

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

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

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

**21 июня 2012 года**

*35-летие  
ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России*

**Пенза - 2012**

## **НАРУШЕНИЕ КОНТУРОВ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

*В.А.Андреев, А.С.Ивачёв*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Таким образом:

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

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

*А.Ю.Антропов*

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России  
Пенза

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

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

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

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

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

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

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

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

*Г.А.Баранова*

ФГБОУ ВПО ПГУ Минобрнауки России  
Пенза

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России  
Пенза

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

## **ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ: ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

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

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России  
Пенза

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России  
Пенза

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

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

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

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

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России  
Пенза

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### Список литературы.

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

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

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

## **АНТИОКСИДАНТНАЯ КОРРЕКЦИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ СЕРДЦА ПРИ ОСТРОМ ОБТУРАЦИОННОМ ХОЛЕСТАЗЕ**

*А.Н.Беляев, М.Н.Якурина, С.В.Костин*

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

## **МОРФОГЕНЕЗ ПЕРВИЧНОГО УЗЛА КАРЦИНОМЫ ЛЬЮИСА ПРИ КОРРЕКЦИИ АНТИОКСИДАНТАМИ**

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

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

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

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

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

*Материалы и методы.* Эксперименты выполнены на 50 мышах-самках линии С57Bl/6 массой 20-22 г. разводки питомника ГУ НЦБМТ РАМН «Столбовая». Животные были распределены на 4 группы.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Строма опухоли была выражена недостаточно, с немногочисленными гиперемизированными капиллярами.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- при ипохондрической психопатии с детства отчетливо проявляются тревожно-мнительные черты личности (впечатлительность, пугливость, отсутствие инициативы);
- основным клиническим расстройством при ипохондрической психопатии является interoцептивная гиперпатия (кинестетические, алгические, эссенциальные сенестопатии, телесная гиперпатия);
- наличие тревожно-фобических расстройств (сифило-, нозо-, канцеро-, кардиофобии);
- монотонность аффективных проявлений;
- склонность к ятрогении;
- сверхценный уровень идей о наличии соматического заболевания;
- поведенческие особенности (незаслуженное большое внимание здоровью, постоянное обсуждение с окружающими вопросов болезней, лечения, поиск эффективных лекарств, обращение ко многим врачам, «знахарям»);
- хронический, стойкий, малообратимый характер психопатических проявлений с биологически и психогенно обусловленными декомпенсациями (ипохондрические раптусы, бредовые идеи ипохондрического и архаичного содержания).

В связи с социальной значимостью проблемы важна ранняя диагностика ипохондрической психопатии, способствующая проведению своевременной адекватной медико-социальной помощи.

## **ГИПОТИРЕОЗ. ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*Е.А.Кирякина, Р.С.Бородина, Л.В.Курашвили, Ю.В.Булавкин*

ГБУЗ Пензенская ЦРБ  
Пенза

Нарушение функции тиреоидной системы приводит к целому ряду патологических состояний и заболеваний. В настоящее время к ним относят врожденные аномалии развития детей и подростков, кретинизм, задержку психического и физического развития, ухудшение интеллектуальных способностей у взрослых, зоб эутиреоидный или с гипотиреозом. Все эти последствия йодного дефицита связывают с недостаточной продукцией тиреоидных гормонов и компенсаторными реакциями, направленными на преодоление йодной недостаточности. У детей даже относительный дефицит тиреоидных гормонов приводит к более тяжелым последствиям, чем у взрослых. Крайне необходима ранняя диагностика гипотиреоза, т.к. запущенная его форма может привести к необратимым последствиям. Для гипотиреоза характерна неспецифичность клинической картины, нарушение функции различных органов и систем, маскирующие основные проявления болезни, пожизненная заместительная терапия. Это формирует, с одной стороны, представление о гипотиреозе, как о тяжелом заболевании, с другой стороны, своевременная гормональная диагностика и адекватное

лечение позволяют предупредить развитие серьезных осложнений, повысить качество и продолжительность жизни пациентов. Диагностика выраженных форм гипотиреоза не вызывает особых затруднений. Сложнее выявление легких форм с не всегда типичными симптомами, особенно у больных пожилого возраста.

Целью работы явилось выявление патологии щитовидной железы, гипотиреоза, среди пациентов Пензенского района обратившихся за амбулаторно-поликлинической помощью ГБУЗ "Пензенская ЦРБ" к эндокринологу в 2011г.

*Материал и методы.* Всего проанализировано 2376 результатов клинико-лабораторно-диагностического обследования пациентов, обратившихся к специалистам амбулаторно-поликлинического (первичного) звена и эндокринологу. Пациенты были подразделены на три группы. В первую группу вошли пациенты от 18 лет и старше, во вторую подростки 15-17 лет и третья группа была представлена детьми до 14 лет.

На первом месте среди выявленной эндокринной патологии был сахарный диабет. Пациенты с подозрением на сахарный диабет были обследованы по протоколам стандартов и кодам МКБ-10 I0E и E11. Наибольшее внимание нами уделялось изучению нарушений функции щитовидной железы. В лабораторном отделении ГБУЗ "Пензенская ЦРБ" имеется достаточное количество современного диагностического оборудования, в том числе, для проведения ИФА-диагностики. Комплексную оценку функции щитовидной железы провели путем изучения гормонального статуса. Обследование пациентов включало: определение уровня тиреотропного гормона передней доли гипофиза (ТТГ), свободного тироксина (сТ4), свободного трийодтиронина (сТ3), количество антител к тиреоглобулину (анти-ТГ), антитела к ферменту тиреопероксидазы (анти-ТПО) методом твердофазного ИФА с помощью тест-систем ООО "Компания Алкор Био" ИФА.

На основании изучения показателей, характеризующих состояние углеводного обмена, липидного, функцию аденогипофиза и щитовидной железы выявили ряд заболеваний эндокринной системы (таблица 1.): нарушения функциональной активности щитовидной железы у пациентов с различными симптомами, обратившихся к специалистам первичного звена, и другие эндокринные заболевания населения Пензенского района в 2011г.

Таблица 1.

Эндокринные заболевания населения Пензенского района в 2011г

	Взрослые от 18 и старше			Подростки 15-17 лет			Дети до 14 лет		
	зарегист. всего	диагн. впервые	под дисп. набл.	зарегист. всего	диагн. впервые	под дисп. набл.	зарегист. всего	диагн. впервые	под дисп. набл.
Болезни эндокр. системы	2376	252	1382	81	27	63	241	100	174
Из них:	282	76	149	18	5	9	55	20	43
Болезни щитовидной железы									
Из них:	58	17	31	2	-	2	47	18	35
гипотиреоз									

Как видно из таблицы 1 болезни щитовидной железы имеют достаточно большой процент от всех заболеваний эндокринной системы во всех возрастных группах. Врачом-эндокринологом ГБУЗ "Пензенская ЦРБ" в 2011г впервые диагностировано пациентов с болезнями щитовидной железы – 101, что составило 26,6% от всех лиц, с впервые выявленными заболеваниями эндокринной системы. Из них пациентов с болезнями щитовидной железы, связанными с йодной недостаточностью и сходными состояниями - 35, что составило 34,5% от всех лиц с впервые выявленными заболеваниями щитовидной железы. В возрастной категории детей до 14 лет процент заболеваемости гипотиреозом и сходными состояниями, связанными с йодной недостаточностью, от детей с впервые выявленными болезнями щитовидной железы, особенно высок и составил 90%. Всем больным назначено адекватное лечение. Контроль содержания гормона аденогипофиза и уровень тиреоидных гормонов в КДЛ ГБУЗ "Пензенская ЦРБ" проводился согласно протокола стандарта по МКБ-10: E00-E04.

По результатам проведенных исследований функциональная недостаточность щитовидной железы характеризовалась снижением содержания сТ3, сТ4 и повышением уровня ТТГ. Наиболее сложной оказалась диагностика скрытой патологии щитовидной железы – субклиническая форма, для которой характерна повышенная концентрация ТТГ при нормальном содержании гормонов сТ3 и сТ4.

## **ТОКСОКАРОЗ. СЕРОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И КОНТРОЛЬ ЛЕЧЕНИЯ**

*Е.А.Кирякина, Е.Н.Зайцева, Л.В.Курашвили*

ГБУЗ Пензенская ЦРБ  
Пенза

Токсокароз – зоонозная инфекция, вызывается мигрирующими личинками *Toxocara canis*. Инвазия с длительным рецидивирующим течением, полиморфными клиническими проявлениями. Болеют чаще дети 3-5 лет, интенсивно контактирующие с обсемененной яйцами токсокар почвой и животными, ветеринары, работники питомников для собак, цирков др.

Основными методами диагностики токсокароза являются серологические и иммуноферментный анализ (ИФА), при помощи которого возможна корреляция между клиническими проявлениями, тяжестью процесса и титрами специфических антитоксокарозных антител. Метод обладает высокой чувствительностью и достаточной специфичностью.

В клинко-диагностической лаборатории ГБУЗ "Пензенская ЦРБ" проводятся серологические исследования в разделе "Паразитология", в том числе и ИФА-диагностика токсокароза. Для выявления в сыворотке крови человека антител к антигенам токсокар используется тест-система "Токсокара-Ig G-ИФА-БЕСТ" ЗАО "Вектор Бест", которая позволяет проводить диагностику токсока-

правовые, экономические и организационные основы охраны здоровья граждан, их права, обязанности, гарантии оказания МП. Закон закрепляет ответственность властных структур разных уровней, в том числе и по исполнению порядков и стандартов с 2013г. Определяет обязанности медицинских организаций, права и обязанности медицинских и фармацевтических работников. С 2016г сертификат специалиста будет заменён свидетельством об аккредитации. С 01.09 2017г закрывается интернатура.

Начата программа поддержки медицинской индустрии. Не менее важным является финансирование основных федеральных целевых программ. Так, в 2012 выделено 6,4 млрд – на совершенствование онкологической помощи, и 4,5 млрд – на мероприятия по снижению сосудистой патологии, увеличено финансирование на развитие репродуктивных технологий. Выполнение Программы по оказанию медицинской помощи пострадавшим в результате ДТП позволило создать и оснастить вдоль 4 федеральных трасс, охватывающих 14 регионов, 96 травмцентров разного уровня.

В настоящее время сохраняют свою значимость федеральные целевые программы по профилактике и лечению социально-опасных заболеваний.

Четкое понимание основных направлений Государственной политики в сфере здравоохранения, позволяет в регионе и медицинской организации повышать финансовое обеспечение медицинской помощи, её качество, доступность, внедрять новые медицинские технологии.

## **НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА**

*В.И.Струков, Д.Г.Елистратов, Т.В.Крылова, Г.П.Дерябина, Л.В.Камардина,  
О.С.Погребняк, Ю.Ю.Мамонова, О.И.Артемова*

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России  
Пенза

*Актуальность проблемы.* Остеопороз - метаболическое заболевание скелета, характеризующееся уменьшением массы кости в единице объема и нарушением микроархитектоники костной ткани, приводящими к уменьшению количества кальция в костях и высокому риску переломов любых костей, в том числе шейки бедра. Остеопороз относят к ведущим заболеваниям человека, таким, как рак, инфаркт миокарда, инсульт. В РФ 14 млн. человек имеют остеопороз, еще у более 20 млн. наблюдаются с остеопенией. В России каждая третья женщина и каждый пятый мужчина в возрасте 55 лет и старше страдают остеопорозом. Каждый год из-за остеопороза происходит 1,5 млн. переломов. При этом, каждую минуту происходит семь переломов позвонков, каждые пять минут – перелом шейки бедра. Смертность при переломе шейки бедра достигает 30%. Треть пациентов, перенесших такие переломы, теряет способность к самообслуживанию, а половина из них не может вернуться к прежнему образу

жизни. Актуальность проблемы и в том, что до сих пор нет эффективных лекарственных препаратов для лечения и профилактики этой патологии.

Для профилактики и лечения остеопороза применяются различные препараты кальция: карбонат кальция, цитрат кальция, фосфат кальция, аскорбат кальция, сукцинат кальция и др. Недостаток этих препаратов следующий:

1) При длительном приеме этих препаратов, кальций может поступать не столько в кости, но и в другие органы и системы. При бесконтрольном применении препараты кальция могут кальцифицировать мелкие и крупные сосуды, образовывать камни в почках и др. органах.

2) Все препараты кальция в изолированном виде обладают малой терапевтической активностью при лечении и профилактике остеопороза.

В связи с этими недостатками и открытием витаминов группы D, а в последующем гормональных форм витамина D, акцент в лечении остеопений, остеопороза, остеомалации сместился на эту группу препаратов (холекальциферол, эргокальциферол, видехол, вигантол, Ван-альфа, кальцитриол и др. Недостаток этих средств:

1). Витамины D без кальция работают слабо.

2) Для получения клинического эффекта необходимо назначать большие дозы препарата. Однако это чревато тяжелыми осложнениями в виде острого или хронического гипервитаминоза D.

В связи с указанными недостатками стали комбинировать препараты кальция с витамином D и его активными метаболитами. В настоящее время широко используются такие лекарства, как «Кальций Дз Никомед», «Кальцимин Адванс», «Кальцимин», «Цитрокал», «Альфадол кальция» и др. Их недостаток: препараты кальция и витамина D потенцируют действие друг друга, поэтому велик риск избыточной минерализации различных тканей и органов вплоть до кальциноза, т.е. необратимых изменений в организме больного.

В связи с указанными недостатками значительно возрос интерес к гормональным механизмам регуляции минеральной плотности костной ткани. Известно, что уровень тестостерона в женском организме, в среднем, в 25 раз меньше, чем в мужском, поэтому даже незначительное падение уровня тестостерона в постменопаузе ведет к остеопорозу. Этим объясняется большая частота остеопороза у женщин, чем у мужчин. Фирмой «Парафарм» и кафедрой педиатрии разработаны новые технологии в диагностике и лечении остеопороза - с использованием трутневого расплода в качестве донатора половых прогормонов: эстрадиола, тестостерона. Трутневый расплод эффективен при нарушениях гормонального фона (климакс), стимулятор центральных механизмов регуляции образования андрогенов (исключает возможность заместительной терапии). Необходимость ведения трутневого расплода объясняется тем, что он является донатором половых энтомологических гормонов: пролактина, эстрадиола, прогестерона, тестостерона - оказывающих стимулирующее действие на минеральную плотность костей. Трутневый расплод эффективен при нарушениях гормонального фона, выступает стимулятором центральных механизмов регуляции интенсивности образования андрогенов.



*Цель работы* – изучение сравнительной эффективности лечения остеопороза отечественным препаратом «остеомедом» с кальций D3 Никомедом (Норвегия), наиболее часто используемым в этих целях.

*Материал и методы исследования.* С 2009 по март 2012 года на базе областного центра остеопороза обследовано 70 женщин с постменопаузальным остеопорозом. Диагностика остеопороза проводилась на основании жалоб, осмотра, клинических, лабораторных, биохимических, рентгенологических методов исследований. Определение минеральной плотности костной ткани проводилось рентгенабсорбционным методом на аппарате «Остеометр – DTX – 100». Только аппараты этого типа позволяют одновременно определять минеральную плотность костной ткани, полостные образования в костях, избыток отложения солей в мягкие ткани и их динамику.

В исследование включали только женщин с естественной менопаузой и наличием полостей в трабекулярных отделах костей. В зависимости от способа лечения остеопороза все женщины выделены в 2 сравнимые группы по возрасту и тяжести заболевания: 1 группа -35 женщин получали остеомед (содержащий цитрат Ca, трутневый расплод) по 5 таблеток в день (2 утром и 3 на ночь) трехмесячными курсами три раза в год; 2 – группа (сравнения) – женщины получали «кальций D3 Никомед» (карбонат Ca плюс витамин D3) по 1 таблетке два раза в день такими же курсами, как и в 1 группе. Т.о. в 1 и во 2 группах женщины получали одинаковую дозу Ca, но в первой это был цитрат, во 2 – карбонат Ca. Всем пациентам до назначения средства и через каждые 3 месяца терапии определяли минеральную плотность костей рентгенабсорбционным методом до завершения курса лечения.

После проведенного лечения в группе женщин получавших остеомед отмечалось более выраженный клинический эффект у 75% больных, который проявлялся уменьшением размеров полостей у 50%, закрытием полостей у 25%. В группе женщин получавших кальций D3 Никомед не отмечено положительных сдвигов у 60% больных, уменьшение полостей только у 35%, а закрытие полостей происходило в 5 раз реже. Полученный лучший результат лечения остеомедом объясняем тем, что он содержит трутневый расплод, а также тем, что кальций в остеомеде представлен водорастворимым цитратом кальция, а в CaD3 Никомеде он представлен хуже растворимым карбонатом кальция.

*Выводы:*

1. Остеомед и CaD3 Никомед оказывали положительное влияние на динамику течения остеопороза в группах. Однако в 1 группе получавших остеомед отмечено более выраженное ремоделирующее действие с закрытием и уменьшением полостных образование у 75% женщин с первичным остеопорозом.

2. Остеомед усиливает механизм восполнения кальция в организме за счет цитрата кальция, а одновременное применение трутневого расплода способствует минерализации и закрытию полостей за счет поддержания уровня андрогенов. Совместное применение цитрата кальция и трутневого расплода позволяет достичь наибольшей эффективности терапии остеопороза.

Литература:

1. Кривцов Н.И. и др. «Теория и средства апитерапии» Москва, 2007.
2. Струков В.И. Лимонная и пировиноградная кислоты в патогенезе рахита. Автореферат дисс к.м.н. Алма-Ата, 1969
3. Струков В.И. Побочные и токсические реакции на витамин D. Автореферат дисс. д.м.н. Москва, 1979
4. Струков В.И. Актуальные проблемы остеопороза. «Ростра», 2009 С.341.
5. Струков В.И., Д.Г. Елистратов. Нарушение кальциевого обмена. «Ростра», 2011. С.47.

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ  
ОСТЕОПОРОЗА**

*В.И.Струков, Л.Г.Радченко, М.Н.Максимова, О.С.Погребняк, К.Г.Серскова,  
Ю.Г.Катюшкина*

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России  
Пенза

Остеопороз - метаболическое заболевание скелета, характеризующееся уменьшением массы кости в единице объема и нарушением микроархитектоники костной ткани, с образованием в костях порозных образований, приводящими к уменьшению количества кальция в костях и высокому риску переломов любых костей, в том числе шейки бедра. В настоящее время с целью диагностики ОП и определения эффективности терапевтической активности препаратов используются лабораторные, гистологические, лучевые методы исследования. Стандартная рентгенография является одним из обязательных методов исследования. Она позволяет провести морфометрический анализ тел позвонков, выявить характерные деформации тел позвонков, с высокой точностью установить переломы тел позвонков. Однако этот метод диагностики относится к поздним. Так как позволяет выявить остеопороз только при потере костной массы свыше 30-40%. Поэтому рентгенография для ранней количественной диагностики остеопении, остеопороза и контроля терапии неприемлема.

Наиболее точным и информативным методом исследования минеральной плотности костной ткани (МПК) является рентгеновская абсорбциометрия. Современные остеометры позволяют измерить МПК в различных частях тела, в том числе шейке бедра и тел позвонков. Все остеометры работают в двух шкалах.

T- шкала означает количество стандартных отклонений выше или ниже среднего показателя пика костной массы. для оценки МПК у взрослых.

Z – шкала означает количество стандартных отклонений выше или ниже среднего показателя для лиц того же возраста и пола.

Определение тяжести остеопороза проводится по по классификации ВОЗ: