0-7 баллов) была у 23 пациентов, умеренная степень (8-19 баллов) — у 31, тяжелая степень (20-35 баллов) — у 18 пациентов. В таблице представлены результаты обследования пациентов при первичном обращении, подвергнутые статистическому анализу.

Результаты исследования ирритативных и обструктивных симптомов представлены на диаграмме 1.

Диаграмма 1
Частота ирритативных и обструктивных симптомов при ДГПЖ



Анализ исследования I-PSS показал, что все пациенты при первичном обращении имели комбинированные расстройства мочеиспускания. В целом, ирритативные симптомы регистрировались в 47,2 % случаев, тогда как обструктивные — в 52,8 %. При этом, в I группе ирритативные симптомы регистрировались в 69,6 % случаев, что более чем в 2 раза чаще, чем обструктивные — 30,4 %. Во II и III группах обструктивные нарушения преобладали и составляли, соответствен-



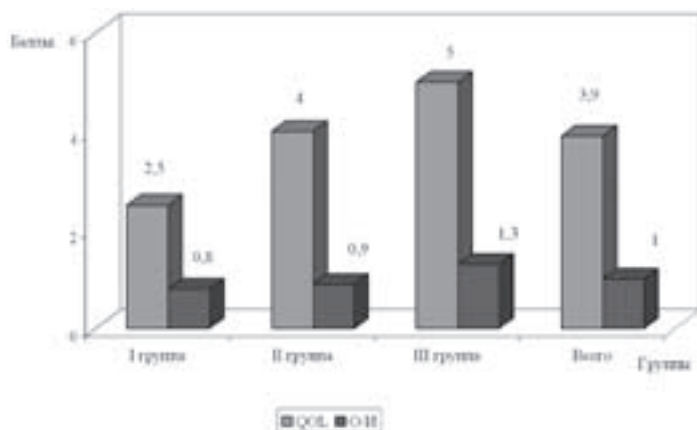
Таблица
Результаты клинических исследований в зависимости от тяжести I-PSS

Показатель	Степень тяжести I-PSS	Результаты исследований
Суммарный индекс симптоматики по шкале I-PSS, баллы	I	$6,5 \pm 2,1$
	II	$12,0 \pm 1,4$
	III	$26,1 \pm 1,1$
Суммарный индекс ирритативной симптоматики по шкале I-PSS, баллы	I	$3,8 \pm 0,8$
	II	$6,3 \pm 0,8$
	III	$11,5 \pm 0,8$
Суммарный индекс обструктивной симптоматики по шкале I-PSS, баллы	I	$3,7 \pm 1,3$
	II	$5,7 \pm 0,9$
	III	$14,5 \pm 0,8^{**}$
Индекс качества жизни QOL, баллы	I	$2,5 \pm 0,3$
	II	$4,0 \pm 0,3$
	III	$5,0 \pm 0,5$
Коэффициент отношения суммарных обструктивных индексов I-PSS к ирритативным (SO/SI)	I	$0,8 \pm 0,1$
	II	$0,9 \pm 0,1$
	III	$1,3 \pm 0,1$
Vcomp, мл	I	$193,8 \pm 28,4$
	II	$117,7 \pm 14,4$
	III	$116,7 \pm 17,0$
Qmax, мл/с	I	$15,9 \pm 1,9$
	II	$9,5 \pm 0,9$
	III	$8,8 \pm 1,3$

но, 54,4 % и 56,4 %, а ирритативные — 45,6 % и 43,6 %.

Результаты определения показателей качества жизни QOL и соотношения обструктивных и ирритативных симптомов SO/SI представлены на диаграмме 2.

Диаграмма 2
Оценка показателей качества жизни QOL и соотношения обструктивных и ирритативных показателей SO/SI



Наиболее низкий уровень качества жизни зарегистрирован в III группе пациентов с тяжелой формой нарушений мочеиспускания.

SO/SI у всех пациентов составило, в среднем, 1 балл. У пациентов с легкой степенью клинических проявлений SO/SI составило 0,8, с проявлениями средней тяжести — 0,9, а с тяжелой симптоматикой — 1,3. Таким образом, частота обструктивного компонента была выше в группе пациентов с тяжелой и средней симптоматикой, тогда как в группе пациентов с легкими клиническими проявлениями преобладает ирритативная.

Выраженность симптомов гиперактивности I-PSS по группам представлена на диаграмме 3.

Среди ирритативных симптомов у всех пациентов наиболее выраженными были: потребность мочиться чаще, чем через 2 часа после последнего мочеиспускания (И2) и частота ночного мочеиспускания (И7). В то же время, частота императивных позывов к мочеиспусканию (И4) была менее выраженной. С увеличением тяжести симптомов I-PSS баллы ирритативных симптомов увеличивались. По сравнению с I-й, во II и III группах величина показателя «потребность мочиться чаще, чем через 2 часа после последнего мочеиспускания» была больше в 2,5 и 5,7 раз, соответственно. Трудность временно воздержаться от мочеиспускания во II и III группах, по сравнению с I-й, увеличивалась



в 2 и 4,2 раза, соответственно, а частота ночного мочеиспускания — в 1,2 и 2,2 раза. Следовательно, с увеличением тяжести симптоматики I-PSS более значительно нарастает потребность мочиться чаще, чем через 2 часа и трудность воздержаться от мочеиспускания, т.е. симптомы дневного мочеиспускания, в то же время, частота никтурии или симптомы ночного мочеиспускания меняется в меньшей степени.

На диаграмме 4 представлены результаты ТРУЗИ предстательной железы.

Объем ПЖ по ТРУЗИ составлял в среднем $43,09 \pm 2,02$ см³. Из диаграммы видно, что с увеличением тяжести симптомов I-PSS объем ПЖ менялся незначительно, а ООМ менялся независимо от тяжести симптомов I-PSS. Так, во II группе ООМ был меньше, чем в I и III группах. Это связано с тем, что не все пациенты смогли воздержаться от мочеиспускания до проведения исследования.

Величины Vcomp и Qmax во II и III группах были значительно меньше, чем в I-й, но различия между ними были небольшими.

Уровень ПСА крови колебался в пределах нормальных значений и составлял, в среднем, $1,23 \pm 0,19$ нг/мл.

Выводы: Таким образом, у пациентов с ДГПЖ при первичном обращении к урологу имеют место комбинированные расстройства мочеиспускания. Величина ирритативных симптомов преобладает при легкой степени нарушений мочеиспускания. При средней и тяжелой степени нарушений мочеиспускания выраженность обструктивных нарушений больше, но величины ирритативных и обструктивных СНМП между собой значительно не различаются. С увеличением тяжести симптоматики I-PSS более значительно изменяются симптомы дневного мочеиспускания, в то же время, величина симптомов ночного мочеиспускания различается в меньшей степени. Одновременно с указанными изменениями СНМП ухудшается показатель качества жизни. Объем ПЖ при различной степени выраженности СНМП отличается несущественно.

Диаграмма 3
Выраженность симптомов гиперактивности I-PSS по группам

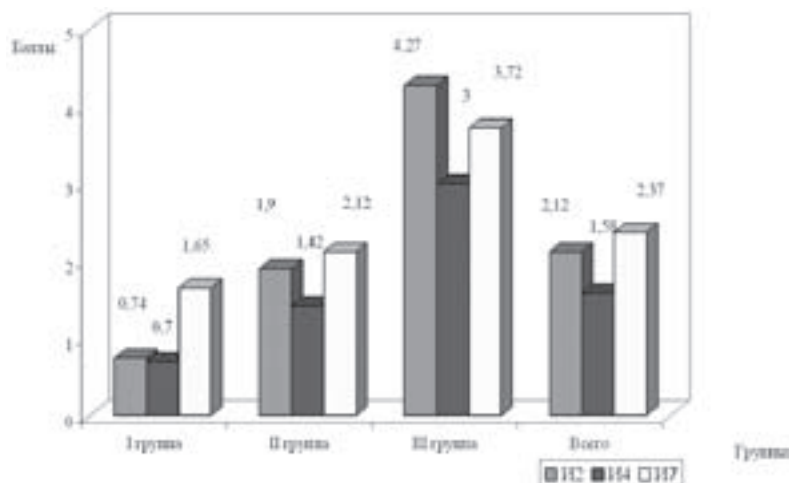
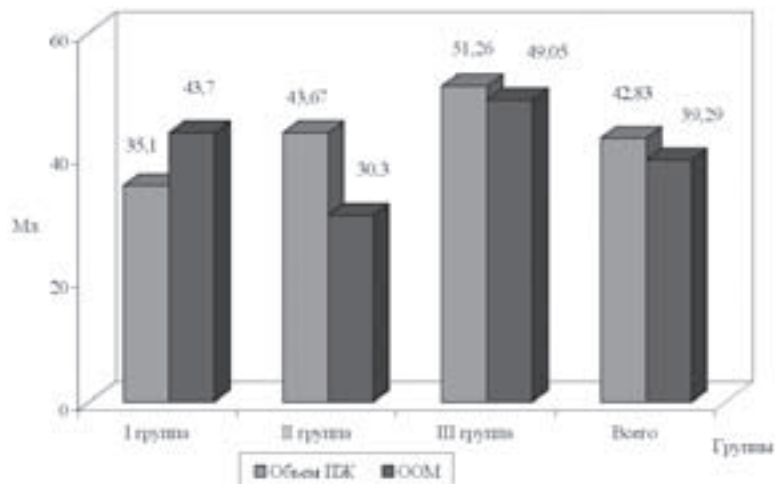


Диаграмма 4
Объем предстательной железы и ООМ по результатам ТРУЗИ



ЛИТЕРАТУРА:

1. Аль-Шукри, С.Х. Значение комбинированного уродинамического обследования больных с неудовлетворительными результатами оперативного лечения аденомы предстательной железы /С.Х. Аль-Шукри, Р.Э. Амдий //Урология. – 2006. – № 4. – С. 11-13.
2. Лоран, О.Б. Ультразвуковое исследование детрузора у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы /О.Б. Лоран, А.Е. Вишневский, С.М. Секамова //Урология и нефрология. – 1996. – № 4. – С. 27-31.
3. The Standardisation of Terminology of lower urinary function: Report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society /P. Abrams, L. Cardozo, M. Fall et al //Neurology and Urodynamics. – 2002. – Vol. 21. – P. 167-178.



4. Thomas, A.W. Lower urinary tract symptoms, benign prostatic obstruction and the overactive bladder /A.W. Thomas, P. Abrams //BJU International – 2000. – Vol. 85 (Supplement 3). – Page 57-68; discussion 70-71.
5. Chapple, C. A shifted paradigm for the further understanding, evaluation, and treatment of lower urinary tract symptoms in men: focus on the bladder /C. Chapple, C.G. Roehrborn //Eur. Urol. – 2006. – Vol. 49. – P. 651-659.
6. Detrusor quantitative morphometry in obstructed males and controls /A. Collado, E. Batista, A. Gelabert-Mas et al. //J. Urol. – 2006. – Vol. 176. – P. 2722-2728.
7. Lepor, H. Pathophysiology of lower urinary tract symptoms in the aging male population /H. Lepor //Rev. Urol. – 2005. – Vol. 7 (Suppl. 7). – P. S3-S11.



МАСЛОВ А.П., КИСЕЛЕВА А.В., ТЕПЛЯКОВ А.Т.,
КУЗНЕЦОВА А.В., ЛУКАШЕВИЧ Г.Г.

МЛПУ «Городская клиническая больница № 2
Святого великомученика Георгия Победоносца»,
г. Новокузнецк

ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН,
г. Томск

ПОВЫШЕННЫЙ РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ИБС, АССОЦИИРОВАННОЙ С ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЕЙ

Гипергомоцистеинемия – важный фактор атеротромбоза. Гипергомоцистеинемия является таким же фактором риска ИБС, как и гиперхолестеринемия.

MASLOV A.P., KISELYOVA A.V., TEPLYAKOV A.T.,
KUZNETSOVA A.V., LUKASHEVITCH G.G.

*Municipal clinical Health Care Facility «City Hospital № 2»,
Novokuznetsk*

*SU Cardiology Institute of Research & Development, Scientific Center SD RAMS,
Tomsk*

HIGH RISK OF CARDIOVASCULAR COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE (IHD) ASSOCIATED WITH HYPERHOMOCYSTEINEMIA

Homocystein is found to be an independent risk factor of cardiovascular complications.

В последние годы проявляется повышенный интерес к одному из новых малоизученных независимых факторов риска атеротромбоза – гипергомоцистеинемии [1]. Установлено, что уровень гомоцистеина в крови является сильным фактором риска разнообразных сердечно-сосудистых поражений. Так, О. Nygard и соавт. [4] оценивали связь по конечным точкам между уровнем гомоцистеина в плазме крови и смертностью в процессе 4,5-летнего наблюдения у больных ИБС с верифицированным коронароангиографическим диагнозом (n = 587). Оказалось, что среди пациентов с уровнем гомоцистеина ниже 9 мкмоль/л летальность за 4,5 года составила всего 3,6 %, а при гипергомоцистеинемии > 15 мкмоль/л – 24,7 %.

Повышенный уровень гомоцистеина в крови может быть предиктором (независимым от возраста, пола, приверженности к курению) много-сосудистого стенозирующего коронарного атеросклероза и поражений периферических артерий [3, 5], становления артериальной гипертензии и взаимосвязанной с ней ИБС [6, 7], развития ИБС на фоне менопаузы у женщин.

Получены убедительные данные, свидетельствующие о тесной взаимосвязи уровня гомоцистеинемии с «болезнью шунтов» у больных, перенесших аортокоронарное шунтирование, коронарное эндоваскулярное вмешательство или

трансплантацию сердца, а также с манифестирующей хронической сердечной недостаточностью у больных с инфарктом миокарда.

Цель исследования – изучение взаимосвязи гипергомоцистеинемии и гиперхолестеринемии в повышении степени риска сердечно-сосудистых осложнений у больных ИБС.

Материал и методы. Обследованы 104 пациента с ИБС (преобладали мужчины – 89,4 %) в возрасте 44-66 лет (средний возраст $52,5 \pm 3,0$ года) с клиническими проявлениями стенокардии напряжения II-IV ФК (по критериям Канадской ассоциации кардиологов), отягощенной ХСН II и III ФК (по NYHA). Большинство обследованных (55,7 %) перенесли Q-ИМ. У 96 пациентов (92,3 %) ИБС сопутствовала АГ II-III ст., у 31 (29,8 %) – метаболический синдром (включая сахарный диабет 2 типа легкой и средней степени тяжести). Мозговые инсульты – у 3 (2,9 %). По данным суточного мониторирования ЭКГ, у 19 пациентов (18,3 %) регистрировались желудочковые эктопии II-III градаций по Lown. Курьезными являлись 53 пациента (51 %). АКИШ, перенесенное в прошлом, регистрировалось в 4 случаях (3,8 %), коронарная ангиопластика – у 8 (7,7 %).

Предшествующее медикаментозное лечение включало иАПФ у 103 больных (99 %), β-адреноблокаторы – у 100 (96,2 %), нитроглицерин у 100 (96,2 %), нитроглицерин у 100 (96,2 %), нитроглицерин у 100 (96,2 %).

– у 99 (95,2 %), диуретики – у 76 (73 %), блокаторы АТ₁-рецепторов А II – у 54 (52 %), статины – у 40 (38,5 %), аспирин – у 102 (98,1 %). В зависимости от уровня гомоцистеинемии, больные были рандомизированы в 2 группы: в 1-ю группу вошли обследованные с нормальными показателями гомоцистеина (ГМЦ) – $11,8 \pm 0,2$ мкмоль/л ($n = 49$), во 2-ю – больные с гипергомоцистеинемией – $16,1 \pm 0,2$ мкмоль/л ($n = 55$).

В исследование не включали пациентов с острым ИМ, нестабильной стенокардией, острыми нарушениями мозгового кровообращения, инфекционно-воспалительными заболеваниями сердечно-сосудистой системы, тяжелой симптоматической или злокачественной АГ, брадиаритмиями и нарушениями АВ-проводимости II-III степени, бронхиальной астмой, онкологической патологией, выраженными нарушениями функции почек и печени, психическими расстройствами. Все пациенты, включенные в протокол исследования, дали информированное письменное согласие на участие в проспективном наблюдении.

Протокол исследования предусматривал проведение клинического обследования через 7-14 дней контрольного периода, в течение которого подбирались оптимальная медикаментозная терапия: иАПФ, пролонгированные нитраты, β -адреноблокаторы, АРА, диуретики, дезагреганты (аспирин, гепарин и клопидогрель), антиишемические миокардиопротекторы (триметазидин, милдронат). При необходимости больным проводили суточное мониторирование ЭКГ. Для оценки резерва коронарного кровообращения проводили тест 6-минутной ходьбы. ИБС верифицировалась на основании «Рекомендаций ВНОК РФ» (2005) и типичной клинической симптоматики заболевания, анамнестических данных изменений ЭКГ, Эхо-КГ признаков локальной гипокинезии либо асинергии ЛЖ, результатов функциональных нагрузочных тестов, биохимических исследований липидного спектра крови и коагуляционно-тромбоцитарного гемостаза.

Уровень гомоцистеина в плазме крови определяли методом иммуноферментного анализа наборами AXIS-Shield Diagnostics LTD. Липидный спектр крови исследовался общепринятым методом. Высокочувствительный СРБ в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом. Нормальным уровнем СРБ считали 5 мг/л. Агрегация тромбоцитов исследовалась на лазерном анализаторе 230-LA. Спонтанную агрегацию тромбоцитов определяли модифицированным высокочувствительным методом З.А. Габбасова и соавт., 1989. За норму принимали ее значения, равные 1-1,5 отн. ед.

Результаты исследования обработаны с использованием пакета статистических программ Microsoft Excel и Stat-calc. Математический анализ данных включал оценку достоверности срав-

ниваемых показателей по t-критерию Стьюдента и критерию χ^2 . Достоверными считали результаты статистического анализа при вероятности ошибки $p < 0,05$, соответствующим принятым в медико-биологических исследованиях критериям.

Результаты исследования. Клинически и по данным изменений основных гемодинамических показателей у пациентов 1-й группы установлены умеренные по тяжести проявления ИБС. На это указывали перенесенный почти у половины пациентов (48,9 %) Q-ИМ, наличие ХСН II ФК (по NYHA) у подавляющего большинства больных (79,6 %), а также увеличенные значения КСО ЛЖ ($5,3 \pm 0,5$ см при норме $4,2 \pm 0,8$ см, $p < 0,01$) и ИММ ЛЖ – на 12,6 % ($107 \pm 18,0$ г/м² при норме $95 \pm 7,0$ г/м², $p < 0,01$). Физическая толерантность по тесту 6-минутной ходьбы была сниженной ($p < 0,01$) на 37 %, составив 315 ± 17 м.

Показано, что у пациентов 1-й группы уровень гомоцистеинемии диагностировался в пределах физиологической нормы ($11,8 \pm 0,2$ мкмоль/л) на фоне явной гиперхолестеринемии (при повышении атерогенного ХС ЛПНП на 17,2 % и снижении антиатерогенного ХС ЛПВП – на 11 %; $p < 0,05$). Этому сопутствовало повышение в крови СРБ ($p < 0,01$) на 64 % ($8,2 \pm 0,3$ мг/л при норме $5,0 \pm 0,4$ мг/л) и спонтанной агрегации тромбоцитов – на 14,5 % (до $1,26 \pm 0,04$ отн. ед. при норме $1,1 \pm 0,01$ отн. ед.; $p < 0,05$).

У больных 2-й группы существенному нарастанию тяжести клинических проявлений коронарной недостаточности предшествовал в большинстве случаев обследованных (61,9 %) перенесенный Q-ИМ, у 9 (16,5 %) – АКШ и ангиопластика КА, на фоне которых манифестировал достоверно более тяжелый, III-IV ФК стенокардии напряжения и почти у трети (27,2 %) выявлялась ХСН III ФК (по NYHA). Показатели внутрисердечной гемодинамики отражали более выраженный процесс ишемического ремоделирования, в связи с чем КДР ЛЖ превышал ($p < 0,05$) норму на 18,4 %, составив $5,8 \pm 0,6$ см, КДО ЛЖ – на 27,9 % ($p < 0,01$), КСО ЛЖ – на 35,7 % ($p < 0,01$), ИММ ЛЖ – на 26,3 %. Этому сопутствовала сниженная физическая толерантность на 44 % и ФВ ЛЖ – на 20,3 %. Средний уровень гомоцистеина в крови данной группы на 59,4 % превышал ($p < 0,001$) значения нормы, достигнув $15,1 \pm 0,2$ мкмоль/л, на фоне большего усугубления ($p < 0,05-0,01$) атерогенной гиперхолестеринемии по сравнению с 1-й группой. Так, уровень ОХ в крови превышал норму на 32,6 %, ХС ЛПНП – на 25 %, а дефицит антиатерогенного ХС ЛПВП достигал 18,2 %. Содержание высокочувствительного СРБ ($11,1 \pm 0,1$ мг/л) превышало норму в два с лишним раза (на 128 %), а спонтанная агрегация тромбоцитов ($1,4 \pm 0,05$ отн. ед.) – на 27,3 %.

Проведенный множественный регрессионный корреляционный анализ взаимосвязи содержания в крови гомоцистеина с показателями липидного спектра, СРБ и коагуляционно-тромбоцитарного гемостаза у больных ИБС 1-й и 2-й групп и у лиц контрольной группы показал прямую зависимость ($p < 0,05-0,01$) между уровнем гипергомоцистеинемии и уровнем ОХ ($r = 0,56$), ХС ЛПНП ($r = 0,56$), высокочувствительного СРБ ($r = 0,51$) и спонтанной агрегации тромбоцитов ($r = 0,41$). У обследованных контрольной группы установлена положительная корреляционная взаимосвязь между уровнем гомоцистеинемии и ОХ ($r = 0,5$; $p < 0,01$), ХС ЛПНП ($r = 0,45$; $p < 0,05$), фибриногеном ($r = 0,43$; $p < 0,01$), СРБ ($r = 0,4$; $p < 0,05$).

Обсуждение. Гомоцистеин (ГЦ) — аминокислота промежуточного обмена белков организма млекопитающих и человека, образующаяся из другой аминокислоты — метионина. Внутриклеточный метаболизм ГЦ осуществляется при участии, в основном, метилентетрагидрофолатредуктазы (МТГФР) и цистатин- β -синтазы. Метаболизируется ГЦ двумя путями: сульфурованием (переносом сульфатной группы) при участии витамина B_6 или реметилированием в присутствии витамина B_{12} и фолиевой кислоты. В результате сульфурования ГЦ преобразуется в цистеин с образованием глутатиона и таурина. Глутатион — важнейший компонент антиоксидательных реакций, оказывающий васкулопротективное действие.

Физиологическая норма ГЦ в крови колеблется в диапазоне 5-15 мкмоль/л. Уровень гомоцистеинемии в пределах 15-30 мкмоль/л отражает умеренную гипергомоцистеинемию, от 30 до 100 мкмоль/л — промежуточную гипергомоцистеинемию, более 100 мкмоль/л — тяжелую. ГЦ сопутствует окислительному стрессу, тесно ассоциируется с повышением ПОЛ при ИБС со стабильной и нестабильной стенокардией. По данным А.Л. Верткина и А.В. Тополянского (2007), гипергомоцистеинемия регистрируется более чем у 60 % больных ИБС. К негативным последствиям гипергомоцистеинемии относят его повреждающее действие на эндотелий артерий с развитием эндотелиальной дисфункции, коронарного и церебрального атеросклероза и ассоциированных с ним ИМ и мозговых инсультов [2, 7], сопряженных с высоким риском развития ХСН и летальности [3]. Согласно данным мета-анализа D.S. Wald и др., риск развития сердечно-сосудистых катастроф возрастает на 16 % при повышении уровня ГЦ в крови на каждые 5 мкмоль/л.

Проведенное исследование свидетельствует о том, что у 53 % обследованных больных с манифестирующей ИБС на фоне атерогенной гиперхолестеринемии содержание в крови ГЦ во 2-й группе превышало физиологический уровень, до-

стигнув $16,1 \pm 0,2$ мкмоль/л, отражая тем самым умеренную гипергомоцистеинемию.

У больных 2-й группы нарастанию тяжести клинической симптоматики ишемической дисфункции ЛЖ, ассоциированной с гипергомоцистеинемией, сопутствовало большее негативное влияние факторов риска по сравнению с 1-й группой с нормальным уровнем ГЦ: стенокардия IV ФК преобладала на 22,1 %. На 23,4 % чаще регистрировались перенесенный Q-ИМ и коронарные реваскуляризации, ХСН IV ФК (по NYHA) — на 7 %. Повышенное содержание гомоцистеина в крови при ИБС с атерогенной дислипидемией прямо коррелировало ($p < 0,05-0,01$): с ОХ ($r = 0,56$), ХС ЛПНП ($r = 0,56$), СРБ ($r = 0,51$), спонтанной агрегацией тромбоцитов ($r = 0,41$), в то время как у здоровых лиц — ОХ ($r = 0,50$), ХПНП ($r = 0,45$), СРБ ($r = 0,4$), САТ ($r = 0,25$).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что уровень гомоцистеина в крови отражает степень метаболических и функциональных нарушений сердечно-сосудистой системы и, следовательно, направленность патофизиологических процессов, происходящих в ишемизированном миокарде на фоне атерогенной гиперхолестеринемии. Это может быть использовано в качестве независимого дополнительно-го диагностического и прогностического маркера развития неблагоприятных клинических событий. По динамике уровней ГЦ, вероятно, возможно предсказывать изменения качества жизни, выживаемость, а также оценивать эффективность проводимой вторичной медикаментозной профилактической терапии.

Данные клинических контролируемых и солидных эпидемиологических исследований, проведенных в последние 25 лет, убедительно продемонстрировали тесную взаимосвязь гипергомоцистеинемии с коронарным и церебральным атеросклерозом, атеросклерозом периферических артерий, венозным тромбозом, инфарктами миокарда, мозговыми инсультами и смертностью. Доказано, что гипергомоцистеинемия поддается коррекции, в частности, посредством витаминов группы В и фолиевой кислоты. Вместе с тем, вопрос о том, насколько такая превентивная терапия предотвращает развитие и/или снижает степень риска сердечно-сосудистых катастроф у больных с манифестирующей ИБС, ассоциированной с явной атерогенной гиперхолестеринемией, остается открытым и нуждается в дальнейшем целенаправленном изучении.

Выводы:

1. У 53 % больных ИБС с атерогенной гиперхолестеринемией диагностируется умеренная гипергомоцистеинемия в пределах $16,1 \pm 0,2$ мкмоль/л.
2. Гипергомоцистеинемия у больных с манифестирующей ИБС ассоциируется с повышенным риском Q-ИМ — на 13 %, ХСН III ФК



- на 7 %, увеличенной потребностью в коронарной реваскуляризации – на 10,4 %, и прямо коррелирует с повышенным содержанием в крови ХС ЛПНП ($r = 0,56$; $p < 0,01$), СРБ ($r = 0,51$; $p < 0,001$) и ускоренной САТ ($r = 0,41$; $p < 0,01$).
3. Повышенное содержание гомоцистеина в сыворотке крови у больных ИБС на фоне атерогенной гиперхолестеринемии имеет достоверную ($p < 0,05-0,001$) взаимосвязь с показателями ремоделирования ЛЖ: увеличением КДР на 18,4 %, КДО – на 27,9 %, КСО – на 35,7 %, ИММ ЛЖ – на 26,3 %. Это сопровождалось снижением физической толерантности (по тесту 6-минутной ходьбы) на 44 %, по сравнению с контрольной группой.
- ЛИТЕРАТУРА:
1. Оганов, Р.Г. Профилактическая кардиология: от гипотез к практике /Оганов Р.Г. //Кардиология. – 1999. – № 2. – С. 4-10.
 2. Mayer, E.L. Homocysteine and coronary atherosclerosis /Mayer E.L., Jacobsen D.W., Robinson K. //J. Am. Coll. Cardiology – 1996. – N 27. – Page 517-527.
 3. Serum folate and risk of fatal coronary heart disease /Morrison H.I., Schaubel D., Desmeules M. et al. //JAMA. – 1996. – N 275. – P. 1893-1896.
 4. Plasma homocysteine levels and mortality in patients with coronary artery disease /Nygard O., Nordrehaug J.E., Refsum H. et al. //New Engl. J. Med. – 1997. – N 337. – P. 230-237.
 5. Plasma total homocysteine and risk of angina pectoris with subsequent coronary artery bypass surgery /Verhoef P., Hennekens C.H., Allen R.H. et al. //Am. J. Cardiol. – 1997. – N 79. – P. 799-801.
 6. Hyperhomocysteinemia is a novel risk factor for hypertension /Chamberg J., Obeid O.A., Thomson A. et al. //Eur. Heart J. – 1999. – N 20. – P. 660.
 7. Puddu, P. Homocysteine and risk for atherothrombotic events /Puddu P. //Cardiologia. – 1999. – N 44. – P. 627-631.



ОСИПОВ А.В., КОЛБАСКО А.В., ЧЕЧЕНИН А.Г., КАЛАШНИКОВА Т.В.
МЛПУ «Городская клиническая больница № 2
Святого великомученика Георгия Победоносца»,
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк

ТОКСИЧЕСКАЯ ПОЛИНЕВРОПАТИЯ У ТЕЛЕУТОВ – КОРЕННЫХ СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

В исследовании определена распространенность токсической полиневропатии на семейно-популяционном уровне у телеутов – коренных сельских жителей Кемеровской области. Установлено, что частота токсической полиневропатии различается в зависимости от пола, возраста, социального положения, профессии и места жительства. Это исследование имеет важное значение в организации медицинской помощи и профилактики для жителей исследуемого региона.

OSIPOV A.V., KOLBASKO A.V., CHECHENIN A.G., KALACHNIKOVA T.V.
*Novokuznetsk State Institute of Physicians' Advanced Training,
Municipal clinical Health Care Facility «City Hospital № 2»,
Novokuznetsk*

PREVALENCE OF TOXIC POLYNEUROPATHY IN PRIMARY POPULATION OF THE KEMEROVO REGION – TELEUTS

In population based study were determine the prevalence of toxic polyneuropathy in teleuts population which are the primary in Kemerovo region. Demonstrate, that the frequencies of toxic polyneuropathy are different, depended from male, age, social status, profession, house site. This investigation is important in organization of a medical care and prophylactic for the inhabitants of this region.

Key words: population; toxic polyneuropathy; teleuts; prevalence; organization of a medical care.

Кузбасс относится к экологически неблагоприятным регионам. Многие человеческие популяции Сибири проживают в условиях больших средовых и демографо-генетических контрастов по отношению друг к другу. Это, несомненно, отражается на специфике формирования патологий населения, в том числе и у аборигенов. В большей степени такую специфику отражают коренные жители Кузбасса – телеуты и шорцы. Изучение их здоровья и патологии позволит, в известной степени, прогнозировать болезни настоящего и будущих поколений, как у аборигенов, так и у пришлого населения. Многостороннее изучение проблем здоровья коренного населения Кемеровской области возможно только в одномоментном комплексном исследовании врачами разных специальностей, что достигается в условиях специально организованных экспедиций, работающих по единой методологии. Токсическая полинейропатия имеет широкое распространение в популяции телеутов.

Цель исследования – определить частоту токсической полиневропатии у телеутов – коренных сельских жителей Кузбасса в зависимости от пола, возраста, места жительства, социально-про-

фессионального статуса обследуемого этноса для правильного планирования мероприятий по охране их здоровья.

Материалы и методы исследования. Экспедиция была проведена врачами 9 кафедр Новокузнецкого ГИУВа и специалистами МУЗ ГКБ № 3 г. Кемерово в рамках региональной программы по инициативе губернатора Кемеровской области «Кузбасс – экология человека межгорных котловин...» (2005).

Генеральная совокупность телеутов Кузбасса, проживающих в 7 селах Беловского и Гурьевского районов, на момент обследования составила 1419 лиц обоего пола. Нами осмотрена репрезентативная выборочная совокупность, составившая 460 человек (32,4 % генеральной совокупности).

Как основной применялся клинический неврологический метод, включающей в себя сбор жалоб, анамнез болезни, клинический неврологический осмотр. С целью выявления предрасположенности к злоупотреблению спиртными напитками применялся AUDIT-тест (экспресс-вопросник из 10 вопросов с 5 вариантами ответов на каждый вопрос, с балльной оценкой каждого варианта). Набор 8 баллов и выше говорит о раз-

витии пристрастия к алкоголю, то есть, по сути, о развитии алкоголизма. Следует отметить, что не менее чем в половине случаев обследуемые набирали по этому вопроснику 15 баллов и более. Все расчеты проводились на 1000 обследуемых лиц.

Результаты исследования. По результатам первого широкомасштабного углубленного медицинского обследования телеутов установлено, что распространенность токсической полиневропатии в популяции телеутов составляет 46 %, при этом на долю мужского населения приходится 115 %, а на долю женского — 10 %. Анализируя показатели распространенности токсической полиневропатии в зависимости от возраста, установлены следующие закономерности: преимущественная распространенность токсической полиневропатии среди мужского населения с наибольшими показателями в средних возрастных группах. Так, у мужчин в возрастной группе 30-39 лет он составил 250 %, в группе 40-49 лет — 225 %. В более старших возрастных группах выявлено снижение показателей до 80 % в возрасте 50-59 лет и 91 % в возрасте 70 лет и старше. Данные представлены в таблице 1.

Большое распространение токсического поражения нервной системы в популяции телеутов связано с широким употреблением алкоголя и его суррогатов, что ведет к хроническому алкоголизму с последующим развитием токсической полиневропатии. Как известно, для развития клинических проявлений данной нозологии необходимо длительное (в течение нескольких лет) злоупотребление алкоголем. Эта патология преобладает у мужского населения. Наблюдается неуклонное увеличение алкоголизма с 15 до 39 лет с 384,6 % в возрастной группе 15-19 лет до пикового значения 866,6 % в возрастной группе 30-39 лет. В последующие возрастные периоды этот показатель не опускается ниже 500 %. У женщин распространенность алкоголизма характеризуется более ровным распределением в популяции с максимальным показателем в 200 %. Данные представлены в таблице 2.

Нами установлен факт территориальной изменчивости показателей распространенности токсической полиневропатии (табл. 3). Оказалось, что наибольшие показатели распространенности токсической полиневропатии телеутов Кузбасса

Таблица 1
Распространенность токсической полиневропатии в популяции телеутов в зависимости от возраста на 1000 осмотренных лиц обоего пола

Пол	Возраст, лет						Всего
	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 и >	
Муж.	50	250	225	80		91	115
Жен.			13	33			10
Всего:	18	106	85	47		21	46

Таблица 2
Распространенность алкоголизма в популяции телеутов на 1000 осмотренных лиц обоего пола

Пол	Возраст							Всего
	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 и >	
Муж.	384,6	642,8	866,6	533,3	500	500	500	591,5
Жен.	157,7	200	160	146,3	64,5	200	-	145,7
Всего:	250	340,9	425	250	153,8	333,3	500	297,3

Таблица 3
Распространенность токсической полиневропатии у телеутов в зависимости от места проживания на 1000 осмотренных лиц обоего пола

Пол	Место жительства*			Всего
	Бековская сельская территория	Шандинская сельская территория	Беловская сельская территория	
Муж.	103	225		115
Жен.	11	19		10
Всего:	41	106		46

Примечание: * к Бековской сельской территории относятся село Беково, посёлки: Октябрьский, Новобачаты, Бачатский, Новый городок, село Улус и 14 км; к Шандинской сельской территории относятся село Шанда и город Гурьевск; к Беловской сельской территории относятся посёлок Черта и часть пригорода г. Белово.

присущи жителям мужской популяции Шандинской сельской территории и составляют 225 %, а наименьшие — жителям Беловской сельской территории. У жителей этой территории данная нозология не зарегистрирована.

Анализируя показатели распространенности токсической полиневропатии у представителей различных социально-профессиональных групп, установлена наибольшая распространенность токсической полиневропатии у мужчин в группе «не работающие». В других социально-профессиональных группах у мужчин (кроме школьников) также зарегистрированы случаи этой нозологии. Данные представлены в таблице 4.

группах, за исключением школьников, что говорит о злоупотреблении алкоголем во всех социально-профессиональных группах, с наибольшим преобладанием в группе «не работающие». В этой группе находятся лица, которые имеют наибольшую предрасположенность к злоупотреблению алкоголем.

5. Для улучшения качества оказания медицинской помощи больным с токсической полиневропатией необходима система организации регулярных осмотров для успешной профилактики и проведения лечебно-реабилитационных мероприятий согласно критериям диспансеризации, а также система социальных

Таблица 4

Распространенность токсической полиневропатии у телеутов в зависимости от социально-профессиональной принадлежности на 1000 осмотренных лиц обоего пола

Пол	Социально-профессиональная принадлежность*						Всего
	I	II	III	IV	V	VI	
Муж.		100	77	87	409	57	115
Жен.				28	27		10
Всего:		14	65	51	169	17	4

Примечание: * I – школьники, студенты; II – служащие; III – рабочие угледобывающих производств; IV – рабочие других производств; V – не работающие; VI – прочие (пенсионеры, инвалиды).

Выводы:

1. Телеутам Кемеровской области присуща высокая распространенность токсической полиневропатии — 46 % лиц обоего пола.
2. Распространенность токсической полиневропатии среди мужчин в 11,5 раз выше, чем среди женщин.
3. Наибольшие показатели токсической полиневропатии у телеутов, проживающих на Шандинской сельской территории — 225 %. На Бековской и Шандинской сельских территориях токсической полиневропатией страдает преимущественно мужское население. На Бековской сельской территории показатель этой патологии в 9,4 раз, а на Шандинской сельской территории — в 11,8 раз больше, чем в женской популяции этих территорий. В Беловской сельской территории токсическая полинейропатия не выявлена. Это можно объяснить тем, что трудоспособное мужское население занято на производствах г. Белово, а в Бековской и, особенно, Шандинской территориях много мужчин трудоспособного возраста, не имеющих постоянную работу.
4. Случаи токсической полиневропатии выявлены во всех в социально-профессиональной

мероприятий, направленных на трудоустройство неработающего населения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Голубев, В.Л. Неврологические синдромы: Руководство для врачей /В.Л. Голубев, А.М. Вейн. – М.: Эйдос-Медиа, 2002. – 832 с.
2. Голубева, В.В. Полиневропатия в структуре РОЕМС-синдрома при миеломной болезни /В.В. Голубева, Ю.В. Мозолевский, Ю.Э. Азимова //Неврол. журнал. – 2003 – №1 – С. 24-27.
3. Дамулин, И.В. Неврологические расстройства при алкоголизме /И.В. Дамулин, Т.Е. Шмидт //Неврол. журнал. – 2004. – № 2. – С. 4-10.
4. Колбаско, А.В. Популяционное медико-генетическое изучение коренного населения Горного Алтая /А.В. Колбаско, Е.А. Лотош, Ф.А. Лузина //Социально-экономические аспекты развития Алтайского края и здоровье трудящихся. – Барнаул, 1981. – С. 43-54.
5. Левин, О.С. Полиневропатии: Клиническое руководство /О.С. Левин. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 495 с.
6. Новиков, А.В. Нейропатическая боль: обзор по материалам журнала «The Lancet» (1999, May-June) /Новиков А.В., Солоха О.А. //Неврол. журнал. – 2001. – С. 56-62.

ОСИПОВ А.В., КОЛБАСКО А.В., ЧЕЧЕНИН А.Г., КАЛАШНИКОВА Т.В.
МЛПУ «Городская клиническая больница № 2
Святого великомученика Георгия Победоносца»,
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк

ТОКСИЧЕСКАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ У ТЕЛЕУТОВ – КОРЕННЫХ СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

В исследовании определена распространенность токсической энцефалопатии на семейно-популяционном уровне у телеутов – коренных сельских жителей Кемеровской области. Установлено, что частота токсической энцефалопатии различается в зависимости от пола, возраста, социального положения, профессии и места жительства. Это исследование имеет важное значение в организации медицинской помощи и профилактики для жителей исследуемого региона.

OSIPOV A.V., KOLBASKO A.V., CHECHENIN A.G., KALACHNIKOVA T.V.
*Municipal clinical Health Care Facility «City Hospital № 2»,
Novokuznetsk State Institute of Physicians' Advanced Training,
Novokuznetsk*

PREVALENCE OF TOXIC ENCEPHALOPATHY IN PRIMARY POPULATION OF THE KEMEROVO REGION – TELEUTS

In population based study were determine the prevalence of toxic encephalopathy in teleuts population which are the primary in Kemerovo region. Demonstrate, that the frequencies of toxic encephalopathy are different, depended from male, age, social status, profession, house site. This investigation is important in organization of a medical care and prophylactic for the inhabitants of this region.

Кузбасс относится к экологически неблагоприятным регионам. Многие человеческие популяции Сибири проживают в условиях больших средовых и демографо-генетических контрастов по отношению друг к другу. Это, несомненно, отражается на специфике формирования патологий населения, в том числе и у аборигенов. В большей степени такую специфику отражают коренные жители Кузбасса – телеуты и шорцы. Изучение их здоровья и патологии позволит, в известной степени, прогнозировать болезни настоящего и будущих поколений, как у аборигенов, так и у пришлого населения. Многостороннее изучение проблем здоровья коренного населения Кемеровской области возможно только в одномоментном комплексном исследовании врачами разных специальностей, что достигается в условиях специально организованных экспедиций, работающих по единой методологии. Токсическая энцефалопатия имеет широкое распространение в популяции телеутов. Кузбасс относится к экологически неблагоприятным регионам.

Цель исследования – определить частоту токсической энцефалопатии у телеутов – коренных сельских жителей Кузбасса, в зависимости от пола, возраста, социально-профессионального

статуса для правильного планирования мероприятий по охране их здоровья.

Материалы и методы исследования. Экспедиция была проведена врачами 9 кафедр Новокузнецкого ГИУВа и специалистами МУЗ ГКБ № 3 г. Кемерово в рамках региональной программы по инициативе губернатора Кемеровской области «Кузбасс – экология человека межгорных котловин...» (2005).

Генеральная совокупность телеутов Кузбасса, проживающих в 7 селах Беловского и Гурьевского районов, на момент обследования составила 1419 лиц обоего пола. Нами осмотрена репрезентативная выборочная совокупность, составившая 460 человек (32,4 % генеральной совокупности).

Как основной применялся клинический неврологический метод, включающий в себя сбор жалоб, анамнез болезни, клинический неврологический осмотр. С целью выявления предрасположенности к злоупотреблению спиртными напитками применялся AUDIT-тест (экспресс-вопросник из 10 вопросов с 5 вариантами ответов на каждый вопрос, с балльной оценкой каждого варианта). Набор 8 баллов и выше говорит о развитии пристрастия к алкоголю, то есть, по сути, о развитии алкоголизма. Следует отметить, что не менее чем в половине случаев обследуемые наби-



рали по этому вопроснику 15 баллов и более. Все расчеты проводились на 1000 обследуемых лиц.

Результаты исследования. По результатам первого широкомасштабного углубленного медицинского обследования телеутов установлено, что распространенность токсической энцефалопатии в популяции телеутов составляет 35 %, при этом на долю мужского населения приходится 71 %, а на долю женского — 16 %.

Анализируя показатели распространенности токсической энцефалопатии в зависимости от возраста, установлены следующие закономерности: значительное преобладание данной патологии у мужчин — 71 %, что в 4,4 раза больше, чем у женщин (16 %). Максимальные показатели токсической энцефалопатии у мужчин выявлены в возрастных группах 30-39, 40-49 лет и составляют 100 % и 125 %, соответственно. У женщин наибольший показатель отмечен в возрастной группе 50-59 лет и составляет 50 %. Данные представлены в таблице 1.

Высокое распространение токсического поражения нервной системы в популяции телеутов связано с широким употреблением алкоголя и его суррогатов, что ведет к хроническому алкоголиз-

му с последующим развитием токсической энцефалопатии. Алкоголизм преобладает у мужского населения. Наблюдается неуклонное увеличение алкоголизма с 15 до 39 лет — с 384,6 % в возрастной группе 15-19 лет до пикового значения 866,6 % в возрастной группе 30-39 лет. В последующие возрастные периоды этот показатель не опускается ниже 500 %. У женщин распространенность алкоголизма характеризуется более ровным распределением в популяции с максимальным показателем в 200 %. Данные представлены в таблице 2.

Нами установлен факт территориальной изменчивости показателей распространенности токсической энцефалопатии (табл. 3). Оказалось, что наибольшие показатели распространенности токсической энцефалопатии телеутов Кузбасса присущи жителям мужской популяции Шандинской сельской территории и составляют 400 %, а наименьшие — жителям Беловской сельской территории. У жителей этой территории данная нозология не зарегистрирована.

Анализируя показатели распространенности токсической энцефалопатии у представителей различных социально-профессиональных групп,

Таблица 1

Распространенность токсической энцефалопатии в популяции телеутов в зависимости от возраста на 1000 осмотренных лиц обоего пола

Пол	Возраст						Всего
	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 и >	
Муж.		100	125	80	71	91	71
Жен.		37	13	50			16
Всего:		64	51	59	19	21	35

Таблица 2

Распространенность алкоголизма в популяции телеутов на 1000 осмотренных лиц обоего пола

Пол	Возраст							Всего
	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 и >	
Муж.	384,6	642,8	866,6	533,3	500	500	500	591,5
Жен.	157,7	200	160	146,3	64,5	200	-	145,7
Всего:	250	340,9	425	250	153,8	333,3	500	297,3

Таблица 3

Распространенность токсической энцефалопатии у телеутов в зависимости от места проживания на 1000 осмотренных лиц обоего пола

Пол	Место жительства*			Всего
	Бековская сельская территория	Шандинская сельская территория	Беловская сельская территория	
Муж.	80	400		71
Жен.	17	37		16
Всего:	38	69		35

Примечание: * к Бековской сельской территории относятся село Беково, посёлки: Октябрьский, Новобачаты, Бачатский, Новый городок, село Улус и 14 км; к Шандинской сельской территории относятся село Шанда и город Гурьевск; к Беловской сельской территории относятся посёлок Черта и часть пригорода г. Белово.

установлена наибольшая распространенность токсической энцефалопатии в группе «не работающие». В группе «прочие» также зарегистрированы случаи этой нозологии. Не отмечено случаев данной патологии в других социально-профессиональных группах. Данные представлены в таблице 4.

5. Для улучшения качества оказания медицинской помощи больным с токсической энцефалопатией необходима система организации регулярных осмотров коренного населения для успешной профилактики и проведения лечебно-реабилитационных мероприятий согласно критериям диспансеризации, а также

Таблица 4
Распространенность токсической энцефалопатии у телеутов в зависимости от социально-профессиональной принадлежности на 1000 осмотренных лиц обоего пола

Пол	Социально-профессиональная принадлежность*						Всего
	I	II	III	IV	V	VI	
Муж.					333	100	71
Жен.					100	43	16
Всего:					210	61	35

Примечание: * I – школьники, студенты; II – служащие; III – рабочие угледобывающих производств; IV – рабочие других производств; V – не работающие; VI – прочие (пенсионеры, инвалиды).

Выводы:

1. Телеутам Кемеровской области присуща высокая распространенность токсической энцефалопатии – 224 ‰ лиц обоего пола.
2. Распространенность токсической энцефалопатии среди мужчин в 4,4 раза выше, чем среди женщин.
3. Показатели токсической энцефалопатии наиболее высокие у телеутов, проживающих на Шандинской сельской территории, что связано с высокой распространенностью безработицы. У представителей Беловской сельской территории случаев токсической энцефалопатии не отмечено. Этот факт можно объяснить тем, что непосредственно на этой территории осмотры не проводились и лица с данной патологией на осмотр не явились.
4. Случаи токсической энцефалопатии выявлены только в социально-профессиональной группе «не работающие» и в группе «прочие». В этих группах находятся лица, которые не работают и имеют наибольшую предрасположенность к злоупотреблению алкоголем.

система социальных мероприятий, направленных на трудоустройство неработающего населения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Голубев, В.Л. Неврологические синдромы: Руководство для врачей /В.Л. Голубев, А.М. Вейн. – М.: Эйдос-Медиа, 2002. – 832 с.
3. Дамулин, И.В. Неврологические расстройства при алкоголизме /И.В. Дамулин, Т.Е. Шмидт //Неврол. журнал. – 2004. – № 2. – С. 4-10.
4. Колбаско, А.В. Популяционное медико-генетическое изучение коренного населения Горного Алтая /А.В. Колбаско, Е.А. Лотош, Ф.А. Лузина //Социально-экономические аспекты развития Алтайского края и здоровье трудящихся. Барнаул. – 1981. – С. 43-54.
5. Трошин, В.Д. Неотложная неврология: Руководство для врачей /В.Д. Трошин, К.А. Семенова, А.А. Скоромец. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 592 с.
6. Штульман, Д.Р. Неврология: Справочник практического врача /Д.Р. Штульман, О.С. Левин – 5-е изд., перераб. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 960 с.



СЕРЕБРЕННИКОВ В.В., БАРАНОВ А.И., ЛУКАШЕВИЧ Г.Г.
*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
МЛПУ «Городская клиническая больница № 2
Святого великомученика Георгия Победоносца»,
г. Новокузнецк*

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ИЗ МИНИДОСТУПА

Разработанный способ паховой герниопластики из минидоступа и ретрактор для его выполнения позволяют снизить травматичность оперативного вмешательства и выполнять его в амбулаторных условиях. Сравнительный анализ раннего послеоперационного периода у пациентов, оперированных по разработанному способу, показывает меньшую интенсивность послеоперационного болевого синдрома, сокращение времени пребывания в лечебном учреждении и сокращение сроков реабилитации. Разработанный способ герниопластики из минидоступа, выполняемый в амбулаторных условиях, является экономически обоснованным за счет сокращения сроков реабилитации пациентов после операции и сокращения затрат на пребывание в стационаре.

SEREBRENNIKOV V.V., BARANOV A.I., LUKASHEVICH G.G.
*Novokuznetsk State Institute of Physicians' Advanced Training,
Municipal clinical Health Care Facility «City Hospital № 2»,
Novokuznetsk*

EXPERIENCE OF TREATMENT OF INGUINAL HERNIAS IN OUT-PATIENT CONDITIONS FROM MINI APPROACH

Developed a way inguinal hernioplasty from mini approach and retractor for its performance allow to lower traumatic operative intervention and to carry out it in out-patient conditions. The comparative analysis of the early postoperative period at the patients operated on the developed way, shows smaller intensity of a postoperative painful syndrome, reduction of time of stay in medical establishment and reduction of terms of rehabilitation. The developed way hernioplasty from mini approach, carried out in out-patient conditions, is economically proved due to reduction of terms of rehabilitation of patients after operation and reduction of expenses for stay in a hospital.

Грыжами передней брюшной стенки страдают 6-7 % населения, причем на долю паховых грыж приходится до 70 % [1]. Заболеванием страдают преимущественно лица зрелого, трудоспособного возраста, что отражает социальную значимость проблемы.

Грыжесечения по поводу паховых грыж составляют 15-25 % от всех хирургических вмешательств, выполняемых в общехирургических стационарах [2]. Из плановых операций грыжесечение является наиболее распространенной операцией. Все многообразие операций при паховых грыжах заключается в различии основного этапа — пластики пахового канала. Наличие большого количества видов грыжесечений, а их более 300 [3], свидетельствует скорее о неудовлетворенности хирургов методами закрытия грыжевых ворот за счет отсутствия гарантированно безрецидивных способов. Частота рецидивов при аутопластике паховых грыж достигает 7-12 % [1]. Если ранее разрабатывались модификации давно предложенных способов, то в последнее время

происходит поиск новых принципиальных решений. В связи с развитием методов малоинвазивной хирургии, с целью уменьшения операционной травмы, продолжается разработка методов грыжесечений из минидоступа с применением специальных инструментов [4]. Однако недостаточно освещен вопрос хирургического лечения паховых грыж в амбулаторных условиях. Операция при паховых грыжах по-прежнему является прерогативой хирургических стационаров. Опыт применения подобных операций в амбулаторных условиях мал и нуждается в дальнейшем изучении.

Уменьшение размеров операционного доступа при паховых грыжесечениях обеспечивает надежную профилактику рецидива заболевания, способствует уменьшению интенсивности болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде [2]. Использование методик ненатяжной герниопластики с их незначительным количеством послеоперационных осложнений и поздних рецидивов обеспечивает возможность более широ-



кого применения в амбулаторных условиях [5]. Сочетание минидоступа с использованием полипропиленового протеза при паховом грыжесечении может быть перспективным направлением в амбулаторной хирургии [3].

Основная **цель исследования** заключалась в оценке результатов герниопластики из минидоступа при паховых грыжах в амбулаторных условиях.

Материал и методы. С 2001 г. по 2009 г. оперированы 107 больных в возрасте от 21 года до 76 лет с паховыми грыжами. Все больные были разделены на две группы: 1 группа – 58 больных, оперированных по разработанному авторами способу с использованием минидоступа в условиях центра амбулаторной хирургии МЛПУ ГКБ № 2; 2 группа – 49 пациентов, оперированных по способу Лихтенштейна в хирургическом отделении стационара МЛПУ ГКБ № 1.

Результаты операции оценивались по непосредственным и отдаленным результатам. В качестве критериев оценки определялись длина кожного разреза, продолжительность операции, выраженность болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде, число послеоперационных осложнений в раннем послеоперационном периоде, число рецидивов заболевания.

При определении болевого синдрома использовалась вербальная 5-балльная шкала, при этом болевой синдром оценивался пациентом каждые 4 часа. Баллы, полученные в течение 36 часов, суммировались, и подсчитывалось среднее значение показателя. Качество жизни, связанное со здоровьем, определялось с помощью опросника «MOS SF-36».

Группы сравнения были однородны по возрасту, полу, характеру профессиональной деятельности, виду паховых грыж. Распределение больных по виду паховых грыж представлено в таблице 1.

Результаты операции оценивались по длине кожного разреза, продолжительности операции, выраженности болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде, числу послеоперационных осложнений в раннем послеоперационном периоде, числу рецидивов заболевания. При определении болевого синдрома использовалась вербальная 5-балльная шкала, при этом болевой

синдром оценивался пациентом каждые 4 часа. Баллы, полученные в течение 36 часов, суммировались, и определялось среднее значение показателя.

Качество жизни, связанное со здоровьем, определялось с помощью опросника «MOS SF-36», («The Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey»). Рассчитывалась средняя арифметическая (М) вариационного ряда и ее средняя ошибка. Достоверность различий между выборками оценивали при помощи критерия t (Стьюдента), критерия хи-квадрат. Различия считались значимыми при уровне надежности не менее 95 % ($P < 0,05$).

Методика операции. При выполнении операции использовали разработанный ретрактор (патент РФ на изобретение № 2207068 от 27 июня 2003 г.), позволяющий обеспечить выполнение грыжесечения при паховых грыжах из минидоступа. Ретрактор выполнен (рис.) из нержавеющей стали, состоит из рукоятки (2), рабочей части (3), подъемного элемента в виде клинка (4). Через ось ретрактора проведен жесткий стекловолоконный световод 5 мм в диаметре, конец которого выведен на нижней поверхности клинка, а световая линза (5) ориентирована в направлении рабочего конца клинка для освещения операционного пространства. В качестве источника света использовался ксеноновый осветитель, соединенный с клинком гибким световодом через переходник (1).

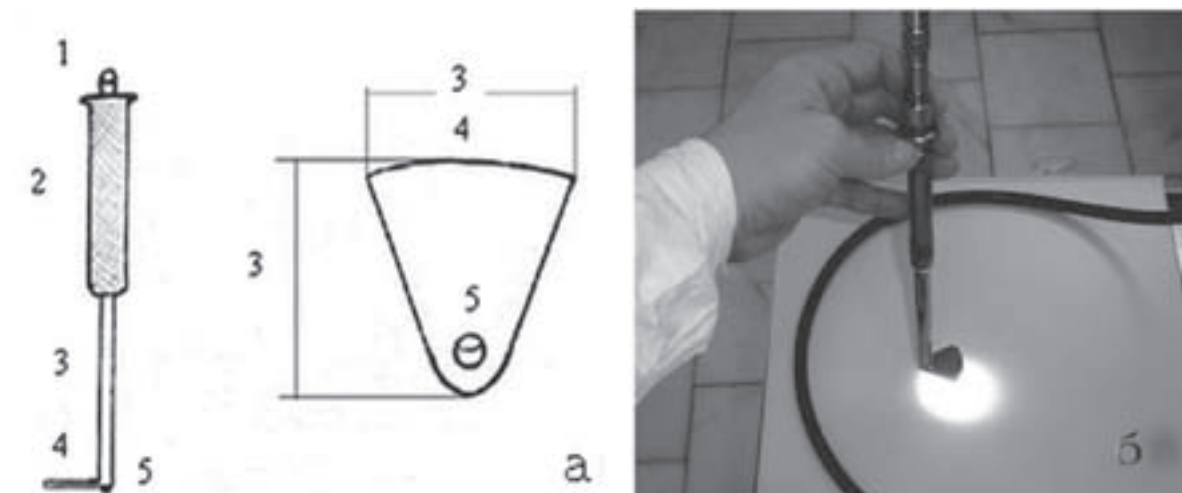
Больному выполняется ультразвуковое исследование, на коже маркируется проекция нижней границы внутреннего пахового кольца в направлении к лонному бугорку. Производится линейный разрез кожи 3-3,5 см, начинающийся от метки, и имеющий направление к лонному бугорку, параллельно паховой связке. Вскрывается паховый канал соответственно разрезу кожи. В нанесенный разрез вводится клинок ретрактора. Тракцией за рукоять ретрактора вверх создаем операционное поле в области пахового промежутка. Мобилизуется и берется на турникет семенной канатик. Содержимое грыжевого мешка вправляется в брюшную полость без мобилизации и вскрытия грыжевого мешка.

При пахово-мошоночной грыже грыжевой мешок выделяется по передней стенке, рассекается

Таблица 1
Распределение пациентов по виду паховой грыжи

Вид грыжи по Nyhus L.M.	Основная группа (n = 58)		Контрольная группа (n = 49)	
	абс.	%	абс.	%
Тип II, Тип III-B	31	54,3	19	39
Тип III-A	19	31,4	26	53
Тип IV-A-B-D	5	8,6	-	-
Двухсторонняя паховая грыжа	3	5,7	4	8

Рисунок
Ретрактор для выполнения грыжесечений при паховых грыжах из минидоступа



до дна без удаления брюшины и прошивается у основания. Далее производится основной этап операции — выполнение ненатяжной пластики задней стенки пахового канала протезом из полипропиленовой сетки. Во всех случаях в качестве эксплантата использовалась сетка «Линтекс-Эсфил (1-010)». Протез выкраивается соответственно размерам, в среднем 5×10 см, и формы пахового промежутка. Ретрактором максимально поднимается передняя стенка пахового канала, что делает доступным визуальный осмотр анатомических структур, необходимых для фиксации протеза: пупартова связка, лонный бугорок, влагалище прямой мышцы живота, свободные края внутренней косой и поперечной мышц. Семенной канатик поднимается следом посредством тракции за турникет. Сетка укладывается под семенной канатик и фиксируется узловыми швами не рассасывающимся шовным материалом — полипропиленовой нитью.

В фиксированном протезе выкраивают отверстие, соответствующее диаметру семенного канатика над внутренним паховым кольцом, выводят семенной канатик. Одним-двумя узловыми швами восстанавливается целостность сетки и заканчивается ее фиксация в латеральной половине пупартовой связки. Направленный интенсивный

световой пучок ретрактора позволяет четко визуализировать точки фиксации полипропиленового протеза. Контроль гемостаза, ушивание апоневроза наружной косой мышцы, подкожной жировой клетчатки без дренирования.

Результаты и обсуждение. Длина разреза кожи у пациентов обеих групп варьировала в зависимости от вида грыжи и выраженности подкожной жировой клетчатки. У пациентов основной группы изначально выполнялся разрез длиной 3 см и, при необходимости, расширялся до 3,5 см, чего было достаточно для выполнения операции. В таблице 2 представлены сводные результаты длины разреза в зависимости от типа грыж в обеих группах.

Использование разработанного ретрактора позволило уменьшить длину кожного разреза при паховом грыжесечении более чем в 2,4 раза (в основной группе длина разреза в среднем 3,4 см, в контрольной — 8,4 см). Средняя продолжительность операции из минидоступа и в контрольной группе была чуть более 45 минут (табл. 3).

В раннем послеоперационном периоде в каждой группе у 2-х пациентов возникли сходные осложнения — серомы в области послеоперационных швов с дальнейшим инфицированием.

Таблица 2
Длина операционного доступа (см)

Вид грыжи по Nyhus L.M.	Основная группа (n = 58)		Контрольная группа (n = 49)		p
Тип II, Тип III-B	n = 31	$3,28 \pm 0,23$	n = 19	$8,43 \pm 1,0$	$< 0,05$
Тип III-A	n = 19	$3,25 \pm 0,26$	n = 26	$8,77 \pm 0,94$	$< 0,05$
Тип IV-A-B-D	n = 5	$3,25 \pm 0,35$	-	-	-
Двухсторонняя паховая грыжа	n = 3	$3,25 \pm 0,25$	n = 4	$8,75 \pm 0,5$	$< 0,05$
Средняя длина	$3,34 \pm 0,24$		$8,43 \pm 1,0$		$< 0,05$



Таблица 3

Средняя продолжительность операции ($M \pm m$), минут

Вид грыжи по Nyhus L.M.	Основная группа (n = 58)		Контрольная группа (n = 49)		p
Тип II, Тип III-B	n = 31	52,6 ± 1,8	n = 19	56,2 ± 1,5	> 0,05
Тип III-A	n = 19	47,7 ± 3,1	n = 26	53,4 ± 1,8	> 0,05
Тип IV-A-B-D	n = 5	46,6 ± 6,0	-	-	-
Двухсторонняя паховая грыжа	n = 3	77,5 ± 2,5	n = 4	91,2 ± 8,2	> 0,05
Среднее время операции	46,4 ± 3,0		51,4 ± 2,4		> 0,05

Пациенты основной группы в первые сутки не получали наркотических анальгетиков. Обезболивание проводилось ненаркотическими парентеральными препаратами один раз (кеторол 2 мл в/м), за исключением нескольких больных, отказавшихся от введения ввиду незначительного болевого синдрома. Пациенты основной группы были информированы по поводу обезболивания, проводимого самостоятельно в домашних условиях. Больные принимали ненаркотический анальгетик (кеторол) по одной таблетке два-три раза в день в зависимости от выраженности болевого синдрома; 3 пациента не принимали анальгетики из-за отсутствия болевого синдрома в покое.

Пациенты контрольной группы получали наркотические анальгетики (промедол 1 % 1 мл внутримышечно) от двух до трех раз в первые сутки в зависимости от выраженности болевого синдрома. Параллельно вводились ненаркотические, парентеральные обезболивающие (анальгин 50 % 2 мл, димедрол 1 % 1 мл) от двух до трех раз в день операции, в зависимости от времени окончания операции. В то же время, при оцен-

ке интенсивности болевого синдрома с помощью 5-балльной вербальной шкалы в основной группе он был выражен значительно меньше ($p < 0,05$) (табл. 4).

Сроки временной утраты нетрудоспособности, несмотря на то, что по профессиональной деятельности группы были однородны, в основной группе составили 17,5 суток, в контрольной – 28,3 суток (табл. 5).

Оценка качества жизни, связанного со здоровьем, проводимая перед операцией и через 6 месяцев после операции, показала отсутствие значимых различий в обеих группах. В сроки наблюдения до 3 лет в обеих группах оперированных больных рецидивов заболевания не установлено.

Таким образом, основное преимущество данной методики – отсутствие натяжения тканей, именно в этой связи мы предложили способ операции при паховых грыжах, предусматривающий минимальную травматизацию слоев брюшной стенки, а именно, минидоступ. В результате значительно снизилась интенсивность болевого синдрома в

Таблица 4

Интенсивность болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде (n)

Баллы	4 часа		12 часов		24 часа		36 часов	
	1	2	1	2	1	2	1	2
Не больно (0 баллов)	9	-	18	-	25	9	38	15
Слегка больно (1 балл)	31	11	29	19	28	31	20	31
Умеренно больно (2 балла)	18	25	11	29	5	9	-	3
Существенно больно (3 балла)	-	13	-	1	-	-	-	-
Очень больно (4 балла)	-	-	-	-	-	-	-	-
Средний балл на больного	1,2*	2,1	0,9*	1,6	0,7*	1	0,3*	0,7

Примечание: * $p < 0,05$; 1 – основная группа, 2 – контрольная группа.

Таблица 5

Сроки нетрудоспособности (сут)

Вид грыжи	Основная группа (n = 58)		Контрольная группа (n = 49)		p
Тип II, Тип III-B	n = 31	17,7 ± 8,0	n = 19	22,3 ± 4,7	< 0,05
Тип III-A	n = 19	13,9 ± 5,6	n = 26	23,4 ± 4,7	< 0,05
Тип IV-A-B-D	n = 5	14,0 ± 5,2	-	-	-
Двухсторонняя паховая грыжа	n = 3	24 ± 8,4	n = 4	39,5 ± 5,0	< 0,05
Средний срок нетрудоспособности	n = 58	17,5	n = 49	28,3	< 0,05

ближайшем послеоперационном периоде, что позволило использовать этот метод в амбулаторных условиях. Кроме этого, нами был разработан и запатентован ретрактор оригинальной конструкции для упрощения выполнения операции.

Заключение. Одним из ограничений широкого использования грыжесечения при паховых грыжах в амбулаторных условиях является выраженность болевого синдрома после операции. Интенсивность болевого синдрома обусловлена, в первую очередь, длиной кожного разреза и травматичностью оперативного вмешательства. Уменьшение длины разреза создает более комфортные условия для пациента в раннем послеоперационном периоде. Использование ретрактора оригинальной конструкции, сочетающего в себе возможности тракции тканей и дополнительную освещенность операционного поля, позволяет более чем в 2,4 раза уменьшать длину оперативного доступа. Выполнение грыжесечения при паховых грыжах из разреза не более 3-4 см длиной не приводит к развитию интенсивных болей в области оперативного вмешательства. При этом вполне адекватным в раннем послеоперационном периоде является использование таблетированных анальгетиков.

Выводы:

1. Способ хирургического лечения паховых грыж с использованием разработанного ретрактора и полипропиленового протеза отличается малой инвазивностью и позволяет выполнять операции в амбулаторных условиях у пациентов с грыжами II, III-A-B, IV-A-B-D типами по L.M. Nyhus и двухсторонними паховыми грыжами.
2. Разработанный способ хирургического лечения паховых грыж из минидоступа приводит к уменьшению интенсивности послеоперационного болевого синдрома в 1,7 раза, сокращает время пребывания в лечебном учреждении с 5 суток до 4 часов и сроки реабилитации — с 28 до 17 суток, в сравнении с операцией Лихтенштейна, выполняемой в стационаре.
3. Разработанный способ герниопластики, выполненный в амбулаторных условиях, не приводит к увеличению количества рецидивов и не снижает качества жизни, связанного со здоровьем.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Нестеренко, Ю.А. Влияние пахового грыжесечения на функциональное состояние яичка: обзор литературы /Нестеренко Ю.А., Ярыгин В.А. //Хирургия. — 1990. — № 3. — С. 135.
2. Старченков, С.Б. Предбрюшинная герниопластика при паховых грыжах из надпахового косопоперечного минидоступа /С.Б. Старченков: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Кемерово, 2007.
3. Борисов, А.Е. Новые технологии в лечении паховых грыж /Борисов А.Е., Кубачев К.Г., Митин С.Е. //Амбулаторная хирургия. — 2002. — № 1(5). — С. 36-39.
4. Тарасов, А.Л. Предбрюшинная герниопластика с использованием ретроперитонеоскопа в лечении грыж паховой локализации /А.Л. Тарасов: Автореф. дис. ... канд. медицинских наук. — Л-Кузнецкий, 2001. — 35 с.
5. Хирургическое лечение паховых грыж в амбулаторных условиях /Магомалов Р.Х., Раннев И.Б., Кутин А.А. и др. //Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. — 2008. — № 5. — С. 60-64

СЫТИН М.Л., ФОМКИН О.Г., ФЕДОРОВ И.В., КИРИЛЛОВ С.А.,
КРИНИЦЫН А.А., ЗУЕВ А.С., КИСЕЛЕВА А.В.
МЛПУ «Городская клиническая больница № 2
Святого великомученика Георгия Победоносца»,
г. Новокузнецк

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ХИМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ В Г. НОВОКУЗНЕЦК ЗА 1997-2008 ГГ.

Объектом нашего исследования явилась эпидемиология острых отравлений с целью обоснования мероприятий по совершенствованию токсикологической помощи и профилактике отравлений на территории промышленного города Новокузнецка. В связи с этим, нами выполнено ретроспективное исследование эпидемиологии острых отравлений химической этиологии.

SYTIN M.L., FOMKIN O.G., FEDOROV I.V., KIRILLOV S.A.,
KRINITSYN A.A., ZUEV A.S., KISSILYOVA A.V.
*Municipal clinical Health Care Facility «City Hospital № 2»,
Novokuznetsk*

ANALYSIS OF DYNAMICS OF ACUTE CHEMICAL POISONING

The authors aimed to study the epidemiology of acute poisoning in order to validate measures for the future improvement of toxicologic care and poisoning prophylaxis within the bounds of industrial city Novokuznetsk. Retrospective epidemiologic analysis of acute chemical poisoning has been performed.

В последние годы в России возросло число острых отравлений различной этиологии. Рост заболеваемости при острых отравлениях существенным образом влияет на среднюю продолжительность жизни и влечет за собой потерю трудового потенциала, требует больших затрат на оказание медицинской помощи больным, нанося значительный социальный и экономический ущерб. Это достаточно убедительно свидетельствует о том, что проблема острых отравлений требует в настоящее время повышенного внимания и является актуальной задачей органов здравоохранения.

Объектом нашего исследования явилась эпидемиология острых отравлений с целью обоснования мероприятий по совершенствованию токсикологической помощи и профилактике отравлений на территории промышленного города Новокузнецка.

В связи с этим, нами выполнено ретроспективное исследование эпидемиологии острых отравлений химической этиологии.

Динамика и структура заболеваемости острыми отравлениями среди населения г. Новокузнецка проведена с периода 1997 г., при организации специализированной токсикологической медицинской помощи, которая стала возможной в результате организации отделения острых отравлений на базе МЛПУ «ГКБ № 2». На базе, которого в 1999 году создан Зональный центр острых отравлений. Таким образом, с 1999 года в условиях Кемеровской области сложилась организационная структура отделений по оказанию специализированной токсикологической помощи.

Исследования показали, что токсикологическая ситуация в промышленном г. Новокузнецке в 1997-2008 гг. характеризовалась устойчивым ростом числа больных с острыми экзогенными отравлениями. К 2004 г. общая заболеваемость при отравлениях, по сравнению с 1997 г., увеличилась в 1,6 раза и составила 7,0 на 1000 населения, с дальнейшей тенденцией к увеличению. Среди больных с острыми отравлениями 80-85 % составляют лица трудоспособного возраста.

С 1997 г. по 2008 г. в отделение острых отравлений с диагнозом «Острое экзогенное отравление» поступило около 38500 пациентов. Больные доставлялись бригадами скорой медицинской помощи и в порядке самообращения. Госпитальная заболеваемость острыми отравлениями в г. Новокузнецке увеличилась на 42,6 %, с 2,6 на 1000 населения в 1996 г. до 7,0 в 2004 г. За последние три года показатель стабилизировался на уровне 6,2-5,1-6,7 на 1000 населения.

Из общего числа пострадавших от острых отравлений, 63,3 % были госпитализированы. Больные распределялись по всем лечебным подразделениям города, в зависимости от места жительства. В работе общих реанимационных отделений больные с острыми отравлениями составляли 10,0-20,5 % от всех поступивших больных.

Анализ показателей острых отравлений химической этиологии свидетельствует, что самый высокий уровень приходится на отравления алкоголем — около 60-65 % от всех пациентов. При этом данный показатель на протяжении всего периода остается высоким, с тенденцией к росту. Такая же

зависимость с отравлениями медикаментами различных групп, где лидирующими нозологическими формами являются психотропные, седативные средства и препараты с преимущественным действием на сердечно-сосудистую систему — около 13-14 %. Отмечается незначительное снижение количества больных в уже самостоятельной нозологической форме (наркомания — 5,4 %), что связано, по-видимому, с помощью, квалифицированно оказываемой на догоспитальном этапе (ранняя антидотная терапия — Налоксон).

Отчетливый рост (с 2005 года) отравлений прижигающими, коррозивными ядами (кислоты, щелочи) остается стабильным — 3,7 %, как и летальность при этой нозологической форме. Лидирующим отравлением является отравление уксусной кислотой — 77 %. Отмечается значительное увеличение пациентов с токсическим эффектом, обусловленным контактом с ядовитым животными (змеиного яда). Увеличение числа пациентов с поражающим действием дымов, газов — 2,4 %, с преимущественным поражением окисью углерода, как правило, сезонные — отопительный сезон в частном секторе, на дачных участках.

Общая смертность населения в г. Новокузнецке от острых отравлений в 1996 году составляла 29,8 %. Госпитальная летальность составляла 6,1 %. На догоспитальном этапе, без оказания специализированной медицинской помощи, от острых отравлений умерли 633 больных, что составило 26,1 % от общего числа этой патологии.

С периода открытия центра острых отравлений на базе МЛПУ «ГКБ № 2» общая смертность населения в г. Новокузнецке от острых отравлений составила около 15,7 %. Госпитальная летальность по г. Новокузнецку составила 2,6 %. На догоспитальном этапе, без оказания специализированной медицинской помощи, летальность около 13,5 %.

На фоне прогрессивного роста показателей заболеваемости при острых отравлениях среднегородские показатели госпитальной летальности снизились на протяжении изучаемого периода на 42,6 %, и остаются относительно стабильными с 1998 г., изменяясь в пределах 2,2-2,4 на 1000 населения. Догоспитальная летальность также имеет тенденцию к снижению. Так, если в 1997 г. этот показатель составлял 26,1 % от всех острых отравлений, а в 2001 г. — 13,5 %, то с 2002 года этот показатель увеличился до 22 %.

В структуре догоспитальной летальности в 1997 г. первое место занимали отравления наркотическими веществами (100 %), на втором месте — отравления алкоголем и его суррогатами (44,5 %). К 2004 г., после организации специализированной токсикологической медицинской по-

мощи, догоспитальная летальность от отравлений наркотическими веществами снизилась до 22,8 %, при отравлениях алкоголем и его суррогатами — до 16,5 % (в 2,7 раза).

На протяжении анализируемого периода изменилась нозологическая картина летальности. Первое место в структуре токсикологической летальности занимают отравления прижигающими ядами (превалирующее число в этой группе занимают пациенты с отравлениями уксусной кислотой, что составляет 22,5 % от общей летальности в отделении, 45 % в группе пациентов, умерших от различных видов острых отравлений).

Второе место в нозологии летальных исходов занимают отравления различными спиртосодержащими жидкостями, где лидирующее место занимает длительный и избыточный прием алкогольных напитков с дегенеративными поражениями ЦНС, внутренних органов. Это стабильные показатели, по сравнению с 2005, 2006, 2007 годами.

Показатели третьей позиции нестабильны в течение отчетного периода, т.к. нет стабильной группы заболеваний. Относительную стабильность уровня летальности при острых отравлениях на фоне роста показателей заболеваемости удается обеспечивать благодаря своевременным организационным мерам по совершенствованию токсикологической службы г. Новокузнецка, повышению доступности специализированной помощи. Значимость доступной токсикологической помощи подтверждается сравнением показателей летальности больных. Так, летальность в г. Новокузнецке уменьшилась в 3 раза и приблизилась к показателю других городов РФ, имеющих специализированную токсикологическую службу.

Токсикологический мониторинг проводится в соответствии с приказом МЗ РФ от 29.12.2000 г. № 460 «Об утверждении учетной документации токсикологического мониторинга». Структура пострадавших с острой травмой химической этиологии прилагается по данным статистической программы «Токсстат». Данные включают количество пострадавших по видам оказанной помощи, распределение отравлений по характеру и обстоятельствам, распределение отравлений в соответствии с кодами МКБ-10, распределение умерших по причинам и месту наступления смерти.

В перспективе развития токсикологической службы мы предусматриваем создание регионального информационно-консультативного токсикологического центра для обеспечения высококвалифицированной медицинской помощи больным с острыми отравлениями химической этиологии, повышения доступности специализированной помощи в промышленном Новокузнецке и на территории юга Кузбасса.

СЫТИН М.Л., ФОМКИН О.Г., ФЕДОРОВ И.В., КИРИЛЛОВ С.А.,
КРИНИЦЫН А.А., ЗУЕВ А.С., КИСЕЛЕВА А.В.
*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
МЛПУ «Городская клиническая больница № 2
Святого великомученика Георгия Победоносца»,
г. Новокузнецк*

ОТРАВЛЕНИЯ АЗАЛЕПТИНОМ. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Наблюдали 29 случаев тяжелых пероральных отравлений азалептином (нейролептиком с седативным действием). Диагноз отравления верифицирован химико-токсикологическим исследованием биосред (моча). Клиническая картина включала нарушения сознания (кому), аспирационно-обтурационную, центральную или смешанную острую дыхательную недостаточность, в ряде случаев проявления острой сердечно-сосудистой недостаточности. Часть симптомов (миоз, саливация, бронхорея, снижение мышечного тонуса) не соответствовали периферическому антихолинэргическому эффекту, свойственному фармакологическим дозам препарата.

Нами изучено влияние гемосорбции, дискретного плазмафереза и обратимого ингибитора холинэстеразы нивалина (галантомина гидробромид) на течение и исход отравлений. Больные были разделены на три группы – получавшую только стандартную терапию (11), указанное лечение и гемосорбция (9) и стандартную терапию и дискретный плазмаферез (9). Установлено, что применение гемосорбции и, особенно, нивалина приводило к улучшению течения отравлений, более быстрому регрессу клинической симптоматики. У больных, леченных нивалином, летальных исходов не наблюдалось.

Полученные данные позволяют считать, что основой токсического действия азалептина служит центральный холинолитический эффект, а обратимые ингибиторы холинэстеразы головного мозга (в частности, нивалин) являются препаратами выбора при лечении тяжелых отравлений этим ядом.

SYTIN M.L., FOMKIN O.G., FEDOROV I.V., KIRILLOV S.A.,
KRINITSYN A.A., ZUEV A.S., KISSILYOVA A.V.
*Municipal clinical Health Care Facility «City Hospital № 2»,
Novokuznetsk State Institute of Physicians' Advanced Training,
Novokuznetsk*

AZALEPTIN POISONING: CLINICAL FEATURES, DIAGNOSIS AND TREATMENT

We studied the impact of hemosorption, discrete plasmapheresis and reversible cholinesterase inhibitor Nivalin (hydrobromide galantamine) on patients' poisoning course and outcome. Twenty-nine cases experienced severe peroral Azaleptin (neuroleptic sedative drug) poisoning were analysed. Diagnosis of poisoning was verified by chemico-toxicologic examination of urine. Patients were divided into three groups considering their treatment options: 11 patients received standard therapy only; 9 patients received standard therapy and hemosorption; and 9 patients received standard therapy and discrete plasmapheresis. It has been found that hemosorption, and especially Nivalin treatment, was effective in improving poisoning course, and spontaneous regression of clinical features. No lethal outcomes were noted in patients treated with Nivalin.

Our data suggest that central cholinolytic effect is produced by Azaleptin toxic action, and reversible cerebral cholinesterase inhibitor, i.e. Nivalin, is the drug of choice for the treatment of severe poisoning caused by this poison.

В последние годы отмечается существенный рост количества острых отравлений азалептином. Особенности этих интоксикаций являются тяжелое течение и высокая летальность, достигающая 30 % и более.

Азалептин(8-хлор-11-(4-метил-1-пиперазенил)-5Н-дibenzo[b,e][1,4] — диазепин; клозапин, лепокс, алемоксан, ипрокс и др.) — нейролептик с выраженным седативным эффектом, по химическому строению — трициклическое соединение,

являющееся также производным 1,4-бензодиазепина. Считается, что фармакологическое действие азалептина включает несколько компонентов (центрального и периферического холинолитического, адренолитического, антисеротонинового и антигистаминного эффекты, торможение высвобождения дофамина пресинаптической мембраной), причем мнения различных авторов о ведущем механизме существенно расходятся. Тем не менее, большинство считает наиболее выраженными центральные холинолитические эффекты.

Кинетика препарата хорошо изучена. Наиболее значимы такие показатели, как быстрое всасывание после приема внутрь (максимальная концентрация в крови через 2 часа), высокая абсорбция (90-95 %) и биодоступность 50-60 % (эффект «первого прохождения» через печень), значительная доля связывания с белками плазмы (95 %). Азалептин неравномерно распределяется в биосредах с преимущественным накоплением в тканях мозга, сердца и печени. Выделение из организма носит двухфазный характер с первой быстрой и второй замедленной фазами; $T_{1/2}$ второй фазы в среднем 12 часов (с колебаниями от 6 до 24 часов), около 50 % введенной дозы выводится с мочой и до 30 % с калом, в основном в виде метаболитов [2].

Метаболизм азалептина осуществляется преимущественно в печени за счет деметилирования. Образующееся производное также обладает фармакологической активностью, но значительно меньшей, чем исходное соединение.

Побочное действие препарата, а также явления легкой интоксикации многообразны и включают церебральные (сонливость, головокружение, иногда ригидность, тремор, атаксия, редко злокачественный нейрорептический синдром), сомато-вегетативные расстройства (сухость во рту, нарушения аккомодации, потоотделения, терморегуляции, усиленное слюноотделение, тахикардия, артериальная гипо-, реже гипертензия, изредка изменения на ЭКГ, аритмии, тошнота, рвота, запоры, повышение сывороточной активности индикаторных ферментов печени, иногда внутрипеченочный холестаз, задержка мочеиспускания или недержание мочи). Примечательно, что некоторые проявления носят разнонаправленный характер (артериальная гипо- или гипертензия, сухость во рту или саливация и др.), что не позволяет связать их с каким-либо одним механизмом действия препарата. При отравлениях средней тяжести указанные расстройства более выражены. В первую очередь, это относится к состоянию ЦНС — наблюдаются эпизоды делирия, сомноленция, сопор, поверхностная кома. В тяжелых случаях преобладают кома и нарушения витальных функций.

Материалы и методы. Материалы, положенные в основу этого сообщения, были получены

в результате обследования и лечения 29 больных в возрасте от 18 до 56 лет (9 мужчин и 20 женщин), находившихся на лечении в реанимационном блоке отделения острых отравлений по поводу острых отравлений азалептином тяжелой и крайне тяжелой степени.

При поступлении пациенты были разделены на три группы. Первая группа (сравнения) получала стандартную патогенетическую и симптоматическую терапию — 11 чел. Ко второй группе отнесены 9 больных, которым на фоне указанного лечения проводилась операция гемосорбции (ГС). В третьей группе (9 больных), наряду с базисным лечением, использовалось проведение дискретного плазмафереза.

Всем пациентам проводилась катетеризация магистральных сосудов *vena subclavia*, *v. femoralis*. В стандартную (базисную) детоксикационную терапию включались зондовое промывание желудка, энтеросорбция, инфузионная терапия объемным методом форсированного диуреза с использованием глюкозо-солевых растворов, плазмозамениителей, непрямого электрохимического окисления крови (НЭХОК) Гипохлогитом Na 0,06 % 400-800 мл, а также другие патогенетические и симптоматические мероприятия по показаниям, обратимый ингибитор холинэстеразы — нивалин, с целью купирования центрального антихолинэргического эффекта (АХЭС).

Больные указанных групп существенно не различались по полу, возрасту, тяжести состояния, объему и срокам оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе.

Операцию ГС проводили вскоре после поступления больных в стационар, вено-венозным доступом. Объем перфузии составлял 1,5-2,0 объема циркулирующей крови, скорость — 150-200 мл/мин. В качестве сорбента использовали активированный уголь серии «ВНИИТУ».

Проведение дискретного плазмафереза (контейнеры «Гемакон 500/300», центрифуга «ОС-6М»), объем плазмоексфузии за процедуру составлял 10-15 % ОЦП.

Нивалин (0,1 % раствор) вводили внутривенно в разовой дозе 2-4 мг. При недостаточном эффекте введение повторяли, суточная доза составляла 8-12 мг. Поддерживающие дозы препарата применяли в течение 3-4 суток. Перед началом применения нивалина, для предупреждения его периферических побочных эффектов (усиление саливации, бронхорея и т.д.) вводили 0,5-1 мл 0,1 % раствора атропина.

Регистрировали динамику клинических проявлений, основные биохимические показатели крови, средний койко-день, курсовые дозы антидотов, количество летальных исходов.

Диагноз отравления верифицировали химикотоксикологическим исследованием мочи на хромато-масс-спектрометре «Agilent 6890/5973».



Результаты и обсуждение. Клиническая картина отравления азалептином на момент поступления пострадавших в стационар определялась, в первую очередь, нарушением ЦНС и вегетативными расстройствами. У всех обследованных наблюдалась глубокая кома со снижением у большинства сухожильных рефлексов, миозом или нормальными размерами зрачков, вялой фотореакцией, выраженной гиперсаливацией, ослаблением перистальтики кишечника, нередко — произвольным мочеиспусканием.

Среди соматических расстройств преобладала острая дыхательная недостаточность (ОДН) аспирационно-обтурационного, центрального или смешанного генеза, бронхорея, синусовая тахикардия. Артериальная гипертензия отмечена лишь у каждого пятого, а гипертензия наблюдалась вдвое чаще. К частым проявлениям тяжелых отравлений азалептином, выявляемых обычно к концу 1-х — на 2-е сутки, относилась токсическая нефропатия I ст., диагностируемая по изменению в клинических анализах мочи, и гепатопатия I ст. с умеренным (в 2-5 раз) повышением сывороточной активности индикаторных ферментов (АлАТ, АсАТ, ЩФ), как правило, без нарушения обмена билирубина. К наиболее частым осложнениям, развивавшимся на 2-3 сутки, относится пневмония, которая диагностировалась у каждого пятого пострадавшего и являлась основной причиной летальных исходов в соматогенной стадии интоксикации.

Переходя к лечению отравлений азалептином необходимо отметить, что упоминавшиеся ранее особенности токсикокинетики яда, в частности, высокий процент связи с белком, позволяет считать неперспективными диализационные методы детоксикации.

Более оправданным представляется применение плазмообмена и гемосорбции. Тем не менее, можно полагать, что одним из ведущих среди этих механизмов является центральное холинолитическое действие азалептина.

Учитывая изложенное, мы проанализировали три варианта лечения тяжелых отравлений этим ядом по указанным выше схемам.

Результаты лечения отравленных позволяют считать, что проведение гемосорбции положительно влияло на течение интоксикаций. В то же время, наиболее четкий и выраженный клинический эффект наблюдался при использовании дискретного плазмафереза. Этот эффект проявлялся, в первую очередь, уменьшением глубины коматозного состояния, оживлением подавленных рефлексов; нередко после одной-двух инъекций препарата кома II трансформировалась в сомноленту или сознание восстанавливалось. Заметно уменьшалась выраженность ОДН, как за счет устранения ее центрального компонента, так и в результате подавления гиперсекреции бронхиаль-

ных желез и уменьшения саливации под влиянием атропина.

Действие нивалина проявлялось в течение 30 мин. после инъекции. Наиболее эффективным введение препарата было в случаях, когда его применение начинали через 6-12 часов после приема яда, однако и в более поздние сроки наблюдался отчетливый положительный эффект. После выхода из комы у отравленных азалептином тяжелой степени нередко развивались делириозные проявления, которые купировались дополнительными инъекциями нивалина. Проведение комплексной детоксикационной терапии заметно снижало летальность у отравленных азалептином тяжелой степени. Так, если из 11 больных первой группы умерли трое (33 %), то во второй и третьей группах летальных исходов не отмечено.

Основной причиной летальности было развитие пневмонии, дыхательной недостаточности, которая не развивалась у пациентов с проводимыми эфферентными методиками (пациенты 2 и 3 групп).

Заключение. Таким образом, для тяжелых отравлений азалептином характерно развитие коматозного состояния с подавлением рефлексов, миозом или нормальными размерами зрачков, ОДН центрального аспирационно-обтурационного или смешанного генеза, гиперсаливацией и бронхореей, лабораторными признаками легкой гепатопатии, нефропатии.

Диагноз подтверждается определением дибензодиаземина в моче, проба положительна в течение 3-5 суток.

При лечении интоксикации в качестве функционального антагониста целесообразно использовать обратимый ингибитор холинэстеразы нивалин или другие аналогичные препараты с преимущественно центральным действием под прикрытием малых доз периферических М-холинолитиков. Полученный эффект позволяет говорить о том, что в генезе отравления ведущим является центральное холинолитическое действие яда.

Метод введения центральных ингибиторов ХЭ при отравлениях азалептином — суммарная доза наращивается до достижения определенного эффекта, с переходом в дальнейшем на поддерживающее введение (методика напоминает терапию отравлений холинэстеразными ядами атропином). В качестве этого эффекта используются уменьшение глубины комы, купирование делирия, восстановление мышечного тонуса, усиление перистальтики кишечника, появление потливости. Быстрое и отчетливое действие препарата позволяет, на наш взгляд, использовать его не только с лечебной, но и с диагностической целью — отсутствие пробуждающего эффекта у лиц с подозрением на отравление азалептином позволяет усомниться в этом диагнозе или предполагать отравление сме-



стью лекарственных препаратов с преобладанием веществ, не имеющих центрального антихолинергического действия.

В комплексной детоксикационной терапии в качестве эфферентного метода детоксикации оправдано применение гемосорбции. Ее использование оправдано при крайне тяжелых отравлениях азалептином, особенно при сочетании его с другими лекарственными препаратами (барбитуратами, транквилизаторами и др.) и позднем поступлении больных в стационар.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Delirium during clozapine treatment: incidence and associated risk factors /Centorrino F., Albert M.J., Drago-Ferrante G. et al. //Pharmacopsychiatry. – 2003. – Jul, N 36(4). – P. 156-160.
2. Coward, D.M. General pharmacology of clozapine /Coward D.M. //Br. J. Psychiatry Suppl. – 1992. – May, N 17. – P. 5-11.
3. Davydov, L. Clozapine-induced hypersalivation /Davydov L., Botts S.R. //Ann Pharmacother. – 2000. – May, N 34(5). – P. 662-665.



СЫЧЕВА И.А., ЧЕЛЫШЕВА Г.М., АЛЕКСЕЕВА Н.Б.
МЛПУ «Городская клиническая больница № 2
Святого великомученика Георгия Победоносца»,
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк

ФАГОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДИСБАКТЕРИОЗОВ КИШЕЧНИКА

Целью нашего исследования было изучение чувствительности патогенных микроорганизмов, отобранных при обследовании больных на дисбактериоз кишечника и мочевых инфекций, к поливалентному интести-бактериофагу, который выдается ФГУП «НПО» Микроген. В исследование включены 105 штаммов различных видов микроорганизмов. В результате установлено, почти 2/3 культур были фагорезистентными. Поэтому определение чувствительности к интести-фагу обязательно и должно осуществляться параллельно с изучением антибиотикограммы.

SYCHEVA I.A., CHELYSHEVA G.M., ALEKSEYEVA N.B.
*Municipal clinical Health Care Facility «City Hospital № 2»,
Novokuznetsk State Institute of Physicians' Advanced Training,
Novokuznetsk*

EFFECTIVENESS IN THE TREATMENT OF BACTEREOPHAGE TREATMENT INTESTENAL DYSBACTERIOSIS

The aim of our study was to examine the sensitivity of opportunistic pathogenic microorganisms, selected in the examination of patients on dysbacteriosis intestine and urinary tract infections to polyvalent instesti-bacteriophage, which is issued by FGUP «NPO» Mikrogen. The study included 105 strains of various kinds mikroorganizmov. V result set, almost 2/3 cultures were fagorezistentnymi. Poetomu definition of sensitivity to the instesti-fagu is compulsory and must be carried out in parallel with the study antibiotikogrammy.

Фаготерапия широко используется при лечении кишечных инфекций и дисбактериозов кишечника. Бактериофаги являются вирусами бактерий и обладают селективным (штаммспецифичным) бактерицидным эффектом к определенным типам бактерий. При этом они не действуют на клетки организма человека, не подавляют его естественную микрофлору, в отличие от большинства антибиотиков, не вызывают побочных реакций и осложнений, могут сочетаться с антибактериальными препаратами, кроме биопрепаратов, так как кислая среда последних нейтрализует их.

Отсутствие противопоказаний при применении препаратов бактериофагов, возможность их использования в сочетании с другими лекарственными средствами, активность в отношении антибиотикорезистентных штаммов — все это характеризует препараты бактериофагов как высокоэффективные и перспективные средства терапии энтеральных и гнойно-септических инфекций.

В нашей стране выпускаются моно- и поликомпонентные бактериофаги, которые, в связи со снижением терапевтического действия антибиотиков, используются в клинической практике как альтернатива другим антибактериальным

препаратам. Считается, что вероятность развития устойчивости микробной флоры к бактериофагам крайне мала, так как происходит естественная постоянная адаптация бактериофагов к циркулирующим штаммам бактерий за счет обновления фаговых рас. Согласно другому мнению [2], фаготерапия и фагопрофилактика не оправдали возлагавшихся на них надежд в связи со слишком узкой специфичностью фагов, быстрым появлением фагорезистентных штаммов. К тому же фаги плохо сорбируются бактериями в коллоидной среде, поэтому трудно представить возможность реализации их бактерицидности в толстой кишке, где бактерии находятся в биопленке.

Подбор необходимого препарата бактериофага проводят строго индивидуально, так как главным условием его успешного применения является использование только тех серий, которые лизируют выделенные от данного больного штаммы микроорганизмов, в противном случае велика вероятность сенсибилизации и развития в последующем аллергических реакций. Отсюда следует, что необходимым условием эффективной фаготерапии является предварительное определение фагочувствительности возбудителя заболевания.

В нашем регионе широко используется поливалентный «Интести-бактериофаг», выпускаемый

ФГУП «НПО» Микроген», содержащий фаголизаты шигелл, сальмонелл, патогенных эшерихий этиологически значимых серогрупп, энтерококков, протеев, стафилококков, синегнойной палочки.

Поэтому **цель нашего исследования** состояла в изучении чувствительности условно-патогенной микрофлоры, выделенной при обследовании больных на дисбактериоз кишечника и инфекции мочевыводящих путей, к данному фагу.

Исследована активность интестифага в отношении 105 штаммов различных видов микроорганизмов: *Escherichia coli* гемолитические, патогенные (из мочи) и со сниженной ферментативной активностью, *Enterobacter cloacae*, *Citrobacter* spp., *Klebsiella oxytoca*, *Proteus* spp., *Staphylococcus* spp., *Enterococcus* spp. Для определения чувствительности использовали качественный метод, который заключался в том, что на поверхность питательного агара, засеянного «газоном» суточной испытуемой культуры, наносили каплю раствора лечебного интестифага и через 24 часа инкубации при 37°C отмечали отсутствие или наличие зоны лизиса.

Результаты изучения фаголизиса показали, что только 37,2 % или 39 выделенных культур обладали чувствительностью к интестифагу. Наиболее чувствительными к действию фага были штаммы гемолитической *E. coli* (75 % от числа выделенных гемолитических культур этого вида) и *E. coli* со сниженной ферментативной активностью (72,7 % от числа подобных культур). Далее, в убывающем порядке по чувствительности, был

Staph. epidermidis (66,7 %), патогенные *E. coli*, выделенные из мочи (50 %); *Enterobacter cloacae* (33,3 %), *Enterococcus faecalis* (25 %), *Klebsiella oxytoca* и *Staph. aureus* (по 20 %). Интестифаг оказался неэффективен в отношении *Citrobacter* spp., *Proteus vulgaris* и *mirabilis*.

Таким образом, почти 2/3 выделенных при дисбактериозе кишечника патогенных и условно-патогенных культур не обладают чувствительностью к действию интестифага. Частота лизиса грамотрицательных штаммов энтеробактерий интестифагом составляет 52,2 %, что в два раза выше действия фага в отношении кокковых культур (стафилококков и энтерококков), которые лизировались только в 26,8 % случаев. При выделении от больного таких фагорезистентных штаммов применять интести-бактериофаг нерационально и неэкономично. Эмпирически интестифаг целесообразно назначать только при выделении патогенных *E. coli*. Во всех других случаях определение чувствительности к нему является обязательным и должно проводиться параллельно с исследованием антибиотикограммы.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Маянский, А.Н. Дисбактериоз: иллюзии и реальность /Маянский А.Н. //Наука. – 1999. – № 5.
2. Семенов, В.М. Принципы лечения больных бактериальными кишечными инфекциями /Семенов В.М., Лобзин Ю.В., Дмитраченко Т.И. //Современные технологии диагностики и терапии инфекционных болезней: Тез. докл. науч. конф. Рос. Воен.-мед. академии. – СПб., 1999. – С.271-272.

ТАРАСКО А.Д., КОВАЛЬЧУК Е.С., РОГОВИЕВА О.И., ХАБИБУЛЛИН А.М.
*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
МЛПУ «Городская клиническая больница № 2
Святого великомученика Георгия Победоносца»;
МЛПУ «Городская клиническая больница № 29»,
г. Новокузнецк*

ПОДКОЖНЫЙ ПАНАРИЦИЙ НОГТЕВОЙ ФАЛАНГИ ПАЛЬЦА: К ВОПРОСУ ОБ ОПЕРАЦИИ ВЫБОРА

На основании клинико-морфо-функционального анализа ладонной поверхности ногтевой фаланги пальцев кистей и лечения 57 больных с подкожным панарицием (ПП) ногтевой фаланги авторы пропагандируют применение первично-радикального иссечения ПП. Авторы указывают, что из-за особенностей анатомического строения ладонного кожно-подкожного лоскута пальцев применение операции вскрытия и дренирования гнояника не является достаточно оптимальным. Сравнение между собой двух сопоставимых по количеству групп больных, которым выполнялись операции вскрытия и дренирования ПП и первично-радикального иссечения ПП по критериям длительности гноения раны, общей продолжительности лечения, количества повторных вмешательств и количества осложнений показало, что требованиям, предъявляемым к операции выбора, удовлетворяет операция первично-радикального иссечения ПП. Частое применение операции вскрытия и дренирования гнояника при ПП ногтевой фаланги авторы объясняют отсутствием у хирургов навыков клинико-морфо-функционального анализа, который позволяет обосновать выбор методики операции. Этот недостаток должен быть устранен путем обучения в системе постдипломного образования.

TARASKO A.D., KOVALCHUK E.S., ROGOVIEVA O.I., KHABIBULLIN A.M.
*Novokuznetsk State Institute of Physicians' Advanced Training,
Municipal clinical Health Care Facility «City Hospital № 2»,
Municipal clinical Health Care Facility «City Hospital № 29»,
Novokuznetsk*

SUBCUTANEOUS PANARITUM A NAIL PHALANX OF A FINGER: TO A QUESTION ON OPERATION OF A CHOICE

On the basis of the clinico-morpho-functional analysis palmar surfaces of a nail phalanx of fingers of brushes and treatments of 57 patients with subcutaneous panaritium (SP) a nail phalanx authors propagandize application primarily-radical excision SP. Authors specify that because of features of an anatomic structure palmar a cutaneo-hypodermic rag of fingers, application of operation of opening and drainage an abscess is not enough optimum. Comparison among themselves two groups of patients comparable by quantity by which operations of opening and drainage SP and primarily-radical excision SP by criteria of duration of suppuration of a wound, the general duration of treatment were carried out, and quantities of complications has shown quantities of repeated interventions, that to the requirements shown to operation of a choice, operation primarily-radical excision SP satisfies. And drainage an abscess at subcutaneous SP nail phalanx authors explain frequent application of operation of opening by absence at surgeons of skills of the clinico-morpho-functional analysis who allow to prove a choice of a technique of operation. This lack should be eliminated by training in system of postdegree formation.

Панариций — гнойное заболевание пальца, встречается в практике хирурга довольно часто [1]. Операции по поводу гнойных процессов кожи и подкожной клетчатки являются самыми первыми, с которых начинающий хирург начинает свою карьеру, порой еще не имея врачебного диплома и хирургического сертификата, и поэтому им осваиваются самые простые варианты. Сначала — это просто разрез (вскрытие

гнояника), который обеспечивает отток гноя по наиболее короткому пути. Затем молодой хирург начинает понимать, что этого действия недостаточно для быстрого выздоровления пациента, и усваивает необходимость дренирования гнойной раны. Если хирург продолжает совершенствоваться в гнойной хирургии, то вскоре приходит понимание, что в ряде случаев вскрытие и дренирование гнояника — не самый оптимальный ме-

тод хирургического лечения, а более подходящей операцией является иссечение гнойника с наложением первичных или отсроченных швов, с применением вакуумного или лаважного дренирования. Это касается ограниченных гнойников, гнойных эпидермальных кист, хронических абсцессов, некоторых форм мастита, а также при подкожных и костных панарициях на ногтевой фаланге [2, 3].

Выбор операции при панариции требует досконального знания клинической анатомии, понимания функциональной значимости пальцев, а вот как раз этих знаний у хирургов, занимающихся лечением панариция от случая к случаю (в промежутке между резекцией печени и трансплантацией сердца), не хватает, так как существует ощущение малой значимости данного заболевания. Вышеизложенное позволяет понять выбор такого оперативного приема, которому хирург был обучен еще будучи студентом, но который не всегда является оптимальным. Именно поэтому приходится вновь и вновь возвращаться и обсуждать тему, в которой, казалось бы, все, что можно, уже изучено и определено.

В своей практической работе нередко при подкожных и костных панарициях ногтевой фаланги мы используем операцию первично радикального иссечения гнойника. **Целью данной работы** является доказательство преимущества и целесообразность широкого применения данной хирургической методики.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования служит клинический анализ 57 больных подкожным панарицием. Метод исследования — клинические наблюдения. При выполнении операции применялись обычно линейные разрезы на вентро-латеральной поверхности фаланги, иногда эти разрезы дополнялись контрапертурой на контрлатеральной поверхности. Изредка применялись линейные или крестообразные разрезы на ладонной поверхности фаланги. При выборе доступа к гнойнику ориентировались на его локализацию: гнойник мог быть смещен к свободному или боковому краю фаланги, а также мог иметь центральную локализацию. Больные с центральной локализацией подкожного панариция ногтевой фаланги разделены на 2 группы: 1-я — контрольная (20 человек), в процессе лечения больным применялась методика вскрытия и дренирования панариция; 2-я — основная (18 человек), в процессе лечения применялась методика иссечения панариция с наложением наводящих швов. Критериями для сравнения являются: продолжительность I фазы раневого процесса (период отхождения гнойного экссудата и некротического детрита), общая продолжительность лечения, число повторных вмешательств, число и характер осложнений в процессе лечения.

Обоснование применения нами метода первично-радикального иссечения панариция вытекает в результате клинико-морфо-функционального анализа ладонной поверхности ногтевой фаланги пальца.

Клиническая анатомия ладонной поверхности ногтевой фаланги пальца. Толщина кожи, покрывающей ладонные поверхности ногтевых фаланг пальцев, составляет около 1-1,5 мм, но может быть толще у лиц, занимающихся физическим трудом, за счет увеличения толщины ороговевающего эпителия, или тоньше у лиц, ведущих паразитический образ жизни. У детей кожа тоньше, чем у взрослых. Кожа образует три слоя: эпидермис, дерма и гиподерма. Эпидермис состоит из нескольких десятков слоев эпителиальных клеток, расположенных друг над другом. Эти клетки постоянно слущиваются и заменяются молодыми, мигрирующими из глубоких слоев эпидермиса. В этом слое нет сосудов и нервов. В самом глубоком слое эпидермиса располагаются меланоциты, способные вырабатывать пигмент меланин. Эти клетки интенсивно делятся и поэтому в их хромосомах часто возникают мутации, которые могут быть причиной опухолевого роста.

Дерма состоит из густо переплетенных соединительно-тканых волокон: коллагеновых, эластических и ретикулярных. Число клеток в этом слое незначительно. За счет этого слоя кожа обладает значительной прочностью и эластичностью, что позволяет использовать собственно кожу как пластический материал. Слой дермы непосредственно под эпидермисом образует многочисленные выпячивания (сосочковый слой). Соответственно расположению сосочков на коже пальцев видны неровности, линии, складывающиеся в неповторимый узор, который не меняется в течение всей жизни, что позволяет использовать его для идентификации личности. Глубже располагается сетчатый слой дермы, который образован плотной неоформленной соединительной тканью. В дерме проходят капилляры, которые по сосочкам достигают границы с эпидермисом. В этом слое проходят чувствительные нервы, и имеется чувствительный рецепторный аппарат — тельца Мейснера и тельца Фатер-Пачини, благодаря присутствию которых пальцы выполняют функцию органов осязания. Внедрение в кожу инородных тел и развитие воспалительного отека приводит к компрессии рецепторов, вызывая ощущение сильной боли.

Особенностью кожи ладонной части пальцев и кистей является отсутствие волосных луковиц и сальных желез. За счет этого увеличивается удельный вес плотных структур на уровне собственно кожи, что придает ладони и пальцам большую устойчивость к механическим воздействиям. Относительно большая толщина эпидер-

миса и плотность дермы препятствуют миграции гнойного процесса наружу.

Гиподерма на ладонной поверхности пальцев имеет толщину 3-5 мм. На ногтевых фалангах гиподерма пронизана соединительно-ткаными перегородками, которые ориентированы от дермы к надкостнице. Эти перегородки разделяют гиподерму на изолированные ячейки. Такая особенность строения не позволяет при хирургическом вмешательстве вскрыть все вовлеченные в процесс ячейки вертикальным разрезом, что не позволяет добиться радикальности вмешательства. На ногтевой фаланге сухожильные структуры прикрепляются в самом начале, в области дистального межфалангового сочленения. На остальном протяжении фаланги нет сухожильных структур, которые отделяли бы гиподерму от кости, как это имеет место на более проксимальных фалангах. Поэтому гнойный процесс, не имея возможности прорваться наружу, под действием давления отека движется вглубь к кости, достигает ее на 5-7 сутки после начала заболевания и вовлекает ее в гнойный процесс. Сосудистая система на ногтевой фаланге утрачивает магистральное строение и представлена сосудистыми сплетениями из мелких сосудов. Такая перестройка морфологической организации сосудистого русла приводит к снижению регенераторного потенциала. Это явление получило название дистализации регенерации. Наиболее низкий регенераторный потенциал на IV и V пальцах. У этих пальцев более низкая функциональная активность, а возможность микротравматизации минимальная.

Исходя из анализа данных клинической анамнеза, можно сформулировать требования к операции выбора при гнойном процессе в подкожной клетчатке ногтевой фаланги:

- хирургическое вмешательство не должно приводить к повреждению кожи на рабочей поверхности пальца, учитывая наличие в ней рецепторного аппарата и особенности функции пальцев;
- при выполнении хирургического приема необходимо одновременно вскрыть и санировать все вовлеченные в процесс жировые ячейки;
- учитывая явление дистализации регенерации, оперативное вмешательство должно изменять течение раневого процесса за счет сокращения или устранения фазы воспаления, необходимо стремиться к первичному заживлению раны.

Результаты и обсуждение полученных данных. В течение 2007-2009 гг. нами оперировано 57 больных с подкожным панарицием ногтевой фаланги пальцев кистей. Соотношение мужчин и женщин в группах было одинаковым — 1,1 : 1. Патологический процесс чаще всего локализовался на I-III пальцах, чаще на правой кисти. На I пальце патологический процесс локализовался в

46,6 % случаев, на II пальце — в 26,6 % случаев, на III пальце — в 26,8 % случаев.

При смещении гнойника к одному из краев фаланги используемые доступы, как правило, позволяли вскрыть гнойник по наиболее короткому пути, выполнить некрэктомию, добиться быстрого прекращения гноения, после чего наступало выздоровление. В комплекс лечения включалось применение антибиотика широкого спектра действия из группы цефалоспоринов или фторхинолонов, физиотерапия. перевязки производились с учетом фазы раневого процесса: в I фазу применялись осмотически активные растворы, протеолитические ферменты в виде раствора или присыпки, мази с антибиотиком на гидрофильной основе (левомеколь, левосин, диоксиколь). Во II фазе раневого процесса использовались мази на гидрофобной основе, стимуляторы регенерации (мазь Вишневского, солкосерил-желе, метилурациловая мазь и т.д.). При центральной локализации гнойника вентро-латеральные разрезы на ногтевых фалангах позволяют вскрыть гнойник, но из-за ограниченной видимости не удается сделать полноценную некрэктомию и вскрыть все пораженные ячейки гиподермы. Это приводит к длительному гноению, развитию осложнений и остаточных явлений. Нередко в процессе лечения приходится применять повторные некрэктомии (10 случаев).

В большинстве случаев у больных, леченных традиционным способом, через 5-7 суток после операции раны очищались и заживали в течение 10-20 дней. В 5 случаях в ближайшем послеоперационном периоде развились осложнения: лимфостаз на пальце (1 случай), абсцедирующий подмышечный лимфаденит (1 случай), микробная экзема пальца (1 случай), остеомиелит ногтевой фаланги (2 случая).

Мы провели сравнительный анализ лечения при применении традиционной методики лечения (контрольная группа — 20 больных) и при применении первично-радикального иссечения панариция (основная группа — 18 больных). Результаты по выбранным критериям отражены в таблице.

В среднем длительность гноения в контрольной группе составила $5,8 \pm 3,5$ суток (от 0 до 21 суток), общая продолжительность лечения составила $14,1 \pm 6,5$ суток (от 6 до 45 суток). Как уже указывалось выше, необходимость в повторных ревизиях раны и некрэктомии возникла в 10 случаях, а осложнения развились у 5 больных.

В основной группе продолжительность заболевания до обращения была от 5 до 7 суток ($5,3$ суток в среднем). При обращении этим больным было выполнено первично-радикальное иссечение гнойника. Использовалась проводниковая анестезия по Оберст-Лукашевичу 2 % раствором лидокаина (2-4 мл). Обязательно применяли обескровливание пальца путем наложения эластичного жгута на основную фалангу. Доступ к гной-

Таблица

Сравнительные результаты лечения подкожного панариция ногтевой фаланги центральной локализации при традиционном и первично-радикальном методе лечения

Группы больных	Критерии оценки			
	Продолжительность гноения раны (сутки)	Продолжительность лечения (сутки)	Число повторных операций	Число осложнений
Контрольная (n = 20)	5,8 ± 3,5	14,1 ± 6,5	10	5
Основная (n = 18)	0	10,05 ± 0,91	2	0

нику обеспечивался окаймляющим разрезом по боковым и свободному краям фаланги. Ладонный кожно-подкожный лоскут отсепаровывался и отгибался кпереди. Такой доступ позволяет вскрыть все вовлеченные в процесс жировые ячейки, и осмотреть подкожное пространство. Затем острыми ножницами производилось иссечение жировой клетчатки в пределах здоровой ткани под контролем зрения. В ряде случаев использовалась нейрохирургическая лупа для лучшего освещения раны и увеличения в операционном поле.

Иногда возникала необходимость в выполнении кюретажа костной фаланги. Затем рана обильно орошалась антисептиком (фурациллин 1 : 5000, водным 0,5 % раствором хлоргексидина, раствором диоксида и т.д.), припудривалась сухим антибиотиком (пенициллином, стрептомицином, ампициллином, цефазолином). Припудривание раны антибиотиком позволяет создать в ней большую (бактерицидную) концентрацию антибиотика, которая губительно действует даже на те микроорганизмы, которые к данному антибиотику были нечувствительны при определении чувствительности методами, принятыми в бактериологических лабораториях. После припудривания раны антибиотиком на свободный край накладывались два шва. Назначение этих швов — добиться первичного заживления раны на свободном крае пальца, чтобы избежать такого остаточного явления, как «щучья пасть». На боковых поверхностях фаланг оставались щелевидные раны, через которые производилось дренирование подкожного пространства перчаточным выпускником.

На следующий день больные приглашались на перевязку. Болевой синдром после операции был умеренным и купировался однократным приемом ненаркотического анальгетика (парацетамол 0,25 г). В 2-х случаях отмечалось гноение раны, что потребовало снятия швов и повторной некрэтомии. Повторная ревизия раны не исключается, особенно если происходит отступление от методики (например, рана не припудривается антибиотиком). На первой перевязке удаляется выпускник, подкожное пространство орошается через катетер антисептиком или раствором антибиотика. Если имеется положительная гемодинамика, выражающаяся в регрессе гиперемии и отека, то дрени-

рование не производится. Если отек сохраняется, то дренаж устанавливается вновь еще на 1-2 дня. В программу комплексного лечения больным назначалась регионарная инфузионная антибиотикотерапия: цефазолин 1,0 в 10 или 20 мл 0,5 % раствора новокаина внутривенно под жгутом с экспозицией 20-30 минут. На 7-10 сутки швы снимались. К этому времени воспалительные явления у всех больных регрессировали, боковые раны были поверхностными с признаками краевой эпителизации. Средние сроки лечения при применении данной методики составили 10,05 ± 0,91 суток.

Таким образом, сравнение двух методов хирургического лечения подкожного панариция позволяет выявить преимущество первично-радикального метода по критериям продолжительности гноения раны, частоте повторных вмешательств и количеству осложнений; имеется тенденция к сокращению общей продолжительности лечения.

Выводы:

1. Операция вскрытия и дренирования гнойника при центральной локализации подкожного панариция ногтевой фаланги влечет за собой длительное гноение раны, большую частоту повторных вмешательств и нередко сопровождается осложнениями и остаточными явлениями, в связи с чем ее нельзя принять как операцию выбора.
2. Первично-радикальное иссечение гнойника при центральной локализации подкожного панариция ногтевой фаланги удовлетворяет всем требованиям, предъявляемым для операции выбора.
3. В системе последипломного обучения хирургов необходимо преподавание клинической анатомии для прививания навыков клинко-морфофункционального анализа, что позволит хирургу в процессе практической работы обоснованно делать выбор хирургической методики.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Усольцева, Е.В. Хирургия заболеваний и повреждений кисти /Усольцева Е.В., Машкара К.И. – Л., 1978. - 335 с.
2. Раны и раневая инфекция /Кузин М.И., Костюченко Б.М., Карлов В.А. и др. – М.: Медицина, 1981. – 688 с.
3. Попов, В.А. Панариций /Попов В.А., Воробьев В.В. – Л.: Медицина, 1986. – 192 с.

ТРУШИНА Л.А., КЛОЧКОВА-АБЕЛЪЯНЦ С.А.,
СУРЖИКОВА Г.С., ДОРОФЕЕВСКАЯ Л.С.

МЛПУ «Городская клиническая больница № 2
Святого великомученика Георгия Победоносца»,
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк

ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ОРГАНИЗМА ПРИ ГИПОХРОМНЫХ АНЕМИЯХ

Работа посвящена изучению показателей неспецифической резистентности организма при гипохромных анемиях. Показано, что при гипохромных анемиях (железодефицитная анемия и анемия хронических заболеваний) имеют место нарушения функционального состояния нейтрофилов. Наряду с этим получены данные, свидетельствующие о депрессии кислород-зависимых механизмов бактерицидности при гипохромных анемиях, что формирует недостаточную потенциальную способность ответить респираторным взрывом на адекватное раздражение.

TRUSHINA L.A., KLOCHKOVA-ABELYANS S.A.,
SURZHIKOVA G.S., DOROPHEEVSKAYA L.S.
*Novokuznetsk State Institute of Physicians' Advanced Training,
Municipal clinical Health Care Facility «City Hospital № 2»,
Novokuznetsk*

FEATURES OF INDICATORS OF NONSPECIFIC RESISTANCE OF AN ORGANISM AT HYPOCHROMIC ANEMIAS.

This research work is devoted to studying of features of indicators of nonspecific resistance of an organism at hypochromic anemias. It is shown in this work that in cases of hypochromic anemia (iron-deficiency anemia and anemia of chronic diseases). The infringements of a functional neutrophil condition take place. As well as these data, there are facts, proving the depression of oxygen-dependent mechanisms of bacterial action at hypochromic anemia. It (the depression) forms the insufficient potential ability to reply with respiratory explosion on adequate irritation.

Гипохромные анемии относятся к числу наиболее распространенных заболеваний в мире, среди них железодефицитная анемия (ЖДА) составляет до 80-95 % всех форм малокровия [1]. При железодефицитной анемии нарушается деятельность практически всех органов и систем, в том числе и иммунной системы, что приводит к срыву адаптации и росту заболеваемости [2]. Анемия, сопровождающая хронические воспалительные процессы, относится к так называемой анемии хронических заболеваний (АХЗ) и занимает второе место по распространенности после ЖДА. За последние несколько лет понимание механизмов развития анемического синдрома при хронических инфекционных и системных аутоиммунных заболеваниях стало несравненно глубже, что дало толчок к разработке технологий нового поколения для современной диагностики и патогенетического обоснования лечения [3]. Вместе с тем, остается целый ряд вопросов, касающихся механизмов участия отдельных звеньев иммунитета в патогенезе АХЗ. Выше изложенное обу-

славливает не только актуальность исследования, но и большой практический интерес к дальнейшему изучению иммунологических механизмов индукции и развития АХЗ.

Целью настоящей работы явилось изучение показателей неспецифической резистентности организма при ЖДА и при анемиях хронических заболеваний на фоне инфекционно-воспалительных процессов и ревматоидного артрита.

Исследование проведено у 209 женщин в возрасте от 16 до 56 лет. 49 из них были практически здоровыми и составили контрольную группу. 92 женщины страдали ЖДА, у 36 женщин диагностирована анемия, развившаяся на фоне аутоиммунных заболеваний соединительной ткани (ревматоидный артрит), у 32 — анемия хронических заболеваний при бактериальных инфекциях (хронический обструктивный бронхит, хронический тонзиллит, бактериальный эндокардит). Характер анемии устанавливали по результатам гематологических исследований и оценке метаболизма железа.

Исследование показателей периферического звена эритрона проводили на гематологическом анализаторе «ADVIA» с оценкой морфофункциональных показателей эритроцитов. Количественное определение железа в сыворотке крови и общей железосвязывающей способности сыворотки (ОЖСС) проводили феррозиновым методом с последующим вычислением латентной железосвязывающей способности сыворотки (ЛЖСС) и коэффициента насыщения трансферрина железом (КНТ). Оценку запасов железа проводили по уровню сывороточного ферритина (СФ), который исследовали иммуноферментным методом, с использованием тест-систем.

Фагоцитарную активность лейкоцитов крови определяли по методу В.М. Бермана и Е.М. Славской (1958). В качестве объекта фагоцитоза использовали штамм *Staphylococcus aureus*-209. Для оценки фагоцитоза вычисляли фагоцитарный индекс Гамбургера (ФИ), фагоцитарное число Райта (ФЧ), индекс завершенности фагоцитоза (ИЗФ). Метаболиты активированного кислорода оценивали по спонтанному и стимулированному НСТ-тесту с нитросиним тетразолием. Содержание С3-, С4-компонентов комплемента определяли иммунотурбидиметрическим методом.

Результаты исследований обрабатывали методом вариационной статистики, для оценки достоверности результатов исследований использовали t-критерий Стьюдента. Все математические операции проведены на персональном компьютере Intel Pentium 4 с использованием программных пакетов «MS-EXCEL», «MS-WORD».

По результатам исследования периферического звена эритрона и феррокинетики среди лиц с гипохромным анемическим синдромом были выделены 2 группы: с железодефицитной анемией и анемией хронических заболеваний.

У всех обследованных больных ЖДА отмечалось достоверное снижение гематокритного показателя и объема эритроцитов, среднего содержа-

ния гемоглобина (МСН) и средней концентрации гемоглобина (МСНС) в эритроцитах, снижение уровня СЖ и КНТ, при значимо повышенных ОЖСС и ЛЖСС по сравнению с таковыми у здоровых лиц ($p < 0,05$). Уровень СФ у больных ЖДА составил в среднем $4,91 \pm 0,66$ нг/мл и был значимо ниже, по сравнению с таковым в контрольной группе ($p < 0,05$), что в совокупности с клиническими данными, результатами гематологических исследований и исследованием феррокинетики свидетельствовало о микроцитарном, гипохромном, железодефицитном характере анемии.

У лиц с АХЗ на фоне бактериальных инфекций и при аутоиммунных заболеваниях соединительной ткани уровни СЖ, ОЖСС и КНТ были значимо ниже, по сравнению с контрольной группой. Уровень СФ в группе лиц с АХЗ при бактериальных инфекциях и аутоиммунных заболеваниях составил $178,59 \pm 75,52$ нг/мл и $238,38 \pm 64,16$ нг/мл, соответственно, против $33,55 \pm 2,59$ нг/мл у здоровых лиц ($p < 0,001$), то есть количество депонированного железа в организме, определяемое по уровню сывороточного ферритина, не было сниженным, несмотря на выраженный гипохромный характер выявленных анемий.

При оценке системы профессиональных фагоцитов, представленных полиморфноядерными лейкоцитами у больных ЖДА ФИ в среднем составил $85,3 \pm 1,0$ % и оказался достоверно ниже, по сравнению с группой здоровых лиц ($p < 0,05$), ФЧ и ИЗФ составили в среднем $8,28 \pm 0,19$ и $0,79 \pm 0,15$, соответственно, что достоверно ниже аналогичных показателей контрольной группы и указывает на недостаточность переваривающей способности нейтрофилов крови по отношению к микробной тест-культуре (табл.). Показатели кислородзависимых механизмов бактерицидности в спонтанном и стимулированном НСТ-тесте были резко снижены при ЖДА, по сравнению

Таблица
Показатели фагоцитарной активности лейкоцитов, НСТ-теста и С3-, С4-компонентов комплемента при гипохромных анемиях

Показатель	Контрольная группа	ЖДА	АХЗ	
			при аутоиммунных заболеваниях	при бактериальных инфекциях
ФИ, %	$89,39 \pm 1,37$	$85,3 \pm 0,98^{***}$	$69,16 \pm 2,0^{*}$	$65,5 \pm 2,53^{*}$
ФЧ	$10,92 \pm 0,35$	$8,28 \pm 0,19^{*}$	$9,34 \pm 0,48$	$6,31 \pm 0,56^{*}$
ИЗФ	$1,16 \pm 0,02$	$0,79 \pm 0,15^{*}$	$0,84 \pm 0,02^{*}$	$0,72 \pm 0,06^{*}$
НСТ сп., %	$20,12 \pm 1,13$	$8,38 \pm 0,45^{*}$	$34,89 \pm 3,61^{***}$	$18,98 \pm 2,05^{*}$
НСТ ст., %	$56,27 \pm 1,42$	$30,64 \pm 1,54^{*}$	$46,26 \pm 3,56^{***}$	$26,56 \pm 1,93^{*}$
С3, г/л	$1,56 \pm 0,03$	$1,2 \pm 0,04^{*}$	$1,28 \pm 0,06^{*}$	$1,29 \pm 0,14^{*}$
С4, г/л	$0,3 \pm 0,01$	$0,21 \pm 0,01^{*}$	$0,24 \pm 0,01^{*}$	$0,22 \pm 0,02$

Примечание: * достоверность различий с показателями контрольной группы: * $p < 0,001$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,05$;

• – достоверность различий с показателями в группе с ЖДА при $p < 0,001$.

с таковыми у здоровых лиц, и в среднем составили $8,4 \pm 0,5 \%$ и $30,6 \pm 1,5 \%$, соответственно ($p < 0,001$), что свидетельствует о снижении функционального резерва кислородзависимого механизма бактерицидности нейтрофилов. Содержание СЗ-, С4-компонентов комплемента в сыворотке больных ЖДА составило в среднем $1,2 \pm 0,04$ и $0,21 \pm 0,01$, соответственно, и было значимо ниже, по сравнению с контрольной группой ($p < 0,001$).

Изучение функциональных свойств нейтрофилов у пациентов с анемиями хронических заболеваний на фоне ревматоидного артрита показало, что ФИ в среднем составил $69,2 \pm 2,0 \%$ и был значимо ниже аналогичного показателя в контрольной группе и в группе лиц с ЖДА ($p < 0,001$). Фагоцитарное число в среднем составило $9,34 \pm 0,48$, и было достоверно ниже по сравнению с таковым у здоровых лиц. При АХЗ на фоне инфекционно-воспалительных заболеваний ФЧ составило в среднем $6,31 \pm 0,56$ и было значимо ниже по сравнению с таковым у пациентов с АХЗ на фоне аутоиммунных заболеваний соединительной ткани ($p < 0,05$). ИЗФ у больных АХЗ на фоне бактериальных инфекций и при аутоиммунных заболеваниях в среднем был $0,72 \pm 0,06$ и $0,84 \pm 0,02$, соответственно, что оказалось достоверно ниже по сравнению с контрольной группой ($p < 0,01$).

При АХЗ на фоне бактериальных инфекций показатели кислородзависимых механизмов бактерицидности в спонтанном НСТ-тесте не отличались от таковых в контрольной группе ($p > 0,05$) а в стимулированном НСТ-тесте — значимо ниже по сравнению с контрольной группой ($p < 0,001$). При аутоиммунных заболеваниях эти показа-

тели в спонтанном НСТ-тесте были в среднем $34,89 \pm 3,61$, что оказалось достоверно выше по сравнению с контрольной группой ($p < 0,01$), а в стимулированном НСТ-тесте — $46,26 \pm 3,56$, что достоверно ниже по сравнению с контрольной группой ($p < 0,01$), что свидетельствует об истощении кислородзависимой бактерицидности нейтрофилов. Содержание СЗ-, С4-компонентов комплемента в сыворотке больных АХЗ на фоне бактериальных инфекций и при аутоиммунных заболеваниях было значимо ниже по сравнению с контрольной группой ($p < 0,001$), и не отличалось от таковых в группе лиц с ЖДА.

Итак, при гипохромных анемиях (ЖДА и АХЗ на фоне бактериальных инфекций и аутоиммунных заболеваний) имеют место нарушение клеточных и гуморальных факторов неспецифической резистентности. Депрессия кислородзависимых механизмов бактерицидности при гипохромных анемиях формирует недостаточную потенциальную способность ответить респираторным взрывом на адекватное раздражение.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Серов, В.Н. Анемия — акушерские и перинатальные аспекты /Серов В.Н., Орджоникидзе Н.В. //Русский медицинский журнал. — 2004. — Т. 12, №1. — С. 12-15.
2. Сафуанова, Г.Ш. Результаты исследования рецепторов активации иммунитета (HLA-DR, CD25, CD71), апоптоза (CD95) и стволовых клеток (CD34) у больных железодефицитной анемией /Сафуанова Г.Ш., Чепурная А.Н., Бакиров А.Б. //Клиническая лабораторная диагностика. — 2002. — № 10. — С. 15.
3. Кулибаба, Т.Г. Гематологические синдромы при ревматических заболеваниях /Кулибаба Т.Г. //Медицина XXI век. — 2006. — № 4. — С. 14-17.

ФИЛИМОНОВ С.Н., ГОРБАТОВСКИЙ Я.А., ПАНЕВ Н.И.,
СТАНКЕВИЧ Н.Г., ЕПИФАНЦЕВА Н.Н., ГОРЯЕВА М.О.
*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
УРАМН НИИ КППЗ СО РАМН,
МЛПУ «Городская клиническая больница № 1»,
МЛПУ «Городская клиническая больница № 2
Святого великомученика Георгия Победоносца»,
г. Новокузнецк*

КОРОНАРНАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА И СИСТЕМА ГЕМОСТАЗА У РАБОЧИХ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Показатели гемостаза изучены у 144 рабочих с профессиональными заболеваниями, сопоставимых по возрасту. Установлено, что у рабочих возникают гиперкоагуляция и гиперфибриногенемия. Данные нарушения в системе гемостаза способствуют развитию атеросклероза коронарных артерий у рабочих с профессиональными заболеваниями.

FILIMONOV S.N., GORBATOVSKY YA.A., PANYOV N.I.,
STANKEVICH N.G., EPIFANTSEVA N.N., GORJAEVA M.O.
*Novokuznetsk State Institute of Physicians' Advanced Training,
Research Institute for Complex Problems of Hygiene and Occupational Diseases,
Municipal clinical Health Care Facility «City Hospital № 1»,
Municipal clinical Health Care Facility «City Hospital № 2»,
Novokuznetsk*

CORONARY HEART DISEASE AND HEMOSTASIS SYSTEM IN THE GROUP OF WORKERS WITH OCCUPATIONAL DISEASE

Hemostasis index have been studied within a group of 144 workers with occupational disease according to their age. It has been proved that among the workers hypercoagulation and hyperfibrinogenemia do develop. These disorders in hemostasis system lead to the genesis of coronary atherosclerosis among the workers with occupational disease.

В последние годы в Российской Федерации наблюдается рост профессиональной и производственно-обусловленной заболеваемости лиц трудоспособного возраста, что представляет собой реальную угрозу безопасности страны [3, 4].

Ведущее место в структуре соматической патологии, возникающей у рабочих угольных и металлургических предприятий, занимают сердечно-сосудистые заболевания, в частности ишемическая болезнь сердца (ИБС), причем ИБС является основной причиной смерти, как в России, так и в мире [2].

Цель — изучить частоту коронарной болезни сердца и состояние системы гемостаза у шахтеров и металлургов алюминиевого производства с профессиональной патологией.

Материал и методы. Обследованы 352 шахтера (проходчики и горнорабочие очистного забоя) с пылевой патологией легких (ШСПЛ), из них 150 человек с профессиональным бронхитом и 202 человека — с антракосиликозом, 255 горнорабочих с вибрационной болезнью (ВБ) и 243 горняков без профессиональных заболеваний

в качестве первой контрольной группы. Обследованы 235 рабочих (электролизники и анодчики) алюминиевого производства с профессиональным флюорозом (РАП) и 252 металлурга сталеплавильного предприятия НКМК (вторая контрольная группа), всего 1337 человек.

С использованием методик и реактивов [1] у 144 рабочих изучены: спонтанная агрегация тромбоцитов (САТ, %), время начала агрегации от момента внесения ристомидина (Рист t, с) и АДФ (АДФ t, с), угол наклона первой волны агрегации с ристомидином (Рист $\angle\alpha$, град) и АДФ (АДФ $\angle\alpha$, град), максимальная амплитуда агрегации с ристомидином (Рист МА, %) и АДФ (АДФ МА, %), активность фактора Виллебранда (ФВ, %), антитромбина III (АТ III, %), протеина С (Пр С), уровень фибриногена (г/л), растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК, мг%), протромбинового индекса (ПТИ, %). Оценивалось время эуглобулинового фибринолиза (ЭГФ, мин), XII-калликреинзависимого фибринолиза (ХП-КЗФ, мин), индекс резерва плазминогена (ИРП, %), активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ, с), тромбиновое время

(ТВ, с), каолиновое время свертывания крови с богатой и бедной тромбоцитами плазмой (КВТ и КВБТ, с).

Математический анализ выполнен на ПЭВМ с использованием пакета программ «BIOSTAT» и «STATISTICA».

Результаты. Проведенное исследование частоты ИБС у шахтеров-угольщиков и рабочих алюминиевого производства Кузбасса с профессиональными заболеваниями показало, что наибольшая частота коронарной болезни сердца отмечалась среди шахтеров с пылевой патологией легких — 21,3 % против 11,9 % случаев ИБС в контрольной группе ($\chi^2 = 8,75$, $p < 0,01$, ОР = 2,00), причем за счет достоверно большего числа больных с перенесенным инфарктом миокарда (ИМ) — 6,5 % против 2,1 % в группе контроля ($\chi^2 = 6,42$, $p < 0,05$, ОР = 3,32).

Выявлена также достоверно большая частота стенокардии среди шахтеров с ВБ — 16,1 % против 7,4 % в контрольной группе ($\chi^2 = 8,96$, $p < 0,01$, ОР = 2,40), частота ИБС в целом у горнорабочих с ВБ также оказалась выше — 26,3 % против 11,9 % в группе контроля ($\chi^2 = 16,44$, $p < 0,01$, ОР = 2,63).

Большее число больных стенокардией отмечалось среди рабочих алюминиевого производства с профессиональным флюорозом при сравнении с группой контроля (15,3 % и 7,5 %, соответственно, $\chi^2 = 7,35$, $p < 0,01$, ОР = 2,22), перенесенный ИМ также чаще встречался среди РАП (8,1 % и 3,2 %, $\chi^2 = 5,60$, $p < 0,05$, ОР = 2,69), а в итоге выявлена достоверно большая частота ИБС у РАП — 24,3 % против 13,1 % среди металлургов контрольной группы ($\chi^2 = 10,05$, $p < 0,01$, ОР = 2,12).

Таким образом, риск развития ИБС у шахтеров с пылевой патологией легких, с ВБ и у РАП в два и более раза выше, чем у рабочих без профессиональных заболеваний.

Среди ШСПЛ выявлена активация свертывающей системы, преимущественно по внешнему пути: по увеличению ПТИ до $101,5 \pm 1,4$ % против $97,1 \pm 1,0$ % в контрольной группе ($p = 0,047$), у них обнаружено повышение фибриногена до $4,07 \pm 0,21$ г/л против $3,02 \pm 0,13$ г/л в группе контроля ($p = 0,002$). Гиперкоагуляция у ШСПЛ сопровождалась также развитием хронического компенсированного внутрисосудистого свертывания (по увеличению количества РФМК, которое является, согласно данным литературы, одним из признаков тромбинемии) до $2,82 \pm 0,60$ мг% против $0,27 \pm 0,06$ мг% в контрольной группе ($p = 0,006$).

У горнорабочих с ВБ также установлена активация системы коагуляционного гемостаза преимущественно по внешнему пути (выявлены более высокие значения ПТИ — $102,7 \pm 1,5$ % против $97,1 \pm 1,0$ %, $p = 0,005$) и гиперфибриногенемия

— $4,53 \pm 0,23$ г/л против $3,02 \pm 0,13$ г/л в контрольной группе ($p < 0,001$). Количество РФМК у шахтеров с ВБ тоже было достоверно выше — $2,71 \pm 0,75$ мг% против $0,27 \pm 0,06$ мг% в группе контроля ($p = 0,006$).

Аналогичные изменения коагуляционного гемостаза обнаружены у РАП: повышение ПТИ до $102,4 \pm 1,5$ % против $97,1 \pm 1,0$ % в контрольной группе ($p = 0,017$), уровень фибриногена у них был также выше, чем в группе контроля ($3,82 \pm 0,14$ г/л и $3,02 \pm 0,13$ г/л, соответственно, $p < 0,001$). На хроническое внутрисосудистое свертывание крови у металлургов алюминиевого производства указывает большее количество РФМК — $3,96 \pm 0,68$ мг% против $0,27 \pm 0,06$ мг% в контрольной группе ($p < 0,001$).

При анализе показателей противосвертывающей системы у рабочих не было обнаружено различий при сравнении ШСПЛ с контролем.

Однако у горнорабочих с ВБ выявлено значимое снижение активности АТ III до $79,7 \pm 5,6$ % и протеина С до $0,8 \pm 0,03$ (в группе контроля $112,8 \pm 5,2$ % и $1,0 \pm 0,03$ %, соответственно, $p < 0,001$), что можно объяснить повышенным потреблением этих факторов на нейтрализацию активного тромбина.

Также у РАП выявлено достоверное снижение активности АТ III — $88,9 \pm 4,1$ % против $112,8 \pm 5,2$ % ($p < 0,001$) и активности системы протеина С — $0,82 \pm 0,02$ против $0,96 \pm 0,03$ в контрольной группе ($p < 0,001$). По-видимому, АТ III и протеин С расходуются на нейтрализацию активированных факторов свертывания, образующихся в результате воздействия профессиональных вредных факторов.

При оценке системы фибринолиза установлено, что у ШСПЛ возникает недостаточность его внутреннего механизма (по времени XII-КЗФ) — $21,65 \pm 2,68$ мин против $8,44 \pm 0,52$ мин у лиц контрольной группы ($p < 0,001$).

У горнорабочих с ВБ укорочен ЭГФ до $145,77 \pm 9,05$ мин против $195,55 \pm 14,70$ мин в контрольной группе ($p = 0,004$), одновременно у них наблюдалось уменьшение ИРП до $90,0 \pm 2,89$ % против $100,2 \pm 1,2$ % ($p = 0,005$), что отражает активацию системы плазминогена.

У РАП обнаружено только удлинение XII-КЗФ до $21,25 \pm 1,76$ мин против $8,44 \pm 0,52$ мин в группе контроля ($p < 0,001$).

Следовательно, гиперкоагуляция по внешнему пути, гиперфибриногенемия и хроническое внутрисосудистое свертывание крови могут быть названы в качестве общих факторов риска ИБС для шахтеров и металлургов алюминиевого производства с профессиональной патологией.

У шахтеров с ВБ и у РАП обнаружено снижение активности АТ III и системы протеина С за счет повышенного потребления на нейтрализацию активированных факторов свертывания, при этом



можно отметить достаточную сохранность антикоагуляционного потенциала у ШСПЛ. У всех рабочих, кроме шахтеров с ВБ, выявлено снижение активности внутреннего механизма фибринолиза, что является независимым фактором риска развития инфаркта миокарда.

В свою очередь, активация ЭГФ на фоне повышения активности тромбоцитарно-сосудистого гемостаза, свертывающей системы и дефицита физиологических антикоагулянтов может быть единственным компенсаторным механизмом, предотвращающим тромбообразование и возникновение ИМ у горнорабочих, подвергающихся длительному воздействию производственной вибрации. Коррекция обнаруженных нарушений гемостаза снизит вероятность развития ИБС у шахтеров и металлургов алюминиевого производства.

Предполагаем, что длительное воздействие профессиональных вредностей приводит к развитию повреждения (локальная вибрация) или дисфункции (вдыхание угольно-породной пыли, содержащей различные высокотоксичные элементы, у шахтеров; фториды, полициклические ароматические углеводороды, смолистые вещества, бензпирен и др. у металлургов алюминиевого производства) эндотелия сосудов, что расценивается как ключевое звено начального этапа атерогенеза. Одновременно возникающие нарушения гемостаза (гиперкоагуляция по внешнему пути, гиперфибриногенемия и хроническое компенсированное внутрисосудистое свертывание) способствуют возникновению коронарной болезни сердца у шахтеров и металлургов алюминиевого завода.

Кроме того, угнетение внутреннего механизма фибринолиза (удлинение времени XII-калликреин-зависимого фибринолиза) у ШСПЛ и РАП приводит к увеличению, а активация внешнего механизма фибринолиза (укорочение времени эуглобулинового фибринолиза) у шахтеров с ВБ — к снижению риска развития коронарного тромбоза и инфаркта миокарда.

Эти процессы постепенно приводят к формированию у них различных форм ИБС. Разработанные на основе полученных данных прогностиче-

ские системы оценки вероятности возникновения ИБС у шахтеров и металлургов алюминиевого производства помогут усовершенствовать комплекс мероприятий по первичной профилактике коронарной болезни сердца, снизить показатели нетрудоспособности, заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в группах риска, что обеспечит значительный социально-экономический эффект.

Выводы:

1. Риск развития ИБС у шахтеров-угольщиков и металлургов алюминиевого производства с профессиональной патологией достоверно выше, чем у рабочих близкого возраста из групп сравнения. В структуре ИБС у шахтеров с патологией легких чаще, чем в контрольной группе, встречается инфаркт миокарда, а у шахтеров с ВБ — стенокардия напряжения, а у металлургов алюминиевого завода — стенокардия напряжения и инфаркт миокарда.
2. У шахтеров-угольщиков и металлургов алюминиевого завода обнаружены общие нарушения гемостаза: гиперкоагуляция по внешнему пути (по величине протромбинового индекса), хроническое компенсированное внутрисосудистое свертывание крови (по более высокому количеству растворимых фибрин-мономерных комплексов) и повышение уровня фибриногена, которые могут способствовать возникновению у них коронарного атеросклероза.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Баркаган, З.С. Основы диагностики нарушений гемостаза /З.С. Баркаган, А.П. Момот. — М.: Ньюдиамед, 1999. — 224 с.
2. Кобец, Г.П. Ишемическая болезнь сердца у горнорабочих /Г.П. Кобец, В.В. Черкесов, Р.А. Копытина. — Киев, 1995.
3. Кузьмина, Л.П. Клинико-биохимические изменения при воздействии производственных стресс-факторов у шахтеров-угольщиков /Л.П. Кузьмина, А.А. Тарасов, А.З. Хайбуллин. //Медицина труда и промышленная экология. — 2001. — № 8. — С. 42-45.
4. Микроангио- и висцеропатии при вибрационной болезни /Т.М. Сухаревская, А.В. Ефремов, Г.И. Непомнящих и др. — Новосибирск, 2000. — 238 с.



ФИЛИМОНОВ С.Н., ГОРБАТОВСКИЙ Я.А., ФЛЕЙШМАН А.Н.,
СЫТИН М.Л., ВОЛОДИНА Н.Н.
*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
УРАМН НИИ КППЗ СО РАМН,
МЛПУ «Городская клиническая больница № 2
Святого великомученика Георгия Победоносца»,
г. Новокузнецк*

ВЫБОР ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ОСНОВЕ СПЕКТРАЛЬНОГО АНАЛИЗА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА

Предлагается новый способ подбора медикаментозной терапии больным с артериальной гипертензией с помощью спектрального анализа вариабельности ритма сердца. Для этого больному, не принимающему лекарств, определяются показатели вариабельности кардиоритма и при уровне мощности очень низкочастотных колебаний (VLF) менее 30 баллов ($\text{мсек}^2/\text{Гц}$ 100) рекомендуют бета-блокаторы, а при значении VLF выше 150 баллов – антагонисты кальция, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента. Нормализация показателей VLF, а также низкочастотных (LF) и высокочастотных (HF) колебаний в динамике является критерием эффективности подбора антигипертензивного препарата.

FILIMONOV S.N., GORBATOVSKY YA.A., FLEISHMAN A.N.,
SJITIN M.L., VOLODINA N.N.
*Novokuznetsk State Institute of Physicians' Advanced Training,
Research Institute for Complex Problems of Hygiene and Occupational Diseases,
Municipal clinical Health Care Facility «City Hospital № 2»,
Novokuznetsk*

A WAY OF MEDICINE CHOICE FOR THE PATIENT WITH ARTERIAL HYPERTENSION BY SPECTRAL ANALYSIS OF HEART RATE VARIABILITY

A new way of medicine choice by spectral analysis of heart rate variability is suggested for the patient with arterial hypertension. So heart rate variability is determined in the patients without any medicament treatment of hypertension. For level of very low frequency (VLF) oscillations less than 30 points (msec^2/Hz 100) beta-blockers are recommended, and for level of VLF more than 150 points – calcium antagonists, angiotensin converting enzyme inhibitors and their combinations are recommended. The criterium for efficacy of hypertensive therapy is normalization of VLF, low frequency (LF) and high frequency (HF) oscillations.

В настоящее время артериальная гипертензия (АГ) является одним из самых распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы. Несмотря на простоту определения артериального давления (АД) и широкий ассортимент современных антигипертензивных препаратов, эффективность лечения больных АГ остается недостаточной. В связи с этим, актуальной остается задача быстрого подбора антигипертензивной терапии. В последнее время в клиническую практику широко внедряется новый метод диагностики – спектральный анализ вариабельности ритма сердца (ВРС) [2-4].

Эта методика позволяет, на основе математического анализа временных и частотных характеристик изменчивости кардиоритма, судить об активности симпатического и парасимпатического

отделов вегетативной нервной системы, чувствительности барорецепторов сосудов, проводить своевременную коррекцию лечения, прогнозировать течение и отдаленные последствия различных заболеваний.

Спектральный анализ ВРС уже получил широкое распространение в раскрытии патогенеза АГ и в оценке терапевтического действия бета-блокаторов (ББ) и ряда других препаратов [1].

Цель – изучить особенности спектральных показателей кардиоритма у больных АГ, а также возможность использования метода оценки ВРС для подбора медикаментозной терапии больным АГ и последующего контроля ее эффективности.

Материал и методы. Обследованы 35 больных гипертонической болезнью II стадии без нарушения сердечного ритма и тяжелых сопутствующих

заболеваний (ИБС, сахарный диабет, бронхиальная астма и т.д.). Среди обследованных было 17 мужчин (48,6 %) и 18 женщин (51,4 %) в возрасте от 40 до 60 лет.

Лиц с тяжелой АГ, вынужденных постоянно принимать антигипертензивные препараты, в исследование не включали, поэтому вся медикаментозная терапия отменялась за сутки до исследования без каких-либо осложнений.

Исследование проводили по методике А.Н. Флейшмана (1999) в несколько этапов. После записи спектральных показателей без лечения всем больным назначали плацебо (вечером и на следующее утро), после чего контролировали показатели ВРС, в этот же день пациент принимал на ночь 5 мг эналаприла.

На следующий день утром больному АГ назначали 10 мг эналаприла и повторно записывали спектрограмму. После этого препарат отменяли и через сутки тестировали нифедипин по 10 мг вечером и утром, а на следующий день — верапамил 40 мг на ночь и утром. Последним исследовали атенолол 50 мг дважды в день.

Эффективность назначаемых препаратов оценивали по степени снижения АД в процентах от исходного, нормализации частоты сердечных сокращений (ЧСС), изменению общего состояния (уменьшение или усиление головных болей, слабости, сердцебиения, кардиалгии, головокружения и т.д.), отсутствию или появлению побочных эффектов от лекарств. Дополнительно оценивали динамику спектральных показателей и сопоставляли ее с изменением клинических симптомов. Результаты обработаны методами вариационной статистики.

Результаты. Самыми частыми нарушениями спектральных показателей ВРС у больных АГ были изменения мощности высокочастотных колебаний (HF), выявленные у 30 из 35 обследованных (85,7 %). При этом доминировало снижение амплитуды HF менее 15 баллов — у 29 пациентов (82,9 %), а высокие цифры (более 35 баллов) зафиксированы у одного больного (2,9 %). Нормальные значения HF были лишь у 5 человек (14,3 %). Несколько реже встречаются изменения амплитуды низкочастотных колебаний (LF) — обнаружены у 25 человек (71,4 %), причем низкие цифры (меньше 5 баллов) — у 12 больных (34,3 %), высокие (больше 15 баллов) — у 13 больных АГ (37,1 %). Нормальные показатели LF были у 10 обследованных (28,6 %).

В свою очередь, уровень VLF был изменен у 21 больного АГ (60 %), причем снижение мощности менее 30 баллов — у 13 человек (37,1 %), повышение более 150 баллов — у 8 человек (22,9 %). Значения VLF в пределах нормы были у 14 пациентов (40 %).

Нами установлено, что для быстрого подбора антигипертензивной терапии больным АГ наибо-

лее важными являются значения VLF. Обнаружено, что больные с нормальными (30-150 баллов), низкими (меньше 30 баллов) и высокими (больше 150 баллов) показателями VLF по-разному реагируют на лечение основными препаратами I степени лечения АГ (ББ, антагонисты кальция (АК), ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ)), при этом по направлению изменения мощности пиков спектра можно прогнозировать эффективность проводимой терапии.

Назначение плацебо практически не изменило уровень АД и спектральные параметры у больных АГ, лишь у одного пациента АД существенно повысилось до 200/110 мм рт. ст., что сопровождалось ухудшением самочувствия. Наоборот, у одного больного после приема плацебо АД снизилось до рабочих цифр, что можно объяснить, видимо, психотерапевтическим воздействием.

При назначении эналаприла 13 больным с исходно низким уровнем колебательной активности (VLF менее 30 баллов) систолическое АД (САД) снизилось в среднем на 15 мм рт. ст., что составило 8,5 % от исходного, диастолическое АД (ДАД) — на 6 мм рт. ст. (5,5 %). У одного больного САД неожиданно повысилось на 30 мм рт. ст., что сопровождалось ухудшением самочувствия, кроме того, у больных с тахикардией нормализации ЧСС не произошло. У 11 больных общее состояние не изменилось (84,6 %), у 2 (15,4 %) — ухудшилось (табл.).

Спектральные показатели оставались в диапазоне низких значений, а у 3 пациентов (23,1 %) еще более снизились, что расценили как отрицательную динамику.

При амплитуде VLF более 150 баллов (8 человек) эналаприл снизил САД в среднем на 9 мм рт. ст. (5,2 % от исходного), ДАД — на 8 мм рт. ст. (7,4 %). У половины больных общее состояние ухудшилось, у троих (37,5 %) не изменилось и лишь у одной женщины улучшилось (12,5 %). После приема эналаприла амплитуда VLF, LF и HF осталась на высоких цифрах, а у четырех больных (38,5 %) еще увеличилась, что сопровождалось клиническим ухудшением.

В свою очередь, при нормальных спектральных показателях (мощность VLF от 30 до 150 баллов) САД снизилось в среднем на 36 мм рт. ст. (23,1 %), ДАД — на 23 мм рт. ст. (22,3 %), при этом у 8 человек (57,1 %) было зафиксировано улучшение, состояние остальных 6 (42,9 %) не изменилось. Амплитуда основных пиков спектрограммы оставалась в пределах нормы.

Таким образом, эналаприл наиболее эффективен при VLF от 30 до 150 баллов, при уровне VLF выше или ниже этих значений его антигипертензивное действие существенно снижается и у части больных отмечается ухудшение самочувствия.

При приеме АК 13 больными с низкой мощностью спектральных показателей нормализации



Таблица

Динамика клинико-спектральных изменений у больных АГ при приеме антигипертензивных препаратов

Состояние	Улучшение		Без динамики		Ухудшение	
Уровень VLF	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1. ПЛАЦЕБО						
низкий	-	-	12	92,3	1	7,7
нормальный	-	-	14	100,0	-	-
высокий	1	12,5	7	87,5	-	-
2. ЭНАЛАПРИЛ						
низкий	-	-	11	84,6	2	15,4
нормальный	8	57,1	6	42,9	-	-
высокий	1	12,5	3	37,5	4	50,0
3. НИФЕДИПИН						
низкий	-	-	-	-	13	100,0
нормальный	-	-	9	64,3	5	35,7
высокий	7	87,5	1	12,5	-	-
4. ВЕРАПАМИЛ						
низкий	-	-	1	7,7	12	92,3
нормальный	-	-	10	71,4	4	28,6
высокий	7	87,5	1	12,5	-	-
5. АТЕНОЛОЛ						
низкий	13	100,0	-	-	-	-
нормальный	7	50,0	2	14,329	5	35,7
высокий	-	-	3	37,5	5	62,5

АД не было ни в одном случае. После нифедипина САД уменьшилось в среднем на 5 мм рт. ст. (3,8 % от исходного), ДАД не изменилось. После верапамила САД снизилось на 8 мм рт. ст. (6,1 %), ДАД — на 10 мм рт. ст. (11,1 %).

Лишь у одного пациента состояние оставалось прежним, остальные отметили различной степени ухудшение, особенно после нифедипина (головные боли, сердцебиение, нарушение сна). Амплитуда основных пиков спектрограммы при приеме нифедипина уменьшилась, а после верапамила у троих больных VLF незначительно увеличилась (23,1 %), у остальных уменьшилась, как и мощность LF и HF. У больных с высоким уровнем колебательной активности зафиксировано значительное снижение АД, больше от нифедипина: САД снизилось в среднем на 95 мм рт. ст. (42,2 %), ДАД — на 35 мм рт. ст. (29,2 %). После приема верапамила САД уменьшилось на 72 мм рт. ст. (32,4 %), ДАД — на 25 мм рт. ст. (20,8 %), при этом почти у всех больных улучшилось общее состояние (у одного — без динамики). После верапамила у всех обследуемых нормализовались спектральные параметры, а после нифедипина амплитуда VLF и LF снизилась до нормы, а значения HF существенно не изменились.

У лиц с нормальным уровнем медленных колебательных процессов САД снизилось в среднем на 17 мм рт. ст. (10,9 %), ДАД — на 5 мм рт. ст. (4,9 %) после нифедипина, после верапами-

ла САД уменьшилось на 16 мм рт. ст. (10,1 %), ДАД — на 10 мм рт. ст. (10,0 %). У трети больных общее состояние ухудшилось, у остальных — без динамики.

Значения VLF после приема обоих АК снижались, а уровень LF и HF снизился после нифедипина и не изменился после верапамила.

Итак, антигипертензивное действие АК больше выражено у больных с высоким уровнем колебательных процессов, существенно ниже при нормальных значениях VLF, а при мощности VLF менее 30 баллов АК не показаны, так как они недостаточно снижают АД и часто появляются их побочные эффекты.

Назначение атенолола пациентам с низкой колебательной активностью сразу улучшило общее состояние у всех 13 человек: исчезли головные боли, сердцебиение, кардиалгии, внутреннее напряжение. САД снизилось в среднем на 29 мм рт. ст. (15,2 % от исходного), ДАД — на 13 мм рт. ст. (12,9 %), нормализовались спектральные показатели, что полностью соответствует литературным данным об эффективности ББ у лиц с низким уровнем LF и HF.

При мощности VLF более 150 баллов САД снизилось в среднем на 53 мм рт. ст. (28,1 %), ДАД — на 26 мм рт. ст. (25,5 %). Однако, более чем у половины больных (62,5 %) это сопровождалось клиническим ухудшением с преобладанием слабости, сонливости, снижения настроения и др.



Зарегистрирована и отрицательная динамика со стороны спектральных параметров: дополнительное увеличение амплитуды VLF и, особенно, LF и HF. У 14 больных с нормальным уровнем колебательной активности САД снизилось в среднем на 19 мм рт. ст. (10,4 % от исходных цифр), ДАД — на 7 мм рт. ст. (6,9 %). У половины обследованных общее состояние улучшилось, у 5 (35,7 %) — ухудшилось и у 2 человек (14,3 %) существенно не изменилось. Значения ВРС оставались в пределах нормы.

Таким образом, назначение ББ наиболее эффективно при низкой и не показано при высокой амплитуде медленных колебательных процессов. При нормальных значениях VLF прием ББ необходимо контролировать с помощью спектрального анализа ВРС.

Заключение. Анализируя результаты исследования, необходимо отметить, что при низкой амплитуде VLF больным лучше всего помогают ББ: быстро улучшается общее состояние, АД стабилизируется на рабочих цифрах, практически не наблюдается побочное действие ББ (слабость, похолодание конечностей, депрессия и др.). Сразу же улучшаются и показатели ВРС, причем не только амплитуда VLF, но и мощность LF и HF. Назначая этой группе больных АК или ИАПФ, мы часто наблюдали ухудшение самочувствия, отсутствие или недостаточное снижение АД, побочные эффекты препаратов, а также дальнейшее снижение колебательной активности (при этом значения LF и HF у многих больных достигали нулевых значений). В свою очередь, на больных с высокой амплитудой VLF лучше действуют АК: нормализуется общее состояние, АД и спектральные показатели.

Назначение больным с высокой амплитудой VLF ББ часто вызывало у больных ухудшение самочувствия и появление характерных для ББ побочных эффектов (слабость, сонливость, заторможенность, головные боли, похолодание рук и т.д.). При этом на спектрограммах амплитуда всех пиков дополнительно возрастала. Для больных с нормальными показателями ВРС можно рекомендовать начинать лечение с ИАПФ с по-

следующим контролем клинического эффекта и спектральных данных.

Таким образом, больным АГ с устойчивым снижением мощности спектра на первой ступени лечения рекомендуются ББ, с повышением мощности — АК, с нормальными спектральными показателями — ИАПФ.

Метод спектрального анализа ВРС позволяет не только быстро подобрать медикаментозную терапию, но и контролировать эффективность лечения в динамике.

Выводы:

1. У больных артериальной гипертонией (АГ) чаще встречаются снижение амплитуды высокочастотных (HF) и повышение уровня низкочастотных (LF) колебаний.
2. Больным со снижением амплитуды VLF менее 30 баллов на первой ступени лечения АГ рекомендуется прием бета-блокаторов, с увеличением мощности VLF более 150 баллов — антагонистов кальция, при нормальном уровне VLF (30-150 баллов) — ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента.
3. Метод спектрального анализа variability ритма сердца является легкодоступным, высокоинформативным и надежным способом подбора рациональной медикаментозной терапии больным АГ и последующего контроля ее эффективности.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Влияние β -адренергических блокаторов атенолола и метопролола на variability ритма сердца зависит от частоты сердечных сокращений до лечения /Ю.А. Зуйков, И.С. Явелов, О.В. Аверков и др. //Кардиология. — 1998. — № 6. — С. 30-36.
2. Рябыкина, Г.В. Анализ variability ритма сердца /Г.В. Рябыкина, А.В. Соболев //Кардиология. — 1996. — № 10. — С. 87-97.
3. Hemodynamic Regulation: Investigation by Spectral Analysis /S. Akselrod, D. Gordon, J.B. Madwed et al. //Am. J. Physiol. — 1985. — Vol. 249. — P.867-875.
4. Heart Rate Variability /Eds. M. Malik, A.J. Camm — Armonk, N.Y.: Futura Publishing Company, 1995.



ХАБИБУЛЛИН А.М., ТАРАСКО А.Д., ВОЛОДИНА Н.Н.
МЛПУ «Городская клиническая больница № 2
Святого великомученика Георгия Победоносца»,
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк

АНАЛИЗ ОБРАЩАЕМОСТИ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЕВЫМИ ПРОЦЕССАМИ В ЦЕНТРЕ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА СИБИРИ

В настоящее время увеличивается обращаемость и заболеваемость доброкачественными образованиями. Нами проведен анализ обращаемости и заболеваемости доброкачественными образованиями мягких тканей за период с 2006 по 2008 года. Женщины оперируются по поводу доброкачественных новообразований более чем в 2 раза чаще, чем мужчины. Увеличение заболеваемости и оперативной активности, вероятно, является результатом проводимых медосмотров по программе «Здоровье», а также более внимательным отношением к своему здоровью нашего населения.

KNABIBULLIN A.M., TARASKO A.D., VOLODINA N.N.
*Municipal clinical Health Care Facility «City Hospital № 2»,
Novokuznetsk State Institute of Physicians' Advanced Training,
Novokuznetsk*

ANALYSIS APPEALABILITY AND MORBIDITY OF GOOD QUALITY TUMORAL PROCESSES IN THE CENTER OF OUT-PATIENT SURGERY OF LARGE INDUSTRIAL CITY OF SIBERIA

Now increases appealability and morbidity of good quality formations. We lead the analysis appealability and morbidity of good quality formations of soft fabrics for the period with 2006 on 2008. Women are operated in occasion of good-quality new growths more than in 2 times more often, than men. The increase in disease and operative activity, possibly, grows out spent physical examinations under the program «Health», and also closer attitude to the health of our population.

В настоящее время увеличивается обращаемость и заболеваемость доброкачественных образований [1-3]. Население города становится более внимательным к своему здоровью, что связано с онкологической настороженностью и проводимыми профилактическими осмотрами по программе «Здоровье».

Целью исследования было выяснить процент заболеваемости доброкачественными образованиями мягких тканей, выявить количественную разницу заболеваемости у мужчин и у женщин, определить процентное соотношение гистологических форм доброкачественных образований мягких тканей.

Мы провели анализ обращаемости и заболеваемости доброкачественными образованиями за последние 3 года. Возраст пациентов от 16 до 83 лет. Перед операцией проводилось обследование пациента (ОАМ, ОАК, RW, биохимический анализ крови, ЭКГ). Учитывая потенциальную возможность доброкачественных опухолей малигнизироваться, все больные подверглись хирургическому лечению.

Операцией выбора являлось иссечение новообразования в пределах здоровых тканей. Операционный материал гистологически исследовался. Больные, у которых была выявлена малигнизация новообразования, направлялись для дальнейшего лечения в онкодиспансер.

За период с 2006 года по 2008 год заболеваемость опухолями мягких тканей в ЦАХ составила 1011 случаев, что составляет 1,4 % к первичной обращаемости в 2006 г., 2,3 % в 2007 г., 2,5 % в 2008 г.: в 2006 г. — 316 случаев, в 2007 г. — 310 случаев, в 2008 году — 384 случая. Заболеваемость доброкачественными образованиями мягких тканей составляет 18 % среди больных, обратившихся к хирургу.

Из них малигнизированные опухоли (гистологически базалиома) 16 случаев, что составляет 1,6 % от всех случаев за исследуемый период, себорейная бородавка 49 случаев, что составляет 4,8 %, невусов 119 случаев, что составляет 11,7 %, фиброма 88 случаев, что составляет 8,7 %, атерома 318 случаев, что составляет 31 %, а также 1011 случаев доброкачественных образований мягких тканей.

липома 135 случаев, что составляет 13,3 %, папиллома 207 случаев, что составляет 20,4 %, гемангиома 61 случай, что составляет 6 %, гигрома 20 случаев, что составляет 2 %.

В таблице отражено распределение гистологических форм по количеству у женщин и мужчин.

Из таблицы видно, что женщины оперируются по поводу доброкачественных новообразований более чем в 2 раза чаще, чем мужчины. Это объясняется более внимательным отношением женщин к своему внешнему виду и более часто встречающейся у женщин канцерофобией.

Результаты хирургического лечения: выздоровление — 100 %; рецидивы — 2 %; ближайшие и отдаленные осложнения — 1,2 %; расхождение краев раны — 2 %; нагноение — 3 %; болезненные рубцы — 3 %; изъязвления — 2 %.

Выводы:

1. Заболеваемость доброкачественными образованиями мягких тканей составляет 18 %.

2. Наиболее часто доброкачественные новообразования встречаются у женщин.

3. Малигнизированные образования встречаются в 1 % случаев.

Таблица
Распределение гистологических форм новообразований по количеству в 2006-2008 гг.
у женщин и мужчин

Вид опухоли	2006 г.		2007 г.		2008 г.		Всего:	
	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.
Базалиома	3	3	2	2	4	2	9	7
Себорейная бородавка	12	5	12	2	14	4	38	11
Невус	36	8	25	7	34	9	95	24
Фиброма	26	6	17	4	27	8	70	18
Атерома	52	38	68	39	78	43	198	120
Липома	25	24	24	14	28	20	77	58
Папиллома	43	9	49	25	53	28	145	62
Гемангиома	15	6	10	5	16	7	41	18
Гигрома	4	1	5	1	7	2	16	4
Всего:	216	100	212	99	261	123	689	322

Именно поэтому количество операций по поводу доброкачественных новообразований по всем гистологическим формам превалирует у женщин. Вместе с тем, обращает на себя внимание увеличение операций в 2007-2008 гг., по сравнению с 2006 г., как у мужчин (на 38 % и 37,5 %), так и у женщин (на 33 % и 31 %). Такое увеличение заболеваемости и оперативной активности, вероятно, является результатом проводимых медосмотров по программе «Здоровье».

ЛИТЕРАТУРА:

1. Клиническая хирургия: национальное руководство /под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириленко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – Т. 1. – С. 823-839.
2. Вельшер, Л.З. Клиническая онкология. Избранные лекции: учебное пособие /Вельшер Л.З., Поляков Б.И., Петерсон С.Б. – М., 2009. – 496 с.
3. Специальная амбулаторная хирургия: практическое руководство для врачей /под ред. Б.Г. Апанасенко. – СПб., 1999. – С. 259-282.

ЧАВДАР Ф.Н., РЫЖКОВА Н.В., ДОЛГАНОВА И.М., МАСЛОВ А.П.,
КОВАЛЕВА Ю.В., БАРАНОВА М.П., КОРЕПАНОВА Г.А.
*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
МЛПУ «Городская клиническая больница №2
Святого великомученика Георгия Победоносца»,
г. Новокузнецк*

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНЗИКС-ДУО И КОНКОР У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНИЕЙ

Гипертоническая болезнь является наиболее значимым фактором риска ИБС и мозговых инсультов. В рекомендациях Седьмого Американского Национального Комитета и Российских Национальных клинических рекомендациях предусматривается более агрессивная комбинированная гипотензивная терапия. Приведена сравнительная оценка гипотензивного эффекта ЭНЗИКС-ДУО и КОНКОРа у пациентов с АГ. В группах пациентов, принимавших ЭНЗИКС-ДУО и КОНКОР, отмечено достоверное снижение систолического и диастолического АД. При этом среднесуточное систолическое АД в группе пациентов, принимавших ЭНЗИКС-ДУО, оказалось достоверно ниже, чем в группе пациентов, принимавших КОНКОР.

CHAVDAR F.N., RYZHKOVA N.V., DOLGANOVA I.M., MASLOV A.P.,
KOVALYOVA YU.V., BARANOVA M.N., KOREPANOVA G.A.
*Novokuznetsk State Institute of Physicians' Advanced Training,
Municipal clinical Health Care Facility «City Hospital № 2»,
Novokuznetsk*

ENALAPRIL/INDAPAMIDE (ENZIX DUO) AND CONCOR THERAPY OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

Hypertension is considered to be the most significant factor for ischemic heart disease (IHD) and for cerebral insult. The Seventh American National Committee and Russian National Clinical Guidelines recommend to apply more aggressive combined hypotensive therapy. The authors present comparative evaluation of hypotensive effect of both drugs, i.e. ENZIX DUO and CONCOR, in patients with arterial hypertension (AH). Patients receiving combining ENZIX DUO and CONCOR therapy demonstrated a reliable reduction of both systolic and diastolic arterial pressure (AP). Average daily systolic and diastolic arterial AP in patients receiving ENZIX DUO compared CONCOR therapy was found to be significantly lower.

Заболевания сердечно-сосудистой системы (ССЗ) представляют важную медико-социальную проблему, поскольку они являются основной причиной смертности и инвалидизации населения. Так, в 2001 г. ССЗ в структуре причин смерти составили 55,8 % и 46 % среди причин инвалидизации населения России.

Смертность населения России от ССЗ в три раза выше, чем в странах Европы. Гипертоническая болезнь в России встречается в среднем у 40 % населения, увеличиваясь с возрастом, достигая пятидесяти процентов у лиц 60-ти лет и даже восьмидесяти процентов у лиц старше 80-ти лет. Гипертоническая болезнь — наиболее значимый фактор риска ИБС и мозговых инсультов.

В связи с изложенным, вопросы терапии гипертензивной болезни приобретают первостепенную значимость. Целью терапии гипертензивной болезни является не только снижение АД, достижение целевых уровней, но и протекторное влия-

ние на органы-мишени, что ведет к уменьшению фатальных сердечно-сосудистых осложнений. Такая стратегия позволила в США и странах Западной Европы уменьшить риск осложнений ИБС на 20 %, инсульта — на 28-30 % и ХСН — на 20 %.

В России же лишь в 2006 г. впервые отмечено снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний на 5 %.

К 2006 г., по данным Шальной С.А. и соавт., отмечена положительная динамика в плане осведомленности и лечения больных с артериальной гипертензией (табл. 1).

В исследовании ALLHAT (с участием 33357 больных) целевое АД было достигнуто в группе лизиноприла у 61,2 %, в группе амлодипина у 66,3 %, в группе хлорталидона у 68,2 %. В других исследованиях результаты были более впечатляющими.

В Российском исследовании АРГУС-2 при стационарном использовании комбинированной



терапии целевое АД < 140/90 мм рт. ст. достигнуто у 87,1 % против 25,9 % в амбулаторных условиях [3].

В исследовании РОСА также с использованием комбинированной терапии целевое АД достигнуто у 97,6 % больных. В реальной клинической практике целевое АД в США, где лечатся 90 % пациентов, достигается лишь у 30 % больных.

Согласно Национальным рекомендациям по профилактике и лечению артериальной гипертензии (вторая версия, 2004 г.) в терапии рекомендованы семь классов антигипертензивных препаратов: диуретики, БАБ, АК, иАПФ, БРА, АИР (агонисты имидазолиновых рецепторов), альфа-блокаторы. В терапии считаются целесообразными монотерапия или комбинация гипотензивных препаратов. При этом важно помнить, что при мягкой АГ, при которой часто регистрируются летальные исходы ИБС, монотерапией даже в 50 % случаев не удается достичь желаемого результата. Актуальным становится вопрос комбинированной терапии не только у пациентов со второй, но и с первой степенью АГ. В рекомендациях Седьмого Американского Объединенного Комитета (7АОК, май 2003 г.) предусматривается более агрессивная комбинированная терапия с использованием не менее двух гипотензивных препаратов, одним из которых должен быть диуретик, не усугубляющий метаболических расстройств (хлорталидон — оксодоллин).

Следует отметить, что после шестидесяти лет даже у практически здоровых людей количество функционирующих нефронов снижается в два раза, что способствует задержке натрия, воды и подъему АД.

Комбинированная терапия АГ получает широкое распространение, поскольку позволяет потенцировать гипотензивный эффект, уменьшить побочные влияния и подавить контррегуляторные механизмы повышения АД. Вместе с тем, прием комбинированных препаратов с фиксированными дозами ограничивает возможности доктора в выборе дозы препарата, и пациенту в ряде случаев приходится принимать «излишнюю» дозу.

В связи с изложенным привлекает внимание препарат фирмы «Nemofarm» — ЭНЗИКС. В блистере сочетание разных доз эналаприла с индапамидом 2,5 мг, который позволяет врачу варьировать дозами с учетом степени АГ. В исследовании ЭПИГРАФ, ЭПИГРАФ-2 нормализация АД отмечена у 82,4 % пациентов. Через 14 недель достигнуто достоверное снижение как систолического, так и пульсового АД, соответственно, на 26,1 мм рт. ст. и 14,8 мм рт. ст. Это важные показатели, поскольку именно высокое систолическое и пульсовое давление влияют на риск сердечно-сосудистых осложнений. Более низкие цифры АД при СМАД, по сравнению с офисным АД, — из-

Таблица 1
Динамика показателей АГ в России
в 2001-2006 гг. (в %)

Показатели	Мужчины		Женщины	
	2001 г.	2006 г.	2001 г.	2006 г.
Распространенность АГ	39,3	37,2	41,1	40,4
Знают о наличии АГ	37,1	75,0	58,9	80,3
Лечатся	21,6	53,1	45,7	63,1
Лечатся адекватно	5,7	20,5	17,5	22,5

вестный факт. Но и в данном случае в группе ЭНЗИКСа (в сравнении с контрольной группой) отмечены более значимые цифры снижения АД. На фоне ЭНЗИКСа вариабельность АД снижалась почти на 20 %, что позволяет уменьшить нагрузку давлением на органы-мишени.

Что касается БАБ, то они давно и прочно занимают лидирующие позиции в терапии артериальной гипертензии, снижая симпатический тонус, уменьшая ЧСС, сократимость и снижая влияние РААС, используются также и в терапии ИБС. Предпочтение в терапии получили селективные БАБ в связи с меньшими негативными метаболическими влияниями (конкор, бетаксалол, метопролол).

Нами проведено исследование влияния ЭНЗИКСа-ДУО и КОНКОРа у больных ИБС стенокардией ПФК с артериальной гипертензией.

Материал и методы. В исследование включены две группы пациентов с диагнозом ИБС стенокардия ПФК, гипертонической болезнью II степени.

I группа — 15 пациентов (9 женщин и 6 мужчин) в возрасте 48-80 лет ($63,2 \pm 2,4$).

II группа — 15 пациентов (9 женщин и 6 мужчин) в возрасте 51-81 лет ($61,4 \pm 2,7$).

Пациенты I группы получали КОНКОР 5 мг утром; нитрособид 10 мг — утром и в обед; аспирин 0,25 г; гепарин 5000 2 раза подкожно.

Пациенты II группы получали аналогичную терапию плюс ЭНЗИКС-ДУО (эналаприл 10 мг плюс индапамид 2,5 мг утром и эналаприл 10 мг вечером). Всем пациентам в исходном состоянии в стационаре проводили СМАД, лабораторные исследования (липидный профиль, креатинин, мочевая кислота, К, Na, глюкоза крови). После выписки из стационара пациенты продолжали вышеописанную терапию еще в течение двух недель. Через четыре недели после проведенной терапии повторяли СМАД, лабораторные исследования и сравнивали их с исходными данными. Результаты исследований приведены в таблицах 2, 3 и 4. При анализе данных использовали парный t критерий Стьюдента.

Анализируя представленные в таблицах данные, следует отметить, что в группе пациентов «КОНКОР» исходные АД оказались выше, чем в группе больных, принимавших ЭНЗИКС. Хотя



Таблица 2
Динамика СМАД в группе пациентов «КОНКОР» (мм рт. ст.)

АД	Исходное среднесистолическое/ диастолическое АД	Среднесистолическое/ диастолическое АД через 4 недели	Величина снижения АД
Дневное	153,0 ± 1,5 / 95,0 ± 0,7	146,2 ± 1,2 / 89,8 ± 1,3	-6,8* / -5,2*
Ночное	142,5 ± 1,5 / 88,0 ± 0,7	135,3 ± 1,2 / 82,6 ± 0,9	-7,2* / -5,4*
Суточное	147,7 ± 1,5 / 91,5 ± 0,6	140,5 ± 1,3 / 86,0 ± 1,0	-7,2* / -5,5*
ЧСС	71,4 ± 2,8	65,5 ± 1,6	-5,9*

Таблица 3
Динамика СМАД в группе пациентов ЭНЗИКС-ДУО + «КОНКОР» (мм рт. ст.)

АД	Исходное среднесистолическое/ диастолическое АД	Среднесистолическое/ диастолическое АД через 4 недели	Величина снижения АД
Дневное	147,7 ± 2,7 / 91,5 ± 1,7	129,9 ± 2,5 / 80,7 ± 1,7	-17,8* / -10,8*
Ночное	140,8 ± 2,8 / 84,9 ± 1,8	122,7 ± 3,8 / 75,0 ± 1,8	-18,0* / -9,9*
Суточное	144,4 ± 2,3 / 87,5 ± 1,8	126,7 ± 2,53 / 78,1 ± 1,6	-17,7* / -9,4*
ЧСС	68,3 ± 1,6	62,9 ± 1,3	-5,4*

Таблица 4
Сравнительная динамика гипотензивной активности через 4 недели (мм рт. ст.)

АД	Динамика среднесистолическое/диастолическое АД		Величина снижения АД на Энзикс-Дуо
	Группа ЭНЗИКС-ДУО + КОНКОР	Группа КОНКОР	
Дневное	-17,8/-10,8	-6,8/-5,2	-11,0* / -5,6*
Ночное	-18,1/-9,9	-7,2/-5,4	-10,9* / -4,5*
Суточное	-17,7/-9,4	-7,2/-5,9	-10,5* / -3,5*

разница и была недостоверна, данное обстоятельство, видимо, связано с недостаточным объемом выборки. В группе больных, принимавших «КОНКОР», через 4 недели отмечено четкое, достоверное снижение как систолического, так и диастолического АД в дневные и в ночные часы. Среднесуточное систолическое/диастолическое АД, по данным СМАД, снизилось на 7,2/5,5 мм рт. ст., ЧСС уредилось на 6 ударов в минуту. В группе пациентов, принимавших ЭНЗИКС-ДУО, среднее снижение дневного систолического АД оказалось более выраженным (11 мм рт. ст. против 6,8 мм рт. ст. у принимавших «КОНКОР»).

Суточное систолическое АД в группе принимавших ЭНЗИКС-ДУО также оказалось достоверно ниже на 10,5 мм рт. ст. тогда как в группе «КОНКОРа» — 7,2 мм рт. ст.

Сочетанный прием ЭНЗИКСа-ДУО с 5 мг «КОНКОРа» приводил через 4 недели к четкому снижению среднесистолического/диастолического АД, как в дневное, так и в ночное время. Среднесуточное систолическое/диастолическое АД снижалось, соответственно, на 17,7/9,4 мм рт. ст.

Назначение ЭНЗИКСа не оказывало влияния на ЧСС. Пациенты хорошо переносили терапию

как «КОНКОРом», так и в сочетании с ЭНЗИКС-Сом-ДУО. Достоверно значимых изменений показателей ни липидного спектра, ни электролитов, креатинина и мочево́й кислоты за указанный период времени не произошло.

Выводы:

1. ЭНЗИКС-ДУО и «КОНКОР» оказывают четкий гипотензивный эффект.
2. Гипотензивный эффект ЭНЗИКС-ДУО оказался выше, чем у «КОНКОРа», в дозе 5 мг.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Беленков, Ю.Н. Результаты исследования ЭПИГРАФ-2 /Беленков Ю.Н. //Сердце. – Т. 4, № 4.
2. Бойцов, С.А. Комбинированная терапия артериальной гипертензии с позиций профилактики сердечно-сосудистых осложнений /Бойцов С.А. //Consilium medicum. – 2004. – № 2. – С. 23-26.
3. Основные результаты Российской научно-практической программы АРГУС-2 /Кобалава Ж.Д. и соавт. //Кардиология. – 2007. – № 3. – С. 38.
4. Артериальная гипертензия: распространенность, осведомленность, прием антигипертензивных препаратов и эффективность лечения среди населения РФ /Шальнова С.А. и соавт. //Рос. кардиол. журнал. – 2006. – № 4. – С. 45-50.

ЧАВДАР Ф.Н., ГЕТМАН З.В., ГУЩИНА В.В., СИНЯКОВА О.Р.,
БАЖЕНОВА Л.Н., МЕЩЕРЯКОВА О.П., ЯНКИНА Т.М.
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
МЛПУ «Городская клиническая больница № 2
Святого великомученика Георгия Победоносца»,
г. Новокузнецк

ЯТРОГЕННЫЕ АРИТМИИ

Антиаритмические препараты в ряде случаев провоцируют пароксизмы желудочковой тахикардии или мерцание желудочков. Приведены наблюдения развития мерцания желудочков при приеме хинидина и при внутривенном введении новокаинамида.

CHAVDAR F.N., GETMAN Z.V., GUSHCHINA V.V., SINYAKOVA O.R.,
BAZHENOVA L.N., MESHCHERYAKOVA O.P., YANKINA T.M.
Novokuznetsk State Institute of Physicians' Advanced Training,
Municipal clinical Health Care Facility «City Hospital № 2»,
Novokuznetsk

IATROGENIC ARRHYTHMIAS

In some cases antiarrhythmic drugs provoke paroxysmal ventricular tachycardia or ventricular fibrillation. The occurrence of ventricular fibrillation evoked by quinidine administration and by intravenous infusion of novocainamide has been presented.

Основным методом терапии аритмий является применение антиаритмических препаратов, эффективность которых составляет в среднем 60 %. Вместе с тем, в ряде случаев указанные препараты могут оказывать аритмогенный эффект.

Наиболее серьезным осложнением действия антиаритмиков является развитие желудочковой тахикардии типа ПИРУЭТ, которая занимает промежуточную позицию между желудочковой мономорфной тахикардией и фибрилляцией желудочков. Чаще подобные нарушения регистрируются на фоне препаратов IA, IC и III группы по классификации Вогана Виллиамса (хинидина, новокаинамида, дизопирамида, кордарона), а также на фоне гипокалиемии, т.е. средств, удлиняющих интервал Q-T. В литературе также приведены сообщения о мерцании желудочков на фоне антиаритмических средств.

В связи с изложенным, приводим наши наблюдения.

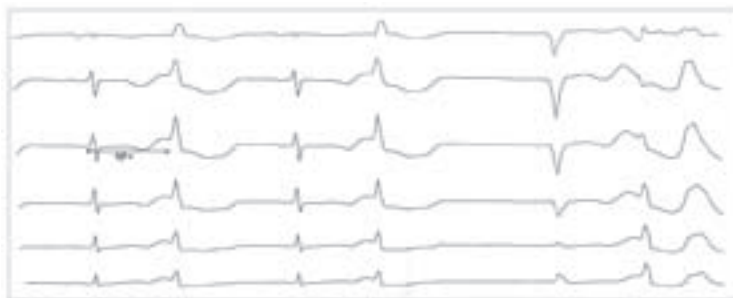
Пациентка П., 48 лет, госпитализирована в стационар в связи с нарушениями ритма — мерцательная аритмия, желудочковая экстрасистолия, синдром стенокардии. В анамнезе — ревматическая болезнь сердца, протезирование митрального клапана.

В анализе крови: Эр — $3,86 \times 10^{12}/л$; Нб — 117 г/л; L — $5,9 \times 10^9/л$; П — 60, С — 60, Л — 25, М — 8, Э — 1; СОЭ — 19 мм/час. Холестерин — 3,6 мм/л; триглицериды — 0,78 мм/л; α -холестерин — 0,6 мм/л; АСАТ — 1,16 мк/моль;

АЛАТ — 0,6 мк/моль; креатинин — 0,1 мк/моль. Белок крови в пределах нормы; γ -глобулины — 27 %. ЭхоКГ: аорта 2,8 см; ЛП — 4,5 см; КДРлж — 4,1 см; МЖП — 0,9 см; ТМЗТ — 0,9 см; ПЖ — 2,2 см; ФВ — 62 %.

В терапии использовали варфарин (МНО — 2,7), антибиотики, корватон, верошпирон. С целью восстановления ритма назначен хинидин в дозе 1200 мг/сут, что привело к восстановлению синусового ритма с удлинением интервала Q-T до 0,6 сек с желудочковой экстрасистолией R/T (рис. 1).

Рисунок 1



На фоне указанного ЭКГ у пациентки развилось рецидивирующее мерцание желудочков, которое купировано неоднократной ЭИТ. После дефибрилляции у пациентки сохранялась мерцательная аритмия с удлинением интервала Q-T. На фоне терапии лидокаином, препаратами калия, магния, небилетом интервал Q-T укоротился до 0,42 сек. (рис. 2). Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии.

Пациентка Г., 73 лет, наблюдалось по поводу гипертонической болезни, сахарного диабета. Из гипотензивных средств обычно применяла эналаприл, клофелин. В течение двух лет отмечала приступы неправильного сердцебиения, которые сопровождалась дискомфортом за грудиной. Приступы купировались самопроизвольно или с помощью лекарственных препаратов, которые вводились внутривенно. В связи с очередным приступом учащенного сердцебиения вынуждена вызвать кардиобригаду СМП.

Аускультативно регистрировалась мерцательная тахикардия, АД 180/100 мм рт. ст.

На ЭКГ (рис. 3) — мерцательная тахикардия, в связи с чем доктором внутривенно, струйно введен новокаиномид 10 % — 8 мл. После чего на ЭКГ в динамике появилась и стала нарастать блокада левой ножки пучка Гиса, ритм участился до 190-200 ударов в минуту (рис. 4), АД не определялось.

У пациентки развилась фибрилляция желудочков (рис. 5) с развитием клинической смерти.

После ЭИТ 100 Дж восстановился синусовый ритм (рис. 6).

АД стабилизировалось на уровне 110/60 мм рт. ст. Пациентка адекватна, продолжена терапия препаратами калия, гидрокарбонатом, лидокаином, кордароном, нитратами и АПФ, гепарином, седативными. Состояние стабилизировалось, ритм правильный, выписана в удовлетворительном состоянии.

Наблюдения демонстрируют аритмогенный эффект препаратов группы IA. При этом препараты хинидин и новокаиномид обычно увеличивают интервал Q-T за счет удлинения сегмента ST, т.е. реполяризации. В данном случае хинидин удлинил реполяризацию за счет сегмента ST, а новокаиномид вызвал замедление деполяризации (т.е. уширил QRS — вызвал блокаду ножек).

Рисунок 2

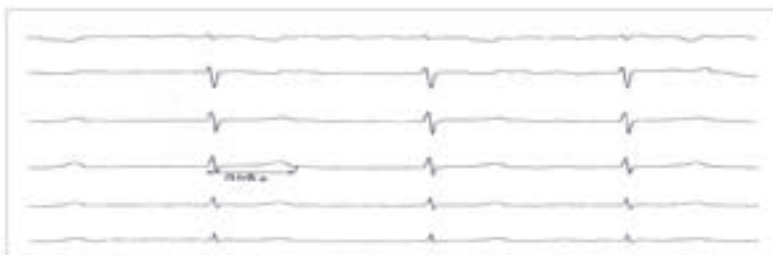


Рисунок 3



Рисунок 4



Рисунок 5

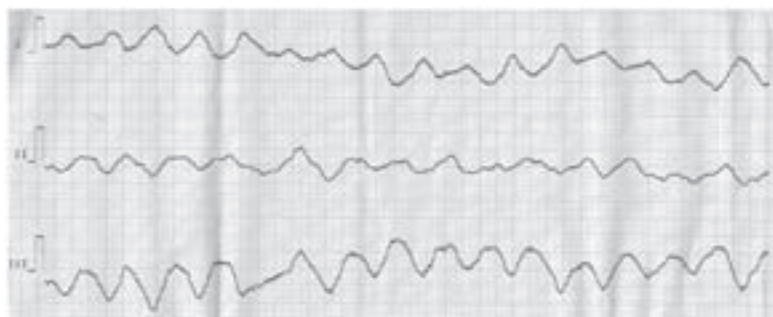


Рисунок 6





При введении указанных препаратов необходим контроль за интервалом Q-T.

Если Q-T превышает 0,5 сек или QRS уширяется на 50 %, от дальнейшего введения указанных препаратов следует воздержаться.

В качестве антидота для уменьшения побочных эффектов следует использовать гидрокарбонат натрия (4 %), 100 мл внутривенно.

Новокаиномид не следует вводить струйно, рекомендуется капельное внутривенное введение

в среднем за 30 минут. При этом необходим контроль АД и ЭКГ.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Голицын, С.П. Устранение желудочковой аритмии и снижение риска смерти: всегда ли пути в одном направлении /Голицын С.П. //Сердце. – Т. 5. – № 1.
2. Мерцательная аритмия /Джанашия П.Х. и соавт. – М., 2001.
3. Мазур, Н.А. Пароксизмальные тахикардии /Мазур Н.А. – М., 2005.



ЧАВДАР Ф.Н., БАРАНОВА М.Н., РЫЖКОВА Н.В., СИЛИНА Т.К.,
ОГАРКОВ М.Ю., ШАХШНЕЙДЕР Н.М., ГУШИН Ю.Г.
*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
МЛПУ «Городская клиническая больница № 2
Святого великомученика Георгия Победоносца»,
г. Новокузнецк*

РЕЦИДИВИРУЮЩАЯ ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Клинические проявления ТЭЛА обусловлены объемом эмболизации сосудистого русла и величиной легочной гипертензии, в генезе которой имеет значение вазоконстрикция. Наблюдение демонстрирует клинимоρφологические несоответствия, затруднения в диагностике и лечении.

CHAVDAR F.N., BARANOVA M.N., RYZHKOVA N.V., SILINA T.K.,
OGARKOV M.YU., SHAKHSHNEYDER N.M., GUSHCHIN YU.G.
*Novokuznetsk State Institute of Physicians' Advanced Training,
Municipal clinical Health Care Facility «City Hospital № 2»,
Novokuznetsk*

RECURRENT PULMONARY ARTERY THROMBOEMBOLISM

Clinical characteristics of recurrent pulmonary artery thromboembolism are caused by the amount of vascular bed embolization and the grade pulmonary hypertension, when vasoconstriction is of importance in its genesis. Our studies showed clinicomorphologic discordance, and difficulties in diagnosis and treatment.

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) занимает третье место среди причин смерти населения после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. В течение последних тридцати лет летальность при своевременной и адекватной терапии составляет 15 %.

Клинически ТЭЛА диагностируется в 50 % случаев. Причиной ТЭЛА чаще является тромбоз подвздошно-бедренного сегмента и глубоких вен голени в результате различных заболеваний: травмы, иммобилизация, мерцательная аритмия, заболевания органов малого таза, хирургические вмешательства, дефицит антитромбина III. Беременность и оральные контрацептивы являются фактором риска ТЭЛА.

В генезе ТЭЛА основное значение имеет обструкция легочного артериального русла тромбоемболом. При этом возможен как фибринолиз «свежих» тромбов, так и их организация. Оба процесса заканчиваются за 7-10 дней. В зависимости от степени окклюзии развиваются различной выраженности клинические проявления. Следует отметить, что легкие имеют двойное кровоснабжение:

- паренхима получает артериальную кровь непосредственно из бронхиальных артерий; бронхиальное кровоснабжение составляет 1 % от сердечного выброса;
- кровоснабжение через легочную артерию обеспечивается правым желудочком, доставляя к альвеолам венозную кровь для обогащения ее кислородом.

При окклюзии 50 % сосудистого русла среднее давление в легочной артерии повышается умеренно, клинические проявления могут быть незначительными.

Окклюзия 50-75 % сосудистого русла ведет к значимому повышению давления в легочной артерии — более 40 мм рт. ст., что сопровождается выраженной перегрузкой правых отделов и четкими клиническими проявлениями. Вместе с тем, не всегда имеется зависимость между величиной обструкции и легочной гипертензией. Так, при незначительной обструкции в результате выброса биологически активных веществ (тромбоксана, гистамина, серотонина) развивается выраженный спазм с нарастанием давления в легочной артерии.

Клинические проявления обычно характеризуются наличием выраженной одышки (независимо от положения тела), тахикардией, болевым синдромом в области сердца (возможно, в результате относительной коронарной недостаточности), непродуктивным кашлем, цианозом, кратковременной потерей сознания.

Кровохаркание (инфаркт легкого) регистрируется лишь в 10-30 % случаев.

ЭКГ, хотя и является наиболее распространенным методом исследования, однако лишь в 25 % случаев при ТЭЛА регистрируются классические признаки перегрузки правых отделов (S_1-Q_{III} , с нарастанием R_{III} , подъемом $ST_{III,yn}$, появлением отрицательных $T_{III,yn}$, V_{I-III} , блокадой правой ножки пучка Гиса).

Внедрение в клиническую практику определения D-димера облегчило диагностику ТЭЛА, однако положительный результат возможен и при других заболеваниях (воспалительных процессах, опухолях). Диагностическая значимость придается величинам ≥ 500 мкг/л.

Более информативным в диагностике является использование вентиляционно-перфузионного сканирования легких. «Золотым» стандартом диагностики ТЭЛА остается ангиопульмонография.

В связи с изложенным, в качестве примера приводим клиническое наблюдение.

Пациент О., 45 лет, до госпитализации в стационар 20.10.2007 г., считал себя здоровым. Физические нагрузки никогда дискомфорта не вызывали. Накануне, 19.10.2007 г. вечером, впервые появилось немотивированное чувство одышки и дискомфорта в области сердца, которое быстро прошло после приема таблетки валидола. Ночь спал спокойно. Утром 20.10.2007 г. во время ходьбы (50 м) вновь появилось чувство одышки, которое стало нарастать, появилась боль в области сердца, выраженная слабость, потливость. Пациент был вынужден обратиться за скорой медицинской помощью.

На ЭКГ (рис. 1) первоначальные изменения были расценены как проявления инфаркта миокарда передней стенки. Для снятия болевого синдрома, одышки использовали фентанил, дроперидол, гепарин 10000 Ед внутривенно. Пациент доставлен в стационар 20.10.2007 г. в 08.45. Объективно — гиперстеник, физически хорошо развит, вес 100 кг, кожные покровы влажные. Адекватен, беспокоит одышка до 30 в минуту, слабость. Тахикардия 140 в минуту, АД — 90/70 мм рт. ст., дыхание с обеих сторон четкое, хрипов нет. При пальпации икроножных мышц болей нет. На ЭКГ (рис. 2, снята в стационаре в 09.15), как и на ЭКГ (рис. 1), регистрируются признаки перегрузки правых отделов и явления замедления проводимости по правой ножке пучка Гиса.

На обзорной рентгенограмме — признаки смешанного центрального застоя. В анализах крови лейкоцитов $12 \cdot 10^{12}/л$. Сатурация $Hb - O_2$ равна 92 %. АЧТВ — свертывания нет (внутривенно введен гепарин). Клинико-ЭКГ данные расценены как проявления ТЭЛА.

В связи с тяжелым состоянием пациента начато внутривенное введение фибринолитика — стрептокиназа. После введения 300 тыс. Ед стрептокиназы зафиксирована фибрилляция желудочков с соответствующей клинической картиной. После ЭИТ — восстановлен синусовый ритм — 130 в минуту. В терапии использовали дробно верапамил, кораксан 10 мг внутрь, лидокаин внутривенно.

Урежения ЧСС не получено, нарастала одышка, на ЭКГ (рис. 3) сохранялась выраженная перегрузка правых отделов. В 14 часов 20.10.2007 г., через 5 часов, наступила остановка дыхания при сохраняющейся электрической активности сердца с последующим ее угасанием.

На секции: массивная двухсторонняя рецидивирующая ТЭЛА, часть тромбов с признаками организации давностью 3-4 недели, острое легочное сердце, очаги повреждения кардиомиоцитов. Источник тромбоэмболии — глубокие вены левой голени.

Наблюдение демонстрирует как трудности диагностики, так и лечения ТЭЛА. У пациента имелась рецидивирующая ТЭЛА (давность 3-4 недели) без клинических проявлений — пациент продолжал работать, был физически активным.

Рисунок 1

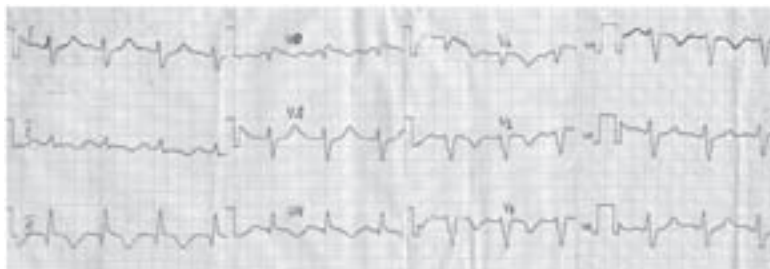


Рисунок 2

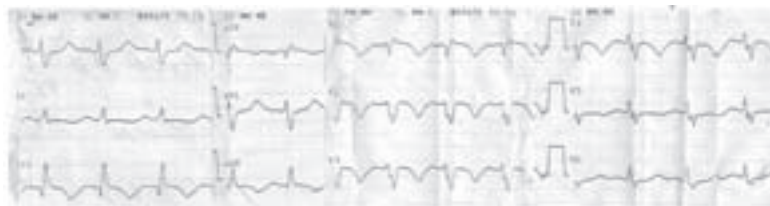
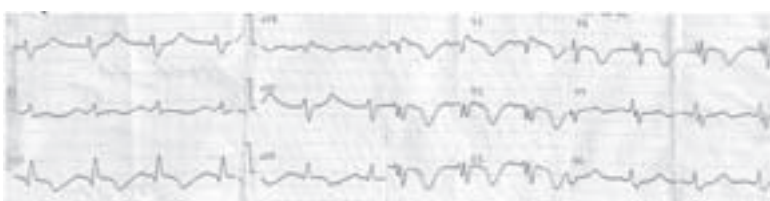


Рисунок 3





ЛИТЕРАТУРА:

1. Горбачев, В.В. Атеросклероз /Горбачев В.В., Мрочек А.Г. – Минск, 2005.
2. Злочевский, П.М. Неотложные мероприятия при ТЭЛА /Злочевский П.М. //Неотложная кардиология /под ред. Сыркина А.Л. – М., 2004.
3. Ройтберг, Г.Е. Внутренние болезни – сердечно-сосудистая система /Ройтберг Г.Е., Струтынский А.В. – М., 2003.
4. Рич, С. Тромбоэмболия легочной артерии /Рич С. //Кардиология в таблицах и схемах: пер. с англ. – М., 1996.





ЧЕЛЫШЕВА Г.М., СЫЧЕВА И.А., АЛЕКСЕЕВА Н.Б.
*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
МЛПУ «Городская клиническая больница № 2
Святого великомученика Георгия Победоносца»,
г. Новокузнецк*

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БЕТАЛАКТАМАЗ РАСШИРЕННОГО СПЕКТРА ДЕЙСТВИЯ У КУЛЬТУР ЭНТЕРОБАКТЕРИЙ, ВЫДЕЛЕННЫХ ИЗ РАЗЛИЧНОГО КЛИНИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА

Цель нашей работы состояла в выявлении частоты выделения штаммов продуцирующих бета-лактамазы расширенного спектра среди различных типов условно-патогенных энтеробактерий. В исследование были включены 63 штамма энтеробактерий. В опыте использовали условия диско-диффузионного метода с использованием промышленных дисков III поколения и их комбинации с клавулановой кислотой. Таким образом, дополнительные методы детекции «скрытых» механизмов резистентности могут способствовать повышению эффективности антибактериальной терапии.

CHELYSHEVA G.M., SYCHEVA I.A., ALEKSEEVA N.A.
*Novokuznetsk State Institute of Physicians' Advanced Training,
Municipal clinical Health Care Facility «City Hospital № 2»,
Novokuznetsk*

PREVALENCE BETALAKTAMAZ EXTENDED-SPECTRUM Y CULTURES ENTEROBACTERIACEAE ISOLATED FROM DIFFERENT CLINICAL MATERIAL

The aim of our work was to identify the frequency of selection of strains producing expanded spectrum betalaktamazy among various types of opportunistic pathogens enterobakteriy. In study included 63 strains enterobakteriy. In terms of experience using disco-diffusion method with the use of industrial drives with III generation Cephalosporins and their combination with klavulanovoy kislotoy. Takim, the additional detection of «hidden» mechanisms of resistance may contribute to the effectiveness of antibacterial therapy.

В современной антибиотикотерапии все большее значение приобретают полусинтетические цефалоспорины. Особенно широко в нашей стране применяют цефалоспорины третьего поколения (цефтазидим, цефотаксим и др.). Резистентность грамотрицательных микроорганизмов к цефалоспорином может быть обусловлена продукцией плазмидных бета-лактамаз расширенного спектра действия (extended-spectrum beta-lactamases, ESBL или БЛРС) [1].

БЛРС явились результатом мутаций генов, кодирующих ранее существовавшие бета-лактамазы; их все чаще находят у представителей семейства Enterobacteriaceae (*Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis* и др.). С практической точки зрения важно, что БЛРС разрушают все пенициллины, цефалоспорины и азтреонам, однако при использовании рутинных критериев оценки штаммы могут интерпретироваться как чувствительные. Основная причина противоречий между данными лабораторных исследований и клинической эффективностью бета-лактамных антибиотиков может заключаться в

наличии «скрытых» механизмов резистентности. Продуцирующие БЛРС микроорганизмы обычно вызывают госпитальные инфекции, особенно в отделениях интенсивной терапии. Типичными инфекциями, вызываемыми такими бактериями, являются перитонит, холангит, абсцессы брюшной полости, инфекции мочевыводящих путей. У тяжелых стационарных больных они также могут быть причиной нозокомиальной пневмонии, бактериемии.

В связи с тем, что основу лечения внекишечных инфекций, вызываемых условно-патогенными энтеробактериями, составляют бета-лактамы антибиотиков, особенно важным является выявление штаммов, вырабатывающих БЛРС. Для детекции бета-лактамаз предлагается последовательное проведение скрининга (выявление подозрительных штаммов). Для эффективного скрининга в микробиологические исследования необходимо включать минимум три цефалоспорины III поколения и, при оценке результатов исследования, обязательно учитывать возможную продукцию микроорганизмами бета-лактамаз. При

постановке тестов проводится сравнение чувствительности исследуемых микроорганизмов к цефалоспорином и к их комбинации с клавулановой кислотой.

Цель нашей работы состояла в выявлении частоты выделения штаммов, продуцирующих бета-лактамазы расширенного спектра, среди различных видов условно-патогенных энтеробактерий. С помощью модифицированного диффузионного метода «двойных дисков» исследовали 63 штамма энтеробактерий, выделенных из различного клинического материала (моча, отделяемое ран, уха, глаз, носа, мокрота и др.) от больных с диагнозами хронического пиелонефрита и цистита, отита, гайморита, острого холецистита, эндометрита, бронхита, пневмонии и др.

При проведении тестов использовали стандартные условия диско-диффузионного метода [2] с применением промышленных дисков с цефотаксимом, цефтазидимом, цефтриаксоном, амоксициллином и амоксиклавом.

Результаты исследований показали, что 20,6 % изученных культур (13 штаммов) продуцировали БЛРС. Процент БЛРС-продуцирующих культур *E. coli* составил 61,5; *Citrobacter freundii* – 15,4; *Enterobacter cloacae* – 7,7; *Klebsiella oxytoca* – 7,7; *Providencia rettgeri* – 7,7. Не выявлено БЛРС-образующих штаммов у *Proteus mirabilis*. Наиболее часто (в 76,9 % случаев) БЛРС-продуцирующие штаммы выде-

лялись из мочи при урологических инфекциях; в 15,4 % случаев – из мокроты (бронхит, пневмония) и в 7,7 % случаев – из отделяемого ушей (отиты).

Все бета-лактамазопродуцирующие штаммы были чувствительны *in vitro* к цефтриаксону; 84,6 % культур – к цефотаксиму; 53,8 % – к цефтазидиму и 46,2 % – к амоксициллину. 23,1 % изученных БЛРС-образующих штаммов обладали чувствительностью ко всем изученным бета-лактамам.

Таким образом, дополнительные методы детекции «скрытых» механизмов резистентности могут способствовать повышению эффективности антибактериальной терапии. Инфекции, вызванные БЛРС-продуцирующими микроорганизмами, не следует лечить цефалоспоринами, даже если они чувствительны к ним при определении *in vitro*, из-за наблюдающихся в таких случаях неудач антибиотикотерапии.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Paterson, D.L. Recommendation for treatment of severe infections caused by Enterobacteriaceae producing extended-spectrum betalactamases (ESBLs) /Paterson D.L. //Clinical Microbiology and infection. – 2000. – N 6(9). – P. 460-463.
2. Определение чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам: Методические указания. – МУК 4.2.1890-04.

ЧЕЧЕНИНА А.А., ПОЛУКАРОВ А.Н., ГУСЯТИНА Г.Н., ЧЕЧЕНИН Г.И., РЕНГЕ Л.В.
*МУ «Кустовой медицинский информационно-аналитический центр»
управления здравоохранения»,
г. Новокузнецк*

О ПОВЫШЕНИИ РОЛИ СЛУЖБЫ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ В СОХРАНЕНИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА И РОЖДАЕМОСТИ (НА ПРИМЕРЕ ЗПЦ Г. НОВОКУЗНЕЦКА)

В результате исследования полученные данные дают основание сделать вывод о том, что деятельность родовспомогательной службы оказывает определенное влияние на репродуктивное здоровье женщин. Доля женщин с кесаревым сечением с каждым годом увеличивается и составляет 21-25 %. Несмотря на положительную тенденцию в снижении заболеваемости, продолжают регистрироваться гнойно-инфекционные заболевания, имеют место случаи травматизма, родовых аномалий.

Необходим системный комплексный подход к оказанию медицинской помощи женщинам во время беременности, родов и послеродовом периоде, обеспечивающий выявление причин неблагополучия, определения приоритетов, принятия обоснованных решений по достижению главной цели – сохранению репродуктивного здоровья и повышению рождаемости. Комплекс профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий должен проводиться на всех этапах оказания медицинской помощи при любом обращении в медицинское учреждение и контакте с врачом.

Особого внимания заслуживает организация медицинской помощи женщинам в послеродовом периоде. С этой целью целесообразно пересмотреть нагрузку на врачей, курирующих родильниц.

CHECHENINA A.A., POLUKAROV A.H., GUSYATINA G.N., CHECHENIN G.I., RENGE L.V.
*Municipal authority «Sectional medical information-analytical centre»
of public health services management»,
Novokuznetsk*

ABOUT INCREASE OF THE ROLE OF SERVICE OF OBSTETRIC AID IN PRESERVATION OF REPRODUCTIVE POTENTIAL AND BIRTH RATE (ON EXAMPLE ZPC OF NOVOKUZNETSK)

As a result of research the obtained data gives the grounds to draw a conclusion that activity of obstetrical service makes certain impact on reproductive health of women. The share of women with a Cesarean section increases every year and makes 21-25 %, despite the positive tendency in disease decrease continue to be registered purulent-infectious disease, cases of a traumatism, patrimonial anomalies take place.

The system complex approach to rendering of medical aid is necessary for women during pregnancy, sorts and the postnatal period, providing revealing of the reasons of trouble, definition of priorities, acceptances of well-founded decisions on overall objective achievement - to preservation of reproductive health and birth rate increase. The complex of preventive, medical and rehabilitation actions should be spent at all stages of rendering of medical aid at any reference to medical institution and contact to the doctor.

The special attention is deserved by the organisation of medical aid to women in the postnatal period. With that end in view it is expedient to reconsider loading on the doctors supervising women in childbirth.

Несмотря на достигнутые в стране за последние годы позитивные изменения демографической ситуации, до настоящего времени остаются еще нерешенными многие проблемы. Последние нашли отражение в Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 г., утвержденной

Указом Президента Российской Федерации от 09.10 2007 г. № 1351. В соответствии с Концепцией, важнейшей задачей является повышение рождаемости, сокращение уровня материнской и младенческой смертности, укрепление репродуктивного здоровья населения. Решение данной задачи требует комплексного системного подхо-



да, предусматривающего улучшение жизненного уровня населения, обеспечение мотивации граждан к здоровому образу жизни, возрастающей роли многодетной семьи, повышения доступности и качества оказания медицинской помощи, реализации профилактических мероприятий.

Существенная роль в сохранении репродуктивного здоровья, а, значит, и в повышении рождаемости, принадлежит службе охраны здоровья, в том числе родовспоможения. Здесь речь идет, прежде всего, о репродуктивном здоровье женского населения. МЛПУ «Клиническая больница № 2» в своем составе имеет две женские консультации, которые непосредственно принимают участие в сохранении репродуктивного здоровья женщин центрального района города. Известно, что от того, как организована система оказания медицинской помощи женщинам на всех этапах (во время беременности, родов и в послеродовом периоде), в значительной мере зависит, будет ли женщина иметь возможность и желание повторно рожать. К сожалению, сегодня основными показателями службы родовспоможения принято считать материнскую и перинатальную смертность. На наш взгляд, неоправданно мало внимания уделяют состоянию здоровья родильниц, реабилитации их репродуктивной функции, формированию настроения на повторную беременность и т.п. Хотя беременность и роды являются физиологическим актом, однако уровень здоровья беременных с каждым годом ухудшается, доля нормальных родов сокращается, растет удельный вес родоразрешения неестественным путем.

Все это накладывает дополнительные повышенные требования к оказанию медицинской помощи женщинам в послеродовом периоде. Работ, посвященных организации оказания медицинской помощи родильницам и их анализу, недостаточно. Поэтому любой анализ и обобщение опыта организации медицинской помощи женщинам в послеродовом периоде является актуальным и может представлять интерес для служб родовспоможения других территорий.

Цель исследования — установить возможные пути влияния организации оказания медицинской помощи родильницам в ЗПЦ г. Новокузнецка на сохранение репродуктивного здоровья женщин и повышение рождаемости.

Задачи:

- уточнить виды оказываемой медицинской помощи женщинам в послеродовом периоде;
- провести анализ инфекционно-воспалительной заболеваемости по родильному дому;
- дать оценку послеродовой заболеваемости в целом по роддому и при кесаревом сечении;
- провести анализ аномалий родовой деятельности и родового травматизма.

Материалы и методы исследования. Для анализа были взяты из компьютерной базы данных

«Рождаемость» в МУ Кустовой медицинский информационно-аналитический центр (КМИАЦ) все случаи родоразрешения в ЗПЦ (родильный дом) за период 2003-2007 гг. Сплошной массив составил 10794 родов за пять лет (в среднем, ежегодно 2158 родов). При анализе сопоставлялись абсолютные данные, рассчитывались относительные показатели частоты и структура (удельный вес «явления» в общей совокупности). Для детального анализа кесарева сечения, травматизма, аномалий родовой деятельности дополнительно анализировались 2352, 878 и 686 историй родов, соответственно.

Результаты исследования. Деятельность родильного дома ЗПЦ осуществляется в рамках направлений, регламентированных приказом Минздравсоцразвития РФ от 27.03.2006 № 197 «Об организации деятельности родильного дома (отделения)». Структурными подразделениями ЗПЦ оказывается первичная медико-санитарная акушерско-гинекологическая помощь женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, медицинская помощь новорожденным детям и женщинам с заболеваниями. Здесь необходимо отметить, что организация взаимодействия с женскими консультациями, находящимися в юрисдикции городских МЛПУ, осуществляется по функциональному принципу. Это накладывает дополнительные требования по организации преемственности на этапах оказания медицинской помощи.

Известно, что здоровье беременных с каждым годом ухудшается, о чем свидетельствуют наши данные и данные статистики [5]. Прогноз рождаемости на ближайшие годы не оптимистичен, поскольку репродуктивную функцию будут выполнять контингенты, родившиеся в годы низкой рождаемости. Поэтому весьма актуальной задачей становится сохранение здоровья женщин во время беременности, родов и в послеродовом периоде.

Оказание медико-санитарной помощи женщинам в послеродовом периоде проводится по следующим направлениям:

- профилактика и снижение гнойно-септической заболеваемости и тромбоэмболических осложнений;
- послеродовая реабилитация и лечение;
- обеспечение новорожденных естественным вскармливанием, раннее прикладывание новорожденных к груди и профилактика нарушений лактации;
- обучение женщин методам контрацепции и планированию семьи;
- разработка индивидуальных рекомендаций по сохранению репродуктивного здоровья и оформление медицинской документации для женских консультаций и на участок врачу-терапевту.

Лечащий врач, выписывающий женщину из родильного отделения, должен вооружить ее необходимыми индивидуальными рекомендациями по сохранению репродуктивной функции и сформировать ответственное отношение к ребенку и желание повторного визита в родильный дом с очередной беременностью. Только тогда такое учреждение будет соответствовать «Учреждению благожелательного отношения к ребенку и матери».

Доказательством необходимости повышения все возрастающей роли оказания медицинской помощи женщинам в послеродовом периоде могут служить результаты проведенного анализа данных за пятилетний период, в т.ч. гнойно-септической заболеваемости.

С организацией Зонального перинатального центра (ЗПЦ), в состав которого вошел клинический родильный дом № 1, проблеме гнойно-септической заболеваемости уделяется особое внимание, поскольку ЗПЦ обслуживает население Юга Кемеровской области (около 1,5 миллионов человек) и берет на себя самые тяжелые случаи. Разработан комплекс мероприятий, включающий организационные и технологические аспекты. Прежде всего, внедрен клинический мониторинг, который проводится совместно с врачом-эпидемиологом. Главная его цель — выявление причин и разработка профилактических мероприятий. Предложен комплекс мероприятий по минимизации поступления несанированных беременных и рожениц с организацией обратной связи с женскими консультациями, для чего потребовалось совершенствовать медицинскую документацию, внедрить постоянно действующую систему подготовки кадров путем проведения еженедельных клинических конференций, семинаров и т.п. Выделена самостоятельная послеродовая служ-

ба (отделена от родильного блока), организовано совместное пребывание матери и ребенка с преимущественным грудным вскармливанием. Ведение беременных, рожениц и новорожденных осуществляется с учетом индивидуальных факторов риска с использованием современных методов диагностики, профилактики и лечения [1, 2].

В результате проводимых мероприятий гнойно-септическая заболеваемость снизилась (табл. 1).

Общий уровень гнойно-септической заболеваемости удерживается на уровне 0,8 % с учетом всех нозологических форм. По данным ряда авторов, послеродовые инфекционно-воспалительные заболевания встречаются в 13,3-54,3 % и занимают 2-4-е место среди причин материнской смертности (Абрамченко В.В. и соавт., Аль-Халаф Салах Эддин, 2001; Гуртовой Б.Л, 1999).

Постоянно снижается показатель тяжелых форм послеоперационных осложнений: в последние 5 лет не было таких серьезных гнойно-септических состояний, как перитонит, гнойный мастит. Частота послеоперационных эндометритов находится на стабильно низком уровне. Это стало возможным благодаря организации динамичного контроля (мониторинга) тяжести состояния послеоперационных больных по специально разработанной карте [1].

При сравнении показателей ГСЗ при родоразрешении через естественные родовые пути и оперативным методом отмечаются некоторые улучшения показателей в 2007 г., в сравнении с 2006 г.:

- послеродовая заболеваемость — 0,5 % против 0,7 %;
- послеоперационная заболеваемость — 1,5 % против 1,6 %.

Таблица 1
Инфекционно-воспалительная заболеваемость по родильному дому МЛПУ ЗПЦ за 2003-2007 гг. (за пять лет)

Показатель	2007		2006		2005		2004		2003	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Число родов за год	2413		1945		2212		2011		2213	
Число операций кесарево сечение	617	25,6	447	23,0	486	22,0	423	21,0	379	17,1
Эндометрит всего,	3	0,1	5	0,3	4	0,2	2	0,1	1	0,05
в т.ч. после кесарева сечения	1	0,2	1	0,2	2	0,4	1	0,2	0	
Расхождение швов после родов (промежность)	9	0,4	11	0,6	10	0,5	7	0,3	8	0,4
Расхождение швов после кесарева сечения	3	0,5	1	0,2	0		0		0	
Послеоперационный инфильтрат (консервативное ведение)	2	0,3	2	0,4	1	0,2	1	0,2	0	
Гематома операционной раны (шва)	3	0,5	3	0,7	1	0,2	1	0,23	0	
Септическое состояние	0		0		0		0		0	
Тромбофлебит вен матки	0		0		0		1	0,2	0	
Перитонит	0		0		0		0		0	
Гнойный мастит	0		0		0		0		0	
Итого:	20	0,8	22	1,1	16	0,7	12	0,6	9	0,4

Уровень послеоперационной заболеваемости выше в 3,2 раза уровня послеродовой, что подтверждает данные литературы, свидетельствующие о том, что кесарево сечение представляет более высокий риск для жизни женщины, чем роды через естественные родовые пути [4].

В связи с тем, что родильный дом ЗПЦ обслуживает преимущественно беременных с тяжелыми формами экстрагенитальной патологии, сохраняется высокий риск осложнений, что обуславливает продолжение профилактической работы.

Инфекционно-воспалительные осложнения наблюдались чаще всего после родов, осложненных значительным количеством инвазивных манипуляций, различных акушерских вмешательств, родовым травматизмом (табл. 2 и 3).

Показатели родового травматизма в 2007 г. превышают таковые в 2006 г. на 144 случая – 2,9 %. Но на уровень гнойно-септической заболеваемости (ГСЗ) влияет и, так называемый, «хирургический травматизм» (за счет акушерских пособий и операций). Положительным фактором является ежегодное динамическое снижение частоты тяжелых травм родового канала.

Как и в прошлые годы, родовой травматизм представлен в основном разрывами шейки матки и влагалища. Высокий травматизм шейки матки предполагает какие-то виды нарушений родовой деятельности, чаще всего дискоординацию сокращений мышц матки, стремительность родового акта. В 2006 г. был один случай разрыва промежности III степени.

Проблему родового травматизма невозможно представить без такого ведущего акушерского показателя, как «Аномалии родовой деятельности» (АРД).

Из таблицы 3 видно, что основная доля регистрируемых аномалий родовой деятельности

представлена нарушениями дискоординированного типа. Поскольку роды, осложненные первичной и вторичной слабостью родовой деятельности, встретились в единичных случаях, в таблице они не представлены. По представленным видам аномалий родовой деятельности, как и в предыдущие годы, можно сделать вывод о значительной интенсификации течения родов, о стремлении к укорочению родового акта, о начале родов при неподготовленных родовых путях или досрочном родоразрешении [3, 4]. То есть, сохраняется тенденция к «управлению» родами, что противоречит рекомендациям ВОЗ о том, чтобы предоставлять роды, прежде всего, их физиологическому течению. Частично это можно объяснить особенностями контингента обслуживаемого населения.

В то же время, необходимо заметить, что в программе подготовки беременных в женских консультациях города нет благожелательного настроя на благоприятный исход родов естественным путем. У беременной при поступлении в роддом не должно быть неясных вопросов, что создает тревожность и отражается на исходе родов.

Идет настрой на досрочную госпитализацию для подготовки родов в условиях отделения патологии беременности. Такой подход вполне объясним для жительниц отдаленных районов, но не для городских жительниц. В этом плане заслуживает внимания опыт организации медицинского обслуживания беременных женщин – работниц ООО ЗСМК. Здесь создано специальное подразделение предприятия – центр «Василиса», куда переводятся работницы на легкий труд, и проводится оздоровление беременных при непосредственном участии врача акушера-гинеколога.

Таблица 2
Родовой травматизм за 2007 год в сравнении с 2006 годом

Код МКБ-Х	Показатель	2007	2006
О 70.0, О70.1 О70.2	Разрывы промежности I, II, III ст.	103 – 4,6 %	86 – 4,4 %
О 71.3	Акушерский разрыв шейки матки	244 – 10,3 %	187 – 9,6 %
О 71.4	Разрыв влагалища	164 – 6,9 %	94 – 4,9 %
Итого:		511 – 21,8 %	367 – 18,9 %

Таблица 3
Аномалии родовой деятельности (взяты наиболее часто встретившиеся случаи)

Код МКБ-Х	Показатель	2007	2006
О62.3	Стремительные роды	126 – 5,2 %	103 – 5,3 %
О62.4	Гипертонические, некоординированные и затянувшиеся сокращения матки	121 – 5,0 %	172 – 8,8 %
О66.4	Неудачная попытка вызвать роды с последующей операцией кесарево сечение	70 – 3,0 %	43 – 2,2 %
О66.9	Дистоция родов БДУ	25 – 1,0 %	27 – 1,4 %
Итого:		342 – 14,3 %	345 – 16,3 %

ЛИТЕРАТУРА:

1. Чеченина, А.А. Клинический мониторинг гнойно-септической заболеваемости родильниц /А.А. Чеченина //Информационные базы данных в медицине: сб. науч. тр., междунар. форум, Египет, Хунгада, 1999.
2. Физиология и патология послеродового периода /А.Н. Стрижаков, О.Р. Баев, Т.Г. Старкова, М.В. Рыбин. – 70 с.
3. Дискоординированная родовая деятельность. Динамика показателя по результатам сравнительного анализа за 2001 и 2005 годы /А.А. Чеченина, Г.И. Чеченин, С.Г. Мозгунова, И.И. Кондратьева //Роль медицинских информационно-аналитических центров в информатизации и управлении системой здравоохранения: сборник трудов. – Новокузнецк: МОУ ДПО ИПК, 2006. – С. 164-170.
4. Радзинский, В.Е. Безопасное акушерство /В.Е. Радзинский, И.Н. Костин //Акушерство и гинекология. – 2007. – № 5. – С. 12-16.
5. Фролова, О.Г. Организация акушерско-гинекологической помощи в современных условиях /О.Г. Фролова //Акушерство и гинекология. – 2007. – № 5. – С. 76-80.



ШАПОВАЛОВА Э.Б., ЛУЗИНА Ф.А., ГОРБАТОВСКИЙ Я.А.,
ГАФАРОВ Н.И., КОЛБАСКО А.В., ЛУКАШЕВИЧ Г.Г.
*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
УРАМН НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний СО РАМН,
МЛПУ «Городская больница № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца»,
г. Новокузнецк*

ЭНДОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ТЕЛЕУТОВ КУЗБАССА

Проведено изучение распространенности АГ в двух популяциях телеутов Беловского и Новокузнецкого районов. Выявлена более широкая встречаемость АГ у телеутов, особенно у тех, кто проживает в черте крупного промышленного города Новокузнецка. Изучение генетических особенностей показало отличия телеутов по ряду генетических показателей от русских и различия между двумя их популяциями, с которыми можно связать более высокий уровень АГ «городских» телеутов. С этими особенностями, по-видимому, связаны и более выраженные нарушения липидного обмена у телеутов, по сравнению с алтайцами и шорцами.

SHAPOVALOVA E.B., LUZINA F.A., GORBATOVSKY Y.A.,
GAFAROV N.I., KOLBASKO A.V., LUKASHEVICH G.G.
*Novokuznetsk State Institute of Physicians' Advanced Training,
Research Institute for Complex Problems of Hygiene and Occupational Diseases,
Municipal clinical Health Care Facility «City Hospital № 2»,
Novokuznetsk*

ENDOGENOUS RISK FACTORS OF DEVELOPMENT OF HEART DISEASES BY KUZBASS TELEUTS

There has been studied the frequency of arterial hypertension among the two populations of Teleuts in Belovo and Novokuznetsk regions. It has been found out that arterial hypertension is observed more often by Teleuts, especially by those who live in the big industrial city Novokuznetsk. The studies of genetic peculiarities have shown the difference between Russians and Teleuts according to the certain genetic parameters and the difference between the two Teleut populations. The differences may be connected with the higher level of arterial hypertension within the group of city Teleuts. Supposingly, those peculiarities are dependent on the more expressed lipid exchange failures in the group of Teleuts in comparison with Altai or Shoria population.

Россия относится к странам с наиболее высокой распространенностью артериальной гипертензии (АГ), которая составляет среди мужчин 41,1 %, а среди женщин — 39,9 %. По данным статистики, в Кемеровской области основной причиной, обуславливающей инвалидизацию и смертность населения, являются болезни, протекающие с повышением артериального давления, что особенно неблагоприятно отражается на малочисленных народах, к числу которых относятся телеуты. Многочисленные эпидемиологические исследования, проведенные в различных этносах, убедительно показали наличие этнических особенностей в распространенности сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и их факторов риска.

Цель исследования заключалась в изучении роли эндогенных факторов риска в становлении АГ у телеутов Кузбасса.

Материал и методы. В основу работы положено эпидемиологическое исследование, прове-

денное в 2005-2008 гг. в местах компактного проживания телеутов Беловского и Новокузнецкого районов. Телеуты Беловского района относятся к сельским жителям, тогда как условия проживания телеутов Новокузнецкого района приближены к городским. Выборка состояла из взрослого населения старше 15 лет и была сформирована путем случайного распределения по данным списков семей, проживающих в селе. Соответственно представленному списку, на осмотр была приглашена каждая третья семья. Уровень охвата телеутов в Беловском районе составил 55,4 %, в Новокузнецком районе — 30,5 %. Средний возраст обследуемых телеутов Беловской и Новокузнецкой популяций составил $45,9 \pm 0,7$ лет и $49,9 \pm 2,0$ лет, соответственно. Обе выборки обследованных телеутов соответствовали возрастнo-половым пропорциям генеральной совокупности с отклонением в допустимых пределах до 5 %.

Измерение артериального давления крови проводилось после десятиминутного отдыха двукратно на обеих руках по методике ВОЗ (1980). АГ определялась по критериям ВОЗ/МОАГ 1999 года. Для выявления ишемической болезни сердца (ИБС) заполнялась анкета Роуза, изучались амбулаторные карты и выписки из стационара, запись ЭКГ. Исследование генетических маркеров проводилось на базе лаборатории популяционной генетики ГУ НИИ КППЗ СО РАМН по общепринятым методикам. Определены группы крови систем: АВ0, «полный» резус, Р, Льюис; сывороточные белки и эритроцитарные изоферменты: гаптоглобин (Hr), группоспецифический компонент (Gc), трансферрин (Tf), кислая фосфатаза эритроцитов (AcP), эстераза-D (EsD) и АВН-секретор слюны. Объем выборки по разным системам составил от 228 до 598 человек. Исследование сывороточных липидов проводилось в биохимической лаборатории ГКБ № 1 г. Новокузнецка и включало определение общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), липопротеидов низкой, высокой плотности, коэффициента атерогенности, аполипопротеидов (А), аполипопротеидов (В) и их соотношение. Для выявления генетической предрасположенности к ССЗ проведено сравнение больных с ССЗ (АГ + ИБС), АГ и ИБС с группой здоровых лиц (без ССЗ), сопоставимой по полу и возрасту.

Полученные в процессе исследования медико-биологические данные обрабатывались с использованием программной системы STATISTICA for Windows (версия 5.5). Сопоставление частотных характеристик качественных показателей проводилось с помощью непараметрических методов χ^2 , χ^2 с поправкой Йетса (для малых групп), χ^2 Пирсона, точного метода Фишера. Сравнение количественных параметров в исследуемых группах осуществлялось с использованием критериев Манна-Уитни, Вальда, медианного хи-квадрат, критерия Крускала-Уоллеса и модуля ANOVA. О степени ассоциации изучаемых показателей и АГ судили по критерию относительного риска – relative risk (RR).

Результаты исследования. В результате исследования установлено, что в Новокузнецкой популяции среди осмотренных 79 лиц обоего пола доля ССЗ составила 62,0 %, что достоверно больше, по сравнению с Беловской популяцией – 48,5 % ($p < 0,05$).

В обеих популяциях в структуре ССЗ АГ составила 96 %, на ИБС пришлось всего 3 %. Доля АГ в Новокузнецкой популяции оказалась достоверно выше, чем в Беловской популяции – 59,5 % и 47 %, соответственно ($p < 0,05$). ИБС в сравниваемых популяциях составила 9,3 % и 6,3 %, соответственно ($p > 0,05$).

В течение многих лет сотрудники лаборатории популяционной генетики изучали этноге-

нетические особенности телеутов и особенности распределения маркеров систем наследственного полиморфизма между ними и русскими, проживающими в одних и тех же селах, с целью выявления наследственных национальных различий [1-4]. Так, у телеутов, по сравнению с русскими, достоверно чаще встречается В(III) группа крови – 40,3 % против 24,2 %, Rh(+) – 98,5 % против 86,8 %, фенотип CcDEe системы полного резуса – 24,4 % против 20,6 % и гетерозиготный вариант MN – 43,2 % против 20,5 %, соответственно.

Анализ распределения генетических маркеров у Беловских и Новокузнецких телеутов показал, что, несмотря на их общие этногенетические корни, между ними имеются статистически значимые различия ($p < 0,01$) по некоторым системам генетического полиморфизма. Так, по системе полного резуса в Новокузнецкой популяции телеутов гаплотип CcDEe представлен с частотой 58,1 %, в Беловской популяции его частота в 2 раза меньше – 27,7 %. В то же время, гаплотипы CcDEe и CcDEe чаще регистрировались в Беловской популяции телеутов – 22,9 % и 31,7 %, чем в Новокузнецкой – 12,9 % и 16,3 %, соответственно. По системе групп крови Р в Беловской популяции превалировал фенотип Р(+) – 67,5 %, а в Новокузнецкой – фенотип Р(-) – 58,3 %. АВН-секреторов в 3,4 раза больше в Новокузнецкой популяции, чем в Беловской – 30,8 % и 9,1 %, соответственно.

Анализ распределения генетических маркеров у телеутов с ССЗ, ИБС и здоровых показал, что в группе больных с ССЗ из всех систем наследственного полиморфизма достоверные различия ($p < 0,05$) по сравнению с контролем выявлены только по фенотипу а+b-системы Льюис ($\chi^2 = 4,8$; RR = 0). Среди больных ИБС статистически значимой оказалась система группоспецифического компонента (Gc). Частота варианта Gc 1-1 у больных ИБС составила 77,9 %, у здоровых – 56,7 % ($\chi^2 = 4,3$; RR = 2,6). Фенотип Gc 2-1 превалировал среди здоровых – 37,8 % ($p < 0,05$). Участие данных систем наследственного полиморфизма в предрасположенности к ССЗ ранее было показано в работе Горбатовского Я.А. (1998). Сравнение частоты встречаемости генетических маркеров у больных АГ и лиц без нее по исследуемым генетическим системам достоверных различий не показало.

Значения липидов и липопротеидов у мужчин и женщин в разных возрастных группах представлены в таблице. Липидный спектр определялся у 96 человек, которые были разделены на 2 возрастные группы: 30-49 лет и 50 лет и старше. При сравнении между собой мужчин и женщин внутри возрастных групп по значениям липидов и липопротеидов достоверных различий не получено. Следует отметить, что уровень липидов увеличивался с возрастом.



Таблица

Значения липидов и липопротеидов в обследованных группах ($M \pm m$)

Возрастные группы	30–49 лет		P<0,05	50 лет и >		P < 0,05
	Женщины	Мужчины		Женщины	Мужчины	
ОХС	$5,2 \pm 0,24$	$5,1 \pm 0,44$	N.S.	$5,5 \pm 0,12$	$5,1 \pm 0,23$	N.S.
ТГ	$1,4 \pm 0,15$	$1,4 \pm 0,19$	N.S.	$1,9 \pm 0,13$	$1,9 \pm 0,28$	N.S.
ЛПНП	$3,0 \pm 0,22$	$2,7 \pm 0,26$	N.S.	$3,1 \pm 0,12$	$3,2 \pm 0,19$	N.S.
ЛПВП	$1,3 \pm 0,08$	$1,4 \pm 0,22$	N.S.	$1,2 \pm 0,05$	$1,2 \pm 0,08$	N.S.
Апо(А)	$1,5 \pm 0,06$	$1,7 \pm 0,18$	N.S.	$1,6 \pm 0,03$	$1,6 \pm 0,07$	N.S.
Апо(В)	$1,0 \pm 0,05$	$0,9 \pm 0,08$	N.S.	$1,1 \pm 0,04$	$1,0 \pm 0,06$	N.S.
Апо(В)/Апо(А)	$0,6 \pm 0,02$	$0,6 \pm 0,06$	N.S.	$0,6 \pm 0,06$	$0,7 \pm 0,04$	N.S.
КА	$3 \pm 0,18$	$3,1 \pm 0,49$	N.S.	$3,9 \pm 0,19$	$3,7 \pm 0,34$	N.S.

Примечание: N.S. (no significant) – отсутствие достоверных различий между женщинами и мужчинами внутри возрастной группы.

Анализ распространенности нарушений липидного обмена при сравнении между собой мужчин и женщин значимых различий не выявил ($p > 0,05$). Установлено, что среди женщин и мужчин уровень ОХС, соответствующий нормальным значениям данного показателя, отмечается у 31,1 % и 34,8 %, соответственно; пограничные значения ОХС наблюдались у 54,1 % и 47,8 %, а умеренная гиперхолестеринемия – у 14,7 % и 13 % женщин и мужчин, соответственно. Выраженная гиперхолестеринемия зарегистрирована только у мужчин в 4,3 % случаев. Установлено, что ТГ крови выше нормы имели 50,8 % женщин и 43,5 % мужчин, а ЛПНП – 65,6 % женщин и 60,9 % мужчин. Гипоальфахолестеринемия зарегистрирована в 60,6 % случаев среди женщин и в 30,4 % случаев среди мужчин. Коэффициент атерогенности больше нормы имели 40,9 % женщин и 43,5 % мужчин.

Таким образом, этногенетические различия телеутов, проживающих в Беловском и Новокузнецком районах, способствуют более широкой распространенности АГ у «городских» телеутов и в целом в их обеих популяциях. С этим же, по-видимому, связана и широкая распространенность нарушений липидного обмена среди телеутского этноса, которая оказалась выраженной в значительно большей степени, по сравнению с другими коренными народами Южной Сибири: алтайцами [5] и шорцами [6].

ЛИТЕРАТУРА:

1. Популяционно-генетическая характеристика телеутов /Е.А. Лотош, Ф.А. Лузина, Л.П. Гребнева и др. //Генетика человека и патология: Тез. докл. I итог. конф. НИИ мед. генетики. – Томск: Изд-во ТГУ, 1989. – С. 81-82.
2. Лотош, О.Е. Антропогенетические характеристики Новокузнецких телеутов /О.Е. Лотош, Ф.А. Лузина, Е.А. Лотош //Проблемы биологии и медицины: Сб. тр. КемГМА. – Кемерово, 1998. – С. 288-291.
3. Лотош, О.Е. Антропогенетическая характеристика Беловских телеутов /О.Е. Лотош, Ф.А. Лузина //Современные концепции охраны здоровья и экологии человека: Сб. докл. конф., посвящ. 25-летию ИКПГ и ПЗ. – Новокузнецк, 2001. – С. 145-150.
4. Распределение гаплотипов системы резус в популяции Беково-Челухово /Ф.А. Лузина, А.В. Колбаско, Н.И. Гафаров и др. //Гигиенические, клинические и экспериментальные аспекты медицины труда: Матер. XLII науч.-практ. конф. с междунар. участием. – Новокузнецк, 2007. – С. 70-72.
5. Ковалева, Ю.В. Распространенность и основные факторы риска артериальной гипертензии у коренных жителей Горного Алтая /Ю.В. Ковалева: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 2004. – 24 с.
6. Взаимосвязь артериальной гипертензии с факторами риска ее развития у жителей Горной Шории /М.Ю. Огарков, Я.В. Казачек, О.М. Поликутина и др. //Актуальные вопросы эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний и организации кардиологической помощи населению: сб. тез. – Кемерово, 2003. – С. 62.



ШАРАПОВА И.Н., ЧЕЧЕНИН А.Г., КУЗНЕЦОВА О.В.
*МЛПУ «Городская клиническая больница № 29»,
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк*

ДИНАМИКА НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОД ВЛИЯНИЕМ КРАНИАЛЬНОЙ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Проведено изучение особенностей нарушения биомеханики кранио-цервикальной области и оценка эффективности применения комплекса мануальной терапии, направленного на коррекцию когнитивных нарушений при сосудистых заболеваниях головного мозга у 45 человек – 30 женщин (66,7 %) и 15 мужчин (33,3 %), средний возраст от 40 до 65 лет, с легкими когнитивными нарушениями. Всем проводилась диагностика биомеханических нарушений кранио-цервикальной области, ЭЭГ, тест MMSE и тест рисования часов. На основании исследования выявлено, что когнитивные нарушения при сосудистых заболеваниях головного мозга часто сочетаются с биомеханическими нарушениями в области черепа (100 % случаев). Применение комплекса мануальной терапии, направленного на коррекцию этих нарушений, способствует их компенсации (50 %), а также уменьшению выраженности гипертензионно-гидроцефального синдрома (31,3 %) и показателей ЭЭГ (50 %) в основной группе.

SHARAPOVA I.N., CHECHENIN A.G., KUZNETSOVA O.V.
*Municipal clinical Health Care Facility «City Hospital № 29»,
Novokuznetsk State Institute of Physicians' Advanced Training,
Novokuznetsk*

THE DYNAMIC OF THE NEUROPSYCHOLOGICAL AND NEUROPHYSIOLOGIC INDEXES UNDER THE INFLUENCE OF THE CRANIAL MANUAL THERAPY OF THE PATIENTS WITH MILD COGNITIVE ALTERATIONS HAVING BRAIN VASCULAR DISEASES

The studying of the peculiarities of the biomechanical changes craniocervical region and estimation of the directing to the correction of the cognitive alterations having brain vascular diseases of the 45 persons – 30 women (66,7 %) and 15 men (33,3 %), middle age from 45 to 65 years old, with mild cognitive alterations. For all people diagnostics was conducted of the biomechanical changes craniocervical region, EEG, test MMSE and test «drawing watch». Investigation showed that cognitive alterations having brain vascular diseases often go with biomechanical changes in cranial region (100 %). Using manual therapy complex directing to the correction of these alterations, promote their compensation (50 %), and also decreasing indexes hypertension-hydrocephalic syndrome (31,3 %) and changes EEG (50 %) in main group.

Увеличение распространенности нарушений когнитивных функций по мере увеличения доли пожилых лиц в популяции оказывает существенное влияние на состояние общества в целом и является одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем.

В последние годы все более пристальное внимание привлекает промежуточная стадия развития когнитивных нарушений, когда они еще не достигают степени деменции, но уже выходят из границ возрастной нормы. Принципы лечения умеренных когнитивных расстройств в целом аналогичны таковым для больных с де-

менциями. Однако до настоящего времени не проведено строгих рандомизированных исследований оценки эффективности лекарственных средств при додементных когнитивных расстройствах, многие из препаратов обладают массой побочных эффектов и противопоказаний, а также приводят к развитию осложнений при длительном приеме. В свете этого повышается роль немедикаментозного лечения когнитивных расстройств, в том числе мануальной терапии [1-4].

Имеются данные, позволяющие предположить, что комплекс последовательных приемов

краниальной мануальной терапии, устраняющих патобиомеханические нарушения в сочленениях черепа, косвенно способствует нормализации ликворопроводящих и ликворообразующих систем головного мозга, непосредственно влияющих на состояние основных элементов центральной нервной системы, в том числе ствола головного мозга, межоточного мозга и околожелудочковых образований, улучшению кровообращения мозга. В связи с этим, можно предположить целесообразность применения методов краниальной мануальной терапии для коррекции когнитивных нарушений при сосудистых заболеваниях головного мозга.

Цель исследования — на основании изучения особенностей нарушения биомеханики в краниоцервикальной области разработать и оценить эффективность применения комплекса краниальной мануальной терапии, направленного на коррекцию когнитивных нарушений при сосудистых заболеваниях головного мозга.

Методы исследования. Клинический неврологический, мануальное тестирование краниальной и цервикальной областей, нейрофизиологический, нейропсихологический, нейровизуализационный, статистический.

Характеристика пациентов. Была обследована группа больных с легкими когнитивными нарушениями при сосудистых заболеваниях головного мозга (начальные нарушения кровоснабжения головного мозга, переходящие нарушения мозгового кровообращения, дисциркуляторная энцефалопатия), получающих стандартное комплексное восстановительное лечение (медикаментозная терапия, физиолечение, ЛФК), из 45 человек — 30 женщин (66,7 %) и 15 мужчин (33,3 %), средний возраст от 40 до 65 лет.

Сосудистые заболевания диагностировались в соответствии с классификацией сосудистых поражений головного и спинного мозга. Критериями диагностики легких когнитивных нарушений явились: беспокойность больного снижением памяти и внимания, которые отмечались в последние несколько месяцев, данные теста MMSE (mini-mental state examination — краткое исследование ментального состояния) от 25 до 27 баллов включительно при любом тесте рисования часов, либо MMSE 28 баллов и более, а тест рисования часов менее 9 баллов.

В клинической картине выявлялись синдромы: вестибуло-атактический — 40 человек (88,9 %), гемипаретический — 3 человека (6,7 %), дизартрический — 4 человека (8,9 %), диссомнический — 38 человек (84,4 %), гипомнестический — 45 человек (100 %), цефалгический — 42 человека (93,3 %), вегетативно-сосудистый — 17 человек (37,8 %). Методом простой рандомизации пациенты разделены на 3 группы, сопоставимые по возрасту, полу, уровню образования, а также

по клиническим характеристикам и стадиям заболевания.

Всем группам проводилась диагностика патобиомеханических изменений краниоцервикальной области. Контрольной группе проводилось исследование патобиомеханических нарушений в краниоцервикальной области — 15 человек, группе сравнения проводился массаж краниоцервикальной области — 14 человек, основной группе проводилась мануальная терапия краниоцервикальной области — 16 человек, которая включала следующие классические краниальные техники, описанные Э. Гихином.

Техника проведения: положение пациента лежа на спине, расслабившись. Положение врача — сидя у головы пациента, предплечья находятся на кушетке с отрегулированной высотой. Курс состоял из трех сеансов, проводимых на второй, восьмой и двенадцатый дни восстановительного лечения. Продолжительность каждой из техник — 2-4 минуты в среднем, общее время процедуры — 30-40 минут. Проводилась альтернативная ротация височных костей, затылочно-атлантный тест, декомпрессия основания черепа, уравнивание большого затылочного отверстия, декомпрессия височной кости, техника лобного подъема, лобно-основная релаксация, репозиция основной кости, техника лицевой релаксации, непосредственное общее устранение застойных явлений, общий сосудистый дренаж, альтернативная ротация височных костей.

Результаты исследования. Неврологические синдромы при сосудистых заболеваниях головного мозга в 100 % случаев сопровождались ПБМН в области черепа, в том числе сфенобазиллярного сочленения. При диагностике ПБМН определялась частота краниального ритма, компрессия швов, свободная подвижность краниовертебрального сочленения с обеих сторон с помощью затылочно-атлантного теста.

При нейрофизиологическом исследовании, по данным ЭхоЭГ, гипертензионно-гидроцефальный синдром в основной группе преобладал у 11 человек (68,8 %), в группе сравнения — у 7 человек (50 %), в контрольной группе — у 9 человек (60 %).

По данным ЭЭГ признаки дезорганизации биоэлектрической активности головного мозга преобладают у 15 человек в основной группе (93,8 %), у 11 человек в группе сравнения (78,6 %) и у 12 человек в контрольной группе (80 %).

После проведения комплекса мануальной терапии у пациентов всех 3 групп наблюдалось клиническое улучшение в виде нормализации сна, уменьшения головокружения, двигательных расстройств.

Улучшились показатели нейропсихологического тестирования, нейрофизиологических

Таблица

Результаты нейропсихологических и нейрофизиологических изменений у больных до и после диагностики биомеханических нарушений и их коррекции (в %)

Показатели	Основная группа n = 16		Группа сравнения n = 14		Контрольная группа n = 15	
	До диагностики БМН	После применения комплекса краниальной мануальной терапии	До диагностики БМН	После применения массажа краниоцервикальной области	До диагностики БМН	После общего лечения
MMSE менее 27 баллов	81,3	31,3	85,7	64,3	80	66,7
Тест рисования часов менее 9 баллов	18,8	6,3	14,3	14,3	33,3	13,4
Гипертензионно- гидроцефальный синдром по данным ЭхоЭг	68,8	37,5	50	42,9	60	60
Дезорганизация биоэлектрической активности головного мозга	93,8	43,8	78,6	50	80	60
Дисфункция на мезенцефало- бульбарном уровне	75	31,4	71,4	42,9	46,7	46,7

показателей, но в большей степени в основной группе.

Полной нормализации показателей не наступило ни в одной из групп. Этот факт можно объяснить тем, что все пациенты были с хроническими сосудистыми заболеваниями и имели прогрессивный характер течения заболевания.

Выводы:

1. Когнитивные расстройства при сосудистых заболеваниях головного мозга сочетаются с облитерационными ПБМН в области черепа.
2. ПБМН можно рассматривать как составную часть патогенеза ишемически-дегенеративных нарушений со стороны головного мозга. Возможно, они могут провоцировать начало процесса и усугублять его течение за счет влияния на гемо- и ликвородинамику.
3. Применение комплекса мануальной терапии, направленного на коррекцию ПБМН, в области черепа при сосудистых заболеваниях головного мозга способствует компенсации нарушений высших корковых функций.

4. Комплекс краниальной мануальной терапии можно рекомендовать включать в лечебно-реабилитационные мероприятия для коррекции когнитивных нарушений при различных заболеваниях, а также для профилактики развития нарушений высших корковых функций у здоровых людей.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Захаров, В.В. Диагностика деменций: Метод. реком. клиники нервных болезней им. А.Я. Кожевникова /Захаров В.В., Яхно Н.Н. – М., 2004. – 16 с.
2. Суханов, А.В. Эпидемиология, диагностика, лечение и профилактика деменций: Метод. реком. /Суханов А.В., Фейгин В.Л. – Новосибирск, 2002. – 32 с.
3. Яхно, Н.Н. Изменения центральной нервной системы при старении /Яхно Н.Н., Лавров А.Ю. //Нейродегенеративные болезни и старение: Рук. для врачей /Под ред. И.А. Завалишина Н.Н. Яхно, С.И. Гавриловой. – М, 2001.
4. Magoun, H.I. Osteopathy in cranial field /Magoun H.I. – Kirksville, Missouri, 1976.

ШАЦКИХ Н.А., ЗАДОРЖНАЯ М.П., РАЗУМОВ В.В.
МЛПУ «Городская клиническая больница № 2
Святого великомученика Георгия Победоносца»,
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк

ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ, ЛЁГОЧНАЯ ГИПЕРТОНИЯ И ПЫЛЕВАЯ ПАТОЛОГИЯ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

У 129 больных гипертонической болезнью, 54 больных пылевой патологией органов дыхания и 97 лиц двух контрольных групп доплерэхокардиографически определены гемодинамические параметры обоих желудочков сердца и кругов кровообращения. По результатам исследования делаются выводы, что правый желудочек сердца и малый круг кровообращения являются органами-мишенями для гипертонической болезни, что повышение давления в артериях малого круга кровообращения начинается на начальной стадии пылевых заболеваний органов дыхания, и что исследование легочной гемодинамики с использованием функциональной нагрузки должно быть обязательным при экспертизе связи пылевой патологии органов дыхания с профессией.

SHATSKIH N.A., ZADOROZHNAJA M.P., RAZUMOV V.V.
*Municipal clinical Health Care Facility «City Hospital № 2»,
Novokuznetsk State Institute of Physicians' Advanced Training,
Novokuznetsk*

HYPERTENSIVE DISEASE, PULMONARY HYPERTENSION AND RESPIRATORY DUST PATHOLOGY

Hemodynamic parameters of two heart ventricles and circles of blood circulation by Doppler echocardiography were determined in 129 patients with hypertensive disease, 54 patients with respiratory dust pathology and 97 subjects of two control groups. By the results of our research it's inferred that right heart ventricle and lesser circulation are targets for hypertensive disease, and the increase in pressure in arteries of lesser circulation begins at the initial stage of respiratory dust diseases and the research of pulmonary hemodynamics with usage of the functional load should be obligatory when expertizing of the relationship of respiratory dust disease and profession.

Многоаспектные данные по ремоделирующим воздействиям вазоактивных субстанций на миокард левого желудочка (ЛЖ) и сосуды большого круга кровообращения (БКК) при гипертонической болезни (ГБ) позволяют предполагать возможность распространения этих эффектов на миокард правого желудочка (ПРЖ) и сосуды малого круга кровообращения (МКК). В пользу такого предложения свидетельствует обилие публикаций о гипотензивном эффекте приема ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента у лиц с вторичной пульмоногенной легочной гипертензией (ЛГ). Имеются и экспериментальные наблюдения по развитию фиброза не только в предсердиях, желудочках и аорте, но и в легочной артерии при продолжительном введении крысам ангиотензина-II. Косвенно на возможность не опосредованного, а непосредственного влияния ГБ на уровень легочного артериального давления (ЛАД) указывает существенное утяжеление прогноза у больных с бронхо-легочной патологией, в том числе и пылевой патологией органов дыхания (ППОД) при

присоединении к ней ГБ, приводящей к декомпенсации обычно до того умеренно протекавшей вторичной пульмоногенной ЛГ.

Зрелый и пожилой возраст работников ко времени диагностики у них ППОД объясняет довольно высокую частоту существования у них к этому времени ГБ, доходящей, по некоторым авторам, до 60 % случаев. В прошлом, из-за недостаточной информации о клеточных и молекулярных звеньях патогенеза, отягчающее влияние ГБ на течение бронхо-легочной патологии объяснялось опосредованным влиянием ее через развитие недостаточности ЛЖ, прекапиллярной ЛГ с возрастанием ЛАД через рефлекс Ф.Я. Китаева. Однако теперь сводить весь патогенез ЛГ к рефлексам Китаева и Эйлера-Лильестранда было бы анахронизмом. Тем не менее, программы ВОЗ, МОАГ, а также отечественные, по дальнейшему изучению патогенности АД и артериальной гипертензии (АГ) сосредоточены на органах, кровоснабжение которых обеспечивается из сосудов БКК [4]. В этих программах МКК и ПРЖ не включены в перечень структур, потенциально подверженных на-

рушению теми же самыми механизмами, которые вызывают поражение органов-мишеней при АГ.

С другой стороны, данные о существовании не только гипоксических, но воспалительных и других стимулах ремоделирования легочных сосудов [1, 5], как морфологического субстрата ЛГ, требует пересмотра укоренившихся в профпатологии представлений на ЛГ как на осложнение далеко зашедшей ППОД, объясняющих тот факт, что ЛГ и легочное сердце не входят в критерии ни диагностики ППОД, ни профессионального трудоустройства. Изменение профилей цитокинов и медиаторов межклеточных взаимодействий, обладающих ремоделирующими потенциями в отношении мышечных и стромальных компартментов сердца и сосудов, сопутствует всем стадиям хронического воспаления пылевой этиологии [3, 6]. Аманбекова А.У. выявила у больных в начальных стадиях ППОД транзиторную ЛГ и гипертрофию межжелудочковой перегородки при отсутствии нарушений газового состава крови [2]. Практика проведения анестезиологического и реанимационного пособий у работающих шахтеров с черепно-мозговыми травмами обнаружила непредвиденные и неадекватные ответные реакции систем гемодинамики и газообмена у пострадавших, предполагая существование скрытых отклонений в этих функциональных системах, принимающих чрезвычайно опасный характер в реанимационной ситуации [7].

Цель исследования — изучить состояние МКК и ПрЖ у больных ГБ и ППОД для проверки предположений о структурах бассейна с низким АД как органах-мишенях при ГБ и о повышении ЛАД как начальном проявлении ППОД.

Материал и метод. Обследованы 129 пациентов с ГБ (симптоматический характер АГ был исключен) в возрасте 27-70 лет ($51,7 \pm 1,1$). Среди обследованных не было лиц с контролируемым уровнем АГ. I, II и III стадии ГБ были выявлены у 20,2 %, 45 % и 34,8 % больных. I, II и III степени АГ имелись у 31,8 %, 42,6 % и 25,6 % больных. 0, I, II, III и IV функциональные классы хронической сердечной недостаточности (ХСН) по NYHA по тесту с 6-минутной ходьбой наблюдались, соответственно, у 38,8 %, 30,2 %, 20,9 % и 10,5 % больных.

Контрольная группа по отношению к больным с ГБ (КГ_{ГБ}) состояла из 27 практически здоровых лиц в возрасте 31-70 лет ($46,8 \pm 2,0$), не имевших заболеваний сердечно-сосудистой и бронхо-легочной систем. В связи с отсутствием возрастного изменения уровня ЛАД, различие между больными ГБ и лицами КГ_{ГБ} по возрасту не считалось принципиальным, тем более что это различие было статистически недостоверным ($\chi^2 = 6,40$; d.f. = 4).

Больные ППОД были представлены 54 мужчинами с антракосиликозом или пылевым бронхи-

том, не страдавшими ГБ. При обследовании ни у кого из больных с ППОД не было клинических и рентгенологических признаков гемодинамической недостаточности ЛЖ, а по данным эхокардиографического (ЭхоКГ) исследования — гипертрофии его миокарда.

У больных ППОД возраст составил в среднем $50,4 \pm 0,7$ лет, продолжительность профессионального стажа — $25,3 \pm 0,8$ лет. Несмотря на значительную стажированность, 41 % больных ППОД продолжали работать в условиях повышенной запыленности. У больных ППОД значение ЖЕЛ равнялось $86,4 \pm 2,5$ %, т.е. в целом было нормальным, хотя у 36 % из них значения ЖЕЛ% были менее 80 %. Значение ОФВ₁% у больных ППОД в среднем достигло $72,2 \pm 2,5$ %. В группах со значениями ОФВ₁% в ≥ 80 %; $< 80,0$ – $\geq 70,0$ % и $< 70,0$ % находилось 39,0 %, 25,0 % и 36,0 % больных.

Контрольная группа по отношению к больным с ППОД (КГ_{ППОД}), была сформирована из 45 практически здоровых мужчин, не работавших в условиях запыленности и не имевших заболеваний сердечно-сосудистой и бронхо-легочной систем. Средний возраст мужчин КГ_{ППОД} был $48,5 \pm 1,1$ лет. Распределение возрастных частот между КГ_{ППОД} и больными ППОД было недостоверным ($\chi^2 = 4,8$; d.f. = 2).

У всех больных ГБ, ППОД, лиц КГ_{ГБ} и КГ_{ППОД} в покое доплерэхокардиографически изучены показатели сердечной гемодинамики обоих желудочков, центральной и периферической гемодинамики обоих кругов кровообращения, всего 120 показателей. Кроме того, у лиц КГ_{ППОД} и больных с ППОД после ЭхоКГ исследования проводилась 10-минутная антиортостатическая проба (АОП), после которой ЭхоКГ исследование повторялось. Основным гемодинамическим показателем состояния МКК считали среднее давление в легочной артерии (ЛАДср), определяемое в mm Hg по формуле А. Kitabatake, по данным литературы в норме не превышающее в состоянии покоя 20,0 и после физической нагрузки — 26,0 mm Hg. Показателем состояния ПрЖ считали толщину передней его стенки в диастоле (ТПСПрЖ_д), полагаемая нормальным ее значением ≤ 5 мм.

Силу влияния клинических и ЭхоКГ признаков (организованные признаки) на уровень ЛАДср и ТПСПрЖ_д (результативные признаки) определяли многофакторным дисперсионным анализом. Сила влияния (η^2_x), выраженная в процентах, показывала, на какую часть результативного признака от общего их числа оказывал влияние организованный признак.

Результаты исследования и обсуждение. На первом этапе исследований определялась ЛАДср-гипертензионность ГБ. Величина ЛАДср составила у лиц КГ_{ГБ} $14,1 \pm 2,9$, а у больных ГБ — $19,7 \pm 5,7$ mm Hg, т.е. достигла практически

верхней границы нормы. ЛГ имела у 50,5 % больных ГБ. Уровни ЛАДср соответственно I, II и III степеням АГ равнялись $17,1 \pm 4,6$; $21,0 \pm 6,0$ и $22,3 \pm 4,9$ mm Hg; соответственно I, II и III стадиям ГБ — $15,7 \pm 4,2$; $18,5 \pm 4,7$ и $23,6 \pm 5,2$ mm Hg и, соответственно, 0, I, II и III-IV классам ХСН — $15,6 \pm 3,9$; $21,1 \pm 4,3$; $22,4 \pm 4,6$; $26,0 \pm 1,7$ mm Hg.

У больных ГБ по результатам дисперсионного анализа из 120 факторов 60 достоверно оказывали влияние на уровень ЛАДср. Первые из них в порядке убывания η^2_x на ЛАДср располагались в следующей последовательности: удельное и общее легочные сопротивления (УЛС и ОЛС) — 49,3 % и 40,9 %; ТПСПрЖ_д — 28 %; гипертрофический вариант ремоделирования миокарда ЛЖ — 26,3 %; стадия ГБ — 25,5 %; время изоволюметрического расслабления миокарда ЛЖ (ВИРМЛЖ) — 25,2 %; индекс массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ) — 24,4 %; время ускорения митрального потока предсердного наполнения Ата_{МК} — 21,1 %; толщина межжелудочковой перегородки в диастолу (ТМЖП_д) — 17,1 %; время ускорения трикуспидального потока быстрого наполнения АТе_{ТК} — 16 %; АД пульсовое — 15,6 %; отношение трансмитральных потоков быстрого и предсердного наполнения ($Ve_{МК}/Va_{МК}$) — 14,8 %; скорость циркулярного укорочения волокон миокарда ЛЖ — 13,6 %; отношение трикуспидальных потоков быстрого и предсердного наполнения $Ve_{ТК}/Va_{ТК}$ — 3,4 %; АД систолическое — 13 %.

Первых 15 факторов с наибольшей силой влияния на уровень ЛАДср оказалось достаточным для выявления ЛАДср-гипертензионных закономерностей у больных ГБ. Уровень ЛАДср определялся величиной сосудистого легочного сопротивления. Первоочередность влияния на уровень ЛАДср массметрических показателей сердца и характеристик диастолической релаксации, связанных с мышечным и соединительно-ткаными его компонентами, расценена как косвенное доказательство ремоделирования аналогичных структур и в сосудах МКК. Роль вазомоторных влияний на уровень ЛАДср, доказываемая влиянием на него характеристик системного АД, была второстепенной. Объемные и гемодинамические показатели ПрЖ ощутимого влияния на уровень ЛАДср не оказывали.

У лиц КГ_{ГБ} только УЛС МКК достоверно влияло на уровень нормального ЛАДср — 24,1 %. Однако рассмотрение лиц КГ_{ГБ} и больных ГБ как единой группы, не изменив существенно приоритетность ЛАДср-гипертензионности факторов, существенно повысило их силу влияния на уровень ЛАДср. Значения η^2_x факторов у всего контингента обследованных, соответственно последовательности их вышеизложенного упоминания у больных ГБ, имели следующие выражения — 52,6; 45,4; 26,0; 32,1; 34,9; 34,6; 31,1; 9,4; 23,6;

17,1; 24,0; 29,0; 16,8; 23,8 и 24,7 %. Выявившееся обстоятельство трактовалось нами как доказательство потенциальной ЛАДср-гипертензионности факторов даже при нормальном уровне артериального давления.

Сила влияния класса ХСН была достаточно высокой — 37,4 %. Для оценки ЛАДср-гипертензионности застойных явлений в МКК при ХСН аналогичный дисперсионный анализ проведен среди лиц, не имевших и имевших ее. При отсутствии ХСН (лица КГ_{ГБ} и часть больных с ГБ) ЛАДср-гипертензионность ассоциировалась с показателями диастолической релаксации миокарда и характеристиками системного АД, указывая на вазомоторные влияния на уровень ЛАДср и воздействие на него начального фиброзирующего ремоделирования в легочных сосудах. При возникновении ХСН приоритетность факторов в их влиянии на ЛАДср изменилась, и на первое место вышли показатели ремоделирования миокарда. Вазомоторные (функциональные) влияния на уровень ЛАДср отошли на задний план.

Дисперсионным анализом у больных ГБ определены факторы, достоверно влияющие на ТПСПрЖ_д. Очередность убывания их η^2_x на ТПСПрЖ_д имела следующую последовательность: $Ve_{ТК}/Va_{ТК}$ — 30,1 %; гипертрофический вариант ремоделирования миокарда ЛЖ — 26,3 %; ВИРМЛЖ — 26,2 %; ИММЛЖ — 25,5 %; ММЛЖ — 23,2 %; уровень ЛАДср — 24,5 %; ТМЖП_д и ТМЖП_с — 21,8 % и 17,9 %; АТе_{ТК} — 15,4 %; $Ve_{ТК}$ — 15,1 %, ТЗСЛЖ_д — 14,1 %.

Вторым этапом исследования изучено состояние гемодинамики МКК у больных ППОД. Значения ЛАДср в покое находились у лиц КГ_{ППОД} в пределах 9,0-19,7 mm Hg ($13,6 \pm 0,5$), у больных ППОД — в диапазоне 9,4-21,7 mm Hg ($15,3 \pm 0,4$). Причем, у 9,3 % больных ППОД ЛАДср было > 20 mm Hg. После АОП у лиц КГ_{ППОД} ЛАДср осталось прежним — $13,3 \pm 0,5$, находясь в интервале 9,0-21,7 mm Hg. У больных с ППОД после АОП ЛАДср поднялось до $19,9 \pm 0,6$ mm Hg, причем у 57,4 % из них ЛАДср превысило 20 mm Hg, а у 11,1 % больных поднялось выше 26 mm Hg. В целом, у больных ППОД ЛГ в покое и/или при АОП была выявлена в 14,8 % случаев.

У больных ППОД соответственно значениям ЖЕЛ ≥ 80 % и < 80 % ЛАДср в покое равнялось $14,5 \pm 0,6$ и $15,9 \pm 0,6$, а после ОАП — $17,9 \pm 0,8$ и $22,5 \pm 0,8$ mm Hg. В группах с показателями ОФВ₁ в ≥ 80 %; < 80 - ≥ 70 % и < 70 % ЛАДср в покое составило $13,7 \pm 0,7$, $15,8 \pm 1,0$ и $15,8 \pm 0,7$, а после ОАП — $16,8 \pm 1,0$, $20,5 \pm 1,2$ и $21,4 \pm 1,0$ mm Hg, соответственно. Таким образом, нарушение показателей функции внешнего дыхания сопровождалось повышением уровней ЛАДср.



По данным дисперсионного анализа, у лиц КГ_{пход} на ЛАДср покоя оказывали влияние только 6 факторов, располагавшиеся в порядке убывания η^2_x на уровень ЛАДср в следующей последовательности: СИПрЖ и КДОПрЖ – 19,9 % и 19,2 %; $V_{a_{TK}}$ и $E_{i_{MK}}$ – 18,7 % и 18,5 %; ОЛС – 14,2 %, время сокращения МЖП – 12,5 %. Характер гемодинамических факторов, связанных с ЛАДср, у больных с ППОД был другим, их численность и сила влияния на ЛАДср – большей: LVT_c – 25,2 %; КСОПрЖ – 25,1 %; SBT/d – 23,6 %; SBT_c – 21,9 %; КДОПрЖ – 19,7 %; LVT_d – 19,7 %; СПРЖ_c – 16,4 %; УЛС – 14,9 %; ТПСПрЖ_c – 14,6 %, $V_{e_{TK}}$ – 11,5 %. Таким образом, приоритетностью влияния на уровень ЛАДср у лиц КГ_{пход} обладали показатели выброса ПрЖ и его диастолической функции, у больных с ППОД – преимущественно линейные и поверхностные размеры ПрЖ и выносящего тракта.

При АОП у лиц КГ_{пход} достоверное влияние на уровень ЛАДср оказывали только 2 параметра правожелудочковой гемодинамики, прежней, функциональной модальности – СИПрЖ и МОКПрЖ. Их η^2_x на ЛАДср составляла 21,5 % и 17,2 %, соответственно. Связь значений ЛАДср в покое и при АОП выражалась величиной в 13,5 %. У больных с ППОД при АОП влияние на уровень ЛАДср оказывали факторы, не совпадающие с таковыми у лиц КГ_{пход} при АОП. Количество этих факторов стало большим, по сравнению с состоянием покоя, и изменилась приоритетность влияния на ЛАДср: LVT_d – 19,8 %; КСОПрЖ – 15 %; КДОПрЖ – 13,7 %; УЛС и ОЛС – 10,2 % и 10 %, соответственно. Некоторые из факторов, имевших влияние на значения ЛАДср в покое, влияли также и на значения ЛАДср при АОП, являясь его предикторами: LVT_c – 27,1 %; СПРЖ_c – 17,9 %; ТПСПрЖ_c – 17 %; УЛС – 16,8 %. Ряд факторов, не влиявших на уровень ЛАДср в покое, влиял на уровень ЛАДср при АОП: КДОПрЖ – 17,5 %; ТМЖП_d – 16,8 %; КСОПрЖ – 14,6 %; СПРЖ_d – 13 %; СПРП – 12,2 %; ОЛС – 11,5 %; ФВПрЖ – 10 %; ЛПрЖ_c – 9,5 %. При АОП выявилась достоверная обратная связь между величинами ЛАДср ЖЕЛ% и ОФВ₁% – 33,3 % и 12,1 %. Прогностичность уровня ЛАДср покоя на ЛАДср при АОП выражалась значением в 33,4 %.

Профессиональные факторы (продолжительность стажа, возраст начала и окончания работы в условиях запыленности; класс вредности фактора запыленности) не оказывали достоверного влияния на уровень ЛАДср. Небольшое влияние на ЛАДср массаметрических и диастолических показателей сердца объяснялось отбором пациентов, не имевших АГ, гипертрофии миокарда ЛЖ и ХСН.

Заключение. Системное АД уже с нормальными уровнями обладает ЛАДср-гипертензионной

потенцией, возрастающей с развитием ГБ. При ГБ, еще до возникновения ХСН, происходит повышение сопротивления в сосудах МКК, обусловленное начинающимся в них перемоделированием, косвенным доказательством чему является ремоделирование миокарда обоих желудочков. При появлении ХСН значимость ЛАДср-гипертензионных ремоделирующих процессов возрастает, а вазомоторные, функциональные эффекты нарушенной регуляции сосудистого тонуса отходят на второй план. Уровень ЛАДср не является решающим в развитии гипертрофии миокарда ПрЖ. Не менее существенными факторами для e^2 возникновения, чем постнагрузка, являются морфогенетические преобразования мышечной и соединительно-тканых структур в сердце. По результатам исследования можно заключить, что сосуды МКК и ПрЖ являются структурными мишенями для ГБ. У этих больных определение ЛАДср и состояния правожелудочковой гемодинамики в целом является не менее актуальным, чем определение категории риска.

Развитие ЛГ может происходить уже на начальных стадиях ППОД, являясь в таких случаях не ее осложнением, а начальным проявлением. Выявлению ЛГ способствует функциональная нагрузка. Достоверное влияние на уровень ЛАДср линейных и объемных гемодинамических параметров, ЛАДср-гипертензионность относительно невысокой при антиортостатической пробе объемной нагрузки на МКК, а также преимущественно рестриктивных, а не обструктивных, нарушений ФВД, указывают на потерю эластичности сосудов МКК, как на проявление системных эффектов хронического воспаления. При присоединении к ППОД ГБ потенцирующие друг друга ЛАДср-гипертензионные эффекты могут объяснять утяжеление прогноза вторичной пульмоногенной ЛГ. При экспертизе связи пылевой патологии органов дыхания с профессией проведение доплерЭхоКГ исследования с функциональной нагрузкой должно быть обязательным в связи с малой чувствительностью других методов к латентной стадии легочной гипертонии.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Авдеев, С.Н. Легочная гипертензия при хронических респираторных заболеваниях /Авдеев С.Н. //Респираторная медицина: в 2 т. /под ред. А.Г. Чучалина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – Т. 2. – С: 177-207.
2. Аманбекова, А.У. Сравнительная оценка показателей гемодинамики в зависимости от степени оксигенации при хронических пылевых бронхитах /Аманбекова А.У. //Гигиена труда и профпатология. – Новокузнецк, 2003. – С. 10-13.
3. Еселевич, С.А. О патогенетическом единстве пневмокониозов и пылевого бронхита /Еселевич С.А., Разумов В.В. //Медицина труда и промышленная экология. – 2007. – № 7. – С. 28-33.

4. Профилактика, диагностика и лечение первичной артериальной гипертензии в Российской Федерации: Первый Доклад экспертов научного общества по изучению Артериальной Гипертензии Всероссийского научного общества кардиологов и Межведомственного совета по сердечно-сосудистым заболеваниям //Клиническая фармакология и терапия. – 2000. – № 3. – С. 5-30.
5. Руководство по диагностике и лечению легочной артериальной гипертензии //Пульмонология. – 2006. – № 6. – С. 22-52.
6. Фрейдлин, И.С. Клеточные и медиаторные механизмы патогенеза воспаления в бронхах и легких /Фрейдлин И.С., Тотолян А.А. //Механизмы воспаления бронхов и легких и противовоспалительная терапия /под ред. Г.Б. Федосеева. – СПб.: «Нордмед-издат», 1998. – С. 308-386.
7. Динамика адаптационных механизмов сердечно-сосудистой системы у горнорабочих угледобывающих предприятий Юга Кузбасса в зависимости от стажа подземных работ /Чурляев Ю.А., Мороз В.В., Вартанян А.Р. и др. //Экстренная медицинская помощь при чрезвычайных ситуациях техногенного характера в крупном промышленном центре. – Новокузнецк, 2007. – С. 110-115.



СИБИРЬ
страховая медицинская организация

Новокузнецкий филиал ОАО СМО "Сибирь"

Обязательное и добровольное
медицинское страхование, проведение
экспертизы качества лечения;
защита интересов застрахованных
при получении медицинской
и лекарственной помощи

ул. А. Кузнецова, 31,
тел./факс (3843) 71-71-91
E-mail: nfsib@rdtc.ru

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ

АЛЕКСЕЕВА Н.Б.	75,102	КРИНИЦЫН А.А.	69,71
БАЖЕНОВА Л.Г.	14	КРИУЛЬКИНА О.	27
БАЖЕНОВА Л.Н.	17,96	КУЗНЕЦОВА А.В.	54
БАРАНОВ А.И.	64	КУЗНЕЦОВА И.М.	14
БАРАНОВА М.Н.	99	КУЗНЕЦОВА О.В.	112
БАРАНОВА М.П.	93	ЛИХАЧЕВ А.Г.	46,49
БЕЛОГОРЛОВА Т.И.	14	ЛУЗИНА Ф.А.	109
БЕРСЕНЕВ А.Е.	46,49	ЛУКАШЕВИЧ Г.Г.	4,8,17,25,40,42, 54,64,109
БОНДАРЕВ О.И.	20	ЛУКИНА Н.А.	14
БОРОДУЛИНА Л.А.	25,31	МАМУШКИНА А.В.	27
ВАСЕНИНА Е.Д.	17,25,31,34,40	МАСЛОВ А.П.	54,93
ВАСЕНИНА Е.Е.	25,34	МЕЩЕРЯКОВА О.П.	96
ВАСИЛЬЕВА Н.Н.	37	ОГАРКОВ М.Ю.	99
ВОЛОДИНА Н.Н.	8,25,27,34,42, 87,91	ОСИПОВ А.В.	58,61
ВОРОЖИЩЕВА Г.И.	11	ПАНЕВ Н.И.	42,84
ГАФАРОВ Н.И.	109	ПОЛУКАРОВ А.Н.	104
ГЕТМАН З.В.	96	РАЗУМОВ В.В.	20,115
ГОРБАТОВСКИЙ Я.А.	27,37,84,87,109	РЕНГЕ Л.В.	104
ГОРЕНИНСКАЯ С.В.	25,31	РОГОВИЕВА О.И.	77
ГОРЯЕВА М.О.	27,42,84	РЫЖКОВА Н.В.	93,99
ГУСЯТИНА Г.Н.	104	САЛАМАНОВ В.И.	46,49
ГУЩИН Ю.Г.	99	СЕРЕБРЕННИКОВ В.В.	64
ГУЩИНА В.В.	17,96	СИЛИНА Т.К.	99
ДОЛГАНОВА И.М.	93	СИНЯКОВА О.Р.	96
ДОРОФЕЕВСКАЯ Л.С.	81	СТАНКЕВИЧ Н.Г.	84
ЕПИФАНЦЕВА Н.Н.	84	СУРЖИКОВА Г.С.	81
ЖЕСТИКОВА М.Г.	25	СЫТИН М.Л.	69,71,87
ЗАДОРОЖНАЯ М.П.	115	СЫЧЕВА И.А.	75,102
ЗОРИНА Р.М.	14	ТАРАСКО А.Д.	46,77,91
ЗУЕВ А.С.	69,71	ТЕПЛЯКОВ А.Т.	54
КАЛАШНИКОВА Т.В.	58,61	ТРУШИНА Л.А.	81
КАРГИНА Е.В.	17,34	ФЕДОРОВ И.В.	69,71
КАТЕРНЮК О.В.	14	ФИЛИМОНОВ С.Н.	27,84,87
КЕРЕМЕЦКАЯ Е.В.	14	ФЛЕЙШМАН А.Н.	87
КИРИЛЛОВ С.А.	69,71	ФОМКИН О.Г.	69,71
КИСЕЛЕВА А.В.	40,54,69,71	ХАБИБУЛЛИН А.М.	46,77,91
КЛОЧКОВА-		ЧАВДАР Ф.Н.	93,96,99
АБЕЛЬЯНЦ С.А.	81	ЧЕЛЫШЕВА Г.М.	75,102
КОВАЛЕВА Ю.В.	93	ЧЕЧЕНИН А.Г.	34,58,61,112
КОВАЛЕНКО В.М.	37	ЧЕЧЕНИН Г.И.	104
КОВАЛЬЧУК Е.С.	77	ЧЕЧЕНИНА А.А.	104
КОЛБАСКО А.В.	58,61,109	ШАПОВАЛОВА Э.Б.	109
КОЛОТОВА Л.Г.	25,31	ШАРАПОВА И.Н.	112
КОМИССАРОВА С.Д.	25,31,40	ШАХШНЕЙДЕР Н.М.	99
КОРЕПАНОВА Г.А.	93	ШАЦКИХ Н.А.	42,115
КОРОТЕНКО О.Ю.	42	ШИПИЦЫН И.А.	25
КРЕСТЬЯНИНОВ А.Е.	46	ЯНКИНА Т.М.	96

ОГЛАВЛЕНИЕ

ЛУКАШЕВИЧ Г.Г. ДЕСЯТЬ ЛЕТ СПУСТЯ.....	4	КАРГИНА Е.В., ВАСЕНИНА Е.Д., ВАСЕНИНА Е.Е., ЧЕЧЕНИН А.Г., ВОЛОДИНА Н.Н. ПОЛИМИОЗИТ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	34
ВОЛОДИНА Н.Н., ЛУКАШЕВИЧ Г.Г. О РАБОТЕ ФИЛИАЛА ГОСПИТАЛЯ МУНИЦИПАЛЬНОГО ЛЕЧЕБНО- ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ «ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 2 СВЯТОГО ВЕЛИКОМУЧЕНИКА ГЕОРГИЯ ПОБЕДОНОСЦА».....	8	КОВАЛЕНКО В.М., ГОРБАТОВСКИЙ Я.А., ВАСИЛЬЕВА Н.Н. ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ.....	37
ВОРОЖИЩЕВА Г.И. НОВЫЕ СЕСТРИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ – ЗАЛОГ КАЧЕСТВА ОБСЛУЖИВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ.....	11	КОМИССАРОВА С.Д., КИСЕЛЕВА А.В., ЛУКАШЕВИЧ Г.Г., ВАСЕНИНА Е.Д. СОСТОЯНИЕ АГРЕГАЦИИ ТРОМБОЦИТОВ В ОСТРОЙ СТАДИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА.....	40
БАЖЕНОВА Л.Г., КЕРЕМЕЦКАЯ Е.В., ЗОРИНА Р.М., КУЗНЕЦОВА И.М., ЛУКИНА Н.А., КАТЕРНЮК О.В., БЕЛОГОРЛОВА Т.И. ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА УРОВЕНЬ АССОЦИИРОВАННОГО С БЕРЕМЕННОСТЬЮ АЛЬФА-2-ГЛИКОПРОТЕИНА ПРИ ПРИЕМЕ КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ.....	14	КОРОТЕНКО О.Ю., ПАНЕВ Н.И., ЛУКАШЕВИЧ Г.Г., ВОЛОДИНА Н.Н., ШАЦКИХ Н.А., ГОРЯЕВА М.О. ИЗМЕНЕНИЯ МИОКАРДА В ПОКОЕ И ПОСЛЕ НАГРУЗОЧНОЙ ПРОБЫ ПРИ СОЧЕТАНИИ ПЫЛЕВОГО БРОНХИТА С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....	42
БАЖЕНОВА Л.Н., ВАСЕНИНА Е.Д., ГУЩИНА В.В., ЛУКАШЕВИЧ Г.Г., КАРГИНА Е.В. РОЛЬ ВРАЧА-КАРДИОЛОГА В РАБОТЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ.....	17	КРЕСТЬЯНИНОВ А.Е., ТАРАСКО А.Д., ЛИХАЧЕВ А.Г., САЛАМАНОВ В.И., ХАБИБУЛЛИН А.М., БЕРСЕНЕВ А.Е. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КАТЕТЕРНОГО СКЛЕРОЗИРОВАНИЯ ПОДКОЖНЫХ ВЕН В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ.....	46
БОНДАРЕВ О.И., РАЗУМОВ В.В. МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БРОНХОВ И АРТЕРИЙ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ УГОЛЬНО-ПОРОДНОЙ ПЫЛИ У ШАХТЕРОВ.....	20	ЛИХАЧЕВ А.Г., САЛАМАНОВ В.И., БЕРСЕНЕВ А.Е. ХАРАКТЕРИСТИКА СИМПТОМОВ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ.....	49
ВАСЕНИНА Е.Д., ЛУКАШЕВИЧ Г.Г., ЖЕСТИКОВА М.Г., ВОЛОДИНА Н.Н., КОМИССАРОВА С.Д., ГОРЕНИНСКАЯ С.В., ВАСЕНИНА Е.Е., КОЛОТОВА Л.Г., БОРОДУЛИНА Л.А., ШИПИЦЫН И.А. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА У ПАЦИЕНТОВ, ЖИВУЩИХ В ПРОМЫШЛЕННОМ ГОРОДЕ НОВОКУЗНЕЦКЕ.....	25	МАСЛОВ А.П., КИСЕЛЕВА А.В., ТЕПЛЯКОВ А.Т., КУЗНЕЦОВА А.В., ЛУКАШЕВИЧ Г.Г. ПОВЫШЕННЫЙ РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ИБС, АССОЦИИРОВАННОЙ С ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЕЙ.....	54
ГОРБАТОВСКИЙ Я.А. ФИЛИМОНОВ С.Н., МАМУШКИНА А.В., ГОРЯЕВА М.О., ВОЛОДИНА Н.Н., КРИУЛЬКИНА О. О РАЗЛИЧНЫХ ДЕБЮТАХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ.....	27	ОСИПОВ А.В., КОЛБАСКО А.В., ЧЕЧЕНИН А.Г., КАЛАШНИКОВА Т.В. ТОКСИЧЕСКАЯ ПОЛИНЕВРОПАТИЯ У ТЕЛЕУТОВ – КОРЕННЫХ СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....	58
ГОРЕНИНСКАЯ С.В., ВАСЕНИНА Е.Д., БОРОДУЛИНА Л.А., КОЛОТОВА Л.Г., КОМИССАРОВА С.Д. ПРОЯВЛЕНИЯ НЕЙРОСПИДА ПО ДАННЫМ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ МЛПУ ГКБ № 2.....	31	ОСИПОВ А.В., КОЛБАСКО А.В., ЧЕЧЕНИН А.Г., КАЛАШНИКОВА Т.В. ТОКСИЧЕСКАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ У ТЕЛЕУТОВ – КОРЕННЫХ СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....	61
		СЕРЕБРЕННИКОВ В.В., БАРАНОВ А.И., ЛУКАШЕВИЧ Г.Г. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ИЗ МИНИДОСТУПА.....	64



СЫТИН М.Л., ФОМКИН О.Г., ФЕДОРОВ И.В., КИРИЛЛОВ С.А., КРИНИЦЫН А.А., ЗУЕВ А.С., КИСЕЛЕВА А.В. АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ХИМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ В Г. НОВОКУЗНЕЦК ЗА 1997-2008 ГГ.....	69	ЧАВДАР Ф.Н., РЫЖКОВА Н.В., ДОЛГАНОВА И.М., МАСЛОВ А.П., КОВАЛЕВА Ю.В., БАРАНОВА М.П., КОРЕПАНОВА Г.А. ПРИМЕНЕНИЕ ЭНЗИКС-ДУО И КОНКОР У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ.....	93
СЫТИН М.Л., ФОМКИН О.Г., ФЕДОРОВ И.В., КИРИЛЛОВ С.А., КРИНИЦЫН А.А., ЗУЕВ А.С., КИСЕЛЕВА А.В. ОТРАВЛЕНИЯ АЗАЛЕПТИНОМ. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ.....	71	ЧАВДАР Ф.Н., ГЕТМАН З.В., ГУЩИНА В.В., СИНЯКОВА О.Р., БАЖЕНОВА Л.Н., МЕЩЕРЯКОВА О.П., ЯНКИНА Т.М. ЯТРОГЕННЫЕ АРИТМИИ.....	96
СЫЧЕВА И.А., ЧЕЛЫШЕВА Г.М., АЛЕКСЕЕВА Н.Б. ФАГОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДИСБАКТЕРИОЗОВ КИШЕЧНИКА.....	75	ЧАВДАР Ф.Н., БАРАНОВА М.Н., РЫЖКОВА Н.В., СИЛИНА Т.К., ОГАРКОВ М.Ю., ШАХШНЕЙДЕР Н.М., ГУЩИН Ю.Г. РЕЦИДИВИРУЮЩАЯ ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ.....	99
ТАРАСКО А.Д., КОВАЛЬЧУК Е.С., РОГОВИЕВА О.И., ХАБИБУЛЛИН А.М. ПОДКОЖНЫЙ ПАНАРИЦИЙ НОГТЕВОЙ ФАЛАНГИ ПАЛЬЦА: К ВОПРОСУ ОБ ОПЕРАЦИИ ВЫБОРА.....	77	ЧЕЛЫШЕВА Г.М., СЫЧЕВА И.А., АЛЕКСЕЕВА Н.Б. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БЕТАЛАКТАМАЗ РАСШИРЕННОГО СПЕКТРА ДЕЙСТВИЯ У КУЛЬТУР ЭНТЕРОБАКТЕРИЙ, ВЫДЕЛЕННЫХ ИЗ РАЗЛИЧНОГО КЛИНИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА.....	102
ТРУШИНА Л.А., КЛОЧКОВА-АБЕЛЬЯНЦ С.А., СУРЖИКОВА Г.С., ДОРОФЕЕВСКАЯ Л.С. ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ОРГАНИЗМА ПРИ ГИПОХРОМНЫХ АНЕМИЯХ.....	81	ЧЕЧЕНИНА А.А., ПОЛУКАРОВ А.Н., ГУСЯТИНА Г.Н., ЧЕЧЕНИН Г.И., РЕНГЕ Л.В. О ПОВЫШЕНИИ РОЛИ СЛУЖБЫ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ В СОХРАНЕНИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА И РОЖДАЕМОСТИ (НА ПРИМЕРЕ ЗПЦ Г. НОВОКУЗНЕЦК).....	104
ФИЛИМОНОВ С.Н., ГОРБАТОВСКИЙ Я.А., ПАНЕВ Н.И., СТАНКЕВИЧ Н.Г., ЕПИФАНЦЕВА Н.Н., ГОРЯЕВА М.О. КОРОНАРНАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА И СИСТЕМА ГЕМОСТАЗА У РАБОЧИХ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.....	84	ШАПОВАЛОВА Э.Б., ЛУЗИНА Ф.А., ГОРБАТОВСКИЙ Я.А., ГАФАРОВ Н.И., КОЛБАСКО А.В., ЛУКАШЕВИЧ Г.Г. ЭНДОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ТЕЛЕУТОВ КУЗБАССА.....	109
ФИЛИМОНОВ С.Н., ГОРБАТОВСКИЙ Я.А., ФЛЕЙШМАН А.Н., СЫТИН М.Л., ВОЛОДИНА Н.Н. ВЫБОР ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ОСНОВЕ СПЕКТРАЛЬНОГО АНАЛИЗА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА.....	87	ШАРАПОВА И.Н., ЧЕЧЕНИН А.Г., КУЗНЕЦОВА О.В. ДИНАМИКА НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОД ВЛИЯНИЕМ КРАНИАЛЬНОЙ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА.....	112
ХАБИБУЛЛИН А.М., ТАРАСКО А.Д., ВОЛОДИНА Н.Н. АНАЛИЗ ОБРАЩАЕМОСТИ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЕВЫМИ ПРОЦЕССАМИ В ЦЕНТРЕ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА СИБИРИ.....	91	ШАЦКИХ Н.А., ЗАДОРЖНАЯ М.П., РАЗУМОВ В.В. ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ, ЛЁГОЧНАЯ ГИПЕРТОНИЯ И ПЫЛЕВАЯ ПАТОЛОГИЯ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ.....	115

