

Паллиативная медицина и реабилитация

Palliative Medicine and Rehabilitation

Научно-практический журнал

Выходит 4 раза в год

Основан в 1996 году

№ 1-2

январь-июнь 2000 год



Учредитель

Фонд «Паллиативная медицина и реабилитация больных»

Главный редактор — Г.А. Новиков

Ответственный секретарь — Б.М. Прохоров

Редакционная коллегия

М.В. Балуда (Москва),
И.П. Балмасова (Самара),
З.Г. Басиев (Владикавказ),
Л.И. Бененсон (Москва),
Н.Н. Блинов (С.-Петербург),
Н.В. Богданова (Москва),
В.В. Брюзгин (Москва),
А.В. Важенин (Челябинск),
М.А. Вайсман (Москва),
Л.З. Вельшер (Москва),
Н.И. Вишняков (С.-Петербург),
С.И. Воздвиженский (Москва),
Э.К. Возный (Москва),
Ш.Х. Ганцев (Уфа),
А.В. Гнездилов (С.-Петербург),
Л.И. Дворецкий (Москва),
А.А. Еременко (Москва),
В.С. Задионченко (Москва),

В.Н. Журавлев (Екатеринбург),
А.А. Зайцев (С.-Петербург),
М.Е. Исакова (Москва),
Е.С. Киселева (Москва),
Е.П. Куликов (Рязань),
В.К. Лепяхин (Москва),
А.Н. Махсон (Москва),
О.П. Модников (Ульяновск),
Ю.В. Никифоров (Москва),
В.В. Новицкий (Томск),
Б.А. Петров (Вятка),
В.К. Решетняк (Москва),
С.В. Рудой (Москва),
А.М. Сдвижков (Москва),
В.В. Соколов (Москва),
А.А. Ушаков (Астрахань),
В.Н. Фатенков (Самара),
В.Н. Цибуляк (Москва)

Редакционный совет

А.А. Абдуллаев (Махачкала),
А.Г. Агамов (Ярославль),
В.С. Базанов (Н.Новгород),
Т.З. Биктимиров (Ульяновск),
В.Г. Бондаренко (Ставрополь),
А.Н. Великолуг (Архангельск),
Ш.К. Даминов (Мегион),
И.Ю. Демидова (Москва),
И.В. Дунаевский (С.-Петербург),
В.В. Егоров (Ульяновск),
В.П. Земляной (С.-Петербург),
В.К. Зинькевич (Мурманск),
Е.А. Кавер (Тюмень),
Б.Я. Каушанский (Краснодар),
А.Д. Климиашвили (Москва),
О.В. Лавров (Самара),
Г.М. Манихас (С.-Петербург),
В.Р. Межебовский (Оренбург),

В.П. Михин (Курск),
Е.И. Моисеенко (Москва),
М.М. Наумов (Тюмень),
В.М. Нестеренко (Москва),
П.Ю. Поляков (Москва),
М.И. Попов (Москва),
В.Н. Ручкин (Уфа),
А.Ф. Симонов (Тула),
А.С. Соколенов (Москва),
В.В. Старинский (Москва),
Е.П. Стерлева (С.-Петербург),
С.В. Стражев (Омск),
И.К. Тлепшуков (Обнинск),
Г.П. Упхолов (Якутск),
Р.Ш. Хасанов (Казань),
С.С. Чистяков (Москва),
Д.И. Ящин (Челябинск)

**ФОНД
«ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНА И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ»**

**МОСКОВСКИЙ
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ
ИМ. П.А. ГЕРЦЕНА МЗ РФ**

**ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНА
И
РЕАБИЛИТАЦИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

*Сборник научных работ III конгресса с международным участием
22-28 апреля 2000 года, Анталия*

Под редакцией

академика РАМН, профессора
Чиссова Валерия Ивановича

доктора медицинских наук, профессора
Новикова Георгия Андреевича

Ответственный секретарь

кандидат медицинских наук
Прохоров Борис Михайлович

МОСКВА, 2000 г.

*Защитникам Отечества
в канун 55-летия Победы
в Великой Отечественной войне
ПОСВЯЩАЕТСЯ*

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Сборник посвящен одной из актуальных проблем современного здравоохранения — паллиативной медицине и реабилитации больных.

Представляем Вашему вниманию тезисы докладов III Конгресса с международным участием «Паллиативная медицина и реабилитация в здравоохранении» (22-28 апреля 2000 года, Анталия). Материалы конгресса посвящены следующим актуальным как с научной, так и с практической точки зрения вопросам: организационно-методологические проблемы (организационные аспекты, подготовка кадров, медицинское страхование, медицинское оборудование, средства ухода); проблемы клинической медицины (онкология, гериатрия, педиатрия, травматология, ортопедия, пульмонология, кардиология, неврология, эндокринология, гастроэнтерология, ревматология, урология, стоматология, акушерство и гинекология ...); экспериментальные и клинические аспекты боли и обезболивания; психотерапевтические, психосоциальные, геонтологические и теологические проблемы; экспериментальные исследования.

Приносим искреннюю признательность коллегам за проявленный интерес к организуемому конгрессу и посильное участие в его подготовке.

С уважением,

Оргкомитет конгресса

СОДЕРЖАНИЕ

I. ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ	6
I.1. Проблемы организации паллиативной помощи и реабилитации больных	6
I.2. Подготовка кадров	15
I.3. Специальные методы исследования и диагностики	17
II. ПРОБЛЕМЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ	19
II.1. Акушерство и гинекология	19
II.2. Ангиология	21
II.3. Гастроэнтерология	23
II.4. Гематология	24
II.5. Гериатрия	25
II.6. Дерматовенерология	27
II.7. Инфекционные болезни и паразитология	33
II.8. Кардиология	36
II.9. ЛОР-болезни	42
II.10. Наркология	42
II.11. Неврология	45
II.12. Нейрохирургия	50
II.13. Онкология	51
II.14. Офтальмология	80
II.15. Педиатрия	81
II.16. Психиатрия	92
II.17. Пульмонология	94
II.18. Ревматология	100
II.19. Спортивная медицина	104
II.20. Стоматология	104
II.21. Травматология и ортопедия	104
II.22. Урология и нефрология	111
II.23. Фтизиатрия	114
II.24. Хирургия	115
II.25. Хирургия (реконструктивная)	120
II.26. Эндокринология	121
III. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БОЛИ И ОБЕЗБОЛИВАНИЯ	124
IV. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ, ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ, ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ И ТЕОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ	130
V. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ	134
АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ НАУЧНЫХ РАБОТ	145

I. ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

I.1. Проблемы организации паллиативной помощи и реабилитации больных

I.1.1

ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ — ОДНО ИЗ ПРИОРИТЕТНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ОНКОЛОГИИ

*В.И. Чиссов, Г.А. Новиков, Б.М. Прохоров
Московский научно-исследовательский онкологический институт
им. П.А.Герцена, Москва, Россия*

В мире существует несколько организационных форм оказания паллиативной помощи больным с неизлечимыми опухолями (хоспис-стационар, хоспис на дому, отделения паллиативной помощи, лечебно-консультативные центры амбулаторной помощи, кабинеты противоболевой терапии, патронажная служба на дому, клиники боли). Причем различные подходы к оказанию помощи этому контингенту больных не взаимоисключают, а дополняют друг друга, обобщая накопленный опыт работы.

В течение последних 10 лет в России достигнуты определенные положительные результаты в области паллиативной помощи онкологическим больным с распространенными формами злокачественных новообразований. Практически завершено создание законодательной базы для организации системы паллиативной помощи этому тяжелому контингенту больных. Министерством здравоохранения РФ подготовлены и изданы приказы о кабинетах противоболевой терапии (№ 128 от 31.07.1991), хосписах (№ 19 от 01.02.1991), отделениях паллиативной помощи, территориальных центрах паллиативной помощи (№ 270 от 12.09.1997). В соответствии с этими приказами паллиативная помощь онкологическим больным в Российской Федерации организационно представлена различными структурными подразделениями. Амбулаторная помощь оказывается в кабинетах противоболевой терапии, стационарная — в хосписах и отделениях паллиативной помощи, на дому — самостоятельными патронажными службами и выездными бригадами вышеуказанных подразделений. Выбор организационной формы оказания паллиативной помощи в регионах РФ зависит от финансовых возможностей региона. Фактор финансовых затрат и времени играет большую роль, в связи с чем в ряде регионов для создания отделений паллиативной помощи используют существующий коечный фонд, уже находящийся на бюджетном финансировании. Хосписы и отделения паллиативной помощи ни в коем случае не являются альтернативой друг другу, а представляют разные организационные формы, так как идеологические и медико-социальные принципы оказания паллиативной помощи нуждающимся больным в этих подразделениях едины. В ряде регионов России разработаны медико-экономические стандарты паллиативной помощи больным распространенными формами злокачественных новообразований.

Для обеспечения создаваемой в нашей стране специализированной системы паллиативной помощи в ближайшей перспективе необходимо разработать и внедрить унифицированную программу обучения специалистов в области паллиативной помощи в онкологии, что позволит осуществлять первичную подготовку врачей лечебных специальностей, повышать квалификацию профессионалов и сертифицировать их деятельность по специальности — онкология с вопросами паллиативной помощи. Целевая направленная подготовка квалифицированных кадров для работы в подразделениях системы паллиативной помощи будет способствовать перспективному развитию этой медико-социальной области отечественного здравоохранения.

Необходимой перспективой сегодняшнего дня этой области онкологии в России являются следующие направления:

- научное обоснование и легализация в практическом здравоохранении медицинских и экономических стандартов работы, включая табельное оснащение структурных подразделений (кабинет противоболевой терапии, отделение паллиативной помощи, хоспис, патронажные бригады, территориальный центр паллиативной помощи) системы паллиативной помощи больным с распространенными формами злокачественных новообразований;

- анализ результатов кооперированных исследований в области организационных подходов и методологических принципов улучшения качества жизни онкологических больных IV клинической группы по разработанной в МНИОИ им. П.А.Герцена специальной анкете «Оценка эффективности организационных форм и методов паллиативной помощи больным с распространенными формами злокачественных новообразований в регионах РФ»;

- решение вопроса об организации курсов паллиативной помощи при профилированных кафедрах факультетов последипломного образования врачей (в первую очередь, кафедрах онкологии) с созданием унифицированной программы обучения, а в дальнейшем — самостоятельных ответственных кафедр;

- определение потребности системы паллиативной помощи онкологическим больным в анальгетиках центрального действия, адьювантных лекарственных препаратах, инструментальном и техническом обеспечении, а также в медицинских изделиях и средствах реабилитации и ухода за тяжелыми больными.

Для координации перспективного развития в России данной области онкологии целесообразно реорганизовать Республиканский научно-учебно-методический центр лечения хронических болевых синдромов у онкологических больных в Российский научно-методический центр паллиативной помощи онкологическим больным с возложением на него соответствующих обязанностей по совершенствованию организационной структуры системы паллиативной помощи, определению основных методологических принципов и подходов, позволяющих улучшать качество жизни этого тяжелого контингента больных.

I.1.2

НЕКОТОРЫЕ ИТОГИ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА НАСЕЛЕНИЯ г. АСТРАХАНИ

*Т.А. Левина, Д.Л. Теплый, Ю.Н. Полянская
Городская клиническая больница № 2,
Астраханский государственный педагогический университет,
Астраханская государственная медицинская академия,
Астрахань, Россия*

Разработана анкета, в текст которой включены 18 вопросов с различными вариантами ответов. В анкетировании приняли участие 493 человека разных возрастных групп, из них 126 мужчин и 367 женщин, причем самый большой процент опрошенных составили пенсионеры — 65,5%.

В данных анализа социального положения опрошенных преобладает число мужчин, проживающих в семье (63,4%) и несколько меньше — женщин (47,4%). Мужчины, не имеющие родственников и живущие одни, составляют 19,6%, женщины — 16,4%. Обнаружены существенные различия в самооценке собственного здоровья в зависимости от пола опрошенных. Хорошим считают свое здоровье 32,4% мужчин и 12,4% женщин. Полагают свое здоровье удовлетворительным 75,7% мужчин и 73% женщин, плохим — 20,6% мужчин и 22,7% женщин.

Нуждаются в социальной поддержке 75,3% мужчин и 82% женщин, наибольшую нужду в ней испытывают безработные, обслуживаемые на дому, а также люди старше 70 лет.

Определенный интерес представляют результаты статистического анализа ответов лиц из разных групп, высказывающих свое мнение о том, где бы они хотели жить в старости, когда не смогут обслуживать себя самостоятельно. В среднем из числа опрошенных мужчин всех групп выразили желание жить в старости в семье — 78,5%, и только 12% изъявили желание жить в частных пансионатах, и еще меньше — в Доме-интернате для престарелых, в то время как мнение женщин более вариативно: только 10,5% выразили желание жить в Доме-интернате для престарелых, 20,3% — в частном пансионате, и большая часть женщин — в семье (68,4%).

Проведенный анализ анкет выявил наиболее насущные проблемы организации медико-социальной помощи различным категориям горожан, особенно пожилым людям.

Данная работа является первым социологическим исследованием в области геронтологии и гериатрии в г. Астрахани и выполнена в соответствии с Приказом Минздрава РФ № 297 от 28.07.99 г.

I.1.3

**НЕКОТОРЫЕ ИТОГИ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО
ОПРОСА НАСЕЛЕНИЯ г. АСТРАХАНИ (сообщение II)**

Т.А. Левина, Д.Л. Теплый, А.Н. Чеботарькова, Ю.Н. Полянская
Городская клиническая больница № 2,
Астраханский государственный педагогический университет,
Астраханская государственная медицинская академия,
Астрахань, Россия

Проведено анкетирование 502 жителей г. Астрахани разных возрастных групп и различного социального положения. Исследовались: влияние факторов на самочувствие людей (плохие материальные условия, неудовлетворительные условия, неполноценное питание, вредные привычки, взаимоотношения в семье, одиночество); выполнение рекомендаций медперсонала пациентами; выбор места лечения и частота обращения пациентов за медицинской помощью. За 100% взято общее число обследованных. Анализ ответов на вопрос о факторах, определяющих самочувствие, показал, что вне зависимости от пола, наибольший процент респондентов указывает на плохие материальные условия (7,17% - мужчины и 23,5% - женщины). У 2,3% мужчин на первый план выступают вредные привычки, а у женщин - неудовлетворительные бытовые условия, взаимоотношения в семье (по 3,8%) и неполноценное питание (3%). Таким образом, факторами, определяющими самочувствие человека, являются плохие материальные условия и неполноценное питание.

Характерными были ответы на вопрос о частоте обращений за медицинской помощью. В возрасте от 20 до 60 лет наибольшая обращаемость (вне зависимости от пола) несколько раз в год, а в возрасте старше 60 лет - несколько раз в месяц и в неделю.

В результате анкетирования по вопросу о предпочтении места лечения показали, что наибольшее количество опрошенных предпочитают лечиться дома (вне зависимости от пола).

К услугам скорой медицинской помощи прибегают гораздо реже - 1% мужчин и 1,2% женщин.

Интересно отношение респондентов к выполнению рекомендаций медицинских работников. В этом случае имеют место половые и возрастные различия. Чаще выполняют рекомендации врачей мужчины и женщины в возрасте от 70 до 80 лет. «По собственному усмотрению» относятся к рекомендациям мужчины в возрасте 20-40 лет и 60-70 лет. Никогда не выполняют рекомендации врачей анкетированные в возрасте от 20 до 30 лет.

I.1.4

**СЕЗОННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ
СИСТЕМ ОРГАНИЗМА**

М.В. Свиридов, Е.В. Дорохов, Ю.А. Горшенев
Медакадемия, Воронеж, Россия

Здоровье человека во многом зависит от функциональных возможностей сердечно-сосудистой системы, которая первой включается в процесс формирования адаптивных реакций организма и является ключевой в поддержании гомеостаза при действии экстремальных факторов. Целью исследования являлось выявление сезонных изменений физиологических систем организма у мужчин 19-20 лет, занятых преимущественно умственным трудом.

Исследования проводились в декабре 1998, апреле и сентябре 1999 годов (группы 1,2,3 соответственно). У испытуемых определялась максимальная физическая работоспособность (МФР) тестом PWC170 с нагрузкой на велоэргометре. В покое и после каждой нагрузки регистрировалась поликардиограмма методом Блюмберга в модификации В.Л. Карпмана

Во всех группах средние значения МФР соответствуют среднестатистическим для данного возраста (850-1149 кгм/мин.). Во 2-й группе в покое выявлено снижение механического коэффициента Блюмберга (К) (2,3±0,1) и увеличение индекса напряжения миокарда (ИНМ) в покое и после нагрузок (31,7±0,9% и 30,2±1,2%). В 1-й и 2-й группах внутрисистолический показатель (ВСП) в покое находился на уровне нижней границы нормы для здорового человека (84,8±1,1% и 84,5±0,9%), с последующей стабилизацией после нагрузок. В 3-й группе значения К, ИНМ, ВСП соответствовали физиологическим нормам до и после нагрузок, МФР была наибольшей (1132,9±47 кгм/мин.). Наименьшая МФР выявлена в 1-й группе (992,3±91,9кгм/мин), а во 2-й она составляла 1079±39 кгм/мин,

Таким образом, в зимнее и весеннее время у работников умственного труда наблюдается снижение резервов функциональных систем организма, одной из причин которого является нарушение сократительной функции сердца.

I.1.5

**ГУМАНИТАРНЫЕ АСПЕКТЫ ЗАЩИТЫ ИНФОРМАЦИИ
В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ**

Ф.Г. Хисамов, Л.Н. Елисеева, Б.К. Мандал
Кубанская государственная медицинская академия, Краснодар, Россия

В условиях глобальной информатизации общества компьютерные технологии находят широкое применение не только в сфере организации и управления здравоохранением, но также активно внедряются в лечебную практику.

Компьютеризация медицины позволяет накапливать базы данных о состоянии здоровья граждан, по заданной программе в автоматическом режиме дозировать и управлять лечебными процедурами, диагностировать в реальном времени сложные заболевания. Однако, с другой стороны, увеличивается риск умышленной модификации или утечки информации о состоянии здоровья граждан. То есть очень остро встают вопросы сохранения конфиденциальности медицинской информации, циркулирующей и хранящейся в компьютерных системах медицинских учреждений. Они непосредственно связаны с морально-этическими нормами врачебной деятельности и требованиями правовых актов по охране здоровья граждан.

Известно, что гарантированная защита информации достигается применением криптографических стандартов шифрования. Криптографические методы защиты информации являются наиболее дешевыми и эффективными средствами обеспечения безопасности автоматизированных систем управления медицинским назначением.

В настоящее время надежным сертифицированным средством криптографического закрытия компьютерных систем является отечественная плата «Криптон-3», которая реализует алгоритм шифрования в соответствии с ГОСТ 28147-89.

I.1.6

**О НЕКОТОРЫХ ТЕОРЕТИЧЕСКИХ ВОПРОСАХ
ДЕТСКОЙ РЕАБИЛИТОЛОГИИ**

О.И. Ефимов
Республиканское Объединение по реабилитации детей-инвалидов МЗ РФ,
Москва, Россия

Многочисленные и разноплановые трактовки реабилитологии и реабилитации, существующие в отечественной, зарубежной и международной теории и практике на протяжении полувека вносят существенный диссонанс в саму суть и гармонизацию реабилитации как процесса, так и предмета деятельности.

В свою очередь, присущий реабилитации линейно-векторный характер почти перманентно обуславливает периодическую гиперакцентированность на отдельных, увлеченно кажущихся приоритетными сторонами процесса реабилитации. Не имея в виду даже отдельные медицинские специальности, дискретно возникающие приоритеты будь то социальных, психологических или педагогических факторов, способны нести скрытое деструктивное начало. Представляется, что единственным выходом из подобных ситуаций является разумная абсолютизация принципа системности в реабилитации, который при линейно-векторном и многомерном характере реабилитации отражает ситуацию преобладания составляющих над целым, объективно характеризуя отрицательную по своей сущности простую сумму разнонаправленных эффектов деятельности.

В отношении детской реабилитологии следует иметь в виду еще одно важное обстоятельство - онтогенетические механизмы. Точками отсчета и периодами сравнения в реабилитации взрослых пациентов традиционно правильно считается состояние до болезни или травмы и после завершения реабилитационной программы. Реабилитация детей, особенно раннего возраста, связана с быстрым ростом и развитием ребенка. В этом случае оценка реабилитационной программы логически связана со сравнением результатов реабилитации больного ребенка с показателями качества жизни здорового ребенка того же возраста. Без целенаправленной установки специалистов на подобное решение задачи любая программа в детской реабилитологии обречена на невысокую результативность в настоящем и неудачу в будущем.

Введение в практику лечебно-реабилитационной работы МКБ-10, а также новых критериев ограничения жизнедеятельности и, соответственно, оценки качества жизни, определяет значимость вышеуказанных точек зрения.

I.1.7**ЭКОЛОГИЧЕСКИЙ ФОН И ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ**

*М.Р. Ламерт, А.С. Стражева, А.В. Нагибина
Омский государственный педагогический университет,
Омский государственный университет, Омск, Россия*

Загрязнение природной среды является мощным фактором в формировании здоровья населения, оказывающим неблагоприятное воздействие на воспроизводство населения, вызывает заболеваемость, смертность.

Город Омск занимает 15-е место по России, с наибольшим индексом загрязнения атмосферного воздуха. В области сложилась наиболее неблагоприятная ситуация в Сибири по микробиологическим показателям питьевой воды. По загрязнению почвы Омская область относится к регионам со средним загрязнением. В отдельных местах содержание в почвах нефтепродуктов выше ПДК в 19 раз. Длительное воздействие экологических нагрузок не может не сказываться на здоровье населения.

Выявлена зависимость повышенной заболеваемости населения болезнями органов дыхания, печени, мочевыделительной системы от загрязнения окружающей среды тяжелыми металлами, соединениями фтора. Повышение загрязнения атмосферного воздуха ведет за собой рост обращаемости населения за скорой медицинской помощью по поводу заболеваемости органов дыхания и системы кровообращения.

Особо страдают от неблагоприятных экологических факторов дети и женщины. В заболеваемости подростков преобладают болезни органов дыхания, нервной системы и органов пищеварения.

Однако лечебно-профилактическая работа медицинских учреждений города и области удерживает заболеваемость взрослого населения за последние годы на одном уровне. Незначительно снизились заболеваемость органов дыхания, органов пищеварения и органов кровоснабжения. В тесной связи с загрязнением окружающей среды находятся показатели онкологической заболеваемости и смертности населения. Сейчас под наблюдением лечебно-профилактических учреждений находится всего более 33 тыс. больных.

Особое внимание обращается на состояние здоровья женщин и детей, руководством области постоянно проводится слежение за состоянием здоровья отдельных групп населения. Осуществляется краткосрочное и среднесрочное прогнозирование.

Для улучшения ситуации по здоровью населения необходимо регулярное проведение мониторинга здоровья населения, формирование и осуществление целевых отраслевых программ, реализация которых нуждается в поддержке органов управления территорией. Необходим также методический подход к организации групп высокого онкологического риска.

I.1.8**СОЦИАЛЬНО-ФАКТОРНЫЙ АСПЕКТ РАДИАЦИОННОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ**

*М.Р. Ламерт, А.С. Стражева, А.В. Нагибина
Омский государственный педагогический университет,
Омский государственный университет, Омск, Россия*

Радиация является одним из существенных элементов сложной экологической обстановки в городе Омске и Омской области. Большую опасность для здоровья населения представляет загрязнение окружающей среды промышленными отходами, высокотоксичными и канцерогенными выбросами автомобильного транспорта.

Радиационно-опасным фактором на территории города являются техногенные загрязнения нескольких типов: утерянные источники гамма-излучения, несанкционированно использованный металлургический шлак, загрязненный Cs — 137, несанкционированное использование гранитного щебня Айсаринского карьера (Казахстан) с включениями ураново-рудного материала, наличие складов минеральных удобрений, содержащих естественные радионуклиды Ra — 226 и K — 40.

Омская инспекция по надзору за радиационной безопасностью Управления Сибирского округа Госатомнадзора России ведет наблюдения за предприятиями, использующими радиоактивные вещества и изделия на их основе. Всего 326 объектов, из них 75 — радиационно-опасные. В общей сложности, на предприятиях и организациях Омской области находится под надзором 14135 радиоактивных источников, в том числе — 17 открытых (фармацевтические препараты).

В настоящее время на территории г. Омска по результатам аэрогамма-съемки зафиксировано 6 участков радиационного загрязнения искусственными радионуклидами общей площадью 3775 кв. м, 15 участков загрязнения естественными радионуклидами общей площадью 55664 кв. м. На 21 участке общей площадью 154150 кв. м необходимо проведение детального радиационного обследования.

Областной Центр ГСЭН продолжает работу по контролю за строительными материалами, используемыми в строительстве.

Проводится работа по контролю содержания радона в воздухе жилых и общественных помещений. Превышение нормируемых величин не установлено. При приемке зданий в эксплуатацию проводится измерение гамма-фона. В среднем, мощность экспозиционной дозы внешнего гамма-излучения внутри зданий превышает мощность дозы на открытой местности на 2 — 10 мкР/час (при допустимом — 33 мкР/час). Проведены замеры на 49 объектах в городе и на 457 в области.

Для поддержания стабильности природной среды в последнее время в нашем городе выполнен большой объем работ по дезактивации территории с техногенно измененным радиационным фоном. Однако повышенное внимание к радиационному фактору не должно обернуться сворачиванием финансирования гораздо более актуальной для Омска системы социально-экологического мониторинга, в частности, системы контроля за состоянием окружающей среды и мониторинга эколого-зависимых заболеваний. Захоронение высокотоксичных отходов и радиоактивных материалов делает службу экологического мониторинга необходимым условием обеспечения безопасности жизни людей и сохранения здоровья.

I.1.9**ПРОЕКТ СОЗДАНИЯ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ЦЕНТРА В Г. АСТРАХАНИ**

*Т.А. Левина
Городская клиническая больница № 2, Астрахань, Россия*

Городская клиническая больница № 2 представляет проект организации гериатрического центра на базе существующего лечебного учреждения. Проект позволит скоординировать деятельность лечебно-профилактических учреждений и структурных подразделений органов защиты, создать банк данных по состоянию здоровья пожилых в г. Астрахани, улучшить качество медико-социальной помощи престарелым, совершенствовать медицинскую помощь пожилым на дому, оптимизировать развитие психологической и информационной помощи пожилым. Уникальность проекта состоит в том, что он выполняется на базе больничного учреждения, которое с 1992 г. первым в области начало работу по организации медико-социальной помощи, последовательно открывая: отделение сестринского ухода, выездную службу и стационарное отделение хосписа, отделение медико-социальной помощи на дому.

Оценка эффективности работы будет производиться следующим образом: по возрастному и половому составу пожилого населения и инвалидов, числу долгожителей и инвалидов, заболеваемости и болезненности, первичному выходу на инвалидность в пенсионном возрасте, частоте посещений в поликлинику, количеству нуждающихся в постоянном постороннем уходе и динамическом активном медицинском наблюдении, числу получающих медико-социальную помощь, в том числе на дому, числу пролеченных стационарно больных, средним сроком пребывания в стационаре, в том числе по нозологическим формам болезней, смертности и летальности среди пожилых, среднегодовой занятости койки и т. д.

Сбор цифровых данных в единый банк сведений позволит иметь достоверную картину об объемах медико-социальной помощи лицам пожилого возраста в г. Астрахани. Деятельность в этом направлении позволит сделать основной упор на амбулаторно-поликлиническое звено и реорганизовать в дальнейшем дорогостоящую стационарную помощь на стационар-замещающую помощь. Представленная модель организации центра на базе существующего ЛПУ не требует больших экономических затрат, основана на сложившихся уже связях ГКБ № 2 с другими ЛПУ, ведомствами и службами. Городская клиническая больница № 2 является старейшим мультидисциплинарным коллективом и способна решать поставленные задачи.

I.1.10**ЭКСПЕРТНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ КАРДИО-ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ В ПРОЦЕССЕ ИХ РЕАБИЛИТАЦИИ**

*И.Л. Кром, А.П. Ребров, Л.Я. Лившиц, В.А. Пуртов
Медицинский университет,
Кардиобюро медико-социальной экспертизы, Саратов, Россия*

Повышение степени трудоспособности кардио-церебральных больных является одной из главных задач реабилитационных мероприятий у них. Самостоятельным показателем эффективности проводимой реабилитации является положительная динамика качества жизни (КЖ), складывающегося из оценки пациентом уровня своего благополучия в физическом, психическом и социально-экономическом аспектах.

Нами успешно применена усовершенствованная методика количественной оценки КЖ у кардио-церебральных больных с хронической сердечно-сосудистой недостаточностью. За основу при этом был взят Минне-

сотский опросник, позволяющий определить числовую характеристику КЖ. Нам удалось математически обосновать зависимость числового показателя КЖ от возраста, пола, образования, стадии сердечной недостаточности и выраженности дисциркуляторной энцефалопатии. Определение уровня КЖ с использованием Миннесотского опросника позволяет существенно объективизировать оценку состояния пациента и, следовательно, контролировать эффективность реабилитационных мероприятий. Эта методика была с успехом использована нами у 83 человек (70 мужчин, 13 женщин) трудоспособного возраста при проведении экспертизы их трудоспособности.

I.1.11

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ЦЕНТРЕ

*В.З. Колтун, В.В. Захаренков, А.К. Дранишников
МУ ЛПМК «7 больница-Таргай», Новокузнецк, Россия*

Инвалидность наряду с медико-демографическими характеристиками, заболеваемостью и физическим развитием является одним из основных показателей общественного здоровья и представляет важнейшую проблему для органов здравоохранения и социальной защиты населения.

Огромный социально-экономический и моральный ущерб, наносимый инвалидностью обществу, придает особую актуальность изучению этой проблемы. Особенно важны эти проблемы в промышленно развитых регионах. Город Новокузнецк является одним из промышленных центров страны, в котором сосредоточено большое количество предприятий черной, цветной металлургии, угольной промышленности. Условия труда на этих предприятиях в большинстве своем относятся к категории вредных и опасных. Многие исследования показали высокий уровень заболеваемости на этих объектах, что, безусловно, не могло не сказаться на процессах инвалидности населения.

В связи с этим особую актуальность приобретают проведение комплексных исследований по оценке распространенности инвалидности, изучение потребности в реабилитационных мероприятиях и разработка рекомендаций по совершенствованию медико-социальной реабилитации инвалидов.

Анализ инвалидности населения в г. Новокузнецке за период с 1990 по 1998 г. показал, что численность инвалидов за этот период увеличилась на 56,3% (128,0 на 10 тыс. населения), в том числе у мужчин — на 48,9% (163,5), у женщин — на 68,1% (97,0). Ведущими причинами инвалидности явились: болезни системы кровообращения — 42,18; нервной системы и органов чувств — 16,13; психические расстройства — 15,97; травмы и отравления — 14,89 (на 10 тыс. населения).

Анализ распределения инвалидов в связи с ограничением жизнедеятельности показал, что ведущими являются ограничение способности к трудовой деятельности (72,0%), к самообслуживанию (42,8%), к передвижению (31,8%), к общению (13,6%).

Данные об особенностях распространенности инвалидности, взаимосвязей нарушений функций и ограничения жизнедеятельности позволили рассчитать объем и структуру потребности в различных видах медико-социальной помощи у инвалидов. Были разработаны алгоритмы типовых реабилитационных программ, что позволило осуществить обоснованный выбор индивидуальных медико-социальных реабилитационных программ, учитывающих потенциал восстановления функции и уменьшения степени ограничения жизнедеятельности.

Эти разработки послужили обоснованием комплексной системы медико-социальной реабилитации, организационной и функциональной структуры специализированного Центра реабилитации инвалидов.

I.1.12

ПАЛЛИАТИВНАЯ ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ НА ДОМУ

*Ф.Ш. Ахметзянов, В.М. Каценельсон, В.В. Стрункин, Д.М. Рувинский,
Н.Г. Шайхутдинов
КГМУ, ГСМО «Онкология», Казань, Татарстан*

В структуре ГСМО «Онкология» г. Казани в 1993 году существует служба экстренной и неотложной помощи. Создание такой службы позволило после посещения на дому всех онкобольных, состоящих на учете, выявить лиц, которым необходима паллиативная и симптоматическая помощь. Наличие службы позволяет реально довести специализированную помощь до каждого больного. Существенным является, что такой «хоспис на дому» обходится намного дешевле, чем создание хосписа стационарного типа. Больные и их родственники не отрываются от привычной домашней обстановки, не теряется контроль онколога за своевременностью применения возможностей специальных методов лечения. Постоянная курация пациентов онкологами делает возможным своевременную госпитализацию больных на паллиативные и симптоматические операции, такие, как гаст-

ростомия, колостомия, наложение обходных анастомозов, назначение паллиативной лучевой терапии и т.п. Стали раньше выявляться возникшие рецидивы и метастазы, что позволило проводить радикальную или хотя бы адекватную симптоматическую терапию. За период с 1994 по 1999 г. бригадами «скорой помощи» обслужено вызовов — 89231, в том числе активные — 23054. Сделаны на дому плевральные пункции у 1462, лапароцентезы — у 1074, проведены курсы паллиативной химиотерапии у 72, выполнены трокарные эпицистостомии у 45, вскрыты ранее наложенные превентивные стомы у 87 больных. Созданным при ГСМО «Онкология» благотворительным фондом «Сострадание» подготовлены сиделки, которые осуществляют квалифицированный уход за одинокими больными. Персонал бригад «скорой помощи», кроме медицинской помощи, проводит обучение родственников больных рациональному уходу.

По нашему мнению, онкологические больные на всех этапах развития болезни должны получать специализированную медицинскую помощь. Наш опыт работы позволяет рекомендовать организацию подобных служб в крупных городах РФ, что реально заменяет создание специального хосписа, причем руководимого специалистами-онкологами.

I.1.13

ОРГАНИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО И НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

*Л.М. Селезнева, А.Л. Арьев, Р.К. Кантемирова, Г.А. Измаильская
Медицинская академия последипломного обучения,
Санкт-Петербург, Россия*

В течение последних лет реабилитация людей трудоспособного и нетрудоспособного возраста, как инвалидов так и не инвалидов (людей с большим листом), проходит с большими сложностями. В Санкт-Петербурге реабилитационных центров недостаточно, очередь в больницу №40 (специализированная) на реабилитацию по травме и неврологии ждать приходится от 2 до 6 месяцев. Все это время пациент находится на больничном листе, ибо без проведения полного комплекса оздоровительных мероприятий врач не может принять экспертное решение.

В 1999 году объединение № 25 совместно с Институтом экспертизы трудоспособности (СПИЭТИН) провело реабилитацию больных и инвалидов. Также были использованы база врачебно-физкультурного диспансера для реабилитации больных травматологического профиля, медико-санитарная часть №18, поликлиника №38.

Преследовались две цели:

1. уменьшение сроков пребывания на больничном листе;

2. уменьшение затрат на госпитализацию. Стоимость лечения в больнице № 40 выше, чем в СПИЭТИН-е. Нельзя исключить и моральный аспект этой проблемы — больные проходили реабилитацию в стационаре, расположенном рядом с местом проживания. Проведена реабилитация инвалидам II группы терапевтического профиля. Всего было направлено на реабилитацию 71 человек. Из них: в больницу № 40—23: черепно-мозговая травма — 6, неврологические заболевания — 11, травматические переломы — 6; в районный физкультурный диспансер — 6 (травма); в поликлинику № 38—8 (травма); в СПИЭТИН — 34 человека: неврологические заболевания — 16 (3 имели инвалидность), травматические переломы — 12 (3 имели инвалидность), заболевания терапевтического профиля — 4 (все инвалиды), офтальмологическая реабилитация с экспертной оценкой — 1, онкологическое заболевание (мастэктомия) — 1.

Результаты реабилитации оценивались по 5-балльной системе.

Проведенное исследование позволило сделать вывод о целесообразности использования реабилитационной базы СПИЭТИН в системе здравоохранения и развитии амбулаторных реабилитационных центров (уменьшены сроки пребывания на больничном листе, улучшилось качество реабилитации).

I.1.14

К ВОПРОСУ О ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ

*С.Д. Шоферова
СПБГМА им И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия*

В сообщении представлены результаты изучения заинтересованности взрослого трудоспособного населения в сохранении и улучшении своего здоровья и двигательной активности.

Было опрошено 420 человек, из которых 39,5% мужчин и 60,5% женщин. После обработки полученных данных установлено, что только седьмая часть (157 человек) анкетированных посещает различные спортивно-оздоровительные комплексы. Мужчины в меньшей степени заинтересованы в сохранении и улучшении своего здоровья и двигательной активности. Женщины уделяют этому вопросу больше внимания и гораздо активнее посещают спортивные залы, в которых предпочтение отдается занятиям на тренажерах, шейпингом и аэробикой. Ведущими причинами низкой посе-

щаемости спортивно-оздоровительных комплексов являются дороговизна предлагаемых услуг (33,1%) и отсутствие свободного времени (23%). Не видят необходимости в тренировках, не имеют желания и считают такие занятия бесполезными 24% опрошенных. Из всех анкетированных только третья часть (154 человека) приобрела различное спортивное оборудование и инвентарь, однако используют его дома всего 48 человек — преимущественно женщины.

Проведенным исследованием выявлена низкая посещаемость спортивно-оздоровительных комплексов, что на наш взгляд связано с неграмотным подходом населения к своему здоровью. Установлено, что имеющееся в домашних условиях спортивное оборудование используется в недостаточной мере. В свою очередь, большую заинтересованность в сохранении и улучшении своего здоровья и двигательной активности проявляют женщины.

I.1.15

ПРОБЛЕМЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В СЛУЖБЕ ХОСПИС

Т.А. Голикова, Т.А. Левина, Л.Н. Хилова, Г.А. Трубников
Городская клиническая больница № 2, Астрахань, Россия

Ежегодно количество онкологических больных возрастает во всем мире. В городе Астрахани от рака различной этиологии умирает до 1000 человек в год. В стране все более широкое развитие получает новая форма паллиативной помощи — служба хоспис. В 1994 году при городской клинической больнице № 2 открыта выездная служба хоспис и стационарная на 10 коек, работающие как единый центр. За время работы была оказана разнообразная паллиативная помощь в стационаре 543 больным. На первом месте по частоте у наблюдавшихся больных стоял рак легкого (34%), на втором — рак молочной железы (29%), на третьем — рак желудка (20%). Хроническая боль занимала ведущее место среди других синдромов и отмечалась у 91%. Всякий раз выбор метода обезболивания учитывал основные причины возникновения болевого синдрома (опухольный процесс, осложнения рака, паранеопластические поражения и т.д.). Испытывалась острая необходимость развития при стационаре хосписа параклинических диагностических служб, прежде всего кабинетов нейрофизиологического обезболивания и верификации генеза ХБС. В практической работе широко используется метод местной анестезии, однако и здесь требует расширения материальная база для проведения разнообразной немедикаментозной паллиативной терапии болевого синдрома в службе хоспис. Нет апробации новых препаратов на местах. Уровень внедрения дорогостоящих препаратов сдерживается их относительной дороговизной. Проблемы паллиативной помощи обсуждались на межрегиональных научно-практических конференциях, проводимых в г. Астрахани по нашей инициативе. Целесообразно создать секции врачей хосписов в фонде паллиативной медицины или ассоциацию врачей хосписов, выпускать и рассылать информационные материалы по регионам страны. Решение этих задач возможно только при должном внимании руководителей не только отдельных регионов, но и страны в целом.

I.1.16

НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ, ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНЫХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ В ИНТЕРНОЛОГИИ

Н.К. Горшунова, П.Ю. Старостин
Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Современные представления о реабилитации как процессе восстановления, компенсации или замещения нарушенных функций организма, ограничения жизнедеятельности, преодоления социальной недостаточности требуют обоснования с позиций адаптации, формирования соразмерных дефекту компенсаторно-приспособительных реакций, возрастных особенностей пациента.

Практическая задача разработки и применения реабилитационных программ не может быть полноценно решена без предварительной оценки интегральной степени нарушений функционального, психологического, социального статуса, определения компенсаторных возможностей реабилитируемого лица.

Для решения данной задачи нами проведены комплексное обследование и специальное анкетирование 230 нуждающихся в реабилитации лиц в возрасте от 36 до 65 лет с определением их интегрального реабилитационного потенциала (РП) при помощи корреляционного, регрессионного и системного многофакторного анализа, что позволило разделить пациентов на группы в зависимости от величины РП, соответствующей высокой, умеренной и низкой степени медико-социальной адаптации. Вычислением средних взвешенных коэффициентов выяснена значимость отдельных

составляющих ограничений и нарушений. Подобным образом изучено влияние на организм реабилитируемых весомости и эффективности отдельных реабилитационных мероприятий комплексных индивидуализированных программ, произведен их отбор. Снижение РП через месяц выполнения отобранных реабилитационных программ расценено как показатель ее эффективности.

Предложенные методы отбора, оценки и прогнозирования восстановительных мероприятий позволяют осуществлять подбор наиболее адекватных функциональному дефекту и ограничению жизнедеятельности программы и приблизиться к моделированию реабилитационных возможностей организма.

I.1.17

ГУМАНИТАРНЫЕ АСПЕКТЫ ЗАЩИТЫ ИНФОРМАЦИИ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Ф.Г. Хисамов, Л.Н. Елисеева, Б.К. Маңдал
Кубанская гос. меакадемия, Краснодар, Россия

В условиях глобальной информатизации общества компьютерные технологии находят широкое применение не только в сфере организации и управления здравоохранением, но также активно внедряются в лечебную практику.

Компьютеризация медицины позволяет накапливать базы данных о состоянии здоровья граждан, по заданной программе в автоматическом режиме дозировать и управлять лечебными процедурами, диагностировать в реальном времени сложные заболевания. Однако, с другой стороны, увеличивается риск умышленной модификации или утечки информации о состоянии здоровья граждан. То есть очень остро встают вопросы сохранения конфиденциальности медицинской информации, циркулирующей и хранящейся в компьютерных системах медицинских учреждений. Они непосредственно связаны с морально-этическими нормами врачебной деятельности и требованиями правовых актов по охране здоровья граждан.

Известно, что гарантированная защита информации достигается применением криптографических стандартов шифрования. Криптографические методы защиты информации являются наиболее дешевыми и эффективными средствами обеспечения безопасности автоматизированных систем управления медицинского назначения.

В настоящее время надежным сертифицированным средством криптографического закрытия компьютерных систем является отечественная плата «Криптон-3», которая реализует алгоритм шифрования в соответствии с ГОСТ 28147-89.

I.1.18

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В САРАТОВЕ

А.Н. Тахтамыш
Медуниверситет, Саратов, Россия

Диагностика ранних форм рака зависит от экономического состояния онкологической службы здравоохранения, профессиональной подготовки врачей общей лечебной сети, совершенствования методов активного выявления и четкой организации инструментальной диагностики.

В настоящее время в Саратове отсутствует специализированное онкологическое учреждение, поэтому большинство больных лечатся в общехирургических стационарах.

Предложена схема организации для улучшения результатов обследования и лечения онкологических больных в этих условиях. Она состоит в решении двух основных задач:

1. Улучшение онкологической подготовки врачей по раннему выявлению опухолей.
 2. Организация своевременных диагностических центров, включающих ультразвуковую и эндоскопическую диагностику с обязательной морфологической верификацией.
- Онкологическая подготовка врачей реализована по трем основным направлениям:
1. Реорганизация вузовского обучения.
 2. Оптимизация постдипломной профессиональной подготовки.
 3. Организация постдипломной подготовки для врачей основных специальностей.

Второй важной задачей улучшения онкологической службы города является организация диагностических центров. Для этого создано 6 диагностических центров на базе солидных клинических учреждений. Это позволило без дополнительных материальных субсидий распределить потоки больных и наладить четкую систему обследования больных.

I.1.19**МЕСТО И РОЛЬ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ В ГЕРИАТРИИ**

А.И. Кирсанов, В.Ф. Носова
 Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
 им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Особенность демографической ситуации в России вызвала интерес к различным аспектам жизни лиц преклонного возраста. Социальная незащищенность многих стариков, связанная с экономическими проблемами и отсутствием социального окружения в условиях прогрессирующего снижения способности к самообслуживанию, приводит к повышенной и необоснованной госпитализации стариков в многопрофильные стационары. Срок пребывания в стационаре длителен, ибо поводом для госпитализации являются часто не медицинские показания, а социально-бытовые проблемы. Отделения (больницы) сестринского ухода в Санкт-Петербурге частично решают эти задачи.

Обилие симптомов нарушения функций органов и систем, свойственных старческому возрасту, прочно привязывает старого человека к врачу, требуя от него облегчения страданий через медикаментозное лечение. Нередко их ожидание удовлетворено путем полипрагмазии, ценой усугубления нарушенного гомеостаза старого человека. Важно осознание самим пациентом и его родственниками неизбежности самого старения и естественности умирания в преклонном возрасте. Однако продолжает действовать известный стереотип: симптом — синдром — врач — диагноз — лечение.

В этом плане сам принцип паллиативного лечения: *создание для пациента и его семьи лучшего качества жизни через удовлетворение физических, психологических, социальных и духовных потребностей, а также поддержка после утраты*, — лежит в основе медико-социальной помощи гериатрическим пациентам. Паллиативная медицина, ставшая основой работы с онкологическими больными, должна найти свое место и в гериатрии. Служба сестринского ухода в гериатрии имеет много общего с хосписной службой в организации, методах лечения и идеологии поведения коллектива в отношении престарелого пациента и окружающего его микроциума.

I.1.20**БИОЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

В.Ф. Носова, А.И. Кирсанов
 Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
 им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Постарение населения представляет собой явление, вызывающее разнообразные серьезные последствия. Ведущей проблемой людей позднего возраста является состояние их здоровья, субъективное восприятие которого становится гораздо значимее самого здоровья. Понятна повышенная потребность у престарелых людей в лекарственных препаратах. Однако вследствие определенных возрастных особенностей функционирования систем, ответственных за всасывание, распределение, метаболизм и выведение лекарств, существенно возрастает риск их нежелательного действия, превращая фармакотерапию данной группы больных в постоянный врачебный эксперимент.

Иной биоэтической проблемой является оказание помощи престарелым в случае естественной смерти. Развитие сети отделений сестринского ухода, где средний возраст пациентов 80–82 года, а летальность 25–36 %, с этим явлением врачам приходится сталкиваться часто. Известно, что желание жить коррелирует с продолжительностью жизни сильнее, чем объективные параметры состояния самого организма. Наиболее не готовы к восприятию смерти родственники пациента. Терминальные же спады в виде потери интереса к жизни, самому себе, еде, питью, общению являются клиническими проявлениями приближающегося конца жизни. Поведенческие реакции наиболее ярко выражают нарушение равновесия организма с окружающей его средой. Те же врачи, которые мало знакомы с патофизиологией терминальных состояний естественного умирания человека и не смогли приобрести внутреннего равновесия и философского осмысления старения и смерти, особенно под прессингом родственников, будут интенсивно «лечить» умирающего, ориентируясь на диагноз.

Естественная смерть в преклонном возрасте, как проявление возрастной (старческой) полиорганной недостаточности, понятие в большей мере биологическое и духовно-нравственное, — но не медицинское. И медиализация ее в большинстве случаев неоправдана. Врачебный рейтинг должен определяться разумностью действий духовно-нравственного и медико-социального звучания.

I.1.21**ВЛИЯНИЕ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА РАСПРОСТРАНЕНИЕ ГОСПИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ**

Н.Н. Костина, С.В. Стражев
 Государственная медицинская академия, Омск, Россия

Госпитальные гнойно-септические инфекции (ГГСИ) — комплексная проблема, требующая разностороннего рассмотрения и дальнейшего изучения особенностей распространения заболеваний с целью разработки мер профилактики причин и условий их возникновения.

Пациенты акушерских стационаров представляют часть популяции, которая объединена определенными биологическими особенностями, определяющими специфичность развития ГГСИ. Наиболее изучены факторы риска возникновения ГГСИ, определяющие статус новорожденного и состояние здоровья женщины, особенности течения беременности и родов, раннего послеродового периода. Но нельзя исключить негативного влияния изменившихся условий обитания на адаптационно-приспособительные возможности его организма.

Перспективы существенного повышения эффективности профилактики госпитальных инфекций связывают с индивидуализацией мероприятий, учитывающих неоднородность людей, участвующих в эпидемическом процессе. Для изучения вероятности влияния экологических факторов на риск возникновения госпитальных инфекций нами была разработана анкета, отражающая течение беременности, родов, основные характеристики новорожденных. В анкете учитывались профессиональный маршрут женщины, район проживания. Заполнялись анкеты по данным истории родов и историям развития новорожденных за 1996 год по двум родильным домам г. Омска, построенным по типовым проектам, но с разной планировочной организацией.

Изучаемая выработка включала 783 анкеты, из них 167 — заболевшие госпитальными инфекциями матери и дети, контрольная группа сформирована случайной выработкой от общего количества историй по этим родильным домам. Статистическая обработка анкетных данных осуществлялась с помощью табличного процессора Excel 7.0. Предварительные результаты позволяют оценить значимость неблагоприятных экологических факторов в риске возникновения ГГСИ. Так, среди сельских жителей доля заболевших составляет 7,3%, а среди городских — 23,6% (χ^2 -квadrat = 14,4 > 9, $P < 0,001$). Заболеваемость среди женщин, проживающих в промышленных и «спальных» районах г. Омска, не имеет достоверных различий, что может быть обусловлено диффузным загрязнением окружающей среды.

I.1.22**ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНДЕКСА РЕЗЕРВНОГО ПРОСТРАНСТВА**

Х.А. Мусалатов, А.Г. Аганесов, В.И. Тельпухов, А.Д. Ченский, М.Т. Сампиев, Л.Ф. Пестерева, И.В. Шахабов
 Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Материалом послужили 2 группы пациентов: 1) без корешковой симптоматики, добровольно согласившиеся на исследование, составила 42 человека возраста от 20 до 48 лет, 35 мужчин и 7 женщин; 2) 25 человек без корешковой симптоматики с интрафораминальными связками, обнаруженными на МРТ, возраста от 20 до 46 лет, 18 мужчин и 7 женщин. МРТ-исследование производилось магнитно-резонансным томографом (Flexart фирмы Toshiba).

По данным МРТ мы вычислили индекс резервного пространства (ИРП) у всех 67 пациентов. ИРП высчитывался путем деления площади латерального отверстия межпозвонкового канала на площадь соответствующего ему спинномозгового корешка. В группе пациентов с интрафораминальными связками высчитывали площадь, ограниченную связкой. ИРП в 1 группе колебался от 2,12 до 2,61. В 2 группе ИРП колебался от 1,38 до 1,83.

Вывод: В случае наличия интрафораминальных связок ИРП в норме меньше примерно на 40%, независимо от уровня сегмента. Этот показатель напрямую зависит от вида и количества связок. Следовательно, при патологии межпозвонковых дисков создается большая угроза сочетанной компрессии спинномозговых корешков (интрафораминальной связкой и грыжей диска).

I.1.23**НЕКОТОРЫЕ МЕХАНИЗМЫ АДАПТАЦИИ В ПРОФЕССИЯХ ОПЕРАТОРСКОГО ТРУДА**

О.М. Иванова
 Научно-лечебный центр Комитета ветеранов Подразделений
 Особого Риска Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

В паллиативной медицине широко используются нервно-психические нагрузки. Обследован 191 мужчина, средний возраст — 56,6±8,8 лет. Сре-

ди них наблюдающиеся с диагнозом ишемической болезни сердца 83 человека, гипертоническая болезнь — 108 человек.

В качестве модели НПН использовалась нагрузка, моделирующая некоторые составляющие операторского труда.

Во время исследования больной находился в положении сидя, регистрировалась электрокардиограмма в отведении по Небу и реограмма по Kubicek W.G. Использовались полианализатор ПА9-01, ленточные электроды из гибкого металла, электрокардиограф ЭК34-01. В процессе нагрузки измерялось артериальное давление. Во время сенсомоторной нагрузки показатели центральной гемодинамики рассчитывались во время первой и третьей минуты по усредненным значениям измерений нескольких дыхательных циклов. При работе с таблицей Платонова К.К. рассчитывались показатели в течение 1, 4, 7, 10 мин нагрузки. Показатели центральной гемодинамики регистрировались также до нагрузки и на первой, третьей и пятой минуте отдыха, что соответствует существующим принципам построения внутрисменных режимов отдыха. Zn определяли методом атомно-абсорбционного анализа проб сыворотки крови на пламенном атомно-абсорбционном спектрометре ААС-3.

Уровень Zn в сыворотке крови имеет значимую положительную корреляцию ($r = 0,3$) с величинами тройного произведения при всех измерениях при выполнении нервно-психической нагрузки и на первой минуте отдыха, но не связан с величиной тройного произведения в покое (до выполнения нагрузки) и в другие моменты отдыха.

I.1.24

РАЗРАБОТКА ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

И.В. Воротникова

Государственная служба медико-социальной экспертизы, Челябинск, Россия

ФЗ «О социальной защите инвалидов РФ» от 24.11.95 г. вводит новое содержание понятия «инвалид». 14.12.96 г. Министерство труда и социального развития РФ принимает постановление № 14 «Об утверждении Примерного положения об индивидуальной программе реабилитации инвалида». Государственная служба МСЭ Челябинской области с 1.4.98 г. начинает разрабатывать инвалидам ИПР. Цель работы: Оценить ИПР 1. Объем и качество содержания; 2. Объем и качество осуществления; 3. Результаты выполнения ИПР; 4. Эффективность реабилитации.

Объем исследования: Инвалиды, проходящие освидетельствование в кардиологическом бюро МСЭ № 2, которым оформлена ИПР в 1999 и 2000 г. Материал: амбулаторная карта, история болезни, акты освидетельствования в бюро МСЭ, трудовая книжка, профессиограмма ИПР, реабилитационная карта, анкета для изучения работы по выполнению ИПР. Метод: социологический. Критерии эффективности: показатели полного и качественного оформления ИПР, показатели полного и качественного осуществления ИПР, результаты выполнения ИПР — восстановление, компенсация, стабильность, ухудшение, пИПР — профобучение, трудоустройство. Показатели эффективности реабилитации — полная реабилитация, неполная, показатель стабильности, утяжеления.

Ожидаемый результат. Улучшение показателей полного и качественно оформленного и осуществления ИПР.

I.1.25

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА ПРИВОЛЖСКОЙ ЖЕЛЕЗНОЙ ДОРОГЕ

В.Н. Плехов, О.В. Касимов

Дорожная клиническая больница, Кафедра онкологии Саратовского государственного медицинского университета, Саратов, Россия

Для оказания онкологической помощи на Приволжской ж.д. в Дорожной клинической больнице (ДКБ) г. Саратова, отделенческих больницах Волгоград-1, Ершов функционируют онкокабинеты. В ДКБ также имеется онкологическое отделение на 45 коек и радиологическое отделение на 30 коек. Онкологическая служба на Приволжской ж.д. тесно связана с городскими и областными онкодиспансерами Саратовской, Волгоградской и Астраханской областей.

Организационно-методическое руководство осуществляется главными специалистами врачебно-санитарной службы. В онкокабинетах проводятся консультативный прием, обследование и диспансеризация онкологических больных. Для дообследования и определения тактики лечения больные направляются в онкологическое отделение ДКБ, являющейся базой кафедры онкологии медицинского университета. Все больные после дообследования обсуждаются на онкоконсилиумах, где с учетом биологических

особенностей опухолевого процесса и индивидуальных особенностей организма больного вырабатывается план лечения. При невозможности оказания узкоспециализированной помощи больные для лечения направляются в лечебно-профилактические учреждения территориального здравоохранения, городской и областной онкологические диспансеры.

Клинико-экспертным советом ДКБ проводится разбор причин запущенных случаев онкозаболеваний с привлечением врачей первого контакта и при необходимости руководителей лечебных учреждений. Осуществляется постоянный анализ диагностических ошибок. Ежегодно по графику осуществляются выезды в линейные и отделенческие больницы, где оказывается консультативная и организационно-методическая помощь, проводятся выездные конференции.

I.1.26

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ ПРИМЕНИТЕЛЬНО К ОБСЛУЖИВАНИЮ ИНКУРАБЕЛЬНЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Г.Н. Гончарова, А.В. Шульмин

Кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения, КрасГМА, Красноярск, Россия

Проведение лечебно-диагностических мероприятий или реализация медико-социальных мероприятий и проектов в условиях дефицита финансирования здравоохранения требует тщательной оценки всех возможных вариантов для выбора максимально эффективной стратегии.

Паллиативная помощь онкологическим больным на первый взгляд характеризуется невысокой отдачей по показателям экономической эффективности и полезности затрат, поскольку фактически не способствует сокращению недожитых лет жизни лиц трудоспособного возраста и инвалидизации.

С другой стороны, не стоит забывать о том, что инкурабельные онкологические больные требуют постоянного наблюдения и ухода. Поскольку организация «Хосписов» на территории России является скорее исключением, чем правилом, обслуживание инкурабельных онкологических больных ложится в основном на местные поликлиники и стационары, а также их родственников. Последствием вышесказанного является неэффективная организация купирования болевого синдрома, отвлечение от трудового процесса значительного числа людей, формирование среди окружения больного хронического дистресса (по некоторым данным смертность среди близких родственников онкологического больного возрастает на 40%). На основании выше перечисленного можно сделать следующие выводы:

- организация паллиативного обслуживания онкологических больных имеет не только морально-этическую подоплеку (не только избавление инкурабельных больных от физических страданий, но и создание душевного комфорта), но и значительный экономический эффект (высвобождение рабочего времени родственников; экономия расходов здравоохранения на купирование последствий от хронического дистресса, формирующегося в среде родственников и близких онкологического больного);

- эффективная организация паллиативной помощи инкурабельным больным возможна только на базе службы «Хоспис». Причем организация службы «Хоспис» также требует построения и оценки различных моделей, с преимущественно догоспитальным обслуживанием выездными бригадами (группы динамического наблюдения, стационары на дому) или в больничном стационаре.

I.1.27

ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В УСЛОВИЯХ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ

В.М. Коломиец, В.Н. Майков

Государственный медицинский университет, Комитет здравоохранения, Курск, Россия

Последние десятилетия туберкулез занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваемости населения Российской Федерации и в значительной мере определяет уровень временной и стойкой утраты трудоспособности среди населения.

Учитывая медико-социальную значимость проблемы, органами управления здравоохранения субъектов Российской Федерации в сложных экономических условиях изыскиваются возможности повышения качества специализированной медицинской помощи населению путем совершенствования форм ее организации, внедрения в практическое здравоохранение современных методов диагностики, лечения и реабилитации. Наиболее рациональные режимы лечения по программе DOTS, рекомендуемой ВОЗ. При этом курсы лечения интенсивны, сроки пребывания больного на

стационарном лечении в значительной мере сокращены, в то же время реабилитационные мероприятия не предусмотрены, так как они ресурсозатратны и малоэффективны.

По этой же причине апробированная отечественная система функциональной и трудовой реабилитации больных и переболевших туберкулезом в последнее время нарушена, большинство санаторных учреждений не функционируют. Вместе с тем отмечается рост рецидивов туберкулеза почти на 60%, что обуславливает увеличение объема экономических потерь, вследствие того, что стойкая потеря трудоспособности большинства больных влечет за собой определенные социальные компенсации.

На примере одной из областей Центрально-Черноземного региона РФ проводится сокращение объемов и сроков реабилитации больных туберкулезом в настоящее время.

В создавшихся условиях наиболее целесообразно сохранить санаторную сеть, используя ее одновременно для реабилитации и проведения поддерживающего курса лечения в режиме DOTS. Перспективными направлениями являются привлечение к финансированию реабилитационных мероприятий дополнительных средств из федерального бюджета, системы социальной защиты населения, фонда обязательного медицинского и социального страхования.

I.1.28

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ПАЛЛИАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ В ГЕРИАТРИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ

В.В. Егоров, В.Н. Селеев, М.Ф. Литвиненко

Областной клинический госпиталь ветеранов войн, Ульяновск, Россия

Контингент госпиталя, в настоящее время имеющего статус гериатрического центра, весьма своеобразен, а потребность в паллиативном лечении особенно высока. Учитывая общественную и социальную значимость этой группы населения, в 1996 году было открыто отделение длительного лечения. Задача — реализация программ паллиативного лечения и ухода у широкого профиля пациентов. Клиническая база отделения — 30 коек, в штатном расписании 5 ставок врачей и 20,5 среднего медперсонала. За 3 года работы в отделении прошли лечение 1095 больных, при этом интенсивную терапию получили 325 (29,7%), а в индивидуальном уходе нуждались 296 (27%). Среднее пребывание на койке составило 33,4 дня, больничная летальность 6%. В структуре контингента преобладали пациенты с заболеваниями органов кровообращения (61,2%), онкологические больные (9%) и больные с патологией органов дыхания (9%). Для лечения применялся широкий комплекс средств терапии и возможные мероприятия по реабилитации. Отдельного анализа заслуживает группа онкологических больных. Все они имели запущенные формы злокачественных новообразований, при этом 30% из них поступили в крайне тяжелом состоянии. В лечении этого контингента мы придерживались активной тактики, реализуя программы борьбы с болью, паллиативную химиотерапию, а при необходимости и лучевое лечение. Все онкологические больные находились под наблюдением психолога и им осуществлялась коррекция психо-эмоционального состояния, использовались и психотропные препараты. Наш опыт показывает, что большое значение для анализируемого контингента имеет социальная реабилитация.

I.1.29

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ МОДЕЛИ ПАЛЛИАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ, АНАЛИЗ РАЗВИТИЯ В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Т.З. Биктимиров, О.П. Модников, В.В. Егоров, В.Д. Семенов

Ульяновский государственный университет, Ульяновск, Россия

Период с 1992 по 2000 год отмечен активным развитием в Ульяновской области методов паллиативного лечения и апробацией различных форм организации этого нового направления в российской медицине. В настоящее время в Ульяновском регионе России наметились различные подходы к вопросам организации паллиативной помощи населению. Мы анализируем опыт работы каждой организационной формы в системе паллиативного лечения, стараясь наиболее полно отметить как достоинства, так и недостатки каждой из них. Сегодня мы имеем возможность оценить следующие организационные варианты паллиативной медицины: паллиативное лечение как составная форма деятельности онкологического учреждения с широким использованием специальных методов противоопухолевой терапии. Хоспис как самостоятельное учреждение и хоспис на базе межрайонного онкологического диспансера. Отделение паллиативной медицины на базе областного госпиталя ветеранов войны и паллиативное лечение на базе межрайонного гериатрического центра, которых в области уже 3. Необходимо отметить, что в орбиту деятельности первых трех форм вовлечены онкологические больные, тогда как задачи

отделения паллиативного лечения госпиталя и межрайцентра шире и включают лечение неонкологических больных. Опыт показывает, что наиболее эффективным паллиативное лечение онкологических больных осуществляется на базе онкологических учреждений, где возможно широкое использование специальных методов. Заслуживает внимания опыт паллиативного лечения пожилых на базе госпиталя инвалидов войны, фактически специализированного геронтологического учреждения, где реализуется широкий подход к различным клиническим направлениям паллиативной медицины.

I.1.30

СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ БЕЗ ОПРЕДЕЛЕННОГО МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА И ЗАНЯТИЙ (БОМЖИЗ)

И.Е. Торшина

Медицинская академия, г. Смоленск, Россия

Основная роль в эпидемическом распространении болезней, передаваемых половым путем (БППП), принадлежит социально дезадаптированным группам населения, практикующим рискованное поведение (представители сексуальных меньшинств, индустрии коммерческого секса, наркоманы, БОМЖИЗ и др.). В результате персистенции инфекции в «уязвимых группах» создаются длительно существующие очаги БППП (Луис М.И. Ст., 1996; Скрипкин Ю.К. и соавт., 1999 и др.). Этим обусловлена актуальность проведения профилактических мероприятий в группах риска.

Профилактическая работа по предупреждению БППП в «ядерных» группах риска крайне затруднена из-за нелегального их существования и невозможности официального контакта с государственными структурами. Однако в условиях временного пребывания лиц БОМЖИЗ в системе МВД эта работа становится реально возможной.

С этой целью проведено социологическое исследование среди лиц БОМЖИЗ в условиях приемника-распределителя УВД путем анонимного анкетирования. Все респонденты (110 человек) на момент опроса не имеют семьи, работы и постоянного места проживания. Результаты исследования указывают на раннее начало половой жизни респондентов (14 лет), значительное число употребляющих алкоголь и наркотики. В исследуемой группе мужчины, перенесшие БППП, составили 14,1%, женщины — 44%. Подавляющее большинство опрошенных указывают на множественные половые контакты с незнакомыми без использования средств индивидуальной (барьерной) защиты и не знают других средств (химических) для профилактики БППП. Все респонденты не имеют сведений о хламидийной, герпетической и других БППП 2-го поколения.

Низкая осведомленность опрошенных о БППП на фоне сексуальной расторможенности, привычных интоксикаций подтверждает эпидемическую значимость группы БОМЖИЗ в распространении БППП. Результаты исследования вызывают необходимость создания программы по медико-социальной реабилитации БОМЖИЗ в условиях временного пребывания в структуре МВД.

I.1.31

ОПЫТ СОЗДАНИЯ РАКОВОГО РЕГИСТРА В СМОЛЕНСКОМ ОБЛАСТНОМ ОНКОЛОГИЧЕСКОМ КЛИНИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ

В.И. Соловьев, Г.А. Большакова, Л.Н. Моисеенкова, С.С. Шeko

Областной онкологический клинический диспансер, Смоленск, Россия

В Смоленской области ежегодно регистрируется до 3500 новых случаев рака. За последние 5 лет заболеваемость возросла на 9,3%, что происходит на фоне убыли численности населения области.

Онкодиспансер с 1991 г. поэтапно создавал банк данных на онкологических больных. С 1996 г. в диспансере внедрена программа популяционного ракового регистра, разработанная сотрудниками НИИ онкологии им. проф. Н.Н. Петрова, г. Санкт-Петербург.

В течение трех лет проведена большая организационная работа. В штат оргметодотдела введена должность патологоанатома, который обеспечивает кодирование всех заключений о морфологии опухоли по Международной классификации онкологических болезней второго пересмотра. Кроме того, патологоанатом получает через «Модем» из областного института патологии список больных с морфологическим заключением выявленной злокачественной опухоли, который сверяется с данными в регистре. С 1.01.98 г. вся база данных ракового регистра переведена в МКБ-10, произведена перекодировка диагнозов всех больных.

Для учета диспансерного осмотра больных в онкодиспансере разработан талон «амбулаторного пациента», который вводится в амбулаторный регистр с последующей передачей в раковый регистр.

Ежемесячно из ракового регистра через «Модем» представляются списки больных, которые должны пройти диспансерный осмотр, каждому онкологу района и г. Смоленска. Данные о проведении диспансерного осмотра передаются (в конце месяца) и вводятся в регистр.

Активность диспансеризации возросла на 50–60%, улучшилось качество диспансеризации; учет рецидивов и прогрессов опухолей. Анализируется выживаемость онкологических больных, эффективность проведенного лечения, соблюдения стандартов лечения за пятилетний промежуток времени. Этому послужил и опыт организации в онкодиспансере консультативного совета, в который входят все заведующие стационарных отделений и поликлиники. Консультативный совет работает ежедневно; проводит заключительный осмотр первичных больных, подлежащих лечению, составляет план лечения и направляет больных на госпитализацию в стационар онкодиспансера или другие лечебные учреждения. Для контроля по выполнению плана лечения, определенного консультативным советом, разработана компьютерная программа. Случаи невыполнения плана лечения или его изменения разбираются на врачебных конференциях ежемесячно. Это способствует постоянному контролю за выполнением разработанных стандартов лечения больных со злокачественными опухолями.

В целом можно сделать вывод, что в результате внедрения компьютерных раковых регистров повысилась оперативность управления онкологической службой области, улучшилась преемственность работы между ЛПУ, значительно снизилась трудоемкость обработки первичной медицинской документации, резко увеличилась достоверность статистических данных.

I.1.32

ОПЫТ СОЗДАНИЯ И ВНЕДРЕНИЯ ИНФОРМАЦИОННОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ СИСТЕМЫ В СМОЛЕНСКОМ ОБЛАСТНОМ ОНКОЛОГИЧЕСКОМ КЛИНИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ

*В.И. Соловьев, Г.А. Большакова, Л.Н. Моисеенкова
Областной онкологический клинический диспансер, Смоленск, Россия*

Одной из актуальных проблем онкологической службы Смоленской области является создание современной системы учета и уведомления о новых случаях злокачественных новообразований на районном и областном уровнях. Начиная с 1991 г. в онкодиспансере создавались и совершенствовались компьютерные программные средства на основе «Контрольной карты диспансерного наблюдения» (ф. № 036У) и был создан банк данных онкологических больных.

Для увеличения ряда признаков в соответствии с обязательными требованиями к мировой системе Раковых Регистров и для учета всех требований форм государственной отчетности в 1996 г. онкодиспансер внедрил программу «Популяционный Раковый Регистр», разработанный сотрудниками НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, первичным документом регистрации для которой является «Контрольная карта диспансерного наблюдения» (ф. № 30-У/6). Программа внедрена в локальной компьютерной сети. Это обеспечило нам возможность одновременного ввода и обработки информации несколькими операторами, что позволяет врачам-онкологам поликлиники онкодиспансера и ЛПУ области оперативно получать достоверные сведения по каждому пациенту.

Используя сведения базы Ракового Регистра, проводится анализ заболеваемости, смертности, одногодичной летальности, выживаемости — по любой нозологии, по любому району г. Смоленска и Смоленской области за определенный период времени. Полученные сведения оформляются графически и в виде таблиц. В связи с открытием в области Хосписа представилась возможность иметь полные данные о рецидивах, прогрессах и переходах больных в IV кл. гр. учета, с последующим представлением данных выездной бригаде Хосписа для дальнейшего наблюдения и оказания помощи этой категории больных.

Для решения лечебно-тактических и организационных задач в клинической работе в 1998 году были разработаны и внедрены программы: госпитальный регистр; амбулаторный регистр.

Обе программы составляют единый комплекс, работающий в среде Windows-95, написаны на современном языке программирования «Delphi 2.0» и учитывают весь контингент больных, обращающихся в онкодиспансер и получающий специализированную медицинскую помощь.

Следующим этапом развития Информационной компьютерной системы является объединение программ «Популяционный Раковый Регистр», «Госпитальный и Амбулаторный регистры» в единую сеть.

Из всего вышесказанного можно сделать вывод, что в результате внедрения компьютерных программ повысилась оперативность управления онкологической службой области, улучшилась преемственность работы между ЛПУ, значительно снизилась трудоемкость обработки первичной медицинской документации, резко увеличилась достоверность статистических данных.

I.1.33

ОРГАНИЗАЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ И СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ИНКУРАБЕЛЬНЫМ ОНКОБОЛЬНЫМ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

*В.И. Соловьев, Е.Н. Семкина
Областной онкологический клинический диспансер, Смоленск, Россия*

Для оказания специализированной паллиативной и симптоматической помощи больным с распространенными формами ЗНО в г. Смоленске с 17.07.98 г. функционирует Хоспис, входящий в состав областного онкологического клинического диспансера.

Но детально проанализировав работу Хосписа с момента открытия, нам с сожалением пришлось отметить, что открытие Хосписа в областном центре не решило проблемы инкурабельных онкобольных в районах области, т.к. соотношение количества пролеченного в Хосписе городского и сельского населения составило 2,7:1, т.е. областные больные ЗНО IV кл. гр. учета симптоматическое лечение в основном получали по месту жительства в связи с тем, что из-за тяжести состояния и отдаленности от областного центра транспортировка их в Хоспис была затруднена.

Кроме того, стационарно симптоматическую терапию в сельской местности эпизодически получала только 1/3 больных, либо в больницах сестринского ухода, либо в общепрофильных стационарах ЦРБ по договоренности. Остальные же лечились амбулаторно и, как правило, только наркотическими анальгетиками, которые бессистемно назначались участковыми терапевтами.

После постановки IV кл. гр. эти больные в районах оставались предоставлены сами себе, не получая ни медицинской, ни социально-психологической поддержки, что еще больше усугубляло обстановку в семье умирающего. Родственники, оставаясь один на один с таким пациентом, часто не только не знали, чем помочь больному, но и куда обратиться за помощью.

Закономерно встал вопрос об официальном выделении палат для стационарной симптоматической терапии больным ЗНО IV кл. гр. учета в каждом районе Смоленской области и подготовки кадров на базе Хосписа. Наша идея была поддержана областным комитетом здравоохранения и после экономических расчетов узаконена приказом «О выделении палат для паллиативного и симптоматического лечения онкобольных IV кл. гр. учета в районах области». На основании этого приказа в каждом районе в зависимости от численности населения в составе больниц сестринского ухода, участковых больницах, ЦРБ выделены палаты для оказания квалифицированной стационарной помощи данному контингенту больных. За каждой палатой закреплены врач и средний медицинский работник, прошедший обучение по паллиативной и симптоматической помощи инкурабельным онкобольным на базе Хосписа.

Методическое руководство палатами паллиативной помощи осуществляет организационно-методический кабинет Хосписа. Основным итогом нашей деятельности является то, что в области создана постоянная служба — паллиативная сеть, оказывающая квалифицированную, специализированную помощь самой тяжелой и наименее социально защищенной группе пациентов.

I.1.34

СИСТЕМА КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СТОМИРОВАННЫХ ЛЮДЕЙ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

*Г.М. Манихас, Р.Н. Оршанский, А.А. Соболев, М.Х. Фридман
Городской онкологический диспансер, Санкт-Петербург, Россия*

По оценке ВОЗ в Санкт-Петербурге проживает 6000–7000 стомированных людей.

С точки зрения модели, учитывающей принятый порядок медицинского обслуживания населения, этапами реабилитационного процесса являются:

Диагностика

Первичная диагностика и определение тактики лечения
Верификация диагноза
Адекватное информирование пациента

Хирургическое вмешательство

Специальная предоперационная подготовка
Собственно хирургическое вмешательство
Специальное послеоперационное ведение

Реконвалесценция

Амбулаторное наблюдение
Диспансерное стоматологическое наблюдение
Специализированное консультирование
Реконструктивно-восстановительное хирургическое вмешательство
Экстренная психологическая и консультативная помощь

Определение степени нетрудоспособности

Социально-психологическая помощь

Условия реализации полноценного реабилитационного процесса

Введение специальной предоперационной подготовки и специального послеоперационного наблюдения в стационарах.

Организация постоянного диспансерного наблюдения стомированных пациентов профильным специалистом.

Включение в реабилитационный процесс стомированных детей педиатрических учреждений.

Создание единой системы учета стомированных пациентов *Санкт-Петербурга*.

Создание специальной структуры для координации работы всех участников реабилитационного процесса и обеспечения всех пациентов средствами ухода.

Основным условием для организации полноценного реабилитационного процесса должна выступить создаваемая городская стоматерапевтическая служба.

В состав службы входят:

Главный специалист комитета по здравоохранению *Санкт-Петербурга*
Городской организационно-методический консультативный центр стоматерапии

Городской регистр стомированных пациентов

Школа подготовки стоматерапевтов

Семинар усовершенствования хирургов и онкохирургов

Городской центр реконструктивно-восстановительной хирургии кишечника

Районный (межрайонный) кабинет стоматерапии

Стоматерапевт стационара

Экономический эффект от организации стоматерапевтической помощи населению в предложенном варианте складывается из:

– сокращения выплат по нетрудоспособности, снижения уровня ранней инвалидизации;

– сокращения расходов на стационарное лечение за счет уменьшения средних сроков пребывания в стационаре и своевременной профилактики осложнений стомирования.

I.1.35

ЭКСПЕРТИЗА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ КАК ОДИН ИЗ ЭТАПОВ КОМПЛЕКСНОЙ СИСТЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

И.М. Старовойтова, К.А. Саркисов
РМАПО, Москва, Россия

Реабилитация больных, страдающих различными заболеваниями, представляет сложный, многоэтапный процесс, нередко продолжающийся весьма длительное время. Одним из этапов реабилитационного процесса является экспертиза временной нетрудоспособности (ЭВН), представляющая вид медицинской экспертизы, основной целью которой являются оценка состояния здоровья пациента, качества и эффективности проводимого обследования и лечения, возможности осуществлять профессиональную деятельность, а также определение степени и сроков временной нетрудоспособности (ВН).

При ВН нарушение функций организма носит временный обратимый характер и восстанавливается под влиянием лечения в относительно короткие сроки. Проводя ЭВН, следует правильно определять необходимые для восстановления трудоспособности сроки лечения, временного или постоянного перевода работников на другую работу. Срок ВН у конкретного больного зависит от медицинских и социальных критериев. К медицинским относятся этиология, стадия, характер течения заболевания, темп прогрессирования патологического процесса, выраженность клинических проявлений, наличие осложнений, сопутствующих патологии. Группа социальных критериев включает возраст больного, профессию, характер и условия выполняемой работы и др. Учитываются также ориентировочные сроки ВН по соответствующей нозологии, т.е. такая продолжительность освобождения больных от работы, которая необходима для проведения амбулаторно-поликлинического и стационарного курса патогенетической или симптоматической терапии с целью компенсации нарушенных функций организма, позволяющей возвратиться к трудовой деятельности. В некоторых случаях, несмотря на лечение, нарушенные функции организма не восстанавливаются и по окончании предусмотренных сроков ВН у больных сохраняются признаки стойкого ограничения жизнедеятельности и трудоспособности. Эта категория больных нуждается в направлении на медико-социальную экспертизу с целью определения соответствующей группы инвалидности. Для данной категории больных-инвалидов разрабатываются специальные комплексные программы реабилитации в соответствии с действующим законодательством.

I.2. Подготовка кадров

I.2.1

ПЕРСПЕКТИВЫ ВНЕДРЕНИЯ УЧЕБНЫХ ПРОГРАММ ПО ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ В СИСТЕМУ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Г.А. Новиков, Б.М. Прохоров, С.В. Рудой, М.А. Вайсман, К.А. Великолуп
МНИОИ им. П.А. Герцена, ММА им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Проблема улучшения качества жизни онкологических больных, несмотря на внедрение современных методов диагностики и лечения злокачественных новообразований, продолжает оставаться актуальной в связи с неуклонным ростом онкологической заболеваемости, низким показателем пятилетней выживаемости и увеличением числа пациентов с распространенными формами злокачественных опухолей. Трудности оказания помощи этому контингенту обусловлены сложностью и многообразием этиопатогенетических механизмов патологических синдромов и их клинических проявлений: хронической боли, эндотоксикоза, психо-эмоциональных, астеновегетативных и диспепсических расстройств и других нарушений гомеостаза, значительно ухудшающих качество жизни неизлечимых онкологических больных. Положение усугубляется тяжелой психоэмоциональной атмосферой в семье пациента, что имеет большое социальное значение. Недостаточная эффективность оказываемой помощи этим пациентам во многом обусловлена недостатком специальных знаний у врачебного и среднего медицинского персонала в связи с практическим отсутствием в учебных программах вопросов паллиативной помощи. В то же время, по сложившемуся мнению медицинских и общественных кругов, необходимо изменить сложившуюся ситуацию. В этом направлении сделаны определенные шаги: на базе ряда лечебных учреждений создана и развивается система паллиативной помощи онкологическим больным (кабинеты противоболевой терапии, отделения паллиативной помощи, хосписы, патронажные бригады, территориальные организационно-методические центры); активно ведутся научные исследования в области разработки и внедрения в практическое здравоохранение методологических принципов улучшения качества жизни онкологических больных. В 1999 г. при кафедре онкологии факультета послевузовского профессионального образования ММА им. И.М. Сеченова организован курс паллиативной помощи, на котором могут пройти подготовку по программам общего и тематического усовершенствования врачи, работающие в системе паллиативной помощи онкологическим больным, что позволит легализовать их труд. В настоящее время подготовку на курсе паллиативной помощи прошли более 150 врачей различных специальностей (в основном, участковые терапевты и онкологи). Перспективным представляется внедрение учебных программ по паллиативной помощи в процесс подготовки интернов и ординаторов различных клинических специальностей. Эти навыки будут необходимы специалистам при оказании помощи больным с хроническими формами заболеваний, особенно в терминальной стадии их развития. В настоящее время крайне актуально решить вопрос о специальной подготовке в этой области здравоохранения среднего и младшего медицинского персонала, так как это является неотъемлемым условием реального улучшения качества жизни неизлечимых онкологических больных. В ближайшей перспективе необходимо завершить создание государственного образовательного стандарта по паллиативной помощи онкологическим больным, что позволит унифицировать программу обучения по этим вопросам и использовать ее при обучении в медицинских вузах в различных регионах Российской Федерации.

Таким образом, весьма перспективным является дальнейшее совершенствование системы подготовки квалифицированных кадров, владеющих современными знаниями организационных и методологических принципов паллиативной помощи онкологическим больным. В перспективе необходимо решить вопрос о разработке и внедрении учебных программ по паллиативной помощи онкологическим больным в систему медицинского образования, что позволит оказывать помощь не только онкологическим больным, но и всем нуждающимся в ней. Это будет способствовать развитию нового направления отечественного здравоохранения, призванного улучшить качество жизни тяжелого контингента больных.

I.2.2

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ ФАКТОРОВ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ

К.Г. Серебренникова, Л.Н. Соловьева, К.А. Давтян, Н.А. Перевозчикова
Ижевская медицинская академия, Ижевск, Россия

Целью работы явилось изучение влияния природных ресурсов реабилитации больных с нарушениями репродуктивной функции.

Клиническое исследование проведено на базе санатория «Металлург» у 164 пациенток в репродуктивном возрасте, страдающих различными формами хронической ановуляции (классификация ВОЗ, 1997 г.) с использованием торфяно-иловых и торфяных грязей, обладающих физико-химической характеристикой и достаточной нейрогуморальной и ферментативной активностью. У 103 пациенток выявлена недостаточность лютеиновой фазы, у 61 пациентки — гипоталамо-гипофизарная недостаточность по типу хронической ановуляции.

I группа пациенток принимала грязелечение; во II группе использовали сочетание грязелечения и преформированных факторов (синусоидальные модулированные и диадинамические токи, ультразвук). Эффективность лечебного воздействия оценивалась по клинической картине заболевания в течение курса грязелечения и в последующие 6 месяцев, а также на основании динамики гормонального профиля (E2, P_r, T, ФСГ, ЛГ, Пр, ТТГ, ТЗ, Т4) до лечения и в процессе наблюдения.

Установлено, что комплексное санаторно-курортное лечение оказывает выраженный клинический эффект — исчезновение тазовых болей (в 98,0% наблюдений в I группе; 96,0% наблюдений во II группе обследованных); нормализация эмоционально-невротических расстройств; восстановление менструальной функции (в I группе — 98,0% наблюдений, во второй 89% наблюдений).

На основании проведенных исследований гормонального профиля разработаны и научно обоснованы дифференцированные показания для применения различных комплексов санаторно-курортного лечения больных в зависимости от особенностей изменения гормонального гомеостаза.

Дифференцированный подход к выбору санаторно-курортной терапии у женщин с различными нарушениями гормонального гомеостаза позволил повысить клиническую эффективность санаторно-курортного лечения на 38,9%.

I.2.3

НЕОРГАНИЧЕСКИЕ ВЕЩЕСТВА И СИГНАЛ-ТРАНСДУКТОРНЫЕ СИСТЕМЫ КЛЕТКИ

*Л.С. Колесниченко, В.И. Кулинский
Медицинский университет, Иркутск, Россия*

В курсе химии не обращают должного внимания на значение неорганических веществ для регуляции. Исключения — наличие мода в иодтиронидах и цинка в инсулине. Наиболее горячей проблемой в биохимии регуляторной стали сигнал-трансдукторные системы — системы восприятия, усиления и передачи любых внеклеточных сигналов (гормональных, света и др.) во все части клетки. Однако об этих системах и значении в них неорганических веществ в учебниках по химии для медиков не упоминается. Возбуждающие нейротрансмиттеры (глутамат, ацетилхолин), взаимодействуя с рецепторными субъединицами быстрых Na⁺-каналов, открывают каналы, что приводит к входу Na⁺ в клетку, ее деполаризации и возбуждению. Избыточное возбуждение вызывает эпилепсию, а при ишемии головного мозга приводит к гибели нейронов. Блокаторы Na⁺-каналов полезны при эпилепсии. Ингибиторные нейротрансмиттеры (ГАМК, глицин) открывают Cl⁻ и K⁺-каналы, а вход Cl⁻ и выход K⁺ гиперполяризуют и тормозят клетку. Недостаточное торможение вызывает судорожный приступ (столбняк, отравление стрихнином). Ионы Ca²⁺ — одни из наиболее универсальных вторых посредников гормонов — регулируют все биологические процессы. Избыток Ca²⁺ в клетке вызывает спазм сосудов и образование тромбов. Блокаторы медленных Ca²⁺-каналов — эффективные лекарства при стенокардии. Радикал NO[•] совмещает функции межклеточного регулятора (передача сигналов от эндотелия на гладкие мышцы сосудов и между нейронами) и второго посредника ацетилхолина, цитокинов, глутамата (Нобелевская премия-98). Донаторы NO[•] (нитроглицерин и др.) расширяют сосуды, снимают ишемию миокарда. Радикал NO[•] активирует гуанилилциклазу, вызывает накопление второго посредника цГМФ. Различные активные формы O₂, особенно H₂O₂, активируют транскрипционный фактор NF-κB, что приводит к индукции ряда цитокинов и их рецепторов, вызывая реакцию воспаления. Включение этих вопросов в курс бионеорганической химии вызывает интерес студентов и является основой важных аспектов биомедицины и клиники.

I.2.4

РОЛЬ КЛИНИЧЕСКОЙ ПАТОФИЗИОЛОГИИ В ПОДГОТОВКЕ ВРАЧА

*Ю.В. Николаенков, Г.Н. Кашманова, С.В. Ионова
ИГМА, Иваново, Россия*

Успех лечения, как правило, зависит от точного понимания механизмов тех или иных симптомов и синдромов у конкретного больного. Одной из важнейших дисциплин медицинского вуза, участвующих в формиро-

вании основ клинического мышления у студентов, является патофизиология. Традиционным и основным методом ее преподавания является экспериментальное моделирование патологических процессов на животных, что позволяет проследить все стадии болезни, варьировать этиологические факторы и условия возникновения заболеваний, испытывать новые лечебные средства. Нами преподавание ряда тем по частной патофизиологии студентам второго и третьего курсов осуществляется на базе соответствующих специализированных отделений терапевтической клиники. Проводятся демонстрация и разбор больных с типичными проявлениями функциональной недостаточности органов и систем, обсуждаются механизмы их развития. Это значительно повышает мотивацию к изучению сущности патологических процессов и патогенеза отдельных нозологий у будущих врачей.

Важным шагом вперед в последипломной подготовке врача является введение в курс обучения интернов и ординаторов клинической патофизиологии. Краеугольным камнем в обучении специалистов можно считать клинический разбор у постели больного. Он включает в себя не только проведение диагностического поиска с обсуждением данных лабораторных, инструментальных и функциональных методов исследования, постановку диагноза путем дифференцирования отдельных заболеваний, но и обоснование роли отдельных этиологических факторов, экзогенных и эндогенных условий в развитии заболевания, а также представление о патогенезе заболевания у курируемого пациента с выделением патологических и саногенетических механизмов его развития.

Понимание сущности заболевания, механизмов его развития на системном, органном и клеточном уровнях позволит квалифицированно назначить этиологическое и патогенетическое лечение, которое будет способствовать сохранению саногенетических эффектов собственного организма.

I.2.5

ОПЫТ КАФЕДРЫ НЕОТЛОЖНОЙ ПЕДИАТРИИ В ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ МЕТОДАМ ПРОФИЛАКТИКИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ УРГЕНТНЫЕ СОСТОЯНИЯ

*З.С. Умарова, Д.П. Хакимов, Р.С. Джубатова, Р.А. Гулямов, И.И. Анварова
ТашПМИ, Ташкент, Узбекистан*

По циклу неотложной педиатрии студенты 7-го курса бакалавратуры по подготовке врача общей практики выполняют практические работы: план профилактических мероприятий у конкретного больного с угрозой развития какого-либо неотложного состояния; затем, предполагая, что это состояние уже развилось и купировалось, составляется план реабилитации данного ребенка.

Практическая работа выполняется на реальных больных по данным информации, собранной на вызове «скорой помощи».

Кафедра предлагает для использования студентами на занятии свою научно-медицинскую библиотеку. Предъявляются требования к форме планов с ориентацией на родителей больного ребенка. Целью внедрения метода является ориентация будущего врача на профилактику заболеваний. Задачами были выработка практических навыков в поисковой работе и приближения их к реальной обстановке работы врача общей практики.

После внедрения метода было отмечено улучшение успеваемости студентов на 30% по промежуточному уровню и на 50% по исходному уровню.

I.2.6

МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ С ВЫСШИМ ОБРАЗОВАНИЕМ В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

*Ю.А. Петров, Л.С. Фролов, В.А. Лапотников
СПГМА им И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия*

Стремление к совершенствованию медицинской помощи населению приводит к интеграции возможностей разных служб и областей знаний. Примером такого продуктивного сотрудничества служит действующая и совершенствующаяся система медицинской реабилитации (МР), включающая психологическое, физическое, социальное и профессиональное направления.

Существенными особенностями этой системы являются раннее начало, последовательность, преемственность, непрерывность. Она предполагает обязательное активное участие в программе восстановительных мероприятий самого больного.

Такой подход к реализации структуры МР определяет важное место в ней медсестры с высшим образованием. Функциональное восстановление пациента начинается с простейших физических упражнений — движений,

доступных ему, под руководством врача и инструктора службы лечебной физкультуры. Эти упражнения дополняются элементами самообслуживания в течение дня — при гигиенических действиях, изменении положения тела, при приёме пищи, одевании и т.д.

По нашим наблюдениям, медсестры с высшим образованием как руководители среднего персонала медицинских учреждений обучают, контролируют и помогают медсестрам разных служб — реанимации, лечебной физкультуры, физиотерапии так же, как и дежурным, палатным медсестрам выполнять назначения врачей в поддержании активного настроения пациентов в совершенствовании их состояния здоровья.

Медсестра с высшим образованием становится организующим и объединяющим специалистом, поддерживающим со своими единомышленниками формирование у пациентов стремления к последовательному расширению физической активности в допустимом объёме. Такая дозированная всесторонняя двигательная активность на фоне клинического излечения способствует функциональному выздоровлению и восстановлению трудоспособности.

I.2.7

ПРЕПОДАВАНИЕ ГЕРИАТРИИ В САМАРСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ

*Н.О. Захарова, Г.П. Котельников, А.В. Николаева, В.Н. Шаповалов, И.Е. Бадалянц
Самарский государственный медицинский университет,
кафедра гериатрии
ОКГВВ-НИИ — «Международный центр по проблемам пожилых»,
Самара, Россия*

Старение населения представляет собой триумф социального развития и оздоровления общества. Новые лекарственные препараты, медицинские технологии являются средствами предотвращения ранней смертности, обеспечивающими большую продолжительность жизни. В то же время демографическая ситуация, увеличение среди населения доли лиц пожилого и старческого возраста ставят перед обществом множество задач: экономических, политических, социальных, медицинских, психологических и т.д. Политика здравоохранения должна реагировать на перемены в обществе.

В Самарской области происходит совершенствование медико-социальной помощи людям пожилого и старческого возраста. Она осуществляется с учетом изменений, происходящих в системе здравоохранения, обязательного медицинского страхования, реорганизации первичного звена медицинской помощи, создания кабинетов общей практики, сокращения нерентабельных коек в стационарах области. Медико-социальная помощь пожилым людям в Самарской области является приоритетным направлением в деятельности органов и учреждений здравоохранения.

В настоящее время назрела необходимость в углубленной подготовке врачей в процессе обучения в медицинских вузах по вопросам геронтологии и гериатрии. В Самарском государственном медицинском университете на вновь созданной кафедре гериатрии проводится додипломная и последипломная подготовка врачей по гериатрии. В настоящее время потребность в геронтологическом образовании чрезвычайно велика, а интерес студентов к вопросам профилактики преждевременного старения, гериатрической медицине продолжает расти. Врачи-терапевты, работающие в отделениях медико-социальной помощи, проходят специальный курс обучения по вопросам геронтологии и гериатрии, психологии старческого возраста, профилактики инвалидности.

На кафедре гериатрии, расположенной на базе областного клинического госпиталя ветеранов войн, научно-исследовательского института — «Международный центр по проблемам пожилых», проходят обучение студенты шестого курса лечебного факультета. Будущие врачи получают знания по основным разделам гериатрии. Обучение на базе госпиталя, оснащенного самым новейшим медицинским диагностическим, лечебным, реабилитационным оборудованием, позволяет познакомить студентов с возможностями современной гериатрии.

Гериатрическая медицина — долгосрочное медицинское обслуживание в определенной степени рассматривается как паллиативная медицина, особенно в периоде поздней старости «oldest old».

При лечении пожилых людей практический врач и гериатр не должны преследовать недостижимую цель полного органного восстановления, даже при «здоровом старении». В то же время остаются нерешенными многие проблемы: что считать возрастной нормой, является ли возраст противопоказанием для проведения плановых операций, как должна строиться поликлиническая помощь пожилым и старым людям?

Преподавание гериатрии будущим врачам общей практики терапевтам, хирургам, акушерам-гинекологам и другим специалистам мы считаем чрезвычайно актуальным и своевременным шагом в решении важнейших проблем геронтологии.

I.2.8

ПАТОФИЗИОЛОГИЯ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ: ПРЕДМЕТ, МЕТОД, ЦЕЛЬ

*П.Ф. Литвицкий
ММА им. И.М. Сеченова, Москва Россия*

Патофизиология — интегративная фундаментальная учебная дисциплина. Она является основой как медико-биологической, так и клинической подготовки врача в медицинском вузе. В последние годы некоторые базисные представления патофизиологии претерпели существенные уточнения.

Предметом медицинской патофизиологии являются: 1) конкретные болезни и болезненные состояния человека; 2) общетиповые патологические процессы; 3) типовые формы патологии отдельных органов и их систем.

Основной метод дисциплины — моделирование (во всех его разновидностях: от моделирования на различных видах животных, до логического — интеллектуального). Этот метод означает построение/создание модели патологического процесса, состояния, реакции или болезни человека, а также пациента в целом. В последнем случае метод логического моделирования лежит в основе клинического мышления врача.

В учебном процессе наиболее часто используется моделирование на животных (включая их органы, ткани, клетки) и логическое моделирование. Последнее базируется на **патофизиологическом анализе** конкретных данных (экспериментальных, лабораторных, клинических и др.) с целью выяснения этиологии, механизмов развития и исходов патологических процессов и болезней.

Цель учебного курса патофизиологии: сформировать у будущего врача основу клинического мышления — умения использовать метод интеллектуального моделирования в решении профессиональных врачебных задач: по построению схем диагностического поиска, формулированию принципов и методов лечения и профилактики заболеваний человека.

I.3. Специальные методы исследования и диагностики

I.3.1

ПЕПТИДЫ БУРСЫ ФАБРИЦИУСА КАК РЕГУЛЯТОРЫ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ЛИМФОЦИТОВ

*В.Л. Цепелев, С.Л. Цепелев, Н.Н. Цыбиков
ЧГМА, Чита, Россия*

Из центрального органа гуморального иммунитета — бursы Фабрициуса — оригинальным способом щелочной экстракции получены низкомолекулярные иммуноактивные пептиды, способные вмешиваться в дифференцировку лимфоидных клеток в опытах *in vitro*.

В качестве модели иммунодефицита использовали лимфоциты больных с ожоговой болезнью и перитонитом. Уровень экспрессии дифференцировочных антигенов оценивали в реакции непрямой поверхностной иммунофлуоресценции с использованием MkAT LT3 (анти-CD3), LT4 (анти-CD4), LT8 (анти-CD8), LT19 (анти-CD19), LT21 (анти-CD21), LT23 (анти-CD23), LT38 (анти-CD38) и анти-IgM.

Установлено, что исследуемые пептиды не влияют на уровень экспрессии дифференцировочных маркеров CD 19 (общие В-лимфоциты) и CD38 (пре-В клетки). В то же время отмечается увеличение CD21+ — клеток (покоящиеся зрелые В-лимфоциты), CD23+ — клеток (активированные лимфоциты) и клеток, несущих на своей мембране IgM (зрелые В-клетки). Так, количество CD21+ -клеток возросло с $5,15 \pm 0,46$ в контроле до $7,81 \pm 0,62$ в опыте ($p < 0,01$); CD23+ — с $3,22 \pm 0,36$ до $5,48 \pm 0,48$ ($p < 0,01$); IgM+ — с $3,65 \pm 0,55$ до $6,53 \pm 1,13$ ($p < 0,05$). Кроме того, под действием пептидов бursы Фабрициуса птиц наблюдалась перегруппировка кластеров дифференцировки на поверхности мембраны, что является отражением изменения функциональной активности клеток.

Обнаружено, что пептиды бursы увеличивают количество CD3+ (зрелые Т-лимфоциты) и CD4+ (Т-хелперы/индукторы) клеток, при этом содержание CD8+ (Т-супрессоры/цитотоксические клетки) клеток не изменялось, что привело к изменению соотношения хелпер/супрессор.

Полученные факты свидетельствуют, что исследуемые пептиды принимают участие в регуляции дифференцировки как В-лимфоцитов, так и Т-лимфоцитов.

I.3.2**ВОЗМОЖНОСТИ КТ В ДИАГНОСТИКЕ И СТАДИРОВАНИИ ОПУХОЛЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ**

*А.Н. Горшков, В.М. Мешков, В.А. Зарицкая, М.Ю. Бяхов
Центральная клиническая больница МПС РФ им. Н.А. Семашко,
Москва, Россия*

Цель. Изучить возможности компьютерной томографии (КТ) в диагностике опухолей толстой кишки.

Задачи. Определение показаний к КТ и поиск дополнительных критериев, позволяющих более точно стадировать опухолевый процесс толстой кишки (по системе TNM).

Методы исследования. Комплексное рентгено-эндоскопическое исследование, морфологическое, КТ (пневмосканирование).

Результаты. Анализируемый материал включает 31 случай опухоли толстой кишки, из них в 6 случаях выявлены опухоли, размер которых не превышал более 4,0 см. В 20 случаях была выполнена КТ. К основным признакам опухолей толстой кишки были отнесены: наличие дополнительного образования в просвете кишки, значительное утолщение стенки кишки (более 0,6 см) на большом протяжении, нарушение эластичности в месте поражения, признаки прорастания опухоли за пределы стенки толстой кишки. КТ позволила достаточно точно установить протяженность процесса как по стенкам кишки, так и за ее пределы и, таким образом, стадию опухолевого процесса. Основными КТ признаками малого рака толстой кишки явились ограниченное кратное утолщение стенки кишки (более 0,4 см), четко отграниченное от окружающих неизмененных участков и имеющее достаточно четкие, ровные контуры.

Выводы. КТ является важным дополнительным методом исследования и позволяет не только более точно стадировать опухолевый процесс толстой кишки по системе TNM, но и осуществлять первичную диагностику опухолей толстой кишки в трудных клинических ситуациях.

I.3.3**ПРИЧИНЫ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПРИ КОЛОНОСКОПИИ**

*А.Е. Жмылев
СГМУ, Саратов, Россия*

В настоящее время колоноскопия стала рутинным мероприятием и выполняется у десятков тысяч людей. Как и любой метод, связанный с внедрением механических конструкций внутрь отдельных органов, он может сопровождаться повреждением изучаемого объекта. Хотя осложнения при колоноскопии возникают редко, тем не менее об их возможности должен твердо помнить каждый специалист. На основании изучения литературных источников и анализа собственных данных можно выделить следующие причины ятрогений: 1) низкая квалификация специалиста; 2) неисправность аппарата; 3) анатомические особенности кишки (дивертикулы, изгибы, укорочение); 4) особенности патологического процесса (истончение стенки, уплотнение стенки с потерей эластичности, кровоточивость); 5) внекишечные изменения (асцит, опухоль, спайки, свищи); 6) неадекватное поведение больного; 7) личностные качества врача. За 10 лет выполнено 6500 колоноскопий. Осложнения констатированы у 7 больных (перфорация дивертикула, разрыв стенки кишки в зоне опухоли, кровотечение). Все больные были экстренно оперированы, двое из них погибли от перитонита. Причинами осложнений были анатомические особенности кишки, запущенный раковый процесс и неисправность аппарата. Однако главным фактором следует считать неадекватные действия врача в так называемой нештатной ситуации. Во всех случаях требуется критическая оценка обнаруживаемых изменений, строгое соблюдение всех правил исследования, осторожность, хорошее владение техникой, чуткость, быстрота решения и, конечно, знание и учет возможных причин ятрогенных осложнений. На первом месте должен быть всегда главный завет Гиппократ: «Не навреди!».

I.3.4**РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ ЖЕЛУДКА В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ИНФИЛЬТРАТИВНЫХ ФОРМ РАКА ЖЕЛУДКА И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ**

*Л.Р. Сафиуллина, М.Г. Тухбатуллин, В.В. Коробов
Республиканский медицинский диагностический центр МЗ РТ,
Казань, Татарстан*

Целью нашего исследования явилось развитие метода УЗИ желудка для дифференциальной диагностики инфильтративных форм рака желудка и язвенной болезни.

Методы. Исследование проводилось на аппаратах ACUSON 128-XP и ACUSON 512-Siqoia мультимодальными датчиками 2–5 МГц, в режиме реального масштаба времени, натощак и после приема до 500 мл жидкости.

Результаты. Нами было обследовано 257 больных с язвенной болезнью желудка. После комплексной противоязвенной терапии по данным ФГДС у всех пациентов наблюдалось заживление или уменьшение размеров язвы. В 23 случаях при ультразвуковом исследовании сохранилось утолщение стенок желудка в заинтересованном участке за счет гипозоногенного инфильтрата подслизистого слоя. В этой же зоне отмечалось ослабление перистальтики. В режиме ЦДК и ЭД в области инфильтрации выявлялись «мозаичный» и смешанный типы кровотока, характерные для злокачественных опухолей. Было отмечено, что вышеперечисленные изменения чаще встречаются в дистальных отделах желудка. При повторных эндоскопических биопсиях в этих случаях был верифицирован диагноз рак желудка.

Выводы. Основными признаками рака желудка при ультразвуковом исследовании являются гипозоногенная инфильтрация подслизистого слоя, ослабление перистальтики, «мозаичный» и смешанный типы кровотока в режиме ЦДК и ЭД в области инфильтрации.

Таким образом, ультразвуковое исследование является ценным информативным дополнительным методом в выявлении инфильтративных форм рака желудка.

I.3.5**НОВАЯ СИСТЕМА РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОМ ДВИГАТЕЛЬНОМ ДЕФИЦИТЕ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПО ИШЕМИЧЕСКОМУ ТИПУ**

*М.Ф. Исмагилов, В.А. Исанова
КГМУ, Казань, Татарстан*

Высокий процент инвалидизации среди больных с неврологическими двигательными расстройствами делает весьма актуальным поиск рациональных методов восстановительного лечения с теоретическим и методологическим обоснованием.

В связи с этим целью настоящей работы явилось изучение эффективности разработанного нами лечебно-реабилитационного комплекса на основе модифицированного метода нервно-мышечного проприоцептивного облегчения Кабата и супругов Бобат с использованием кондуктивной терапии в восстановлении утраченных двигательных функций. Применявшиеся кинезиотерапевтические приемы были ориентированы на максимальное использование сохранных структур, в том числе резервов произвольной активности мозговых структур с перестройкой пораженных функций и созданием оптимальных условий для разработки активных движений с помощью специальных упражнений. Позы и упражнения выбирались в зависимости от состояния и степени сохранности супраспинального двигательного контроля. В комплексе мероприятий для повышения эффективности кинезиотерапии в лечебной программе использовались такие дополнительные стимулы, как биологическая обратная связь и транскраниальная магнитная стимуляция.

Динамика восстановления двигательной функции прослежена у 83 больных с ишемическим церебральным инсультом в возрасте от 52 до 65 лет, 59 из которых (основная группа) прошли курс активной кинезиотерапии в предлагаемой лечебно-реабилитационной системе. 24 больных (контрольная группа) с аналогичным двигательным дефицитом лечились общепринятыми методами (массаж, лечебная гимнастика и т.д.). У всех больных основной и контрольной групп двигательные нарушения проявлялись в форме гемипареза различной тяжести. Больные подвергались реабилитации в сроки от 13 до 25 недель после развития церебрального инсульта. Подбирались больные либо с сохранной, либо с несколько сниженной суставно-мышечной чувствительностью.

Применение разработанного нами лечебно-реабилитационного комплекса привело к значительному улучшению утраченных двигательных функций при неврологическом двигательном дефиците в 29% наблюдений основной группы, тогда как у лиц контрольной группы улучшение наблюдалось лишь в 14% наблюдений ($P < 0,05$).

II. ПРОБЛЕМЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

II.1. Акушерство и гинекология

II.1.1

КОХЛЕО-ВЕСТИБУЛЯРНЫЕ НАРУШЕНИЯ В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ

*Н.Ф. Борисова, С. Риос, Т.Н. Лукьянчикова, Р.В. Клепиков
РУДН, Москва, Россия*

Состояние гипергонадотропного гипогонадизма, которое развивается у женщин в перименопаузе, характеризуется различными нейроэндокринными изменениями, включая изменение функции гипоталамических и лимбических систем и секреции гормонов гипофиза. На нашей кафедре идет изучение кохлео-вестибулярных нарушений, которые возникают у женщин в перименопаузе. Проявляются они жалобами на головокружение, шум в ушах, тошноту, иногда — рвоту, неуверенность при ходьбе. Эти явления возникают у них приступообразно, усиливаются при перемене положения тела, движении глаз. Вне приступа пациентки ощущают дурноту, стараются избежать малейших движений, боясь возобновления головокружения. Описываемые вестибулярные нарушения столь тягостны, что больные не могут сами передвигаться и обслуживать себя. Особенностью кохлео-вестибулярных нарушений в климаксе является их субъективный характер, отсутствие признаков органического поражения нервной системы. Вестибулярные нарушения у них всегда сочетаются с признаками вегетативной дисфункции (лабильность пульса и артериального давления, гипергидроз ладоней, разлитого дермографизма и ознобopodobного тремора). Таким образом, причиной кохлео-вестибулярных расстройств является климактерий. Явление отмеченных расстройств лежит в самой основе климакса — неизбежной возрастной перестройке, происходящей в гипоталамусе. Гиперреактивность последнего приводит к изменениям во всей цепи: гипоталамус — гипофиз — яичники, обеспечивающих физиологическое равновесие. Недостаточность механизмов компенсации обеспечивает патологическое течение климакса. Такая важная сенсорная система, как кохлео-вестибулярная, тесно связана с вегетативной и, несомненно, участвует в сложном адаптационном синдроме, каким является климакс.

II.1.2

ПРОФИЛАКТИКА НЕВЫНАШИВАНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ДИФFUЗНЫМ НЕТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ

*И.А. Рыжова, А.В. Васильев, О.В. Кожемякова
Сибирский медицинский университет, Томск, Россия*

Наблюдаемое в настоящее время йоддефицитное состояние в ряде регионов России, в том числе и в Западно-Сибирском, приводит к широкому распространению среди населения эндемического зоба. Положение усугубляется еще тем, что в структуре питания снизилась доля йодсодержащих продуктов (морепродукты, яйца, молоко).

Среди женщин, обследуемых по поводу привычного невынашивания, диффузный нетоксический зоб (ДНЗ) выявляется у 10-30%.

Целью нашего исследования явился анализ эффективности профилактического назначения препарата из морских водорослей кламина у женщин с привычным невынашиванием на фоне ДНЗ за 1-3 месяца до планируемой беременности и с момента установления таковой. Кламин назначался в дозе 3 таблетки в сутки, при этом 1 таблетка содержит 50 мг активного вещества. Контрольную группу составили пациентки с ДНЗ, не получавшие данный препарат.

Общее количество обследованных составляло 56 человек (38 в основной и 18 человек в контрольной группах). Средний возраст женщин — 27,4. Количество предшествовавших данной беременности выкидышей — от одного до трех.

Всем пациенткам проводились общеклиническое обследование, УЗИ органов малого таза, волюмометрия щитовидной железы, исследование тироксина (Т4), трийодтиронина (Т3), тиреотропного гормона в крови в утренние часы методом иммуноферментного анализа на оборудовании фирмы Хоффман Ла Рош. Эутиреоидное состояние подтверждено у всех обследованных женщин. Увеличение щитовидной железы I-III степени оценивалось по классификации ВОЗ (1994 г.).

Беременность закончилась выкидышем в срок 10 и 18 недель у пациенток контрольной группы. Преждевременные роды жизнеспособным плодом в срок 32-36 недель произошли у 13,2% женщин основной и у 22,2% контрольной групп ($p < 0,05$), что подтверждает эффективность профилактического применения кламина у женщин с ДНЗ при планировании беременности.

II.1.3

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЙ ПАРОДОНТИТ В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

*Л.М. Мустафина, М.Ю. Герасименко, А.И. Паршин
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия*

В постменопаузальном периоде нарушаются барьерные функции пародонта и иммунологической реактивности организма, все виды обмена веществ (белкового, жирового, углеводного), на фоне которых местные причины приводят к появлению, постепенному распространению и углублению воспалительно-деструктивных явлений. При этом волокнистые структуры, клеточные элементы и основное вещество соединительной ткани пародонта претерпевают количественные и качественные изменения с активацией свободно-радикального окисления липидов. Климактерическая менопауза приводит к выраженной инволюции половой системы, возникает постоянно высокая секреция гонадотропинов и стойко низкая секреция эстрогенов, что приводит к снижению костной массы и нарушению микроархитектоники костной ткани. Биосинтез костного коллагена зависит от обеспеченности организма витамином Д, кальцием, фосфором.

В этиопатогенетической терапии остеопороза предпочтение отдается группе препаратов, подавляющих резорбцию костной ткани, поэтому патогенетически обоснованной антиоксидантной терапией является Олигогала-SE. Необходимо включение бальнеотерапии и физических факторов в комплекс профилактики пародонтита с проведением 2-4 курсов в год. Наиболее адекватными и доступными методами являются общее УФ-облучение в субэритемных дозах, морские и йодо-бромные ванны, грязелечение десен, электрофорез гумизола или пеллоидина местно и по Щербак. Электрофорез кальция, магния в сочетании с фосфором приводит к стабилизации процесса. Высокоэффективными методами является местное назначение СМТ-форез ксидифона, токоферола ацетата на ДМСО, цинка и меди, фтора в сочетании с магнитотерапией, дарсонвализацией или лазеротерапией. Их выбор осуществляется индивидуально для каждого больного в зависимости от тяжести клинического течения и сопутствующих заболеваний. В целом терапия остеопороза должна быть комплексной и проводить ее следует длительно в виде непрерывного или курсового лечения.

II.1.4

СИСТЕМА ГЛУТАТИОНА В ПЛАЦЕНТЕ ПРИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ГЕСТОЗАХ

*Л.С. Колесниченко, А.Ф. Куперт, Т.Н. Ульфан, Л.М. Станевич,
Л.П. Губина, Т.Г. Филиппова, Г.А. Пенснерова
Иркутский медуниверситет, Иркутск, Россия*

Гестозы часто приводят к развитию фетоплацентарной недостаточности (ФПН) и гипоксии плода, при этом нарушения функции плаценты являются не только следствием, но и причиной возникновения гестозов. Эти патологические процессы связаны с нарушением структуры и функции клеточных мембран и накоплением свободных радикалов кислорода и затем продуктов перекисного окисления липидов и, вероятно, нуклеиновых кислот и белков. Эти процессы называют теперь оксидативной модификацией молекул. Система глутатиона является одной из наиболее активных и многообразно действующих антиоксидантных систем. Нами изучена плацента 30 женщин с доношенной физиологически протекавшей беременностью, 19 женщин с неосложненной формой легкой преэклампсии, 20 женщин с ФПН на фоне легкой и 15 женщин — на фоне тяжелой преэ-

лампсии. Клинически степень тяжести ФПН коррелировала со степенью тяжести гестоза.

При неосложненной легкой преэклампсии ни один из четырех изученных показателей системы глутатиона не изменялся. Как при легкой, так и при тяжелой преэклампсии при присоединении ФПН активность глутатионтрансферазы (ГТ) и глутатионредуктазы (ГР) также не изменялась, но происходило увеличение концентрации восстановленного глутатиона (GSH) и активности глутатионпероксидазы (ГПО). Но только при сочетании ФПН с тяжелой эклампсией активность ГПО была значимо выше, чем при неосложненной легкой эклампсии. Так как активность ферментов метаболизма глутатиона не снижалась, а либо не изменялась (ГТ), либо даже увеличивалась (ГПО), а активность ГР не увеличивалась, то увеличение концентрации GSH является, очевидно, результатом его усиленного синтеза. Накопление GSH и природот активности ГПО должны противодействовать оксидативной модификации молекул и способствовать сохранению нормального метаболизма и здоровья, поэтому эти сдвиги можно рассматривать как защитные реакции организма беременной.

II.1.5

ВЛИЯНИЕ КВЧ-ТЕРАПИИ НА ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНЫМИ ДИСГОРМОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МАТКИ И МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Г.Б. Дикке

НИИ курортологии и физиотерапии, Томск, Россия

Мастопатия – одно из самых распространенных заболеваний у женщин, частота которого в популяции составляет 30–43%, а среди женщин, страдающих миомой матки, достигает 73,8–85%.

В патогенезе гиперпластических процессов матки важное значение придают нарушениям в иммунной системе, а применение иммуномодуляторов для лечения указанной патологии подтверждает это мнение и побуждает к поиску эффективных средств, в том числе физических факторов.

Целью настоящего исследования явилось изучение показателей иммунитета у женщин, страдающих фиброзно-кистозной мастопатией (ФКМ) и миомой матки (ММ), и их динамика под влиянием КВЧ-воздействия.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 25 женщин с ФКМ и ММ (1-я группа) и 30 женщин с ММ (2-я группа). Величина миомы в большинстве случаев соответствовала 6–7 неделям беременности. Для оценки состояния иммунной системы определяли: общее количество лейкоцитов, Т-лимфоциты (Т-общ., Т-хелперы, Т-супрессоры), В-лимфоциты, иммуноглобулины классов G, M, A, HCT-тест и ЦИК. Обследование было проведено до и после комплексного лечения, включавшего КВЧ-терапию, радоновые ванны, ЛФК, ручной массаж головы и воротниковой зоны, психотерапию.

Результаты и их обсуждение. Состояние иммунитета у больных 1-й группы характеризовалось умеренным снижением содержания общих Т-лимфоцитов ($27,6 \pm 2,38\%$) и увеличением содержания ЦИК ($0,175 \pm 0,018$ о.е.). Количество В-лимфоцитов и иммуноглобулинов G, M, A находилось в пределах нормы. После проведенного лечения отмечена тенденция к нормализации указанных измененных показателей: содержание Т-лимфоцитов увеличилось до $35,9 \pm 4,75\%$ ($p < 0,01$), ЦИК уменьшилось до $0,137 \pm 0,038$ о.е. ($p < 0,1$). У больных 2-й группы количество Т-лимфоцитов было $37,0 \pm 4,6\%$ и после лечения существенно не изменилось ($38,6 \pm 7,2\%$, $p > 0,1$).

Применение комплекса лечения с использованием КВЧ-терапии у больных ФКМ и ММ клинически дало следующие результаты: уже на первых этапах лечения все пациентки отмечали улучшение общего состояния, уменьшение или исчезновение болезненности в молочных железах, нормализацию менструальной функции. Отмечено уменьшение размеров матки по длине от $86,0 \pm 1,7$ до $67,5 \pm 1,6$ мм ($p < 0,05$) и размеров миоматозных узлов от $23,8 \pm 1,37$ до $18,9 \pm 1,15$ мм ($p < 0,05$), т.е. в среднем на $4,9 \pm 1,54$ мм.

Таким образом, КВЧ-терапия обладает нормализующим действием на иммунную систему и является эффективным методом лечения больных миомой матки и ФКМ в сочетании с миомой матки в комплексе с другими физиофакторами.

II.1.6

ИЗМЕНЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ ПРОХОДИМОСТИ У БОЛЬНЫХ ВНЕЛЕГОЧНЫМИ АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

И.В. Хелимская

ДВГМУ, Хабаровск, Россия

В задачу настоящей работы входило выявление влияния различных аллергических заболеваний и бронхиальной астмы (БА) на показатели бронхиальной проходимости методом пикфлоуметрии у 104 больных

бронхиальной астмой, 39 пациентов с внелегочной аллергической патологией и 30 здоровых добровольцев. Средний возраст составил 38 ± 3 года. Больных с легкой формой БА интермиттирующего течения было 20 человек, персистирующего течения – 14, среднетяжелой – 40, тяжелой формой – 23. Группу больных с «внелегочной» аллергией составили 39 человек обоего пола в возрасте 28 ± 4 года. У части из них (19 пациентов) в момент обследования отмечались клинические проявления аллергии (крапивница, отек Квинке, ринит, конъюнктивит). В другой подгруппе (20 человек) имелись лишь анамнестические сведения о перенесенных внелегочных аллергических заболеваниях. У пациентов, страдавших аллергией, на момент обследования отсутствовали клинические признаки поражения бронхолегочной системы. Не только у больных БА по мере прогрессирования заболевания, но и у лиц с аллергическими заболеваниями отмечалось достоверное снижение показателя пиковой скорости выдоха (ПСВ) ($p < 0,001$). Важно отметить, что снижение ПСВ у пациентов с активным проявлением аллергии соответствовало аналогичному показателю у больных с астмой легкого течения. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о раннем вовлечении в патологический процесс слизистой оболочки бронхов при различных формах аллергических заболеваний, что проявляется снижением показателя ПСВ уже на доклинической стадии патологического процесса бронхолегочной системы. Выявленная в последние годы эозинофильная инфильтрация слизистой бронхов у больных аллергическими заболеваниями позволяет говорить о субклиническом течении аллергического воспаления в слизистой оболочке бронхолегочного дерева и рассматривать данных пациентов как группу риска по развитию БА.

II.1.7

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ У ЖЕНЩИН, ДЕТИ КОТОРЫХ СТРАДАЮТ ЭПИЛЕПСИЕЙ

И.Д. Евтушенко, Т.П. Красноносенских, А.И. Жанков

СГМУ, Томск, Россия

Цель исследования – провести ретроспективный анализ максимально возможного количества акушерско-гинекологических параметров, ассоциированных с рождением детей, у которых в дальнейшем была диагностирована эпилепсия.

По данным детского психоневрологического диспансера была сформирована группа из 21 ребенка с эпилепсией, родившихся в период с 1983 по 1994 г. Затем провели ретроспективный анализ медицинской документации (индивидуальные карты беременных, истории родов) родильных домов № 3 и 4 г. Томска, в которых родились исследуемые дети. Проведен анализ 185 историй родов: первая группа – 21 женщина, дети которых страдают эпилепсией; вторая группа (контрольная) – 164 женщины, дети которых к настоящему времени не состоят на учете в психоневрологическом диспансере.

Критерии отбора детей контрольной группы были следующие: ребенок того же пола родился в том же самом стационаре и в ближайшее время. Это позволяет исключить возможное влияние сезонных факторов, квалификации врачей, половой диморфизм.

Клинико-анамнестические данные включали информацию о возрасте женщины, экстрагенитальной патологии, детородной функции, акушерской патологии, перенесенных гинекологических заболеваниях, особенностях течения беременности и родов, состоянии и антропометрических данных новорожденного. Всего изучено 60 показателей.

Статистическая обработка результатов проводилась методом вариационной статистики.

Полученные результаты показали, что женщины первой группы были достоверно чаще повторнородящими (60%, контроль – 48,72%, $P < 0,001$). Достоверно чаще у женщин, дети которых впоследствии заболели эпилепсией, наблюдались быстрые роды (33,33%, контроль – 13,41%, $P < 0,009$). Средняя продолжительность родов в первой группе составила $6,71 \pm 1,32$ ч, в контрольной – $9,02 \pm 0,46$ ч ($P < 0,04$). В первой группе не выявлено слабости родовой деятельности, в то время как в контрольной группе она составила 14,63% ($P < 0,03$). Достоверных различий не было выявлено по следующим параметрам: преждевременные роды, запоздалые роды, тазовое предлежание, преждевременное излитие околоплодных вод, хориоамнионит, дискоординация родовой деятельности, дистония плечиков, узкий таз, кесарево сечение, акушерские щипцы, вакуум-экстракция, стимуляция родовой деятельности окситоцином, асфиксия плода в родах.

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о том, что к перинатальным факторам, ассоциированным с развитием эпилепсии, можно отнести быстрые роды у повторнородящих женщин.

II.2. Ангиология

II.2.1

СОЗДАНИЕ МЕЗЕНТЕРИКО-КАВАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА АППАРАТОМ СОБСТВЕННОЙ КОНСТРУКЦИИ КАК МЕРА В РАЗГРУЗКЕ ВЕНОЗНОГО БАСЕЙНА В СИСТЕМЕ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ

А.Н. Долгов, О.С. Кушаковский, А.В. Чукичев, А.В. Лукин
 Медицинская академия, Челябинск, Россия

Создание сосудистых портокавальных анастомозов во многом позволяет решать проблему борьбы с кровотечениями из варикозных вен пищевода и желудка при портальной гипертензии. Наиболее приемлемыми вариантами анастомозов являются дистальный спленоренальный анастомоз с сохранением селезенки и вариант Н-образного мезентерико-кавального шунта. Эти операции имеют преимущества перед прямым портокавальным и центральным сплено-рэнальным анастомозами.

Для упрощения создания и повышения качества портокавальных анастомозов нами разработана конструкция сосудосшивающего аппарата (Патент № 2019140) и предложен метод формирования межвенных анастомозов с помощью механического скобочного шва.

Первоначальное испытание аппарата и разработка метода формирования венных анастомозов было осуществлено в эксперименте у 44 беспородных собак на яремных венах (диаметр до 10 мм) в условиях естественного кровотока. Из 20 анастомозов, наблюдаемых нами в течение 4 месяцев, тромбоз наблюдался только в одном случае.

Н-образное аппаратное мезентерико-кавальное шунтирование с помощью аутоаппарата из яремной вены было проведено у здоровых 15 собак. В течение интероперационного периода все анастомозы были проходими и обеспечивали адекватный кровоток. При длительном наблюдении (7 животных) во всех случаях были отмечены тромбоз и облитерация мезентерико-кавального шунта с сохранением проходимости нижней полой и мезентерической вен, что, очевидно, связано с отсутствием повышенного венозного давления в этой области у здоровых животных. Логично предположить, что в условиях портальной гипертензии высокое венозное давление создаст условия для адекватного кровотока по шунту, что, в свою очередь, исключит возможность тромбообразования.

II.2.2

НОВЫЕ АСПЕКТЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ХВН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Б.Н. Жуков, С.М. Мусяченко, Г.В. Яровенко, Ю.Л. Кецко
 СамГМУ, КГХ, Самара, Россия

Научно-исследовательская работа Самарского флебологического центра за более чем двадцатилетний период позволила успешно решить ряд актуальных проблем флебологии и установить новые ориентиры в диагностике и лечении патологии венозных и лимфатических сосудов нижних конечностей.

На основе изучения макро- и микрогемодинамики венозного оттока при хронической венозной недостаточности (ХВН) нижних конечностей, их взаимодействия, а также влияния мышечно-венозной «помпы» на венозный возврат, в клинике разработаны способы хирургической коррекции клапанной недостаточности с применением как активных (радиоуправляемых), так и пассивных клапанов.

Выявлено доклиническое нарушение иммунного статуса у больных с острым венозным тромбозом, что позволило, на основании полученных результатов, внедрить методику комбинированного лечения с применением АУФОК, плазмафереза и медикаментозной коррекции.

Разработан новый метод диагностики заживления трофических язв с использованием компьютерной термографии, регистрирующей изменение инфракрасного излучения в области эпителизованного язвенного дефекта. Метод позволяет успешно контролировать применяемые в клинике способы лечения и констатировать истинное и ложное заживление трофических язв.

В результате многолетних исследований в клинике разработаны и внедрены в практику методики топической и функциональной диагностики лимфообращения, такие как: сочетанная флюоримфография, непрямая радионуклидная лимфография, фотопигментометрическая проба с лимфотропным красителем, УЗИ мягких тканей конечностей, доплерографическое исследование параметров и структуры паховых лимфатических узлов. Выявлена взаимосвязь структурных изменений паховых лимфати-

ческих узлов и иммунного статуса у больных различных стадий и форм посттромбофлебитической болезни нижних конечностей.

Продолжается поиск новых решений, как консервативных (спленоперфузат, озонотерапия), так и оперативных (перевязка перфорант, лазерная санация), в лечении трофических нарушений при ХВН.

II.2.3

ВТОРИЧНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ КОНКОРОМ

Л.Н. Елисеева, Б.К. Мандал, С.П. Оранский
 Кубанская гос. медакадемия, Краснодар, Россия

Бета-блокаторы в последнее время приобрели популярность в лечении артериальной гипертензии (АГ). Особое внимание уделяется применению пролонгированных форм препаратов, имеющих минимальные побочные эффекты на углеводный и жировой обмен.

Изучали влияние кардиоселективного бета-блокатора конкора (производства фирмы E. Merck, Германия) в дозе 5 мг в сутки на протяжении 4-месячного курса терапии на психологический статус, гемодинамические показатели, показатели углеводного обмена у 24 больных АГ II стадии (18 мужчин, 6 женщин).

В среднем по группе уровень систолического артериального давления (САД) составил $165 \pm 5,4$ мм рт. ст., диастолического артериального давления (ДАД) — $94 \pm 3,2$ мм рт. ст., частота сердечных сокращений (ЧСС) — $93 \pm 4,2$ ударов в минуту, показатели углеводного обмена были нормальными, уровень тревожности по шкале Спилберга $60,2 \pm 3,4$ единиц.

На фоне терапии конкором отмечалось снижение САД на $18,2 \pm 3,2$ мм рт. ст., ДАД — на $11,5 \pm 3,1$ мм рт. ст., ЧСС — на $15 \pm 4,1$ ударов в минуту. Не отмечалось значимого изменения показателей углеводного обмена. Изменение уровня тревожности составило 30,1% (снижение до $42,1 \pm 3,1$ единиц).

Субъективно больные отмечали удобство применения препарата 1 раз в сутки, плавное и стойкое снижение АД и уменьшение ЧСС, отсутствие побочных эффектов, наилучший показатель соотношения стоимость/эффективность по сравнению с другими гипотензивными препаратами.

Таким образом, при длительном применении конкора отмечалось значительное улучшение гемодинамических показателей и качества жизни у больных АГ, что позволяет рекомендовать этот препарат для длительной терапии.

II.2.4

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ НАДВЕННОЙ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Д.Б. Кульчицкая, Т.В. Кончугова, А.А. Миненков, Л.П. Отто
 Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии МЗ РФ

Разработка новых эффективных методов лечения и реабилитации больных с артериальной недостаточностью сосудов нижних конечностей является важной проблемой медицинской науки и практики. Физические методы, в том числе низкоинтенсивное лазерное излучение, заняли прочное место в лечении данной категории больных. По данным отдельных авторов, надвенная лазеротерапия, благодаря достаточной проникающей способности лазерного излучения инфракрасного диапазона, в ряде случаев является альтернативным способом внутривенному лазерному облучению крови (Н.И. Сюч, В.Е. Илларионов, 1995).

Целью настоящего исследования явилась разработка восстановительного лечебного комплекса, включающего надвенные лазерные воздействия у больных с атеросклеротической недостаточностью кровообращения нижних конечностей.

Под наблюдением находилось 30 больных атеросклерозом сосудов ног I-II стадии недостаточности (по классификации А.В. Покровского, 1979). Надвенные лазерные воздействия осуществляли на область проекции кубитальных вен контактно от аппарата «Млада» без магнитной насадки (длина волны излучения 0,85 мкм, выходная мощность 15 мвт) по 10-20 минут, на курс 10 процедур.

Комплексное лечение включало также сероводородные ванны концентрацией 50-70-100 мг/л, температурой 36° по 10-15 минут, на курс 10 ванн. Физико- и бальнеопроцедуры, как правило, назначались по принципу чередования в разные дни.

У всех наблюдавшихся больных исходно объемный тканевой кровоток был снижен до $1,06 \pm 0,03$ мл/мин/100 г ткани, продольный градиент температуры был повышен до $64 \pm 0,1^\circ\text{C}$, реографический индекс был снижен на голенях до $0,2 \pm 0,01$, на стопах — до $0,7 \pm 0,06$.

После курсового комплексного лечения наряду с клиническим улучшением отмечалось увеличение объемного тканевого кровотока до $1,53 \pm$

0,02 мл/мин/100г ($p < 0,05$), уменьшение продольного градиента температур до $5,3 \pm 0,2^\circ\text{C}$ ($p < 0,05$), увеличение реографического индекса на голених до $0,7 \pm 0,06$ ($p < 0,05$).

Таким образом, было выявлено, что надвенная лазеротерапия в комплексе с сероводородными ваннами оказывает положительное влияние на кровенаполнение нижних конечностей, процессы микроциркуляции, что способствует уменьшению клинических проявлений заболевания.

Разработанный нами комплекс лечения можно рекомендовать больным с недостаточностью кровообращения I-II стадии.

II.2.5

ЗНАЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ЛИМФООТТОКА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Б.Н. Жуков, П.Н. Мышенцев, В.Е. Костяев, Е.В. Грибанова
НИИ «Неионизирующие излучения в медицине», Самара, Россия

Целью работы явилось изучение функционального состояния лимфооттока и изменений лимфатических сосудов у больных хронической венозной недостаточностью нижних конечностей в послеоперационном периоде. При обследовании пациентов в ближайшие сроки после перенесенной операции применяли непрямую динамическую радионуклидную лимфографию с расчетом скорости лимфооттока и показателя остаточной активности (ПОА), гидрофильную пробу МакКлюра-Олдрича. В отдаленном послеоперационном периоде использовали непрямую радионуклидную лимфографию и фотопигментометрическую пробу с витальным красителем. Обследовано 87 пациентов с различными формами варикозной и посттромбофлебической болезнью, из них 39 — в отдаленные сроки, которым произведены следующие оперативные вмешательства: комбинированная венэктомия, комбинированная венэктомия с операцией Линтона, комбинированная венэктомия с наложением лимфовенозного анастомоза (ЛВА).

При оценке результатов обследования в ближайшем послеоперационном периоде у всех пациентов отмечено снижение функциональных возможностей лимфатической системы, в 87% случаев имеющее временный характер. Степень выраженности этих изменений зависела от исходного состояния лимфооттока при той или иной форме и стадии хронической венозной недостаточности. Во всех наблюдениях после применения операции Линтона отмечалось более выраженное снижение лимфооттока по сравнению с комбинированной венэктомией. Наибольший положительный эффект, прослеженный и в отдаленные сроки, отмечен в группе пациентов, перенесших сочетанные операции на венозной и лимфатической системах.

В целом, проведенные исследования позволяют определять показания к способу и объему оперативного вмешательства с учетом формы хронической венозной недостаточности, улучшить результаты лечения и качества жизни пациентов.

II.2.6

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ВАЗОТРОФИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Б.Н. Жуков, Н.А. Лысов, Е.А. Васильева
НИИ «Неионизирующие излучения в медицине», Самара, Россия

При помощи физиотерапевтической установки «Комбис» комбинированное воздействие низкоинтенсивного лазерного излучения и распыления жидких лекарственных средств проведено у 95 пациентов с язвенной формой посттромботической болезни нижних конечностей. Курс лечения состоял из 7-10 процедур, проводимых ежедневно. Длина волны лазерного излучения — 0,37-0,89 мкм, регулировка плотности мощности излучения от 0,5 до 15 мВт/см², давление воздуха для распыления лекарственного препарата — 0,5-1,5 кгс/см². Количество капиллярного фильтрата у больных в результате лечения уменьшалось до $5,83 \pm 0,33$ мл к середине курса; потеря белка восстанавливалась в конце лечения почти до нормальных значений ($2,98 \pm 0,15\%$). Отмечено нормализующее влияние на окислительно-восстановительные процессы и метаболизм ферментативных реакций: окислительно-восстановительный потенциал (ОВП) увеличивался до $68,3 \pm 1,4$ мВ, активность лактатдегидрогеназы (ЛДГ) уменьшалась в 1,5 раза уже в середине курса и составила $183,8 \pm 9,3$ U/ml. Одновременно происходило уменьшение содержания в плазме лактата ($1,39 \pm 0,076$ ммоль/л).

Активность перекисного окисления липидов оценивалась по содержанию в клетках крови МДА. Под действием лазерного излучения происходило уменьшение повышенного содержания МДА в лейкоцитах и тромбоцитах в середине и конце курса до $6,18 \pm 0,44$ и $16,4 \pm 0,94$ ммоль/л соответственно.

При анализе цитогрaмм отпечатков трофической язвы в отличие от исходного дегенеративно-воспалительного типа цитогрaмм в середине курса лечения определяется воспалительно-регенераторная цитогрaмма. В конце лечения характер цитогрaммы становится по регенераторно-воспалительному типу.

Таким образом, комбинированное лечение, включающее в себя лазеротерапию с использованием физиотерапевтической установки, способствует выраженной коррекции одного из патогенетических звеньев у больных с язвенной формой посттромботической болезнью нижних конечностей — трансапикалярного обмена, окислительно-восстановительных процессов, перекисного окисления липидов. Что в свою очередь ведет к активации регенераторных возможностей и более быстрому заживлению трофической язвы.

II.2.7

СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ КАК МЕТОД КОНТРОЛЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Т.Г. Андриевская, Т.Д. Четверикова, Е.Н. Олейник
Медицинский университет, Иркутск, Россия

Суточное мониторирование артериального давления (АД) позволяет получить объективную информацию об истинных его величинах и может использоваться для решения научных и клинических проблем, связанных с диагностикой и лечением гипертонической болезни (ГБ).

Проведено суточное мониторирование АД у 48 больных ГБ. Изучены следующие показатели: суточные колебания АД и его виды, суточный индекс, величина и скорость повышения АД, эффективность использования гипотензивного препарата. В соответствии с этим выделены группы пациентов: «dipper» — с нормальным снижением АД в ночные часы, «non-dipper» — с недостаточным падением ночного АД, «night-peaker» — с превышением ночных показателей над дневными.

Выявлено, что типы «dipper» и «non-dipper» в равных соотношениях наблюдаются у 80% пациентов и являются доминирующими при ГБ II стадии. Тип «night-peaker» обнаружен в 20% случаев и только у больных ГБ II стадии. Среди обследуемых с ГБ I стадии отмечен лишь тип «dipper», ГБ III стадии — «non-dipper».

Показана зависимость между типом колебаний АД в течение суток и степенью артериальной гипертензии. В группах больных с наиболее часто встречаемой мягкой и умеренной гипертензией преобладают типы «dipper» — 50% и 38% и «non-dipper» — 39% и 34% соответственно. У всех пациентов с тяжелой артериальной гипертензией выявляется только тип «non-dipper».

Обнаружено, что у 95% больных ГБ II стадии с умеренной и тяжелой гипертензией гипотензивная монотерапия (знап), назначенная эмпирически, не приводит к достаточному снижению АД и нормализации типа его суточных колебаний.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о необходимости суточного мониторирования АД и обязательном учете этих данных при назначении гипотензивных препаратов, выборе дозы, определении кратности и времени приема, подборе рациональных комбинаций, а также для контроля эффективности назначенного лечения.

II.2.8

РОЛЬ КВЧ-ТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Н.П. Карева, Е.А. Иванюков, С.В. Косинцев
Новосибирская медицинская академия, Новосибирск, Россия

Пролечено 30 больных с артериальной гипертензией (АГ) методом КВЧ-терапии в сочетании с лекарственными средствами. Средний уровень артериального давления (АД) в группе до начала лечения составил $176/105$ мм рт. ст. В репрезентативной контрольной группе, получавшей только медикаментозную терапию, исходный уровень АД и другие показатели были аналогичными.

Для объективизации воздействия был использован метод Гаркави, так как он позволяет оценить общие неспецифические адаптационные реакции (ОНАР) организма человека.

Средний уровень АД снизился за период лечения (14-16 дней) до $130,2/86$ мм рт. ст. в опытной группе и до $133,54/85$ мм рт. ст. в контрольной группе. Однако в опытной группе субъективное улучшение наступило уже после 2-3 процедур КВЧ-терапии, а к концу курса жалобы полностью отсутствовали у 90,2% больных. В то же время в контрольной группе к концу лечения отсутствие жалоб наблюдалось только у 53,3%. При оценке ОНАР оказалось, что в группе больных, получавших только медикаментозную терапию, адаптационные возможности пациентов не повысились, более того, наметилась тенденция к их снижению. В опытной группе наблю-

дались положительные сдвиги уровней ОНАР, что свидетельствует о повышении устойчивости организма к неблагоприятным факторам внешней и внутренней среды. Данное положение подтверждается результатами анализа состояния пациентов через 2 месяца. В опытной группе уровень АД остался на том же уровне, что и после курса КВЧ-терапии, тогда как в контрольной группе отмечено повышение уровня систолического АД в среднем на 11,2%, диастолического — на 6,3%.

Таким образом, комплексное воздействие КВЧ-терапии и гипотензивных препаратов позволяет повысить уровень адаптационных возможностей организма человека при АГ и обеспечивает пролонгирование лечебного эффекта.

II.2.9

МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

*Е.А. Иванюков, А.Г. Кокорулин
Новосибирская медицинская академия, Новосибирск, Россия*

Задачей наших исследований явились установление связей между патобиомеханическими нарушениями (ПБМН) в шейном отделе позвоночника (ШОП) и артериальной гипертензией (АГ), а также возможности лечения АГ методами мануальной терапии (МТ) в сочетании с лекарственной терапией.

Всего было обследовано 78 человек с синдромом АГ и ПБМН в ШОП в возрасте от 28 до 65 лет. В контрольной группе (39 человек) лечение было только медикаментозным. В опытной группе (39 человек) медикаментозное лечение сочеталось с МТ. После однократного сеанса МТ регистрировалось снижение систолического артериального давления в среднем на 15 мм рт. ст., диастолического — на 5 мм рт. ст. После проведенного курса МТ, который составил 8-10 сеансов, у 20% больных удалось полностью отменить гипотензивные препараты, у 67% больных — снизить дозу гипотензивных препаратов в 2 раза. У 13% больных в возрасте 60-65 лет эффекта получено не было, что можно объяснить наличием в этом возрасте сопутствующей патологии, в частности склероза сосудов. Кроме того, в связи с наличием явлений спондилеза в ШОП МТ в старшей возрастной группе не проводилась в полном объеме.

После проведения МТ по данным доплерографии наблюдалось увеличение в 1,5-2 раза линейной скорости кровотока в системе общих, внутренних сонных и позвоночных артерий у больных опытной группы. В контрольной группе достоверных изменений результатов доплерографии не обнаружено.

Таким образом, исследование показали связь между ПБМН в ШОП и подъемом артериального давления. Динамика АД и данных доплерографии в опытной группе свидетельствует об эффективности методов МТ при лечении синдрома АГ.

II.3. Гастроэнтерология

II.3.1

АВТОНОМНАЯ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТОВ И ГАСТРИТОВ

*А.Г. Мартусевич, В.И. Тихонов
Сибирский медуниверситет, Томск, Россия*

С целью восстановления тонуса кардиального и пилорического сфинктеров применен оригинальный метод транспищеводной и трансгастральной электростимуляции с помощью автономного электростимулятора-зонда собственной конструкции, серийно выпускаемого Государственным предприятием «НИИ полупроводников» в г. Томске (Патент № 1223922 от 27 сентября 1993). Электростимулятор представляет собой гастродуоденальный зонд с оливой размером 20x10 мм, состоящей из двух полусферических электродов с размещенными внутри генератором прямоугольных, модулированных импульсов и блоком питания. Включение электростимулятора — автоматическое на соприкосновение с токопроводящей средой пищеварительного тракта.

Оптимальный курс лечения состоит из 6-10 двадцатиминутных сеансов транспищеводной (на уровне кардиального сфинктера) или 8-12 тридцатиминутных сеансов трансгастральной (пилорический отдел) электростимуляции.

Клинико-экспериментальные исследования показали, что выбранные параметры электрической стимуляции восстанавливают не только тонус гладкой мускулатуры выше названных сфинктеров, но и способствуют восстановлению моторно-эвакуаторной функции желудка и кишечника в целом.

Положительный эффект от одного курса транспищеводной электростимуляции отслежен у 27 пациентов и составил по продолжительности в среднем 3 месяца. Курс трансгастральной электростимуляции, проведенный у 42 пациентов позволил наблюдать положительный эффект в среднем до полугода. Клинические проявления заболевания на фоне электростимуляции купировались уже после 2-3-го сеансов. К завершению курса лечения по данным эндоскопии исчезли визуальные изменения на слизистой пищевода и желудка, что подтверждалось и цитологически. Применение электростимуляции в комплексе с медикаментозной терапией и диетой позволило удвоить эффект лечения.

II.3.2

РОЛЬ УЗИ ЖЕЛУДКА В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ИНФИЛЬТРАТИВНЫХ ФОРМ РАКА ЖЕЛУДКА И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

*Л.Р. Сафиуллина, М.Г. Тухбатуллин, В.В. Коробов
РМДЦ, Казань, Россия*

Целью нашего исследования явилось развитие метода УЗИ желудка для дифференциальной диагностики инфильтративных форм рака желудка и язвенной болезни.

Методы. Исследование проводилось на аппаратах ACUSON 128-XP и ACUSON 512-Siqoia мультисекторными датчиками 2-5 МГц, в режиме реального масштаба времени, натощак и после приема до 500 мл жидкости.

Результаты. Нами было обследовано 257 больных с язвенной болезнью желудка. После комплексной противоязвенной терапии по данным ФГДС у всех пациентов наблюдалось заживление или уменьшение размеров язвы. В 23 случаях при ультразвуковом исследовании сохранилось утолщение стенок желудка в заинтересованном участке за счет гипозоногенного инфильтрата подслизистого слоя. В этой же зоне отмечалось ослабление перистальтики. В режиме ЦДК и ЭД в области инфильтрации выявлялись «мозаичный» и смешанный типы кровотока, характерные для злокачественных опухолей. Было отмечено, что вышеперечисленные изменения чаще встречаются в дистальных отделах желудка. При повторных эндоскопических биопсиях в этих случаях был верифицирован диагноз рак желудка.

Выводы. Основными признаками рака желудка при ультразвуковом исследовании являются гипозоногенная инфильтрация подслизистого слоя, ослабление перистальтики, «мозаичный» и смешанный типы кровотока в режиме ЦДК и ЭД в области инфильтрации.

Таким образом, ультразвуковое исследование является ценным информативным дополнительным методом в выявлении инфильтративных форм рака желудка.

II.3.3

КОРРЕКЦИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

*В.А. Кондурцев, Ю.В. Быстрова, С.А. Быстров
СГМУ, Самара, Россия*

Состояние системы гемостаза имеет большое значение в патогенезе язвенной болезни и в возникновении геморрагических осложнений. Однако в практическом здравоохранении терапевты и хирурги при назначении лечения не учитывают изменения в системе гемокоагуляции. Как правило, это антисекреторные и антигеликобактерные препараты, репаранты. Изучение системы гемостаза у больных в период обострения язвенной болезни позволило выделить следующие закономерности. У 1/3 больных обострение протекает на фоне общей гипокоагуляции. Именно у этих пациентов наблюдаются наибольшие сроки рубцевания и склонность к гастродуоденальному кровотечению. Напротив, при гиперкоагуляции отмечается благоприятное течение заболевания. Исходя из этого, в исследование включены 120 пациентов с обострением язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки (30 и 90 соответственно), возрастом 18-65 лет, из них женщин — 19%, мужчин — 81%. Наряду с общепринятыми лабораторными и инструментальными исследованиями была изучена система гемостаза. В динамике оценивались 16 показателей гемостазиограммы, отражающие все звенья и фазы гемостаза. Контрольную группу составили 25 пациентов с общей гипокоагуляцией. Больным с выявленной нормо и гипокоагуляцией на фоне стандартного лечения в зависимости от изменений в гемостазиограмме назначались гемостатические препараты. При нарушении тромбоцитарного звена и I фазы назначался дицинон, при снижении ПТИ — викасол. При понижении уровня фибриногена вводились гемостатические дозы криоплазмы. При повышении фибринолитической активности —

ε-аминокапроновая кислота. Лечение проводилось под контролем гемостазиограммы и ФГДС. В результате такой терапии сроки рубцевания у больных основной группы сократились на 5,5 дней по сравнению с контрольной. Таким образом, патогенетически обоснованная коррекция системы гемостаза приводит к улучшению результатов лечения обострения язвенной болезни.

П.3.4

ЛИПИДКОРРИГИРУЮЩАЯ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

*В.В. Кнышова, В.С. Ваганова, О.Г. Сидоренко
НИИ медицинской климатологии и восстановительного лечения –
Владивостокский филиал Дальневосточного научного центра патологии
и физиологии дыхания СО РАМН, Владивосток, Россия*

Нарушения липидного обмена, встречающиеся у одной трети гастроэнтерологических больных, являются ведущим патогенетическим звеном в развитии сопутствующей кардиальной патологии. Поэтому коррекцию метаболических нарушений необходимо рассматривать как одно из важных направлений реабилитации больных хроническим гастритом и язвенной болезнью.

С целью разработки комплексов немедикаментозной профилактики проведено клинико-экспериментальное исследование по изучению действия углекислой минеральной воды, комплекса минеральной воды и биологических активных добавок на показатели липидного обмена, состоянии процессов пероксидации и антирадикальной защиты при изолированной гастродуоденальной патологии и в сочетании с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Результаты исследования показали, что бальнеотерапия углекислыми минеральными водами при изолированной гастродуоденальной патологии способствует увеличению в крови антиоксидантной активности и снижению содержания продуктов пероксидации, что свидетельствует о восстановлении нарушенного окислительного гомеостаза. Кроме этого отмечается снижение атерогенных фракций липидного спектра крови. При гастродуоденальной патологии в сочетании с кардиальной бальнеотерапия не обеспечивает требуемого лечебного эффекта. Для оптимизации реабилитационных мероприятий в бальнеокомплекс включали биологические активные добавки сорбционного и антиоксидантного действия. Под влиянием углекислой минеральной воды в комплексе с антиоксидантом (композиция на основе эхинохрома, «Аевит») восстанавливается баланс антиоксидантной системы и снижается на 20,3% содержание вторичных продуктов пероксидации. Углекислые минеральные воды в комплексе с энтеросорбентом (зостерин) способствуют снижению общего холестерина на 13,9%, холестерина липопротеидов низкой плотности на 28,7% и повышению холестерина липопротеидов высокой плотности на 11,5%, что свидетельствует о липидмодулирующем действии.

Данные исследования свидетельствуют о необходимости дифференцированной коррекции метаболических нарушений при гастродуоденальной патологии. Включение в бальнеокомплекс биологических активных добавок сорбционного и антиоксидантного действия позволит путем целенаправленного воздействия предупредить прогрессирование сопутствующей сердечно-сосудистой патологии и улучшить клиническое течение основного заболевания.

П.3.5

ПЕКТИН — ЭФФЕКТИВНОЕ СРЕДСТВО РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ АКТИВНОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

*Э.Г. Потиевский, Е.Ф. Шендяпина
Медакадемия, Омск, Россия*

Пектин — естественное растительное соединение — известно как вещество, образующее стойкие нерастворимые комплексы с ядовитыми металлами и радионуклидами. Нами изучены малоизвестные свойства пектина: бактерицидное действие на возбудителей острых кишечных инфекций и условно-патогенную микрофлору кишечника. Нормальная микрофлора кишечника устойчива к действию пектина. Кроме того, пектин проявляет выраженное антидиарейное действие. Совокупность этих двух свойств позволяет эффективно использовать пектин для реабилитации больных с дисбиозом кишечника вследствие интенсивной антибактериальной терапии. Нами разработана схема эффективной пектинотерапии, которая позволяет в течение 12–14 суток стабильно купировать явления дисбиоза кишечника и обеспечить успех последующей коррекции бактериальной нормофлоры кишечника. Общий объем наблюдений: более 150 детей и 100 взрослых.

П.3.6

ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ С И ПОЗДНЯЯ КОЖНАЯ ПОРФИРИЯ. НОВОЕ В ЛЕЧЕНИИ

*А.Б. Кривошеев
НГМА, Новосибирск, Россия*

Цель. Перспективы применения урсосана (фирма ПРО. Мед ЦС Прага) и реаферона (отечественный рекомбинантный альфа-интерферон) у больных поздней кожной порфирией (ПКП) на фоне хронического гепатита С.

Материалы и методы. Обследовано 11 мужчин в возрасте от 35 до 53 лет (средний возраст 54,3±2,2 лет). Определяли маркеры вирусного гепатита С, показатели порфиринового обмена и функции печени.

Результаты и обсуждение. ПКП характеризовалась симптомами фотосенсибилизации кожи. Давность ПКП колебалась от 6 месяцев до 24 лет (в среднем 4,9±2,1 года). У всех больных определялся типичный биохимический синдром: в моче доминировал уропорфирин 3244±731 нмоль/сут (норма 13±2,8), в кале — копропорфирин 108±15 нмоль/г сухой массы (норма 4,5±0,7). Хронический гепатит С диагностирован у 8 пациентов (72,7%). В сыворотке крови у них обнаружены антитела к вирусу гепатита С (метод иммуноферментного анализа) и сывороточная РНК (метод полимеразной цепной реакции). Давность инфицирования установлена у 5 больных (от 4 до 15 лет, в среднем 13,4±3,1 лет). Умеренная активность гепатита С (АСТ 0,7±0,2 мкмоль/л, АЛТ 1,2±0,2 мкмоль/л), наличие маркера репликации (сывороточная РНК) являлись показанием к назначению реаферона. Имеющиеся симптомы холестаза (кожный зуд, повышение щелочной фосфатазы 2,5±0,8 мкмоль/л) служили показанием для назначения урсосана. 2 больным проведена терапия: урсосан в дозе 10 мг/кг/сут и реаферон 3 МЕ 3 раза в неделю. Отмечена положительная динамика: через 4 недели уменьшились симптомы холестаза и нормализовалась активность аминотрансфераз. В летний период не наблюдалось рецидива симптомов фотосенсибилизации кожи. Через 6 месяцев маркеры гепатита С не обнаружены.

Заключение. Включение в комплексную терапию больных ПКП, ассоциированной с хроническим гепатитом С, урсосана и реаферона следует оценивать как перспективную.

П.4. Гематология

П.4.1

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ МИЛЛИМЕТРОВОГО ДИАПАЗОНА В ГЕМАТОЛОГИИ

*Н.П. Карева, М.И. Лосева, Е.А. Иванилов, С.В. Косинцев
Новосибирская медицинская академия, Новосибирск, Россия*

Современный уровень развития медицинских технологий позволяет сочетать принципы древнекитайского врачевания с достижениями научно-технического прогресса и объединять преимущества ортодоксальной и традиционной медицины для оптимизации лечения различных заболеваний. Примером такого синтеза является метод КВЧ-пунктуры, при котором на биологически активные точки оказывается воздействие слабым электромагнитным излучением (ЭМИ) крайне высоких частот (КВЧ).

Внедрение КВЧ-пунктуры в клиническую практику позволило найти новые подходы к терапии гематологических заболеваний, поскольку одним из механизмов действия ЭМИ миллиметрового диапазона является его цитопротекторное действие в отношении клеток костного мозга и крови, нормализующее влияние на иммунные процессы. КВЧ-пунктура применялась нами в комплексном лечении железодефицитной анемии с рефракторным течением и у больных с поствирусной и лекарственной лейкопенией. Воздействие ЭМИ КВЧ проводилось по биологически активным точкам, выбор которых осуществлялся с учетом опыта традиционной медицины под контролем метода Фолля.

В группе больных с анемиями (42 чел.) после 10–15 процедур средней уровня гемоглобина поднялся до 110,7 г/л с 82 г/л, тогда как в репрезентативной контрольной группе, получавшей только аналогичную медикаментозную терапию, — до 101 г/л за тот же период времени. Сроки сохранения эффекта лечения в опытной группе были в 1,5–2 раза больше, чем в контрольной. При применении КВЧ-пунктуры у больных с индуцированной миелосупрессией на фоне лечения лимфогранулематоза (22 чел.) нормализация числа лейкоцитов в периферической крови наблюдалась после 5–6 процедур в 92% случаев, что позволило начать очередные курсы поли-

химиотерапии или лучевой терапии по общепринятым схемам в рекомендованные сроки. При поствирусной лейкопении число лейкоцитов в периферической крови нормализовалось у всех больных (9 чел.) после 2-4 процедур КВЧ-пунктуры.

Вышеизложенное свидетельствует о перспективности использования КВЧ-пунктуры в комплексном лечении больных с депрессией гемопоза различной этиологии.

II.5. Герiatrics

II.5.1

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ТЯЖЕЛОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

*Е.А. Шутемова, А.М. Березина, И.Е. Мишина
Ивановская государственная медицинская академия, Иваново, Россия*

В настоящее время качество жизни характеризуется как способность индивидуума функционировать в обществе соответственно своему положению и получать удовлетворение от жизни. Качество жизни является интегральным показателем, включающим физическое, социальное и психоэмоциональное благополучие пациента.

Целью настоящего исследования было определение взаимосвязи между качеством жизни и личностными особенностями больных с тяжелой сердечной недостаточностью пожилого возраста.

Обследовались больные (средний возраст 70,6 лет) с сердечной недостаточностью III функционального класса (по NYHA), развившейся в результате ИБС. У всех пациентов фракция выброса составила в среднем менее 39%, отмечалась низкая толерантность к физической нагрузке в тесте с 6 минутной ходьбой (в среднем 139,3 м). Качество жизни оценивалось по Миннесотскому опроснику (MLHFQ) и составило в среднем 58,6 баллов. В то же время при одинаковой клинической картине отмечался существенный разброс показателей качества жизни (39–72 балла).

Для определения особенностей личности больных использовался тест СМОЛ (сокращенная методика обследования личности, модификация теста ММРП), который выявил, что у всех пациентов отмечалось повышение профиля СМОЛ по шкалам невротической триады (1 – шкала сверхконтроля; 2 – шкала пессимизма; 3 – шкала эмоциональной лабильности) и шкале тревожности (7). Следует заметить, что у людей с самым низким качеством жизни эти личностные особенности были выражены максимально. У мужчин данные тенденции прослеживались менее четко, однако у них отмечается более выраженное снижение уровня оптимизма (шкала 9), по сравнению с женщинами.

II.5.2

К ТАКТИКЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ

*Н.Н. Золотова, А.С. Мирсадыков
ТашПМИ, Ташкент, Узбекистан*

Применение общепринятых методов восстановительного лечения является немаловажной причиной высокого процента потери трудоспособности больных. Замедленное сращение костей, выраженная атрофия мышц конечностей, ограничение подвижности суставов, дискоординация движений, при наличии у некоторых больных энцефалопатии, арахноидитов и эпилепсии, являются основными причинами перевода больных на инвалидность. С целью уменьшения указанных выше последствий таким больным в условиях стационара проводилось целенаправленное лечение. Наши наблюдения основаны на лечении 214 пострадавших с сочетанными повреждениями опорно-двигательного аппарата и черепно-мозговой травмой. Результаты исследования показали, что восстановительное лечение данной категории больных имеет некоторые особенности. Щадящий режим движений первых двух недель является основой проводимого лечения. В раннем периоде применяли статические дыхательные упражнения с небольшой амплитудой, чтобы не допустить гипервентиляции, которая в дальнейшем может привести к эпилептическим припадкам. По мере стабилизации состояния больных выполнялись активные и пассивные движения небольшой амплитуды в суставах поврежденной конечности, изометрическое напряжение мышц, массаж, электростимуляция, тепловые процедуры. Наряду с общепринятым восстановительным лечением, мы применяли магнитотерапию в виде постоянного магнитного поля, магнитофорез с хро-

ристым кальцием на область перелома и гипербарическую оксигенацию. Данная методика способствовала улучшению микроциркуляции в области перелома и являлась профилактикой отека головного мозга. В результате проведенного комплексного лечения из 214 больных выздоровление наблюдали у 115, а инвалидность уменьшилась на 70%.

II.5.3

«БИОПИН» В КОМПЛЕКСНОМ УХОДЕ ЗА ГЕРИАТРИЧЕСКИМИ ПАЦИЕНТАМИ

*В.Ф. Носова, А.В. Лучин
Городская больница 28 «Максимилиановская», Санкт-Петербург, Россия*

Значительная частота переломов у лиц пожилого и старческого возраста на фоне инволютивного остеопороза, приводит к обездвиженности пациентов и увеличению риска развития пролежней. Снижение иммунологической защиты в старости, наряду с ухудшением кровоснабжения, значительно затрудняет регенерацию тканей.

В комплексном уходе за 39 престарелыми пациентами с травмами (средний возраст 79 лет), нами была использована 5%-мазь «Биопин», хорошо зарекомендовавшая себя ранее в лечении ожоговых травм. Контрольную группу составили 29 пациентов того же возраста, получавших традиционную противопролежневую терапию (промывание и аппликации фурацилина, хлоргексидина, антибактериальных мазей, цинковой пасты).

5%-мазь «Биопин», обладая высокой адгезивностью, хорошо прилипла к поверхности ран, способствовала более легкому удалению струпа, не повреждала неокрепший эпидермис. Кроме того, жировая основа мази (оливковое масло и свиное сало) делало перевязки менее болезненными по сравнению с водными растворами антисептиков. Антимикробная активность мази, благодаря наличию в ее составе сосновой живицы, приводила к уменьшению бактериального обсеменения, а увеличивая функциональную активность нейтрофилов и привлекая их в очаг воспаления, значительно быстрее очищала поверхность пролежней. Грануляционная ткань появлялась на 4-6 дней раньше, чем при обработке традиционными способами.

При лечении трофических нарушений на этапе гиперемии кожи и начальной отслойки эпидермиса 5%-мазью «Биопин» из 10 у 6 больных пролежни в проблемных зонах не образовались. У 4-х пациентов в дальнейшем была использована 10%-мазь «Биопин» с хорошим клиническим эффектом.

Анализ клинического материала убедительно свидетельствует об эффективности использования мази «Биопин» 5 и 10% для профилактики и лечения пролежней у лиц старческого возраста.

II.5.4

КАК ПРОДЛИТЬ АКТИВНОЕ ДОЛГОЛЕТИЕ

*Е.Н. Комягина
ИГМА, Иваново, Россия*

В жизни каждого человека неизбежно наступает период старения. Задача медицины заключается в том, чтобы замедлить темпы его развития, увеличить период активного долголетия. На протяжении нескольких десятилетий коллектив кафедры патофизиологии работает над проблемой долголетия. За время исследований были обследованы почти 1200 жителей г. Иваново в возрасте от 80 до 102 лет. С помощью специально разработанных анкет мы выяснили влияние на продолжительность жизни таких факторов, как наследственность, активный образ жизни, характер питания, наличие увлечений, условия труда и быта и некоторых других. Проводились исследования функциональных показателей, сделан анализ структуры заболеваемости долгожителей. Нами подмечены следующие закономерности: максимальное увеличение продолжительности жизни наблюдается при сочетании наследственной предрасположенности, занятии посильным физическим трудом, активной жизненной позиции долгожителей. Подавляющее большинство долгожителей не имеют вредных привычек, многие на протяжении жизни практически не употребляли лекарств, постоянно ограничивают употребление кофе и чая. Следует отметить предпочтение молочного-растительной пищи долгожителями, ограничение калорийности питания. Анализ заболеваемости выявил преобладание заболеваний сердечно-сосудистой системы, однако заболевания протекают в более легкой форме, реже наблюдаются осложнения. Долгожители очень редко болеют простудными заболеваниями. Нами выявлена тенденция к брадикардии и понижению температуры тела, что положительно влияет на увеличение продолжительности жизни. Таким образом, наши результаты подтвердили приоритетное значение для долголетия таких объективных факторов, как пол, генетические. Наряду с этим важное значение имеют такие факторы, которые зависят от волевого настроя человека: ограничение калорийности пищи, применение диеты, высокий уровень двигательной активности, активный образ жизни, оптимизм.

II.5.5**ПОИСК ПУТЕЙ СНИЖЕНИЯ ДОЛИ ПАЛЛИАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ**

Г.П. Котельников, А.Г. Нагога, А.Е. Безруков

Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия

Лечение переломов проксимального отдела бедренной кости, в основном встречающихся у больных пожилого и старческого возраста, остается до настоящего времени одной из актуальных проблем травматологии. До 30% пострадавших в этом возрасте умирают в течение полугода с момента травмы, остальные в 50% случаев становятся глубокими инвалидами.

Анализ результатов как консервативного, так и различных оперативных способов лечения 554 больных указанной группы позволил нам определить подход к остеосинтезу переломов вертельной области и шейки бедренной кости как к экстренной операции, необходимой больным пожилого и старческого возраста по жизненным показаниям. Широкое применение хирургического способа лечения больных пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости мы связываем с внедрением системы лечебно-профилактических мероприятий, направленных на активное предоперационное выявление и консервативную терапию гемодинамических расстройств и сопутствующих заболеваний. Предоперационную подготовку начинали с момента поступления больного в стационар с обязательным участием терапевта, анестезиолога и, при необходимости, врачей других специальностей. Для объективизации состояния гемодинамики мы все шире применяем интегральную реовазографию. Способ оперативного лечения подбираем строго дифференцированно: при переломах шейки бедра используем остеосинтез тремя компрессирующими винтами — оперировано 40 пациентов. При всех видах переломов вертельной области бедренной кости мы применяем компрессирующее устройство для остеосинтеза (Свидетельство Российской Федерации на полезную модель № 11996) — оперировано 37 больных. В результате комплексного подхода к реабилитации больных пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости, применяемого нами с 1998 года, общая летальность у оперированных больных снижена до 1,5% по сравнению с 37,2% летальных исходов в первые 6 месяцев после травмы у больных, леченных консервативно.

Альтернативный подход к проблеме позволил нам избежать гипостатических осложнений, а пребывание больных пожилого и старческого возраста в стационаре сократить до 15 дней.

Абсолютное большинство больных выписаны домой с возможностью передвигаться со средствами опоры и, что особенно важно, обслуживать себя без посторонней помощи. Все это в комплексе позволило улучшить качество жизни пострадавших.

II.5.6**ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПО ДАННЫМ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ КАСПИЙСКОЙ ФЛОТИЛИИ**

А.Г. Бельцин, С.Е. Кодюшев

Астраханский гарнизонный военно-морской госпиталь, Астрахань, Россия

В последние годы во многих странах, в том числе и в России отмечается процесс старения населения, что ставит перед органами здравоохранения новые задачи. Это актуально и для военной медицины. Новой редакцией Закона «О статусе военнослужащих» значительно увеличено число лиц, которым гарантирована бесплатная медицинская помощь в военно-медицинских учреждениях. В Астраханской зоне ответственности КФл — это 22 тыс. чел., более 7 тыс. офицеры запаса, члены их семей, вдовы. С 1993 г. по настоящее время процент лечившихся пенсионеров МО составляет стабильно 3—4%.

Наличие в среде пациентов Военно-морского госпиталя лиц пожилого возраста накладывает отпечаток на деятельность медицинского персонала. Это учитывается нами при планировании работы ВМГ. Во-первых, в госпитале выделена 4-местная палата для больных пожилого возраста, во-вторых, у каждого такого больного всегда диагностируется несколько болезней, каждая из которых влияет на течение другой и нередко требует дополнительного обследования и самостоятельного лечения, что требует значительных затрат на лечение данной категории больных. По нашим данным, у лиц старше 60 лет выявлялись: ИБС — у 70,8—80,6%, у каждого третьего — ХНЗЛ, у 13—24% — язвенная болезнь, у 16,8—18,7% — гипертоническая болезнь, у каждого четвертого — различные проявления хронической недостаточности мозгового кровообращения, у 10—20% — аденома предстательной железы, у 8—8,8% — сахарный диабет. В третьих, у данной категории больных назначается от 6 до 13 препаратов, что увеличивает вероятность возникновения побочных реакций. В-четвертых — наличие ИБС,

гипертонической болезни и других заболеваний значительно ограничивает возможность применения немедикаментозных методов лечения, ЛФК, физиотерапии. В-пятых, многие из этих больных в связи с тяжестью течения заболеваний нуждаются в постоянном наблюдении и интенсивном лечении. И последнее, рассматривая проблему в целом, необходимо отметить недостаточные знания врачами основ гериатрии.

II.5.7**ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

Т.А. Левина, Л.Н. Хилова, Т.А. Уклистая, Е.Г. Шаныгина

Городская клиническая больница № 2, Астрахань, Россия

В Астраханской области доля граждан старшего поколения в структуре населения в 1998 г. составила 19,2%, что превышает прогнозируемый показатель к началу XXI века по стране. В целом в области функционирует 242 койки сестринского ухода и 10 коек хосписа (из них в г. Астрахани 50 и 10 соответственно). Койки сестринского ухода развернуты как самостоятельные подразделения, так и в составе общетерапевтических отделений. Удельный вес коек сестринского ухода и хосписа в структуре коечного фонда области составил 2,3% (для сравнения по Российской Федерации 0,7%). Среди пролеченных больных в данных отделениях 90,1% приходится на лиц старше 60 лет. Большая часть из них в качестве ведущей патологии имеет сердечно-сосудистые заболевания. В городской клинической больнице № 2 средняя длительность пребывания больного в отделении сестринского ухода в 1997 г. — 29,3, в 1988 г. — 31,1 дня, а стоимость одного койко-дня — 50 рублей.

В докладе будет представлен анализ данных о работе коек сестринского ухода и хосписа в Астраханской области. Обосновывается необходимость: 1) открытия центра паллиативной помощи с гериатрическим отделением и отделением хосписа для пожилых больных с онкологическими заболеваниями, 2) реорганизации коек сестринского ухода в составе общетерапевтических отделений в самостоятельные отделения сестринского ухода с долевым участием департамента социальной защиты в их финансировании, 3) подготовки средних медицинских работников и врачей по разделу гериатрии на базе медицинского колледжа и ФУВ медицинской академии. Разработаны и предлагаются нормативы материально-технического оснащения отделений сестринского ухода и хосписа.

II.5.8**ОПЫТ ОКАЗАНИЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ № 2**

Л.В. Галова, Т.А. Левина

Городская клиническая больница № 2, Астрахань, Россия

Одна из наиболее часто встречающихся патологий у больных преклонного возраста — заболевания органов зрения. Лечение таких больных является актуальным для практических врачей. Однако здесь возникают трудности, обусловленные проявлениями старческого одряхления пациентов, препятствующие проведению полноценного лечения, традиционно применяемого в офтальмологии.

Такие же проблемы возникают и при лечении онкологических больных. В этих случаях на первое место выходит так называемое «основное заболевание», которое препятствует лечению глазной патологии. Так, например, препараты, применяемые в офтальмологической практике, противопоказаны онкобольным. Нетранспортабельное состояние пациентов мешает полноценному обследованию, даже подбор очков перерастает в неразрешимую проблему, не говоря уже о хирургическом лечении.

В докладе представлен 1,5-летний материал наблюдений за пациентами отделения сестринского ухода (ОСУ) и отделения медико-социальной помощи на дому (ОМСП) ГКБ № 2. Проведено стационарное лечение 931 больному, 85% из них нуждались в консультации офтальмолога. Средний возраст пациентов составил 70—80 лет. Среди пролеченных больных катаракта различной степени диагностирована у 505 чел (66%), зрелая катаракта одного или двух глаз — у 87 чел. (11%), глаукома одного или двух глаз — у 62 чел. (8%). Диагностирована также и впервые выявленная глаукома, тяжелая патология сетчатки — у 36 чел., 21 чел. подготовлен к операции и переведен в глазные отделения, что составляет 1/4 часть нуждавшихся в проведении операций, подобрано очков — 115 чел. Имеется 3 случая перевода больных в глазное отделение по экстренным показаниям. Во всех случаях проводилось лечение, возможное в условиях терапевтического стационара и недоступное, в ряде случаев, в амбулаторных условиях таким больным.

Выводы:

1. С целью совершенствования специализированной офтальмологической помощи лицам пожилого возраста, находящимся на лечении в ОСУ и

ОМСП, необходима штатная должность врача-офтальмолога с оснащением рабочего места необходимым оборудованием.

2. Обосновывается необходимость выделения специальной палаты в глазном отделении стационара с выделением дополнительных ставок мед-персонала.

П.5.9

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ

*Л.Н. Мингазетдинова, Р.Р. Гарифуллина, Н.Х. Янтурина, Н.В. Дорофеева, Л.Н. Хусаинова, Р.Н. Каримов, С.Р. Лукманов
Городской гематологический центр. Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Республика Башкортостан*

Под лейкозом подразумевают злокачественное перерождение кроветворной ткани, с пролиферацией и клональной экспансией. Клан имеет тенденцию к генетической нестабильности, возникновению гетерогенности и фенотипической эволюции. Преобладание лейкозного клана обусловлено накоплением клеток с нарушенными процессами дифференцировки и созревания, угнетением образования нормальных клеток крови и инфильтрацией внутренних органов. Все это приближает лейкозы к онкопатологии, требует организации реабилитации и паллиативной помощи.

По данным гематологического центра г. Уфы, количество больных острым лейкозом (ОЛ) за последние годы увеличилось на 30%. С 1996 по 1998 г. в центре пролечилось 96 больных, из них умерло 39 (40%), достигнуто 3-летняя выживаемость у 16,2%, 5-летняя — у 13,5%.

Главная цель лечения — добиться полной ремиссии. Для борьбы с анемией применялось переливание эритроцитарной массы или цельной крови, для предупреждения развития инфекции при нейтропении и иммунодепрессии — комбинация антибиотиков. При остром лимфолейкозе ремиссия достигалась приемами преднизолона и винкристина по схеме с дальнейшим переходом на поддерживающую терапию. Риск рецидива составило около 20%, чаще развивался в первый год прекращения лечения. Лечение острого миелолейкоза включало непрерывную инфузию цитарабина, короткие курсы даунорубина.

Необходима более интенсивная терапия, поддерживающая терапия малоэффективна. Такая тактика лечения позволила увеличить продолжительность жизни больных острым лейкозом в среднем до 3 лет за счет непрерывного наблюдения за ними, интенсивной полихимиотерапии, адекватного лечения осложнений.

П.5.10

ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИВЕННОЙ И РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

*А.Г. Ломакин, Е.В. Морозова, А.И. Перетрухин, А.М. Сдвижков, М.Ю. Бяхов
Онкологический клинический диспансер, Москва, Россия*

Цель работы: рациональный подбор видов и методов обезболивания и послеоперационного ведения больных пожилого и старческого возраста, страдающих злокачественными новообразованиями желудочно-кишечного тракта, легких и женских половых органов.

Материал и методы: в исследование включено 26 больных в возрасте старше 70 лет. Рак желудка — 9, легких — 9, пищевода — 2, рак яичников — 2, тела матки — 4. Все больные были с различной сопутствующей возрастной патологией, раковой интоксикацией. Какексия отмечалась у 5 (19%) больных. Риск анестезии по классификации МНОАР у 11 больных (42%) был 3, у 15 (58%) был 4. Всем больным в предоперационном периоде проводилась симптоматическая корригирующая терапия до стабилизации функции внешнего дыхания, гемодинамических показателей, лабораторных тестов. Данные центральной гемодинамики получали в результате эхокардиографии и брали за исходные. После получения всех данных обследования и стабилизации витальных показателей больного оперировали. В послеоперационном периоде обезболивание достигалось либо введением анестетика в эпидуральное пространство, либо назначением наркотических анальгетиков.

Особенности анестезии: применение эпидуральной анестезии как компонента сочетанной и использование во всех случаях при опухолях желудка (9 больных). После премедикации по стандартной методике катетеризировали легочную артерию — определяли разницу между полученной величиной и данными ЭхоКГ, если разница превышала 20%, то с помощью перфузоров и инфузоматов начинали введение гемодинамически активных препаратов (дофамин, нитроглицерин и др.). Вводный наркоз осуществлялся только после подбора базисной кардиотонической терапии и возмещении гиповолемии, предпочтение отдавалось ультракороткому препарату — пропофол. Комбинированный наркоз проводили под контро-

лем показателей внешнего дыхания, КЩС, центральной гемодинамики и системного транспорта кислорода с помощью ингаляции N_2O , постоянной инфузии пропофола, фентанила и, по показаниям, мидазолама.

Результаты: предложенная методика анестезии и периоперационного ведения больных пожилого и старческого возраста позволила добиться в течение анестезии — поддержания адекватного уровня анальгезии, седации, доставки кислорода, поддержания нарушений вентилиционно-перфузионных нарушений на исходном уровне, коррекции волевых нарушений. В послеоперационном периоде за счет введения анестетика в эпидуральное пространство достигнуто: адекватная анальгезия, поддержание исходного уровня доставки кислорода, ранняя активизация больного, комфортная стимуляция естественной санации трахео-бронхиального дерева (ингаляции, вибромассаж, ЛФК). В исследуемой группе из осложненных отмечено: 5 нарушений ритма сердца, 1 ателектаз, 2 левожелудочковые недостаточности без развития ишемии. Время пребывания в реанимационном отделении уменьшилось в среднем на 1,5 дня, в стационаре на 3,6 дня.

П.5.11

КОРРЕКЦИЯ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА И ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ МИКОЗАМИ СТОП

*М.М. Гафаров, З.Р. Хисматуллина
Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Башкортостан*

Проведено клинико-иммунологическое обследование 110 больных микозами стоп с различными клиническими формами (скв-гиперк. — 41, ин-тертригиозно-дисгидрот. — 39, онихомикозы — 30) органов брюшной полости (УЗИ и ФГС).

У 60 из них установлены заболевания: язва желудка и 12-перстной кишки — 17, гастриты — 36, панкреатиты — 3, колиты и дуодениты — 14. Установлены повышения сывороточных иммуноглобулинов «М» и «G» (у 33,4% и 24,5%) и понижение кл. «А» (у 51,8% больных). Иммуноглобулины «Е» были повышены у 28,8% лиц, когда грибковое заболевание сопровождалось осложнением пикочковой инфекцией.

Учитывая изложенное, в комплексе лечения больным были рекомендованы ферментативные препараты, энтеросорбенты и иммунокорригирующие препараты (делагил, витафор и т.д.).

П.6. Дерматовенерология

П.6.1

САНДИММУН ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМАХ ПСОРИАЗА

*Н.М. Басинская, Н.Е. Мельниченко
АГМА, Благовещенск, Россия*

Псориаз — хронический дерматоз мультифакториальной природы, характеризующийся поражением кожи, опорно-двигательного аппарата, внутренних органов. В настоящее время для лечения псориаза используют такие современные методы лечения, как ПУВА-терапия, применение ретиноидов, сандиммуна.

Нами в клинике ОКВД при лечении различных форм псориаза (псориаз эритродермия, артропатия, пустулезный, ладонно-подошвенный псориаз) был применен иммуносупрессивный препарат циклоспорин А, или сандиммун. Перед назначением препарата больные проходили клинико-лабораторное обследование, включающее клинические анализы крови и мочи, биохимические исследования крови (показатели острофазовых реакций, печеночные пробы, СМР, креатинин), иммунологические исследования (показатели клеточного и гуморального иммунитета, показатели фагоцитоза), рентгенологическое исследование позвоночника и суставов, по показаниям консультации смежных специалистов.

Сандиммун назначали больным в дозе 2,5-5 мг/кг массы тела больно-го в сутки в течение 1-3 месяцев в зависимости от формы псориаза. Далее пациенты получали поддерживающую терапию. Снижение дозы препарата производили постепенно на 0,5-1,0 мг/сутки в течение месяца. Одновременно больные получали противовоспалительную, десенсибилизирующую терапию, препараты, улучшающие микроциркуляцию, гепато-протекторы, НСПП.

Результаты исследований показали, что при применении сандиммуна с тяжелыми формами псориаза выраженный эффект наблюдался у всех

больных. После выраженного прекращения приема сандиммуна по разным причинам у этих больных, как правило, быстро наступал рецидив заболевания. У пациентов, принимающих поддерживающие дозы сандиммуна, продолжительность ремиссии составляла 1,5-2 года.

Таким образом, сандиммун является препаратом выбора в лечении тяжелых форм псориаза.

II.6.2

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

В.Н. Завадский, Н.Ю. Антропова

Ярославская государственная медицинская академия, Ярославль, Россия

Атопический дерматит регистрируется в конце нашего столетия намного чаще (в 4-8 раз), чем в середине его. Характеризуются системностью: кожа, желудочно-кишечный тракт, дыхательные пути; в основе — дисбаланс вегетативной нервной системы, иммунной системы (дифференцировка Т-лимфоцитов и т.д.) Связывают с наследственными генетическими дефектами, указывают конкретно на хромосому, мутацию гена, локус. Начавшись в детстве, атопический дерматит продолжается у взрослых, иногда в тяжелой форме.

Социально-трудовая реабилитация должна включать профессиональную ориентацию и социально-правовую помощь в выборе профессии и работы (вне контакта с конкретными аллергенами и т.п.). Медицинская реабилитация предусматривает диспансеризацию с плановой профилактикой и санацией очагов хронических заболеваний, использование санаторно-курортного лечения и преформированных курортных факторов (УФЛ, гидропроцедуры). Медикаментозное лечение ограничивается; при обострениях — кортикостероидные мази, иммуномодуляторы. Трудоспособность напрямую зависит от реабилитационных мероприятий. Рост заболеваемости и выявление мутаций ставят перед необходимостью международного сотрудничества по вопросам экологии и реабилитации больных.

II.6.3

МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ РАЗВИТИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ КОЖИ

К.Г. Ананьев

Дорожная клиническая больница, Хабаровск, Россия

Обследованы методом лазерной доплеровской флоуметрии 24 больных профессиональной экземой и 31 больной с преморбидными изменениями кожи кистей. Контрольную группу составили 32 здоровых работника.

Установлено, что хотя перфузия кожи кровью в очагах поражения при профессиональной экземе в среднем значительно выше, чем при преморбидных состояниях (17,81 перфузионных единиц против 7,16 п. е.), картина ритмологических нарушений при них одинакова. В обоих случаях имеется выраженное увеличение вклада в микроциркуляторную гемодинамику кардиоритмов при сохраняющемся на уровне контрольной группы вкладе дыхательных ритмов и активных сокращений миоцитов капилляров. Следовательно, в очагах поражения перфузия возрастает за счет пассивных (патологических) механизмов. Капиллярный кровоток в участках видимо здоровой кожи предплечий в обеих группах обследования был несколько выше показателей контрольной группы. При экземе он составил в среднем 5,79 п. е., при преморбидных состояниях — 5,35 п. е., в контрольной группе — 4,13 п. е. Ритмологические нарушения в неизменной коже были полностью аналогичны наблюдаемым непосредственно в очагах поражения.

Таким образом, нарушения микроциркуляции при профессиональных заболеваниях кожи не ограничиваются очагами поражения и фиксируются в неизменной коже. При анализе ритмологических составляющих капиллярного кровотока в преморбидно измененной коже и очагах профессиональной экземы выявленные нарушения были идентичны. Очевидно, нарушения микроциркуляторной гемодинамики при развитии профессиональных заболеваний кожи являются одним из наиболее рано формирующихся патологических процессов и вносят существенный вклад в формирование клинической картины.

II.6.4

ЗАВИСИМОСТЬ НИТРОКСИДЕРГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ОТ ХАРАКТЕРА ПОРАЖЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИСТИННОЙ ЭКЗЕМОЙ

Ю.Л. Шестакова

Челябинская государственная медицинская академия, Челябинск, Россия

К числу распространенных аллергических поражений кожи относится истинная экзема, которая до настоящего времени имеет недостаточно изу-

ченный патогенез. Перспективным направлением исследования может быть определение роли биорегуляторной системы «L-аргинин азота-оксид». Целью работы явилось изучение нитроксидаергических процессов у больных экземой с разной степенью тяжести и распространенности процесса. Под наблюдением находилось 46 больных, ограниченный характер патологического процесса имели 12 человек, генерализованный — 7, диссеминированный — 27 человек. Определялось суммарное содержание нитратов и нитритов в цельной крови и моче больных перед началом терапии, в период лечения и после его окончания. Исследованием установлено, что у больных экземой уровень конечных стабильных метаболитов нитроксидаергической молекулы в крови составляет $72,6 \pm 1,15$ мкмоль/л (у здоровых — $18,4 \pm 1,02$ мкмоль/л), т.е. повышен почти в 4 раза. Значительное увеличение суммарного количества нитратов и нитритов (до 209,5 мкмоль/л) выявлено у пациентов с ограниченной площадью поражения, заболевших впервые или после продолжительной ремиссии. У больных с генерализованной формой процесса и длительным течением с частыми обострениями показатели нитроксидаергических процессов не превышали 40,5 мкмоль/л, что в 5,2 раза меньше, чем у больных острой экземой.

II.6.5

МЕТОДИКА КОНТРОЛЯ ЗА ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ ИЗЛЕЧЕННОСТЬЮ ХЛАМИДИОЗА ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ БОЛЕЗНЬЮ РЕЙТЕРА

Г.В. Ключарев, О.Н. Смирнова, С.В. Ключарева, Е.М. Шевелева

Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Болезнь Рейтера (БР) — наиболее тяжелое осложнение урогенитального хламидиоза, характеризующееся экстрагенитальными проявлениями на фоне генетически обусловленной иммунной несостоятельности организма. Поражая преимущественно мужчин молодого социально и сексуально активного возраста, БР часто становится причиной длительной нетрудоспособности и приводит к инвалидизации. Проблема контроля за излеченностью хламидиоза у этой группы больных — первоочередная задача клинициста.

На сегодняшний день ни один из методов диагностики хламидиоза не дает 100% достоверного результата. В связи с чем мы используем комплексный метод контроля за этиологической излеченностью хламидиоза при БР. Он включает в себя двукратное культуральное исследование секрета предстательной железы (среда McCoy) через 10 и 30 дней после курса терапии. При отрицательных результатах используется PCR (двукратный анализ) и только после этого через 21 день — иммуноферментный анализ определения специфических иммуноглобулинов в сыворотке крови. Уровень специфического иммуноглобулина G является определяющим при данной методике, и результат считается отрицательным при титре 1:16 и ниже. Подобный результат расценивается нами как этиологическое излечение, и пациент снимается с учета. При более высоких титрах Ig G исследование повторяется через 21 день.

Сроки лабораторных контролей определяются циклом развития микроорганизма и особенностями функционирования иммунной системы макроорганизма.

Использование данной методики контроля в течение двух лет у 86 пациентов с БР дало положительный результат. Рецидивы суставного синдрома зарегистрированы у 2 больных, у которых при дообследовании доказана реинфекция.

II.6.6

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ В СОЧЕТАНИИ С ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ

О.А. Терновская, Т.В. Грибанова, В.А. Пирятинская, С.П. Золотова

Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

В ходе выполнения работы проведено комплексное обследование 256 больных сифилисом и вирусным гепатитом «В» и «С», причем в наблюдаемой группе преобладали пациенты, страдающие различными формами сифилиса и вирусным гепатитом «В», включая вирусносителей (172 человека).

На основании анализа эпидемиологической характеристики, клинических особенностей течения сифилиса у больных вирусным гепатитом, а также на основании динамики лабораторных показателей этой группы пациентов перечень основных мероприятий, направленных на выявление и максимально быструю реабилитацию подобных больных, страдающих «микст-инфекцией», должен включать: тщательный сбор эпидемиологического анамнеза о факторах риска на дополнительном этапе во временных пределах от 8 месяцев до 1 года, а для некоторых (наркоманы, гомосексуалисты, проститутки) в течение всей жизни; проявление постоянной

эпидемиологической настороженности и внимания к клиническим микросимптомам и изоляции подозрительных пациентов; в назначении им дополнительных к обязательному минимуму клинико-лабораторных исследований.

Пациентам, обращающимся в КВД и клиники венерологии по поводу сифилиса, необходимо проведение обязательного исследования крови на наличие маркеров вирусного гепатита «В» и «С», и наоборот.

Лечение этой группы пациентов должно проводиться в условиях стационара с обязательным проведением как специфической, так и неспецифической терапии. Также в комплекс лечения пациентов необходимо включать оксигенотерапию, ультразвук на область надпочечников и печени, магнитотерапию.

Необходимо особо подчеркнуть, что лица, перенесшие сифилис в сочетании с вирусным гепатитом, должны находиться на особом учете и подвергаться клинико-серологическому контролю каждые 3 месяца.

II.6.7

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ КОНТРОЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ (ИППП)

*И.Д. Радченко, С.И. Данилов, И.В. Радченко
Санкт-Петербургская государственная медицинская академия
им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия*

Под нашим наблюдением находился 121 пациент с хроническим передним и тотальным уретритом, вызванным ИППП (*Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Trichomonas vaginalis*). На момент обращения 81 пациент, что составило 66,9%, предъявлял жалобы, а 40 человек (33,1%) были выявлены активно как половые контакты. Обследование отделяемого из уретры проводилось методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) на 5 вышеуказанных инфекций и микроскопией мазков.

Во всех случаях были выявлены различные инфекционные агенты. Обращало на себя внимание, что у 73 человек (60,33%) обнаружена 1 инфекция, у 30 (24,79%) 2 инфекции, у 18 (14,87%) 3 инфекции. В 27 случаях (22,31%) возбудитель был выявлен только после провокации.

После проведения этиотропного лечения на контроль явился 81 пациент, что составило 66,9%. Эффективность лечения оценивалась методом ПЦР (5 наиболее часто встречающихся инфекций) и микроскопией мазков независимо от результатов исследования до лечения.

У 15 больных (18,51%) в мазках сохранялся умеренный лейкоцитоз при отрицательном результате исследования на инфекцию, что свидетельствовало о наличии резидуального уретрита. После проведения неспецифической терапии уровень лейкоцитов в мазках снизился до нормы.

У 17 больных (21%) в мазках был обнаружен выраженный лейкоцитоз на фоне обнаружения дополнительного инфекционного возбудителя, не выявленного до начала лечения.

Считаем целесообразным контроль излеченности на наиболее часто встречающиеся возбудители (*Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Trichomonas vaginalis*) проводить независимо от результатов первоначального исследования, что позволяет улучшить диагностику и результаты лечения.

II.6.8

ИМПУЛЬСНАЯ ИНФРАКРАСНАЯ ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

*Л.А. Карякина, М.Е. Старченко, А.М. Лалаева
Санкт-Петербургская государственная медицинская академия
им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия*

В последние десятилетия заметно увеличилось число больных псориазом. В структуре заболеваемости данным дерматозом отмечается преобладание тяжелых инвалидизирующих разновидностей типа псориатического артрита. Лечение больных псориазом, особенно тяжелых форм, представляет большие трудности, а нередко в случае псориатического артрита после купирования кожных высыпаний длительно сохраняется болевой синдром, приводящий к ограничению двигательной активности больных. Нами был применен низкоинтенсивный импульсный инфракрасный (ИК) лазер в качестве восстановительной терапии 49 больным с псориатическим артритом с умеренной и средней степенью выраженности суставного синдрома. Воздействие излучением проводили на область поражения, болевые точки и соответствующие рефлекторные сегментарные зоны с помощью оптических насадок. Подбор индивидуальной дозы лазеротерапии и оценку эффективности лечения проводили с помощью автоматизированной системы методом меридиальной диагностики по Накатани, а также по показателям клеточного и гуморального иммунитета, данным липидного обмена.

У всех больных, получивших лазеротерапию, была выявлена положительная динамика: уменьшение общей слабости, болей в области суставов, общий эмоциональный подъем.

У 43% пациентов к концу курса лазеротерапии определялось полное восстановление объема движений в пораженных суставах. Клинический эффект у лиц с воспалительной и дегенеративно-дистрофической рентгенологической картиной поражения суставов характеризовался выраженным противовоспалительным, противоотечным, анальгезирующим иммунокорригирующим, гипохолестеринемическим, антиоксидантным действием.

Повторный противорецидивный курс лазеротерапии назначался с интервалом в 3 месяца, что позволяло увеличить продолжительности ремиссии на 1,5–2 года в сравнении с традиционными методами лечения, вело к ослаблению последующих рецидивов, более мягкому течению заболевания.

Таким образом, ИК лазеротерапия может быть рекомендована в качестве метода реабилитационной терапии больным с псориатическим артритом.

II.6.9

НОВЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

*Г.А. Пантелеева, О.В. Шерстобитова, Г.И. Жукова
Нижегородский НИКВИ, Нижний Новгород, Россия*

Атопический дерматит – заболевание, связанное с наследованием предрасположенности к аллергическим кожным реакциям. Одним из ведущих механизмов патогенеза атопии признается функциональный иммунодефицит.

Среди защитных сил организма важное место отводится микробной экологии кишечника человека. Индигенная (нормальная) микрофлора кишечника обладает рядом важных функций, в том числе детоксицирующей, иммуностимулирующей и др. Сдвиги в микрофлоре кишечника наблюдаются при многих заболеваниях, в том числе и в некишечной локализации. К таким заболеваниям относится и атопический дерматит. Дисбиотические реакции не ограничиваются перекосами в микрофлоре кишечника, они проявляются и в других участках тела. Перестройки в микрофлоре можно использовать для суждения о явных и скрытых нарушениях здоровья, позитивных и негативных тенденциях в развитии патологического процесса, адекватности проводимой терапии.

Нами наблюдалось 30 больных атопическим дерматитом, у которых был лабораторно подтвержден дисбактериоз. Течение заболевания у этой группы пациентов отличалось торpidностью, рецидивы наблюдались 4-5 раз в год, процесс носил распространенный характер, а у 1/3 больных был генерализованный характер. У всех больных интенсивность зуда была высокой.

Для лечения больных атопическим дерматитом мы использовали комплексное лечение, включающее гипосенсибилизирующее средство (глюконат кальция или тиасульфат натрия), антигистаминные препараты (диазолин, супрастин, тавегил и др.), одновременно больным назначался эубиотик линнекс (препарат фирмы Lek), который содержит 1,2 на 10⁷ живых молочнокислых лиофилизированных бактерий *Lactobacillus acidophilus*, *bifidobacterium infantis*, *Streptococcus facium* по 2 капсулы 3 раза в день 14 дней.

Наблюдения показали хорошую переносимость и высокую клиническую эффективность комплексного лечения. Интенсивность зуда значительно снизилась уже через 5-7 дней терапии. При повторном обследовании дисбактериоз не выявлен.

II.6.10

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА КИРИН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГОНОКОККОВОЙ И КОККОБАЦИЛЛЯРНОЙ ИНФЕКЦИИ

*А.А. Смирнов, Н.Ю. Юргель
Городской андрологический центр, Омск, Россия*

Под наблюдением находилось 50 больных со свежими и острыми процессами, а также с хроническими и вялотекущими формами гонореи и коккобациллярной инфекции. Из них 23 женщины и 27 мужчин. Применялся антибиотик кирин из группы спектиномицинов, который назначался по 4,0 в два различных места. Параллельно назначались противотрихомонадные препараты: тинидазол, метронидазол, трихопол (по схеме). Из 32 больных острой формой гонореи положительный результат отмечен у 30 больных и только 2 больным с рецидивом заболевания был назначен антибиотик другой группы. У 18 больных с вялотекущими хроническими гонореей и коккобациллярной инфекцией кирин назначался по 2,0 двукратно через 2 часа. Параллельно всем боль-

ным назначались противотрихомонадные препараты (по схеме). У 12 больных отмечался положительный эффект, 6 больным был назначен антибиотик другой группы с рецидивом заболевания. В основном рецидивы заболевания отмечались в группе больных, у которых при полном обследовании обнаруживались сопутствующие инфекции (хламидии, уреоплазма, микоплазма и др.). Полученные результаты дают основание отметить высокую эффективность препарата Кирин при лечении не только гонококковой, но и коккобациллярной инфекции, что не было отмечено при использовании аналогичных препаратов других производителей. Применение этого препарата позволило сократить сроки медицинской и социальной реабилитации данной группы больных.

II.6.11

ПРИМЕНЕНИЕ СЕМПРЕКСА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

*В.К. Пашков, В.М. Шмидгаль, Л.М. Огородова, Л.С. Еременкова
СГМУ, Томск, Россия*

Одно из первых мест среди аллергических заболеваний принадлежит атопическому дерматиту (АД). Особую актуальность для данной группы больных представляет купирование обострения и проведения СИТ в периоде ремиссии. Под наблюдением находилось 25 детей в возрасте от 5 до 15 лет с распространенной формой заболевания и высокой сенсибилизацией к бытовым и пищевым аллергенам. Для купирования обострения больным к базисной терапии был назначен семпрекс в возрастной дозировке в течение 10 дней. На фоне проводимого лечения у 15 больных отмечалось улучшение общего самочувствия, уменьшение зуда, инволюция проявлений на коже на 5–7-й день.

У 7 детей эффект от назначенной терапии отмечался на 10–14 день.

У 3 человек на фоне проводимой терапии улучшение было незначительное. После купирования обострения, эффекта от проводимого лечения на фоне базисной терапии, элиминационной диеты, СИТ наблюдалась ремиссия в течение 4–6 месяцев у 15 больных. У 2 больных ремиссия не наблюдалась.

Таким образом, назначение семпрекса в общий комплекс симптоматической терапии позволяет добиться успеха в лечении распространенных форм атопического дерматита в период обострения.

II.6.12

ПРИМЕНЕНИЕ МАЗИ КУТИВЕЙТ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

*В.К. Пашков, В.М. Шмидгаль, Л.М. Огородова, Л.С. Еременкова
СГМУ, Томск, Россия*

В последнее время атопический дерматит (АД) рассматривается не только как аллергическое заболевание, но и как хроническое воспаление. АД по уровню содержания IgE в сыворотке крови разделяется на реактивный и нереагиновый тип хронического воспаления. В связи с этим меняется тактика лечения кожного процесса. Под наблюдением находилось 15 детей с АД реактивного генеза и 13 детей нереагинового генеза. В первой группе больным в период обострения были назначены мазь кутивейт и симптоматическая терапия. Во второй группе больным были назначены индифферентная мазь, противовоспалительная мазь и симптоматическое лечение.

В первой группе у больных на 3–5-й день отмечалось клиническое улучшение кожного процесса в виде уменьшения гиперемии, зуда, эксфолиаций.

Во второй группе инволюция кожного процесса наблюдалась только к 10-му дню обострения заболевания.

Таким образом, применение кутивейта в качестве базисного препарата у детей с АД реактивного генеза позволяет добиться клинического улучшения кожного процесса в более ранние сроки, чем у больных с АД нереагинового генеза.

II.6.13

ПРИМЕНЕНИЕ ЗОВИРАКСА В ЛЕЧЕНИИ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

*В.А. Ходус, В.М. Шмидгаль, Л.С. Еременкова
СГМУ, Томск, Россия*

В последние годы отмечается рост герпетической инфекции, а также невритов лицевого нерва. В связи с этим особую актуальность для данной группы больных представляет применение зовиракса или ацикловира.

Под наблюдением находилось 5 человек в возрасте от 17 до 25 лет с невритом лицевого нерва. Из анамнеза была выявлена герпетическая инфекция в течение 2–3 лет.

Для купирования острого процесса 3 больным были назначены зовиракс в суточной дозировке 1 г и симптоматическая терапия. На 5-й день отмечалось клиническое улучшение в виде уменьшения боли, гиперестезии, снижения интоксикационного синдрома, нормализации температуры, восстановления чувствительности.

У 2 больных была использована симптоматическая терапия. В этой группе больных инволюция клинических симптомов отмечалась только на 10-й день заболевания.

Таким образом, оправдано назначение зовиракса больным с герпетической инфекцией в ранние сроки заболевания с целью купирования острого процесса и обратного развития клинических симптомов.

II.6.14

ОБРАЗЫ ХУДОЖЕСТВЕННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ В ПРЕПОДАВАНИИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ

*И.Е. Торшина, В.А. Лосева, Е.П. Цыганкова
МА, Смоленск, Россия*

Одним из важных средств формирования личности и клинического мышления врача является способность к восприятию художественных произведений. Искусство развивает воображение, интуицию, способствует выработке ассоциативных навыков, что позволяет с большей точностью и быстротой воссоздать по отдельным клиническим симптомам целостную картину болезни. Увлечение только практикой или научной деятельностью ведет к одностороннему развитию личности. Безразличие к искусству ослабляет чувство сопереживания. Восприятие страданий больного только разумом губительно для врача.

С целью нравственного, гуманитарного и этического воспитания студентов — будущих врачей и обогащения кругозора уже практикующих врачей — курсантов ФУВ на кафедре кожных и венерических болезней в процессе обучения используется практика обращения к художественным литературным произведениям. На занятиях при разборе теоретического материала применяются методические приемы: краткий пересказ литературного произведения, содержащего описание болезни: цитирование отрывков, сравнительный анализ художественного и научного описания заболеваний.

Художественная окраска признаков болезни в литературе усиливает восприятие и побуждает обучающегося «увидеть» за строгим научным описанием симптомов того же заболевания в учебнике страдающего человека — больного, которому необходимы не только специальные знания врача, но сочувствие и сострадание. Аналитическое восприятие образов художественных произведений дает возможность будущим врачам приобщиться к мировой духовной культуре. Опыт показывает, что студенты недостаточно ознакомлены с классикой художественной прозы, поэтому чтение литературы дает возможность расширить кругозор, повысить интеллектуальный уровень. Несмотря на технический прогресс в современной медицине, актуальной остается проблема сохранения в личности врача тех особых качеств, которые и отличают эту специальность от других. Наряду с профессиональными знаниями, врач должен быть исключительно душевным человеком, не равнодушным к здоровью и судьбам больных.

II.6.15

О ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ

*М.М. Гафаров, З.Р. Хисматуллина
Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия*

С целью изучения эпидемиологической ситуации и выяснения причин распространения сифилиса в Республике Башкортостан нами проведено анонимное анкетирование 300 больных с различными клиническими формами. По полу мужчин было 51%, женщин — 49%.

Наибольшая интенсивность сифилиса зарегистрирована в группе в возрасте от 20 до 40 лет (54%). Безработные в обследуемой группе составили 53%.

Определение психологического и поведенческого статуса больных в период заражения и болезни показало, что 30% больных независимо от пола знают о сифилисе как о заболевании, не поддающемся полной санации, из общего числа обследованных 6% пациентов, подозревающих у себя венерическое заболевание, своевременно не обратились за помощью именно по этой причине. У 60% больных после установления диагноза сифилиса проявления невроза проявлялись в форме тревоги, бессонницы, напряженности. Беспокорство оглашения диагноза и социальной изоляции от окружающих сохранилось у 40% больных. Следовательно, после

предупреждения о наличии заболевания 5,6–6,2% пациентов, обследованных анонимно, исчезают из-под наблюдения, по-видимому, занимают с самолечением.

Таким образом, больные сифилисом нуждаются в психологической реабилитации и дерматовенерологам необходимо освоить методы психокоррекции.

II.6.16

ЛАМИЗИЛ В ТЕРАПИИ ОНИХОМИКОЗОВ

*Б.Н. Кривошеев, З.П. Худогова, Е.Г. Ефремова
ДКБ, Новосибирск, Россия*

Цель. Оценить результаты лечения больных онихомикозами кистей (ОК) и стоп (ОС) ламизилом и проследить в динамике сроки разрешения основных признаков болезни во время лечения и контрольного наблюдения.

Материал и методы. Наблюдали 87 больных (32 мужчин и 55 женщин) в возрасте от 26 до 63 лет с ОК и ОС. У 35 из них ногти были поражены на стопах и кистях, у 52 только на стопах. Продолжительность болезни варьировала от 2 до 26 лет и составляла в среднем $12,2 \pm 0,7$ года. У большинства больных ОК и ОС характеризовались множественными поражениями ногтей (от 4 до 10). Средняя площадь поражения ногтевых пластинок на стопах составляла $69,4 \pm 1,9\%$ и $65,8 \pm 2,7\%$ на кистях. Диагноз у всех больных подтверждали на основании типичной клинической картины и положительных результатов микроскопического исследования. Ламизил фирмы «Новартис Фарма» (Швейцария) назначали по 250 мг/сут по стандартной 12-недельной схеме.

Результаты. Патологические изменения кожи на стопах и кистях полностью разрешались через 6–8 недель. На кистях площадь поражения ногтей сокращалась по сравнению с исходной на $25,2 \pm 4,3\%$ к 6-й, а на стопах — на $29,2 \pm 2,2\%$ к 12-й неделе после начала лечения ($p < 0,01$ – $0,001$). При ОК микологический эффект констатировался в среднем через $10,9 \pm 0,5$ недели и всегда предшествовал клиническому ($17,8 \pm 0,8$ недели). У больных ОС аналогичные результаты наблюдались соответственно через $17,4 \pm 0,9$ и $42,8 \pm 1,3$ недели. Клинико-этиологическое выздоровление достигнуто у 100% больных ОК и у 46 (88,5%) из 52 пациентов ОС, у которых были прослежены отдаленные результаты сроком от 48 до 53 недель. Побочные реакции в виде легко переносимых и не требовавших отмены лечения диспепсических расстройств отмечены у 5 (5,7%) из 87 больных.

Заключение. Ламизил является высокоэффективным и безопасным препаратом у больных ОК и ОС.

II.6.17

ЭЛОКОМ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

*Е.Г. Ефремова, Б.Н. Кривошеев, Ю.М. Криницына, О.В. Шкурина
ДКБ, Новосибирск, Россия*

Цель. Провести сравнительную оценку терапевтической эффективности мази «Элоком» фирмы «Шеринг-Плау» (США) в комплексной терапии atopического дерматита (АД).

Материал и методы. Наблюдали 33 больных (19 мужчин и 14 женщин) в возрасте от 16 до 34 лет (средний возраст $22,1 \pm 0,9$ года) с АД. Диагноз устанавливали на основании характерного анамнеза и типичной клинической картины. Большинство больных страдали АД с первого года жизни (средние сроки болезни составляли $20,6 \pm 1,1$ года). У всех пациентов заболевание было в стадии обострения. Мазь «Элоком» 1 раз в сутки 19 больным включали в комплексную терапию с традиционными методами (1-я группа), 14 человек получали только традиционное лечение (2-я группа).

Результаты. У больных 1-й группы терапевтический эффект констатировался в более ранние сроки. Исчезновение зуда наблюдалось через $14,5 \pm 0,5$, эпителизация эрозий — $13,4 \pm 0,9$ и разрешение эритемы — $15,5 \pm 1,0$ дней, тогда как во 2-й группе аналогичные результаты достигались соответственно через $24,0 \pm 1,5$, $22,0 \pm 1,9$ и $21,2 \pm 1,7$ дней ($p < 0,01$ – $0,001$). В 1-й группе клиническое выздоровление отмечено у 6, значительное улучшение — у 8 и улучшение — у 5 больных. Во 2-й группе клиническое выздоровление наступило у 1, значительное улучшение — у 2, улучшение — у 10 и у 1 больного терапевтический эффект отсутствовал. Положительные клинические результаты в 1-й группе достигались в среднем через $18,7 \pm 0,8$, во 2-й — через $24,6 \pm 1,5$ дней ($p < 0,001$).

Заключение. Включение мази «Элоком» в комплексную с традиционными методами терапию АД способствует более высокому терапевтическому эффекту, который достигается в более ранние сроки. «Элоком» является очень эффективным препаратом наружного действия и должен широко использоваться в практике дерматолога у больных АД.

II.6.18

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

*В.А. Лосева, С.В. Романов
МА, Смоленск, Россия*

Под наблюдением находилось 227 больных псориазом в возрасте от 17 до 56 лет. Мужчин — 158, женщин — 69. Продолжительность псориаза более 3 лет была в 87%. У большинства больных (73%) диагностирована стационарная стадия, прогрессивная — 10%, эксудативная — 7%, эритродермия — 6%, артропатия — 4%. Возникновение процесса 65% больных объясняют различными стрессовыми ситуациями и отрицательными эмоциями. Изучали трансапикалярный обмен ТКО, уровень биологически активных веществ в крови и систему гемостаза. ТКО и профиль гепарина Ге определяли по методу В.П. Казначеева, уровень адреналина А, норадреналина НА, гистамина Ги и серотонина С — спектрофотометрически, систему гемостаза — на коагулографе Н-333. Эти показатели изучали в контрольной группе (30 доноров). ТКО для белка составил $16,8 \pm 1,3\%$, для жидкости — $5,5 \pm 0,5$ мл. Эти средние величины при псориазе превышали показатели контрольной группы соответственно в 4,1 и 2,3 раза. Уровень А, НА, С и Ги в сыворотке крови резко повышен: в 1,5–1,7–2,0 и 2,5 раза по сравнению с контролем ($p < 0,001$).

Снижение профиля Ге выявлено в 90,3% случаев. У наблюдаемых больных псориаз сопровождался нарушением внутрисудостного свертывания крови в виде гиперкоагуляции с гиперагрегацией тромбоцитов, увеличением фибриногена, резким изменением параметров скорости свертывания крови, уменьшением амплитудных показателей, угнетением фибринолиза и ретракции ($p < 0,001$). Наибольшие изменения были в прогрессивной стадии, при распространенном псориазе, эритродермии. Комбинированная сочетанная физиотерапия — местная гипертермия МГ с УФО и МГ с ПУВА-терапией или низкотемпературная гелиевая плазма повысили положительную результативность лечения, усиливая реабилитационные возможности и сокращая сроки лечения больных. Такая терапия создала высокую эффективность клинической и социальной реабилитации больных при псориазе.

II.6.19

МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

*С.В. Романов, В.А. Лосева
МА, Смоленск, Россия*

Проблема псориаза, связанная с ростом заболеваемости, тяжело протекающими формами и возможностью инвалидизации больных, является одной из наиболее актуальных в современной медицине. Хронически рецидивирующий процесс, псориаз как системный мультифакториальный дерматоз протекает с поражением многих органов и систем. Ведущее место в реабилитации больных псориазом занимают методы физиотерапии. Эти неспецифические методы терапии, не уступая практически базисным методам, реже вызывают осложнения, благоприятно сказываются на сопутствующую патологию. Важнейшие преимущества такой терапии — ее немедикаментозный характер, доступность, простота и низкая стоимость. Нами обобщены клинические наблюдения по использованию местной гипертермии МГ с пирогеалом, УФО, ПУВА-терапией и низкотемпературного гелий-неонового лазера (плазмы). Для оценки эффективности проводимого лечения все больные подвергнуты в динамике (до и после терапии) тщательному комплексному клинико-лабораторному и инструментальному обследованию. Учитывали состояние кожных проявлений, стадию и характер течения заболевания и его рецидивов, нейропсихологический статус больных. В качестве объективных параметров положительных влияний комплексной терапии оценивали показатели клеточного и гуморального иммунитета, фагоцитарной активности лейкоцитов ФАЛ, общей антиокислительной активности крови АОАК и перекисного окисления липидов ПОЛ. Были выявлены такие нарушения, как абсолютная лимфопения, Т-лимфопения, дисбаланс субпопуляций Т-клеток CD4/CD8, увеличение В-лимфоцитов, повышение уровня иммуноглобулинов и ЦИК, снижение ФАЛ и общей АОАК, повышение продуктов ПОЛ. Нами прослежены результаты лечения 227 больных псориазом. Хорошая клиническая реабилитация сопровождалась положительной динамикой иммуно-биохимических параметров при более быстром купировании процесса и более длительной ремиссии. Побочных эффектов не наблюдали.

II.6.20**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР — ОСНОВА ПРОФИЛАКТИКИ ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА**

И.Е. Торшина
МА, Смоленск, Россия

Эпидемиологический надзор (ЭН) инфекционного процесса — динамическая оценка состояния и тенденции его развития в регионе для своевременного обоснования и проведения профилактических мероприятий. ЭН включает информационную, диагностическую и управленческую подсистемы.

Регистрируемая заболеваемость определяет интенсивность эпидемиологического процесса (ЭП). Последнее десятилетие в России характеризуется эпидемическим распространением сифилиса. Отражением интенсификации ЭП сифилиса в популяции взрослых является учащение случаев врожденного сифилиса. Заболеваемость сифилисом в области подтверждает общие тенденции развития ЭП в стране. За период 1994–1999 гг. в области выявлено 14 детей с врожденным сифилисом. Эпидемиологический анализ случаев врожденного сифилиса, как основа диагностики ЭП, показал, что у части беременных регламентированный комплекс профилактических мероприятий не проводится. Группу риска составляют социально неадаптированные женщины, скрывающие нежелательную беременность, поэтому сифилис у них выявляется поздно, обычно с наступлением родов. Так реализуется возможность рождения детей, больных сифилисом, что вызывает необходимость постоянно совершенствовать организацию профилактики врожденного сифилиса.

Для оперативного владения информацией в эпидгруппе ОблКВД сформирована картотека беременных, состоящих на учете по сифилису. Группу риска по врожденному сифилису в 1998 г. составили 196 беременных, в 1999 г. — 150. Информация о вновь зарегистрированных беременных, больных сифилисом, оперативно поступает в женские консультации. Обратная связь с КВД включает передачу информации о беременных, нуждающихся в обследовании на сифилис. В случае уклонения беременных от лечения и/или при неудовлетворительных результатах клинико-серологического контроля информация из КВД дополнительно поступает в родильные дома и детские поликлиники. Разработанная эпидгруппой ОблКВД информационно-управленческая подсистема ЭН позволяет координировать действия венерологов, гинекологов и педиатров в целях реабилитации беременных, больных сифилисом, а также предупреждения и раннего выявления врожденного сифилиса.

II.6.21**К ВОПРОСУ О ПРЕВЕНТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ, НАХОДИВШИХСЯ В БЫТОВОМ КОНТАКТЕ С ВЗРОСЛЫМИ, БОЛЬНЫМИ СИФИЛИСОМ**

И.Е. Торшина
МА, Смоленск, Россия

В условиях эпидемического распространения сифилиса венерологами продолжает обсуждаться проблема необходимости проведения превентивного лечения детям, находившимся в бытовом контакте с больными сифилисом (Баткаев Э.А., Тороповский Л.М., 1999 и др.). Анализ данных Смоленского областного КВД за период 1995–1998 гг. показал, что из числа детей, заболевших сифилисом, 36,7% заразились бытовым путем. В 92% случаев источником заражения являются матери. Бытовой путь в 3 раза чаще приводит к заражению сельских детей (62%) в сравнении с городскими (21%). Рассеивание инфекции обычно происходит в семье. Мы наблюдали 2 семейных очага сифилиса с вовлечением в инфекционный процесс детей.

Причиной эпидобследования в первом случае послужила регистрация вторичного рецидивного сифилиса у 22-летней незамужней сельской жительницы. Сифилис был выявлен у всех членов семьи: у матери и отца — вторичный рецидивный сифилис, у сына 3 лет — ранний скрытый, у дочери 1,5 лет — первичный сифилис. Асоциальный образ жизни семьи при отсутствии гигиенических навыков привел к бытовой передаче инфекции детям.

Во втором случае поводом для привлечения к обследованию контактных лиц явился факт установления вторичного свежего сифилиса у 5-летней девочки, родители которой были здоровы. Источником заражения девочки (ИЗ) оказалась родная сестра матери (тетя), больная ранним рецидивом сифилиса. У мужа сестры (дядя девочки) — ИЗ 1 порядка — установлен повторный рецидив сифилиса. Таким образом, тесный бытовой контакт девочки с сестрой матери (общая постель, предметы гигиены и др.) послужил причиной ее заражения.

Рассматривая вышеизложенное, при решении вопроса о превентивном лечении детей необходимо учитывать выраженность клинических проявлений сифилиса у взрослых, степень контакта и бытовые условия проживания.

II.6.22**ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ НЕКОТОРЫХ АПИПРЕПАРАТОВ**

Е.Е. Пritулина, В.Г. Макарова, Н.П. Ермошина, А.Н. Рябков
РГМУ им. акад. И.П. Павлова, Рязань, Россия

Учитывая роль нарушения обмена липидов в патогенезе псориаза, нами была проведена оценка изменений процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) у данной группы больных под воздействием обычной фармакотерапии и при применении апипрепаратов. Применение апипрепаратов — «Радуги» (содержащего мед и пыльцу в соотношении 2:1) и апилака обосновано ввиду наличия у этих средств антиоксидантного эффекта. Оценка показателей ПОЛ эритроцитов периферической крови проводилась по определению малонового диальдегида, НАДФ-Н-зависимого и аскорбат-зависимого ПОЛ у больных псориазом.

Под наблюдением находилось 76 больных псориазом — 23 женщины и 53 мужчины. Возраст пациентов от 15 до 63 лет. Длительность заболевания от 3 месяцев до 20 лет.

Все больные были разделены на 3 группы:

- 1 группа — 23 человека, больные с обычным и экссудативным псориазом, получавшие традиционную фармакотерапию;
- 2 группа — 24 человека, больные обычной формой псориаза, получавшие традиционную фармакотерапию и апилак;
- 3 группа — 26 человек, больные экссудативной формой псориаза, получавшие в комбинации апилак и препарат «Радуга».

У 2/3 больных до лечения выявлены статистически достоверные отклонения со стороны липидного обмена, проявляющиеся в виде ускорения процессов ПОЛ, в большей степени за счет НАДФ-Н-зависимого ПОЛ (как показателя повышенной митотической активности). Изучаемые показатели ПОЛ коррелировали с длительностью заболевания, со стадией и клинической формой дерматоза. Отмечена нормализация процессов ПОЛ при применении апипрепаратов в комплексной терапии, причем более выраженный положительный эффект отмечен при одновременном назначении апилака и «Радуги». У 85% больных при назначении апипрепаратов отмечалась клиническая ремиссия и полная нормализация скорости процессов ПОЛ. У остальных больных получен положительный клинический эффект при снижении скорости реакции ПОЛ. Переносимость лечения у всех больных была хорошей, случаев побочных явлений и осложнений от применения продуктов пчеловодства не отмечалось.

II.6.23**ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ ПРЕПАРАТОМ «СКИНОРЕН»**

Ю.Н. Ковалев, О.В. Лысенко, Т.П. Писклакова
Медицинская академия, Челябинск, Россия

Целью работы явилось оценка эффективности и переносимости крема «Скинорен» (азелаиновая кислота в количестве 200 мг на 1 г основы) в лечении угревой болезни.

Материалы и методы. Лечение проведено 67 пациентам с угревой болезнью, среди которых было 35 (52,2%) мужчин и 32 (47,8%) женщины в возрасте от 14 до 32 лет. Больных с папулезными угрями было 9, с папулопустулезными — 41, с абсцедирующими — 17. Крем втирали 2 раза в день в пораженные участки кожи в течение 4 недель.

Результаты и выводы. У больных папулезными угрями клиническое излечение наступило через 2 недели у 3 (33,3%), 3 недели — у 5 (55,6%), через 4 недели — у 1 (11,1%). При папулопустулезных угрях клиническое излечение отмечено через 2 недели у 5 (12,2%), через 3 недели — у 18 (43,9%), через 4 недели — у 17 (41,5%). Отсутствие положительного эффекта констатировано у 1 (2,4%) больного. У больных с абсцедирующими угрями клиническое излечение наступило через 1 неделю у 1 (5,9%), через 3 недели — у 2 (11,8%), через 4 недели — у 3 (17,6%), отсутствие эффекта — у 11 (64,7%). Наилучшие результаты терапии наблюдались у больных с папулезными и папулопустулезными угрями, но наиболее эффективен «Скинорен» при папулезных угрях, при которых положительный терапевтический эффект появлялся наиболее рано и сохранялся дольше. Наименьший эффект был отмечен при абсцедирующих угрях. Легкое жжение кожи в местах нанесения крема, возникшее у 11 пациентов, было кратковременным и исчезало через 10–15 минут. Покраснение кожи в указанных местах наблюдалось у 10 человек и исчезало через 2–4 часа.

Таким образом крем «Скинорен» оказался эффективным средством для лечения угревой болезни.

II.6.24**«АДВАНТАН» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ДЕРМАТОЗОВ**

Ю.Н. Ковалев, О.В. Лысенко, Н.П. Барановская, Т.П. Писклакова
Медакадемия, Челябинск, Россия

Целью работы явилась оценка эффективности и переносимости мази «Адвантан» (фирма «Шеринг»), представляющей собой негалогенизированный синтетический стероид метилпреднизолона ацетат.

Материалы и методы. В исследование включены 74 пациента в возрасте от 21 до 52 лет (мужчин — 21 (28,4%)), женщин — 53 (71,6%) и 47 детей в возрасте от 3 мес до 15 лет. Мазь применялась в комплексной терапии 28 больных невродермитом, 21 — истинной экземой, 9 — дискоидной красной волчанкой, 16 — аллергическим дерматитом, 10 детей с детской экземой и 37 с atopическим дерматитом. Всем детям препарат назначался в разведении в зависимости от возраста ребенка. Мазь наносилась на пораженные очаги один раз в сутки.

Результаты и выводы. Положительные результаты лечения невродермита через 1 неделю отмечены у 10,6%, через 2 недели — у 42,9%, через 3 недели — у 25%, через 4 недели — у 21,4%; экземы — через 1 неделю — 9,5%, 2 недели — 42,9%, 3 недели — у 32,1%, 4 недели — у 9,5%; дискоидной красной волчанки — 1 недели — 22,2%, 2 недели — 44,5%, 3 недели — у 22,2%, 4 недели — у 11,1% пациентов. У всех больных аллергическим дерматитом положительные результаты отмечены уже на 1-й неделе терапии. При лечении детской экземы положительные результаты наблюдались на 1 неделе у 60%, на 2-й неделе у 40%, атопического дерматита — на 1 неделе — у 16,2%, 2 недели — у 59,2%, на 3 неделе — у 13,5%, на 4 неделе — у 10,8 детей. Отсутствия терапевтического эффекта или ухудшения дерматологического процесса не наблюдалось.

Итак, наилучшие результаты терапии (в течение 1-й недели) наблюдались при лечении аллергических дерматитов взрослых и детской экземы. При истинной экземе, невродермите, atopическом дерматите и дискоидной красной волчанке выраженный положительный эффект наблюдался на 2 неделе у наибольшего числа пациентов (у 64,9% взрослых и 55,3% детей). Каких-либо побочных явлений, а также рубцовой атрофии за время лечения не было обнаружено. Таким образом, «Адвантан» оказался эффективным средством лечения дерматозов.

II.6.25**ВОЗМОЖНОСТИ КВЧ-ТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ**

Г.Ю. Курников, И.А. Клеменова, В.Д. Комарова
ННИКВИ, Нижний Новгород, Россия

Поиск новых подходов к терапии и реабилитации больных псориазом является одной из наиболее актуальных проблем современной дерматологии. Значительная распространенность, неясная этиология, многообразие и сложность механизмов развития обуславливают трудность решения этой проблемы. Существующие методы лечения нередко оказываются недостаточно эффективными, что значительно ухудшает качество жизни больных. Одно из новых направлений клинической медицины — использование электромагнитных волн миллиметрового диапазона (КВЧ-терапия), являющееся немедикаментозным методом коррекции нарушений в различных системах человеческого организма.

Нами изучалась эффективность КВЧ-терапии в лечении и вторичной профилактике псориаза. Всего под нашим наблюдением находилось 30 больных распространенным псориазом, в комплекс лечения которых входила КВЧ-терапия. До и после лечения проводилось исследование иммунного статуса, определялось количество лимфоцитов, субпопуляций (CD3, CD4, CD8, CD22), интерлейкин 1 β .

Эффективность лечения в группе больных, получавших КВЧ-терапию, была выше, чем в группе сравнения. Так, исчезновение проявлений и значительное улучшение наблюдалось у 78% пациентов. В процессе КВЧ-терапии отмечена тенденция к увеличению содержания CD3 и CD4, что дает возможность судить о иммуномодулирующем эффекте. Обострения процесса, вызвавшие необходимость в стационарном лечении в последующие 2 года, наблюдались лишь у 3 пациентов.

Таким образом, КВЧ-излучение можно считать перспективным методом лечения и вторичной профилактики псориаза.

II.7. Инфекционные болезни и паразитология**II.7.1****ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕРПЕС-ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ**

Н.М. Басинская, Н.Е. Мельниченко, С.И. Федотова
АГМА, Благовещенск, Россия

Широчайшее распространение герпетической инфекции в человеческой популяции, способность поражать практически все органы и системы организма хозяина, вызывая различные клинические формы инфекции, представляет серьезную медико-социальную проблему. Для герпеса характерна пожизненная персистенция вируса с периодическими рецидивами или ремиссиями.

В настоящее время отмечается рост числа заболеваний герпетическими инфекциями не только с поражениями кожи, слизистых, но и внутренних органов. В последние годы врачи различных специальностей регистрируют увеличение числа случаев больных с тяжело протекающей первичной герпетической инфекцией. Учащение рецидивов и появление тяжелых форм герпетической инфекции с распространенным поражением слизистой губ, зева, полости рта, кожи, нередко эрозивно-язвенного характера и нарушением общего состояния свидетельствуют о вторичной иммунодефицитности организма человека, особенно в районах Севера и Дальнего Востока. Поэтому лечение таких больных является актуальной задачей.

Нами наблюдались больные с часто рецидивирующими формами герпетической инфекции (до 6-8 случаев в год), вызванными вирусами простого герпеса I и II типов, опоясывающего герпеса, цитомегаловируса. Больным проводилось поэтапное комплексное лечение, включающее противовирусные препараты (ацикловир, валтрекс), индукторы интерферона (циклоферон, неовир), иммунокорректирующие препараты (противогерпетический γ -глобулин, левамизол, Тактивин, миелопид), на очаги — гелий-неоновый лазер.

Последующее наблюдение больных показало эффективность проводимой терапии, заключающуюся в укорочении сроков лечения и снижении рецидивов до 1-3 в год.

II.7.2**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОГО УРЕАПЛАЗМОЗА У ЖЕНЩИН В ПРИМОРЬЕ**

А.Д. Юцковский, Я.А. Стефанович, С.В. Черных
ВГМУ, Владивосток, Россия

Целью нашего исследования стало изучение иммунологических и климатопогодных особенностей развития уреаплазменной инфекции у женщин, жительниц г. Владивостока. Нами проведено обследование 519 женщин, за 3 года, с уреаплазмозом как моноинфекцией, на базе ЛДЦ «Мечников» г. Владивостока. Исследование позволило выявить прямую корреляцию титра $\geq 10^4$ ЦОЕ с лейкоцитозом при индикации U.u., по способности метаболизировать мочевину на жидких диагностических средах с последующим титрованием (НИИПИ, ТОО «Диагностик», Омск). Высокий титр зарегистрирован нами у 64% обследованных, причем выявлена зависимость изменения числа таких пациентов с периодом года. Так, весной их количество начинает увеличиваться, достигая максимума летом, а осенью резко снижается, достигая минимума зимой ($p < 0,01$). Сравнительный анализ полученных результатов обследованных больных с высоким титром $\geq 10^4$ ЦОЕ и климатопогодными условиями показал их прямую корреляционную связь ($r = 0,72 \pm 0,12$; $t = 3,0$). Соответственно выявлена аналогичная зависимость у обследованных больных с титром $\leq 10^4$ ЦОЕ. Можно предположить, что напряженность естественного иммунитета помимо индивидуальных особенностей определяется комплексом климатопогодных условий и динамикой их изменений. Известно, что в противомикоплазменном иммунитете основная роль принадлежит местному иммунологическому барьеру — IgA уrogenитального тракта и гемолитической системе комплемента. Выявлено, что активность этих показателей прямо пропорциональна уровню атмосферного давления и обратно пропорциональна температуре и относительной влажности воздуха (А.Д. Юцковский, Л.М. Кулагина, и др. 1998). Основываясь на факте, что U.u. может индуцировать образование цитокинов, в частности ИЛ-6 и ИЛ-8, а продукция цитокинов фибробластами может приводить к повреждениям ткани и внедрению в нее других микроорганизмов, мы включили в терапию иммуностропные препараты, влияющие на продукцию цитокинов и преимущественно акти-

вирующие клеточный иммунитет. С целью индивидуализации выбора проводили НСТ-тест. В схему терапии, как правило, включался лейкоинтерферон по 10000 ЕД; № 5-10, через день.

II.7.3

УЛЬТРАСТРУКТУРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИМФОЦИТОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ИНФЕКЦИОННЫМ МОНОНУКЛЕОЗОМ

О.И. Уразова, В.В. Новицкий
СГМУ, Томск, Россия

Целью настоящего исследования явилось изучение ультраструктуры лимфоцитов периферической крови у детей, больных инфекционным мононуклеозом (ИМ), методом трансмиссионной электронной микроскопии. Обследовано 18 детей в возрасте от 10 месяцев до 8 лет с ИМ легкой и средней степени тяжести, острым, гладким течением. Диагноз ИМ устанавливался на основании характерных клинических, гематологических признаков и результатов диагностики заболевания методом полимеразной цепной реакции. Забор крови для исследования осуществлялся в период развернутой клинико-гематологической картины (4-15-й день болезни). Контрольную группу составили 8 практически здоровых детей аналогичного возраста. Анализ ультраструктурных изменений лимфоидных клеток проводился с учетом их разделения по субмикроскопической структуре ядра и цитоплазмы на малые темные, малые светлые, средние и большие лимфоциты. Распределение лимфоцитов в субпопуляциях клеток с различным типом структуры в крови детей, больных ИМ, в целом было аналогично таковому в контрольной группе. У значительной части лимфоцитов отмечались выраженные изменения в структуре митохондрий, а именно, наблюдалось увеличение количества, гипертрофия, локальное расширение и изменение организации крист, повышение плотности митохондриального матрикса. В структуре других клеточных органелл существенных изменений зарегистрировано не было. Особый интерес, на наш взгляд, представляет выявление в крови больных детей группы клеток, отличающихся по своей морфологической структуре присутствием микроворсинок на поверхности, неправильной формой ядер с компактно расположенным хроматином, гипертрофией ядрышек, многочисленными рибосомами, повышенным количеством лизосом и митохондрий, вакуолизированной цитоплазмы. В ядрах ряда таких измененных клеток были обнаружены вакуоли правильной округлой формы, что позволяет предположить наличие вируса в данных клетках. По всей видимости, данные клеточные элементы представляют собой так называемые «атипичные» мононуклеары, являющиеся, исходя из данных литературы, трансформированными вирусом лимфоцитами, имеющими аналогичную установленной нами структуру клетки.

II.7.4

ПРИМЕНЕНИЕ ТАМЕРИТА В ЛЕЧЕНИИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В

М.Т. Абилов, Б.С. Нагоев*

Центр современной медицины Академии оборонных отраслей промышленности, Москва, Россия

*Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик, Россия

Целью исследования было определение эффективности Тамерита, нового деривата аминоталгидраза, в комплексном лечении больных вирусным гепатитом В. Для исследования отобрали 44 больных с острым вирусным гепатитом В в возрасте от 19 до 54 лет. Все больные получали традиционную базис-терапию, а 24 из них – 10 инъекций Тамерита по 100 мг через день внутримышечно. Эффективность препарата оценивалась, кроме клинического выздоровления больных, по нормализации биохимических показателей, внутриклеточных компонентов микробицидной системы лейкоцитов и данным изучения иммунного статуса. В контрольной группе изучение показателей клеточного иммунитета, содержания гликогена, катионного белка и активности миелопероксидазы лейкоцитов в процессе развития вирусного гепатита В показало, что происходит достоверное угнетение, наиболее выраженное в периоде разгара заболевания. Затем происходит постепенное ступенчатое повышение этих показателей с нормализацией только в периоде поздней реконвалесценции, т.е. через месяц после выписки из стационара. Также было выявлено повышение активности лизосомальной кислой фосфатазы в нейтрофильных лейкоцитах с максимумом в периоде разгара заболевания и постепенным снижением в стадиях спада желтухи и ранней реконвалесценции и нормализацией в периоде поздней реконвалесценции. Под влиянием Тамерита процесс восстановления показателей клеточного иммунитета и внутриклеточных компонентов микробицидной системы нейтрофилов происходил быстрее, и в периоде ранней реконвалесценции происходила их полная нормализация. Уровень активности кислой фосфатазы у пациентов, получавших в комп-

лексном лечении Тамерит, становился ниже уже со стадии спада желтухи, а в периоде ранней реконвалесценции достоверно не отличается от уровня активности фермента у здоровых людей.

Таким образом, нами продемонстрирована целесообразность включения Тамерита в комплексное лечение острого вирусного гепатита В.

II.7.5

ВНЕДРЕНИЕ НОВОГО СПОСОБА ДИАГНОСТИКИ ОПИСТОРХОЗА В ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

С.А. Дарянина, Л.М. Дедкова, А.М. Шургая

Лаборатория хронической неинфекционной патологии Севера ИОП и ЭЧ в составе НЦКЭМ СО РАМН, Новосибирск, Россия

У жителей Новосибирска отмечается большой процент зараженности описторхозом. В связи с этим возникает необходимость дальнейшего совершенствования и разработки новых способов диагностики описторхоза.

Для диагностики описторхоза существуют методы, условно разделяющиеся на 2 группы: инвазивные и неинвазивные. К инвазивным относят исследование дуоденального содержимого на яйца гельминта и иммуноферментный анализ крови на антитела. К неинвазивным – копроовоскопия. Такая диагностика сопряжена с рядом трудностей: в острой стадии болезни это связано с невозможностью прямого паразитологического подтверждения инвазии, а при хронизации процесса – с недостаточной эффективностью и трудоемкостью копроовоскопических исследований, обнаружением яиц гельминта в дуоденальном содержимом. Недостатком этих способов являются относительная сложность, многоэтапность (дуоденальное зондирование), инвазивность. С целью повышения эффективности диагностики хронической стадии заболевания, обеспечения неинвазивности способа мы разработали новый способ диагностики описторхоза по методу Р. Фолля. Данный способ по сравнению с другими методами диагностики описторхоза более экономичен, не требует использования дорогостоящего оборудования, специальных реактивов, подготовки обслуживающего персонала, атравматичен. Результаты наблюдений показали правомерность использования такого способа диагностики в практическом здравоохранении.

II.7.6

НВУ-ИНФЕКЦИЯ И ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

В.Н. Федоскин, Е.М. Филиппов, А.В. Фидиркин

АГМУ МЗ РФ, Барнаул, Россия

Оценка характера сердечно-сосудистых расстройств у 154 больных вирусным гепатитом В, из которых 106 пациентов составили больные с острым гепатитом В (среднетяжелой и тяжелой формы) и 25 пациентов – хроническим активным гепатитом, 23 пациента – циррозом печени, позволила установить, что у пациентов с острым и хроническим гепатитом В имеются значительные нарушения сердечного ритма и проводимости в виде синусовой брадикардии, тахикардии, аритмии, экстрасистолии и даже парасистолической аритмии. Необходимо отметить, что между частотой, характером нарушения ритма и проводимости у пациентов с НВУ-инфекцией и степенью репликации вируса в организме существует корреляционная зависимость ($r = 0,48$, $p < 0,05$). Проводимый электрокардиографический анализ состояния миокарда в комплексе с тетраполярной грудной реографией и тестом с дозированной физической нагрузкой позволили установить, что гемодинамические изменения у больных НВУ-инфекцией характеризуются формированием трех типов кровообращения – гиперкинетического, эукинетического и гипокINETического, но по мере прогрессирования патологического процесса в печени и репликации вируса в организме наблюдается формирование гиперкинетического и эукинетических типов кровообращения. Развитие гиперкинетического типа кровообращения у больных с циррозом печени свидетельствует о снижении «экономизации» функции печени. Проведенные дополнительные исследования, направленные на выявление маркеров данных изменений со стороны сердечно-сосудистой системы, позволили установить, что удлинение интервала QT у больных НВУ-инфекцией связано с диффузным поражением миокарда инфекционно-иммунного генеза. Инфекционный миокардит имел не только типичную клиническую картину, но и характеризовался нарастанием уровня сывороточных иммуноглобулинов, появлением антинуклеарных антител и антител к гладкой мускулатуре, ревматоидного фактора. Следовательно, можно предположить развитие двух вариантов поражения сердечно-сосудистой системы при НВУ-инфекции. Первый – патологическая ситуация, в основе которой лежит реакция IV типа, сочетающаяся с иммунокомплексными реакциями, а именно гепатит + поражение сердечно-сосудистой системы, суставов, тубулоинтерстициальный нефрит и т.д. При втором – наблюдается преимущественно иммунокомплексная патология, которая представлена в основном васкулитом.

II.7.7**ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ПРОСТАНОИДОВ НА СОСТОЯНИЕ СОСУДИСТО-ТРОМБОЦИТАРНОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ГЛПС**

Г.Х. Мирсаева, Р.М. Фазлыева, М.М. Фазлыев
Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

Особое место в клинической картине и исходах геморрагической лихорадки с почечным синдромом (ГЛПС) занимает патология почек, клиническим проявлением которой является острая почечная недостаточность (ОПН). Однако причины, ведущие к ОПН, остаются еще недостаточно выясненными.

Целью работы явилось изучение влияния уровня простаноидов на состояние сосудисто-тромбоцитарного гемостаза при ОПН у больных тяжелой формой ГЛПС. Результаты исследования показали значительное снижение активности депрессорных серий простагландинов (ПГ) простагландина E_2 (ПГ E_2 , $p < 0,001$) и 6-кето-простагландина $F_{1\alpha}$ (6-кето-ПГ $F_{1\alpha}$, $p < 0,001$) и повышение уровня тромбоксана B_2 (ТХВ $_2$, $p < 0,001$). При сопоставлении значений ТХВ $_2$ с показателями фактора P_4 тромбоцитов и спонтанной агрегации тромбоцитов (СПАТР) была выявлена прямая средней силы связь ($p < 0,01$). Взаимосвязь между повышенным содержанием ТХВ $_2$ и показателей СПАТР свидетельствует о влиянии агрегационного действия ТХВ $_2$ на повышение функциональных свойств тромбоцитов, о возникновении внутрисосудистой коагуляции. Обратная сильная взаимосвязь определялась в паре ТХВ $_2$ – тромбоциты ($p < 0,01$). Анализ корреляционных взаимоотношений депрессорных ПГ с показателями сосудисто-тромбоцитарного гемостаза показал наличие обратной средней силы связи ($p < 0,01$). При этом коэффициент ТХВ $_2$ /6-кето-ПГ $F_{1\alpha}$ был в прямой средней силы зависимости от фактора P_4 тромбоцитов и СПАТР. Таким образом, усиление агрегационной способности тромбоцитов при ОПН у больных ГЛПС в большей мере обусловлено повышением активности ТХВ $_2$ и в меньшей – снижением ингибирующего влияния простаглицлина.

II.7.8**ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ПРОЦЕССОВ ЛИПОПЕРОКСИДАЦИИ У БОЛЬНЫХ ГЛПС**

Р.М. Фазлыева, Г.Х. Мирсаева
Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

Несмотря на многочисленные исследования по проблеме геморрагической лихорадки с почечным синдромом (ГЛПС) в нашей стране и за рубежом, многие аспекты патогенеза этой тяжелой хантавирусной инфекции остаются нераскрытыми. Целью нашего исследования явилось изучение особенностей нарушений перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной защиты (АОЗ) у больных ГЛПС. Определение уровня продуктов липопероксидации показало, что при ГЛПС происходит усиление интенсивности ПОЛ, характеризующееся повышением уровня его продуктов, образующихся на разных стадиях перекисного каскада – изолированных двойных связей, диеновых конъюгатов, сопряженных триенов и кетодиенов, ТБК-активных продуктов на фоне ослабления АОЗ. При этом у больных легкой формой ГЛПС существенной активации процессов перексидации не выявлено. Исследование уровней продуктов ПОЛ при среднетяжелой форме ГЛПС показало, что глубина происходящих изменений более значительна по сравнению с легкой формой. Отчетливо выявлялось накопление первичных и вторичных продуктов ($p < 0,001$), сопровождающееся депрессией общей антиокислительной активности плазмы и снижением активности каталазы ($p < 0,001$). Еще более глубокие нарушения процессов перексидации липидов выявлялись при тяжелой форме ГЛПС. Так, уже с первых дней заболевания наблюдалось накопление как первичных, так и вторичных продуктов ПОЛ более чем в 3 раза, а АОЗ была снижена более чем в 4,5 раза. Таким образом, интенсивность изменений процессов ПОЛ зависит от тяжести течения ГЛПС. Наибольшая степень накопления продуктов ПОЛ и снижение АОЗ выявлены при тяжелой форме заболевания.

II.7.9**ИММУНОРЕАБИЛИТИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ОППОРТУНИСТИЧЕСКИМИ ИНФЕКЦИЯМИ (ОПИ): ЭТАПЫ, СХЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ**

Ю.В. Редькин, В.Ю. Редькина, Э.Ф. Зайкова
Медицинская академия, Омск, Россия

При коррекции расстройств системы иммунитета (СИ) у больных с различными ОПИ существуют разные мнения и различные подходы. Нами выполнен алгоритм использования комплекса иммуноактивных средств и

иммунореабилитирующих мероприятий у больных хроническими ОПИ: хроническим токсоплазмозом (ХТ), цитомегаловирусной инфекцией (ЦМВИ), герпесвирусной инфекцией 1–2 типов (ГВИ). Более чем 1/3 пациентов наблюдалась с микст-инфекцией (МИ).

Всего обследовано 436 человек (211 – ХТ; 225 – ЦМВИ, ГВИ или МИ) в возрасте от 14 до 63 лет. Длительность заболевания колебалась от 1 до 10 лет. Верификацию диагноза основывали на клинических и серологических данных (РСК, ИФА, РИФ, ПЦР).

Клинически чаще всего у больных регистрировались астено-невротический и астено-вегетативный синдромы. Кроме того, по данным иммуно- и лейкограммы выявлялись аллергический (ХТ), аутоиммунный (ЦМВИ) и инфекционный синдромы, а также различные признаки системной воспалительной реакции. Нарушения СИ включали выраженный количественно-функциональный клеточный иммунодефицит, снижение функции и метаболического потенциала фагоцитов, высокий уровень патогенных циркулирующих комплексов и персистирующей антигенемии.

Значимо 2-этапное применение иммуностропных средств. Этап иммунореабилитации – это длительное дискретное введение иммуноактивных препаратов (левамизол, ликопид и тимические гормоны при ХТ; индукторы интерферона неовир, циклоферон и амиксин с факторами тимуса при ГВИ и МИ), сочетаемое с короткими курсами этиотропной терапии (хлоридин и сульфаниламиды при ХТ; ацикловир, валацикловир, фамцикловир, виферон при ГВИ). Патогенетически обоснована системная энзимотерапия (вобэнзим) вместе с H2-гистаминоблокаторами (фамотидин). На всех этапах необходимы стимуляторы кроветворения и фагоцитоза (метилурацил, оксиметацил), актопротекторы и антиоксиданты (бемитил, триовит), ноотропы и вегетомодуляторы (кавинтон, беллоид). В восстановительном периоде назначение адаптогенов (женьшень плюс, детокс, иммунал и др.), рефлексотерапия (акупунктура, акупунктура, водные процедуры, гальванический ток, магнитотерапия) и психотерапия. Описанный подход позволил индивидуализировать фармакотерапию больных с ОПИ и достичь позитивного клинико-лабораторного эффекта в 91,8% случаев.

II.7.10**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПОРАЖЕНИЕМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРИ БОЛЕЗНИ ЛАЙМА**

Г.Г. Решетова, Е.В. Тицкая, Л.М. Никонова
Томский НИИ курортологии и физиотерапии, Томск, Россия

Впервые изучены ответные реакции организма больных, страдающих болезнью Лайма, на прием однократных процедур и курсового воздействия радоновых ванн, магнито-лазерного излучения и их влияние на показатели специфического и неспецифического иммунитета, активность воспалительного процесса, состояние вегетативной нервной системы. Полученные результаты позволили углубить представления о механизме лечебного действия радоновых ванн и магнито-лазерного излучения на факторы специфической и неспецифической иммунологической резистентности, которые являются ведущим патогенетическим звеном формирования хронического течения заболевания при инфекционном процессе. Под наблюдением находилось 32 больных болезнью Лайма с хроническим течением инфекционного процесса. Пациенты получали радоновые ванны, магнито-лазерную терапию, массаж, ЛФК, внутрь настоек фитосбора и адаптогены растительного происхождения. Под влиянием лечения уже после 7–8 процедур купировались или уменьшались артралгии, миалгии и ряд симптомов со стороны вегетативной нервной системы, которые подкреплялись позитивной динамикой со стороны биохимических и иммунологических показателей. Так, у 49% больных нормализовался иммуно-регуляторный индекс, повысилась биоцидная активность фагоцитов по стимулированному НСТ-тесту. Анализ значений адаптационных реакций выявил увеличение в 1,7 раза лиц с реакцией спокойной активации, которая формировалась в 100% случаев на высоком уровне реактивности. Таким образом, предлагаемый физиобальнеотерапевтический комплекс лечения больных с болезнью Лайма не вызывает срыва адаптационно-приспособительных механизмов, оказывает противовоспалительное, обезболивающее, седативное, иммунокорректирующее действие, нормализует вегетативный тонус сердечной деятельности и повышает реактивность организма.

II.8. Кардиология

II.8.1

ВТОРИЧНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ КОНКОРОМ

Л.Н. Елисеева, Б.К. Мандал, С.П. Оранский
Кубанская гос. медицинская академия, Краснодар, Россия

Бета-блокаторы в последнее время приобрели популярность в лечении артериальной гипертензии (АГ). Особое внимание уделяется применению пролонгированных форм препаратов, имеющих минимальные побочные эффекты на углеводный и жировой обмен.

Изучали влияние кардиоселективного бета-блокатора конкора (производства фирмы E. Merck, Германия) в дозе 5 мг в сутки на протяжении 4-месячного курса терапии на психологический статус, гемодинамические показатели, показатели углеводного обмена у 24 больных АГ II стадии (18 мужчин, 6 женщин).

В среднем по группе уровень систолического артериального давления (САД) составил $165 \pm 5,4$ мм рт. ст., диастолического артериального давления (ДАД) — $94 \pm 3,2$ мм рт. ст., частота сердечных сокращений (ЧСС) — $93 \pm 4,2$ ударов в минуту, показатели углеводного обмена были нормальными, уровень тревожности по шкале Спилберга $60,2 \pm 3,4$ единиц.

На фоне терапии конкором отмечалось снижение САД на $18,2 \pm 3,2$ мм рт. ст., ДАД — на $11,5 \pm 3,1$ мм рт. ст., ЧСС — на $15 \pm 4,1$ ударов в минуту. Не отмечалось значимого изменения показателей углеводного обмена. Изменение уровня тревожности составило 30,1% (снижение до $42,1 \pm 3,1$ единиц).

Субъективно больные отмечали удобство применения препарата 1 раз в сутки, плавное и стойкое снижение АД и уменьшение ЧСС, отсутствие побочных эффектов, наилучший показатель соотношения стоимость/эффективность по сравнению с другими гипотензивными препаратами.

Таким образом, при длительном применении конкора отмечалось значительное улучшение термодинамических показателей и качества жизни у больных АГ, что позволяет рекомендовать этот препарат для длительной терапии.

II.8.2

ВЛИЯНИЕ ГИПНОСУГГЕСТИИ НА ПРОЦЕСС РЕПОЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

А.И. Кодочигова, В.Ф. Киричук, Ю.И. Скворцов
Медицинский университет, Саратов, Россия

Высокий удельный вес психосоциальных факторов среди причин развития артериальной гипертензии (АГ) и частота осложнений лекарственной антигипертензивной терапии определяют актуальность использования гипносуггестивной психотерапии при данном заболевании. Изучение основного показателя, отражающего состояния процесса реполяризации сократительного миокарда — отношения максимальных скоростей реполяризации (ОМС) — у больных АГ на фоне применения лекарственной и гипносуггестивной терапии ранее не проводилось. Обследовано 110 больных АГ (из них 50 больных получали гипносуггестивную терапию — как изолированно, так и в сочетании с лекарственными средствами, а 60 пациентов лечились только медикаментозно) и 20 клинически здоровых лиц. Расчет ОМС осуществлялся по дифференциальной электрокардиограмме. У больных АГ отмечалось статистически значимое снижение скорости реполяризации миокарда по сравнению со здоровыми лицами, зависящее от уровня артериального давления ($P \leq 0,01$). На фоне лекарственной терапии величины значения ОМС не претерпевали существенных изменений. После завершения курса гипносуггестивных сессий у 70% больных отмечалась нормализация, а у остальных — тенденция к нормализации уровня значений ОМС ($P \leq 0,05$). Таким образом, включение гипнотерапии в комплекс лечебных мероприятий при АГ оказывает положительное влияние на состояние процесса реполяризации сократительного миокарда, а следовательно, и на прогноз заболевания.

II.8.3

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ (АГ) ПРИ СИНДРОМЕ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА (СССУ)

Ю.С. Макляков, И.В. Сарвилина, А.В. Сафроненко, И.Г. Рыков
Ростовский государственный медицинский университет,
Клиническая больница СКЖД, Ростов-на-Дону, Россия

Основной целью исследования являлась разработка системы выявления эффективных механизмов снижения АД при применении периндопри-

рила (Престариум, Servier) и бемитила (Бемактор, ICN Октябрь) у больных АГ при СССУ. Нами было предпринято поисковое плацебо-контролируемое исследование с параллельным дизайном. Формирование контрольной (40 человек) и исследуемой группы (41 человек) проводилось с использованием метода простой рандомизации. Пациенты исследуемой группы получали периндоприл и бемитил в среднесуточной дозе соответственно $3,2 \pm 0,5$ мг (4 недели) и 0,5 г (10 дней). Целевой переменной являлся уровень АД. «Суррогатными» переменными являлись показатели суточного мониторирования АД и кардиомониторирования, параметры кардиогемодинамики, липопротеинограммы и компенсации углеводного обмена, капиллярной пробы, содержание гормонов и электролитов в сыворотке крови, иммунологические и клинико-фармакокинетические параметры. Психологический статус больного оценивался по методике САН, шкале Гамильтона и в тесте Люшера. Обнаружена обратная корреляционная взаимосвязь между показателями АД, ЧСС, ОПСС и уровнем ТЗ, Т4, кортизола, тироксин-связывающего глобулина и транскортина сыворотки крови и прямая корреляционная зависимость с уровнем инсулина, ТГГ, АКТГ сыворотки крови на фоне приема периндоприла и бемитила. Отмечены уменьшение значений общего холестерина, триглицеридов, ХС ЛПНП и увеличение ХС ЛПВП, стабилизация уровня глюкозы плазмы крови. Устранен иммунологический дисбаланс и отмечено улучшение показателей психологических тестов. Таким образом, интегративная оценка реактивности как регуляторных, так и исполнительных систем больного на фоне приема периндоприла и бемитила может быть дана с применением вышеуказанных методов, позволивших предложить эффективную комбинацию лекарственных средств для лечения АГ при СССУ.

II.8.4

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ НА РЕАБИЛИТАЦИЮ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ УЗЛОВОЙ ТАХИКАРДИИ

О.В. Тюмина, В.П. Поляков, В.В. Симерзин
Областная больница №2, Областной клинический кардиодиспансер,
СамГМУ, Самара, Россия

Цель исследования: оценить влияние различных факторов на показатели качества жизни пациентов после оперативного лечения.

В исследование включено 62 пациента после радиочастотной абляции (RFA) паранодальной зоны по поводу ПАВУТ, которые были оперированы 28,5±2,4 месяца назад, средний возраст составил 46,3±1,9 года, и 31 пациент после операции в условиях ИК через 100,0±3,0 месяца после операции, средний возраст — 45,8±2,7 года. Указанные группы были сопоставимы по возрасту и половому составу ($p > 0,05$). 23 пациента в первой группе (74,2%) и 40 пациентов во второй группе (64,5%) являются практически здоровыми, у остальных пациентов диагностированы сопутствующие заболевания. Для оценки показателей качества жизни использовали медико-социологическую анкету, «Индекс качества жизни», психологический тест СМОЛ и анкету «Жизнь больного с аритмией».

Исследовалось влияние длительности заболевания, длительности приступов узловой тахикардии, частоты приступов ПАВУТ, возраста, пола больных, способа оперативного лечения (РЧА и операции в условиях ИК) на суммарные показатели качества жизни больных до и после оперативного лечения.

Результаты: выявлена прямая корреляционная зависимость между длительностью приступов узловой тахикардии ($r=0,259$ $p < 0,05$), частотой приступов ПАВУТ ($r=0,347$ $p < 0,05$) и суммарными показателями качества жизни до операции. Корреляционной зависимости между возрастом больных ($r=0,160$ $p > 0,05$), длительностью заболевания ($r=0,07$ $p > 0,05$), полом пациентов и качеством жизни пациентов до операции не выявлено. Не найдено корреляции между возрастом больных ($r=0,114$ $p > 0,05$), длительностью заболевания ($r=0,136$ $p > 0,05$), полом пациентов, длительностью приступов узловой тахикардии ($r=0,004$ $p > 0,05$), частотой приступов ПАВУТ ($r=0,124$ $p > 0,05$) и суммарными показателями качества жизни после операции. Для изучения влияния способа оперативного лечения на показатели качества жизни пациентов после операции проведён однофакторный дисперсионный анализ в выборке практически здоровых пациентов после ИК и после РЧА, который показал существенное влияние способа оперативного лечения на показатели качества жизни после операции ($F=4,98$ $p < 0,03$). В отдалённом периоде показатели качества жизни достоверно выше после РЧА паранодальных структур.

Выводы: способ оперативного лечения ПАВУТ оказывает существенное влияние на реабилитацию больных даже в отдалённом периоде после операции.

II.8.5**ЭКСПЕРТНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ КАРДИО-ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ В ПРОЦЕССЕ ИХ РЕАБИЛИТАЦИИ**

*И.Л. Кром, А.П. Ребров, Л.Я. Лившиц, В.А. Пуртов
Медицинский университет,
Кардиобюро медико-социальной экспертизы, Саратов, Россия*

Повышение степени трудоспособности кардио-церебральных больных является одной из главных задач реабилитационных мероприятий у них. Самостоятельным показателем эффективности проводимой реабилитации является положительная динамика качества жизни (КЖ), складывающегося из оценки пациентом уровня своего благополучия в физическом, психическом и социально-экономическом аспектах.

Нами успешно применена усовершенствованная методика количественной оценки КЖ у кардио-церебральных больных с хронической сердечно-сосудистой недостаточностью. За основу при этом был взят Миннесотский опросник, позволяющий определить числовую характеристику КЖ. Нам удалось математически обосновать зависимость числового показателя КЖ от возраста, пола, образования, стадии сердечной недостаточности и выраженности дисциркуляторной энцефалопатии. Определение уровня КЖ с использованием Миннесотского опросника позволяет существенно объективизировать оценку состояния пациента и, следовательно, контролировать эффективность реабилитационных мероприятий. Эта методика была с успехом использована нами у 83 человек (70 мужчин, 13 женщин) трудоспособного возраста при проведении экспертизы их трудоспособности.

II.8.6**РЕАКЦИЯ ОБЩИХ И МЕСТНЫХ КОМПЕНСАТОРНО-ПРИСПОСОБИТЕЛЬНЫХ МЕХАНИЗМОВ ПРИ ТЕРАПИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПРЕСТАРИУМОМ**

О.Ю. Трифонова, М.Г. Тарасов, В.В. Удуг
НИИ фармакологии ТНЦ СО РАМН,
НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН*, Томск, Россия*

18 больным ГБ II стадии в возрасте 40-55 лет проведена курсовая терапия престариумом 1 раз в сутки в дозе 2-4 мг. Величина дозы определялась степенью гипотензивного эффекта (снижение ДАД \leq 90 мм Нг или на 10% от исходного уровня). Контрольные исследования, проводившиеся в конце плацебо-периода, через 4 и 16 недель терапии, включали: эхокардиографию, реоэнцефалографию, суточное мониторирование параметров АД, велоэргометрию, вариационную пульсометрию, уровень биохимических параметров и общий анализ крови.

Терапия престариумом оказалась эффективна у 83% пациентов. Выявлено достоверное снижение среднесуточных уровней и степени утреннего подъема параметров АД без существенного влияния на их вариабельность и форму суточных кривых. Гипотензивный эффект сочетался с вазодилатирующим и кардиопротекторным действием препарата. Снижение массы миокарда сочеталось с устранением диастолической дисфункции. Отмечен вегетостабилизирующий эффект: значимое уменьшение активности медиаторного звена, тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы и индекса напряжения. Удельный вес патологических адаптационных реакций снизился на 38,9%. У 3 женщин появились жалобы на кашель. Снижение дозы позволило продолжить терапию.

Таким образом, основу положительных терапевтических эффектов престариума, наряду с кардиопротекторным и вазодилатирующим действием, составляет формирование приоритета за физиологически оптимальными типами адаптационных реакций, что, в сочетании с вегетостабилизирующим воздействием, свидетельствует о повышении адаптационных резервов организма.

II.8.7**ОПТИМИЗАЦИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

*В.И. Вишневский
Курский медицинский университет, Курск, Россия*

Количество больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ежегодно возрастает. Среди причин на первое место выходит ИБС, в том числе перенесенный инфаркт миокарда. ХСН существенно ухудшает качество жизни. Цель работы – оптимизировать лечение больных постинфарктным кардиосклерозом, осложненным ХСН ФК III-IV с высокой и нормальной активностью ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС). Проведено комплексное исследование центральной, внутрисердечной, периферической регионарной гемодинамики предплечья, актив-

ности ренина (АРП) и альдостерона (ААП) плазмы крови, качества жизни по шкале специфической активности (ФК ШкСА, L. Goldman et al., 1981) у 91 больного с ХСН ФК III-IV, 1-ю группу (46 чел.) составили пациенты с нормальной, 2-ю группу – с высокой АРП и ААП. Стабилизации состояния добивались назначением традиционной терапии – фуросемида, нитросорбида, дигоксина, затем применяли эналаприл в дозе 10-20 мг/сут. Длительность лечения составила 12 мес. Показано, что эналаприл у больных обеих групп оказывал положительное действие на клинические проявления ХСН, параметры центральной, внутрисердечной, периферической регионарной гемодинамики к исходу 1 недели, а снижение АРП и ААП к концу 1 мес. лечения. Однако у пациентов 2 группы, несмотря на прием эналаприла, к 6 мес. терапии достоверно повышалась АРП и ААП, что сопровождалось ухудшением клинической симптоматики и гемодинамических показателей. Этим пациентам мы дополнительно назначали верошпирон в первые 6-8 дней в дозе 100 мг/сут и в течение 6 мес в поддерживающей дозе 25-50 мг/сут. Это позволило добиться клинического улучшения, положительной динамики гемодинамических параметров, уменьшения ААП, снизить дозу эналаприла и фуросемида, снижения ФК ШкСА. Таким образом, сочетание эналаприла и верошпирона у больных постинфарктным кардиосклерозом с высокоренинной формой ХСН ФК III-IV способствует улучшению качества жизни.

II.8.8**ПРОСПЕКТИВНОЕ 10-ЛЕТНЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА УСПЕШНО РЕАНИМИРОВАННЫМИ БОЛЬНЫМИ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА**

*И.С. Грушецкая, С.С. Якушин, Н.С. Сазонова, Н.В. Зайцева
РГМУ, РОКД, Рязань, Россия*

Цель исследования – изучение ближайшего и отдаленного прогноза у 50 больных (38 мужчин и 12 женщин) с инфарктом миокарда (ИМ) в возрасте от 24 до 89 лет.

Выделены наиболее значительные факторы риска возникновения внезапной сердечной смерти (ВСС) – сердечная недостаточность (СН) – III – IV Ф. К. (по NYHA) у 70%, гипертоническая болезнь III стадии у 60%, ИМ в анамнезе у 40%, передняя локализация ИМ у 70%, желудочковые экстрасистолы высокой градации по Лауну у 30%, полная блокада левой ножки пучка Гиса у 25% больных.

У 64% наступала фатальная фибрилляция желудочков (ФЖ). Наиболее неблагоприятные месяцы для возникновения ВСС являются декабрь, июнь, а дни – вторник и воскресенье.

Состояние стабилизировалось у 15 больных, в 3 случаях отмечался рецидивирующий ИМ, у 7 – повторная ФЖ, а у 4 – с повторными эпизодами ВСС.

Из 50 больных 7 умерли в стационаре от повторного ИМ и ФЖ в течение 1 года наблюдения, 5 больных – дома от ФЖ через 2 года, на 3 году умерло 4 больных от прогрессирующей СН, через 7 лет – 1 больной.

Обсуждается стратегия ведения больных на III, IV этапах реабилитации в условиях диагностического кардиологического отделения кардиодиспансера.

Таким образом, больные с ИМ и «несостоявшейся сердечной смертью» должны выделяться в особую группу наблюдений как больные с угрозой повторных эпизодов ВСС и нуждаются в активной профилактике, в том числе и рациональной индивидуальной психотерапии (не в коронарном клубе) и в отдаленном периоде ИМ.

II.8.9**ФАКТОРЫ РИСКА ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА РЕЦИДИВА ИНФАРКТА МИОКАРДА НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ**

*С.С. Якушин, В.Г. Окороков, Н.С. Сазонова, А.В. Суснина, Н.М. Гусева
РГМУ, РОКД, Рязань, Россия*

С целью изучения факторов риска летального исхода рецидива инфаркта миокарда (РИМ) обследовано 76 больных с инфарктом миокарда (ИМ). Мужчин – 45, женщин – 31, в возрасте 39–85 лет. У 47 был диагностирован ИМ с зубцом Q, у 29 – ИМ без зубца Q. Проанализировано 26 клинических и лабораторно-инструментальных показателей. Больные были разделены на две группы: первую – 24 больных с фатальным РИМ, вторую – 52 человека с нефатальным РИМ.

Наиболее информативными прогностическими критериями летального исхода РИМ оказались 9 признаков: ИМ в анамнезе (у 100% больных I группы и у 59,6% II группы); ИМ с зубцом Q (91,7% и 48%); подъем сегмента ST более 2 мм (91,7% и 66,2%); повторяемость болевого синдрома в течение 3 суток (83,3% и 36,5%); блокады сердца (100% и 65,3%); острая левожелудочковая недостаточность (66,7% и 28,8%); сердечная недостаточность по NYHA – III – IV Ф. К. (75% и 32,7%); повышение активности

АСАТ или КФК (91,7% и 32,7%); ускорение СОЭ (75% и 44,2%). Фатальный РИМ чаще развивался у больных в возрасте старше 70 лет, с отягощенной наследственностью, предшествующей стенокардией напряжения III – IV Ф. К., сахарным диабетом, аритмиями сердца, кардиогенным шоком, повышенным коэффициентом атерогенности. Не установлена достоверная связь развития фатального РИМ с наличием у больных артериальной гипертензии и проводимой терапией.

На основании вышеприведенных критериев нами определена группа риска больных с летальным РИМ.

II.8.10

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КЛАССОВ С ПОМОЩЬЮ «БАГУЩЕГО ИМПУЛЬСНОГО МАГНИТНОГО ПОЛЯ» (БИМП)

Л.Д. Макоева, Г.А. Почечуева, К.И. Теблоев, О.М. Аржаненко
Московский государственный медико-стоматологический университет,
Москва, Россия

Целью работы явилось сравнительное изучение влияния БИМП, антиангинальной терапии и их сочетания на нейрогуморальные факторы адаптации, гемодинамику, физическую работоспособность у больных стенокардией I-IV ФК.

Обследовано 60 больных со стабильной стенокардией I-IV ФК (средний возраст 41,6±0,9 года). Контрольную группу составили 60 здоровых лиц. Антиангинальную терапию подбирали индивидуально. Лечение начинали с монотерапии: β-блокатор-обзидан, суточная доза 80 мг, БИМП генерировали с помощью аппарата «АЛИМП» в течение 30 минут 1 раз в сутки (индукция поля 0,5 мТл, частота 300 Гц). При недостаточном эффекте монотерапии назначали сочетанную лекарственную терапию и БИМП.

У больных ИБС по сравнению со здоровыми лицами отмечена более выраженная активизация гормонов стресса: АКТГ, кортизола, инсулина как со стороны базальных уровней, так и на высоте болевого синдрома и ишемии миокарда, отчетливое снижение толерантности к физической нагрузке.

Терапия БИМП приводила к четкому антиангинальному эффекту, частота приступов стенокардии в сутки снизилась в 1,4 раза, увеличению физической работоспособности на 93,5%. Сочетанная терапия БИМП и обзиданом увеличила объем выполненной работы на 107%, при достоверном корректирующем эффекте гормонов стресса (АКТГ, кортизола, инсулина), уменьшении нагрузочной тахикардии, прессорной реакции, что, по-видимому, обусловлено суммацией брадикардизирующего и гипотензивного эффекта БИМП и обзидана.

Таким образом, выявлен антиангинальный эффект монотерапии БИМП у больных I-II ФК стенокардии и повышение эффективности медикаментозной терапии при комбинированном применении антиангинальных препаратов с БИМП, что особенно важно для лечения больных с тяжелыми формами стенокардии.

II.8.11

ПРИМЕНЕНИЕ КВЧ-ТЕРАПИИ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

С.Н. Шилов, А.Д. Куимов, А.Р. Антонов
Новосибирская медицинская академия, Новосибирск, Россия

Цель работы: изучить эффективность КВЧ-терапии при реабилитации больных нестабильной стенокардией.

Для этого 48 больным проводилась КВЧ-терапия аппаратом «Явь-1» с длиной волны 7,1 мм, начиная с 5-го дня госпитализации. При этом у этих больных отсутствовал эффект от проводимой базисной медикаментозной терапии до начала лечения волнами миллиметрового диапазона. Параллельно набиралась группа плацебо из 25 пациентов.

В результате наблюдения в группе больных, получавших КВЧ-терапию, почти у 86% отмечался положительный эффект от лечения: уменьшение расхода нитроглицерина более чем в два раза, повышение толерантности к физической нагрузке, уменьшение интенсивности ангинозных приступов, стабилизация артериального давления. В группе плацебо положительный эффект был отмечен у 54% больных.

В сыворотке крови обеих групп при поступлении в стационар, перед и в конце лечения определялись уровень малонового диальдегида (МДА) как маркера прооксидантной активности сыворотки крови и общая антиоксидантная активность.

В ходе исследования были получены следующие результаты. У больных, получавших КВЧ-терапию, отмечались снижение концентрации МДА и увеличение общей антиоксидантной активности. Особенно выраженными данными изменения были у больных с положительным клиническим эффектом. В группе плацебо с положительным клиническим эффектом отмечены такие же изменения, но менее выраженные, чем в группе получавших

КВЧ-терапию. У больных группы плацебо без эффекта от лечения динамика МДА и общей антиоксидантной активности оставалась на прежнем уровне или изменялась в сторону увеличения концентрации МДА.

Таким образом, антиоксидантная и прооксидантная активность могут служить важными критериями стабилизирующего влияния на больных нестабильной стенокардией КВЧ-излучения.

II.8.12

ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ ГОРОДСКИХ ТИПОВЫХ БОЛЬНИЦ ДЛЯ ВТОРОГО ЭТАПА РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Г.А. Трубников, Т.А. Уклистая, Е.М. Куликова, Т.В. Прокофьева
Астраханская меакадемия, ГКБ № 4, Астрахань, Россия

Реабилитация больных инфарктом миокарда играет важную роль в системе комплексного лечения. Для ее второго этапа все шире используются возможности кардиологических отделений городских больниц. При 60 коечном кардиологическом отделении ГКБ № 4 г. Астрахани функционирует 15 реабилитационных коек.

В докладе анализируется эффективность проведенных реабилитационных мероприятий за 3 года. Помимо медикаментозной терапии, широко использовались различные методы физического воздействия (лазеротерапия, Д' Арсонваль, гидротерапия, массаж), психотерапия, лечебная физкультура.

Прошло реабилитацию 433 больных, перенесших инфаркт миокарда различного класса тяжести. Отмечена возрастающая тенденция в использовании возможностей реабилитационных коек врачами стационаров города (занятость коек с 27% в 1997г. возросла до 93,7% в 1999г.). Средний койко-день колебался в пределах 18,2-21,4 по годам. Увеличился койкооборот (до 17,8 в 1999 г.). Все больные выписаны с улучшением, летальных исходов не наблюдалось. Оценка эффективности реабилитации учитывала ряд лабораторно-инструментальных показателей (ЭКГ с проведением нагрузочных тестов, ЭХО-КГ и др.). В последнее время об эффективности проводимого лечения судили и по состоянию микроциркуляции кожи, оцениваемой методом лазерной доплеровской флоуметрии.

Таким образом, наш опыт свидетельствует об эффективности использования коечного фонда кардиологических отделений городских типовых больниц в целях реабилитации больных инфарктом миокарда.

II.8.13

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ГБ И ИБС С ПОМОЩЬЮ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ (РТ) И ФИЗИОТЕРАПИИ (ФТ)

О.Д. Лебедева
РНЦ восстановительной медицины и курортологии МЗ РФ,
Москва, Россия

В связи с необходимостью поиска немедикаментозных методов реабилитации больных сердечно-сосудистыми заболеваниями было обследовано и пролечено 420 больных ГБ I-II ст. и ИБС, СН IIFК с помощью курсовой РТ (170) по аурикуло-паравертебральной методике в течение 5–6 месяцев и ФТ (250) с помощью физиотерапевтических комплексов, включающих различные виды бальнеопроцедур, магнитолазерное воздействие, электросон, массаж, ЛФК.

Функциональные исследования, включавшие изучение психологического статуса больных, ЭКГ и суточное мониторирование ЭКГ, велоэргометрию (ВЭМ), скорость распространения пульсовой волны (СРПВ), эхокардиографию (ЭхоКГ), определение параметров центральной гемодинамики, а также такие биохимические исследования, как определение состояния ГНС, РАС, САС, липидного спектра и свертываемости, проводились в динамике лечения.

Анализ результатов РТ и ФТ показал, что на фоне положительного клинического и гипотензивного эффектов, сопровождающихся улучшением состояния психоэмоциональной сферы, у больных ГБ и ИБС отмечены улучшение сократительных свойств и функции расслабления миокарда, положительные гемодинамические сдвиги, улучшение переносимости физических нагрузок, уменьшение проявлений хронической коронарной недостаточности, в частности, у больных ИБС в ранние сроки (15–21 день) после операции аорто-коронарного шунтирования, положительные биохимические сдвиги. У больных ГБ после курсовой РТ отмечено уменьшение массы миокарда. Что касается результатов биохимических исследований, то в среднем по всей группе больных ГБ и ИБС динамика концентрации альдостерона, кортизола, АКТГ и АРП плазмы после курсовой РТ выражалась в снижении кортизола, АКТГ и альдостерона и повышении исходно пониженных АРП и серотонина. Со стороны липидного обмена у больных, получавших ФТ, отмечено снижение общего холестерина, а также снижение агрегации тромбоцитов, индуцированной адреналином. Полученный

эффект сохранялся в течение 0,5–1,0 года, после чего требовалось проведение поддерживающих курсов.

Можно предположить, что в основе полученного эффекта немедикаментозной терапии лежит ограничение избыточных симпатических влияний на миокард и периферические сосуды и нормализация вследствие этого вегетативного обеспечения функции сердечно-сосудистой системы.

Таким образом, результаты функциональных исследований у больных ранними стадиями ГБ и ИБС, получавших РТ и ФТ, свидетельствуют о достаточной эффективности немедикаментозной реабилитации этих больных и позволяют предположить, что в основе однонаправленного действия РТ и ФТ может лежать активация стресслимитирующих систем организма.

II.8.14

ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ПОМОЩЬЮ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ПОД КОНТРОЛЕМ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

О.Д. Лебедева, С.А. Бугаев, М.П. Отто, Ю.Ю. Тупицина, Н.В. Львова
РНЦ восстановительной медицины и курортологии МЗ РФ,
Москва, Россия

Физические факторы имеют важное значение как в виде самостоятельных методов лечения (Сорокина Е.И., 1989), так и факторов, обладающих синергичным с медикаментозным лечением эффектом. При проведении лечения больных сердечно-сосудистыми заболеваниями физическими факторами возникает вопрос о времени появления эффекта проводимой терапии, устойчивости эффекта, а также вопрос о наличии, выраженности и характере острого однократного использования того или иного физического фактора. Для решения этой задачи были проведены исследования у 250 больных ИБС, СН1ФК и ГБ I–II ст., получавших различные виды физиобальнеотерапии: подводный душ-массаж, хлоридно-натриевые, контрастные, скипидарные ванны, а также комплексы, включающие общие йодо-бромные, углекислые, радоновые ванны, магнитолазерное воздействие, электросон, массаж, ЛФК. Функциональные исследования, холтеровское мониторирование ЭКГ, ЭхоКГ, определение параметров центральной гемодинамики проводились в динамике лечения. Определялись липидный спектр крови, свертываемость.

Анализ результатов лечения показал, что при ЭхоКГ-исследовании наиболее выраженный эффект однократного острого использования физических факторов отмечен у больных, получавших контрастные, скипидарные ванны. Хлоридно-натриевые ванны концентрацией 40 г/л оказались более эффективными, чем 20 г/л, что выразилось в более значительном уменьшении числа и продолжительности эпизодов ишемии миокарда, улучшении гемодинамических показателей. При включении в комплекс йодо-бромных ванн отмечено уменьшение эпизодов «немой» ишемии ($p < 0,05$), а также улучшение диастолической и систолической функций миокарда. Использование радоновых ванн способствовало уменьшению симпатических влияний на сердце. Весьма важным элементом оценки эффективности первичной и вторичной профилактики является биохимический контроль крови, который показал у больных после лечения снижение общего холестерина с $7,4 \pm 0,39$ до $6,3 \pm 0,23$ ммоль/л ($p < 0,05$), а также снижение повышенной агрегации тромбоцитов, индуцированной адреналином с $53,4 \pm 3,1$ до $45,9 \pm 1,9\%$ ($p < 0,05$).

Функциональные методы исследования, таким образом, занимают важное место в подборе и контроле эффективности индивидуальной физиобальнеотерапии. Результаты исследований у больных ранними стадиями ГБ и ИБС, получавших различные виды физиобальнеотерапии, свидетельствуют о достаточной эффективности немедикаментозной профилактики, так как достигается снижение уровня АД, липидемии и показателей свертываемости, улучшение функции миокарда и уменьшение проявлений хронической коронарной недостаточности, все вместе снижающее риск развития инфаркта миокарда и других осложнений, и позволяют предположить, что в основе действия физических факторов может лежать активация стресслимитирующих систем организма. Проводя динамические исследования с помощью вышеперечисленных методик, можно судить о необходимости и сроках проведения повторных курсов физиобальнеотерапии.

II.8.15

ДВУХЭТАПНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, НА БАЗЕ САНАТОРИЯ «ОМСКИЙ»

З.Ш. Голевцова, Н.Н. Казанцева, Г.Ю. Вакутина, В.В. Потапов
Омская медицинская академия, санаторий «Омский»,
Омский диагностический центр, Омск, Россия

Нами проанализировано 46 историй болезни пациентов, прошедших реабилитацию после перенесенного острого инфаркта миокарда на базе отделения постинфарктной реабилитации санатория «Омский» и повторно

поступивших через 6–12 месяцев в отделение кардиологии этого же санатория за период с 1991 по 1998 г.

Исследуемая группа больных была представлена лицами мужского пола: в возрасте от 40 до 50 лет – 14 человек, от 51 до 60 лет – 26 человек, старше 60 лет – 6 человек. Два пациента из этой группы перенесли операцию аортокоронарного шунтирования, один – аневризмоматомию. Во всех случаях регистрировался крупноочаговый инфаркт миокарда.

На первом этапе реабилитация проводилась по программе, рекомендованной Л.Ф. Николаевой и Д.М. Ароновым (1982), которая включала в себя физический, медикаментозный и психологический аспекты. На втором этапе, в кардиологическом отделении, лечение проводилось по тем же направлениям, кроме того, 23 пациента принимали дополнительно циркулярный душ, жемчужные ванны, три пациента плавали в бассейне. Контроль проводился по клиническим симптомам, данным ЭКГ, суточного холтеровского мониторирования, эхокардиографическим показателям.

В качестве группы сопоставления были взяты 22 больных, которые пролечились в кардиологическом отделении, минуя отделение постинфарктной реабилитации, через 6–12 месяцев после перенесенного инфаркта миокарда.

Анализ полученных результатов выявил достоверные различия в исследуемой группе по сравнению с группой сопоставления. В исследуемой группе оказались более четкими позитивные сдвиги субъективных параметров: у всех больных данной группы отмечались стойкая нормализация сна, стабилизация психоэмоциональной сферы, сформировалась правильная оценка больным своего состояния. Из объективных данных отмечена более быстрая стабилизация коронарного кровотока, положительная динамика по результатам холтеровского мониторирования (уменьшение суммарного времени ишемической депрессии сегмента ST или исчезновение эпизодов ишемической депрессии сегмента ST) и данным ЭхоКГ (исчезновение дискинезии или уменьшение величины зон гипо- и акинезии левого желудочка). Более быстро по сравнению с группой сопоставления увеличилась толерантность к физическим нагрузкам.

Таким образом, двухэтапная схема санаторной реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда, является эффективной, что определяет необходимость двукратного пребывания больных в санатории: в подострой стадии инфаркта миокарда и в период стабилизации репаративных процессов.

II.8.16

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ И МАССАЖА В ПОСТИНФАРКТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ НА САНАТОРНОМ ЭТАПЕ

З.Ш. Голевцова, Е.В. Зюзько, Н.Н. Казанцева, В.И. Гайдамак
Государственная медицинская академия, Омск, Россия

В восстановительном периоде инфаркта миокарда врач сталкивается со следующими проблемами: нестабильностью коронарного кровотока, нестабильностью артериального давления, неустойчивостью психоэмоциональной сферы, с выраженными астено-невротическими, астено-депрессивными и ипохондрическими реакциями, прогрессирующим снижением миокардиального резерва с симптомами миокардиальной слабости и, достаточно часто, с болями в левой половине грудной стенки экстракардиального характера.

В связи с вышеизложенным целью исследования было сравнение эффективности традиционных методов реабилитации (медикаментозного и физического) и сочетание их с методами психоэмоциональной коррекции, массажем «воротниковой» и прекардиальной зон.

В исследуемую группу были включены 102 пациента в возрасте от 41 до 63 лет, из них 86 мужчин и 16 женщин, среди которых было с крупноочаговым инфарктом миокарда 78 человек, с мелкоочаговым – 24 человека.

В комплексе реабилитационных мероприятий использовались следующие методы психотерапевтической коррекции: психологическое тестирование, индивидуальные занятия, групповой аутотренинг. Вторая группа сравнения была представлена 80 больными, сопоставимыми с исследуемой группой по полу, возрасту, характеру поражения сердечной мышцы и клиническим проявлениям заболевания.

Полученные результаты показали, что в группе больных, посещающих занятия психотерапевтической коррекции и получающих массаж «воротниковой» и прекардиальных зон, эффективность реабилитационных мероприятий была выше. У всех исследуемых больных наблюдалась быстрая стабилизация показателей артериального давления, улучшался сон, повышалось фоновое настроение, исчезали чувство страха и кардиалгии, появилась правильная оценка больными своего состояния.

Таким образом, для повышения эффективности санитарного этапа реабилитации для больных, перенесших ИМ, необходимо включение в комплекс реабилитационных мероприятий вспомогательных методов лечения, таких, как массаж «воротниковой» и прекардиальной зон и занятий в группах психотерапевтической коррекции.

II.8.17**РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ МИОКАРДИТАМИ**

С.Р. Мравян, М.А. Гуревич
МОНИКИ, Москва, Россия

В последние годы повысился интерес к проблеме некоронарогенных заболеваний миокарда. Практически не изучались вопросы реабилитации больных миокардитами.

Следует отметить важность постельного режима в острой стадии, особенно так называемого диффузного миокардита, что, по-видимому, более оправдано для данной категории больных, чем даже для пациентов с острым инфарктом миокарда. Это связано с тем, что в данной ситуации создаются столь необходимые для гемодинамики более щадящие условия (снижение сердечного выброса, общего периферического сосудистого сопротивления и др.). Срок постельного режима, в том числе и строгого, 10–14 дней (может быть пролонгирован при тяжелых диффузных миокардитах). Затем — двигательная реабилитация с использованием ЛФК в течение 10–21 дня.

Реабилитация больного проводится под контролем ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенокардиографии и ряда иммунологических тестов. Важными критериями успешной реабилитации больного на стационарном этапе являются: положительные сдвиги ЭКГ, отсутствие опасных аритмий, уменьшение тахикардии и тахисистолии. Около 75% больных, подавляющее большинство которых трудоспособного возраста, возвращаются к трудовой деятельности. Исключения составляют больные с тяжелыми диффузными МК, МК, осложненными недостаточностью кровообращения, тяжелыми нарушениями ритма и проводимости, кардиомиопатией, очаговыми поражениями миокарда вплоть до формирования диффузных мышечных аневризм. Больные МК после выписки из стационара подлежат диспансерному наблюдению с созданием специальных групп.

II.8.18**ЛОКАЛЬНАЯ ВИБРАЦИЯ ПОДОШВ СТОП ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА**

А.Г. Додонов, Г.Г. Савельева, Т.Н. Кондратьева, Е.М. Благодичина,
Е.Р. Перунова
СамГМУ, БМСЭ № 22, ОКД, Самара, Россия

Стойкие нарушения функции сердечно-сосудистой системы чаще других служат причиной социальной недостаточности. Первое место среди заболеваний сердца, приводящих к определению инвалидности, занимает инфаркт миокарда: в 49,6% случаев больные нуждаются в социальной защите. Некроз «выключает» часть сердечной мышцы, уменьшая глобальную сократимость левого желудочка, и работа по поддержанию объема циркулирующей крови в организме становится менее продуктивной, требуя большего потребления сердцем кислорода. Известно, чем раньше начинают мероприятия по физической реабилитации, тем быстрее восстанавливается работоспособность, улучшается утилизация кислорода и стабилизируется гемодинамика. Однако ряду больных, в силу сопутствующих заболеваний или тяжелых осложнений, лечебную физкультуру откладывают на более поздний срок, проводя исключительно медикаментозное лечение. Учитывая вышесказанное, мы предлагаем использовать локальную вибрацию стоп для улучшения сократительной способности сердца. С этой целью применялся «Вибросканер ВСМ-202» — аппарат локального вибровоздействия на подошвы стоп частотой 64 и 128 Гц. Автоматический режим позволяет создавать у пациентов сенсорный образ ходьбы в ритме шагов со скоростью 15; 30; 60 и 80 в 1 минуту. Мы обследовали группу из 37 человек: 25 мужчин и 12 женщин, перенесших инфаркт миокарда и находившихся на лечении в Областном кардиологическом диспансере г. Самары. Объективно зарегистрированы следующие изменения: увеличилась фракция выброса, показатель глобальной сократимости левого желудочка, с 58,7±4,9 до 63,1±13,9%, $p=0,0011$; уменьшилось двойное произведение, косвенно отражающее потребление кислорода миокардом, с 103,6±10,6 до 82,2±6,4 у.ед., $p=0,0011$, в то же время частота сердечных сокращений практически осталась без изменений, 66,7±3,5 и 65,7±3,5 ударов в 1 минуту, $p=0,24$.

Таким образом, можно предположить, что локальная вибрация подошвенных поверхностей стоп положительно влияет на внутрисердечную гемодинамику, не увеличивая потребления кислорода.

II.8.19**СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА И ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА**

Л.Н. Мингазетдинова, В.Х. Насыров, Г.Р. Еникеева, Л.А. Валева,
Н.А. Власова
Башкирский государственный медицинский университет,
Уфа, Башкортостан

Инфаркт миокарда относится к состояниям, которые часто определяют течение и исход заболевания по числу осложнений и высокой смертности.

Одним из осложнений является желудочно-кишечное кровотечение, которое определяет тактику лечения и часто исход заболевания (Cappel, 1995; Blair, Hyes, 1995; Pohl, 1996). Однако до сих пор не изучены механизмы развития желудочных кровотечений у больных острым инфарктом миокарда (ОИМ) и не отработана тактика лечения.

Кроме того, у больных ОИМ часто встречается в анамнезе язва желудка.

Целью исследования явилось изучение роли ряда рецепторов в повреждении слизистой желудка больных ОИМ и обоснование возможности профилактики желудочных кровотечений.

Проведено клиническое обследование 180 больных ОИМ и экспериментальное исследование слизистой оболочки 500 крыс после перевязки коронарной артерии. Изучались функции гомогената желудка с определением активности ферментов, уровня связывания серотонина и гистамина.

При обследовании больных ОИМ у 54,3% отмечались неприятные ощущения в эпигастрии, у 4,2% — рвота кофейной гущей, на ФГС у 42,5% — наличие язвы или эрозий. Снижение эритроцитов и гемоглобина выявлено у 34,4%, чаще при крупноочаговом ИМ.

Макроскопическое изучение слизистой желудка крыс с ИМ показало развитие гиперемии уже через сутки после перевязки коронарной артерии, через 3 суток появились эрозии и язвенные дефекты у 40% животных, через 15 суток целостность слизистой восстанавливалась.

Необходимо отметить, что изменения слизистой желудка крыс с ОИМ не совпадали по времени с уровнем активности плазменных ферментов. Эсаулов Г.Н. (1970) связывает появление острых изъязвлений в желудке у больных ОИМ с увеличением содержания серотонина в крови.

Наши исследования показали, что повышение уровня связывания [3H] — гистамина с мембранной фракцией гомогената желудка и активности ферментов лизосом крыс с ОИМ по времени предшествует повреждению слизистой желудка, а повышение уровня связывания [3H] серотонина совпадает с появлением язв и эрозий. Следовательно, для предупреждения развития желудочных кровотечений у больных ОИМ, имеющих в анамнезе патологию со стороны слизистой желудка, профилактически необходимо назначать H₂ блокаторы гистамина и осторожно применять тромболитическую терапию.

II.8.20**НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПУМПНАМ В САНАТОРИИ**

И.В. Осипова, Г.Г. Ефремушкин, Т.В. Кошкарлова, А.В. Петухова,
Ю.И. Коростелев
Алтайский государственный медицинский университет,
санаторий «Барнаулский», Барнаул, Россия

Целью исследования явилось изучение влияния несинтетического лекарственного препарата пумпана (Рихард Биттнер ГмбХ, Австрия) при лечении больных гипертонической болезнью (ГБ) в санатории. Исследовано 50 больных ГБ II стадии; 1-я группа (25 больных) дополнительно к гипотензивной терапии принимала пумпан 10 капель 3 раза в день; 2-я группа (25 больных) принимала стандартные гипотензивные препараты. Эффективность действия пумпана оценивалась в конце санаторного лечения через 24 дня комплексной терапии. Больным проводилось общеклиническое обследование, ЭКГ, суммарный индекс качества жизни (СИ КЖ), липидный спектр крови и ее реологические свойства. В 1-й группе уменьшились головные боли на 48%, головокружения на 38,4%, кардиалгии на 36,8%, эктопическая активность на 20,4% ($p<0,01$), снизилось АД на 30,2 мм рт.ст. систолическое, 13,6 диастолическое, СИ КЖ с 38,3±4,0 до 23,0±3,9 ($p<0,001$), во 2-й группе изменения были менее значимыми (АД 17,2 и 6,4 соответственно; $p>0,01$). Отмечено благоприятное воздействие пумпана на липидный спектр крови и ее реологические свойства. Таким образом, установлена высокая эффективность пумпана в лечении ГБ в санатории, а улучшение КЖ служит важной дополнительной характеристикой эффективности данного препарата.

II.8.21**ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТАЦИОНАРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

И.В. Осипова, О.Н. Антропова, Г.Г. Ефремушкин
Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

Цель исследования — изучение влияния регулярных велотренировок в «режиме свободного выбора нагрузок» на клинику, показатели физической работоспособности, гемодинамику, качество жизни. Исследовано 40 больных хронической сердечной недостаточностью II–IV ФК (ХСН) поступивших в стационар; 1-я группа (20 больных) дополнительно к медикаментозной терапии 6 раз в неделю занималась велотренировками; 2-я группа

(20 больных) получала только медикаментозную терапию. В начале и конце лечения в стационаре больным проводились общеклиническое обследование, ЭКГ, ЭХО-доплеркардиография, суммарный индекс качества жизни (СИ КЖ) с помощью Миннесотского опросника.

В 1-й группе наряду с клиническим улучшением увеличилась мощность нагрузки на 37,1% ($p < 0,01$); во 2-й — на 15,4%. Фракция выброса увеличилась в 1-й группе на 7,2% и уменьшилась на 5,6%. СИ КЖ под влиянием физических тренировок (ФТ) у больных 1-й группы снизился на 68% ($p < 0,001$), во 2-й — на 34%, причем в 1-й группе достоверно выше, чем во 2-й. Выраженные изменения КЖ важно дополняют воздействие ФТ на течение ХСН. Таким образом, регулярные велотренировки «в режиме свободного выбора нагрузки» на госпитальном этапе являются безопасными и оказывают выраженный положительный эффект в комплексном лечении ХСН II–IV ФК.

II.8.22

ВЛИЯНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ «КАРАЧИНСКАЯ» НА ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН

П.П. Хавин, А.Д. Куимов, А.Б. Кривошеев
МКБ № 1, Новосибирск, Россия

Цель. Изучение влияния минеральной воды «Карачинская» на показатели липидного обмена.

Материалы и методы. С различными формами ишемической болезни сердца (ИБС) обследовано 22 больных (9 женщин и 13 мужчин) в возрасте от 46 до 58 лет (средний возраст $53,3 \pm 1,8$ года). В комплекс медикаментозной терапии не включались препараты, оказывающие гипополипидемическое действие. Минеральная вода «Карачинская» назначалась в теплом виде (температура $18-22^\circ\text{C}$), негазированной, небольшими дозами по 200 мл 5 раз в сутки в течение 10 дней. В динамике определяли общий холестерин и триглицериды.

Результаты и обсуждение. Стенокардия напряжения 2–3 функционального класса диагностирована у 13 больных, из них 6 человек ранее перенесли инфаркт миокарда, прогрессирующая стенокардия наблюдалась у 6, подострая стадия инфаркта миокарда — у 2 и аритмический вариант — у 1 пациента. У 10 больных ИБС сочеталась с гипертонической болезнью. Избыточная масса тела отмечена у 16 пациентов (индекс Кетле $28,7 \pm 0,7$). При обследовании выявлены грубые нарушения липидного обмена, которые характеризовались у всех больных повышением уровня общего холестерина от 6,5 до $19,1$ ммоль/л (в среднем $7,9 \pm 0,8$ ммоль/л) и у части из них (15 человек) — триглицеридов от 1,5 до $3,1$ ммоль/л (в среднем $2,1 \pm 0,2$ ммоль/л). По окончании курса приема минеральной воды зарегистрировано достоверное снижение содержания общего холестерина до $5,8 \pm 0,5$ ммоль/л ($p < 0,02$) и триглицеридов до $1,3 \pm 0,1$ ($p < 0,003$).

Заключение. Проведенные нами исследования показали, что прием минеральной воды «Карачинская» у больных ИБС способствует снижению содержания общего холестерина и триглицеридов в сыворотке крови.

II.8.23

БАЛАНС ЭЛЕКТРОЛИТОВ НА ФОНЕ МОДУЛИРОВАННОГО ПРИЕМА МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ «КАРАЧИНСКАЯ»

А.Б. Кривошеев, П.П. Хавин, А.Д. Куимов
НГМА, Новосибирск, Россия

Цель. Оценка электролитного баланса при ежедневном модулированном приеме минеральной воды «Карачинская» в объеме 1000 мл в течение 10 дней.

Материалы и методы. Обследовано 22 больных (9 женщин и 13 мужчин) в возрасте от 46 до 58 лет (средний возраст $53,3 \pm 1,8$ года), страдающих различными вариантами ишемической болезни сердца. На фоне базисной терапии назначалась минеральная вода «Карачинская» в теплом виде (температура $18-22^\circ\text{C}$), негазированная, дозами по 200 мл в 8, 10, 12, 15 и 17 ч в течение 10 дней. Минеральная вода «Карачинская» относится к слабощелочным, ее хлоридно-карбонатная и натриевая минерализация составляет $2,0-3,0$ г/л. Исключался прием других жидкостей (чай, кофе, соки и др.). У всех больных до начала приема минеральной воды и через 10 дней (по окончании курса) определяли содержание калия, натрия, железа, кальция и хлоридов в сыворотке крови и моче.

Результаты и обсуждение. У 7 больных диагностирована стенокардия напряжения ФК 2–3, у 6 — постинфарктный кардиосклероз, у 6 — прогрессирующая стенокардия, у 2 — инфаркт миокарда подострая стадия и у 1 — аритмический вариант. Концентрация калия, натрия, кальция, железа и хлоридов в сыворотке крови обследованных больных на фоне ежедневного приема минеральной воды «Карачинская» в объеме 1000 мл не изменялась. При исследовании содержания электролитов в моче отмечена тенденция к повышению экскреции натрия со $122,5 \pm 12,5$ до $140,9 \pm 12,2$ ммоль/сут, железа с $0,5 \pm 0,1$ до $0,7 \pm 0,1$ ммоль/сут, хлоридов со $153,8 \pm 12,7$ до $169,7 \pm 12,3$ ммоль/сут. Напротив, концентрация калия уменьшилась с

$44,6 \pm 5,4$ до $36,2 \pm 5,2$ ммоль/сут, а кальция — с $2,8 \pm 0,6$ до $2,1 \pm 0,5$ ммоль/сут. Данные изменения не выходили за рамки контрольных значений.

Заключение. Модулированный прием минеральной воды «Карачинская» в объеме 1000 мл в течение 10 суток не вызывает дисбаланса электролитов в сыворотке крови и нарушений их экскреции с мочой.

II.8.24

ЗНАЧЕНИЕ ИРИДСКОПИИ ДЛЯ ВЫБОРА ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ КОРОНАРНЫХ БОЛЬНЫХ

А.В. Клеменов, М.А. Шаленкова
Военно-медицинский институт, Нижний Новгород, Россия

Физическая реабилитация — важный этап ведения острых коронарных больных (ОКБ), призванный восстановить способность к выполнению бытовых и производственных физических нагрузок.

Существование программы физической реабилитации ОКБ различаются темпами активизации больного; выбор той или иной из них определяется такими факторами, как возраст больного, глубина и распространенность некроза, наличие осложнений и сопутствующей патологии. Однако даже такой дифференцированный подход не гарантирует от осложнений в процессе проведения физических тренировок, поскольку игнорирует конституциональные особенности, влияние которых на течение ишемической болезни сердца (ИБС) хорошо известно.

Нами предложен способ физической реабилитации ОКБ, учитывающий наряду с традиционными критериями еще и конституциональные особенности больных, оцениваемые по индивидуальным чертам радужной оболочки глаза. Основанием к подобному способу послужили результаты иридологического обследования 250 больных с подтвержденным диагнозом ИБС, позволившие выделить типичные особенности радужки при данной патологии и сформулировать критерии иридодиагностики ИБС. При анализе особенностей течения ИБС у лиц с разным вариантом строения радужной оболочки глаза оказалось, что наличие радиально-лакунарного типа радужки ассоциировано с выраженностью болевого синдрома, большей продолжительностью острого периода и частотой рецидивов инфаркта миокарда. Таким образом, при равных прочих условиях у больных с радиально-лакунарным типом радужной оболочки глаза оправдан более щадящий режим физических тренировок. Результаты иридоскопии следует использовать при выборе программы физической реабилитации ОКБ.

II.8.25

УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РАЗНЫХ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ

Л.В. Лебедева, Ю.О. Ким, Т.Ю. Ласовская
Новосибирская медицинская академия, Новосибирск, Россия

Целью данного исследования было изучение влияния разных программ реабилитации на качество жизни больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ).

В исследование включены 115 мужчин (средний возраст — $54,4 \pm 1,2$ года), перенесших ИМ. Все пациенты были разделены на 4 группы: 1-я группа (30 чел.) — сравнения, в которой проводилась физическая реабилитация по общепринятым программам; 2-я группа (29 чел.) — физическая реабилитация была дополнена психологической (посещение школы для больных ИМ, прослушивание цикла музыкотерапии); 3-я группа (28 чел.) — физическая реабилитация в сочетании с бальнеолечением (камерными азотно-радоновыми ваннами); 4-я группа (28 чел.) — физическая реабилитация была дополнена в/в лазерной терапией.

Всем больным проведено психологическое тестирование (СМОЛ, тест Спилберга–Ханина, опросник Дженкинса), качество жизни оценивалось по Ноттингемскому профилю здоровья.

Анализ первой части Ноттингемского профиля здоровья показал, что средние значения показателей КЖ по всем шкалам были достоверно выше в группах больных, прошедших дополнительную реабилитацию, чем в группе сравнения. Наиболее высокие показатели КЖ у этих пациентов определяются по разделам «энергичность», «болевые ощущения», «социальная изоляция», «физическая активность».

Наиболее выраженное влияние состояния здоровья оказывает на работу: 63,3%; 37,5%; 40,9%; 47,6% (соответственно в 1, 2, 3 и 4-й группе), половую жизнь: 60,0%; 50,0%; 31,8%; 52,4% соответственно, а также на любимые занятия и полноценный отдых. Реже стали встречаться с друзьями 43,3% больных 1-й группы, 35,5% больных 2-й группы, 27,2% 3-й группы и 33,3% больных 4-й группы.

Проведенное исследование показывает, что дополнение стандартной программы физической реабилитации различными методиками (психотерапия, бальнеолечение, лазеротерапия) приводит к улучшению качества жизни больных, перенесших инфаркт миокарда.

II.8.26**ВЛИЯНИЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЕРАПАМИЛОМ НА ЧАСТОТУ РЕЦИДИВОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ КАРДИОВЕРСИИ**

С.Г. Канорский, В.В. Скибицкий, К.Б. Зингилевский
Кубанская государственная медицинская академия, Краснодар, Россия

Цель работы – в рандомизированном плацебо-контролируемом исследовании оценить эффективность приема верапамила в отношении предупреждения рецидивов фибрилляции предсердий (ФП) после электрической кардиоверсии (ЭК).

Проанализированы результаты успешной ЭК у 60 больных с ФП продолжительностью более 7 дней на фоне гипертонической болезни и/или ишемической болезни сердца. После проведения эхокардиографического исследования пациентов рандомизировали на 3 группы. Лица I группы (n=20) получали плацебо за 3 дня до и 1 месяц после ЭК. Больным II группы (n=20) назначался верапамил в дозе 240 мг/сутки за 3 дня до и 3 дня после ЭК, а пациенты III группы (n=20) продолжали принимать верапамил до 1 месяца после ЭК. Рецидив ФП на протяжении контрольного срока после ЭК наступал у 10 (16,7%) из 60 обследованных, причем у 8 (80%) из них – в течение первой недели. Наибольшая частота рецидивов – 5 (25%) из 20 отмечалась среди лиц I группы, тогда как во II и III группах их оказалось существенно меньше – 1 (5%) из 20 (p<0,01) и 2 (10%) из 20 (p<0,05) соответственно.

Таким образом, шестидневное назначение верапамила значительно снижает частоту ранних рецидивов ФП по сравнению с плацебо, но более длительная терапия этим антагонистом кальция не дает дополнительных преимуществ. Полученные результаты подтверждают возможность индуцирования аритмией изменений электрофизиологических свойств предсердий вследствие внутриклеточной перегрузки кальцием и сводят роль верапамила к коррекции «электрического ремоделирования».

II.9. ЛОР-болезни**II.9.1****ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ЭДАС 307» В ЛОР-ПРАКТИКЕ**

Л.А. Падун
Поликлиника Федерации независимых профсоюзов России,
Москва, Россия

Инфекции верхних дыхательных путей в практике ЛОР врача являются одним из частых поводов обращения к нему пациента. Но в условиях возрастающей в настоящее время аллергизации организма, появления лекарственных болезней и появления антибиотико-устойчивых штаммов микроорганизмов назрела необходимость назначения препаратов, действующих быстро, эффективно и безвредно. Нами был применен гомеопатический комплексный препарат МК «ЭДАС» – «ЭДАС 307» для лечения инфекций верхних дыхательных путей. Входящие в состав «ЭДАС 307» компоненты: Apis C6, Aconitum C3, Belladonna C3, Brionia C3, Gelsemium C3, Echinacea C3, сироп сахарный обладают сочетанным регулирующим воздействием на центральную нервную, лимфатическую и иммунную системы, слизистые и синовиальные оболочки. Доза препарата 1д С 3 р/день. Препарат назначается с учетом «принципа подобия». Противопоказания не выявлены. Нами было обследовано и пролечено 129 человек с инфекцией верхних дыхательных путей. Контрольные осмотры проводились на 2, 6, 12, 14-й день заболевания и через 10 недель. У всех пациентов заболевание протекало с повышением температуры, сопровождалось головными болями (36,7%), болями в ногах (60%), выраженной (20%), умеренной (60%), значительной (20%) гиперемией глотки. Выраженным и умеренным (73%) и незначительным (27%) затруднением глотания, выраженной и умеренной болью в горле (90%), умеренным (12%) и незначительным (30%) слюнотечением. Увеличение и болезненность подчелюстных п-узлов у 60 человек было умеренным у остальных незначительным. Через два дня от начала терапии «ЭДАС 307» у всех пациентов отмечено улучшение, значительное у 38,7%. Выздоровление к 10-му дню у 57,8%, у остальных значительное улучшение.

II.9.2**К ВОПРОСУ О РЕАБИЛИТАЦИИ В ЛОР-КЛИНИКЕ**

И.И. Барановский, Б.М. Зайдинер, Ю.А. Карюк, С.И. Юрьева
ЛПК «Здоровье», АД ЦББ, Ростов-на-Дону, Россия

Общеизвестно влияние хронической ЛОР-патологии на щитовидную железу, приводящее к формированию самоусиливающихся патогенетических циклов: инфекционный эндотоксикоз -> гипотиреозное состояние -> депрессия -> снижение уровня эндорфинов -> иммунодефицит -> персистирование ЛОР-патологии, гипотиреоз -> нарушение барьерной функции слизистых не только дыхательных путей, но и кишечника (поддерживающее воспалительный процесс) -> снижение абсорбции йода -> усугубление гипотиреоза; для районов, эндемичных по йоду, данный аспект приобретает особую остроту.

Применяемая в настоящее время терапия, как правило, купирует обострение, не обладая этиотропным действием и лишь ограниченно влияя на патогенез. С течением времени микрофлора (патогенная и условно патогенная) становится антибиотикорезистентной, наслаиваются невротические расстройства ипохондрического регистра: больные «обрастают» патологией (трахеобронхит, риносинусит, бронхиальная астма, пиелонефрит, колит и т.д.).

Нами предпринята попытка комбинированного воздействия на взаимоподдерживающие патогенетические циклы. Лечебно-реабилитационная программа включает следующие пункты: 1. Щадящая адекватная антибиотикотерапия с введением препаратов в лимфоути по Ю.М. Левину (зоны Юрьина), учитывая чувствительность флоры. 2. Коррекция функций щитовидной железы (при необходимости). 3. Детоксикация (лимфотропные процедуры, введение сорбентов). 4. Коррекция иммунологической напряженности (активационная терапия по Гаркави–Квакиной–Уколовой). 5. Коррекция невротических наслоений (малые дозы антидепрессантов). 6. Антиоксидантная терапия. 7. Физиотерапия (по показаниям).

Предлагаемый подход сокращает длительность острого периода заболеваний, резко снижает хронизацию процесса, ограничивает сопутствующую патологию и – что самое важное – с первых дней значительно улучшается общее состояние больных.

II.10. Наркология**II.10.1****ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ НАРКОМАНИИ В ГРУППАХ РИСКА В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ**

Н.Н. Усманова, М.Л. Рохлина, З.С. Умарова
НИИ наркологии МЗ РФ, Москва, Россия,
Ташкентский медицинский педиатрический институт,
Ташкент, Узбекистан

Наркомания на сегодняшний день представляет серьезную угрозу здоровью населения в мире в связи с эпидемиологическим характером распространения, особенно среди детей и подростков. Корни серьезно ухудшения наркологической ситуации среди детей и подростков лежат в большой мере в причинах специфических: наследственная предрасположенность, условия воспитания и другие средовые факторы, в частности, влияние группы сверстников. Нами было обследовано 111 подростков страдающих опийной наркоманией в возрасте от 14 до 16 лет. Средний возраст начала наркотизации 12±1,4 года. Из них 71,3% употребляли героин в чистом виде, 28,7% опий сырец в виде неочищенного препарата кустарного приготовления. Все подростки вводили наркотические вещества внутривенно. При исследовании у значительного числа больных в преморбиде выявилась пре- и постнатальная патология: патологическое течение беременности у их матерей в 23% случаев, патология родов матери у 44%, патология раннего постнатального периода у 33,8%. До начала употребления наркотиков в анамнезе отмечались перенесенные черепно-мозговые травмы в 33,8% случаев. В период наркотической интоксикации присоединились следующие соматические заболевания: токсическая миокардиопатия (у 37,5%), поражение печени (гепатит В у 21,2%, гепатит С у 8,7%, токсический гепатит у 16,2%), токсический гепатоз у 16,7%. Анализ наследственной отягощенности показал высокую отягощенность алкоголизмом, преимущественно среди отцов (у 45% больных). Был выявлен высокий уровень неблагоприятных условий воспитания, в частности 40% подростков воспитыва-

лись в неполных семьях. Среди мотивов первого потребления наркотиков наиболее часто встречалось любопытство, что свойственно детско-подростковому возрасту.

Как показал анализ клинического материала, указанные выше факторы: перинатальная патология, ранний возраст употребления наркотиков, наследственная отягощенность алкоголизмом явились наиболее значимыми неблагоприятными прогностическими факторами, определяющими скорость формирования наркомании у детей и подростков. Кроме того установлена высокая токсичность наркотических препаратов, которые повреждают печень и сердце в наиболее ранние сроки. Учитывая это, в педиатрической практике надо обращать особое внимание на подростков, у которых определяются отмеченные выше факторы и на этой основе создавать группы риска.

II.10.2

СТВОЛОВЫЕ СЛУХОВЫЕ ВЫЗВАННЫЕ ПОТЕНЦИАЛЫ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ И ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИЕЙ

*Ю.Л. Арзуманов, А.А. Абакумова, Р.Ф. Колотыгина, И.Н. Тверицкая
НИИ наркологии МЗ РФ, Москва, Россия*

Изучалось влияние хронической алкогольной и героиновой интоксикаций на подкорковые структуры головного мозга с помощью регистрации и анализа вызванного слухового стволового потенциала (ВССП) — единственного метода, позволяющего оценивать функциональное состояние подкорковых образований мозга у человека. Обследовано 80 больных алкоголизмом — пациентов клиники (в период отмены препаратов), в возрасте — от 34 до 46 лет (39 ± 2) и 76 здоровых лиц, в таком же возрасте, а также 60 больных героиновой наркоманией, в возрасте 15-21 года (17 ± 4) и 50 здоровых испытуемых того же возраста. Отчетливо показано достоверное удлинение латентных периодов III и V волн ВССП у больных алкоголизмом, что совпадает с литературными данными. Установлена корреляция изменений ВССП с прогрессивностью заболевания и длительностью злоупотребления алкоголем. Это свидетельствует о повреждающем действии хронической алкогольной интоксикации, выражающемся в замедлении проведения возбуждения по стволовым структурам мозга. Предполагается, что оно связано с развитием процесса демиелинизации нервных волокон, т.е. с появлением морфологических изменений в ЦНС. Полученные результаты расцениваются как имеющие прогностическое значение, так как ВССП дают информацию о нарастании нарушений в подкорковых структурах мозга по мере злоупотребления алкоголем. Наряду с этим в работе показано отсутствие каких-либо нарушений параметров ВССП у больных героиновой наркоманией. Очевидно, это связано с недостаточной длительностью интоксикации у большинства пациентов к моменту обращения этих больных в клинику по сравнению с больными алкоголизмом, у которых изменения параметров ВССП наблюдались при длительности злоупотребления алкоголем не менее 7 лет.

II.10.3

«КАЛЬЦИЕВЫЙ ПАРАДОКС» В ГЕНЕЗЕ АЛКОГОЛЬНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ МИОКАРДА

*В.Я. Лаптев, А.Р. Антонов, А.В. Ефремов
Медакадемия, Новосибирск, Россия*

Изменения параметров обмена кальция при острой алкогольной интоксикации на сегодняшний день остаются практически не изученными, равно как и отдаленные последствия острого алкогольного эксцесса. Следует отметить и определенное расхождение данных литературы о функциональных нарушениях миокарда при действии алкоголя: от полного отрицания кардиотоксического эффекта до признания алкоголя ведущим фактором риска кардиопатологии. Нами в эксперименте на крысах обнаружено, что гипокальциемия сопровождается изменением плазменно-лимфатических соотношений, начиная с 3-х суток. Вероятно, это обусловлено повышенным потреблением кальция в фазу острого стресса и ролью кальция как «вторичного мессенджера» для реализации многих приспособительных реакций, в том числе и со стороны сердечно-сосудистой системы. Снижение уровня кальция в плазме на 7-е сутки во многом может определяться повышенным накоплением его в органах и тканях, что прослеживается на примере миокарда. Именно на 7-е и 14-е сутки после введения этанола перегрузка кальцием миокарда приобретает выраженный характер, что является признаком кальциевой перегрузки и сопровождается острым повреждением ультраструктур кардиомиоцитов. Выраженность повреждения миокарда можно косвенно оценить по изменению соотношения Ca^{2+}/Mg^{2+} . Максимум это соотношение достигает на 7–14 сутки, причем в этот срок наблюдается высокая летальность в группе экспериментальных

животных. Наиболее вероятным является объяснение, в основу которого мы положили понятие о «кальциевом парадоксе». При этом возникает своеобразный «порочный круг»: повышение фосфолипазной активности в клетках миокарда под действием этанола поддерживается вторичными изменениями кальциевого гомеостаза. Наблюдаемые изменения в содержании кальция вполне соответствуют характеристикам «кальциевого парадокса» при транзитной коронарной недостаточности. Вероятно, алкоголь даже без развития выраженных ишемических повреждений миокарда может вызывать развитие «кальциевого парадокса» как компонента «алкогольной кальцифилаксии миокарда».

II.10.4

«ВТОРИЧНЫЙ МИКРОЭЛЕМЕНТОЗ» ПРИ ОСТРОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

*Е.Ю. Комкова, М.В. Тюрина, В.Я. Лаптев, А.В. Ефремов
Медакадемия, Новосибирск, Россия*

В динамике острой алкогольной интоксикации (ОАИ) на крысах Вистар нами изучалось содержание эссенциальных микроэлементов — железа, меди и цинка — и липидов в плазме и лимфе. Показано, что острая алкогольная интоксикация сопровождается развитием гомеостатического дисбаланса в обмене микроэlementов и липидов в системе «кровь — лимфа», который иллюстрирует патогенетический механизм при острой алкогольной интоксикации. Показана регуляторная компенсирующая роль лимфатической системы в межсистемном дисбалансе микроэlementного и липидного обмена при острой алкогольной интоксикации. Вследствие гипоксического повреждения ферментных систем печени алкоголем можно предположить, что уменьшение в плазме меди является следствием повышенной потребности в ней при активации синтеза ферментных метаболических процессов в гепатоцитах и главное — синтеза ферментов после их разрушения при острой алкогольной интоксикации. Это также может объяснить и повышение меди в лимфе, что в свою очередь усугубляет тяжесть дисметаболических нарушений в гепатоцитах. Снижение уровня цинка в плазме в ранний период может наблюдаться вследствие утилизации (повышенной потребности) этого МЭ в печени, что приводит к синтезу эндогенных металлотиионоинов. Известно, что ОАИ сопровождается выбросом в кровь глюкокортикоидов, которые повышают содержание цинка в гепатоцитах, причем это накопление связано с синтезом металлотиионоинов, способных усиливать метаболизм и выведение алкоголя и ацетальдегида и снижать токсичность последнего путем образования смешанных соединений. Полученные данные, учитывая сходство проявлений однократной алкогольной интоксикации у человека и животных, дают возможность наметить пути направленной клинической коррекции нарушений микроэlementного гомеостаза («вторичный микроэлементоз») с учетом его влияния на липидный обмен.

II.10.5

РЕГУЛЯЦИЯ ГОМЕОСТАЗА КАЛЬЦИЯ ПРИ ОСТРОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

*В.Я. Лаптев, А.Р. Антонов, А.В. Ефремов, М.В. Тюрина
Медакадемия, Новосибирск, Россия*

До сих пор вне сферы внимания клиницистов и представителей экспериментальной медицины остаются вопросы нарушения центральной регуляции кальциевого гомеостаза и прежде всего активности паратгормона. В единичных работах описывается гипопаратиреоз при хроническом алкоголизме, но в них отсутствует патофизиологический анализ выявленных изменений. Имеющиеся исследования электролитных и минеральных нарушений при острой алкогольной интоксикации разрознены и противоречивы. Нами изучалась концентрация паратгормона (ПТГ) в динамике острой алкогольной интоксикации у крыс Вистар. Показано, что острая алкогольная интоксикация вызывает отсроченное повышение уровня ПТГ в плазме, совпадающее по времени с пиком перегрузки миокарда кальцием и гиперкальциемией. На наш взгляд, это является отражением системной реакции на поддержание гемодинамических констант целого организма. В первые сутки сохранения физиологических концентраций этого гормона необходимо для поддержания нормального сосудистого тонуса и входа кальция в клетки (особенно в условиях гипокальциемии). Вероятно, в эти сроки кальциевый гомеостаз поддерживается через сохранение физиологических концентраций ПТГ, способствующих стационарно высокому входу кальция в гладкомышечные клетки сосудов. В более поздние сроки повышение уровня ПТГ может быть обусловлено его ролью ограничителя собственных возможностей; формируемая при этом вазомоторная реакция проявляется в виде расслабления сосудов и предохраняет сосуд от чрезмерных вазоконстрикторных реакций. Выявлен дизрегуляторный эффект острой алкогольной интоксикации на «ось» паратгормон — кальций в плазме эксперимен-

тальных животных. Впервые предложена концепция «алкогольной кальцификации миокарда» как специфического компонента алкогольного повреждения миокарда.

II.10.6

ЛИМФАТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА И ЭТАНОЛОВАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ

А.В. Ефремов, А.Р. Антонов, В.Я. Лаптев
Медакадемия, Новосибирск, Россия

Учитывая, что большинство исследователей считают алкогольный эксцесс стрессом, представляется оправданной обобщенная интерпретация полученных нами данных в рамках концепции стресса, но с некоторыми оговорками, касающимися неспецифических и специфических проявлений алкогольной интоксикации. На наш взгляд, алкоголь вносит определенные коррективы в течение стрессовой реакции, поскольку одновременно с активацией основных стресс-реализующих систем он стимулирует активность и стресс-лимитирующих, что сглаживает психо-эмоциональный и вегетативный субсиндромы стресса. С этой точки зрения роль лимфатической системы как одного из важнейших гомеостатов организма совершенно не изучена. Можно выделить два аспекта реакций лимфатического русла: сосудисто-двигательный и обменно-трансфузионный. При уменьшении уровня кальция и некоторых микроэлементов лимфангионы снижают ритм и амплитуду фазных сокращений, что закономерно приводит к депонированию жидкости и снижению объемного лимфоточка в сердце. При этом уменьшается нагрузка на миокард, но в условиях относительного дефицита объема циркулирующей жидкости подобная реакция лимфатической системы, скорее, напоминает «сшибку адаптации» подобно гиперальдостеронемии при сердечной недостаточности. В то же время есть все основания полагать, что проявления «болезни адаптации» со стороны лимфатической системы – «побочный эффект» компенсации сдвигов кальциевого статуса в плазме, о чем свидетельствует разнонаправленная динамика этих изменений. В целом же лимфатическая система нивелирует сдвиги параметров обмена биометаллов после острой алкогольной интоксикации.

II.10.7

СПОСОБ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ЭНДОГЕННОЙ ОПИОИДНОЙ СИСТЕМЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТРЕХСТУПЕНЧАТОЙ СХЕМЫ РЕГИСТРАЦИИ ПОРОГА НОЦИЦЕПТИВНЫХ РЕАКЦИЙ В КЛИНИКЕ НАРКОМАНИЙ

С.В. Литвинова
Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова,
Москва, Россия

Оценка состояния опиоидной системы, одним из маркеров которого является порог болевой чувствительности, является совершенно необходимой частью разработки патогенетически обоснованных методов терапии состояний толерантности и зависимости от психоактивных веществ в клинике. Без учета этого показателя на различных стадиях проявления заболевания применение антагонистов опиоидов может вызвать усиление абстинентного синдрома и гипералгезию в качестве проявлений усугубления патологии взаимодействия опиоидной и опиоид-деградирующих эндогенных систем. Нами был разработан трехступенчатый способ регистрации порога термоноцицептивных реакций для больных героиновой наркоманией. В качестве контроля тест применялся в группе здоровых испытуемых. Тест включает: 1) регистрацию порога ноцицептивной реакции при опускании 1 фаланги пальца руки в термостат с водой ($t=40^{\circ}\text{C}$) до появления первых неприятных ощущений; 2) воздействие на болевую точку руки путем сдавливания пальцами *m. interosseus dorsalis 1* с целью активации эндогенной антиноцицептивной системы посредством включения в ноцицептивную афферентацию не только АД, но и С-волокон; 3) регистрацию порога термоноцицепции через 10 мин после этого с целью определения сохранности функции эндогенной опиоидной системы. Данные, полученные на группе больных с низким порогом ноцицепции при поступлении, у которых наблюдалось увеличение фонового порога в 2-3 раза после активации болевой точки, дают основание предполагать эффективность предложенной нами схемы подавления активности энкефалиназы А (ЕС 3.4.24.11) малыми дозами налоксона (в которых он проявляет свойства ингибитора энкефалиназы) для терапии состояний толерантности/ зависимости без риска усиления абстиненции. Полученные данные будут сопоставляться с результатами определения активности энкефалиназы А в плазме крови этих больных – второго важнейшего маркера состояния эндогенной опиоидной системы. Работа поддержана Российским гуманитарным научным фондом (грант № 99-06-00155).

II.10.8

ИССЛЕДОВАНИЯ ДИНАМИКИ ПОРОГОВ ТЕРМОНОЦИЦЕПТИВНЫХ РЕАКЦИЙ БОЛЬНЫХ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИЕЙ С ЦЕЛЬЮ РАЗРАБОТКИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАННЫХ СРЕДСТВ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ

С.В. Литвинова, А.В. Надеждин, С.Н. Авдеев, С.Е. Хохлов,
В.В. Шульговский
Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова,
НИИ наркологии МЗ РФ, Москва, Россия

Проблема эффективного лечения героиновой наркомании сегодня является неразрешимой как на клиническом, так и на медико-биологическом уровнях. Успехи, достигнутые при коррекции ее отдельных синдромов, не привели к существенному повышению эффективности результатов медицинского вмешательства в целом. В этой связи поиск фундаментальных механизмов, лежащих в основе химической зависимости, представляется чрезвычайно актуальным. Изучение динамики порогов термоноцицептивных реакций проведено на 10 пациентах в возрасте 14-18 лет со сроками заболевания более года, находившихся на лечении в НИИ наркологии МЗ РФ. Определение порогов проводилось на: 1, 15, 30-й день. При исследовании порогов боли фиксировалось состояние пациентов по диагностической шкале тяжести заболевания, проводился забор крови для определения активности энкефалиназы А. Динамика порогов исследовалась на фоне индивидуально подобранной терапии. Анализ динамики порогов термоноцицепции, как одного из маркеров состояния эндогенной опиоидной системы, проведен с учетом нейрехимического субстрата применяемой терапии. Общим для группы явилось нивелирование ряда психопатологических симптомов в результате лечения, но вместе с тем наблюдалось снижение порогов болевой чувствительности к моменту выписки, что может свидетельствовать о гипофункции опиоидной системы, устранение которой является необходимым условием достижения длительной ремиссии, так как гипофункция опиоидной системы является патогенетической основой и причиной возобновления наркотизации. Полученные данные свидетельствуют о необходимости подавления активности энкефалиназы А малыми дозами налоксона, в которых он проявляет свойства ингибитора энкефалиназы, так как именно ее высокая активность, вызванная постоянным повышением концентрации опиоидов в ответ на их хроническое экзогенное введение, приводит в итоге к резкому подавлению функции эндогенной опиоидной системы и снижению синтеза энкефалинов. Работа поддержана Российским гуманитарным научным фондом (грант № 99-06-00155).

II.10.9

ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ УСТАНОВОК У БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЕЙ

В.Н. Курышов
Государственный медицинский университет, Саратов, Россия

Для лечебно-реабилитационного процесса при наркомании одно из важнейших значений имеют мотивационные факторы, в частности основные терапевтические значимые установки. Формирование указанных установок является одной из стержневых целей соответствующих этапов лечения и реабилитации.

Терапевтические установки рассматривались нами как система последовательных, трехэтапных, тесно взаимосвязанных между собой и взаимообуславливающих друг друга мотивационных образований, основными из которых являются установки: 1) на получение помощи и лечение, 2) на полный и окончательный отказ от наркотика, 3) на достижение позитивных лично и социально-значимых целей в жизни.

Кроме того, исключительно по клиническим критериям были выделены группы больных наркоманией с различными вариантами указанных типов терапевтических установок. Они дифференцировались по степени их сформированности и интегрированности в ядро личности и обозначались как внешние, промежуточные и внутренние. Проведенный сравнительный анализ установок по их компонентам показал наличие качественного своеобразия выделенных клинических вариантов терапевтических установок. При этом мы рассматривали установки не только как неосознаваемые и внешне не проявляющие себя мотивационные образования, а напротив, стремились определить их клинические проявления в когнитивной, аффективной сферах и поведении больных. Данный подход позволил выявить и описать клинико-психопатологическую структуру каждого клинического варианта основных этапных терапевтических установок, представленных когнитивными, аффективными и поведенческими компонентами.

В заключение можно отметить, что терапевтические установки и степень их сформированности у больных наркоманией могут являться критериями эффективности проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий.

II.10.10**ХАРАКТЕРИСТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ В АБСТИНЕНТНЫЙ ПЕРИОД У БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ**

П.П. Балашов, Н.В. Лабунька

Томский медицинский университет, Томск, Россия

Целью настоящей работы является изучение взаимосвязи эмоциональных расстройств абстинентного периода опийной наркомании с длительностью заболевания и максимальной разовой дозой вещества.

Обследовано 50 больных опийной наркоманией в абстинентный период.

Обследование психоземotionalной сферы проводилось посредством компьютеризированной методики «Предварительная оценка состояния психического здоровья» (П.П. Балашов с соавторами).

В результате обследования наблюдались следующие эмоциональные расстройства: гипотимия (68%), эмоциональная лабильность (68%), дисфория (50%), апатия (45%), тревога (27%), эмоциональная слабость с чувством страха (18%).

Эмоциональные нарушения наиболее часто и отчетливо фиксировались в группе, где стаж заболевания 5 и более лет. В структуре эмоциональных нарушений для этого периода (более 5 лет) наиболее характерны гипотимия и эмоциональная лабильность.

По нашим данным, наблюдалась определенная зависимость между отдельными симптомами заболевания и максимальной разовой дозой наркотического вещества. Эмоциональные нарушения наиболее выражены в группе, где максимальная доза вещества от 5 до 10 граммов. С увеличением разовой дозы наркотического вещества, как правило, нарастают эмоциональные нарушения.

Таким образом, полученный материал исследования позволяет установить, что для больных опийной наркоманией необходимо достаточно дифференцированно учитывать расстройства эмоциональной сферы. Спектр эмоциональных расстройств зависит от многих факторов, в частности от длительности заболевания и количества разовых доз.

II.11. Неврология**II.11.1****ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРЕХСТУПЕНЧАТОЙ СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ДИЭНЦЕФАЛЬНОГО СИНДРОМА**Е.В. Молдованова, Р.Е. Бачурин, В.С. Епихин, Л.Е. Панова
Клиническая больница СЖД, Ростов-на-Дону, Россия

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности трехступенчатой схемы лечения диэнцефального синдрома (F 45.3, МКБ-10). В исследование были включены 65 человек, из которых у 37 клинически установлены частые симпато-адреналовые пароксизмы, у остальных — тип пароксизмов характеризовался как смешанный.

Первой ступенью предлагаемой схемы явилось назначение альфа 1 и альфа 2-адреноблокатора-пророксана в дозе 0,015 г от двух до трех таблеток в день и одна таблетка сублингвально в момент приступа. При неэффективности присоединяли комбинированный препарат — беллоид (Gedeon Richter) в дозе от 1 до 2 драже 3 раза в день. При недостаточной эффективности первой и второй ступени терапии было рекомендовано добавление сочетанного курса ангиопротекторов (винпоцетин по 0,005 г 3 раза в день — 1 месяц) и заменой аминокислоты глицина по 0,1 г 4 раза в день сублингвально. «Суррогатными» переменными являлись: клинико-anamnestические данные, неврологический и общетерапевтический статус, результаты электроэнцефалографии.

Лечение дало положительные результаты у всех 65 больных и имело 3 степени эффективности:

Значительное улучшение — полное прекращение приступов, нормализация электроэнцефалографических показателей — было достигнуто у 57 больных, из них: на первой ступени — у 14 человек, на второй ступени — у 20 человек, на третьей ступени — у 22 человек; с улучшением — 5 человек; Незначительное улучшение достигнуто у 3 человек.

Данная схема в проводимом исследовании доказала свою высокую эффективность: у 95,4% пациентов достигнуто улучшение или значительное улучшение состояния. Предлагаемая схема может быть рекомендована для практического применения, так как обеспечивает достаточное улучшение качества жизни, является гибкой и экономически эффективной.

II.11.2**ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД РЕАБИЛИТАЦИИ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**И.А. Шарина, Н.Ф. Игнатенко, Н.Ф. Давыдкин
ММУ МСЧ № 1, СМГУ, Самара, Россия

В лазерном центре ММУ МСЧ № 1 г. Самары разработана и с успехом применяется программа лазерной реабилитации неврологических больных с заболеваниями головного мозга: последствия перинатальной патологии, последствия черепно-мозговых травм, гидроцефальный синдром, пороксизмальные состояния по типу синкопальных, эпилепсия.

Программа включает 3 курса лазеротерапии с интервалом 2-3 месяца. Курс состоит из 15 процедур. Воздействие осуществляется внутриканальным гелийнеоновым лазером от аппарата «Ягода» и полупроводниковым лазером «Мулат» с мощностью излучения на конце световода 2 мвт, а также по так называемым эпилептогенным точкам аппаратами АФЛ, «АГНИС», «Мустанг-026 БИО». Кроме того, облучаются точки вертебро-базиллярного бассейна. Лечение проводится на фоне снижения дозы седативных препаратов с последующей отменой их в конце курса.

Эту программу мы используем с начала 1998 года при лечении стационарных и амбулаторных пациентов.

За прошедшие 2 года такое лечение в полном объеме получили 4 детей в возрасте от 1 до 12 лет и 82 взрослых пациента от 15 до 48 лет.

Результаты таковы. После первого курса прекратились эпилептиформные приступы, головные боли беспокоят значительно меньше, нормализовался сон, улучшение памяти и внимания проявилось в повышении работоспособности и результативности. По данным компьютерной томографии признаки гидроцефалии исчезли. На повторных реоэнцефалограммах отмечена нормализация пульсового кровенаполнения сосудов полушарий мозга.

Таким образом, применение лазеротерапии в неврологической практике можно считать эффективным средством, снижающим медикаментозную нагрузку, расширяющим возможности патогенетической терапии и позволяющим добиваться значительной реабилитации.

II.11.3**КЛИНИЧЕСКИЕ И ПАРАКЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ МИНИМАЛЬНОЙ МОЗГОВОЙ ДИСФУНКЦИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА**В.В. Линьков, И.В. Уткин, В.В. Белова, Д.А. Ширстов, А.Е. Новиков
Клиника Ивановской государственной медицинской академии, Иваново, Россия

Широкая распространенность и высокая социальная значимость резидуальных перинатальных поражений нервной системы в виде минимальной мозговой дисфункции (ММД) у лиц молодого возраста (от 18 до 35 лет) определяют необходимость разработки диагностических критериев этого синдрома. На наш взгляд, диагностика ММД должна основываться на трех группах критериев: анамнестических, клинических и параклинических.

I. Анамнестические (факторы риска) содержат указания на гипоксическо-ишемические, токсические или травматические повреждения головного мозга в пре- и перинатальном периодах, с развитием легкой или среднетяжелой энцефалопатии. В детском возрасте у таких больных нередкими являются фебрильные пароксизмальные состояния, аффективно-респираторные кризы, повышенная возбудимость, беспокойный сон. В дошкольном и школьном возрасте у них развиваются невротоподобные расстройства — энурез, тики, заикание, а также импульсивность, невнимательность, отвлекаемость, девиантные формы поведения. В ряде случаев прослеживается роль генетических факторов в развитии семейных форм ММД.

II. Клинические критерии включают общемозговые симптомы в виде цефалгий, головокружений, расстройств сна и бодрствования, вестибулопатии, признаки дисплазии, неврологические рассеянные микроочаговые и локальные симптомы. Наиболее типичной является недостаточность XII, реже — III, IV, VII черепных нервов. Двигательные нарушения характеризуются дискоординацией по типу статико-локомоторных нарушений, недостаточностью тонких дифференцированных движений, отдельных хореоформных и тикоидных гиперкинезов. Нередко выявляется мышечная дистония, анизофлексия, в том числе диссоциация глубоких рефлексов по оси, рефлексы орального автоматизма. Характерными являются вегетативные нарушения перманентного или пароксизмального характера в рамках психовегетативного синдрома.

III. Параклинические критерии:

1. при психофизиологическом тестировании определяется повышенная инертность нервных процессов, психическая дезадаптация, преобладание процессов возбуждения над торможением, снижение качества сенсомоторной координации и способности к произвольной регуляции движений;

2. при анализе электроэнцефалографических обследований выявляются признаки дисфункции медио-базальных образований мозга в виде сла-

женности зональных различий, вспышек α – θ -активности, а также единичные острые волны в ряду основного ритма, особенно при выполнении функциональных нагрузочных проб;

3. по данным транскраниальной доплерографии с оценкой метаболического, миогенного и нейрогенного контуров ауторегуляции мозгового кровообращения обнаруживаются признаки дисфункции церебральной гемодинамики, в том числе венозные дисциркуляторные изменения;

4. при магнитно-резонансном и компьютерно-томографическом исследовании определяются признаки асимметрии черепа и полушарий мозга, умеренная водянка мозга, единичные или множественные участки пониженной плотности мозгового вещества, в ряде случаев гидромии и петрификаты.

Совокупность данных, полученных неврологом при сборе анамнеза, клиническом неврологическом обследовании и проведении параклинических методов обследования, является основанием для постановки диагноза минимальной мозговой дисфункции у молодых взрослых.

II.11.4

К ВОПРОСУ ВТОРИЧНЫХ ЦЕНТРАЛЬНЫХ ГИПЕРТЕНЗИЙ ГИДРОЦЕФАЛЬНО-ГИПЕРТЕНЗИВНОГО ГЕНЕЗА

И.В. Уткин, В.В. Линьков, С.Б. Сергиевский, С.Е. Мясоедова, О.И. Кутырева

Клиника Ивановской государственной медицинской академии, Иваново, Россия

Диагностика и дифференциальная диагностика артериальных гипертензий различного генеза были и остаются одними из наиболее трудноразрешимых задач клинической медицины. Особое место среди вторичных артериальных гипертензий занимают так называемые центральные гипертензии, верификация которых возможна только при содружественной работе неврологов, терапевтов и кардиологов. Наиболее трудна для диагностики центральная гипертензия, в основе которой лежат нарушения ликвородинамики головного мозга. Целью настоящей работы послужила выработка клинических критериев, позволяющих заподозрить вторичную артериальную гипертензию центрального гипертензивно-гидроцефального генеза. Проанализировав большой клинический материал ведения таких больных мы сочли возможным предложить следующие критерии:

Катамнестические данные: наличие указаний на поражение головного мозга инфекционного, травматического или гипоксического генеза во время беременности и родов. Ликвородинамические кризы с дебютом в детском и юношеском возрасте. Синдром повышенной нервно-психической возбудимости в детстве.

Клинические данные: Долихоморфная форма черепа, выраженные признаки венозной дисгемии головного мозга, значительно повышенное артериальное давление и несоответствие самочувствия его уровню (относительно хорошая переносимость артериальной гипертензии), повышение сухожильных рефлексов со стороны нижних конечностей, симптомы Ласка-Якобсона, слабость конвергенции глазных яблок и симптом Грефе. Часто психические расстройства либо по типу олигофрении в легкой степени дебильности, либо по параноально-аффективному типу.

Данные инструментальных методов исследования: на реоэнцефалографии часто отмечается феномен типа «щелема Кайзера», чаще во фронтально-мастоидальных отведениях, а также признаки затруднения венозного оттока из полости черепа, определяемые чаще в окципито-мастоидальных отведениях. Ультразвуковое доплеровское исследование сосудов головного мозга, как правило, находит умеренно или ярко выраженные признаки венозной дисгемии. Эхоэнцефалоскопия дает признаки расширения желудочковой системы мозга, в первую очередь, третьего желудочка, наличие дополнительных эхосигналов. На краниограмме патогномичным для внутричерепной гипертензии будет усиление пальцевых вдавлений и сосудистого рисунка. Решающую роль в подтверждении диагноза вторичной артериальной гипертензии гидроцефально-гипертензивного генеза мы отводим компьютерной томографии головного мозга.

Диагностика *ex juvantibus*: обычные антигипертензивные средства, как правило, недостаточно эффективно снижают артериальное давление, наилучший гипотензивный эффект отмечается при назначении быстрых диуретиков типа фуросемида парентально или диакарба по общепринятой схеме короткими курсами, усиливает гипотензивный эффект также назначение пироксана 0,015 по 1-2 драже 3 раза в день, отмечен позитивный эффект от терапии арифеноном 5 мг в сутки.

Мы полагаем, что вторичная артериальная гипертензия центрального гипертензивно-гидроцефального генеза значительно чаще встречается в человеческой популяции, она реально фигурирует в диагнозах. Распознать ее или, во всяком случае, заподозрить возможно на уровне любого звена здравоохранения, для этого нужно лишь обобщить данные различных методов исследования, учитывать клиническую картину и лечебный эффект антигипертензивных средств и двигаться по направлению к правильному диагнозу в тесном взаимодействии с неврологом.

II.11.5

ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОСТИНСУЛЬТНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ

Н.Г. Катаева, Е.Г. Таткина, А.Ю. Левина, И.Ю. Якимович СГМУ, кафедра нервных болезней, ЛФК, Томск, Россия

Сложность реабилитации постинсультных пациентов заключается в коморбидности сосудистых и аффективных расстройств, что отягощает течение инсульта, влияет на когнитивную функцию, ухудшает качество жизни. Цель исследования: изучить частоту депрессивных расстройств у пациентов с поражением левой и правой гемисферы в различный период инсульта. Разработать комплекс мер, направленных на увеличение функциональных резервов организма, компенсацию нарушенных функций, социальную адаптацию. Материал и методы: изучался неврологический статус пациентов с разной степенью выраженности двигательных нарушений, речевых расстройств. Оценка депрессии проводилась по МКБ-10. Клинико-психиатрическое исследование дополнялось тестированием по опросникам Шихана, Бека, Цунта, Спилбергера. Проведено скрининговое обследование 120 больных с ишемическими и геморрагическими инсультами в возрасте от 28 до 75 лет с поражением левой и правой гемисферы. Пациенты имели разную степень моторного дефицита, речевых нарушений. Результаты: аффективные расстройства у постинсультных больных в ранний период выявлены в 72% случаев. Статистически достоверной разницы в частоте возникновения депрессии у лиц с поражением левой и правой гемисфер не было. В 35% случаев наблюдались тревога и депрессия, в 27% – депрессивный эпизод, в 10% – невротические расстройства. У 5% пациентов отмечалось состояние депрессии с деменцией. Восстановительное лечение включало базисную терапию с применением сосудистых, ноотропных, противоотечных препаратов с подключением (в случае необходимости) антидепрессантов. С 1-11 недели после инсульта применялись индивидуальная пассивная и активная гимнастика для мускулатуры лица, конечностей, звуковая гимнастика для артикуляционных мышц, массаж, тепловые процедуры. Проводилась рациональная психотерапия (отслеживание и коррекция иррациональных убеждений). При динамической оценке состояния пациентов отмечались снижение тревожности, повышение активности, улучшение настроения, сна, восстановление (частичное или полное) бытовых и трудовых навыков.

II.11.6

СКЭНАР-ТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

О.С. Забродина, Н.Г. Катаева

СГМУ, кафедра нервных болезней, Томск, Россия

Проблема коррекционно-восстановительного лечения больных с неврологической патологией на сегодня не является решенной. В отдельных случаях медикаментозная терапия не оказывает положительного воздействия, и в подобных ситуациях дальнейшее лечение возможно осуществлять, применяя нейрорадаптивный электростимулятор СКЭНАР – 97.4. Данная терапия по механизму своего действия оказывает влияние на нейрорегуляторные взаимоотношения между центральной нервной системой, иммунной и эндокринной системами путем выработки регуляторных пептидов (РП). Электрическое воздействие СКЭНАРом на множество мест, как правило, связанное со скоплением нервных окончаний, выбор специальных зон (зоны Захарьина-Геда, СУ-ДЖОК, 3 дорожки и 6 точек) приводит к высвобождению разнообразных РП, открывает возможность новых функциональных сочетаний, что совместно с другими гуморальными факторами позволяет создать регуляторный континуум, способный справиться практически с любым заболеванием. СКЭНАР-терапия была проведена в ранний и поздний реабилитационный периоды 97 больным с различной неврологической патологией: перинатальное поражение нервной системы, последствие черепно-мозговых травм и нейроплексий, ишемический инсульт, хроническая дисциркуляторная энцефалопатия, остеохондроз позвоночника с корешковыми нейроцифическими синдромами. Из них 36 – дети, 61 – взрослые. У всех больных изучалось состояние энергетического уровня каналов тела в соответствии с древнекитайским учением о меридианах. В результате применения СКЭНАР-терапии отмечалась положительная динамика, которая проявлялась в стойком анальгезирующем эффекте, улучшении сна и настроения, стабилизации артериального давления, повышении активности пациентов. Применение СКЭНАР-терапии в реабилитационном периоде показывает значительное улучшение общего состояния, нормализацию нарушенных функций, ускорение выздоровления и уменьшение выраженности патологических процессов. Обладает выраженным противобольным и противоотечным действием. Эффективна при неотложных состояниях.

II.11.7**ИНДУКТОР ИНТЕРФЕРОНА ЦИКЛОФЕРОН В ЛЕЧЕНИИ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА**

*В.Я. Неретин, С.В. Котов, О.П. Сидорова, О.В. Москалец, Л.А. Медведева
МОНИКИ, Москва, Россия*

Рассеянный склероз — аутоиммунное заболевание, в патогенезе которого играет роль изменение интерферонового статуса. Интерфероны оказывают иммуномодулирующий эффект. Они являются цитокинами и обеспечивают обмен сигналами с иммунокомпетентными клетками. Под их влиянием увеличивается экспрессия антигенов к IgG на клеточных мембранах, увеличивается синтез других цитокинов, в частности, ФНО и ИЛ-2, продукция супероксидных радикалов, увеличивается функциональная активность NK-клеток, моделируется активность Т-супрессоров. По происхождению выделяют 3 вида интерферонов: α -интерферон-лейкоцитарный; β -интерферон-фибробластный; γ -интерферон-иммунный. У больных рассеянным склерозом отмечается снижение показателя интерферонового статуса. В связи с этим актуальным является назначение индукторов интерферона, к которым относится циклоферон — синтетический низкомолекулярный индуктор интерферона. Он индуцирует синтез «раннего» интерферона α -типа и небольшое увеличение синтеза γ -интерферона. Гиперактивная фаза на стимуляцию циклофероном продолжается 48 часов. Цель работы — изучить эффективность лечения рассеянного склероза циклофероном. Под нашим наблюдением находились 6 больных рассеянным склерозом. Циклоферон назначали по 2 мл внутримышечно через день, 10 инъекций. До и после лечения определяли уровень антител к основному белку миеллина (АТОБМ) и проводили балльную клиническую оценку по шкале инвалидизации и шкале Эллисона. До назначения циклоферона уровень АТОБМ у больных варьировал от 273 до 4000 мкг/мл. После курса лечения уровень АТОБМ снизился у всех больных и наиболее существенно (до 428 мкг/мл) у больного со значением показателя, равным 4000 мкг/мл до лечения. Но уровень АТОБМ не достиг нормального значения, несмотря на его снижение. При оценке клинического статуса больных рассеянным склерозом до и после лечения циклофероном по шкале инвалидизации улучшение зарегистрировано в 2 случаях, а при исследовании по шкале Эллисона — в 5 из 6 случаев. Назначение циклоферона, таким образом, приводит как к клиническому, так и к иммунологическому улучшению состояния у больных рассеянным склерозом.

II.11.8**К КОМПЛЕКСНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ВТОРИЧНОЙ КОНТРАКТУРЫ МЫШЦ ЛИЦА**

*Л.Я. Лившиц, С.Л. Широков, Ю.М. Райгородский
9-я городская клиническая больница, Саратов, Россия*

Вторичная контрактура мышц лица (ВКМЛ) — нередкое осложнение невротии лицевого нерва (НЛН). В её происхождении заметную роль играет локальный мышечный гипертонус, что связывают с повышением чувствительности денервированных мышц к ацетилхолину. Для воздействия на этот компонент патогенеза ВКМЛ нами было использовано локальное введение 2%-го раствора новокаина методом магнитофореза в область поражённой половины лица в сочетании с электропунктурой биологически активных точек здоровой половины. Для этой цели бегущее импульсное магнитное поле, которое, помимо собственного благотворного влияния на гомеостаз, может являться активным кондуктором по отношению к различным лекарственным веществам, в обычных условиях не проникающим через кожные покровы. При этом исходили из того, что новокаин при всасывании тормозит образование ацетилхолина и тем самым понижает возбудимость периферических холинореактивных систем. Для усиления эффекта транскутанного проведения новокаина применяли диметилсульфоксид, и сам по себе обладающий ценными при НЛН лечебными свойствами. Осуществление такого комплексного физиотерапевтического воздействия обеспечивалось с помощью оригинального серийного аппарата «АТОС-МндЭП». Курс лечения давал наилучший результат в начальной стадии ВКМЛ, вплоть до полного исчезновения субъективных симптомов контрактуры лица. Однако объективные признаки ВКМЛ при этом, как правило, ещё сохранялись, либо уменьшались частично. Это означает, во-первых, необходимость повторных лечебных процедур, а, во-вторых, целесообразность применения данного метода ещё на раннем этапе формирования контрактуры, возможно, даже в профилактических целях.

II.11.9**КВЧ-ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ СРЕДНЕЙ ЛЕСТНИЧНОЙ МЫШЦЫ**

*О.Н. Марков, Е.Ф. Левицкий
НИИКиФ, Томск, Россия*

Реабилитация больных с неврологическими проявлениями шейного остеохондроза является актуальной задачей ортопедической неврологии. Для её решения используется широкий арсенал физических факторов, в том числе с применением низкоэнергетических информационных методов, включая КВЧ-терапию. Однако её использование является ограниченным из-за отсутствия ясности по поводу специфического действия, направленного на коррекцию конкретных патогенетических механизмов при синдромах шейного остеохондроза. У 45 больных в возрасте $38 \pm 1,6$ лет, 79% которых составляли женщины, был диагностирован синдром средней лестничной мышцы (Я.Ю. Попелянский, 1996). Выявлены характерные симптомокомплексы заболевания: болевой (БС), мышечно-тонический (МТС) с ограничением наклона и поворота шеи в противоположную сторону БС, вегетативно-сосудистых нарушений в верхних конечностях (СВСН), поражения передней зубчатой мышцы с формированием «scapula alata» (СПЗМ). С лечебной целью использовалось КВЧ-излучение в диапазоне 59–63 ГГц с учётом благоприятного времени воздействия по суточной динамике биологически активных точек (БАТ), определяемой в 9,12,18,21 часов методом R. Voll. Воздействие осуществлялось на три зоны: грудина, передне-верхняя скапулярная болевая точка, межлопаточная зона со стороны БС. Частота излучения подбиралась индивидуально по значению проводимости БАТ перед первой процедурой и в отдельных случаях корректировалась по сенсорным реакциям пациента, время воздействия на зону 8-10 минут, курс лечения состоял из 9-11 процедур. В результате проводимой терапии отмечалась выраженная положительная динамика со стороны БС, МТС, СВСН, несмотря на сохранность гипотрофии ПЗМ и феномена крыловидной лопатки. Встречаемость болей в лопатке уменьшилась на 62,1%, причём средняя степень болезненности заинтересованных мышц уменьшилась на 1,3. Увеличился до нормы объём движений в шейном отделе позвоночника. Седативный эффект сочетался с уменьшением мышечного тонуса, что подтверждает теорию рефлекторного действия КВЧ излучения с участием подкорковых структур головного мозга. Встречаемость вегетативно-сосудистых нарушений уменьшилась на 27,6%.

II.11.10**ВЛИЯНИЕ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ НА ВЕГЕТАТИВНУЮ РЕГУЛЯЦИЮ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ ПОЗВОНОЧНИКА**

*О.В. Достовалова
НИИ курортологии и физиотерапии, Томск, Россия*

В настоящее время общепризнанным является положение о том, что практически нет заболеваний, в развитии и течении которых не играла бы роль вегетативная нервная система. Наиболее лабильной, чутко реагирующей на все изменения среды, является сердечно-сосудистая система. Частота сердечных сокращений отражает конечный результат многочисленных регуляторных влияний на сердце. Механизм регуляции синусового ритма сердца при воздействии физических и психических факторов реализуется в основном через изменение вегетативной регуляции ритма, оцениваемой методом кардиоинтервалографии. Кардиоинтервалография — метод изучения и оценки процесса регуляции синусового сердечного ритма, который отражает адаптационно-компенсаторные перестройки организма. Для характеристики центрального вегетативного контура регуляции сердечного ритма рассчитывают индекс напряжения (ИН). Пациентам с заболеваниями периферической нервной системы кардиоинтервалография проводилась до и после курса лазеротерапии. Было обследовано 20 пациентов, которые в зависимости от исходного вегетативного тонуса разделились на две группы: с нормальным и повышенным ИН. Воздействие лазером проводилось на биологические активные зоны в зависимости от локализации поражения. Повторное обследование после лечения показало, что у пациентов с нормальным исходным тонусом индекс напряжения достоверно увеличился ($p < 0,01$), выйдя за границу нормы. Это указывает на увеличение влияния симпатического отдела ВНС и возрастание напряжения регуляторных систем. В группе больных с индексом напряжения выше нормы наблюдалось его снижение до нормальных значений ($p < 0,01$), что можно расценивать как положительную тенденцию к уменьшению напряженности систем адаптации и сбалансированной работе симпатического и парасимпатического отделов. Таким образом, по данным проведенной работы отметим выраженное положительное влияние лазеротерапии на восстановление адаптационно-компенсаторных возможностей организма у больных с высоким вегетативным тонусом. Что касается пациентов с исходно нормальным тонусом, то, возможно, воздействием лазерным излучением несколько обостряет течение заболевания. Это тем более доказывает, что проблема требует дополнительного исследования.

II.11.11**КОРРЕЛЯЦИИ МЕЖДУ ДИАГНОСТИКОЙ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПО ОПРОСНИКАМ ДЕПРЕССИИ И ДИАГНОСТИКОЙ ПО СИСТЕМЕ СОЛОМАТОВА У БОЛЬНЫХ С ИНСУЛЬТАМИ**

Н.Г. Катаева, А.Ю. Левина, Е.Г. Таткина
Клиника нервных болезней СГМУ, Томск, Россия

Цель: Расширение возможностей и повышение достоверности выявления аффективных расстройств у больных с инсультами. Наличие аффективных расстройств (депрессии) у больных с инсультами является важным фактором, во многом определяющим прогноз и особенности течения заболевания. В то же время распространённая в настоящий момент диагностика подобных расстройств сопряжена с определенными затруднениями, например сложности вербального контакта при опросе. Для повышения достоверности обследования и простоты выполнения диагностики использована рефлекторная связь между состоянием ЦНС и состоянием меридианов акупунктуры. С точки зрения традиционной медицины, к состоянию депрессии относится поражение меридианов легких, толстого кишечника, поджелудочной железы и желудка. По системе Соломатова обследовано 50 пациентов с инсультами. Обследование не представляло затруднений, в среднем занимало 8-15 минут. Выявлено 104 пораженных меридианов, относящихся к группе связанных с состоянием депрессии. Предварительный диагноз постинсультной депрессии выставлен 36 пациентам.

Эта же группа пациентов была обследована с применением опросников Бека, Шихана, Цунга. Выявлено наличие выраженных аффективных расстройств у 39 пациентов, что составило 92,3% соответствия между диагностикой аффективных расстройств по общепринятым методикам и диагностикой по системе Соломатова.

Выводы: Диагностика по системе Соломатова аффективных расстройств (депрессии) достоверно коррелирует с общепринятыми методиками диагностики. Может широко применяться в неврологии, психиатрии, психологии.

II.11.12**ВОЗМОЖНОСТИ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКИ ПО СИСТЕМЕ СОЛОМАТОВА СОПУТСТВУЮЩЕЙ ВИСЦЕРАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ С ИНСУЛЬТАМИ**

Н.Г. Катаева, А.Ю. Левина
Клиника нервных болезней СГМУ, Томск, Россия

Трудности обследования пациентов с сосудистой мозговой катастрофой, имеющих сопутствующую висцеральную патологию, связаны с тяжестью общего состояния, нарушениями уровня сознания, расстройствами речи. Обследовано 50 пациентов с ишемическими и геморрагическими инсультами в острейший и острый период развития болезни. Наряду с неврологическим обследованием больным проводилась экспресс диагностика по системе Соломатова сопутствующей висцеральной патологии. Под наблюдением находилось 26 мужчин и 24 женщины. У 31 пациента была поражена левая гемисфера, у 15 правая, у 4-х больных вертебро-базиллярный бассейн. Висцеральная патология, выявленная по системе Соломатова в 85% случаев подтверждена в последующем параклиническими методами исследования (ЭКГ, УЗИ, ФГС, рентгенологическими, МРТ и КТ). Экспресс диагностика вместе с уточняющим опросом занимает 8-15 минут. В случае нарушения вербального контакта с пациентами оценка проводилась по болевой реакции. Более высокий процент висцеральной патологии выявлен у пациентов с поражением левой гемисферы (87% — 75%).

Выводы: 1. Использование экспресс диагностики по системе Соломатова высокоэффективно для целей выявления сопутствующей висцеральной патологии у больных в острый период инсульта. 2. Может быть рекомендована для широкого применения невропатологами, врачами-интернистами.

II.11.13**ЗАВИСИМОСТЬ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНСУЛЬТА ОТ ОБЩЕГО ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА (ИНЬ — ИЛИ ЯН-СОСТОЯНИЯ)**

Н.Г. Катаева, В.Г. Соломатов
Клиника нервных болезней СГМУ,
Медицинский центр доктора Соломатова, Томск, Россия

По системе Соломатова в клинике нервных болезней СГМУ диагностировано энергетическое состояние 50 пациентов (26 мужчин и 24 женщины) с геморрагическими и ишемическими инсультами. Выявлено 24 человека — в Ян-состоянии, 26 — в Инь-состоянии. Наблюдение за пациентами в

острый период инсульта показало особенности течения болезни в зависимости от энергетического состояния пациента. Несмотря на равнозначную степень нарушения двигательной функции, наличие афатических расстройств у больных с поражением левой гемисферы, пациенты в Ян-состоянии были более активны, раньше пытались садиться, встать (несмотря на ограничения со стороны медперсонала). Острейший период инсульта эти пациенты переносили более тяжело, нередко с расстройствами сознания, психомоторным возбуждением, эпилептиками. По прошествии этого периода пациенты быстро активизировались, настаивали на ранней выписке из стационара.

Напротив, у пациентов в Инь-состоянии не настолько тяжело протекал острый период болезни, однако они медленнее «выходили» из болезни, в среднем на 8-11 дней дольше. У них длительное держались общемозговая симптоматика, подавленное настроение, раздражительность, слезливости, они пессимистично оценивали свое состояние.

Выводы: 1. Пациенты в Ян-состоянии достоверно имеют более благоприятный прогноз заболевания, несмотря на то, что острейший период инсульта у них значительно тяжелее.

2. Использование диагностики по системе Соломатова энергетического состояния пациента эффективно помогает прогнозировать исход болезни и формировать тактику индивидуального лечебного воздействия.

II.11.14**АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПОСТИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ (ИНЬ ИЛИ ЯН-СОСТОЯНИЯ)**

Н.Г. Катаева, В.Г. Соломатов, А.Ю. Левина, Е.Г. Таткина
Клиника нервных болезней СГМУ,
Медицинский центр доктора Соломатова, Томск, Россия

Цель: Исследование частоты депрессивных расстройств у постинсультных больных в зависимости от общего энергетического состояния Инь или Ян. Материалы и методы: обследовано 50 пациентов и ишемическими и геморрагическими инсультами в первые 4 недели развития болезни. 26 мужчин и 24 женщины были диагностированы по системе Соломатова для определения Инь или Ян-состояния. Клинико-психиатрическое обследование дополнялось использованием опросников Шихана, Бека, Цунга, Спилберга, Ханина.

Результаты: Диагностикой по системе Соломатова выявлено 22 человека в Ян-состоянии и 28 в Инь-состоянии. Тревожные и депрессивные расстройства выявлены у 27 (96,4%) больных, имеющих Инь-состояние, и у 12 (54,5%) больных в Ян-состоянии.

Выводы: 1. Тестирование больных с инсультами в 1-й месяц болезни по опросникам депрессии и тревоги выявило значительно более высокий процент депрессивных расстройств у пациентов в Инь-состоянии. Пациенты в Ян-состоянии быстрее выходят из острого периода, у них реже встречается коморбидность с аффективными расстройствами.

2. Диагностика по системе Соломатова общего энергетического состояния позволяет эффективнее прогнозировать исход и течение болезни, а также индивидуально прогнозировать тактику лечебного подхода.

II.11.15**ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ ДИСТАЛЬНЫХ ПОЛИНЕЙРОПАТИЙ ПРИ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ**

И.П. Картамышев, А.А. Чейда, Н.В. Алексеева, О.В. Калинина
Ивановская государственная медицинская академия, Иваново, Россия

С целью определения эффективности применения физических факторов в лечении дистальных полинейропатий при вибрационной болезни нами на базе терапевтического отделения Областной клинической больницы было проведено обследование 81 больного с данной патологией.

Все больные были разделены на группы, сопоставимые по полу, возрасту, давности и степени тяжести заболевания.

1-ю группу составили 20 больных, получавших акупунктуру наряду с медикаментозной терапией, во 2-й группе (20 больных) наряду с медикаментозной терапией применяли сочетание акупунктуры и лазеротерапии, проводимой с аппарата «Элат» (890 нм). В 3-й группе (21 больной) применяли лазеротерапию наряду с медикаментозной терапией. 4-ю группу составили 20 больных, которым наряду с медикаментозной терапией применяли традиционную физиотерапию. В контрольную группу вошли 20 «здоровых» лиц. Всем больным до и после лечения проводились исследования болевой, вибрационной чувствительности, электронейромиография, определялось состояние вегетативной нервной системы.

В результате исследований нами были получены следующие результаты. Восстановление вибрационного чувства на верхних конечностях наибо-

лее эффективно происходило в 1-й группе (57%, $p < 0,001$) и 2-й группе (52%, $p < 0,001$) в сравнении с 3-й и 4-й группами 33,5%, $p < 0,01$ и 15%, $p > 0,05$ соответственно. На нижних конечностях лучшие результаты получены в 1 группе — 26,5%, $p < 0,05$. При исследовании болевой чувствительности на верхних конечностях достоверные изменения получены в 1-й (35%, $p < 0,001$) и 2-й группах (28,7%, $p < 0,01$). Изменения на нижних конечностях были статистически недостоверны во всех группах. Исследование скорости распространения возбуждения (СРВ) по эфферентным и афферентным волокнам периферических нервов выявило лучшее восстановление показателей в 1 группе: СРВ эфф в/к — 26%, $p < 0,001$, СРВ эфф в/к — 11,5%, $p < 0,01$, СРВ эфф н/к — 15,5%, $p < 0,001$, СРВ афф н/к — 21%, $p < 0,001$.

Таким образом, наиболее эффективными методами лечения дистальных полинейропатий при вибрационной болезни являются акупунктура и ее сочетание с лазеротерапией.

II.11.16

КОРРЕКЦИЯ ГРАНДАКСИНОМ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ В НЕВРОЛОГИИ

Ю.Н. Быков

Иркутский государственный медицинский институт, Иркутск, Россия

Приспособление человека к постоянно возрастающему темпу жизни является одним из механизмов его адаптации в окружающей среде. Нередко под влиянием острого или хронического эмоционального стресса происходит срыв адаптационных механизмов, что приводит к возникновению психовегетативных расстройств.

Одним из возможных путей улучшения качества жизни больных с данной патологией является прием транквилизаторов, в частности грандаксина.

Исследование эффективности препарата проводилось в двух группах. В первой группе (9 человек) наблюдались страдающие неврозами, во второй (5 человек) — больные с дисциркуляторной энцефалопатией I стадии. Применялось несколько клинических шкал: уровень тревоги определялся по шкале Шихана, депрессии — по шкале Гамильтона, заполнялась анкета оценки сна. У больных с неврозами заполнялась анкета вегетативных проявлений, во второй группе использовался опросник качества жизни. Исследование проводилось дважды: до лечения и на 14-й день приема грандаксина.

Были получены следующие результаты. У больных неврозами наблюдался достоверный регресс вегетативных расстройств ($p < 0,02$), уменьшилась выраженность тревоги ($p < 0,006$), улучшился эмоциональный фон ($p < 0,005$), нормализовался сон ($p < 0,02$). Среди больных второй группы также отмечено положительное влияние грандаксина: снизился уровень тревоги ($p < 0,02$), уменьшились проявления депрессии ($p < 0,003$), улучшилось качество жизни больных ($p < 0,03$). Некоторый регресс диссомнических расстройств у больных с хроническими формами нарушения мозгового кровообращения наблюдался, однако он не достиг статистически значимого порога ($p < 0,07$).

Проведенное клиническое исследование выявило значительную эффективность использования транквилизатора грандаксина у больных с психовегетативными расстройствами при неврозах. Представляет интерес использование грандаксина с целью коррекции псевдоневрастических проявлений при дисциркуляторной энцефалопатии, что может улучшить качество жизни таких больных.

II.11.17

РЕОЛОГИЯ ЭРИТРОЦИТОВ ПРИ ОСТРОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ

И.Е. Савельева, Л.И. Краснощекова, С.Б. Назаров

Ивановская государственная медицинская академия.

Кафедра нервных болезней, Иваново, Россия

В соответствии с целью работы проведено обследование 182 человек: 81 больной с верифицированным большим инсультом (БИ), 32 — с неверифицированным БИ, 44 — с малыми формами острой церебральной ишемии (ОЦИ) (20 — с малым инсультом, 24 — с транзиторными ишемическими атаками), 25 человек составили контрольную группу.

Во всех группах изучались показатели деформируемости (ПД) и агрегации эритроцитов (АЭ): средний размер агрегата (СРА), показатель агрегации (ПА), процент неагрегированных эритроцитов (ПНА).

Верификация характера инсульта проводилась посредством компьютерной и магнитнорезонансной томографии.

Проведенные исследования показывают, что при верифицированных БИ наблюдалось достоверное снижение относительно контрольной группы ПД ($p < 0,001$) и ПНА ($p < 0,001$), увеличивались СРА ($p < 0,001$) и ПА ($p < 0,001$). При сравнении верифицированных БИ с малыми формами ОЦИ выявили в первом случае снижение ПД ($p < 0,01$) и ПНА ($p < 0,001$) и

увеличение СРА ($p < 0,001$) и ПА ($p < 0,01$). В то же время показатели реологии эритроцитов при верифицированных БИ отличались и от неверифицированных БИ: снижались ПД ($p < 0,01$) и ПНА ($p < 0,05$), повышался ПА ($p < 0,05$).

В нашем исследовании показано, что максимально АЭ изменена именно при верифицированных БИ, чего не отмечалось при других ОЦИ.

Данные изменения необходимо учитывать при диагностике. Выяснение их роли в патогенезе инфаркта мозга открывает новые возможности для профилактики и лечения ОЦИ, которая занимает на данный момент одно из важнейших мест в патологии человека.

II.11.18

ТИПЫ ТЕЧЕНИЯ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ СОСТОЯНИЙ

Л.И. Краснощекова, И.П. Ястребцева

ИГМА, Иваново, Россия

Инсульты головного мозга занимают одно из ведущих мест в структуре cerebrovasкулярных заболеваний. Они нередко сопровождаются у выживших больных стойкими резидуальными изменениями мозга, приводя к высоким показателям утраты трудоспособности и первичной инвалидизации.

В настоящем исследовании представлены результаты обследования 172 пациентов в отдаленном периоде мозгового инсульта. Повторные инсульты перенесли 45 пациентов (26%).

По клиническому течению отдаленного периода инсульта определялось 2 его варианта: ремиттирующий (толчкообразный) и галопирующий. Наиболее частым (147 случаев, 85,5%) являлось ремиттирующее течение. При этом варианте органические расстройства, развившиеся в острой стадии инсульта, в восстановительном и отдаленном периодах имели тенденцию к регрессу, в то время как при галопирующем течении (25 случаев, 14,5%) они быстро нарастали. Эта прогрессивность касалась прежде всего психоорганического, паркинсоновского, спастикопаретического и псевдобульбарного синдромов.

К критериям, определяющим галопирующий тип течения постинсультного состояния, относились: кризовое течение артериальной гипертензии, развитие инсульта на фоне уже имеющейся хронической сосудистой патологии, а также повторные кардиocereбральные атаки, экзогенные вредности (курение, злоупотребление суррогатами алкоголя, гиподинамия), физический труд при начальном или неполном среднем образовании, возраст старше 60 лет, снижение содержания липопротеидов высокой плотности в крови, множественный характер стенозов магистральных артерий головы и очагов поражения мозговой ткани, лейкоартеоз и выраженное расширение ликворосодержащих пространств.

Критериями ремиттирующего типа являлись: избыточная масса тела, единичные окклюзирующие поражения магистральных артерий головы, умственный труд и высшее образование, прохождение курсов традиционного профилактического лечения, незначительное или умеренно выраженное расширение ликворных путей.

Индивидуальный подход в каждом конкретном случае, профилактика критериев галопирующего течения помогут в реабилитации постинсультных больных.

II.11.19

ОДИН ИЗ АСПЕКТОВ НЕЙРОИММУННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ

Н.Н. Маслова, Е.В. Семакова

Смоленская государственная медицинская академия, Смоленск, Россия

Различные аспекты отдаленных последствий травматической патологии головного мозга до настоящего времени актуальны. Одним из наиболее часто встречающихся последствий травмы мозга является посттравматическая эпилепсия (ПТЭ).

Патогенез последствий черепно-мозговой травмы (ЧМТ) тесно связан с иммунологическими изменениями. Целесообразным и обоснованным представилось более углубленное изучение сложных и окончательно невыясненных механизмов связи между нервной и иммунной системами.

Проведено неврологическое и иммунологическое обследование группы пациентов (19–40 лет) с последствиями ЧМТ различной степени тяжести в форме посттравматической эпилепсии. В клинической картине данного контингента больных, помимо пароксизмального синдрома, регистрировалась стойкая рассеянная неврологическая микросимптоматика. На компьютерных томограммах практически у всех пациентов выявлялась та или иная очаговая патология. Иммунологическое обследование состояло в исследовании цитокинового статуса — ФНО-а и ИЛ-1b в сыворотке крови. Определение уровня данных показателей осуществлялось иммуноферментным методом. Результаты оценки уровня ФНО-а и ИЛ-1b показали

достоверное повышение ($p < 0,005$) выраженности исследуемых показателей у больных с ПТЭ. В среднем содержание ФНО-а в сыворотке крови таких больных почти в 11 раз и ИЛ-1b в 7 раз превышало их содержание у здоровых доноров.

ФНО-а и ИЛ-1b — медиаторы воспаления, высокий уровень активности которых указывает на наличие неспецифического воспалительного процесса ЦНС у больных с ПТЭ. Известно, что длительное воспаление, вызывающая нарушения метаболизма клеток, часто приводит к деструкции тканей, неся ответственность за прогрессивность течения заболевания.

Выявленные патогенетические особенности имеют большое значение для объективизации текущего патологического процесса в ЦНС, диагностики и назначения адекватной терапии больным с ПТЭ.

II.11.20

ВЛИЯНИЕ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ НА ЭНДОКРИННЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ БАРРЕ-ЛЬЕУ

Н.А. Иванова, В.А. Павлов, В.В. Сергеев

Смоленская государственная медицинская академия, Смоленск, Россия

40 женщинам, страдавших синдромом Барре-Льеу (задний шейный симпатический синдром), у которых основным неврологическим проявлением были цефалгии, радиоиммунологическим методом определяли гипофизарные и половые стероидные гормоны: ЛГ, ФСГ, тестостерон, пролактин, 17 β -эстрадиол. В контроле обследовано 52 женщины с учетом менструальной функции, возраста и основных антропометрических данных. У преобладающего большинства больных отмечена тенденция к снижению общей концентрации как гипофизарных, так и половых гормонов по сравнению с контрольной группой женщин.

Всем пациенткам проводилась терапия непрерывным гелий-неоновым низкоинтенсивным лазерным излучением с длиной волны 0,63 мкм на область проекции верхнего шейного симпатического узла. Значительный регресс клинических проявлений после курса лазеротерапии отмечен у 72% больных и независимо от возраста сочетался с повышением уровней гипофизарных, половых стероидных гормонов до их значений в контроле. Если концентрация исследуемых гормонов после лазеротерапии приближалась к таковой в группе контроля, то полный субъективный и объективный эффект наступал через 2,5–3 недели.

Таким образом, лазеротерапия на область проекции верхнего шейного симпатического узла у больных с синдромом Барре-Льеу приводит к нормализации измененного базального уровня секреции гормонов гипофизарно-гонадной системы.

II.11.21

БИОХИМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

В.М. Алифирова, Ю.Ю. Орлова

СГМУ, Томск, Россия

У больных рассеянным склерозом (РС) с увеличением продолжительности заболевания возникают нарушения в различных системах организма, что затрудняет реабилитацию пациентов.

Нами обследовано 69 больных РС со средней длительностью заболевания 8,2 \pm 0,6 года. Тяжесть неврологического дефицита шкале Куртцке у пациентов была 5,0 \pm 0,2 балла. Группа контроля — 18 здоровых лиц. У всех обследованных определялось содержание лейкоцитов и лимфоцитов; в липидном экстракте из лимфоцитов определялось количество общих липидов и общих фосфолипидов; фракции нейтральных липидов и фосфолипидов получали методом тонкослойной хроматографии. В сыворотке крови исследовалось содержание малонового диальдегида (МДА) и супероксиддисмутазы (СОД). Содержание лейкоцитов у больных РС было выше, чем у здоровых (6,1 \pm 0,3 и 5,2 \pm 0,1 \cdot 10⁹/л, $p < 0,001$); абсолютное содержание лимфоцитов в крови у больных РС и здоровых не отличалось. В лимфоцитах больных РС выявлено увеличение общих фосфолипидов по сравнению со здоровыми: соответственно 0,17 \pm 0,01 мкг/мл и 0,04 \pm 0,01 мкг/мл, $p < 0,05$. Достоверных различий в соотношении фракций фосфолипидов не выявлено. В спектре нейтральных липидов больных РС выявлено увеличение незатерифицированных жирных кислот до 11,9 \pm 0,4%, у здоровых 10,3 \pm 0,6% ($p < 0,05$). Содержание малонового диальдегида у больных РС составило 25,7 \pm 4,1 мкмоль/л, у здоровых 18,8 \pm 1,2 мкмоль/л, $p < 0,05$. Содержание СОД у больных РС 43,2 \pm 4,1 Е/л, у здоровых 21,5 \pm 1,7 Е/л ($p < 0,01$).

Выводы. У больных РСГ имеются выраженные нарушения липидного состава лимфоцитов, усиление перекисного окисления липидов, а также напряжение в антиоксидантной системе организма, требующие соответствующей коррекции.

II.11.22

К ВОПРОСУ О ДИНАМИКЕ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Т.А. Валикова

Сибирский государственный медицинский университет, Томск, Россия

Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) — актуальнейшая проблема неврологии, обусловленная высоким показателем распространенности, смертности и инвалидизации больных. В Сибири в г. Новосибирске ОНМК занимают в общей структуре заболеваемости у женщин первое, а у мужчин второе место.

Проведена сравнительная оценка частоты ОНМК на материале клиники нервных болезней Томского медицинского университета.

Сравнивались показатели частоты ОНМК и приходящих нарушений мозгового кровообращения (ПНМК) с 1987 по 1989 г. и с 1997 по 1999 г. Больные были распределены по полу и возрастным группам.

За период 1987–1989 г. в клинику поступило 346 больных, из них с ишемическим инсультом 82%, с геморрагическим инсультом 5,5%. с ПНМК 12,4% больных. В 1997–1999 г. выявлен 473 больной: с ишемическим инсультом 82,6%, с геморрагическим инсультом 7,6%, с ПНМК — 9,7%. Таким образом, в 90 годах количество больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга увеличилось на 127 человек, что составило 36,7%, преимущественно за счет больных с ишемическим инсультом.

Ишемический инсульт в 80-х годах чаще встречался у мужчин, чем у женщин (61,6% и 37,4% соответственно). В 90-х годах эти соотношения изменились и составили 44,3% у мужчин и 55,7% у женщин.

В возрастно-половом аспекте ишемический инсульт чаще развивался у лиц в возрасте от 40 до 60 лет, что было отмечено в 80-х и 90-х годах.

Полученные нами данные являются достаточно тревожными. Они указывают на рост ОНМК в городах Сибири. Это требует экстренного создания комплекса мероприятий по организации специализированной службы оказания помощи больным, а также системы мер профилактики и реабилитации.

II.12. Нейрохирургия

II.12.1

МОНИТОРИНГ БОЛЬНЫХ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРИГЕМИНАЛЬНОЙ НЕВРАЛГИИ ВНУТРИКРОВАТНЫМИ БЛОКАДАМИ

Е.Л. Соков, Р.В. Клепиков, П.А. Ганжула

РУДН, Москва, Россия

На кафедре нервных болезней и нейрохирургии РУДН разработана авторская концепция ТН: дистрофически-дегенеративные изменения костной ткани лицевого черепа приводят к гиперферментации от внутрикостных медленнопроводящих рецепторов, дезорганизуют взаимодействие между ноцицептивными и антиноцицептивными структурами мозга, осуществляющих проведение болевой чувствительности и ее регуляцию, что приводит к формированию стойкой патологической алгической системы и реализует пароксизмальный тригеминальный болевой синдром. На основе этой концепции для лечения ТН применяются внутрикостные блокады (ВКБ).

Под нашим наблюдением находилось 40 пациентов с ТН. Преобладали пациенты пожилого и старческого возраста: свыше 60 лет было 29 (72,5%) человек. Длительность заболевания была самой различной: до года у 11 (27,5%), а свыше 10 лет у 17 (42,5%) человек. Пациенты обратились за лечением в момент обострения заболевания. Правосторонняя локализация боли отмечена у 17 пациентов, левосторонняя — у 23.

О терапевтической эффективности ВКБ судили по изменению болевого синдрома, который оценивался до, во время и после лечения с помощью русифицированного Мак-Гиловского болевого опросника (рассчитывался индекс боли, ранговый индекс сенсорной, аффективной и эвалютивной шкал). Анализ динамики болевого синдрома показал, что под действием ВКБ происходило снижение величин всех показателей. Наибольшие изменения наблюдались в аффективной шкале, что характерно для регресса хронического болевого синдрома. За время лечения с применением ВКБ, пациенты снижали принимаемую дозу карбамазепина в 2-3 раза, а 15 пациентов полностью отказались от него. Предложенный способ лечения эффективно устраняет тригеминальный болевой синдром, способствует снижению дозы карбамазепина, с полным отказом от него. Данный метод прост в применении и может быть рекомендован для широкого применения.

II.12.2**ПРИМЕНЕНИЕ ПРОДЛЕННОЙ ИВЛ У НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

А.Г. Ломакин, И.В. Молчанов
ГКБ им. С.П. Боткина, Москва, Россия

Цель работы: провести оценку различных режимов респираторной поддержки у нейрохирургических больных с разной степенью неврологического дефицита и разработку алгоритма отлучения от респиратора.

Использованные методы: мониторинг показателей параметров ИВЛ и функции внешнего дыхания; легочного газообмена и системного транспорта кислорода, центральной гемодинамики термодилуционным методом, контроль интракраниальной сатурации, ЭЭГ исследования, оценка неврологического статуса по шкале комы Глазго–Питтсбург.

Результаты: исследовано 25 больных с различной нейрохирургической патологией: внутримозговые гематомы, ушибы и опухоли головного и спинного мозга. Исследования проводились при последовательной смене режимов ИВЛ: механическая вентиляция легких, синхронизированная перемежающаяся механическая вентиляция легких, постоянное положительное давление в дыхательных путях (до 5 см вод.ст.) вместе с поддержкой давлением, оксигенотерапия. Переходы с режима респираторного замещения (CMV) на режим поддержки (SIMV, PSV) и тренинга (PSV) осуществлялись только при стабильном соматическом и неврологическом статусе больного. По результатам исхода больные разделены на 2 группы: 1-я — кома до 27 баллов, 2-я — кома 28–35 баллов. Показатель комы менее 27 баллов ассоциируется с вегетативным состоянием и глубокой инвалидизацией больного, что требует больших трудозатрат при выживании и последующем уходе. Количественное соотношение больных: 1-я группа — 17 больных (68%), 2-я группа — 8 больных (32%). Средняя продолжительность респираторного замещения в 1-й группе была 25,4 сут.; во 2-й группе респираторное замещение длилось в среднем 10,6 сут.

Выводы: ИВЛ у нейрохирургических больных является необходимым методом лечения. Длительность и эффективность тесно зависят от неврологического статуса больного. Если в процессе лечения у больного формируется стойкое вегетативное состояние (кома не более 27 баллов), то резко увеличиваются как длительность ИВЛ, так и сроки лечения, как правило, такие больные в последующем остаются глубокими инвалидами. Отлучение больного от респиратора с глубоким неврологическим дефицитом очень трудоемко и предъявляет повышенные требования к оборудованию. К сожалению, ведение таких больных очень дорогостоящее, а результат — инвалидизация больного, поэтому необходима мощная реабилитационная служба для дальнейшего поддержания их жизни и постоянного ухода.

II.12.3**ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛИГАМЕНТАРНО-ФОРАМИНАЛЬНОГО СТЕНОЗА**

Х.А. Мусалатов, А.Г. Аганесов, В.И. Тельпухов, М.Т. Сампиев,
И.В. Шахабов
Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Нами было оперировано 16 больных по поводу корешкового синдрома, обусловленного компрессией сосудисто-нервных образований интрафораминальными связками. У всех больных была клиника корешковой компрессии (L4–L5, L5–S1). Диагноз был подтвержден МРТ исследованием во всех случаях. Все пациенты получали консервативное лечение от 3 до 6 мес с неудовлетворительным результатом. В настоящее время при данной патологии чаще всего выполняют расширение канала за счет удаления нижней фасетки дугоотростчатого сустава. При наличии в области латеральных отверстий межпозвоночных каналов связочного аппарата мы предлагаем гораздо более щадящую операцию. Операция производится под общим обезболиванием в коленно-локтевом положении больного с применением микрохирургической техники. После обработки операционного поля устанавливаются две иглы ориентируясь перпендикулярно коже на стороне, противоположной месту разреза, для того чтобы избежать образования гематомы в зоне операции. Иглы направлены на нижний и верхний края поперечных отростков пораженного сегмента позвоночника. Положение игл контролируется ЭОП. Разрез длиной 3 см производится параллельно остистым отросткам, отступая от них кнаружи. Фасцию рассекают дугообразным разрезом и на держалках откидывают к остистым отросткам. Затем разделяют параспинальные мышцы латеральнее фасеточных суставов. Визуализируют спинномозговую корешок. Тупым путем выделяют интрафораминальную связку латерального отверстия межпозвоночного канала и иссекают ее. Для контроля декомпрессии производят ревизию межпозвоночного канала с помощью специального зонда. Фасцию и кожу ушивают, оставляя дренаж.

Отличные и хорошие результаты получены у 14 больных, у 2 больных удовлетворительные результаты, сохранились боли до 4–6 нед.

II.13. Онкология**II.13.1****ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ОНКОЛОГИИ**

В.И. Чиссов, В.В. Соколов
МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва, Россия

Фотодинамическая терапия (ФДТ) выгодно отличается от традиционных методов лечения злокачественных опухолей: избирательностью поражения опухоли; отсутствием токсических реакций, угнетающих систему кроветворения и иммунной защиты, возможностью многократного повторения курсов лечения и отсутствия признаков развития резистентности; а также возможностью сочетанного использования ФДТ с традиционными методами лечения (операция, лучевая терапия, химиотерапия, лазерная хирургия и др.).

В МНИОИ им. П.А. Герцена (совместно с ГНЦ «НИОПИК», ИОФ РАН и др.), в течение последних 8 лет, проводятся широкомасштабные клинические и экспериментальные научные исследования по данной проблеме: разрабатываются и испытываются новые фотосенсибилизаторы; создается и апробируется диагностическая и терапевтическая лазерная аппаратура, проводятся клинические испытания новых методик ФДТ опухолей основных локализаций.

За период с 1992 по 1999 г. в МНИОИ им. П.А. Герцена метод ФДТ применен более чем у 400 больных. К ФДТ оказались чувствительными большая часть злокачественных опухолей, включая химио- и радиорезистентные формы. Выявлена четкая закономерность зависимости эффективности ФДТ от размеров и глубины инвазии опухоли — полная и стойкая регрессия опухоли чаще достигалась при поверхностных и узловых формах роста (до 1-3 см) и составляла до 95%.

При частичном удалении опухоли и применении многокурсовой ФДТ отмечен эффект стабилизации опухолевого процесса, замедленный рост первичной опухоли, позднее метастазирование, а в 15% наблюдений удалась, после 2-3 повторных курсов, добиться полной регрессии.

Считаем, что метод ФДТ имеет наибольшие перспективы у двух категорий онкологических больных:

1) у инкурабельных, по соматическому статусу, пациентов и у лиц преклонного возраста при раннем первично-множественном раке кожи, бронхов, пищевода, желудка, мочевого пузыря, влагалища и прямой кишки — для выполнения радикального или условно-радикального лечения,

2) у инкурабельных онкологических больных с осложненными местно распространенными формами рака и метастатическим характером поражения. В этой группе ФДТ позволяет: значительно уменьшить объем опухоли или даже получить клиническую ремиссию; восстановить проходимость полого органа; остановить кровотечение; санировать поверхность распадающейся опухоли; добиться стабилизации опухолевого процесса.

Считаем перспективным направлением — создание методов лечения, где ФДТ сочетается с хирургической операцией (пред-, интра- и послеоперационная ФДТ), лучевой, химиотерапией, а также с лазер- и СВЧ индуцированной гипертермией.

II.13.2**ЛАЗЕРНО-ФИТОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ХИМИОТЕРАПИИ**

С.В. Стражев, С.В. Скальский, Д.Д. Плетнев, Н.П. Латынцева, А.В. Глотов,
В.Н. Меркулов
Омский областной онкологический диспансер, медицинская академия,
Омск, Россия

Под наблюдением находилось 709 больных, получавших курсы полихимиотерапии. Рак молочной железы — 376 (53,8%), злокачественные лимфомы — 123 (17,6%), рак гениталий — 65 (9,3%), рак легкого — 62 (8,9%), рак прочих локализаций — 83 (10,4%). Основная масса больных получала неоднократные и жесткие курсы полихимиотерапии. Токсическое воздействие на гемопоэз наблюдалось в 75% случаев. Отмеченные осложнения: лейкопения I-II степени — 55%, лейкопения с анемией (гемоглобин 60-70 г/л) — 20% случаев.

Для коррекции данных осложнений 124 пациента, наряду с общеизвестными методами лечения миелодепрессии, получали фитосбор из лекарственных растений Омской области (чага, солодка и др.) в сочетании с

внутривенным лазерным облучением крови на аппарате АЛОК-1 (Россия 3.095.007 ТУ) – 7-10 сеансов продолжительностью 30-60 минут. Положительная динамика наблюдалась уже через 3-5 сеансов лазерного облучения крови. Увеличивалось число лейкоцитов, нормализовался уровень гемоглобина, улучшались показатели иммунограмм. Клинически отмечалось улучшение состояния больных, нормализация температуры тела, восстановление аппетита и сна. Все больные выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, применение фитосбора из лекарственных растений Омской области в сочетании с внутривенным лазерным облучением крови позволяет рекомендовать эти методы для коррекции гематологических осложнений химиотерапии у онкологических больных, что улучшает результаты лечения и «качество» жизни онкологических больных.

II.13.3

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*А.Е. Сухарев, О.И. Иванов, М.Н. Добренский, И.В. Качанов, Т.Н. Ермолаева, И.А. Беда
Медакадемия, Астрахань, Россия*

Изучена общая и безрецидивная 5-10-летняя выживаемость у 472 женщин 40-70 лет с I-II стадиями (Т 1-2 NОМО) рака молочной железы (РМЖ) после радикальной мастэктомии (РМЭ) – 1 группа больных и 494 больных 2Б и 3Б (Т 1-3 N1-2 M0) стадиями РМЖ после комплексного лечения: РМЭ + лучевая терапия (ЛТ) + полихимиотерапия (ПХГТ) – 2 группа больных, лечившихся в Астраханском областном онкологическом диспансере.

Так, в 1-й группе больных вышеуказанные показатели находятся в пределах от 82,4±2,4% до 58,6±8,6% – 51,5±6,0%, что значительно ниже аналогичных показателей ОНЦ РАМН.

Обращает внимание тенденция к сближению показателей 5-10-летней выживаемости как ранних, так и поздних стадий РМЖ. Это может свидетельствовать как о недостаточной оценке прогностических факторов на этапах первоначальной диагностики и регистрации больных, так и о недостаточности только РМЭ и необходимости комплексного лечения для улучшения отдаленных результатов лечения РМЖ 1-2А стадий.

Для улучшения качества жизни, уменьшения побочных воздействий ЛТ и ПХГТ и реабилитации больных с поздними стадиями РМЖ проводим корригирующую терапию специальными фитосборами, витаминными и микроэлементными комплексами, иммуномодуляторами преимущественно отечественного производства: Кламин, Алфит, Ветрон, спленин, тималин, тимоген, левамизол, реаферон, а также американского производства: картилейт, ультрамин и др.

В контроле за лечением используем иммунохимические тесты на лактоферрин, острофазовые белки, опухолевые маркеры, гормоны.

II.13.4

ОПЫТ ПРЕПАРАТА «ПЕПИДОЛ ПЭГ» В КОРРЕКЦИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ХИМИОТЕРАПИИ

*С.В. Стражев, Э.Г. Потиевский
Омский областной онкологический диспансер, Омск, Россия*

Использование в лечении онкологических больных противоопухолевых лекарственных средств часто сопровождается побочными реакциями: осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта (тошнота, рвота, стоматит, диарея) встречаются от 10 до 80% случаев.

Для устранения этих побочных явлений нами использовалась пищевая пектиновая добавка для лечебного питания – ПЕПИДОЛ ПЭГ в качестве лечебно-профилактического препарата в период проведения химиотерапии у 43 онкологических больных с различными показаниями.

В схеме лечения химиотерапии использовались антрациклин, препараты платины, фторурацил, метотрексат и др. У данных больных, проходивших курсы лечения, возникли явления диареи разной степени проявления. Для коррекции диареи принимался 5% раствор ПЕПИДОЛ ПЭГ по 25 мл через 3-4 часа с перерывом на сон. До нормализации состояния, которую стали отмечать начиная с 2-х суток, а точнее нормализация стула наступила в среднем на 4-5 сутки.

Из-за обострения сопутствующей возрастной патологии (ИБС, хронический холецистопанкреатит и др.) у 4 (9,3%) пожилых больных применялась трансфузионная детоксикационная терапия растворами глюкозы, филлипса, гемодеза, с консультацией терапевта.

Исходя из результатов, мы считаем, что пектиновый препарат ПЕПИДОЛ ПЭГ полностью купирует проявление диареи, позволяет сократить затраты на лечение и пребывание больных в стационаре.

II.13.5

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «МЕТАСТРОН» ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С КОСТНЫМИ МЕТАСТАЗАМИ

*Д.С. Мечев
Киевская медицинская академия последипломного образования,
Киев, Украина*

Введение. Число больных с метастазами в кости при раке различных локализаций постоянно возрастает, что предопределяет необходимость использования принципиально новых подходов к лечению этого вида патологии. С этой целью использован метод системной радионуклидной терапии, основанный на введении препарата «Метастрон» ⁸⁹Sr.

Материал и методы. Эффективность применения препарата «Метастрон» (Никомед-Амершам) изучена у 56 больных с множественными метастазами рака молочной (36) и предстательной (20) желез в кости. Препарат вводился путем внутривенной инъекции активностью 150 Мбк (4 мки). Локализация и количество метастазов, при гистологически подтвержденных формах первичных опухолей, определялись с помощью остеосцинтиграфии ^{99m}Tc-фосфатами, рентгенологических методов и метода магнитно-резонансной томографии (МРТ). Эффективность лечения определялась клинически, а также с помощью указанных методов и радиоиммунологического анализа (РИА) содержания в крови СА 15-3 (молочная железа) и PSA (предстательная железа).

Результаты. К моменту написания данной работы (октябрь 1999 г.) сроки наблюдения за пациентами составляют 16-24 (10), 12-16 (24), 8-12 (22) месяцев. 18 больным препарат вводили дважды, 15 – трижды. Все больные, кроме двух, живы, без болевого синдрома, который постепенно уменьшался, начиная с 1-3 недели после инъекции и длился, как правило, 5-7 месяцев.

Анализ качества жизни пациентов, особенно при введении метастрона дважды в год, выявил увеличение работоспособности (отказ от анальгетиков), а также снижение уровней щелочной фосфатазы, СА 15-3, PSA, стабилизацию остеосцинтиграфической картины, склерозирование литических метастазов (МР-томография). Побочных явлений после введения препарата не наблюдалось.

Выводы. Опыт клинического использования метастрона при радионуклидной терапии костных метастазов дает основание положительно оценить этот метод лечения:

- улучшение качества жизни больных, имеющих множественные метастазы в кости;
- снижение (отказ) потребления наркотиков и анальгетиков;
- задержка прогрессирования болезни;
- исключение необходимости проведения дистанционной лучевой терапии в указанные сроки наблюдения.

II.13.6

ХИМИОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА МАТОЧНОЙ ТРУБЫ

*Г.А. Неродо, В.А. Иванова, В.В. Мягких
РНИОИ, Ростов-на-Дону, Россия*

Среди всей онкогинекологической патологии рак маточных труб составляет менее 2%, 5-летняя выживаемость, по данным различных авторов, колеблется от 14 до 48%.

Стойкая низкая выживаемость объясняется многими факторами: скрытым течением заболевания, отсутствием характерной клинической картины, несвоевременной диагностикой, нерадикальностью хирургического вмешательства.

На основании ретроспективного изучения эффективности различных методов лечения больных раком маточной трубы было установлено, что лучшие результаты 5-летней выживаемости (48%) отмечены у больных с применением комплексной терапии, включающей оперативное вмешательство, химио- и гамматерапию с последующими повторными курсами химиотерапии в течение первых двух лет после взятия на учет.

Так, в одном из наблюдений, у больной IV стадией рака маточной трубы с метастатическим поражением надключичных лимфоузлов и брыжейки сигмовидной кишки после проведения комплексного лечения отмечен выраженный непосредственный клинический эффект.

В дальнейшем больной проводилась многокурсовая химиотерапия препаратами платины, адриабластином и фторурацилом.

В настоящее время длительность ремиссии составляет 16 месяцев, что подтверждает необходимость активной комплексной терапии даже при распространенных опухолевых процессах.

II.13.7**СПОСОБ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО СОХРАНЕНИЯ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ОПУХОЛЯМИ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ**

Ю.С. Сидоренко, Т.А. Федотова
Ростовский НИИ онкологии, Ростов-на-Дону, Россия

Цель работы: улучшение качества жизни онкологических больных молодого возраста; профилактика кистозного перерождения сохраненных яичников после удаления матки.

Методика: 15 больных молодого возраста (18-40 лет) по поводу злокачественных опухолей матки (рак шейки матки, рак эндометрия, хориокарцинома) 0 и I стадий и 25 больных с доброкачественными и фоновыми заболеваниями матки произведено хирургическое вмешательство, включающее удаление матки (надвлагалищная ампутация или экстирпация) с трубами и фиксацию оставленных яичников в полости малого таза культиями круглых маточных связок в положении, имитирующем естественное, с целью предотвращения перегиба воронкообразной связки и нарушения венозного оттока. Без фиксации перегиб сосудов ведет к застою крови, отеку тканей; вследствие чего нарушается циклическая продукция половых стероидов; в дальнейшем могут образовываться кисты и даже опухоли яичников у таких пациенток. Результаты: продолжительность наблюдений составила от 3-х месяцев до 1 года. Эффективность метода оценивалась по отсутствию у женщин вегетативных расстройств, по нормальным в динамике показателям эрекции половых стероидов и гонадотропинов в циклическом режиме, на флебограммах органов малого таза отмечено физиологическое положение яичниковых сосудов.

Заключение: хирургическая методика физиологического сохранения яичников у молодых женщин с опухолями гениталий является важнейшим этапом в лечении; обеспечивает полноценную реабилитацию в данной группе больных; предотвращает возникновение органических изменений в яичниках, поддерживает эндокринный гомеостаз.

II.13.8**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГОРМОНАЛЬНОЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**

Т.И. Моисеенко, Т.А. Федотова
РНИИ онкологии, Ростов-на-Дону, Россия

Цель работы: улучшение качества жизни онкологических больных репродуктивного возраста после радикального лечения, включающего хирургическую кастрацию.

Методика: 27 больных репродуктивного возраста с диагнозом рак шейки и тела матки I и II стадий после хирургического или комбинированного лечения с выключением яичников получали гормональную заместительную терапию (ГЗТ) препаратами эстрофем (17-бета-эстрадиол) и ливилал (тиболон) с целью коррекции посткастрационного синдрома. Лечение начинали через 3 месяца после произведенной операции.

Результаты: продолжительность наблюдений от 6 месяцев до 3-х лет. Эффективность лечения была выраженной и оценивалась по выраженности проявлений психоэмоциональных, нейровегетативных и урогенитальных расстройств. Оба препарата ГЗТ переносились больными без осложнений, однако получавшие ливилал отмечают практически полное отсутствие побочных реакций и проявлений, ощущение полного комфорта в самочувствии. Все больные находятся под регулярным наблюдением онкогинеколога и маммолога. Ни в одном случае не отмечено возобновление злокачественного роста.

Заключение: ГЗТ у больных раком шейки и тела матки I и II стадий репродуктивного возраста после радикального лечения с хирургической кастрацией является важным компонентом реабилитационных мероприятий, в значительной мере улучшающим качество жизни подобных больных.

II.13.9**ИНФОРМАТИВНОСТЬ НЕИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ФУНКЦИИ СЕРДЦА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ТЕЧЕНИЯ ИБС В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

А.Е. Стеценко, А. А. Тулеуова, О.Г. Мазурина, Э.Г. Кадырова
РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва, Россия

Цель: оценить прогностическую ценность неинвазивных методов исследования кровоснабжения миокарда у больных ИБС, оперируемых по поводу онкологических заболеваний органов брюшной полости.

Материал и методы: обследовано 69 больных стенокардией напряжения 2-3 функционального класса в возрасте 44-79 (средний $65 \pm 0,89$) лет. Пациентам, 20 (30%) из которых перенесли инфаркт миокарда (ИМ) давностью более 6 месяцев, проводили эхокардиографию в покое, ЭКГ и доплерокардиографию трансмитрального кровотока в покое и после последовательно выполняемых гипервентиляционной (ГВ), велоэргометрической (ВЭМ) и холодной проб (ХП).

Результаты: в послеоперационном периоде у 9 (13%) больных выявлены ЭКГ признаки острого инфаркта миокарда, у 16 (23%) — ишемии миокарда. Применив регрессионно-факторный анализ установили, что риск обострения ИБС после операции был выше у пациентов с высоким индексом нарушения локальной сократимости (ИНЛС), ишемическими изменениями на ЭКГ покоя и/или после нагрузки, псевдонормальным типом диастолической функции левого желудочка (ДФЛЖ) в покое, сдвигом ДФЛЖ в сторону рестриктивного типа после ВЭМ и в сторону типа с преобладанием предсердного наполнения во время ХП. Проведение субмаксимальной ВЭМ не имело преимуществ перед нагрузкой в 25% от должного максимального потребления кислорода. Проба с ГВ не давала изменений в направлении и силе влияния на прогноз изучаемых факторов, по сравнению с данными обследования в покое. Следовательно, гипервентиляция, как метод, провоцирующий коронарораспasmus, не обладает существенной прогностической ценностью при обследовании онкохирургических больных. По данным всех тестов возраст, фракция выброса левого желудочка в покое, ИМ в анамнезе не имели стабильного влияния на прогноз операции.

Вывод: для объективной оценки риска онкологических операций у больных ИБС наряду с ЭКГ целесообразно определять при помощи эхокардиографии ИНЛС и исследовать реакцию ДФЛЖ на физическую и холодную нагрузку.

II.13.10**ЧАСТОТА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ОПУХОЛЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

Л.П. Егорова
Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Клиническое и инструментальное исследование сердечно-сосудистой системы проведено до назначения противоопухолевой терапии у 210 больных с новообразованиями челюстно-лицевой области (средний возраст $55,1 \pm 0,81$ года), среди которых 187 (89,0%) имели злокачественные и 23 (11,0%) доброкачественные опухоли. Средний возраст обеих групп существенно не различался ($55,8 \pm 0,89$ и $51,7 \pm 3,13$ года, соответственно). Патология сердечно-сосудистой системы выявлена у 147 (70,0%) пациентов. У больных злокачественными опухолями она диагностирована чаще (71,7%), чем у больных доброкачественными (56,5%). Частота патологических изменений сердечно-сосудистой системы имела наибольшую степень связи с возрастом пациентов ($p = +0,72$). Нарастая по мере увеличения возраста, она достигала 100% в группе больных 60 лет и старше, однако доля влияния возраста составляла лишь 32,7%. Еще меньшим было влияние локализации новообразования ($\eta = 1,4\%$). У больных злокачественными опухолями частота сердечно-сосудистой патологии слабо коррелировала со стадией (T_{1-4}) и умеренно (коэффициент сопряженности $+0,33$) со степенью распространения по лимфатической системе. Лабораторные признаки диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови выявлены у 76,9% больных. Нарушения липидного обмена характеризовались гиперхолестеринемией, активацией процессов перекисного окисления липидов с накоплением диеновых конъюгатов и малонового диальдегида.

Результаты исследования доказывают многофакторность влияния на частоту сердечно-сосудистой патологии у больных опухолями челюстно-лицевой области.

II.13.11**ПРИМЕНЕНИЕ БОНЕФОСА У БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАЗАМИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КОСТИ**

М.Ю. Бяхов, В.И. Борисов, А.В. Пильщикова
Онкологический клинический диспансер, Москва, Россия

36 больным с метастазами рака предстательной железы в кости с выраженным болевым синдромом проведено лечение бонифосом в дозе 0,8 г два раза в день. Возраст больных: от 50 до 60 лет — 3 больных; от 61 до 70 лет — 19; старше 70 лет — 14 пациентов. Все больные получали антигормональную гормонотерапию.

Для диагностики метастазов в кости применялись скintiграфия и рентгенография костей. Наиболее часто метастазы выявлялись в позвоночнике, костях таза, ребрах. Реже метастазы диагностировались в бедренную кость, лопатку, плечевую кость, грудину, кости черепа. Преобладали остео-

литические метастазы, в одном случае диагностировали остеобластический тип метастазирования.

Уменьшение или купирование болевого синдрома отмечено у 9 больных, следует подчеркнуть, что наиболее часто этот эффект имел место у больных старше 70 лет. Отрицательная динамика, в виде усиления болевого синдрома наблюдалась у 5 пациентов различных возрастных групп, в основном с множественными метастазами в кости скелета. У остальных 22 больных применение бонифоса не повлияло на динамику болевого синдрома.

Выводы: применение бонифоса в сочетании с антиандрогеновой терапией позволило достичь обезболивающий эффект у 42,8% больных с множественными метастазами в кости в возрасте 70 лет и старше.

II.13.12

РАК У ПОЖИЛЫХ

Т.А. Левина, Л.Н. Хилова, Т.А. Голикова, Е.Г. Шаныгина.
Городская клиническая больница № 2, Астрахань, Россия

Представлены материалы 5-летних наблюдений в городской клинической больнице № 2 о распространенности рака в пожилом возрасте. Данные амбулаторно-поликлинического наблюдения свидетельствуют, что среди всех заболевших злокачественными новообразованиями, лица пожилого возраста обоего пола составляют 57,8%. В возрасте 60-69 лет мужчины болеют в 1,2 раза чаще, чем женщины, с 70 до 80 лет различий в онкозаболеваемости у мужчин и женщин не наблюдается, а у лиц, переступивших 80-летний рубеж, женщины болеют в 1,2 раза чаще мужчин.

В структуре онкозаболеваемости пожилые первые 5 мест занимают: рак кожи — 40,9%, рак легких — 14,3%, рак кишечника — 11,2%, рак желудка — 11,2%, рак простаты — 9,1%. Смертность в первый год наблюдения у лиц старше 60 лет составила 69,6%.

В отделении сестринского ухода с 1994 по 1998 г. получили лечение 130 человек с различной онкопатологией. Среди пролеченных больных наиболее часто встречается возрастная категория 70-80 лет /35%/ . Наибольший удельный вес составляют женщины — 67,2%. Наиболее распространенными нозологическими формами являлись: рак легкого — 22,3%, рак желудка — 17,7%, метастазы без первично выявленной локализации — 8,5%. В составе больницы с 1995 г. работает отделение хосписа. За этот период паллиативная помощь оказана более 500 больным — 80% из которых лица пожилого возраста. На первом месте среди госпитализированных лиц пожилого и старческого возрастов стоит рак легкого — 30%, на втором — рак молочной железы — 19,3%, на третьем месте — рак желудка — 15%. Интересные данные представляет выездная служба хосписа, которая обслуживает больных с IV клинической группой онкозаболеваний всех территориальных поликлиник города. Ежегодно растет как количество лиц, взятых на учет, так и удельный вес среди них лиц пожилого возраста. Доля пожилых в целом составляет 76,1%. Наиболее часто среди пожилых пациентов регистрировались: рак легкого (26,4%), рак кишечника (23,8%), рак молочной железы (13,7%), рак желудка (9,2%).

II.13.13

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ТОШНОТЫ И РВОТЫ ПРИ ВЫСОКОИНТЕНСИВНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ

А.Г. Агамов, С.В. Чёпоров, В.И. Луппов
ЯГМА, ЯООД, Ярославль, Россия

Возникновение тошноты и рвоты при высокоинтенсивной химиотерапии злокачественных опухолей имеет сложный механизм. Непосредственными причинами тошноты и рвоты являются: токсическое действие лекарственных веществ, психогенный фактор, раздражение слизистой желудка. Для проведения противорвотной терапии необходимо использование групп препаратов с различным направлением действия.

Способ лечения апробирован на кафедре онкологии Ярославской государственной медицинской академии. С целью устранения тошноты и рвоты мы использовали: латран, метоклопрамид, трансксен. Проанализированные результаты лечения 30 больных раком желудка, которым было проведено 112 (в среднем 3,7) курсов химиотерапии по схеме ЕАР (доксорубин, цисплатин, эпопозид). Способ противорвотной терапии заключался в введении латрана внутривенно в дозе 8 мг. в течение 30 минут перед химиотерапией. Повторное введение латрана в той же дозировке проводилось через 4 часа. Метоклопрамид вводился внутримышечно непосредственно перед химиотерапией в дозе 10 мг. Та же доза препарата вводилась через 4 часа. Трансксен применялся в дозе 5 мг. 2 раза в день с интервалом в 12 часов.

Выбранная тактика лечения позволила в 100% случаев избежать рвоты 4 степени по классификации ВОЗ. При проведении 4 (3,6%) курсов возникла непродолжительная рвота 3 степени. Эпизоды рвоты 2 степени были отмечены после 12 (10,7%) курсов химиотерапии. Тошнота 1 степени была выявлена при проведении 21 (18,8%) курса. Общая токсичность при хи-

миотерапии рака желудка по схеме ЕАР проявилась при 37 (33%) курсах. Таким образом, выбранная методика противорвотной терапии позволила провести специальное лечение в полном объеме. При этом качество жизни пациентов практически не пострадало.

II.13.14

ВОЗМОЖНОСТИ ДИСТАНЦИОННОЙ НЕЙТРОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ОТДАЛЕННЫЕ (5-10-ЛЕТНИЕ) РЕЗУЛЬТАТЫ

И.А. Смирнова, И.А. Гулидов, Г.Г. Аминов
Медицинский радиологический научный центр РАМН, Обнинск, Россия

Сочетанная гамма-нейтронная терапия по радикальной программе с использованием быстрых нейтронов реактора была проведена у 111 больных раком молочной железы ст. Т3-4N1-3. Основной процент составили больные с местнораспространенным процессом Т3-4N2-3 88 пациентов (80%). Первичная инфильтративноотечная или язвенная формы диагностированы у 31 больной (27,9%). В контрольную группу вошли 100 пациентов ст. Т3-4N1-3, получавших традиционную дробно-протяженное облучение. Комбинированное лечение в основной группе предусматривало на первом этапе проведение сочетанного гамма-нейтронного облучения. Использовались быстрые реакторные нейтроны с энергией пучка 0,85 МэВ и мощностью 0,18 Гр/мин, СОД составила 48-50 Гр у +2-3 Гр п. На втором этапе после двухнедельного перерыва выполнялась операция: радикальная мастэктомия у 73,2%, радикальная резекция — у 14,6% больных.

Полная регрессия первичной опухоли после облучения получена у 18 (16,2%) больных, >50% у 54 (48,7%) больных, в контроле — 7,7% и 40,3% соответственно.

Характер и частота ранних и поздних лучевых осложнений в основной и контрольной группах не различались. Пятилетняя общая выживаемость в основной группе равнялась для Т₃N₁₋₃ — 71,8±12,1%, в контроле 40,1±3,8% (p<0,05). При Т₄N₁₋₃ — общая — 39,8±11,2%, в контроле 12,1±2,4% (p<0,05). Десятилетняя общая выживаемость при Т₄N₂₋₃ — 22,7%±6,7%; в контроле — все больные умерли на сроках до десяти лет.

Таким образом, сочетанная гамма-нейтронная терапия достоверно улучшает непосредственные и отдаленные результаты лечения у больных с местнораспространенными формами рака молочной железы и позволяет значительно повысить операбельность пациентов при Т₄ стадии, которых до настоящего времени принято считать условно операбельными.

II.13.15

ЦИТОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Л.Ф. Жандарова, О.А. Калмыкова, О.А. Жмылева
Медуниверситет, Саратов, Россия

Оперированные больные с патологией молочных желез на протяжении всей последующей жизни должны находиться под наблюдением.

Наш опыт показал, что в разные сроки после лечения у этих женщин могут появляться изменения в других отделах молочных желез.

Обследованию подлежат 2 группы больных. В первую входят лица, получившие противоопухолевую терапию по радикальной программе.

Задачей их систематического обследования является выявление возможных рецидивов или метастазов рака.

Во вторую группу включаются женщины, перенесшие хирургические операции по поводу доброкачественных образований.

Цель морфологического контроля этой категории лиц — раннее обнаружение рака.

В маммологическом кабинете, организованном клиникой онкологии, под наблюдением находится более 10 тысяч женщин. В сроки от 5 до 10 лет у 11 (0,1%) из них при пункционной биопсии с цитологическим исследованием верифицирована начальная стадия рака молочной железы.

Таким образом, цитологическое исследование является высокоинформативным на диспансерном этапе и способствует раннему выявлению рецидивов и метастазов рака.

II.13.16

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРИРОВОТНОЙ ЗОНЫ

А. Токтосун, М. Джемуратов
Кыргызский НИИОИР, Бишкек, Кыргызская республика

Одним из актуальных вопросов и по настоящее время остается хирургическая реабилитация больных с послеоперационными дефектами щеки и нижней губы, оперированных по поводу местно-распространенных зло-

качественных новообразований указанных областей, особенно при запущенных стадиях с поражением пограничных регионов, а также при рецидивах после радикальных доз лучевой терапии (ЛТ). Под нашим наблюдением с 1993 по 1999 г. находились 19 больных (16 муж. и 3 жен.) с комбинированными поражениями щеки и нижней губы. Медиана возраста пациентов была 55 лет (3 больных со II стадией развития болезни, и 16 больных с III-IV стадией). При патогистологическом исследовании у 13 больных — диагностирован плоскоклеточный ороговевающий рак, а у 6 больных — плоскоклеточный неороговевающий рак. Из всех оперированных больных 11 получили ЛТ в предоперационном периоде, а 5 пациентам ЛТ проведена после операции, в плане комбинированного лечения, СОД — 40-45 грей. У трех больных со II стадией заболевания отмечен рецидив опухолевого роста после полученных радикальных доз ЛТ. Послеоперационные дефекты у 11 больных замещали модифицированным кожно-мышечным дублированным лоскутом (КМДЛ) на питающей ножке с шеи. Непосредственно после окончания предоперационной ЛТ, на шее, мы заготавливали КМДЛ, заранее смоделировав на дистальном конце лоскута контуры угла рта. После чего лоскут находился в погруженном состоянии в течение двух-трех недель. По истечении указанного срока выполняли широкое иссечение опухоли щеки и нижней губы. Дефект тканей замещали КМДЛ путем скрытой миграции через подкожный тоннель. В 8 случаях пластику дефектов кожно-мышечным лоскутом (КМЛ) на сосудистой ножке со щеки выполнили непосредственно после иссечения опухоли. Во всех случаях применения предложенных способов хирургической реабилитации получены хорошие результаты лечения.

II.13.17

МОДИФИЦИРОВАННЫЙ ВАРИАНТ ОПЕРАЦИИ КРАЙЛА

М. Джемуратов, А. Токтосунов
Кыргызский НИИОиР, Бишкек, Кыргызская республика

Основным критерием в оценке эффективности радикальных операций на клетчатке шеи является анализ повторно возникших регионарных метастазов. Так, по данным литературы рецидивы, после выполнения классических лимфонодулэктомий, чаще всего появляются в верхней группе лимфоузлов глубокой яремной цепи шеи. Повторное появление метастазов в удаленных лимфоузлах вышеуказанной группы распознается довольно поздно и часто приводит в инкурабельной ситуации, т.к. выполнить радикально и абластично хирургическое вмешательство весьма затруднительно. В связи с чем мы сочли целесообразным модифицировать заключительный этап операции Крайла. В отличие от классического варианта операции мы стали придерживаться иной последовательности выполнения некоторых ее этапов, т.е. снизу вверх до ангулярного лимфоузла, а затем мобилизовывали клетчатку из подчелюстной области кзади. После такой мобилизации блок удаляемых тканей оставался на ножке, основание которой находилось между сосцевидным и шиловидным отростками, а в ее толще была внутренняя яремная вена (ВЯВ). Конгломерат тканей удаляли у основания черепа, кровотечение из незахватываемой культуры ВЯВ временно останавливали прижатием марлевого тампона к яремному отверстию. Затем мобилизовывали одну из близлежащих мышц (заднее брюшко двубрюшной мышцы, культю кивательной, лестничную или шиловидноязычную мышцу) и с помощью нескольких перекидных швов выполняли мышечную тампонаду яремного отверстия основания черепа. Рану на шее ушивали наглухо с вакуумным дренированием. Предложенная методика применена у 42 больных. В 10 случаях для гемостаза использованы лестничные мышцы, в 19 — проксимальный конец кивательной мышцы, в 9 — заднее брюшко двубрюшной мышцы, и в 4 случаях — шиловидноязычная мышца. Во всех случаях достигнут надежный гемостаз и абластичность оперативного вмешательства. Неоперабельный рецидив метастазов после выполнения модифицированного варианта операции Крайла отмечен у 1 больного (2,3%).

II.13.18

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ САРКОМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ С ИОЛТ И ДИСТАНЦИОННОЙ ГАММА-ТЕРАПИЕЙ

Л.И. Мусабаева, Ю.И. Тюкалов, В.А. Лисин, М. Нечитайло
НИИ онкологии, Томск, Россия

При интраоперационной лучевой терапии (ИОЛТ) однократными дозами 15–25 гр в связи с переносом в глубину тканей радиационного поля имеется опасность повреждения периферических нервных стволов. Значение показателя ВДФ, равное 100 усл. ед., достигается при однократной дозе 18 гр и быстро возрастает при дозах, превышающих этот предел. После комбинированного лечения с ИОЛТ дозой 20 Гр и дистанционной гамма-терапией (ДГТ) в СОД 40 Гр постлучевые невриты наблюдались в сроки 6–18 месяцев у 5 из 36 (13,9%) больных саркомами мягких тканей (СМТ).

Разработана программа комбинированного лечения сарком мягких тканей с интраоперационной лучевой терапией и дистанционной гамма-

терапией, в которой изучается уровень оптимальной курсовой дозы сочетанного облучения и лучевых повреждений нормальных тканей. Программа предусматривает:

- применение математической модели ВДФ для определения оптимальной величины фотонэквивалентной дозы сочетанного курса облучения;
- изучение в динамике состояния периферической нервной системы по данным электромиографии и электронейромиографии у больных до и после комбинированного с ИОЛТ лечения;
- разработка способов профилактики и лечение лучевых повреждений нормальных тканей, критических органов и периферической нервной системы, включая мероприятия по защите нервных стволов непосредственно на операции, а также лечения постлучевых невритов с использованием внутривенной лазеротерапии и локальной магнитотерапии.

II.13.19

ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПИТАНИЯ, БОГАЩЕННОГО АРГИНИНОМ, ОМЕГА-3 ЖИРНЫМИ КИСЛОТАМИ И РНК ПОСЛЕ ГАСТРЭКТОМИИ

И.В. Маев, Л.З. Вельшер, Э.Н. Праздников, А.Н. Казюлин, Р.И. Шабуров
МГМСУ, Москва, Россия

Цель — показать возможность раннего питания после операции.

Задачи — оценить иммунологические показатели у больных, перенесших гастрэктомию по поводу рака.

Обследовано 120 больных, перенесших гастрэктомию по поводу рака желудка. Со второго дня после операции I группа — 60 пациентов, находилась на рационе с дополнительным введением аргинина, омега-3 ЖК и РНК (RN), II группа — 60 пациентов, принимала стандартный рацион (RS). Энергетическая ценность RN и RS составляет 1421 ккал/день и 1285 ккал/день соответственно. Величина потребляемого азота в I группе — 15,6 гр/день, во II группе 9,0 гр/день.

В первый послеоперационный день отмечается равное падение уровня лимфоцитов в периферической крови в обеих группах; нормальная фагоцитарная активность нейтрофилов и уровень IgM, IgG, IgA, общих Т-лимфоцитов и Т-хелперов. В тоже время, повышенное число активных Т-лимфоцитов (Е-РОК) и Т-супрессоров, 60 ± 8 и 60 ± 12 соответственно, и низкий баланс иммунорегуляторных клеток (БИК) — $1,5 \pm 0,22$.

На седьмые сутки послеоперационного периода в I группе наступает нормализация уровня лимфоцитов и Т-супрессоров, БИК. Во II группе БИК сохраняется низким. Послеоперационных осложнений (несостоятельности швов анастомозов, инфекции, нагноение раны) меньше у пациентов I группы, 12% и 39% ($p < 0,05$) соответственно.

Таким образом, дополнительное введение аргинина, омега-3 жирных кислот и РНК в раннем послеоперационном периоде позволяет преодолеть иммунологическую депрессию после гастрэктомии.

II.13.20

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

В.Ю. Барсуков, Н.П. Чеснокова, Л.М. Марголин, И.Н. Сидоров,
Г.М. Евдокимов
Дорожная клиническая больница, Саратов, Россия

Переориентация опухолевых клеток с дифференцировки, созревая на беспрерывное размножение и дальнейшую прогрессию, требует соответствующего изменения метаболизма клеток, способного обеспечить возросший биосинтетический процесс.

В связи с этим очевидно, что опухолевые клетки интенсивно захватывают из крови различные энергетические субстраты, что не может не отразиться на её различных интегративных показателях.

Целью данной работы явилось изучение характера показателей цитологического состава периферической крови, её липидного, белкового спектров коагуляционного потенциала крови у 20 больных раком прямой кишки.

Как показали результаты лабораторных исследований, общее количество белка и липидов оставалось в пределах нормы, однако количественное соотношение альбуминов и глобулинов было нарушено и характеризовалось увеличением альфа- и бета-глобулинов, снижением альбумино-глобулинового коэффициента. Одновременно фиксировалась гипо — бета — липопротеидемия и гиперхолестеринемия.

Анализ показателей цитологического состава крови свидетельствовал о развитии анемии, нейтрофильного лейкоцитоза со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, лимфопении, ускорение, ускорение СОЭ.

Уровень молекул средней массы значительно превышал контрольные показатели. Изученные метаболические показатели могут быть использованы для коррекции вторичных неспецифических метаболических нарушений у больных раком прямой кишки.

II.13.21**ЭКОНОМНЫЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ**

*Г.М. Евдокимов, Л.М. Марголин, И.Н. Сидоров
Дорожная клиническая больница, Саратов, Россия*

В последние годы отмечается неизменный рост заболеваемости раком прямой кишки. Основная масса больных поступает в 3-4 клинических стадиях заболевания. В связи с этим вопросы своевременной диагностики, объема хирургического вмешательства, иммуномодулирующей, лучевой и химио-терапии весьма актуальны.

В клинике факультетской хирургии и онкологии Саратовского медицинского университета с 1990 по 1999 г. находилось 200 пациентов со злокачественными новообразованиями прямой кишки в возрасте от 23 до 89 лет.

Первая и вторая стадии заболевания диагностированы у 16(8%) человек, в основном это была «случайная находка» при профилактическом осмотре. Опухоль локализовалась: у 12 больных в нижеампулярном отделе прямой кишки и у 4 — в среднеампулярном отделе.

Диаметр опухоли не превышал 2-5 см. При морфологическом исследовании — аденокарцинома, не прорастающая мышечный слой прямой кишки.

Все пациенты были прооперированы под общим обезболиванием: при локализации опухоли в нижеампулярном отделе производили иссечение опухоли в пределах здоровых тканей (под контролем экстренного морфологического исследования тканей по линии иссечения); при локализации в среднеампулярном отделе — выполнялась электрокоагуляция её через ректоскоп.

В послеоперационном периоде всем больным проводились химиолучевая и иммуномодулирующая терапии. Контрольные ректороманоскопии производились через 3 и, в последующем, через каждые 6 месяцев в течение 5-ти лет. Только у одного пациента трижды возник рецидив опухоли, по поводу чего производилась её электрокоагуляция (через три года после первой операции он умер от метастатического процесса).

Таким образом, экономные операции в сочетании химиолучевой и иммуномодулирующей терапией при раке прямой кишки в 1-2 клинических стадиях могут являться адекватным методом лечения.

II.13.22**ОПЫТ ФОРМИРОВАНИЯ ПИЩЕВОДНО-КИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА ПРИ ГАСТРЭКТОМИИ**

*Л.З. Вельшер, Э.Н. Праздников, З.Р. Габуня, В.Н. Прилепо,
В.В. Севастьянов, Н.В. Гвахария
РГМСУ, Москва, Россия*

Единственным радикальным методом лечения при раке желудка является оперативное. В нашей клинике с 1996г. гастрэктомии составляют 87% всех оргоаноносящих операций при раке желудка. Одним из серьезных осложнений при гастрэктомии является несостоятельность швов пищеводно-кишечного анастомоза. Так, по сводным литературным данным, частота этого осложнения составляет от 1 до 7,5%.

За период с 1996г. по 1999г. в ЦКБ им. Семашко МПС РФ по поводу рака желудка произведено 129 гастрэктомий и экстирпаций оставшейся части желудка с формированием пищеводно-кишечного анастомоза по Бондарю в модификации нашей клиники. Радикальные операции выполнялись с объемом лимфодиссекции D2.

Анастомоз должен удовлетворять 2 условиям: быть надежным и в то же время достаточно простым, чтобы его мог выполнить каждый хирург клиники. Используемая нами модификация пищеводно-кишечного анастомоза Бондаря отвечает этим требованиям. В настоящее время данные операции выполняются многими хирургами клиники с хорошими результатами, что позволяет утверждать о решении проблемы несостоятельности.

С внедрением новой методики произошло качественное изменение структуры послеоперационных осложнений. Не отмечено ни 1 случая несостоятельности анастомоза. Из других осложнений были 3 случая кишечной непроходимости и 1 поддиафрагмальный абсцесс. Летальных исходов среди больных не отмечено.

Помимо простоты и надежности, анастомоз обладает и хорошими функциональными свойствами. Внедрение его в практику позволило значительно сократить количество рубцовых стенозов и рефлюкс-эзофагитов.

II.13.23**КОНТРАСТИРОВАНИЕ ЛИМФОУЗЛОВ ПРИ МЕЛАНОМЕ КОЖИ**

*О.Н. Сорокин, Л.З. Вельшер, Э.Н. Праздников, З.Р. Габуня,
В.Н. Прилепо, О.П. Гребенникова
РГМСУ, Москва, Россия*

При меланоме кожи часто приходится удалять клетчатку с лимфоузлами в зонах регионарного метастазирования. В то же время не всегда при

плановом гистологическом исследовании в удаленной клетчатке обнаруживаются метастатически измененные лимфатические узлы, а операции (лимфодиссекции) сопряжены с послеоперационными осложнениями, отеком конечности, не говоря уже об удлинении сроков операции и времени пребывания больного в стационаре. С 1999 г. в клинике МПС им. Семашко ведется работа по контрастированию «сторожевых» лимфоузлов. Исследовано 7 больных меланомой, которым была показана операция Дюкена или подмышечная лимфаденэктомия.

Больным перед операцией вводился ЛИМФОЗУРИН в 4 точки по периферии опухоли. Во время операции можно было видеть пути предпочтительного оттока лимфы и выполнить более широкое иссечение кожи с этой стороны. Кроме этого удалялись контрастированные (окрашенные в синий цвет) лимфоузлы, которые затем исследовались гистологически с последующим проведением стандартной операции (лимфаденэктомии).

В 4 случаях в контрастированных лимфоузлах отмечены метастазы меланомы. Из них в 3 случаях метастазы выявлены в дополнительно удаленной клетчатке, в одном случае метастазов не было. В трех случаях в контрастированных лимфоузлах метастазов не было, не было их и в клетчатке.

Дальнейшие исследования, вероятно, позволят отказаться от калечащих операций в пользу удаления отдельных лимфоузлов при меланоме.

II.13.24**КОНТРАСТИРОВАНИЕ ЛИМФОУЗЛОВ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*З.Р. Габуня, Л.З. Вельшер, Э.Н. Праздников, В.Н. Прилепо,
О.П. Гребенникова, Н.В. Гвахария
МГМСУ, Москва, Россия*

При злокачественных опухолях молочной железы одним из основных этапов операции является удаление клетчатки с лимфоузлами в зонах регионарного метастазирования. В то же время не всегда при плановом гистологическом исследовании в удаленной клетчатке обнаруживаются метастатически измененные лимфатические узлы, а операции (лимфодиссекции) сопряжены с послеоперационными осложнениями, в том числе с постмастэктомическим синдромом, зачастую приводящим к инвалидизации пациентов. Соответственно, при стандартном подходе к лечению увеличивается продолжительность операции и сроки пребывания больного в стационаре.

С 1999 г. в клинике МПС им. Семашко ведется работа по контрастированию «сторожевых» лимфоузлов. Исследовано 14 больных раком молочной железы, подвергшихся радикальной мастэктомии. Перед операцией опухоль обкалывалась Лимфозурином. Лимфоузлы окрашивались в синий цвет и удалялись, затем проводилась стандартная операция — удаление клетчатки подмышечной, подключичной и подлопаточной областей. Окрашенные лимфоузлы и остальные лимфоузлы с клетчаткой исследовались отдельно.

В 6 случаях в контрастированных лимфоузлах обнаружены метастазы рака, из них у 3 больных метастазы выявлены в дополнительно удаленной клетчатке. В 8 случаях метастазов не выявлено ни в лимфоузлах, ни в клетчатке.

Дальнейшие исследования, вероятно, позволят на ранних стадиях рака молочной железы отказаться от калечащих операций в пользу удаления «сторожевых» лимфоузлов.

II.13.25**ЛАЗЕРНАЯ РЕКАНАЛИЗАЦИЯ ПРИ СТЕНОЗИРУЮЩИХ ОПУХОЛЯХ ПИЩЕВОДА**

*Э.Н. Праздников, В.М. Мешков, М.Л. Стаханов, М.В. Семенов, А.В. Кузин,
В.А. Махиня, И.В. Тимченко
МГМСУ, Москва, Россия*

При проведении паллиативных мероприятий у больных со стенозирующими опухолями пищевода Т3-4, Nx, M0, на базе ЦКБ им. Семашко МПС РФ выполнялась лазерная реканализация с целью восстановления проходимости пищевода и улучшения качества жизни больных.

Реканализация высокоэнергетическим Nd — YAG лазером выполнена 107 пациентам, за период с 1986г. по 1999г. Через биопсийный канал эндоскопа к опухоли подводился кварцевый световод без охлаждения с выходной мощностью 40 Вт, или с воздушным охлаждением мощностью 60 Вт.

Лазерная фотодеструкция опухоли осуществлялась в непрерывном режиме под контролем зрения. Протяженность опухолей составляла 1—10 см. Изначально просвет пищевода в зоне роста опухоли составлял от 0,2 до 1,0 см. Для наступления клинического эффекта требовалось от одной до девяти процедур (в среднем 3).

Следующие процедуры были направлены на циркулярную деструкцию опухоли до восстановления адекватного просвета (15 мм), что требовало дополнительного проведения нескольких сеансов.

Эффективность лечения составляла 78%, что связано с объединением всех больных в одну группу, независимо от протяженности опухоли и степени стеноза. При выборе больных с протяженностью опухоли до 4 см и сохраненном просвете не менее 0,8 см, эффективность составляла 98%.

Таким образом, применение лазерной фотодеструкции у больных со стенозирующими опухолями пищевода Т3-4, Nx, M0, позволило добиться существенных результатов в лечении пациентов данной группы, и настоящую методику можно рекомендовать как средство выбора у больных с данной патологией.

II.13.26

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ СТЕНОЗИРУЮЩИХ ОПУХОЛЯХ ПИЩЕВОДА

О.Н. Сорокин, Э.В. Луцевич, В.М. Мешков, Э.Н. Праздников, Л.З. Вельшер, Е.Ф. Странадко, А.Н. Горшков, М.В. Рябов, А.В. Кузин МГМСУ, Москва, Россия

В Центре новых медицинских технологий ЦКБ им. Семашко МПС РФ за период с 1997 по 1999г. выполнена фотодинамическая терапия (ФДТ) с целью улучшения качества жизни при обтурирующих опухолях пищевода у 9 больных в возрасте от 57 до 79 лет.

У всех больных при рентгеноэндоскопических исследованиях протяженность опухоли пищевода составляла от 3 до 7 см, а просвет органа от 0,6 до 0,8 см. Восемью больным проведено от 1 до 2 сеансов ФДТ, а одному — 3 сеанса.

У всех пациентов получен положительный эффект, который выражался в отсутствии затруднения прохождения пищи по пищеводу. При рентгеновских и эндоскопических методах контроля просвет пищевода восстановлен до 1,5 см. Осложнений, связанных с применением ФДТ, не отмечено.

Таким образом, применение ФДТ у пациентов со стенозирующими опухолями пищевода позволяет улучшить качество жизни и является методом выбора тактики лечения.

II.13.27

ВЫБОР МЕТОДА ДЕКОМПРЕССИИ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

А.А. Соколов, Н.А. Кингсеп РГМУ, Москва, Россия

Необходимость использования эндоскопических методов декомпрессии желчных протоков при их клапанной обструкции в настоящее время не оспаривается. Это объясняется сравнительной простотой методов, их безопасностью и эффективностью в разрешении холестаза. В связи с этим их применение служит альтернативой паллиативным хирургическим билиодигестивным операциям.

Причиной обструкции желчевыводящих путей являются не только первичные опухоли БДС, головки поджелудочной железы и желчных протоков, но и сдавление внепеченочных желчных протоков увеличенными лимфатическими узлами или опухолями соседних локализаций. До настоящего времени не существует единой классификации опухолевых поражений билиопанкреатодуоденальной зоны, которая позволила бы объективно подойти к выбору рационального метода декомпрессии. Мы предлагаем рабочую классификацию, основанную на данных холангиографии, как наиболее достоверного способа оценки состояния желчных протоков: 1) Опухоли БДС и ампулярного отдела холедоха; 2) Обструкция на уровне общего желчного протока (ОЖП); 3а — с функционирующим желчным пузырем; 3б — с нефункционирующим желчным пузырем; 3) Обструкция на уровне общего печеночного протока (ОПП); 4) Обструкция на уровне бифуркации желчных протоков; 4а — с сохранением проходимости обоих долевых протоков; 4б — с сохранением проходимости одного долевого протока; 4в — с полной билатеральной обструкцией. При опухолях БДС и ампулярного отдела холедоха на первом этапе лечения следует проводить назобиллярное дренирование и лишь при выявлении противопоказаний к радикальному хирургическому лечению выполнять эндоскопическое протезирование. Особенно тактики ведения больных после эндопротезирования опухолевой стриктуры ОЖП с функционирующим желчным пузырем является обязательное выполнение ультразвукового исследования в первые 12-24 часа. При выявлении внутрипузырной гипертензии и признаках деструкции стенок желчного пузыря показано его дренирование под ультразвуковым контролем или при лапароскопии. Наибольшие трудности в выборе рациональной тактики лечения возникают у больных четвертой группы с опухолевой обструкцией на уровне бифуркации протоков. При опухолевой обструкции типа 4а необходимо двухстороннее дренирование, в противном случае развивается острая печеночная недостаточность и острый холангит в недренированной доле. В случаях, когда эндоскопически удаётся установить эндопротез лишь в один проток, необходимо чрескожное чреспечёночное дренирование второго недренированного

протока (сочетанные вмешательства). У больных с обструкцией типа 4б можно считать адекватным дренирование только контрастируемого желчного протока. При обструкции типа 4в следует выполнять только чрескожное чреспечёночное дренирование под ультразвуковым или рентгенологическим контролем. Отказ от эндоскопического дренирования желчных протоков может быть также обусловлен невозможностью проведения струны-проводника через зону сужения. При этом целесообразно использование комбинированной методики эндопротезирования, когда струна-проводник проводится через зону сужения чрескожным чреспечёночным способом, а дальнейшие манипуляции выполняются с использованием эндоскопических методик.

Таким образом, рациональное использование антеградных и ретроградных методик декомпрессии желчных протоков при их клапанной обструкции позволяет улучшить результаты паллиативного лечения этого тяжёлого контингента больных.

II.13.28

ФОРМИРОВАНИЕ КОМПРЕССИОННЫХ БИЛИОДИГЕСТИВНЫХ АНАСТОМОЗОВ ИЗ МИНИ-ЛАПАРОТОМИЧЕСКОГО ДОСТУПА

*Г.Н. Толстых
Обл. клинич. больница, Новосибирск, Россия*

Опыт большинства хирургов показывает, что при опухолях панкреатодуоденальной зоны, осложненных механической желтухой, радикальные операции удается выполнить только 18-20% больных. Большинству же больных приходится накладывать билиодигестивные анастомозы из-за запущенности онкопроцесса, либо старческого возраста, наличия тяжелой сопутствующей патологии, асцита и т.п. Именно в этой группе больных наиболее высока летальность и количество послеоперационных осложнений (чаще всего это кровотечения, эвентрации, несостоятельность швов анастомозов, перитониты и т.п.). Использование для наложения анастомозов никелидтитановых имплантатов, обладающих эффектом «памяти формы», впервые примененных Р.В. Зиганьшиным в 1983 году, позволяет повысить механическую прочность анастомоза, сократить время операции, практически исключить кровотечения из линии анастомоза и последующую его рубцовую структуру. Однако применение имплантатов с «памятью формы» не решает проблем со стороны раны (велика угроза нагноения раны, кровотечения, эвентрации и т.п.). В 1995 г. нами реализована идея совместить оптимальный способ формирования холецистоюноанастомоза — компрессионный, с методикой операций из мини-лапаротомного доступа, разработанного на кафедре профессора М.И. Прудкова. За последние 5 лет в Областной клинической больнице г. Новосибирска 26 пациентам холецистоюноанастомоз наложен никелидтитановой скрепкой с «памятью формы» из доступа длиной 3-4 см с помощью наборов инструментов мед. компаний «САН» и «ЛИГА-7». Анастомоз в подобном варианте накладываем больным с заведомо неудалимой опухолью, в том числе и с асцитом, делая упор на дооперационные методы обследования. Ревизию брюшной полости, в том числе и для определения длины приводящей петли, выполняем лапароскопом. Летальных исходов и осложнений в этой группе больных не было.

II.13.29

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СИСТЕМЫ ГЛУТАТИОНА НА ЭТАПАХ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ВЫСОКОДОЗНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ И ТРАНСПЛАНТАЦИИ КЛЕТОК-ПРЕДШЕСТВЕННИКОВ ГЕМОПОЭЗА

*В.Б. Ларионова, Э.Г. Горожанская, Е.Г. Турнянская, Н.В. Жуков
РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва, Россия*

Нарушения функции печени не только являются серьезными и многочисленными токсическими осложнениями противоопухолевого лечения, но и, не будучи откорректированными, сами способствуют возникновению всего спектра побочных эффектов высокодозной полихимиотерапии (ВДПХТ).

Цель: разработать новые критерии диагностики гепатотоксичности у онкологических больных, перенесших ВДПХТ с последующей трансплантацией клеток — предшественников гемопоэза из периферической крови и костного мозга.

Задача: определить состояние системы глутатиона в период после проведения ВДПХТ.

Методы: у 20 больных прогностически неблагоприятными формами злокачественных лимфолейкозных заболеваний после проведения ВДПХТ определяли содержание глутатиона (Г), активность глутатион-S-трансферазы (ГТ) в эритроцитах, а также содержание билирубина, активность трансаминаз, щелочной фосфатазы в сыворотке крови.

Результаты: изменения содержания Г и активность ГТ имели разнонаправленный характер. Обнаружена прямая корреляционная зависимость между степенью тяжести проявлений гепатопатии, холестаза и глубиной нарушений системы глутатиона (снижением содержания Г и возрастанием активности ГТ). В отдалённом периоде после ВДПХТ в период клинико-гематологической ремиссии у 100% больных наблюдаются хронические гепатиты. Основная роль в развитии гепатитов принадлежит сочетанию гепатотоксичности используемых препаратов и вирусной инфекции (гепатитам В и С).

Выводы: Полученные результаты свидетельствуют о несомненном участии системы глутатиона в реализации компенсаторных возможностей организма. Показана высокая информативность определения содержания Г и активности ГТ как нового лабораторного теста в оценке функционального состояния печени, гепатотоксичности на этапах реабилитации после проведения ВДПХТ.

II.13.30

ПЕРСПЕКТИВЫ МЕТОДА АУТОГЕМОХИМИОТЕРАПИИ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ОНКОЛОГИИ

Ю.С. Сидоренко, Л.Ю. Владимирова, Е.Ю. Златник, А.И. Верховцева
НИИ онкологии, Ростов-на-Дону, Россия

Разработанный в РНИОИ метод аутогемохимиотерапии (АГХТ) позволяет повысить эффективность лечения при различной онкопатологии, а также снизить побочные эффекты цитостатиков. Его дальнейшим совершенствованием являлась разработка методики аутоклеточной иммунокоррекции, при которой клетки крови обрабатывают препаратом, обладающим иммуномодулирующими свойствами — полипептидным экстрактом эпифиза — эпиталамином (Э). Данный метод АГХТ с аутоклеточной иммунокоррекцией (АГХТ + Э) был применен у 20 больных раком молочной железы III-IV стадии ($T_{2,4}N_{1,2}M_{0,1}$, где M_1 — метастазы в надключичные лимфоузлы на стороне поражения) в возрасте от 35 до 70 лет, первичных, с цитологической верификацией диагноза, подвергшихся неоадьювантному лечению по схемам CMFV и CMAV. Введение Э осуществлялось по 10 мг/сут ежедневно на протяжении всего курса. Контрольные группы были сопоставимы по основным признакам и состояли из больных, подвергшихся АГХТ и системной химиотерапии (СХТ) без аутоклеточной иммунокоррекции. Наряду с иммунологическими показателями оценивали эффективность лечения и побочные токсические эффекты цитостатиков по критериям ВОЗ. Наибольшая эффективность отмечена в группе АГХТ+Э (полные и частичные регрессии — 83%), что сопровождалось значительно меньшей по показателям частоты и выраженности токсичностью по сравнению с обеими контрольными группами. При анализе данных иммунологического исследования установлено, что СХТ обладала резким иммунодепрессивным эффектом с угнетением функциональной активности Т- и В-лимфоцитов, а также по их количественным показателям субпопуляций, чего не наблюдалось при АГХТ. Метод АГХТ+Э позволил достоверно увеличить функциональную активность Т-клеток, а также повысить иммунорегуляторный индекс. Таким образом, учитывая значимость в паллиативной онкологии щадящих методов лечения, клинико-иммунологические характеристики АГХТ и возможность применения аутоклеточной иммунокоррекции, позволяющей говорить о новых перспективах лечения больных с высокой степенью распространенности онкологических заболеваний.

II.13.31

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДИССЕМИНИРОВАННЫХ ХИМИОРЕЗИСТЕНТНЫХ ОПУХОЛЕЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ МЕТОДОМ ОБЩЕЙ ГИПЕРТЕРМИИ

И.Д. Карев, Т.В. Соколова, И.А. Королева, А.Ф. Клишковская, А.А. Родина
Нижегородская государственная медицинская академия,
Нижний Новгород, Россия

Современные схемы комбинированной химиотерапии позволяют добиться клинического эффекта у 50–60% больных с диссеминированным раком молочной железы, а резистентные опухоли яичников, рака тела матки и рака шейки матки отвечают на лечение лишь у 20–40% пациенток. Терапия метастатического рака органов репродуктивной системы в значительной степени носит паллиативный характер, полное излечение в этой стадии заболевания невозможно, а медиана продолжительности жизни в этой группе больных не превышает 24 месяцев. Мы исследовали возможность усиления противоопухолевого воздействия на диссеминированные, химиорезистентные опухоли репродуктивной системы с помощью общей гипертермии.

Нами проанализированы результаты лечения 103 пациенток, которым полихимиотерапия по поводу местнораспространенного и диссеминированного рака молочной железы, яичников, шейки матки и тела матки про-

водилась в условиях общей гипертермии. До этого все пациентки уже получили лечение, включавшее препараты второй линии, у большинства из них была исчерпана максимально допустимая доза препаратов, и имелись сопутствующие осложнения в виде нефропатии различной степени выраженности, кардиопатии и печеночной недостаточности.

Общую гипертермию в количестве от 2 до 7 сеансов проводили по специально разработанной методике в режиме разогрева тела пациентов 42,7–43,0 °С с интервалом в 3–4 недели. Во время сеанса гипертермии вводили половинную курсовую дозу препаратов первой — второй линии, а отдельным пациенткам проводились сеансы гипертермии без введения химиопрепаратов.

Объективный эффект получен у 55% и стабилизация процесса у 26,3% пациенток. У 9% больных ранее неоперабельных выполнены радикальные операции. Медиана выживаемости у больных с диссеминированным раком молочной железы составила 39 месяцев в случаях полной регрессии опухолевого процесса, 21 месяц в группе с частичной регрессией и 12,6 месяцев при стабилизации роста опухоли. Безрецидивная выживаемость составила 29 месяцев.

Общая гипертермия в режиме 42,7–43,0 °С может рассматриваться в качестве основного метода противоопухолевого воздействия при диссеминированных химиорезистентных опухолях репродуктивной системы и позволяет получить объективный эффект без применения химиопрепаратов.

II.13.32

ВЛИЯНИЕ ИНТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕРМИИ НА СОСТОЯНИЕ АНТИРАДИКАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Н.М. Поздеев, В.Н. Паньков, Н.В. Рябов
НИИ гематологии и переливания крови, Киров, Россия

Цель: изучить состояние окислительно-восстановительной системы гомеостаза у онкологических больных при проведении интраперитонеальной гипертермии (ИГ).

Методы: изучены ферментные и неферментные антиоксиданты и показатели перекисного окисления липидов (ПОЛ) до и после ИГ, через сутки и через 7 суток. Содержание антиоксидантов определяли колориметрически: церулоплазмину по реакции с о-фенилендиамином, тиоловых соединений — по взаимодействию молекулярного йода со свободными сульфгидрильными группами белков сыворотки крови. Интенсивность ПОЛ оценивали по уровню малонового диальдегида в реакции с тиобарбитуровой кислотой.

Результаты: установлено, что через час после ИГ содержание ПОЛ возросло в 1,2 раза, а через сутки снижалось. У больных с выраженной положительной клинической динамикой через 7 суток показатели антиоксидантной системы и ПОЛ приближались к нормальным значениям: уровень церулоплазмينا снижался в 1,8 раза, общих тиоловых групп белков возрастал в 1,3 раза и количество малонового диальдегида в сыворотке крови уменьшалось в 1,6 раза по сравнению с исходным. У больных с непродолжительным клиническим эффектом после ИГ отмечалось усиление процессов липопероксидации и сохранение дисбаланса в системе антиоксидантной защиты и ПОЛ. Заключение: необходимость оценки состояния окислительно-восстановительной системы гомеостаза при проведении ИГ объясняется важностью выработки адекватных температурно-временных параметров, оптимальных режимов высокочастотного воздействия, обеспечивающих управляемое изменение функциональной активности клеток брюшины (нейтрофильных гранулоцитов, перитонеальных макрофагов, мезотелиоцитов) от процессов кондиционирования до развития флоггенной реакции.

II.13.33

ПОКАЗАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ ИНТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕРМИИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Н.М. Поздеев, Н.В. Рябов, Н.З. Шерман, А.Н. Напалков
НИИ гематологии и переливания крови, Киров, Россия

Цель: разработать клинические и лабораторные критерии, определяющие эффективный режим применения интраперитонеальной гипертермии (ИГ) у онкологических больных.

Методы: способ региональной гипертермии брюшной полости (Патент РФ № 98119551/14. Положительное решение от 22.07.99) был включен в комплексную терапию 70 больных с различными вариантами злокачественных опухолей в стадии генерализации процесса: 43 человека с внутрибрюшной локализацией новообразования, 12 — с внебрюшной локализацией и 15 — с лимфопролиферативными заболеваниями. Группу сравнения составили 80 больных, которым не проводилась ИГ. Всем больным до и после ИГ выполнялся эксудативный тест «кожное окно» (Патент РФ № 98101066/14. Положительное решение от 10.02.99). Установлено, что в те-

чение двух недель после проведения ИГ начинается редукция опухолевой массы, во всех случаях отмечается повышение качества жизни. Продолжительность жизни у 65% больных основной группы составляет от 8 до 22 месяцев. В группе сравнения продолжительность жизни у 80% пациентов не превышает 4 месяцев.

Результаты: клиническими показаниями к проведению ИГ являются: 1. Прогрессирование злокачественного процесса на фоне лучевой и химиотерапии; 2. Неоперабельные опухоли; 3. Состояние после циторедуктивных и паллиативных операций. ИГ относительно противопоказана больным с тяжелой хакексией. Лабораторными критериями эффективности ИГ служит вид клеточной реакции в «кожном окне» и процент Pit-клеток. После ИГ у пациентов с выраженным клиническим улучшением происходит смена типа клеточной реакции с макрофагальной на нейтрофильную. При этом возрастает процент Pit-клеток, а Pit-гранулы обнаруживаются не только в макрофагах, но и в нейтрофилах.

II.13.34

РЕАБИЛИТАЦИЯ ЖЕНЩИН С ОНКОЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Р.В. Полковникова, А.В. Кондаков
Ассоциация «Маммология», Москва, Россия*

В структуре онкологической заболеваемости в России рак молочной железы занимает первое место. В настоящее время более 2 млн. женщин после проведенного радикального лечения нуждается в реабилитации. Программа реабилитации разрабатывается для каждой конкретной женщины с учетом общего состояния, возраста и стадии процесса.

Специалистами Московской Ассоциации «Маммология» разработана комплексная программа послеоперационной реабилитации. Программа включает в себя:

- диагностику постмастэктомических осложнений;
- лечение вторичной лимфэдемы верхних конечностей;
- коррекцию вертеброгенных нарушений и контрактур;
- экзопротезирование и подбор лечебного белья;
- психосоматическую коррекцию.

Среди соматических осложнений, которые в ряде случаев приводят к инвалидизации женщин, чаще всего (60%) наблюдается вторичная лимфэдема верхних конечностей. Для лечения лимфэдемы используют медикаментозные, аппаратные и корригирующие методы в виде ношения компрессионных рукавов.

Коррекция вертеброгенных нарушений и контрактур осуществляется врачом-ортопедом с помощью методов мануального массажа, ЛФК и ношения корректора осанки.

Экзопротезирование дает простую и естественную возможность вернуть женственность посредством подбора силиконового протеза, соответствующего анатомо-топографическим особенностям перенесенной операции.

Психосоматическую коррекцию проводит психотерапевт при явлениях психогении и психосоциальной дезориентации.

II.13.35

ПОСТЛУЧЕВОЙ ПЕРИКАРДИТ У БОЛЬНЫХ ЛГМ

*Г.З. Мухаметшина, И.В. Бухарова, А.М. Гимранов
КОЦ МЗ РТ, Казань, Татарстан*

В отделении Комбинированных методов лечения за последние 3 года было пролечено 136 пациентов с ЛГМ. Все они получали комплексное лечение, химиолучевую терапию. Из них лучевые осложнения перикарда, разной степени выраженности, были диагностированы у 33 пациентов.

У 20 пациентов экссудативный перикардит не имел клинических проявлений и был выявлен при контрольном УЗИ исследовании (толщина экссудата от 5 до 12 мм). Наблюдение этих пациентов в течение года показало регрессию экссудата без дополнительного лечения.

У 8 больных изменения носили более выраженный характер: экссудативный перикардит (толщина экссудата 15-30 мм) сопровождался одышкой и изменениями на ЭКГ: снижение вольтажа комплекса QRS, диффузное снижение процессов реполяризации, возникновение синусовой тахикардии 90–120 ударов в минуту. Лечение этой группы заключалось в однократной пункции перикарда субсифоидальным доступом с максимальной эвакуацией жидкости и введением интраперикардиально кортикостероидов. Параллельно назначалась противовоспалительная терапия: нестероидные противовоспалительные препараты, десенсибилизирующие средства, поливитамины. Динамическое наблюдение за этими пациентами показало адекватность лечения (УЗИ контроль 1 раз в 2 месяца).

У 3 пациентов более выраженная клиника экссудативного перикардита (тахипное в покое, тахикардия 110–150 ударов в минуту, приближение амплитуды QRS к изолинии на ЭКГ, уменьшение пульсации сердечного контура при Ro скопии, более выраженное, чем в норме (10–15 мм ртутно-

го столба), уменьшение систолического давления при вдохе, уменьшение разницы между систолическим и диастолическим давлением, регистрация на УЗИ выпота в перикарде от 30 до 45 мм) требовала немедленного перикардиоцентеза с установлением катетера и ежедневным динамическим УЗИ исследованием с параллельной противовоспалительной терапией. У 2 больных из этой группы выполнялась торакоскопия с ревизией органов средостения для исключения рецидива, параллельно была выполнена перикардэктомия, учитывая «ненасытность» экссудативного перикардита с положительной динамикой. Одна больная из этой группы во время торакоскопической операции по поводу хилезного плеврита (постлучевой фиброз с облитерацией внутригрудного лимфатического протока) и параллельно проведенной перикардэктомии погибла.

Двое пациентов погибли при явлениях прогрессирующей сердечно-сосудистой недостаточности, связанной с развитием выраженного постлучевого констриктивного перикардита.

Своевременная диагностика и правильно выбранная тактика лечения лучевого перикардита позволяют избежать осложнений, не связанных с основным заболеванием.

II.13.36

СУБХОНДРАЛЬНАЯ ПЛАСТИКА СУСТАВОВ КОСТНЫМ ЦЕМЕНТОМ

*В.А. Шильников, А.В. Войтович, В.А. Неверов, Л.В. Соловьева
Рос. НИИТО им. Р.Р. Вредена, С-Петербург, Россия*

Излюбленным местом локализации костных опухолей являются метаэпифизарные участки длинных трубчатых костей. Близость патологического очага к суставу обуславливает сложность выполнения оперативного лечения, которое должно предусматривать два взаимоисключающих принципа. Это соблюдение правил абластики и сохранение или восстановление функции конечности. В случаях поражения кости злокачественной опухолью, выполнение операции, направленной на сохранение конечности и ее функции с соблюдением правил абластики, остановится несовместимой задачей. Более перспективным лечением в подобных условиях, являются доброкачественные опухоли, которые не требуют обширной резекции кости и прилегающих мягких тканей. В 11 отделении хирургии суставов выполнено 49 органосохраняющих операций на суставных концах длинных трубчатых костей пораженных опухолевым процессом. Из них у 37 больных была выявлена остеобластокластома, а у 12 больных различные варианты злокачественных опухолей. Больным последней группы органосохраняющие операции выполнялись только тогда, когда они категорически отказывались от радикального способа лечения, при множественных метастазах и с неблагоприятной перспективой продолжительности жизни. В этих случаях основным мотивом паллиативного лечения являлось улучшение качества жизни больного. Все 49 операций выполнялись с использованием способа субхондрального эндопротезирования. Суть этого способа заключается в удалении пораженного участка кости вплоть до субхондрального слоя с последующей его заменой на эндопротез, который фиксируется к сохраненному суставному хрящу с помощью костного цемента. В тех случаях, когда размер доброкачественной опухоли позволял выполнить краевую резекцию и кюретаж, образовавшийся дефект заполняли костным цементом при необходимости армированным металлическими стержнями. Отдаленные результаты прослежены в сроки от 6 месяцев до 6 лет. У всех исследуемых получены хорошие и удовлетворительные ортопедические результаты. У больных, оперированных по поводу остеобластокластом, рецидивов опухолей и метастазов нет.

II.13.37

РЕЗУЛЬТАТЫ СУБХОНДРАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ СУСТАВОВ

*В.А. Шильников, Н.В. Корнилов, А.В. Войтович, Л.В. Соловьева
НИИТО им. Р.Р. Вредена, С-Петербург, Россия*

Способ субхондрального эндопротезирования суставов заключается в замещении пораженного участка кости на эндопротез, суставной поверхностью которого является собственный хрящ сустава. Фиксация его к эндопротезу осуществляется с помощью костного цемента по специальной методике разработанной авторами. Показанием для таких операций являются опухоли в области метаэпифизов, а также некоторые виды переломов в области суставных концов длинных трубчатых костей, когда остеосинтез представляется трудновыполнимым и неперспективным с точки зрения восстановления опорно-двигательной функции конечности. Основным условием для его выполнения является сохранение целостности и отсутствия дегенеративно-дистрофических изменений хряща. С помощью этой методики сделано 63 операции. Результаты субхондрального эндопротезирования суставов прослежены в сроки от 6 месяцев до 6 лет. Во всех наблюдениях после операций выполненных по поводу костных опухолей отмечены хорошие и удовлетворительные результаты. Результаты субхондраль-

ного эндопротезирования головки бедра выполненными по поводу перелома шейки бедренной кости отмечаются хорошие результаты в течение первых 20–24 месяцев, с последующим прогрессивным ухудшением показателей функций сустава и рентгенологическими признаками разрушения хрящевого покрытия головки эндопротеза. На других сегментах конечностей (дистальный отдел бедренной кости, проксимальный и дистальный большеберцовой, проксимальный и дистальный отделы плечевой кости, дистальный метаэпифиз лучевой) отмечаются стойкие показатели хороших результатов функции суставов.

II.13.38

НЕОАДЪЮВАНТНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ

*Е.Г. Новикова, Е.А. Ронина
Московский научно-исследовательский онкологический институт
им. П.А. Герцена, Москва, Россия*

В онкологической заболеваемости женщин России в 1998 г. удельный вес злокачественных опухолей яичников составил 5,1%.

Хотя неоплазии гонад в заболеваемости органов женской половой сферы занимают стабильно 3-е место после рака тела и шейки матки и составляют 23–25%. В то же время, смертность от этого коварного заболевания находится на первом месте и составляет около 49% смертей.

Невозможность создания скрининг-программ по выявлению новообразований придатков, практически полное отсутствие патогномичных симптомов заболевания, трудности диагностирования заболевания на ранних этапах его развития приводит к тому, что в 70–80% случаев злокачественные опухоли яичников выявляются в III–IV стадии процесса.

Лечение распространенных форм злокачественных опухолей яичников, как правило, комбинированное и достаточно длительное.

Безусловно ведущим, хотя и не самостоятельным методом является хирургический. Целью оперативного вмешательства является удаление максимального объема опухолевых масс.

Сравнительно давно было установлено, что опухоли яичников относятся к числу высоко чувствительных к антибластомным препаратам. Статистически достоверным является увеличение продолжительности жизни больных с неоплазиями гонад при сочетании хирургического компонента с лекарственной терапией.

Существуют два совершенно противоположных подхода к проблеме этапности проведения компонентов комбинированного лечения, имеющих свои «за» и «против». С одной стороны, считается, что оперативному вмешательству должна предшествовать неoadъювантная цитостатическая терапия. Это утверждение обосновано следующими тезисами: во-первых, повышение резектабельности процесса в результате уменьшения объема опухоли и снижения экссудации жидкости; во-вторых, возможность оценки лекарственного патоморфоза и проведение адъювантной терапии с учетом полученных данных; в-третьих, повышение эластичности оперативного вмешательства. С другой стороны, целесообразность первичного хирургического вмешательства объясняется: во-первых, возможностью стадирования процесса, что позволяет формировать адекватный индивидуальный план лечебных мероприятий; во-вторых, удалением максимального объема опухоли, в связи с чем повышается эффективность последующей химиотерапии; в-третьих, устранением опухолевой интоксикации, в результате чего улучшается качество жизни пациенток и появляется возможность к проведению более агрессивного воздействия цитостатиками.

Безусловно, основным условием для проведения неoadъювантной химиотерапии является морфологическая верификация процесса. Безусловно, достаточно проведения цитологического исследования экссудата, полученного как при пункции заднего свода влагалища, так и при лапаро- или торакоцентезе. Однако в последнее время с развитием лапароскопической техники возможен забор материала не только для цитологического, но и для выполнения гистологического исследования, что более точно позволяет определить первичный злокачественного новообразования. Нередки случаи, когда у ослабленных больных с распространенным опухолевым процессом оперативное вмешательство первоначально вообще не планировалось. Однако в результате того, что опухоль оказывалась чувствительной к лекарственному лечению, состояние больной значительно улучшалось, опухоль приобретала более четкие контуры, подвижность, уменьшалась в размерах, в результате чего появлялась возможность проведения хирургического вмешательства.

Онкогинекологическая клиника МНИОИ им. П.А. Герцена придерживается взгляда о целесообразности проведения ряду больных новообразованиями гонад неoadъювантной химиотерапии с использованием в обязательном порядке препаратов платины, по возможности, в сочетании с таксанами, как наиболее эффективными на современном этапе цитостатиками в лечении распространенных форм злокачественных опухолей яичников.

II.13.39

ПАЛЛИАТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

*Е.Г. Новикова, Л.В. Демидова, В.А. Антипов
Московский научно-исследовательский онкологический институт
им. П.А. Герцена, Москва, Россия*

Несмотря на доступность визуальному осмотру и давнее существование классических подходов в диагностике рака шейки матки инвазивные и запущенные формы этого заболевания составляют весомую группу пациенток онкогинекологических и радиологических стационаров. Сохранение на должном уровне качества жизни этих больных является важной медицинской и социальной задачей.

До последнего времени в онкогинекологии при лечении инвазивного рака шейки матки использовались классические методы, приводившие к хирургической или лучевой кастрации с развитием посткастричного синдрома, существенно ухудшающего качество жизни пациенток. В гинекологической клинике МНИОИ им. П.А. Герцена предложен и разработан этап расширенной экстирпации матки – транспозиция яичников. В результате транспозиции яичники на питающей «ножке» перемещаются в верхний этаж брюшной полости. При этом достигается их выведение из зоны послеоперационного облучения, что исключает лучевую кастрацию. Показатели пятилетней выживаемости больных подвергшихся выполнению модифицированной операции соответствуют таковым после классических методов лечения, при этом не наблюдается характерных эндокринно-обменных нарушений, и психо-эмоциональных расстройств.

Методика транспозиции яичников нашла свое применение в лечении местнораспространенного рака шейки матки. Ведется научная работа направленная как на улучшение результатов лечения, т.е. увеличение пятилетней выживаемости так и на сохранение удовлетворительного качества жизни больных. Если ранее повсеместно использовались сочетанная лучевая терапия или химиолучевое лечение, то теперь рассматривается возможность изменения подхода. А именно, в I этапе выполняется оперативное вмешательство включающее в себя ревизию органов брюшной полости, интраоперационную ультразвуковую диагностику забрюшинного пространства (оценка состояния обтураторных, подвздошных, парааортальных лимфатических узлов), при технической возможности – одно- или двухстороннюю лимфаденэктомию и транспозицию яичников. Вторым этапом является сочетанная лучевая терапия либо химиолучевое лечение. Обнадешивающие результаты лечения этой категории больных обосновывают продолжение разработки данного научного направления.

II.13.40

МОЖНО ЛИ ИЗЛЕЧИТЬ «НЕКУРАБЕЛЬНЫХ» БОЛЬНЫХ С ДЕСМОИДНЫМИ ФИБРОМАМИ?

*С.Л. Дарьялова, А.В. Бойко
МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва, Россия*

Особая форма опухолевой патологии мягких тканей – десмоидные фибромы (ДФ) под микроскопом выглядят в виде полей волокнистой соединительной ткани с вкраплениями отдельных фиброцитов и фибробластов, что полностью диссоциирует с особенностями их клинического течения. Не давая отдаленных метастазов, по агрессивности и темпам местнодеструктурирующего роста ДФ значительно превосходят саркомы. Посему их истинно опухолевая природа до сих пор ставится под сомнение.

Начинаясь с «безобидного» уплотнения, они превращаются в инфильтраты без границ, зачастую тотально поражая всю мышечную массу, приводя к тяжелой инвалидизации и мучительной медленной гибели. Трагизм ситуации усугубляется тем, что основной контингент составляют девушки и молодые женщины.

Уникальный опыт МНИОИ им. П.А. Герцена, включающий наблюдение за 400 больными с ДФ, получавшими лечение в 720 случаях с учетом многократных рецидивов, позволяет нам полностью отвергнуть общепринятый до последнего времени хирургический вариант лечения (процент рецидивов превышает 90%).

На основании углубленного изучения особенностей этиологии и патогенеза ДФ совместно с эндокринологами, генетиками и другими специалистами мы разработали в качестве альтернативы хирургии различные варианты консервативных комплексных воздействий, включающих лучевую, химио- и гормонотерапию в зависимости от индивидуальных характеристик опухоли и больного.

Благодаря новым подходам стало возможным лечение не только первичных больных, но и пациентов с рецидивами после многократной хирургического и комбинированного лечения, имеющих выраженные трофические изменения тканей.

Из 280 случаев консервативного лечения излечение на сегодняшний день достигнуто у 250, причем первичные больные полностью реабилитированы.

II.13.41

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ТОТАЛЬНОМ ПОРАЖЕНИИ ТРАХЕИ И ДВУХ ГЛАВНЫХ БРОНХОВ

А.В. Бойко, С.Л. Дарьялова
МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва, Россия

Среди онкологических больных есть особый контингент, который до последнего времени не мог рассчитывать даже на паллиативную помощь. Речь идет о пациентах с тотальным поражением трахеи с или без вовлечения одного или двух главных бронхов. Они были обречены на гибель от удушья, а при торпидно текущем аденокарциномном раке это мучительное угасание затягивалось на многие месяцы.

Внедрение в клинику лазеров позволило выполнять у них реканализацию, в том числе повторные, тем самым улучшить качество жизни и её продление, но без надежды на излечение. Дополнительное наружное облучение усиливало паллиативный эффект. Излечения удавалось достичь лишь у отдельных больных из-за невозможности подведения таким способом канцерцидной дозы.

Разработка в МНИОИ им. П.А. Герцена метода эндотрахеальной и эндобронхиальной лучевой терапии коренным образом изменило ситуацию.

Сочетанное лучевое лечение и лазерная реканализация обеспечили хорошие онкологические результаты практически без осложнений и высокую медико-социальную реабилитацию: 56,2% больных нерезектабельным раком трахеи живы без рецидивов от одного до девяти лет. Несмотря на высокий уровень суммарных очаговых доз, хорошее состояние тканей позволяло даже в случаях развития рецидивов применять лазерное и фотодинамическое лечение: из 6 больных с рецидивами — 4 излечены в сроки от 3 до 5 лет.

II.13.42

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ИНДОЛЕНТНЫМИ ЛИМФОМАМИ

А.А. Новик, Т.И. Ионова, А.С. Повзун, А.В. Киштович, Т.П. Никитина
Российская Военно-медицинская академия, клиника гематологии и клинической иммунологии

Основное назначение паллиативного лечения — улучшение качества жизни (КЖ) больного. Стандартные методы лечения индолентных лимфом не обеспечивают достоверных различий в выживаемости больных и, по существу, являются паллиативными. Целью исследования было изучение КЖ больных индолентными лимфомами до лечения, в процессе противоопухолевой терапии (6 или 8 курсов СОР) и после окончания лечения. Оценка КЖ проводилась с помощью опросника EORTC QLQ-C30.

Был обследован 61 больной (27 мужчин и 34 женщины), средний возраст — 56,5 лет. После окончания лечения — 6 или 8 курсов ПХТ у всех больных отмечен ответ на ПХТ. В зависимости от показателей КЖ до начала лечения было выделено две группы больных: с исходным уровнем шкалы общего КЖ (ОКЖ) < 50 баллов — I и > 50 баллов — II.

Установлено, что в 1-й группе с исходно низким ОКЖ (среднее значение 40 баллов) физическое (60,5 и 86,4), ролевое (60 и 84,3), эмоциональное (63,2 и 87,5), когнитивное (75 и 90) и социальное (71,5 и 92,6) функционирование были хуже по сравнению с показателями во 2-й группе с исходно высоким ОКЖ (среднее значение 90 баллов) (P < 0,01). В 1-й группе также были более выражены проявления слабости (47,7 и 22,8), боли (35,6 и 15,2), потери аппетита (20,8 и 3,9) и запора (13,9 и 2,9) (P < 0,01). Выявлено различие в динамике показателей КЖ больных в двух группах на фоне полихимиотерапии. После окончания 6 или 8 курсов ПХТ в группе с исходно низким ОКЖ не наблюдалось достоверных изменений параметров КЖ по сравнению со значениями до начала лечения. В группе с исходно высоким ОКЖ установлено значимое улучшение ролевого (84,3 и 93,7) и эмоционального (87,5 и 93,7) функционирования, снижение слабости (22,8 и 15,3) и боли (15,2 и 10,4). Таким образом, стандартное лечение больных индолентными лимфомами приводит к стабилизации и улучшению их качества жизни. Показатели ОКЖ, измеренные до начала лечения, связаны с динамикой отдельных шкал КЖ в процессе ПХТ. У больных с исходно низким ОКЖ параметры КЖ после лечения не улучшаются, но при этом остаются на стабильном уровне, у больных же с исходно высоким ОКЖ — под воздействием терапии наблюдается отчетливое улучшение по ряду шкал EORTC QLQ-C30.

II.13.43

ФУНКЦИИ ЛЕГКИХ И СЕРДЦА В ПЕРИОД РЕАБИЛИТАЦИИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ВЫСОКОДОЗНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ

Д.А. Шехонина, В.Л. Кассиль, В.В. Тимошенко, О.И. Чебан,
О.А. Мамедова, Н.Б. Афанасьева, В.Б. Ларионова, В.В. Птушкин
РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва, Россия

В ряде случаев, при химиотерапии злокачественных опухолей, несмотря на достижение стойкой ремиссии или даже излечения от основного заболевания, сопутствующее кардио- или пневмотоксическое действие химиопрепаратов, снижает качество жизни больных и может быть причиной их смерти. Исследовали функции легких и сердца до начала лечения и через 10 дней после восстановления гемопоэза у 21 больного (16 — рецидивы лимфогранулематоза [ЛГМ], 5 — рак молочной железы [РМЖ]), которым проводили высокодозную химиотерапию [ВДХТ] по схеме dexa-VEAM с последующей трансплантацией аутологичного транспозитического материала. Показанием для проведения ВДХТ при ЛГМ являлась прогностически неблагоприятная форма заболевания; при РМЖ — необходимость консолидации ремиссии. Сопутствующие заболевания органов дыхания и кровообращения у обследованных больных не выявлены. Несмотря на то, что умеренные преимущественно обструктивные нарушения дыхания были выявлены только у 2 больных ЛГМ, в период реабилитации у 89% пациентов отмечались рестриктивные нарушения разной степени выраженности. У 6 больных (28,6%), у которых ЖЕЛ и МВЛ снизились на 10-30% ниже исходных величин, впоследствии развивались пневмонии, трахеобронхит, 2 из них умерли от дыхательной недостаточности. Нарушения на ЭКГ отсутствовали только у 2 больных, у 19 имели место нарушения реполяризации миокарда. После ВДХТ ухудшение процессов реполяризации отмечено у 8 больных, и у одной больной с ЛГМ усилились признаки нарушения внутрижелудочковой проводимости. У 2 больных уменьшилась ранее определявшаяся перегрузка правого предсердия. Таким образом, исследования функции легких и сердца целесообразны для оценки периода реабилитации больных после ВДХТ.

II.13.44

ЛЕЧЕНИЕ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО АСЦИТА У БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ЖЕЛУДКА

С.Г. Афанасьев, В.В. Карасева, С.А. Антипов
НИИ онкологии, Томск, Россия

Лечение больных раком желудка с метастазами по брюшине представляет собой трудную задачу. Асцитическая жидкость, накапливающаяся в брюшной полости, вызывает сдавление внутренних органов, нарушая их жизнедеятельность, нередко асцит сопровождается плевритом. При лапароцентезе теряется большое количество белка и электролитов что усугубляет имеющиеся нарушения гомеостаза. Продолжительность жизни пациентов невысока, в среднем 2,5-3 месяца от момента выявления метастатического асцита. Внутривнутрибрюшинное введение ТиоТЭФ, 5-фторурацила является малоэффективным и практически не приводит к снижению скорости накопления асцитической жидкости. Мы в этих целях используем цисплатин, который вводится в брюшную полость после полной эвакуации асцитической жидкости в дозе 50 мг. Побочных реакций в виде рвоты, лейкопении не наблюдалось. Интраперитонеальное введение цисплатина выполнено 11 больным раком желудка с метастазами по брюшине, у 5 из которых было проведено радикальное оперативное вмешательство, и асцит являлся проявлением отдаленного метастазирования. Перерывы между лапароцентезами составляли 2,5-3 месяца, продолжительность жизни больных от начала лечения равнялась 6-9 месяцам. Пациентка Г., 1947 г.р., история болезни № 115558, с диагнозом: инфильтративный рак желудка, тотальное поражение, метастазы по брюшине, асцит, состояние после паллиативной гастроэктомии, наблюдалась 43 месяцев. У 4 больных одновременно был диагностирован экссудативный плеврит, после удаления выпота, в плевральную полость вводился цисплатин в дозе 25 мг. В 3 случаях однократной манипуляции было достаточно для полного купирования плеврита, одному пациенту потребовалась повторная пункция плевральной полости с введением препарата.

Таким образом, внутривнутрибрюшинное введение цисплатина у больных раком желудка с метастазами по брюшине и асцитом позволяет достоверно увеличить временные промежутки между проведением лапароцентезов и продолжительность жизни, тем самым улучшить качество жизни этих пациентов.

П.13.45**ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ
В ОНКОПУЛЬМОНОЛОГИИ**

О.В. Черемисина
НИИ онкологии, Томск, Россия

Эндоскопическая лазеротерапия послеоперационных бронхиальных свищей проведена 18 больным раком легкого. Источником излучения служила установка «Малахит», генерирующая лазерное излучение с длиной волны 510 и 578 нм, в импульсном режиме, мощностью 150 мВт.

Лазеротерапия проводилась по следующей методике: предварительно осуществлялось очищение культи бронха и свищевого отверстия от мокроты, фибриновых наложений и некротических масс, с последующим промыванием культи бронха растворами антисептиков. Края свищевого отверстия освежались с помощью стандартных биопсийных щипцов. Затем через биопсийный канал фибробронхоскопа фирмы «Olympus» вводился световод, соединенный с лазерной установкой, который устанавливался на расстоянии 0,5 см от свищевого отверстия. Сеансы лазеротерапии продолжительностью 1 минута проводились через 1 день. Каждому больному выполнено 10 сеансов. Одновременно с проводимой эндоскопической лазеротерапией всем больным осуществлялось ежедневное промывание полости эмпиемы растворами антисептиков и антибиотикотерапия по стандартной схеме. В результате проведенной лазерной терапии у 11 пациентов удалось полностью залечить бронхиальный свищ, что составило 61,1%. У 4 больных (22,2%) сформировался стойкий свищ с ликвидацией всех воспалительных явлений. В 3 случаях свищи не поддались лечению (16,6%). Установлено, что свищи возникшие после радикальной операции потребовали одного курса лазерной санации и купировались в 100% случаев, тогда как свищи сформировавшиеся после комбинированного лечения рака легкого (операция в сочетании с интраоперационным облучением) потребовали повторных курсов лазеротерапии и были залечены лишь у 3 больных.

Таким образом, эндоскопическая лазерная терапия является высокоэффективным консервативным методом лечения таких тяжелых послеоперационных осложнений у больных раком легкого, как бронхиальный свищ. Предложенная методика позволяет полностью купировать это осложнение 61,1% случаев, что значительно повышает качество жизни оперированных больных и исключает необходимость проведения калечащих торакопластических операций.

П.13.46**НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ
ЦИТОСТАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ**

Г.О. Гречканев, А.В. Алясова, О.А. Повещенко, В.В. Калинин
ГУ Нижегородская мед. академия, Нижний Новгород, Россия

Цель исследования: оценить возможности озонотерапии в коррекции осложнений, вызываемых цитостатическими препаратами.

Под наблюдением находилось 8 больных злокачественными опухолями различных локализаций (3 больных – раком яичников, 2 – рак молочной железы, 1 – рак желудка, 2 больных – злокачественными лимфомами). Озонотерапия проводилась с помощью отечественного серийного прибора Медозонс-БМ на фоне циклических курсов полихимиотерапии по общепринятым схемам. В результате применения озона удавалось добиться сокращения частоты возникновения эпизодов тошноты и рвоты. Больные отмечали улучшение самочувствия, ощущение свежести, нормализацию сна. В иммунограмме отмечалось уменьшение количества циркулирующих иммунных комплексов, возрастали показатели фагоцитоза. Стабилизировались параметры перекисного окисления липидов. Приведенные данные носят предварительный характер. Дальнейшее изучение метода будет продолжено.

П.13.47**ЛЕЧЕНИЕ ВТОРИЧНЫХ ОТЕКОВ С ПОМОЩЬЮ
ЛИМФОВЕНОЗНОГО ШУНТИРОВАНИЯ (ЛВШ)
У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

А.Ф. Цыб, М.С. Бардычев, В.В. Пасов, И.А. Смирнова, О.И. Туркин,
Г.Р. Исаакян
Медицинский Радиологический научный центр РАМН, Обнинск, Россия

В настоящее время методом выбора при лечении вторичного лучевого лимфостаза, развивающегося после комбинированного лечения рака молочной железы, является лимфовенозное шунтирование (ЛВШ).

В МРНЦ РАМН, в отделении лечения лучевых повреждений, ЛВШ было произведено у 170 пациенток с I-III стадией отека.

У 30 (17,6%) больных выполнялось ЛВШ с аутовенозной вставкой. У 14 (8,2%) больных отек прогрессировал в послеоперационном периоде. Дан-

ной группе больных проводилось повторное ЛВШ: из них у 11(6,4%) – шунтирование произведено дважды, а у 3(1,8%) – трижды.

У 7(4,1%) больных на поздних сроках потребовалось повторное оперативное вмешательство в объеме операции Систрунка (частичная дерматолипофасциэктомия). Отрицательный эффект от ЛВШ связан с морфологическими изменениями лимфососудов (склероз лимфососудов и отсутствие лимфоток в них.).

Всем больным в предоперационном периоде использовали ручной массаж всей конечности, в послеоперационном периоде – пневмомассажа до места шунтирования.

Консервативная терапия включала применение на область фиброза аппликаций 10%-ным раствором диметилсульфоксида, в сочетании с антикоагулянтной терапией. С целью снижения болевого синдрома у больных со вторичным лучевым лимфостазом, сопровождающимся плекситами использовали иглорефлексотерапию. Для профилактики рожистого воспаления использовали бициллин-5 по 1,5 млн. ЕД. 1 раз в месяц.

Эффект оперативного лечения оценивался как в раннем послеоперационном периоде (до 1-го года), так и на сроках 1-5 лет. Оценка проводилась на основании клинического обследования и радиоизотопной лимфосцинтиграфии.

У 62 (36,5%) больных эффект от оперативного вмешательства оценивался как положительный, у остальных 87(51,2%) выявлена стабилизация отека.

Анализ результатов показал, что ЛВШ эффективно в начальных стадиях вторичного лучевого лимфостаза при I-II степени отека, а ЛВШ с аутовенозной вставкой позволяет выполнять шунтирование всех лимфососудов при дефиците подкожных вен.

П.13.48**ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ЗАПУЩЕННЫХ ФОРМ
РАКА ШЕЙКИ МАТКИ**

А.Ф. Цыб, Л.И. Крикунова, Л.С. Мкртчян
Медицинский Радиологический научный центр РАМН, Обнинск, Россия

В исследование включены 22 больные раком шейки матки III стадии FIGO ($T_3N_0M_0$), которым проводилась сочетанная лучевая терапия с внутривенным облучением на аппарате Selectron источниками ^{137}Cs средней активности (40 мКи). По гистологическому строению опухоли преобладал плоскоклеточный неороговевающий рак – 14 (63,6%) наблюдений, у 3 (13,6%) пациенток была диагностирована аденокарцинома. По форме роста первичной опухоли доминировала смешанная – у 11 (50%) больных, по характеру распространения процесса превалировал смешанный вариант – у 14 (63,6%) пациенток. Метастазы в регионарных лимфоузлах выявлены у 2 (9,1%) больных.

Методика сочетанной лучевой терапии предусматривала на первом этапе дистанционное облучение первичного очага и зон регионарного метастазирования в виде статической с двух встречных полей или двухосевой гамма-терапии ежедневно в разовой очаговой дозе 2 Гр. Второй этап лечения состоял из чередования внутривенной гамма-терапии на аппарате Selectron – MDR (^{137}Cs) в РОД 10,6 Гр x 1 раз в неделю до СОД – 58,4 Гр и дистанционного облучения зон регионарного метастазирования в виде двухосевой четырехсекторной или статической с четырех встречных полей гамма-терапии в традиционном режиме. Суммарная очаговая доза от сочетанной лучевой терапии достигала в точке А 70-75 Гр, в точке В 55-60 Гр.

Изучение отдаленных результатов лечения показало, что пятилетняя выживаемость составила 69,2±10,6%. Лучевые осложнения средней тяжести имели место у 2(9,1%) больных, из них у 1(4,5%) – в виде язвенно-цистита, у 1(4,5%) – язвенного ректита.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют об эффективности использования источников ^{137}Cs средней активности при сочетанной лучевой терапии запущенных форм рака шейки матки.

П.13.49**РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА
В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ МАТКИ**

В.Л. Винокуров, И.В. Столярова, А.Б. Минаев, В.Е. Мокшин
Центральный научно-исследовательский рентгенорадиологический институт, Санкт-Петербург, Россия

Анализ онкоэпидемиологической ситуации позволяет констатировать рост частоты возникновения рака матки у женщин различных возрастных групп. При этом частота обнаружения основных форм гинекологического рака в III-IV стадии составила в 1997 г. для рака шейки матки – 38,5% и для рака эндометрия – 24%. У 55-60% больных распространенным раком матки основным осложнением является кровотечение. При этом любые консервативные мероприятия зачастую оказываются безуспешными, а развивающаяся анемия ограничивает применение специфического лечения. В этом случае выполнение чрезкатетерного гемостаза является методом выбора.

Материал и методы. За период с 1985 по 1996 г. в клинике ЦНИРРИ МЗ РФ эмболизация внутренних подвздошных артерий (ВПА) была выполнена 52 больным злокачественными опухолями матки. У 40 больных диагноз был установлен впервые, а у 12 пациенток имел место рецидив заболевания.

Диагностические и лечебные вмешательства выполнялись в условиях рентгеноперационной на ангиографических комплексах «Gigantos» и «Multistar» фирмы «Siemens». Тазовую ангиографию осуществляли путем пункции бедренной артерии по Сельдингеру. В качестве эмболизирующего материала использовали частицы поливинилалкоголя (айволон), мелко нарезанную гемостатическую губку, аутогустки или спирали, добиваясь полной окклюзии сосудов, кровоснабжающих опухоль. У 27 больных окклюзии ВПА предшествовала внутриартериальная химиотерапия. В качестве химиотерапевтического препарата использовали производные платины в разовых дозах 100-160 мг (100 мг/м²). Применяли методику многокасовой инфузии химиопрепарата, а с 1993 г. — его болюсное введение.

Результаты исследования. После окклюзии ВПА кровотечение было остановлено у всех больных, У пациенток с выраженной анемией отмечено статистически достоверное улучшение гематологических показателей периферической крови. Контрольное ангиографическое исследование показало уменьшение размеров опухоли на 25-50% по сравнению с исходными данными (p<0,01). Анализ отдаленных (3-летних) результатов лечения позволил констатировать повышение выживаемости больных, лучевое лечение которых сочеталось с применением рентгеноэндovasкулярных вмешательств (47% и 36% в контроле).

II.13.50

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Н.А. Винокурова, В.Б. Кондратьев
Санкт-Петербургский городской онкологический диспансер
Санкт-Петербург, Россия

Метастатические поражения головного мозга наблюдаются примерно у 15% онкологических больных с генерализованными формами преимущественно рака молочной железы и легкого. Лечение этих больных в большинстве случаев ограничивается лишь симптоматической терапией, хотя подобные поражения не являются фатальными, особенно для больных раком молочной железы. За последние 5 лет в диспансере подверглись лечению 24 больных с метастазами в головной мозг (15 — рак молочной железы, 4 — меланобластома, 3 — рак легкого, 2 — гипернефроидный рак). В отношении указанных больных использовалась следующая лечебная тактика: 1) срочное назначение интенсивной дегидратационной терапии: дексаметазон 10-16 мг (20-40 табл. по 0,0005) в сутки, чаще неукротимой рвоте — парентерально 15-20 мг/сут. и мочегонные, чаще всего лазикс; 2) сосудорасширяющие препараты (кавинтон, сермион, стугерон), ноотропы (ноотропил, парацетам и др.); 3) проведение химиотерапии препаратами, проникающими через гематоэнцефалический барьер, преимущественно ломустин (CCNU) по 120-160 мг (у больных с сохраненными резервами кровотока — до 200 мг), однократно или за два приема в 1-й и 2-й дни курса. При сохранении рвоты, несмотря на дегидратационную терапию, до назначения химиотерапии рвотный рефлекс подавлялся блокаторами 5Нз-серотониновых рецепторов. В последние годы мы также используем комбинацию CCNU с фторофуором. Указанная методика, использованная у 24 больных с метастазами опухолей в головной мозг, во всех случаях дала возможность зарегистрировать положительный эффект: регресс неврологических нарушений на 60-100%, что позволило осуществить уточняющие диагностические исследования. Так, у 4 из 5 больных, прошедших КТ головного мозга до химиотерапии и назначения кортикостероидов, наблюдалась положительная объективная динамика в виде уменьшения перифокальных изменений и размеров метастатических очагов поражения. В 7 случаях удалось выполнить дополнительное лечение в виде нейрохирургических операций, тотального облучения головного мозга с долгосрочными положительными эффектами. У 3-х больных с метастазами рака молочной железы ремиссия продолжалась 8,29 и 11 месяцев; у 2-х больных с метастазами меланомы 12 и 30 месяцев. Цель сообщения — привлечь внимание врачей, занимающихся паллиативным и симптоматическим лечением, к более активному ведению больных с метастатическими поражениями центральной нервной системы.

II.13.51

РОЛЬ ПРЕПАРАТА «БОНЕФОС» ФИРМЫ «SCHERING AG» В ЛЕЧЕНИИ КОСТНЫХ МЕТАСТАЗОВ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.В. Важенин, А.А. Фокин, О.А. Гладков
Челябинский областной онкологический центр, Челябинск, Россия

Диссеминированный рак молочной железы до настоящего времени считается неизлечимым заболеванием. Метастатическое поражение кост-

ной системы является более благоприятным прогностическим признаком, по сравнению с висцеральной локализацией метастазов. Однако из-за развития болевого синдрома в значительной степени страдает качество жизни пациенток. Практически, лечение сводится к назначению симптоматической дистанционной гамма терапии и анальгезирующих средств. Недостатком лучевого лечения является локальное воздействие на очаг поражения, что делает затруднительным его применение при генерализованном поражении костной системы. Облегчить состояние этой категории больных возможно с помощью бисфосфонатов, и в частности препарата «Бонефос» фирмы «Schering AG». Не являясь альтернативой химиотерапии, «Бонефос» (клюдронат) обладает уникальной способностью ингибировать костную резорбцию при метастазах рака молочной железы, оказывая лечебное действие. Существование пероральной формы препарата делает удобным его применение в клинической практике.

К сожалению, применение препарата «Бонефос» в нашей клинике ограничивается единичными случаями, тем не менее, первый опыт показал несомненную эффективность его в качестве лечебного средства при остеолитических метастазах рака молочной железы. Анальгетический эффект наступал не ранее 7 суток после начала приема препарата, отличался стойкостью в течение длительного времени, что позволило существенно повысить качество жизни пациенток. Побочных эффектов при использовании клудроната не отмечалось.

II.13.52

ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ГОРМОНОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ

А.Ф. Урманчеева, Л.М. Берштейн, М.М. Бурнина, Д.Р. Зельдович
СПбМАПО, НИИ онкологии им. проф. Н.Н. Петрова,
Санкт-Петербург, Россия

Цель: Оценить безопасность и эффективность препаратов заместительной гормонотерапии (ЗГТ) Дивитрена, Эстрофема, Фемостона, Прогинова в коррекции постоварикотомического синдрома (ПОЭС) у больных раком шейки матки (РШМ).

Материал и методы: Наблюдались 41 больная РШМ в различные сроки после хирургического или комбинированного лечения, находящиеся в стадии клинической ремиссии, предъявляющие жалобы, свойственные ПОЭС. Распределение больных по стадиям: 0 стадии — 4, I — 15, II — 11, III — 11 пациенток. В течение 6 месяцев 11 больных получали Дивитрен, 15 — Эстрофем, 10 — Фемостон, 5 — Прогинова. Средний возраст — 42±2,6 года. Средний послеоперационный период — 33±9,6 недель. Определялись модифицированный менопаузальный индекс (ММИ) в баллах, уровни ФСГ, эстрадиола, показатели липидного спектра крови.

Результаты: Средний ММИ на фоне Дивитрена снизился на 45%, на фоне Эстрофема на 43%, на фоне Фемостона на 54%, на фоне Прогинова на 50%. На фоне Дивитрена выраженность психоэмоциональных симптомов снизилась на 41,3%, на фоне Эстрофема на 55,7%, на фоне Фемостона на 60,5%, на фоне Прогинова на 55,9%. Нейро-вегетативные проявления уменьшились на фоне Дивитрена на 51,6%, на фоне Эстрофема на 27,3%, на фоне Фемостона на 44,2%, на фоне Прогинова на 44,3%. Выраженность метаболических изменений на фоне Дивитрена снизилась на 30,9%, на фоне Эстрофема на 49%, на фоне Фемостона на 69,2%, на фоне Прогинова на 54,7%. Отмечено снижение ФСГ на фоне Дивитрена на 20%, на фоне Прогинова на 17% при повышении уровней эстрадиола на 90%. Атерогенный индекс снизился на 18%. На фоне ЗГТ рецидива РШМ не наблюдалось.

Выводы: Препараты ЗГТ безопасны и высокоэффективны в лечении ПОЭС у больных РШМ. Целесообразно назначение ЗГТ в раннем послеоперационном периоде.

II.13.53

РЕГУЛЯЦИЯ БЕМИТИЛОМ НИТРОКСИДЕРГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ПРИ СУБТОТАЛЬНОМ ОБЛУЧЕНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

З.П. Важенина, В.И. Ратников
Медакадемия, Челябинск, Россия

Биоактивная система «L-аргинин-оксид азота» играет важную роль не только в физиологической регуляции уровня артериального давления и других показателей гемодинамики, процессов гемостаза и нейротрансмиссии, но и выступает в качестве эндогенного иммуномодулятора, действие которого реализуется преимущественно через активацию макрофагов. Интенсивные режимы гамма-облучения, широко применяющиеся в радиологической онкологической практике, в существенной степени нарушают динамику нитроксидагических процессов, что проявляется, в частности, в ослаблении макрофагального звена иммунной системы онкологических больных.

Продукцию азота оксида в организме больных, подвергнутых по поводу онкологической патологии интенсивным методам лучевой терапии, оценивали реакцией Гриса, определяя концентрацию стабильных метаболитов нитроксида-молекулы в сыворотке крови. С целью коррекции радиационной иммуносупрессии, нередко осложняющей течение основного заболевания, назначали производное меркаптобензимидазола бемитил 2-х недельными курсами в суточной дозировке 0,5. Выбор иммуностимулятора обусловлен показанной ранее высокой эффективностью препарата как средства активации макрофагально-фагоцитарной системы человека и животных.

Установлено, что у 17 из 21 обследованных пациентов на 3–16-е сутки после облучения наблюдалось статистически значимое снижение суммарной концентрации в сыворотке крови нитратов и нитритов, причем максимальная выраженность подобных изменений регистрировалась на 8–11 дни. Применение бемитила сопровождалось не только относительной нормализацией продукции оксида азота у 75% пациентов, но и отчетливыми признаками уменьшения дисбаланса субпопуляций лимфоцитов и восстановления их функциональных связей. Дальнейшее изучение корреляции между сроками нормализации нитроксидагидрических процессов и активации иммунокомпетентных клеток под влиянием бемитила позволяет разработать оптимальные схемы иммунореабилитации онкологических больных.

II.13.54

НОВАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ВЕРХНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ЛЕГКИХ И СРЕДОСТЕНИЯ

*А.В. Важенин, Ал.Ан. Фокин, В.В. Фастаковский
Челябинский областной онкологический центр, Челябинск, Россия*

Синдром верхней полой вены (СВПВ) — тяжелое осложнение различных заболеваний легких и органов средостения. Появление этого синдрома, особенно при злокачественных новообразованиях, расценивается как неблагоприятный признак, нередко предшествующий гибели больного. В этих случаях СВПВ развивается очень быстро, а коллатерали — значительно медленнее, больной погибает не от основного заболевания, а от его осложнения. Диагностика и лечебная тактика при этих заболеваниях сопряжены с определенными особенностями:

1. Нет единой классификации СВПВ, в частности, по степени его выраженности.
2. Тяжелое состояние больных требует оказания экстренной помощи.
3. Затруднено получение материала для морфологической верификации диагноза.
4. Нет единого мнения о лучевом лечении СВПВ
5. Не определены показания к хирургическому лечению при СВПВ. Следовательно, выбор метода лечения является сугубо произвольным.

На основании анализа 227 случаев СВПВ при злокачественных новообразованиях легких и средостения (1976–1999 гг.) в ЧООЦ предложен новый подход к лечению этого осложнения. Известно, что отсутствует строгий параллелизм между степенью окклюзии магистральных вен средостения и показателями венозного давления, а также другими симптомами СВПВ. Последние имеют прямую связь с фактором времени, т.е. сроком и степенью развития коллатералей и способностью их функционирования. Нами предложена новая классификация СВПВ, основанная на степени тяжести состояния больного и сроках развития СВПВ.

- 1) Больные в удовлетворительном состоянии, длительность клинических проявлений СВПВ > 4 нед.
 - 2) Больные в состоянии средней степени тяжести, длительность заболевания 2–4 нед.
 - 3) Больные в тяжелом состоянии, длительность заболевания < 2 нед.
- Больные 1-й группы получали лучевое лечение в режиме традиционного фракционирования по 1,6–2,0 Гр 5 раз в неделю до СОД = 30–60 Гр.
- Больные 2 группы первые три сеанса получали РОД=4 Гр, с последующим уменьшением дозы до 1,5–2,0 Гр (СОД=30–60Гр), что позволяет избежать прогрессирования опухолевого процесса (в т.ч. СВПВ) при низких дозах облучения.

В 3 группе лучевое лечение проводилось в том же режиме, что во 2, однако ему предшествовала паллиативная операция наружного подключично-бедренного шунтирования по оригинальной методике, что позволяло с одной стороны улучшить общее состояние больных, с другой — предотвратить развитие осложнений лучевого лечения, связанных с «лучевым отеком».

II.13.55

УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КОМПОНЕНТ В ПЛАНИРОВАНИИ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ЗАПУЩЕННЫХ ФОРМ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

*Н.А. Максимова, А.А. Левицкий, В.А. Левицкий
РНИОИ, Ростов на Дону, Россия*

Лучевая терапия запущенных форм рака шейки матки, а также рецидивов опухоли после оперативного, комбинированного, комплексного и со-

четанного лучевого лечения, возникающих в малом тазу, часто носит паллиативный характер. Однако индивидуализация подхода к облучению на основе оптимизации предлучевой топометрической подготовки может привести к длительной ремиссии и значительно улучшить качество жизни этой категории больных.

Уточняющий характер ультразвукового исследования при раке шейки матки (Медведев М.В., с соавт. 1997 г.), а также простота и относительно низкая себестоимость являются преимуществами при выборе методики визуализации для предлучевой топометрической подготовки.

В то же время, в литературе уделяется незаслуженно мало внимания применению метода сонографии для динамического контроля лучевой терапии рака шейки матки.

С целью объективизации данных сонографии, в процессе лучевой терапии нами было осмотрено 22 женщины с диагнозом «рак шейки матки» (подтвержден морфологически) и параллельно — 20 практически здоровых женщин. Полученные данные систематизировались с использованием следующих параметров: линейные размеры в трех проекциях и объем шейки и тела матки, объем опухоли, парависцеральная инвазия, наличие метастазов в органы брюшной полости и малого таза.

В результате проведенных исследований сделано заключение о достаточной чувствительности и объективности метода динамической сонографии для применения в топометрической подготовке к лучевой терапии и достоверной визуализации результатов данного метода лечения. Ультразвуковое исследование не только позволяет судить об эффективности лечения, но и предоставляет возможность его обоснованной и своевременной коррекции.

II.13.56

К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОЗДНИХ ЛУЧЕВЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

*А.А. Левицкий, В.А. Колесникова, Л.Г. Ефимова, Б.И. Клейнер,
В.П. Чиркова, В.А. Левицкий
РНИОИ, Ростов на Дону, Россия*

Поздние лучевые повреждения после гамма-терапии гинекологического рака и рака прямой кишки, согласно наблюдениям авторов и литературным данным, встречаются у 5–7% больных. Основная причина — превышение толерантных доз, но немалую роль играют обменные нарушения и возраст больных. Такая ситуация возникает, как правило, при необходимости лечения местнораспространенных раковых процессов. В генезе поздних лучевых повреждений ведущую роль играют нарушения микроциркуляции и метаболизма в облученных органах и тканях.

Диагностика и лечение лучевых эпителиитов, циститов и ректитов описаны достаточно подробно. В то же время дифференциальная диагностика и рациональная терапия редко встречающихся фиброзов клетчатки малого таза (1–3% от всех поздних лучевых повреждений) уделяется мало внимания. Трудность диагностики этой патологии состоит в том, что она клинически имитирует рецидив опухоли (объемный процесс в малом тазу, боль, отек конечности), а верификация процесса практически невозможна. Таким образом, диагностика лучевых фиброзов клетчатки малого таза производится, в основном, «ex juvantibus».

Авторы провели обследование и лечение более 30 больных с синдромом объемного образования в параметральной клетчатке малого таза, возникшего в сроки от 2-х до 7 лет после сочетанного лучевого лечения рака шейки и тела матки II–III стадии. Первым этапом проводилось интенсивное комплексное противовоспалительное и симптоматическое лечение, которое дало выраженный стойкий эффект у 18 больных. В дальнейшем им была продолжена противосклеротическая терапия, позволившая добиться стойкой ремиссии. У остальных больных первый этап лечения был неэффективен, нарастали симптомы сдавления и интоксикации, что было расценено как рецидив рака. Данной группе была рекомендована системная химиотерапия.

Авторы делают вывод о необходимости дифференцированного подхода к лечению объемных процессов, возникающих в малом тазу после лучевого лечения.

II.13.57

ВЫБОР МЕТОДА ВНУТРИПОЛОСТНОГО ОБЛУЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ И ТЕЛА МАТКИ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

*А.А. Левицкий, В.А. Колесникова, Л.Г. Ефимова, В.П. Чиркова,
Б.И. Клейнер
РНИОИ, Ростов на Дону, Россия*

Вопрос о целесообразности дополнения послеоперационного дистанционного облучения внутриполостным, в группе больных раком шейки и тела матки, с целью профилактики метастатического поражения стенок

влагалища и влагалищного рубца, не является новым. Тем не менее, на сегодняшний день, отсутствуют общепринятые четкие критерии подхода к использованию этого компонента лучевой терапии в данной группе онкологических больных.

Внутриполостное облучение, чаще в сочетании с дистанционным, обычно рекомендуется при выявленной глубине инвазии опухоли более 5 мм, либо при обнаружении раковых клеток по линии среза влагалища. Однако, как показывает анализ большого клинического материала, ни меньшая глубина инвазии, ни отсутствие опухолевых клеток по линии среза не гарантируют стопроцентного локального контроля. Скрытая распространенность опухолей приводит к тому, что растет процент больных с глубиной инвазии 1 см и более. Данной группе больных сочетанное лучевое лечение показано абсолютно и требует индивидуального подхода, поскольку необходимость включения в облучаемый объем всей влагалищной трубки диктует особые требования к планированию лучевой терапии, не вписывающиеся в рамки конвенциональных методик.

Внутриполостная высокодозная «afterloading» гамма-терапия, по данным дозиметрического планирования и клинического анализа материалов диспансерного наблюдения более 100 больных, является в данном случае методом выбора. Этот метод позволяет формировать оптимальное дозное распределение в соответствии с индивидуальными анатомо-топографическими особенностями и фракционировать дозу с учетом концепции НДС, факторов ВДФ, ЛК и радиобиологической модели.

Это лечение высокоэффективно, уменьшает количество осложнений, легко переносится больными, уменьшает продолжительность пребывания в стационаре, увеличивая соотношение затраты/эффект.

II.13.58

ВСЕГДА ЛИ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ РАКА ПИЩЕВОДА ПАЛЛИАТИВНА?

*В.Р. Рубцов, Н.Г. Носова, А.А. Солнцева, Л.Г. Ефимова, Е.А. Варзер, Е.А. Миронова
РНИОИ, Ростов-на-Дону, Россия*

Консервативное лечение рака пищевода не потеряло своего значения до настоящего времени. 70% больных к моменту обращения в специализированные учреждения имеют третью стадию, операция при которой бывает условно радикальной. На протяжении нескольких лет в РНИОИ применяются методы динамического гиперфракционирования разовой очаговой дозы (РОД) при лучевой терапии рака пищевода.

Облучение осуществляется на аппарате РОКУС полями 6-7x15-18 см с применением аксиального качания спереди с углом качания 150-240° в зависимости от уровня расположения опухоли, протяженности и глубины инвазии. РОД в сутки составляет 4 Гр и подводится к очагу на первом этапе лечения двумя фракциями по 2 Гр с интервалом между фракциями 4-5 часов. По достижении очаговой дозы 28 Гр за 7 дней в лучевом лечении делается перерыв. Как правило, через 3 недели у 90% больных отмечается значительное улучшение проходимости пищевода, что благоприятно сказывается на общем состоянии пациента. Через 3 недели лучевая терапия продолжается, очаговая доза 4 Гр подводится к очагу одномерно. Облучение осуществляется через день. На втором этапе очаговая доза составляет 20 Гр. За весь сплит-курс лучевой терапии суммарная очаговая доза составляет 48 Гр, и по изодозе соответствует 60-62 Гр классического фракционирования. Описанный режим лечения не превышает толерантности окружающих нормальных тканей. По такому режиму получило лечение 103 больных раком пищевода III стадии. При резко выраженной дисфагии перед лучевым лечением проводилась гастростомия. 97 пациентам лучевая терапия завершена в полном объеме. Из них 12 наблюдаются более 5 лет, 15 более 3 лет.

Таким образом, используемый режим облучения значительно сокращает сроки лучевой терапии, не вызывает осложнений и тяжелых лучевых реакций. Достижимый результат не всегда является лишь паллиативным.

II.13.59

ВОЗМОЖНОСТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

*В.Р. Рубцов, Е.М. Франциянц, Н.Г. Носова, А.А. Солнцева, О.Г. Родионова, Н.А. Максимова, Г.Н. Ткачева
РНИОИ, Ростов-на-Дону, Россия*

Неудовлетворенность ближайшими и отдаленными результатами лечения заставляет лучевых терапевтов искать способы повышения эффективности воздействия ионизирующей радиации.

Одним из таких перспективных дополнительных приемов является низкоинтенсивное электромагнитное излучение радиодиапазона (НИЭРТ). Применение такого излучения стало возможным на приборе «Радиоспектрометр-1», который генерирует электромагнитные колебания в диапазоне частот 200-900 МГц.

Наш клинический опыт применения НИЭРТ основан на наблюдениях 200 больных раком молочной железы, гортани, миндалины, легкого, мочевого пузыря. При анализе имеющихся наблюдений оказалось, что самостоятельное воздействие НИЭРТ не обладает выраженным эффектом, хотя в этом плане необходимы дальнейшие исследования. В то же время совмещение дистанционной гамматерапии с электромагнитным излучением радиодиапазона дает выраженный противоопухолевый эффект.

Под нашим наблюдением находилось 20 больных раком гортани II-III стадий и 20 больных раком мочевого пузыря III стадии. У всех больных лечение было начато с дистанционной гамма-терапии. По достижении дозы 20 Гр в лучевом лечении делался двухнедельный перерыв. В течение первых 5 дней перерыва пациенты подвергались общему воздействию НИЭРТ, которое осуществлялось в течение 4 часов. Отмечено уменьшение и к концу воздействия стихание местных лучевых реакций, значительное уменьшение опухоли в облученном органе, которое контролировалось объективным осмотром и ультразвуковым исследованием. После окончания перерыва дистанционная гамма-терапия продолжалась до СОД 40 Гр, а при недостаточном эффекте — до 60 Гр; у 18 из 20 больных раком гортани и у 12 из 20 больных раком мочевого пузыря достигнута полная регрессия опухоли.

Таким образом, первый опыт применения дистанционной гамма-терапии в комбинации с низкоинтенсивным электромагнитным излучением радиодиапазона мы оцениваем положительно, считаем целесообразным его дальнейшее изучение.

II.13.60

БИОТЕРАПИЯ НА ОСНОВЕ ЛИМФЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ЯИЧНИКОВ

*Ю.С. Сидоренко, Л.Ю. Голотина, Г.А. Неродо, Е.Ю. Златник, Т.Г. Чалабова, К.Г. Айрапетов
НИИ онкологии, Ростов-на-Дону, Россия*

Рак яичников (РЯ) занимает третье место среди онкогинекологической патологии, но вместе с тем является основной причиной смерти женщин, страдающих раком половых органов, и занимает четвертое место в структуре общей смертности от злокачественных новообразований. У 65-79% пациенток диагноз РЯ устанавливается в III-IV стадиях заболевания. Несмотря на активное применение хирургического, лучевого и лекарственного методов в лечении РЯ, пятилетняя выживаемость больных всех стадий заболевания колеблется в пределах 25-35%. Эффективность указанных методов лечения остается неудовлетворительной. В связи с этим целью нашей работы явилось повышение резектабельности распространенных форм рака яичников (РЯ) с помощью неoadьювантной биотерапии на основе лимфы — метода, который представляет собой аналог адаптивной иммунотерапии, у 22 больных РЯ IV стадии с индексом Карновского ниже 60 баллов в возрасте от 43 до 68 лет проведена неoadьювантная ауто- (19 больных) и гомо- (3 больных) лимфохимиотерапия по схемам CMF, CAF и CAP в интенсивных режимах. Аллергических и выраженных общетоксических реакций не отмечено ни в одном случае. Объективный эффект, подтвержденный данными ультразвукографического исследования, получен у всех больных: частичная ремиссия — у 15, стабилизация — у 7. У 20 больных в последующем выполнена операция полного объема, размеры резидуальной опухоли — менее 2 см, у 2 больных — циторедуктивная операция в объеме двусторонней аднекс-эктомии. Таким образом, метод биотерапии на основе ауто- и гомолимфы у ослабленных больных распространенным РЯ позволяет в короткие сроки проводить дозоинтенсивные курсы неoadьювантной химиотерапии и переводить больных в операбельное состояние. На основании данных фактов можно говорить о том, что метод ауто- и гомолимфохимиотерапии, сочетая в себе такие механизмы лечебного воздействия, как иммуномодуляция, дезинтоксикация, оптимизация фармакокинетики и фармакодинамики свойств химиопрепаратов, повышение эффективности адресной доставки химиопрепаратов, представляет собой перспективный комплексный биотерапевтический метод воздействия на злокачественный рост.

II.13.61

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ И БИОХИМИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОБСНОВАННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛИМФОХИМИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ЯИЧНИКОВ

*Ю.С. Сидоренко, Л.Ю. Голотина, Г.А. Неродо, Е.Ю. Златник, Г.И. Загора, И.А. Горошинская, К.Г. Айрапетов, Е.И. Горло, Т.Г. Чалабова
НИИ онкологии, Ростов-на-Дону, Россия*

В РНИОИ разработан оригинальный комплексный биотерапевтический способ воздействия на опухоль — аутолимфохимиотерапия (АЛХТ). В эксперименте и клинике доказаны несомненная эффективность и целесообразность применения АЛХТ в лечении больных злокачественными опухо-

лями различных локализаций, в том числе больных раком яичников. В нашей работе изучено влияние предоперационной аутолимфохимиотерапии у 12 практически инкурабельных больных распространенным раком яичников (РЯ) на динамику иммунологических показателей крови и состояние клеточных мембран лимфоцитов (ЛФ) и эритроцитов (ЭР) крови до и после лечения. В динамике АЛХТ на фоне незначительного снижения ЕМ-РОК (В-ЛФ) в реакции спонтанного розеткообразования отмечается статистически достоверное увеличение функциональной активности Т-ЛФ в реакции бласттрансформации на Т-митогены. У больных с высоким клиническим эффектом в динамике АЛХТ было обнаружено увеличение содержания CD4+ и CD16+ лимфоцитов, что, несомненно, является позитивным эффектом. Позитивная динамика иммунологических показателей в значительной степени определяется состоянием мембран клеток крови, главным образом, показателем мембранной текучести. После АЛХТ имело место увеличение до уровня доноров текучести мембран ЛФ и ЭР в зоне белок-липидных контактов и липидного бислоя, изначально сниженной у больных на 24-31% и 39-43% соответственно, и снижение содержания внеэритроцитарного гемоглобина, увеличение которого в 1,5 раза у больных до лечения отражало повышение проницаемости мембран клеток крови. Полученные данные свидетельствуют о том, что АЛХТ не приводит к угнетению иммунного статуса больных распространенным РЯ и сопровождается нормализацией текучести и проницаемости мембран клеток крови. Наблюдаемый при этом хороший клинический эффект лечения позволяет рекомендовать метод АЛХТ к более широкому применению у больных раком яичников в качестве неоадьювантной химиотерапии.

II.13.62

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ НЕХОДЖКИНСКИМИ ЛИМФОМАМИ МЕТОДОМ АУТОГЕМОХИМИОТЕРАПИИ

Ю.С. Сидоренко, К.Г. Айрапетов, А.И. Верховцева, Е.Ю. Златник, И.А. Горошинская, Е.М. Непомнящая
НИИ онкологии, Ростов-на-Дону, Россия

В отделении химиогормонотерапии РНИОИ лечению подвергались 13 больных неходжкинскими лимфомами (НХЛ) в возрасте от 27 до 70 лет. Все больные были первичными с верифицированным диагнозом. Распределение больных выглядело следующим образом: мужчин было 8 человек, женщин — 5; вторую стадию заболевания имели 3 больных, третью — 8, четвертую — 2; НХЛ высокой степени злокачественности имели место у 9 больных, низкой — у 4. Лечение больных проводили по схемам СНОР и СВРР. 8 больных лечились методом аутогемохимиотерапии (АГХТ) (основная группа), 5 больных — методом стандартной полихимиотерапии (контрольная группа). В связи с тем, что мы не имеем достаточных сроков наблюдения за больными, эффективность лечения была оценена по непосредственным результатам. В основной и контрольной группах частичные регрессии достигнуты у 5 и 4 больных, стабилизация процесса — у 3 и 1 больных соответственно. Токсичность лекарственного лечения в обеих группах оценивали по числу проведенных курсов (по 12 в каждой группе). Основными токсическими проявлениями были лейкопения, диспептические симптомы и аллопеция. В основной и контрольной группах лейкопения встречалась в 2 курсах (17%) и 4 курсах (33%), диспептические симптомы — в 9 курсах (75%) и 6 курсах (50%), аллопеция — в 6 курсах (50%) и 9 курсах (75%), соответственно. Другие осложнения, такие, как кардио- и нефротоксичность, были менее выраженными. Учитывая результаты многолетнего опыта применения нетрадиционных методов лекарственной терапии в РНИОИ и выше приведенные данные, необходимо отметить, что метод АГХТ, обладая иммуномодулирующим и мембраностабилизирующим действием, является функционально щадящим, легче переносится больными и сопровождается меньшим числом побочных эффектов.

II.13.63

СОДЕРЖАНИЕ СЕЛЕНА И КАЛЬЦИЯ В ПЛАЗМЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ

А.Р. Антонов, А.Б. Киселев, А.В. Ефремов, М.А. Рымша, В.Р. Гохман
Медакадемия, Новосибирск, Россия

Селен относится к безусловно необходимым, или эссенциальным микроэлементам (МЭ). Жизненная необходимость селена была доказана в связи с описанием целого ряда излечиваемых этим МЭ заболеваний. В последние годы возрос интерес к селену как высокоспецифичному противоопухолевому биотику. Многочисленные работы по изучению этого эффекта селена достаточно противоречивы и разрозненны, что не дает возможности однозначно оценить тканевую специфичность в распределении этого МЭ и механизмы его противоопухолевого эффекта. У 15 больных раком гортани III ст. изучали содержание Se и Ca в плазме крови. Группой сравнения служили доноры (15 человек) и больные раком желудка III ст. (10 человек). Полученные нами данные показали, что содержание селена в плазме крови больных раком гортани было ниже, чем

у доноров и больных раком желудка (у последних этот показатель также снижен в сравнении с донорами). Содержание кальция в изучаемых группах достоверных различий не имело. Гипоселенемия у больных раком гортани и желудка может быть обусловлена тем, что опухольевые клетки являются аттракторами для плазменного селена, который в составе так называемых селенопротеинов способен ингибировать ДНК- и РНК-нуклеотидилтрансферазы, тем самым нивелируя амплификацию опухолевого генома. С другой стороны, дефицит селена способствует образованию малонового диальдегида, обладающего канцерогенным и мутагенным эффектом. Вполне возможно, что выраженная гипоселенемия является патогномичным признаком рака гортани и может быть использована в качестве диагностического критерия. В то же время принципиально важным представляется факт относительного повышения кальция в этом соотношении, поскольку это является косвенным подтверждением предполагаемых противоопухолевых механизмов действия селена через индуцирование ЕКК-клонов за счет внутриклеточной компартиментализации кальция путем угнетения кальциевых насосов в микросомах и эндоплазматическом ретикулуме.

II.13.64

МИКРОЭЛЕМЕНТОЗ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ РАКЕ ГОРТАНИ

А.Б. Киселев, А.Р. Антонов, А.В. Ефремов, М.А. Рымша, В.Р. Гохман
Медакадемия, Новосибирск, Россия

В структуре раковой патологии опухолевые поражения гортани занимают не последнее место. Доброкачественные опухоли гортани встречаются в 10 раз чаще рака гортани и в основном в возрасте от 20 до 40 лет. Пролиферация и дифференциация нормальных и опухолевых клеток зависит и от содержания различных микроэлементов, которые через влияние на активность различных внутриклеточных ферментов регулируют и эти процессы. По-видимому, в связи с этим в последние годы злокачественные новообразования можно рассматривать и как микроэлементозы, то есть болезни, развивающиеся на фоне нарушения обмена микроэлементов. Объектом исследования служили 58 мужчин с раком гортани (РГ) в возрасте 33—55 лет. Группой сравнения были 41 мужчина с доброкачественными опухолями гортани (ДОГ) в возрасте 28-60 лет и 16 больных злокачественными опухолями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) в возрасте 32-57 лет. Контроль составили 32 мужчины-донора в возрасте 30-45 лет. Содержание селена, марганца, меди, цинка и германия в плазме крови обследуемых больных определялось на атомно-абсорбционном спектрофотометре «Unicam — 939» (Англия). Нами обнаружен дефицит практически всех изучаемых микроэлементов у больных с раком гортани. Проявления микроэлементоза (мы считаем правомочным говорить именно об онкогенном микроэлементозе) могут не выходить за рамки латентных или даже потенциальных нарушений, но это не означает их отсутствия. Можно говорить, что изменения микроэлементного гомеостаза относятся к I и II группам параметров, участвующих в процессах адаптации, то есть к тем параметрам, которые изменяются первично в результате действия возмущающего агента либо отражают изменения приспособительных функций и механизмов, работа которых направлена на нормализацию первично измененных показателей, на нивелирование сдвигов, возникших в гомеостазе.

II.13.65

ЛЕЧЕНИЕ БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ

Т.П. Пискакова, М.П. Гаврилюк, Н.А. Холина
Медакадемия, Челябинск, Россия

Базально-клеточный рак кожи — заболевание, возникающее преимущественно в возрасте 60 лет и старше. Больные в этом возрасте обычно имеют несколько заболеваний, часть пациентов из-за достаточно тяжелого состояния ограничены в возможности передвижения. В Челябинском областном клиническом терапевтическом госпитале инвалидов войн наблюдение за такими больными осуществляется на дому. При подозрении на базально-клеточный рак кожи на дом вызывается дерматолог или онколог. Для подтверждения диагноза проводится цитологическое исследование. Опухоль в стадии T1 удаляется методом криодеструкции жидким азотом с последующим контролем лечения. За 10 лет был пролечен всего 271 больной базально-клеточным раком. Лечение на дому потребовалось провести 47 больным (17,3%), которые практически не выходили из дома из-за тяжелых сопутствующих заболеваний. Из них женщин 27, мужчин 20. Возраст больных от 75 до 91 года. Больные впоследствии состояли на диспансерном учете. Отдаленные результаты показали, что число рецидивов в группе пролеченных на дому и в поликлинике больных не имеет существенных отличий.

II.13.66**ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ОНКОБОЛЬНЫХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СТРУКТУРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МЕМБРАН И ХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНЦИИ КРОВИ**

*И.А. Горошинская, Е.И. Горло, Т.А. Ровда, Л.К. Трепятики, Л.Ю. Голотина, Ю.Н. Бордюшков
НИИ онкологии, Ростов-на-Дону, Россия*

Является очевидным, что лишь комплексное применение нескольких лабораторных методов может помочь клиницисту в объективной оценке состояния больного. Учитывая биохимические механизмы патогенеза злокачественного роста, перспективными являются исследования в крови показателей, характеризующих состояние мембран, и хемилюминесцентная оценка интенсивности перекисного окисления липидов. Для характеристики структурно-функционального состояния мембран немалигнизированных клеток крови у больных раком яичников, желудка, орофарингеальной области и др. исследовали текучесть мембран лимфоцитов и эритроцитов и интенсивность люминол-зависимой хемилюминесценции (ХЛ) плазмы крови. При онкопатологии имело место снижение текучести мембран клеток крови в зонах белок-липидных контактов и липидном бислое на 15-35% по сравнению с уровнем у здоровых людей. Степень выраженности изменений зависела от локализации опухоли и тяжести состояния больных. Показано также наличие сильной отрицательной корреляции между текучестью мембран лимфоцитов и величиной отношения интенсивности белковой флюоресценции к флюоресценции восстановленных пиридин-нуклеотидов, увеличение которой является показателем злокачественного роста. Уровень ХЛ у большинства обследованных больных был ниже нормы на 30-40%. При успешном лечении, в том числе после аутолимфоцитотерапии и аутогемохимиотерапии, наблюдалось увеличение текучести мембран лимфоцитов и в ряде случаев эритроцитов. Сопоставление уровня текучести мембран лимфоцитов с интенсивностью ХЛ выявило наличие выраженной взаимосвязи. Изучение этих параметров у больных раком яичников, находившихся на длительном мониторинге, показало, что в состоянии стойкой клинической ремиссии имело место повышение изначальной сниженной текучести мембран и показателей ХЛ, а при генерализации процесса происходило снижение обоих параметров, что нередко предшествовало проявлению клинических признаков прогрессирования заболевания. Выявленные изменения обоих исследованных показателей и связь с клиническим эффектом свидетельствуют об их прогностической значимости.

II.13.67**ПАЛЛИАТИВНОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ ДИСТАЛЬНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ**

*А.В. Виниченко, В.Б. Каушанский, И.Б. Уваров, О.И. Рожнов
Городской онкологический диспансер, Краснодар, Россия*

Рост заболеваемости раком колоректальной локализации в Краснодарском крае ставит перед онкологами города и края новые задачи по оказанию квалифицированной медицинской помощи, включающей все виды лечения. К сожалению, большой процент вновь выявленных больных колоректальным раком имеют III-IV стадию заболевания. Нередко данная категория больных поступает по экстренным показаниям в больницу скорой медицинской помощи с клиникой острой кишечной непроходимости, обусловленной обтурацией опухолью просвета кишки; каловым перитонитом, из-за перфорации опухолью стенки кишки; кровотечением из опухоли или другими осложнениями. Наиболее часто объем экстренного оперативного вмешательства заканчивается наложением колостомы выше опухолевого процесса. Затем больные направляются в онкологический диспансер для решения вопроса о дальнейшем лечении. В то же время оставленная опухоль является опасным источником кровотечения или перфорации, что значительно снижает качество жизни человека. В нашем диспансере с 1995 по 2000 год произведено 42 паллиативных резекции сигмовидной кишки и 34 паллиативных резекции прямой кишки. Выполнены следующие операции: операция Гартмана – 28, резекция сигмовидной кишки – 14, передняя резекция прямой кишки – 16, брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки – 18. У 6 больных произведена краевая резекция печени, у 12 – криодеструкция метастазов в паренхиме печени. В послеоперационном периоде 18 больным произведена паллиативная гамма-терапия. После проведенного лечения состояние больных значительно улучшилось: появился аппетит, некоторые пациенты стали прибавлять в весе, значительно уменьшились или исчезли боли в брюшной полости. Продолжительность жизни составила в среднем до 18 месяцев. Анализ полученных результатов показал, что паллиативное удаление опухоли с возможной паллиативной лучевой терапией улучшают качество и увеличивают продолжительность жизни больных с запущенными формами колоректального рака.

II.13.68**ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ ПОСЛЕ ГАСТРЭКТОМИИ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА**

*А.В. Виниченко, И.Б. Уваров, О.И. Рожнов, В.Б. Каушанский, М.А. Горьков
Городской онкологический диспансер, Краснодар, Россия*

Гастрэктомия, являясь одним из основных методов лечения рака желудка, в то же время создает худшие условия для реабилитации пациентов по сравнению с другими типами операций на желудке. С целью улучшения качества реабилитации больных после гастрэктомии в клинике была внедрена концевопетлевая конструкция пищевода-кишечного соустья по В.И. Оноприеву. Концевопетлевой анастомоз обладает высокими арефлюксными свойствами, чему способствует построение анастомоза, в котором восстанавливается диафрагмальный, клапанный и усиливается, за счет охватывающей петли кишки, сфинктерный компоненты физиологической кардии. При обследовании больных с различными типами пищевода-кишечного соустья в отдаленном периоде из 156 обследованных эзофагит диагностирован у 64 (41,2%), из них у 14 он был тяжелой формы, у 24 – средней тяжести и у 26 – легкой формы. При этом из 83 больных с концево-петлевым анастомозом клинические проявления рефлюкс-эзофагита обнаружены только у 5 (6%), а из 73 с простыми концевым (4), концевобочковым горизонтальным (31) и вертикальным (26) анастомозами – у 60 (82,1%), то есть определяется значительное различие. У значительной части этих больных эзофагит протекал в тяжелой и средне-тяжелой формах. Демпинг-синдром после гастрэктомии наблюдался у 71 (47,3%) из 150 обследованных больных. Анастомозы с включением ДПК по частоте и тяжести проявления демпинг-синдрома имели преимущество перед выключаемыми (26,6% против 48,5 и 52,1%). Наличие резервуара в концевопетлевом анастомозе заметного влияния на частоту демпинг-синдрома сравнительно с простыми соустьями не оказывало. Эти данные свидетельствуют, что сохранение пассажа пищи по ДПК способствует значительному уменьшению частоты развития и степени выраженности демпинг-синдрома. В итоге, за счет уменьшения частоты и тяжести послеоперационных патологических синдромов при применении концевопетлевой конструкции пищевода-кишечного соустья после гастрэктомии создаются лучшие условия для реабилитации оперированных больных.

II.13.69**РОЛЬ ПРОТОНОВ В ПАЛЛИАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ОРГАНЫХ МЕТАСТАЗОВ РАКА**

*Г.Д. Монзуль, Т.Г. Ратнер
РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва, Россия*

При метастатических (МТС) формах рака, в ситуациях, когда возможности широко используемых многокомпонентных традиционных методов терапии значительно исчерпаны, протоны имеют ряд преимуществ перед облучением традиционными излучениями. Пучки протонов создают уникальное распределение дозы, обеспечивая конформность облучения мишени и минимизируя дозы на здоровые ткани. Особенности облучения протонов: остановка на заданной глубине, резкий краевой градиент дозы и др., позволяя облучать опухоль в точном соответствии с её формой и подводить достаточные канцерцидные дозы к мишени, избегая постлучевых осложнений. Кроме того, появляется возможность облучать мишени, расположенные практически вплотную к радиочувствительным тканям и органам, полностью исключая облучение последних.

Протоны использовались в терапии органных МТС у 763 больных, при различных первичных локализациях рака, в самостоятельном варианте – когда технические возможности протонных пучков позволяли полностью охватить 80 – 90% изодозой планируемую мишень, и в «бустном» – когда большой объем (мишень и зоны субклинического распространения) облучался фотонами с разовой очаговой дозой 3-4 Гр, за 6-5 фракций, с последующим и/или при чередовании, локальным воздействием протонов. Лечение проведено при МТС рака: в щитовидную железу у 12 больных; в печень – у 18; в легкие и/или плевру – у 22; в кости – у 487; в лимфатические узлы – у 138, в мягкие ткани – у 76 пациентов.

Обобщая результаты лечения, можно отметить полное отсутствие или значительное снижение общей реакции на облучение; снижение местных реакций; быстрое купирование эндогенной интоксикации; уменьшение или полную резорбцию в ранние сроки размеров МТС очагов. С учетом неблагоприятного прогноза жизни данной категории больных преимуществами этих методик является быстрое наступление лечебного или симптоматического эффекта, и достижение стойкого улучшения качества жизни, при выраженном увеличении продолжительности жизни.

II.13.70**ПРОТИБОЛЕВОЕ ЛУЧЕВОЕ ЛЕЧЕНИЕ
МНОЖЕСТВЕННОГО КОСТНОГО МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ
РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОТОНОВ
ВЫСОКИХ ЭНЕРГИЙ**

Г.Д. Монзуль, Т.Г. Ратнер
РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва, Россия

Основными проблемами больных в фазе генерализованного костного метастазирования (МТС) рака молочной железы (РМЖ), являются болевой синдром, нарастающий по интенсивности, патологические переломы, явления компрессии. Страдания больных представляют серьезную психологическую и социальную проблему, особенно в ситуации, когда традиционные виды терапии (оперативная, лучевая в обычных режимах, гормональная, химиотерапия) значительно или полностью исчерпаны или вообще неприменимы.

При множественном МТС поражении костей нами разработана и применена методика — зонное поэтапное облучение пораженного скелета, в сочетании с облучением гипофиза узкими пучками протонов энергией 200 МэВ. Роль первого компонента — непосредственное в ближайшие сроки уменьшение болевого синдрома за счет подавления костных МТС, роль второго — отсроченная нормализация гормональной деятельности гипофиза и, как следствие, общее подавление опухолевого процесса в целом.

Метод использован у 934 больных РМЖ с МТС в скелет на фоне окончания ремиссии после ранее проведенного по поводу костных МТС лечения, наличия синдрома вторичной гормонорезистентности. Оценка состояния больных до, в процессе и после лечения проводилась по разработанной системе шкал, в которых отражены: объём МТС прогрессии по скелету; функциональные классы, включающие соматическое состояние больного, степень интенсивности болевого синдрома, количество потребляемых анальгетиков, объём движения, необходимость посторонней помощи; психо-эмоциональное состояние больного, условия проводимого лечения и последующая семейная, трудовая и социальная реабилитация. Объективный эффект в виде уменьшения или полного исчезновения болевого синдрома отмечен у 94% больных уже после первых недель лечения, у 79% — зарегистрирована длительная стабилизация процесса. Полностью обслуживают себя 76% больных, из них 41% смогли вернуться к труду. Примененный метод не только значительно улучшил качество, но и увеличил длительность жизни. Кумулятивная 50%-ная выживаемость составила 6,5 лет, 9 лет прожили — 38%, и свыше 12 лет — 21% больных.

II.13.71**МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ РАКОМ
ПРЯМОЙ КИШКИ**

В.Ю. Барсуков, Н.П. Чеснокова, Л.М. Марголин, И.Н. Сидоров,
Г.М. Евдокимов
Дорожная клиническая больница, Саратов, Россия

Переориентация опухолевых клеток с дифференцировки, созревая на непрерывное размножение и дальнейшую прогрессию требует соответствующего изменения метаболизма клеток, способного обеспечить возросший биосинтетический процесс.

В связи с этим очевидно, что опухолевые клетки интенсивно захватывают из крови различные энергетические субстраты, что не может не отразиться на её различных интегративных показателях. Целью данной работы явилось изучение характера показателей цитологического состава периферической крови, её липидного, белкового спектров коагуляционного потенциала крови у 20 больных раком прямой кишки.

Как показали результаты лабораторных исследований, общее количество белка и липидов оставались в пределах нормы, однако количественное соотношение альбуминов и глобулинов было нарушено и характеризовалось увеличением альфа- и бета-глобулинов, снижением альбумино-глобулинового коэффициента. Одновременно фиксировалась гипобета-липопротеидемия и гиперхолестеринемия.

Анализ показателей цитологического состава крови свидетельствовал о развитии анемии, нейтрофильного лейкоцитоза со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, лимфопении, ускорение, ускорение СОЭ. Уровень молекул средней массы значительно превышал контрольные показатели.

Изученные метаболические показатели могут быть использованы для коррекции вторичных неспецифических метаболических нарушений у больных с раком прямой кишки.

II.13.72**ЭКОНОМНЫЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ
КИШКИ**

Г.М. Евдокимов, И.Н. Сидоров, Л.М. Марголин
Дорожная клиническая больница, Саратов, Россия

В последние годы отмечается неизменный рост заболеваемости раком прямой кишки. Основная масса больных поступает в III-IV клинических стадиях заболевания.

В связи с этим, вопросы своевременной диагностики, объёма хирургического вмешательства, иммуномодулирующей, лучевой и химиотерапии весьма актуальны.

В клинике факультетской хирургии и онкологии Саратовского медицинского университета с 1990 по 1999г. находилось 200 пациентов со злокачественными новообразованиями прямой кишки в возрасте от 23 до 89 лет.

Первая и вторая стадии заболевания диагностированы у 16 (8%) человек, в основном, это была «случайная находка» при профилактическом осмотре. Опухоль локализовалась: у 12 больных в нижеампулярном отделе прямой кишки и у 4 — в среднеампулярном отделе.

Диаметр опухоли не превышал 2-5 см. При морфологическом исследовании — аденокарцинома, не прорастающая мышечный слой прямой кишки.

Все пациенты были прооперированы под общим обезболиванием: при локализации опухоли в нижеампулярном отделе производили иссечение опухоли в пределах здоровых тканей (под контролем экстренного морфологического исследования тканей по линии иссечения); при локализации в среднеампулярном отделе — выполнялась электрокоагуляция её через ректоскоп.

В послеоперационном периоде всем больным проводились химио-лучевая и иммуномодулирующая терапии.

Контрольные ректороманоскопии производились через 3 и в последующем через каждые 6 месяцев в течение пяти лет.

Только у одного пациента трижды возникал рецидив опухоли, по поводу чего производилась её электрокоагуляция (через три года после первой операции он умер от метастатического процесса).

Таким образом, экономные операции в сочетании с химиолучевой и иммуномоделирующей терапией при раке прямой кишки в I-II клинических стадиях могут являться адекватным методом лечения.

II.13.73**УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ
БОЛЬНЫХ С МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМИ
ОПУХОЛЕВЫМИ ПРОЦЕССАМИ ЗА СЧЕТ ЛУЧЕВОЙ
ТЕРАПИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПОЛИФУНКЦИОНАЛЬНЫХ
САЛФЕТОК «КОЛТЕКС»**

П.Ю. Поляков, Н.Д. Олтаржевская, В.И. Шумский, Н.А. Ларионова,
О.А. Замятин
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского МЗ РФ, НПО «Текстильпрогресс»,
Москва, Россия

Лучевая терапия у больных с местно-распространенными опухолевыми процессами, соответствующими III-IV ст., зачастую является единственно возможной мерой лечебной помощи. Не уступая хирургическому методу в эффективности, лучевой метод является по сравнению с ним функционально и косметически щадящим и практически не имеет противопоказаний. Поэтому так актуален дальнейший поиск способов совершенствования лучевой терапии, позволяющих повысить её эффективность и снизить степень выраженности местных лучевых реакций, реально улучшив тем самым качество жизни больных.

Нами в этих целях разработаны методики лучевой терапии с аппликационным применением салфеток «Колтекс».

Для повышения эффективности лучевой терапии использованы салфетки, содержащие радиосенсибилизатор метронидазол (МЗ). Лучевое лечение проведено 128 больным злокачественными опухолями кожи и слизистой оболочки полости рта III ст. Аппликации МЗ при сочетанной лучевой терапии рака слизистой оболочки полости рта позволили достоверно повысить показатель непосредственной излеченности по сравнению с пероральным и внутритропуховым введением МЗ с 80-84,8% до 95,5%. Показатель непосредственной излеченности базалиомы кожи достоверно повысился с 70,4% до 91,3%, а рака кожи с 66,3% до 85,7%. Применение МЗ в виде аппликаций не сопровождалось усилением выраженности местных лучевых реакций и позволило полностью избежать побочного токсического действия препарата.

Для профилактики и лечения местных лучевых реакций у 137 больных со злокачественными новообразованиями тех же локализаций III-IV ст. применялись салфетки, содержащие амиглурацил. Эта методика позволила отсрочить наступление местных лучевых реакций со стороны кожи и

слизистых оболочек в среднем на 5-8 Гр. При этом снизилась степень их выраженности: число больных с реакцией кожи в виде эритемы достоверно увеличилось с 29,5% до 36,4%, а число больных с влажным эпидермидом достоверно снизилось с 34,8% до 21,5%. Аналогичная закономерность выявлена и со стороны слизистых оболочек: число больных с островковым эпителиом возросло с 38,9% до 56,1%, а число больных с реакцией в виде сливного эпителиита снизилось с 61,1% до 43,9%. Средняя длительность течения реакций достоверно уменьшилась на 5 – 7 дней.

II.13.74

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ РЕКАНАЛИЗАЦИИ ПОЛЫХ ОРГАНОВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ IV СТАДИИ

*В.М. Мешков, А.Н. Горшков, М.Ю. Бяхов
Центральная клиническая больница МПС РФ им. Н.А. Семашко,
Москва, Россия*

Цель. Оценка эффективности фотодинамической терапии (ФДТ) при реканализации полых органов у больных раком IV стадии.

Материалы и методы. Фотодинамическая терапия была выполнена у двоих больных: раком пищевода и раком трахеи. В обоих случаях опухолевый процесс имел IV стадию и осложнялся стенозом просвета органа. В качестве фотосенсибилизатора использовался Фотогем. Источником света явился лазер на парах меди с длиной волны 630 нм. Облучение осуществляли несколькими полями. Осложнений как во время процедуры, так после нее отмечено не было.

Результаты. При контрольном осмотре на следующий день после сеанса ФДТ у больного раком пищевода был отмечен выраженный геморрагический некроз опухолевой массы практически на всем протяжении, в результате чего просвет пищевода в зоне поражения расширился до 1,5 см, в результате чего явления дисфагии значительно уменьшились.

У больного раком трахеобронхиального дерева было последовательно выполнено три сеанса ФДТ с интервалом в неделю на оба главных бронха и затем трахею, в результате чего был констатирован выраженный некроз опухоли, повлекший за собой заметное расширение просвета обоих главных бронхов. После третьего сеанса ФДТ явления асфиксии практически полностью купировались.

Выводы. Проведенное исследование позволяет заключить, что фотодинамическая терапия на сегодняшний день является достаточно эффективным паллиативным методом лечения, позволяющим в короткие сроки (практически на следующий день) улучшить качество жизни безнадежных больных с опухолями полых органов IV стадии, осложненные стенозами.

II.13.75

ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ОПУХОЛЕВЫХ ПЛЕВРИТОВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ IV КЛИНИЧЕСКОЙ ГРУППЫ

*Н.Ю. Добровольская, Э.К. Возный, М.Ю. Бяхов, С.Н. Гуров,
А.Н. Горшков
Центральная клиническая больница МПС РФ им. Н.А. Семашко,
Москва, Россия*

Введение. Метастатическое поражение плевральных листков при раке молочной железы (РМЖ) сопровождается развитием экссудативного плеврита, и наблюдается, по данным различных авторов, у 10-46% больных. Метастатический плеврит сопровождается выраженным нарушением легочной и сердечной деятельности, приводит к значительному ухудшению качества жизни, приковывая их к постели.

Материал и методы. В исследование включены две группы больных. Первая – 76 пациентов, которым препараты платины (платиноль, платидиам, цисплатин) вводили внутривнутриплеврально в дозе 40-60 мг/м² в 50 мл изотонического раствора раз в 7 дней (2-3 введения) после эвакуации максимального количества экссудата. Второй группе – 46 больных – внутривнутриплеврально вводили везид в дозе 160 мг/м² в 1, 2 и 5-й день.

Результаты. В первой группе объективный эффект зарегистрирован у 86,7% пациентов, в том числе полный у 70%. Во второй группе объективный лечебный эффект достигнут у 93,8%, полный у 43,8% больных. Продолжительность ремиссии при полном эффекте составила 18±2,3мес, и 16±3,4 мес., при частичном 2±3,6 мес. и 3±2,7 мес. соответственно. Основным токсическим проявлением было повышение температуры тела, и у половины больных имел место болевой синдром различной степени выраженности.

Выводы. Наш опыт продемонстрировал эффективные подходы к лечению метастатического плеврита с использованием современных цитостатиков, что позволяет значительно улучшить качество их жизни.

II.13.76

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИЭМЕТИКА ЗОФРАН В СВЕЧАХ ПРИ ВЫСОКОЭМИТОГЕННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ

*М.Ю. Бяхов, В.И. Борисов
Онкологический клинический диспансер,
Комитет здравоохранения г. Москвы, Россия*

В исследование включены 26 больных в возрасте от 38 до 55 лет, из них у 16 рак орофарингеальной зоны и у 10 рак яичников. Больным раком слизистой оболочки полости рта и ротоглотки, назначалась химиотерапия: фторурацил 500 мг/м² в\с с 1-го по 5-й день, цисплатин 100 мг/м² 6-й день, на фоне гипергидратации, при раке яичников: цисплатин 100мг/м² на фоне гипергидратации и циклофосфан 600 мг/м² в 1-й день. Зофран в свечах назначался – 1 свеча (16 мг), per rectum за 30 мин. до введения цитостатика, один раз в сутки, в течение трех дней. Оценку эффективности зофрана в свечах проводили по степени контроля острой, отсроченной рвоты и тошноты. Полный контроль тошноты и рвоты в первой группе больных зарегистрирован в 90,6% и 81,3% случаев. Выраженная тошнота и рвота имели место у 6,2% и 3,1% больных. Отсроченная рвота наблюдалась у 18,7% пациентов. При повторном назначении зофрана в свечах у этих больных полный контроль над тошнотой и рвотой наступил только у 12,5% пациентов. Во второй группе полный контроль над тошнотой и рвотой зафиксирован в 80% и 75% случаев. Отсроченная рвота и тошнота наступила у 20% больных, а эффективность в этой группе не превышала 10%. При назначении зофрана в свечах в дозе 16 мг 1 раз в сутки в течение трех дней не отмечено побочных реакций. Зофран в свечах является высокоэффективным препаратом для купирования острой боли и удобен для применения.

II.13.77

ВАРИАНТЫ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ «ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧЕНЬ

*Э.К. Возный, Н.Ю. Добровольская, М.Ю. Бяхов, С.Н. Гуров,
Е.И. Сотникова, С.Е. Варламова, Д.Л. Валкин, А.Н. Горшков
Российский научный центр рентгенорадиологии МЗ РФ,
ГКБ № 33 им. А.А. Остроумова, Москва, Россия*

Введение. Метастазы рака молочной железы (РМЖ) в печень являются одной из основных причин смертности этой категории больных. Поэтому весьма актуально введение в практику новых, эффективных цитостатиков и их комбинаций при данной локализации метастазов. Успешное лечение больных РМЖ с метастазами в печень позволяет значительно продлить им жизнь, улучшить ее качество и сохранить трудоспособность.

Материал и методы. Первая группа больных (31) получала лекарственную терапию по схеме: таксотер 80 мг/м² в\в, доксорубин 50 мг/м² в\в каждые три недели. Всего проведено 155 курсов (от 3 до 8). Вторая группа – 25 пациентов, использовалась следующая схема: фарморубицин 25 мг/м² в\в в 1, 2, 3-й дни; циклофосфан 250 мг/м² в\в в 2,4,6-й дни; везид 125 мг/м² в\в в 4, 5, 6-й день. Проведено 12» курсов (от 3 до 6).

Результаты. В первой группе общий лечебный эффект составил 68,3%. Полная регрессия метастазов в печени наблюдалась у 19,4% больных, частичная у 51,3%. Во второй группе – общий эффект достигнут у 66,7% пациентов, полная регрессия у 21,5% и частичная у 41,7% больных соответственно. Длительность ремиссии в обеих группах при полной регрессии метастазов от 3,8±2,1 до 21,4±3,5 мес. Средняя продолжительность ремиссии составила 14,3±2,8 мес. Основным лимитирующим фактором была гематологическая токсичность, которая отмечена у 74,7% больных.

II.13.78

ВОЗМОЖНОСТИ ИНДУКЦИОННОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ IV СТАДИИ РАКА ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

*М.Ю. Бяхов, А.С. Калмыков, Н.Х. Шацкая, Е.И. Сотникова, С.Е. Варламова,
Д.Л. Валкин, А.Н. Горшков
Онкологический клинический диспансер Департамента здравоохранения
г. Москвы, Россия*

Прогноз при раке слизистой оболочки полости рта и ротоглотки предопределяется местной распространенностью процесса, наличием регионарных метастазов. Состояние проблемы характеризуется тем, что более половины больных поступает с III и IV стадиями заболевания. При назначении лучевой терапии у этой категории больных, в режиме обычного фракционирования дозы по радикальной программе позволяет добиться полной клинической регрессии только у 16,2% пациентов с IV стадией заболевания, а общая 5-летняя выживаемость у них не превышает 5%. Проведение на первом этапе 2 курсов индукционной полихимиотерапии 5-фтору-

рацилом по 500 мг\м² с 1 по 5-й день и цисплатины 100 мг\м² 6-й день или таксол 175 мг\м² и карбоплатин АУС 6 мг х мл\мин, с последующей лучевой терапией в режиме обычного фракционирования дозы РОД 2Гр, 5 фракций в неделю до СОД 60-65Гр. Позволяет получить непосредственный лечебный эффект в виде полной клинической регрессии опухоли у 75,3% (n=172) и у 77,2% (n=68) соответственно. При достижении полной клинико-морфологической регрессии опухоли, достигнутой после двух курсов индукционной химиотерапии и лучевой терапии при СОД 40-45Гр общая 5-летняя выживаемость равняется 72,7%±3,4%. Если тот же лечебный эффект удается получить только после подведения ионизирующего излучения до 60-65Гр, общая 5-летняя выживаемость ниже и соответствует 43,6%±2,7%.

II.13.79

УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Л.И. Стерлягова
СГМА, Смоленск, Россия

В работе приводится анализ лечения больных с распространенными формами онкологических заболеваний, получавших средства метаболической коррекции в зависимости от выявленных изменений гомеостаза по разработанной программе в течение 5 лет. Изучены показатели, отражающие различные биохимические процессы на клеточном уровне, эндокринно-обменные нарушения, процессы перекисного окисления липидов (ПОЛ). Определялся также уровень микроэлементов в сыворотке крови. Степень эндотоксикоза и тканевой гипоксии оценивалась по содержанию молекул средней массы (МСМ), их основной фракции — пептидов и уровню метгемоглобина крови. Оценка гормонально-метаболической регуляции производилась после определения уровня инсулина, С-пептида и кортизола в сыворотке крови.

Изучение гомеостаза позволило выявить ряд особенностей, связанных с интенсификацией ПОЛ, снижением мощности антиоксидантной системы, нарушением углеводного, белкового и липидного обменов. В свою очередь изменения гомеостаза выявленного характера приводят к нарушению детоксикационной способности клетки и развитию эндотоксикоза. Об этом свидетельствовало высокое накопление в сыворотке крови МСМ.

На основании проведенных исследований для каждого больного был разработан комплекс мероприятий, направленных на метаболическую реабилитацию: адаптированную диету с ограничением углеводов, жиров и холестерина, применение препаратов, содержащих антидиабетические бигуаниды, гиполлипидемические средства, дезагреганты, адаптогены, антикоагулянты, биопротекторы, антиоксиданты с учетом симптоматики и параметрических показателей. Исследованы различные режимы введения: сроки, дозы, сочетание препаратов и т. п.

На фоне проводимой корригирующей терапии отмечено значительное улучшение переносимости химио- и лучевой терапии, улучшение качества и продолжительности жизни больных. Полученные данные убеждают в необходимости применения многокомпонентной интенсивной терапии при лечении онкологических больных,

II.13.80

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ МЕЛАНОМЫ КОЖИ

О.М. Конопацкова
Медуниверситет, Саратов, РФ

План лечения больных меланомой кожи определяет онкоконтингент, состоящий из хирурга, радиолога, химиотерапевта и иммунолога. Основным методом выбора до сих пор остается хирургический.

В клинике онкологии Саратовского медицинского университета применяется широкое удаление меланомы с пластикой как свободным кожным лоскутом, так и местными тканями. С 1980 по 1999 год прооперировано 300 больных меланомой кожи. Преобладали женщины (65%), в возрасте старше 30 лет (94%). Опухоль чаще локализовалась на туловище (46%). Удаление меланомы с пластикой перфорированным свободным кожным лоскутом выполнено 118 пациентам (39%). После операции у 70 больных применялось традиционное ведение раны — мазовые повязки накладывались до момента клинического заживления лоскута. Процесс приживления, в среднем, занимал две недели.

У 48 человек для ускорения заживления использовалась новая методика. Сразу после пластики на свободный кожный лоскут накладывается мазевая повязка. Она держится одни сутки. Затем дважды, через день, она меняется. На 6-е сутки кожный лоскут остается открытым, без мазевой аппликации. Швы снимаются на 10-й день после операции. Отторжения имплантата и нагноения мы не наблюдали.

В отличие от других применяемых способов, использование данной методики послеоперационного ведения больных при пластике дефекта

свободным кожным лоскутом способствует ускорению приживления и укорочению сроков пребывания в стационаре.

II.13.81

ЦИТОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ МЕЛАНОМЫ

О.М. Конопацкова, Л.Ф. Жандарова
Медицинский университет, Саратов, РФ

Уточнение характера изменений, появившихся у больных после операции по поводу меланомы, представляет сложную задачу. При наличии инфилтратов, очаговых уплотнений, изъязвлений, пальпируемых лимфатических узлов и узловых образований в мягких тканях требуется обязательное морфологическое подтверждение. Применение цитологической верификации патологического процесса в отдаленные сроки после операции по поводу меланомы кожи является обязательным компонентом обследования.

На кафедре онкологии Саратовского медицинского университета наблюдалось 426 больных меланомой кожи в различные сроки после операции. Клинические признаки диссеминации выявлены у 102 человек (24%). Чаще всего это было увеличение регионарных лимфатических узлов (63%). При амбулаторном цитологическом исследовании пунктатов факт метастазирования установлен у всех больных. Наличие внутрикожных метастазов подтверждено у 25% и местных рецидивов — в 12% наблюдений.

При обследовании больных меланомой кожи в различные сроки после операции цитологический метод достаточно информативен, позволяет получить достоверную информацию о характере изменений, что очень важно при решении вопроса о дальнейшей тактике. Цитологический метод может и должен активно использоваться врачами на всех этапах лечения и наблюдения за больными меланомой кожи.

II.13.82

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕННЫХ ФУНКЦИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОД ВЛИЯНИЕМ ФИЗИОЛечения У БОЛЬНЫХ РАДИКАЛЬНО ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ РАКА ЖЕЛУДКА

Т.Я. Кучерова
СМУ, ТНИИКиФ, Томск, Россия

В различные сроки послеоперативных вмешательств регистрируются нарушения функций многих органов и систем, в том числе поджелудочной железы.

У 250 больных, оперированных по поводу рака желудка, проведен анализ ферментативной функции путем определения уровня активности липазы и амилазы в сыворотке крови. Результаты обследования показали, что в 26% случаев наблюдалось увеличение содержания липазы, у 25% больных регистрировалось увеличение амилазы в сыворотке крови. Этот факт с учетом клиники расценивался нами как проявления реактивного панкреатита.

При изучении углеводного обмена обращало внимание на определение содержания сахара в крови. Выявленная гипергликемия наблюдалась у 18,7% больных. Результаты ультразвукового исследования указывали на нарушения со стороны паренхимы органа.

В качестве лечебного фактора использовали магнитотерапию и микроволновые волны мм-диапазона (КВЧ-терапию) в сочетании с водолечебными процедурами. Проводимая терапия позволила у 65% больных нормализовать ферментативную функцию. У всех наблюдаемых регистрировали нормальное содержание сахара крови по завершению курса лечения.

Отдаленные наблюдения свидетельствовали, что достигнутый эффект сохранялся на протяжении года после завершения лечебного курса. Выживаемость в этих группах была выше в сравнении с контролем, где подобное лечение не применяли.

Представленные данные позволяют сделать вывод о корректирующем эффекте магнитного поля и КВЧ-терапии при лечении болезней оперированного желудка онкологических больных.

II.13.83

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

К.Б. Кубанцев, Д.Л. Сперанский
Волгоградская медицинская академия.
Областной клинический онкологический диспансер, Волгоград, Россия

Количество пациенток, обращающихся первично в Волгоградский ОКОД с четвертой стадией рака молочной железы, составляет 10–13% от всех случаев рака молочной железы, выявленных в Волгоградской области

в течение года. В связи с этим наряду с внедрением и развитием органосохраняющих операций мы вынуждены продолжить внедрение расширенных методов при местно-распространенном раке молочной железы, что позволило избежать больных от источника интоксикации, возможного кровотечения и диссеминации. Выполнение этих условий создает предпосылки для проведения в дальнейшем комплексного лечения.

За последние 5 лет в отделении общей онкологии ОКОД выполнено 108 оперативных вмешательств по поводу местно-распространенного рака или саркомы молочной железы, из них 20 больным (18,5%) выполнена модифицированная радикальная мастэктомия с одномоментной пластикой дефекта передней грудной стенки TRAM-лоскутом. Случаев послеоперационной летальности не было и только в трех случаях отмечен частичный некроз трансплантата. Ни в одном случае рака молочной железы не было выявлено продолженного роста или местного рецидива опухоли. Адекватное хирургическое лечение местно-распространенного рака молочной железы, т.е. с достаточным уровнем радикализма, существенно продлевает жизнь больного, создает предпосылки для проведения комплексного лечения и социальной реабилитации.

Оперативное лечение отечно-инфильтративных форм рака молочной железы с использованием модифицированной радикальной мастэктомии и пластикой дефекта передней грудной стенки TRAM-лоскутом может быть радикальнее уже на начальных этапах проведения комплексной терапии, что, вероятно, приведет к сокращению химиотерапевтического лечения, сократит сроки проводимого лечения и удешевит его. С целью оценки отдаленных результатов при данной форме заболевания считаем целесообразным дальнейшие клинические исследования.

II.13.84

ИЗМЕНЕНИЯ ПРОЦЕССОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ (ПОЛ) СЫВОРОТКИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВО ВРЕМЯ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ И ИХ КОРРЕКЦИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТАУФОНА И α -ТОКОФЕРОЛА

*В.И. Петров, Д.Л. Сперанский, И.В. Смоленов, Т.Ф. Девятченко
Волгоградская медицинская академия, кафедра онкологии и кафедра
клинической фармакологии, Волгоград, Россия*

Лучевая терапия является одним из основных компонентов в лечении рака молочной железы. Но одновременно с терапевтическим эффектом ионизирующее излучение оказывает повреждающее действие на организм, вызывая общие и местные лучевые осложнения. Ведущим в патогенезе лучевых повреждений является инициация процессов ПОЛ сыворотки крови.

ПОЛ сыворотки крови исследовано нами у 102 больных раком молочной железы до и после лучевой терапии. В качестве контроля изучен уровень ПОЛ у 29 здоровых доноров. Интенсивность перекисного окисления липидов определяли методом хемолуминесценции. Нами доказано достоверное ($p < 0,001$) увеличение активности ПОЛ у 85,7% больных раком молочной железы после лучевой терапии по сравнению с исходными данными и показателями ПОЛ в группе здорового контроля. У 84,2% больных, получавших в качестве радиопротекторов тауфон, α -токоферол или комбинацию препаратов тауфон + α -токоферол, ПОЛ сыворотки крови оставалось на исходном (который был зарегистрирован до начала лучевой терапии) уровне. Показатели ПОЛ в группе пациентов, получавших плацебо, значительно не отличались от таковых у больных, подвергшихся лучевой терапии без использования радиопротекторов.

Таким образом, тауфон, как самостоятельно, так и в комплексе с антиоксидантами, оказывает положительное влияние на процессы ПОЛ у больных раком молочной железы в процессе лучевой терапии, т.е. предупреждает развитие общих лучевых реакций и может быть использован в качестве радиопротектора.

II.13.85

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЕТАСТАТИЧЕСКИМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТАКСОТЕРА В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОЙ И ПОСЛЕДУЮЩИХ ЛИНИЙ ХИМИОТЕРАПИИ

*С.М. Михайлов, В.С. Криштопин, Н.В. Левченко
Ставропольский краевой клинический онкологический диспансер,
Ставрополь, Россия*

Целью настоящей работы является изучение результатов различных режимов химиотерапии с использованием таксотера при первой и последующих линиях терапии метастатического рака молочной железы и анализ осложнений при проведении данного лечения. В исследовании включено 14 больных метастатическим раком молочной железы. В 7 наблюдениях химиотерапия осуществлялась в качестве 1-й линии (первая группа), в 7 — в

качестве 3-й и 4-й линии (вторая группа). У всех женщин были узловые формы заболевания, диагноз верифицирован морфологически, метастазы подтверждены современными методами, включая компьютерную томографию и радиоизотопное исследование. Отдаленные метастазы у большинства пациенток (13) были множественными, с поражением нескольких органов.

Были использованы следующие варианты лечения: в первой группе А — таксотер 75 мг/м² + доксорубин 50 мг/м²; В — таксотер 60 мг/м² + доксорубин 60 мг/м²; С — таксотер 100 мг/м²; во второй группе А — таксотер 100 мг/м²; В — таксотер 75 мг/м²; С — таксотер 75 мг/м² + доксорубин 50 мг/м². Всем больным проведено 78 циклов лечения, из них: в первой группе — 50 (в среднем — 7,1), во второй — 28 (4,0). В первой группе эффективность лечения составила 85,7%, средняя длительность полного эффекта — 6,5 мес, а частичного эффекта — 9,5 мес. Во второй группе эффективность лечения составила 50,0%, средняя длительность частичного эффекта — 5,3 мес.

Дозолимитирующими осложнениями были гематологические и инфекционные — фебрильная нейтропения. Умеренно выраженная токсичность ни в одном случае не послужила причиной отказа от химиотерапии. Наиболее частые и серьезные осложнения отмечены у больных, получавших таксотер и доксорубин в дозах 60 мг/м².

Таким образом, использование таксотера в монорежиме и в сочетании с доксорубином показало высокую эффективность при проведении первой и последующих линий химиотерапии.

II.13.86

ЛЕЧЕНИЕ ЛУЧЕВЫХ ЭНДОТОКСИКОЗОВ У ОНКОГЕНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

*В.С. Нестеренко, Л.И. Крикунова, Р.С. Будагов, Е.М. Яценко, Е.В. Рыкова
Медицинский радиологический научный центр РАМН, Обнинск, Россия*

Тканевая и бактериальная токсемия являются основными патогенетическими звеньями эндотоксикозов, развивающихся после лучевых воздействий и клинически проявляющихся в виде энтероколитов, ректитов, циститов, возникающих в процессе лучевой терапии онкологических заболеваний.

У 69 пациенток с раком шейки или тела матки (2–3 НОМО) определяли предрасположенность к развитию интоксикации по нарушению соотношений в белках мочи ароматических аминокислот (280 нм) и пептидных связей (200 нм), а также по повышению концентрации среднемолекулярных пептидов. 19 пациенткам с повышенными показателями интоксикации назначали энтеросорбенты типа азросил или полифелан по 10 г 3 раза в день одновременно с началом курса лучевой терапии в течение 14–21 дня. У больных практически не развивался эндотоксикоз с последующими клиническими проявлениями радиационных эпителиитов в органах, прилегающих к очагу облучения (суммарная доза на первичный очаг 50–58 Гр), что дало возможность полностью провести курс лучевой терапии. Благоприятные результаты по уменьшению лучевой интоксикации, предупреждению и лечению последующих лучевых осложнений у онкологических больных с помощью энтеросорбентов свидетельствуют о перспективности этого направления исследований при лучевой терапии онкологических больных.

II.13.87

ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИЕ ПАЛЛИАТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ

*А.Г. Сунгатуллин, Ф.Ш. Ахметзянов, Е.А. Мельников
ГСМО «Онкология», г. Казань, Россия*

При оказании хирургической помощи больным в запущенной стадии опухолевого процесса на первый план выступает задача по улучшению качества жизни. С развитием эндоскопической хирургии стало возможным произвести этим малоинвазивным доступом практически любой вид паллиативных вмешательств. Эндохирургические операции имеют следующие преимущества: меньшая кровопотеря, меньшая потребность в анальгетиках после операции, меньшее время госпитализации, более раннее возвращение к прежней активности. Это позволяет расширить показания к применению хирургического пособия пожилым, ослабленным больным и при наличии сопутствующей патологии.

В нашей клинике освоены и выполняются следующие виды паллиативных вмешательств:

- гастроэнтероанастомоз;
- холецистоэнтероанастомоз;
- гастростомия;
- гемиколэктомия;
- торакоскопическая спланхнэктомия;
- сигмостомия.

Всего произведено 20 операций. Мы наблюдали 3 осложнения: нагноение раны, подтекание желчи после холецистоэнтеростомии и перфорация толстой кишки во время выполнения гемиколэктомии. Два последних осложнения потребовали лапаротомии. Летальных исходов не было. В дальнейшем с целью предотвращения подтекания желчи через случайные сквозные проколы стенки желчного пузыря при выполнении холецистоэнтеростомии мы использовали модификацию способа создания анастомоза, которая заключается в прошивании каждым стежком пряди большого сальника между сшиваемыми органами по всему периметру создаваемого соустья.

Особого внимания заслуживает торакаскопическая спланхнэктомия. Оставленная хирургами из-за необходимости торакотомии, эта процедура получает, после появления эндоскопической хирургии, новое рождение. При болевом синдроме, вызываемым распространенными опухолями верхних отделов брюшной полости, она позволяет, в большинстве случаев, полностью избавить больного от жестоких болей.

Мы считаем, что больным, которые не имеют надежды на излечение, но страдают от осложнений опухоли, паллиативное вмешательство должно быть произведено наименее инвазивным способом. Эндоскопическая хирургия предлагает значительные преимущества для пациентов, чьи жизненные перспективы предопределены опухолевым процессом.

II.13.88

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА «БОНЕФОС» ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

М.И. Карелин, Е.Н. Киселев

Центральный научно-исследовательский рентгенорадиологический институт, Санкт-Петербург, Россия

Рак предстательной железы (РПЖ) — одно из наиболее часто встречающихся новообразований у мужчин среднего и пожилого возраста. В большинстве развитых стран заболеваемость раком предстательной железы прочно стоит на втором месте. В России РПЖ составляет 36% онкоурологических заболеваний и в настоящее время наблюдается тенденция к выходу этого заболевания на лидирующее место в структуре онкологической заболеваемости у мужского населения России. Количество запущенных случаев достигает более 50% от числа больных с впервые установленным диагнозом.

Для распространенного РПЖ характерно метастатическое поражение костей скелета, клинически сопровождающееся появлением следующих симптомов: боли, гиперкальциемия, патологические переломы и, как следствие, ограничение подвижности. Лучевая и гормональная терапия, проводимые с паллиативной целью, к сожалению, не всегда обеспечивают самостоятельное улучшение качества жизни у данной категории больных. Наряду с данными методами лечения у больных используют также бифосфонаты. В клинике ЦНИРРИ обследовано 12 больных с костными метастазами РПЖ. Больные были отобраны по следующим критериям: индекс Карновского составлял 60 и менее; степень интенсивности боли по визуальной аналоговой шкале (VAS), рекомендованной ВОЗ, 20 и более. Всем больным проводилось обследование биохимического анализа крови (кальций, кислая и щелочная фосфатаза); скintiография скелета, рентгенография, магнитнорезонансная томография. После предварительного обследования производилась инфузия препарата Бонефос (Клодронат) по схеме: 300 мг внутривенно № 5. В результате динамического наблюдения после проведенного курса лечения у 8 пациентов (66,6%) отмечено уменьшение болевого синдрома, а у 6 пациентов (50%) увеличение показателей индекса Карновского.

Таким образом, включение в комплексную терапию распространенного РПЖ бифосфонатов позволяет значительно улучшить показатели качества жизни больных.

II.13.89

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ПАЛЛИАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КРИТЕРИЕВ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

М.И. Карелин, Е.Н. Киселев

Центральный научно-исследовательский рентгенорадиологический институт, Санкт-Петербург, Россия

В последнее время растет эффективность паллиативного лечения онкологических больных, в результате чего становится актуальным совершенствование методов оценки комплексной терапии для пациентов данной категории.

С каждым годом увеличивается количество научных печатных публикаций, посвященных оценке качества жизни онкологических больных, как интегрального показателя результатов паллиативного лечения. В 1997 году

на конференции по раку простаты в Валленберге (Германия) было отмечено, что современные исследования результатов лечения рака предстательной железы (РПЖ) должны быть расценены как недостаточные без включения анкетного опроса качества жизни. Существует много методов оценки эффективности лечения онкологических больных, которые включают в себя субъективные или объективные критерии, что является несколько односторонним подходом к решению этой проблемы. В настоящее время в Центральном научно-исследовательском институте проводится апробация интегральной оценки эффективности паллиативного лечения РПЖ, включающая анкетный опросник по качеству жизни и специально разработанный модуль с объективными критериями. При лечении больных РПЖ поздних стадий возникает некоторый «диссонанс» результатов — на фоне прогрессирования процесса по объективным критериям отмечается улучшение качества жизни, что требует периодического углубленного клинического обследования больного, включая повторные биопсии простаты. Сроки такого обследования зависят от конкретного клинического случая и колеблются от 3 до 6 месяцев.

II.13.90

ПОЛИХИМИОТЕРАПИЯ ЗАПУЩЕННЫХ ФОРМ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.Н. Плохов

Дорожная клиническая больница,

Кафедра онкологии Саратовского государственного медицинского университета, Саратов, Россия

Лечение генерализованных форм рака молочной железы представляет собой трудную проблему. Несмотря на проведение лечебной полихимиотерапии, у многих больных происходит прогресс заболевания.

Задача исследования. Установить эффективность схемы CMF у больных неоперабельным раком молочной железы.

Материалы и методы. Проанализировано 40 курсов ПХТ у 17 больных с запущенным раком молочной железы. Возраст женщин варьировал от 30 до 67 лет. Количество курсов от 1 до 6 в зависимости от переносимости и эффективности проводимого лечения.

Результаты. В результате лечения регрессия метастатических очагов наблюдалась у 5 больных (29,4%). У 4 больных (23,5%) наблюдалась стабилизация метастатического процесса. Эффекта от лечения не наблюдали у 8 (47%) пациенток, при этом у 3 отмечалось быстрое прогрессирование опухолевого процесса. Эффект лечения оценивали клинически, рентгенологически, морфологически. Лечение проводилось с использованием дезинтоксикационной терапии и иммунокоррекции.

Токсические и побочные реакции при генерализованных формах РМЖ отмечались значительно чаще.

Выводы. Полихимиотерапия с использованием схемы CMF позволяет у 53% больных с далеко зашедшими стадиями рака молочной железы добиться стабилизации или частичной регрессии опухоли, тем самым облегчая страдания обреченных больных.

II.13.91

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИММУННОГО СТАТУСА ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.Н. Плохов, О.Э. Лосев

Дорожная клиническая больница,

Кафедра онкологии Саратовского медицинского университета, Саратов, Россия

Иммунологическое обследование больного является составной частью реабилитационного комплекса, позволяющее определить течение заболевания и эффект проводимого лечения.

По нашему мнению, иммунологическими критериями прогноза жизни при РМЖ являются три основных момента.

I момент — зависимость продолжительности жизни больных от исходного уровня естественной защиты.

При сравнении двух групп больных по исходу заболевания выявлено, что у лиц с благополучным течением (живы более 5 лет) состояние клеточного звена значительно выше, чем у тех, которые умерли в первые четыре года после лечения. Причем уровень снижения Т-РОК на конец применяемых лечебных мероприятий в последней группе возрастает.

II момент — связь супрессорной активности клеток с осложненным течением заболевания.

Те больные, у которых теофиллинчувствительные лимфоциты (идентичные Т-супрессорам) преобладают над теофиллинустойчивыми (хелперы) живут меньше.

III момент — прогноз жизни зависит от коррегируемости показателей естественной защиты.

При попытке иммуномодуляции не у всех больных достигается положительный эффект, хотя чувствительность к применяемым препаратам и

vitro была. Такое некорректируемое состояние является плохим прогностическим признаком течения опухолевого процесса и влечет за собой прогресс заболевания. Если сохраняется чувствительность к иммуномодуляторам на всем протяжении комплексного лечения и появляется положительный эффект, то может наступить стабилизация даже при неоперабельных стадиях.

II.13.92

РАДИКАЛЬНЫЕ РЕЗЕКЦИИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.Н. Плохов

*Дорожная клиническая больница,
Кафедра онкологии Саратовского государственного медицинского университета, Саратов, Россия*

Многие авторы отмечают тенденцию к увеличению частоты рака молочной железы (РМЖ) в новом тысячелетии. Ранняя диагностика его, особенно выявление доклинических форм РМЖ, дает возможность ряду пациентов сохранить железу, что несомненно повышает качество жизни больных относительно молодого и среднего возраста.

Задача исследования. Обобщить накопленный в клинике материал по радикальным резекциям в лечении первично-операбельных форм РМЖ.

Материалы и методы. С 1988 по 1997 г. в клинике онкологии 201 больной была проведена радикальная резекция по поводу РМЖ. В возрасте до 60 лет оперировано 148 больных (74%).

Результаты. Из этой группы отдаленные результаты прослежены у 108 (72%) больных. От генерализации опухолевого процесса умерло 8 (7,8%) пациентов: одна через 7 месяцев после операции и 7 в сроки от 2 до 9 лет. Отмечено, что у всех пациентов, проживших менее 5 лет имелись метастазы в подмышечные лимфоузлы.

Пятилетнюю выживаемость по срокам наблюдения удалось проследить у пациентов, оперированных с 1988 по 1993 год, общая выживаемость при этом составила — 92,6%, безрецидивная 90,2%. В момент контрольного исследования 138 больных были практически здоровы и активно выполняли соответствующую работу на производстве или дома. Четверо больных были оперированы повторно по поводу местного рецидива рака в рубце.

Выводы. Радикальные резекции молочной железы способствуют быстрой адаптации женщин в социальном и психологическом аспектах. Отдаленные результаты при соответствующих стадиях опухолевого процесса не хуже, чем после выполненных мастэктомий.

II.13.93

ЛУЧЕВОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ НЕОПЕРАБЕЛЬНОЙ ЛИМФОСАРКОМНОЙ ЖЕЛУДКА

*А.И. Коршунов, А.И. Агуреев
МОНИКИ, Москва, Россия*

В радиологическом отделении МОНИКИ с 1984 по 1988 г. находились на лечении 3 больных неоперабельной лимфосаркомой желудка. Двум произведена эксплоративная лапаротомия, во время которой обнаружена большая опухоль с прорастанием в окружающие ткани и множественными метастазами в лимфоузлы сальника и забрюшинные лимфоузлы. У 1 больного о неоперабельности свидетельствовали клинические данные, рентгенологическая картина и данные эндоскопии и лапароскопии. При гистологическом исследовании у 2 выявлена лимфобластная лимфосаркома и у 1 — лимфосаркома без указания типа. С паллиативной целью больным проведена дистанционная гамматерапия (ДГТ) с облучением всего живота через решетчатый фильтр № 2 с РОД-2 Гр до СОД-40 Гр с расщеплением на половине дозы. Химиотерапия не проводилась. При исследовании через 1 месяц после лечения ни у одного из пациентов не выявлено опухолевой патологии. Через 1 год после лечения умерла 1 больная от генерализации процесса. 1 больной наблюдался в течение 6 лет, далее связь с ним была потеряна. 1 больная живет 13 лет без признаков рецидива и метастазов. Год назад нами проведено химиолучевое лечение 67-летней больной после пробной лапаротомии по поводу неоперабельной иммунобластной лимфосаркомы желудка (верификация гистологическим и цитологическим исследованиями). Одновременно с полихимиотерапией по схеме ЦОП начали ДГТ по 1,2 Гр два раза в день через 5 часов до СОД-30 Гр с противоположащих открытых полей по прерывистому курсу. Через 2 недели проведен второй этап лечения, подобный первому. Больная хорошо перенесла лечение, к окончанию которого опухоль полностью резорбировалась. Далее проведены еще 3 курса полихимиотерапии по схеме ЦОП. Через год рецидива нет, наблюдение продолжается. Очевидно, предпринятое с паллиативной целью лучевое или химиолучевое лечение больных лимфосаркомой желудка может иногда давать длительную ремиссию.

II.13.94

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА

В.А. Атдуев, Ю.О. Любарская

Медицинская академия, Нижний Новгород, Россия

В урологической клинике Нижегородской медицинской академии за последние 6 лет прооперировано 314 больных с почечно-клеточным раком (ПКР). Из этого количества у 49 (15,6%) пациентов впервые был установлен диагноз ПКР IV стадии: у 29 мужчин и 20 женщин в возрасте от 29 до 69 лет. Распространенность ПКР определяли по системе TNM (5 издание 1997 г.). Стадия T₄N₀₋₁M₀ установлена у 18 человек, T_{любая}N_{любая}M₀ — у 10, T_{любая}N_{любая}M₁ — у 21 (в легкие — 9, в кости — 8, в печень — 2, в контрлатеральную почку — 2).

У большинства пациентов клиническая картина заболевания была представлена сочетанием ренальных (боль в животе и пояснице, гематурия, пальпируемая опухоль, варикоцеле) и экстраренальных симптомов (гипертермия, артериальная гипертензия, похудание, слабость, анорексия). У 7 пациентов местная симптоматика отсутствовала, и опухоль почки была обнаружена при обследовании по поводу гипертермии (2), легочных (2) и костных (3) метастазов.

Выполнено 25 адьювантных нефрэктомий, 12 расширенных нефрэктомий (забрюшинная лимфаденэктомия — 8, резекция печени — 1, резекция двенадцатиперстной кишки — 1, резекция поджелудочной железы — 1, гемиколонэктомия — 1). Произведено 5 комбинированных операций (нефрэктомия с резекцией III ребра — 1, нефрэктомия с резекцией правой плечевой кости — 1, нефрэктомия с резекцией другой почки — 2, билатеральная резекция почек — 1). У 7 пациентов установлен casus inoperabilis (14,4%). Летальность составила 4% (умерли 2 больных от интенсивного кровотечения).

У 40 пациентов (81,6%) после операции наступило явное улучшение самочувствия, из стационара они были выписаны в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, число больных с запущенной стадией ПКР остается высоким, многие из них — лица трудоспособного возраста, и для большинства пациентов характерна тяжелая клиническая симптоматика. Хирургическое лечение позволяет добиться в ближайшем послеоперационном периоде хороших и удовлетворительных результатов в 81,6% случаев, значительно улучшая качество жизни пациентов.

II.13.95

СТРОНЦИЙ-89-ХЛОРИД В ЛЕЧЕНИИ КОСТНОГО МЕТАСТАТИЧЕСКОГО СИНДРОМА

О.П. Модников, В.В. Родионов, Н.В. Деньгина

*Кафедра онкологии Ульяновского государственного университета,
Ульяновск, Россия*

В исследовании была включена 21 больная РМЖ с множественными костными метастазами, сопровождающимися выраженным болевым синдромом. Все пациенты предварительно получали химиотерапию, гормонотерапию, наружное облучение метастатических очагов. Остеолитические метастазы были диагностированы у 15 больных, остеобластические у 3, у остальных же больных были выявлены смешанные метастазы. Контрольные исследования крови проводились еженедельно в течение 8 недель, а затем через 12 недель от момента введения радиоактивного стронция. Противоболевой эффект и показатели кровотока оценивались одновременно. Благоприятными исходными гематологическими показателями считались: лейкоциты выше 3*10⁹/л и тромбоциты выше 100*10⁹/л. ⁸⁹Sr вводился внутривенно медленно в дозе 1,5 МВq/kg. Всем больным было проведено по одному курсу лечения. Минимальный срок наблюдения составил 4 месяца. Эффективность лечения оценивалась на основании уменьшения болевого синдрома и проведения обезболивающей терапии (прием наркотических и ненаркотических анальгетиков). В связи с этим были приняты следующие критерии оценки эффективности: отсутствие эффекта, умеренное уменьшение боли, значительное уменьшение боли и снижение потребности в анальгетиках, полное исчезновение боли и отказ от приема анальгетиков. В результате проведенного лечения костных метастазов радиоактивным стронцием были получены следующие результаты: эффекта не было получено у 6 больных, у 4 — наблюдалось уменьшение боли, у 6 — значительное уменьшение боли и у 5 больных был зарегистрирован полный противоболевой эффект. Уменьшение боли происходило уже спустя неделю и противоболевой эффект сохранялся в течение 1–4 месяцев (в среднем 80 дней). Наряду с субъективной оценкой эффективности лечения костных метастазов была предпринята попытка объективной оценки с использованием МРТ. При этом у 15 больных была зарегистрирована полная или частичная репарация метастатических очагов. Восстановление костной структуры поврежденного позвонка происходило в ранние сроки — через 1 или 1,5 месяца.

II.13.96**КОМБИНИРОВАННОЕ ПАЛЛИАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

О.П. Модников, С.В. Панченко, О.К. Пыльнов, О.Ю. Горшков
Кафедра онкологии Ульяновского государственного университета,
Ульяновск, Россия

Изучены результаты лечения 78 больных распространенным раком предстательной железы. Все больные были разделены по методам лечения и методике гормонотерапии на 8 групп. Оценка проводилась с учетом возраста, характера предварительного лечения, степени болевого синдрома и активности больных, степени рентгенологической и клинической регрессии, летальности, времени лечения и последующего динамического наблюдения, определена реальная и прогнозируемая одногодичная детальность. Последняя составила 22% и 48% в группах первичных больных, получавших гормонотерапию с орхэктомией и без нее, и 49–45% в группах больных с гормонорезистентностью, получавших химиотерапию, соответственно. Среди 5 больных, получавших химиотерапию совместно с магнитотерапией при среднем сроке наблюдения 6 месяцев, умерших не было. Степень болевого синдрома уменьшалась на 2,2 балла, а активность нарастала на 1,5 балла при добавлении в программу химиотерапии магнитотерапии, без нее 1,5 и 0,8 балла соответственно. Динамика ПСА и степень регрессии после лечения также были более выраженными в данной группе. Через 3 месяца прогрессирование болезни наблюдалось у 67% больных с симптоматическим лечением, у 18% при сочетании химиотерапии с орхэктомией и ни у одного больного в группах сочетания химиотерапии с магнитотерапией. Полученные данные, к сожалению, не позволяют с достоверностью судить о эффективности и преимуществе сочетания полихимиотерапии с магнитотерапией перед остальными методиками в связи с небольшим объемом исследования и сроками наблюдения за больными. Но в то же время явно прослеживаются лучшие показатели в группах первичных больных с проведенной орхэктомией, чем стандартной гормонотерапией и после применения полихимиотерапии, особенно в сочетании с магнитотерапией. Первые обнадеживающие результаты получены и от внутривенного введения Sr⁸⁹. Работа в этом направлении будет продолжена.

II.13.97**РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С МЕСТНЫМИ ПОЗДНИМИ ЛУЧЕВЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ С ПОМОЩЬЮ ЛОКАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕРМИИ (ЛГ)**

О.К. Курпешев, А.К. Курпешева
МРНЦ РАМН, Обнинск, Россия

В последние годы широко внедряются различные физические методы (лазеротерапия, магнитотерапия, КВЧ-терапия и др.) в реабилитации больных с местными поздними лучевыми повреждениями нормальных тканей после проведенной лучевой терапии по поводу злокачественных опухолей. Для этих целей впервые нами использован ЛГ с помощью гипертермических установок «Яхта-3» (915 МГц), «Яхта-4» (434 МГц), «Яхта-5» (40,6 МГц), а также модифицированные физиотерапевтические установки «Волна-2» и «Экран-2».

Курс лечения состоял из 10–14 сеансов ЛГ, проводимый ежедневно или через день. Каждый больной получал 1–3 курса лечения с интервалами времени от 6 до 18 месяцев. Всего проведено 87 курсов ЛГ 62 больным поздними лучевыми фиброзами, стриктурой прямой кишки, вторичной лимфаденопатией конечностей. Результаты исследования показали, что ЛГ (38–40°C) способствует рассасыванию фиброза, о чем свидетельствует снижение плотности ткани при УЗ денситометрии, повышение вентиляционной функции легких на 20–60%, расширение просвета кишки и уменьшение объема конечностей. Кроме того, ЛГ способствует рассасыванию сопутствующих воспалительных процессов, а также снижению корешковых болей в области поля облучения, развившихся вследствие сдавления их фиброзными тканями.

Исследования в эксперименте на животных, а также клинические результаты свидетельствуют, что ЛГ не способствует рецидиву первичной опухоли или ее метастазированию.

II.13.98**ОБЩАЯ ГИПЕРТЕРМИЯ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ ФОРМ РАКА (I ФАЗА)**

О.К. Курпешев, В.В. Павлов, И.А. Смирнова
МРНЦ РАМН, Обнинск, Россия

Представлены результаты I фазы клинических исследований по использованию общей гипертермии (ОГ) в сочетании с химиотерапией в ле-

чении 20 больных с генерализованными формами опухолей: злокачественной лимфомой, раком легкого, молочной железы, меланомой. ОГ осуществлялась с помощью высокочастотной электромагнитной установки «Яхта-5» (13,56 МГц). Каждому больному проведено от 1 до 4 сеансов ОГ с интервалами времени от 2 недель до 6 месяцев. Всего проведено 32 сеанса ОГ. Температурный контроль проводили в пищеводе, на барабанной перепонке и в прямой кишке. В фазе «плато» температуру в прямой кишке поддерживали на уровне 41,3–42,3°C на протяжении 60–100 мин.

У большинства больных после ОГ отмечали тошноту, першение в горле, у части больных – рвоту, развитие герпеса, боли в пояснично-крестцовой области, ожоги I–II степени на ягодичной складке, задней поверхности бедер.

Со стороны периферической крови и биохимических ее показателей изменения зависели от температурно-экспозиционного режима, вида и дозы химиопрепаратов.

Результаты предварительных данных свидетельствуют о том, что при ОГ пороговый уровень температурно-экспозиционных режимов находится в диапазоне 41,5/90 мин – 42°C/60 мин.

II.13.99**О КОРРЕКЦИИ МЕТАБОЛИЗМА В ПАЛЛИАТИВНОЙ ОНКОЛОГИИ**

И.И. Барановский, Б.М. Зайдинер
ЛПК «Здоровье», Ростов-на-Дону, Россия

Метаболические расстройства, обусловленные онкопатологией, связаны с вторичной иммунологической недостаточностью, угнетением систем естественной резистентности и антиоксидантной защиты (Г.А. Новиков, Ш.Х. Ганцев, С.В. Рудой, 1998). Резко снижая качество жизни, эти расстройства стали одной из мишеней паллиативной терапии. Большинство требований к практическим методам детоксикации отвечает энтеросорбция, позволяющая связывать вредные вещества в пищеварительном тракте и выводить из организма.

Среди энтеросорбентов мы обычно использовали полифепан (суточная доза 0,5–1 г/кг массы тела), равно активный при интоксикациях, вызываемых как онкологическим процессом, так и специфическим лечением. Хорошее впечатление оставил «Литовит»: в его состав входят минералы (целит, монтмориллонит) и злаковые отруби, способствующие сорбционной, ионообменной активности, восстановлению макро- и микроэлементного гомеостаза.

Детоксикация – часть метаболической терапии, ориентированной против глюконеогенеза – основной биохимической характеристики опухолевых клеток (В.М. Дильман, 1987). Самым ослабленным пациентам показаны полярные смеси, при нескольких лучшем состоянии – гидразин сульфат (ГС) на фоне триады витаминов – антиоксидантов в общепринятых дозировках. Назначение ГС (60 мг 3 раза/сут) улучшает самочувствие, аппетит, двигательную активность; больные стремятся выходить на прогулки.

Через 2–3 недели приема у многих пациентов исчезает боль, позволяя сократить прием анальгетиков. Препарат помогает бороться с лихорадкой, кровотечениями, смягчает кашель.

Психотропную активность ГС обеспечивают антимоноаминоксидазные (МАО) свойства, подобные антидепрессантам 1-го поколения. С другой стороны, ингибиторы МАО имеют противоопухолевый эффект, реализуемый биогенными аминами (В.А. Филов, 1994). Через 3–4 недели лечения ГС-ом больные обычно перестают жаловаться на слабость, становятся инициативнее («преодоление апатичности» по терминологии психиатров), подчас ощущая прилив сил даже на фоне прогрессирования процесса.

Особенности спектра действия позволяют считать ГС средством выбора при паллиативной терапии.

II.13.100**РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОЗДНИМИ ЛУЧЕВЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ**

Н.Д. Зубова, А.К. Курпешева
МРНЦ РАМН, Обнинск, Россия

Успехи в лечении онкологических больных значительно увеличили продолжительность их жизни. Вместе с тем возрастает риск развития поздних лучевых повреждений здоровых органов и тканей, что соответственно резко снижает качество жизни больных, а порой приводит к инвалидности. Клинически это проявляется в виде невралгий, невритов, миелитов, отеков и т.д. Лучевые повреждения тазовых органов приводят к развитию лучевых циститов, ректитов, свищей. Эти тяжкие страдания протекают в условиях снижения защитных сил организма, что вызвано как перенесенным лечением, так и состоянием хронического стресса у онкологического больного. Все это требует корректирующего лечения. В связи с этим рефлексотерапия применяется нами как компонент восстановительной терапии в комплекс-

ном лечении больных с поздними лучевыми повреждениями различных локализаций.

Основными диагнозами у наблюдаемых больных были рак молочной железы, гениталий, лимфогранулематоз, рак прямой кишки, мочевого пузыря. Всего наблюдалось 20 больных поздними местными лучевыми повреждениями. Из них у 8 диагностирован лучевой ректит, у 1 — цистит, у 7 — плекопатия, у 4 — отек верхней конечности. Использовали следующие методики рефлексотерапии: иглоукалывание, микроиглотерапию, фармакоакупунктуру, аппликацию металлических пластин, поверхностное укалывание многоостриевым молоточком — аурикулярных и корпоральных точек. Курс лечения 12—15 процедур. При необходимости курс повторяем через 4—6 месяцев. Рецепты точек составляли соответственно клиническим проявлением, исключая при этом зону лучевых повреждений. Наблюдения позволили сделать вывод, что применение рефлексотерапии в реабилитационном периоде у больных после лечения онкологического процесса оказывает эффект: психо-эмоциональный, анальгетический, улучшает чувствительные и двигательные нарушения, повышает качество жизни. Осложнений во время сеансов рефлексотерапии не отмечено.

II.13.101

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ПРОЦЕССАМИ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Е.Г. Матякин, В.М. Иванов

Онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва, Россия

Анатомические особенности орофарингеальной области являются причиной того, что иногда даже небольшие по объему опухолевые процессы требуют комбинированного лечения. Выполнение операций, включающих резекцию тканей в пределах трех анатомических областей в сочетании с радикальной на шее, приводит к образованию обширных дефектов мягких тканей и нередко кости нижней челюсти, с нарушениями функции глотания, жевания, речи, дыхания. Все это лишает больного возможности не только трудиться, но часто и вообще находиться в обществе. Реабилитация указанного контингента больных имеет не только морально-этическое, но и социально-экономическое значение, так как среди больных со злокачественными опухолями полости рта, глотки, гортани высок процент людей трудоспособного возраста.

Проанализированы результаты 815 пластических операций, на основании чего выработаны показания к планированию первичных и отсроченных операций у больных с опухолями орофарингеальной области.

Показаниями для первичной пластики являлись: обширные послеоперационные дефекты тканей полости рта, глотки и шейного отдела пищевода при удалении первичных и рецидивных или остаточных опухолей, при общем удовлетворительном состоянии больного. Сроки отсроченных восстановительных операций в основном определялись состоянием больных и отсутствием или наличием воспалительных изменений в тканях вокруг дефекта.

Для выполнения пластических операций использовали кожно-мышечный лоскут с осевым строением сосудов. В 68,7% случаев выкраивался лоскут с включением большой грудной мышцы. Этот вид лоскута имеет выраженный сосудистый рисунок, что позволяет его использовать и для пластики шейного отдела пищевода.

Частота рецидивов и метастазов среди оперированных больных составила 21,2%. У всех этих больных до операции была диагностирована 4-я стадия заболевания. Выживаемость составила 72,6%. Тотальный некроз кожного сегмента лоскута наблюдался только у 8 больных. Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре составила от 18 до 60 дней. Последняя цифра обусловлена послеоперационной лучевой терапией.

Таким образом, первичная пластика при лечении опухолей орофарингеальной области с использованием кожно-мышечных лоскутов позволяет получить хорошие функциональные и косметические результаты и значительно сократить сроки пребывания больных в стационаре.

II.13.102

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ОРАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ, ПОДВЕРГНУТЫХ ЛУЧЕВОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ И ПОЛУЧАЮЩИХ ЦИТОСТАТИКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

В.М. Иванов, М.М. Шаббаева, О.В. Иванова

Астраханский областной онкологический диспансер, Астрахань, Россия

Общепринятым методом лечения больных с местно-распространенными злокачественными опухолями полости рта и ротоглотки является комбинированный. Сочетанное воздействие ионизирующего облучения на

ткани орофарингеальной области с проведением у некоторых больных в послеоперационном периоде химиотерапии часто приводит к развитию мукозита с вовлечением в этот процесс всех составных компонентов ротовой полости.

Под наблюдением находилось 36 больных с опухолью орофарингеальной области, у которых во время проведения цитостатической терапии развились различные формы мукозита: легкая степень 38,3%; средней тяжести — 49,3%; тяжелая — 12,4%. Ретроспективный анализ историй болезни позволил выявить ряд прогностических факторов развития мукозита. В их числе возраст старше 60 лет, наличие серьезной стоматологической патологии, кровоточивость и изъязвления слизистой полости рта в анамнезе, анемия, нейтропения, сахарный диабет, низкие показатели иммунограммы, химиотерапия с применением одного из препаратов: 5 фторурацил, метатрексат, блеомицин.

Каждому из факторов дана балльная оценка и по сумме баллов определялся прогноз развития мукозита. В зависимости от этого разработан комплекс профилактических мероприятий. Помимо общеизвестных препаратов в него был включен гипохлорид натрия, который применялся в виде полосканий от 3 до 6 раз в сутки и внутривенно. Местно также использовались препараты иммуностимулирующего действия «Алфит», составными компонентами которого являются родиола розовая, чага, солодка, крапива, пион и имудон, таблетка которого хорошо рассасывается в ротовой полости.

Указанный комплекс профилактических мероприятий с последующим проведением адекватных лечебных воздействий у 48 больных с этой патологией позволил снизить оральные осложнения до 14,2%, а количество тяжелых форм мукозита — до 6,2%. Подобный подход способствует уменьшению оральных осложнений при проведении цитостатической терапии на фоне лучевого воздействия и улучшает их клиническое течение.

II.13.103

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СТОМАТИТА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ СТАРШЕ 60 ЛЕТ

О.В. Иванова, М.М. Шаббаева, В.М. Иванов

Астраханский областной онкологический диспансер, Астрахань, Россия

К числу сложных и малоизученных до настоящего времени вопросов являются профилактика, ранняя диагностика и лечение стоматита у больных старше 60 лет, получающих цитостатики и лучевую терапию. Сложности диагностики и лечения у этого контингента больных обусловлены не только основным заболеванием, но и сопутствующей патологией (сахарный диабет, заболевание ЖКТ и т.д.), длительно текущими заболеваниями полости рта.

Осмотрено 380 больных старше 60 лет с различной онкопатологией. У 82% из них были сопутствующие заболевания, требующие специального лечения.

Изменения со стороны ротовой полости были у 87% больных. Кариес с преобладанием высокого и очень высокого уровня согласно международной классификации выявлен у 204 (53,7%).

Ретроспективный анализ клинических симптомов и лабораторных данных среди 201 (52,9%) больных, у которых имелись проявления стоматита, позволил вывести индекс прогнозирования (ИП) развития стоматита. Он складывался из суммы баллов оценки факторов риска возникновения стоматита среди больных, которые поступили для проведения курса химиотерапии.

При ИП>4 проводились профилактические мероприятия, в комплексе которых помимо общеизвестных препаратов использовались гипохлорит натрия, как местно в виде полосканий, так и внутривенно (при ИП>10), иммуностимулятор «Алфит» и аэрозольный антибиотик Биопарокс. Одновременно корректировались сопутствующие заболевания. К лечению стоматита добавляли солкосерил, дентальную адгезивную пасту, которая не только ускоряет заживление, но и действует как анестетик, что очень важно для больных, которые иногда отказываются от приема пищи из-за боли во рту во время приема цитостатиков.

Все больные были разделены на 2 группы: 1 группа — 280 больных, которым проводились указанные выше профилактические и лечебные мероприятия, и 2 группа (контрольная) — 100 больных.

Проявление тяжелой формы стоматита отмечено в 1-й группе у 3,3% больных, а во 2-й группе — у 6,2% больных. Прослежено стихание клинических манифестаций в среднем на 6—9 дней раньше у больных, которым проводились комплексная профилактика и лечение с хорошей динамикой стоматологической симптоматики, чем среди контрольной группы больных. Таким образом, прогнозирование стоматита у больных старше 60 лет, получающих цитостатики и лучевую терапию с целью проведения профилактических и лечебных мероприятий, позволяет оптимизировать терапию данной группы больных.

II.13.104**ПОЛИДАН: КОРРЕКЦИЯ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В ПРОЦЕССЕ ХИМИОТЕРАПИИ**

С.Л. Потапов, Е.Т. Капитанова
Поликлиника № 205, Москва, Россия

Цель работы: изучение эффективности полидана для восстановления гемопоэза при разных режимах и длительности химиотерапии. Представлены результаты применения полидана у 46 больных (23 — рак молочной железы, 17 — рак яичников, 3 — рак легкого, 3 — меланома) при использовании различных режимов комбинированной химиотерапии (CAF, CP, AC, CMF, схемы с дакарбазином, везепидом, таксолом, гемзаром, карбоплатином и т.д.) при возникшей нейтропении 2–3-й степени. Гемостимулирующий эффект полидана отмечен у 82,6% больных и существенно не зависел от дозы препарата. Сроки восстановления числа нейтрофилов зависели от режима химиотерапии и использованных в схемах противоопухолевых препаратов. Какого-либо значительного влияния на красный и тромбоцитарный росток мы не обнаружили, хотя тенденция к увеличению числа тромбоцитов отмечена у 62% больных. У больных, длительно получающих цитостатическую терапию при повторяющейся нейтропении, отмечено снижение гемостимулирующего эффекта при повторных курсах полидана. Практический опыт использования полидана в амбулаторной химиотерапии для восстановления гемопоэза позволяет рассматривать его в качестве базисного препарата при лечении нейтропении 2–3-й степени.

II.13.105**РЕЗУЛЬТАТЫ ПАЛЛИАТИВНОГО И СИМПТОМАТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ И ОБОДОЧНОЙ КИШКИ**

Е.П. Куликов, И.Д. Бубликов, Т.П. Зубарева, И.В. Пименов
Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова,
Рязанский областной клинический онкологический диспансер,
Рязань, Россия

Прослежены результаты паллиативного и симптоматического лечения больных раком прямой и ободочной кишки за период с 1984 по 1996 год. За этот период взято на учет 4919 больных (2656 (54,0%) — рак ободочной кишки и 2263 (46,0%) — рак прямой кишки). Из них 2771 получили паллиативное (745 — 26,89%) и симптоматическое (2026 — 73,11%). Трехлетняя выживаемость среди паллиативно оперированных больных составила 11,41%, а пятилетняя — 5,01%, тогда как при симптоматическом лечении эти показатели — 5,77% и 1,13% соответственно. При раке прямой кишки пятилетняя выживаемость составила 2,66% — после паллиативных вмешательств и 1,49% — при симптоматическом лечении. Для ободочной кишки эти показатели равны 7,55% и 0,87% соответственно. Кроме того, у 59 больных раком ободочной кишки выполнены паллиативные резекции. Среди оперированных до 1994 года пятилетняя выживаемость составила 20,83%.

Таким образом, паллиативные операции улучшают отдаленные результаты лечения больных распространенным раком толстого кишечника, что позволяет расширять показания к выполнению паллиативных резекций у больных раком ободочной и, возможно, прямой кишки.

II.13.106**РЕАБИЛИТАЦИЯ СТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ**

Е.П. Куликов, И.Д. Бубликов, А.М. Лебедев, В.Н. Дармограй
Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова, Рязань, Россия

В 1991–1999 годах в Рязанском ОКОД было выполнено 355 операций на толстом кишечнике, в основном по поводу колоректального рака. Из них у 30 (8,45%) выполнены различные вмешательства реабилитационного характера, связанные с наличием колостомы или развитием специфических параколостомических осложнений. Из них у 18 (60%) были выполнены вмешательства, направленные на ликвидацию колостомы (у 7 — двустольной, у 10 — одностольной и у 1 — цекостомы), а у 12 (40%) — различные варианты реконструкции колостомы.

Основными показаниями к реконструкции колостомы были рецидив или подозрение на рецидив рака в области колостомы, наличие параколостомических осложнений и реконструкция ранее наложенных двустольных колостом в одностольную одновременно с выполнением радикальной операции. При закрытии колостомы отдаем предпочтение внутрибрюшным вмешательствам. При отсутствии осложнений вмешательство можно выполнять уже спустя 2 месяца после первой операции.

По нашему мнению, прогрессирование опухолевого процесса вообще не является противопоказанием к реконструктивному вмешательству, если этому не препятствуют сам характер прогрессирования и общее состояние пациента. При прогрессирующем раке толстого кишечника у 2 больных была выполнена реконструкция и у 2 — ликвидация колостомы после операции Гартмана. Это позволяет значительно повысить качество жизни больных колоректальным раком.

При наличии периколостомического дерматита применяется оригинальная мазь, содержащая фитоэксдистериоды, что позволяет у 83% больных добиться купирования или значительного уменьшения активности периколостомического дерматита. У больных с постоянной колостомой она применяется с лечебной целью, а у пациентов с планируемым реконструктивным вмешательством — как этап предоперационной подготовки.

II.13.107**ФУНКЦИОНАЛЬНО-ЩАДЯЩИЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Е.П. Куликов, И.Д. Бубликов, А.И. Смирнов, Г.В. Журавлев
Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова,
Рязанский областной клинический онкологический диспансер,
Рязань, Россия

В последнее время в хирургии рака молочной железы приоритет отдается органосохраняющим и функционально-щадящим вмешательствам.

С целью улучшения функциональных результатов хирургического лечения рака молочной железы нами предложены и с 1998 года выполняются модифицированные радикальная мастэктомия по Маддену и радикальная секторальная резекция молочной железы с сохранением торакоакромиального сосудисто-нервного пучка (приоритет во ВНИИГПЭ № 99110331/010936 от 17.05.99).

По данной методике оперировано 35 больных. Все они прослежены в сроки от 2 до 14 месяцев. У 21 (60%) пациентки проводилась предоперационная лучевая терапия. Из ближайших осложнений была отмечена лишь длительная лимфорей (до 10–12 суток) — в 3 случаях (8,57%) — все после предоперационной лучевой терапии. Послеоперационный койко-день соответствовал средним показателям. У всех больных амплитуда движений в плечевом суставе сохранялась в полном объеме, признаков лимфovenозной недостаточности не выявлено ни в одном случае. Случаев рецидива опухоли за время наблюдения не отмечено.

Сохранение торакоакромиального сосудисто-нервного пучка незначительно сказывается на продолжительности операции, не увеличивает количества осложнений в ближайшем послеоперационном периоде и способствует более раннему, практически без ограничений, восстановлению функции верхней конечности. Это позволяет продолжить исследования в направлении накопления материала для определения отдаленных результатов предлагаемого метода хирургического лечения рака молочной железы.

II.13.108**ИССЛЕДОВАНИЕ ГЛУТАТИОНА И ФЕРМЕНТОВ ЕГО МЕТАБОЛИЗМА ПРИ ОПУХОЛЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ**

Т.Н. Луковникова, Л.С. Колесниченко, И.В. Нестеров, Е.Г. Григорьев,
В.И. Кулинский
Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия

Система глутатиона принимает участие в синтезе нуклеиновых кислот, белка, делении клеток, а, следовательно, и в пролиферации опухолевой ткани. Увеличение концентрации глутатиона и повышение активности ферментов его метаболизма приводят к развитию мультилекарственной устойчивости.

Мы определяли уровень восстановленного глутатиона (GSH) и активность основных ферментов его метаболизма (глутатионтрансферазы — ГТ, глутатионредуктазы — ГР и глутатионпероксидазы — ГПО) в слизистой оболочке толстой кишки у пациентов с колоректальным раком. Пробы брали из 3 участков: из опухоли, на границе между опухолью и нормальной тканью (перифокальная зона) и из наиболее отдаленного, морфологически неизмененного участка. Опухолевый процесс был II, III стадии, гистологически — аденокарциномы различной степени дифференцировки. Концентрацию GSH определяли с помощью реактива Элмана на КФК-3, активность ферментов — спектрофотометрически. Концентрация GSH в опухолевой ткани на 50% выше, чем в слизистой оболочке из отдаленного участка ($p < 0,01$). В перифокальной зоне уровень GSH имеет тенденцию к уменьшению по сравнению с опухолью ($p < 0,1$). Активность основных ферментов метаболизма глутатиона уменьшается в ряду: ГТ → ГПО → ГР. Активность ГПО в опухоли на 40% выше, чем в морфологически нормальной

слизистой оболочке. Активности ГР и ГТ во всех трех зонах значимо не отличались. Увеличение концентрации GSH в опухолях, скорее всего, связано с индукцией ферментов его синтеза, т.к. активность ГР не повышается. Увеличение активности ГПО, вероятно, связано с воспалительным процессом из-за травматизации опухоли каловым потоком. Повышение уровня GSH и активности ГПО в слизистой оболочке толстой кишки может приводить к развитию резистентности к химиотерапии.

II.13.109

НЕОАДЪЮВАНТНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ РАКА ЖЕЛУДКА

В.И. Соловьев, М.Р. Шатхин, Т.В. Андреева

Областной онкологический клинический диспансер, Смоленск, Россия

Ежегодно в Смоленской области регистрируются от 450 до 490 больных раком желудка. Область является эндемичной по раку желудка. Заболеваемость составляет 42 на 100 тыс. населения (РФ — 35 на 100 тыс. нас.). Выживаемость при раке желудка остается неудовлетворительной и особенно прогресса в лечении этого грозного заболевания не получают.

Эффективность цитостатиков, применяемых в лечении рака желудка, по отдельности не превышает 30%. Комбинации цитостатиков повысили эффективность лечения рака желудка до 36% и стали применяться при лечении генерализованных форм рака желудка. Однако результаты лечения генерализованного рака остаются плачевными и практически не улучшились. В настоящее время в большинстве клиник мира применяются послеоперационные курсы химиотерапии при раке желудка IIIБ стадии. Хотя до сих пор вопрос о целесообразности проведения послеоперационной химиотерапии, после радикальных операций, остается открытым.

С 1997 года в нашем диспансере начали применять неoadъювантную химиотерапию по схеме EAP у больных раком желудка. Мы выбрали прогностически неблагоприятные формы рака желудка: недифференцированный или перстневидноклеточный рак, первично язвенноинфильтративная форма роста у больных молодого возраста. Первично язвенноинфильтративный рак желудка мало изучен как клиницистами, так и патогистологами. В настоящее время первично язвенноинфильтративный рак начал встречаться все чаще, течение его бурное, быстро дает метастазы и приводит к генерализации ракового процесса. Исходя из критериев выбора метода лечения, вашему вниманию мы можем представить одногодичную летальность у группы больных раком желудка из 14 человек. Больным проведено 2 курса неoadъювантной химиотерапии по схеме EAP с интервалом 28 дней с последующим оперативным лечением в объеме комбинированной гастрэктомии с лимфодиссекцией R-II. У 6 больных отмечается лекарственный патаморфоз I степени (42,8%), II степень отмечалась у 6 больных (42,8%); у двух больных отмечалась I степень лекарственного патаморфоза (14,2%). Больных, у которых отсутствовал эффект от химиотерапии, не было. 11 человек из 14 пережили один год после проведенного комбинированного лечения (78,57%) без признаков рецидива и прогресса заболевания. Одногодичная летальность составила 21,43%.

Цель сообщения: у больных с наиболее злокачественным течением рака желудка применялась неoadъювантная химиотерапия, вопросы которой мало изучены.

Вывод: Комбинированное лечение с применением неoadъювантной химиотерапии у больных с первичным язвенноинфильтративным раком желудка не ухудшило одногодичную выживаемость. Считаем целесообразным продолжить применение неoadъювантной химиотерапии при наиболее неблагоприятных формах рака желудка.

II.13.110

ЦИТОЛОГИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ДАННЫМ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ЗА 5 ЛЕТ

В.И. Соловьев, Н.В. Новикова, Г.А. Большакова

Областной онкологический клинический диспансер, Смоленск, Россия

При анализе профилактических осмотров женского населения за 5 лет установлено, что в Смоленской области ежегодно проходит цитологическое обследование от 207747 до 222135 женщин, что составляет 33–36% от взрослого женского населения. Для этого создано 60 смотровых кабинетов, организована централизованная цитологическая лаборатория при онкодиспансере и 4 кустовых цитологических лабораторий на базе ЦРБ. Врачи-гинекологи и акушерки смотровых кабинетов обучены на базе онкодиспансера методике правильного забора материала из шейки и цервикального канала матки для цитологического исследования. В ЦЦП организованы контейнерный метод доставки и окраски профилактических исследований, двухступенчатый просмотр с унифицированными формами ответов, что позволяет обработать до 2000 исследований в день. Информативность мазков сохраняется на одном уровне: 73% в 1993 г. и 74% в 1997 г. Выявляемость по дисплазиям колеблется с 2,6/1000 в 1993 г. до 2,2/1000 в 1997 г., что больше среднего показателя по РФ (1/1000). Выявляемость по

раку увеличилась с 1,7/10000 в 1993 г. до 1,9/10000 в 1997 г., что выше показателя по РФ (1/10000). Все женщины с выявленной патологией углубленно обследуются: с умеренными дисплазиями — в женских консультациях по месту жительства, с тяжелыми дисплазиями, подозрением на рак и ЗНО — в онкодиспансере, куда вызываются на основании сигнальных карт, заведенных в ЦЦП. При проведении цито-гистологических параллелей установлен процент подтверждения тяжелых дисплазий с 45% в 1993 г. до 55% в 1997 г., подозрений на рак — с 50% в 1993 году до 81% в 1997 г., а процент подтверждения диагноза «рак» сохраняется на одном уровне 77–74%, что соответствует показателю по РФ — 70%.

Анализ подтвержденных раков по стадиям (в результате углубленного обследования) показал, что увеличился процент выявления рака шейки матки при профилактических осмотрах в стадии *in situ* с 18% в 1993 г. до 23% в 1997 году, но отмечается некоторое увеличение запущенных форм с 3% в 1993 г. до 8,5% в 1997 г., что обосновано увеличением количества цитологически обследованных женщин.

Проведенный анализ цитологического скрининга за 5 лет по Смоленской области подтверждает, что цитологическое обследование женщин является приоритетным направлением в программе снижения заболевания раком шейки матки и улучшения результатов его лечения.

II.13.111

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.С. Зуй, В.И. Соловьев, Т.В. Андреева

Смоленский областной онкологический клинический диспансер, Смоленск, Россия

В районах, пострадавших от аварии на Чернобыльской АЭС, за последние годы усложнилась ситуация с диагностикой и лечением эндемического зоба ввиду увеличения частоты рака щитовидной железы (РЩЖ).

В Смоленской области заболеваемость РЩЖ с 0,9 на 100 тыс. населения в 1986 г. увеличилась до 1,9 в 1998 г., однако максимум отмечен в 1989 г. — 2,8 и в 1992 г. — 3,0, то есть с периодичностью 3 года. Среднестатистическая зоба составила 2,0. При сравнении заболеваемости РЩЖ в первый год после аварии (1987) — 1,7 с максимальной заболеваемостью в 1992 г. — 3,0 разница оказалась достоверной ($p < 0,05$). С 1991 по 1994 г. диагностика и лечение больных с опухолями рака щитовидной железы осуществлялись только в областном онкологическом диспансере, при этом, в эти два года удельный вес больных с I–II стадией процесса постепенно вырос с 56,5% до 81,3%, а одногодичная летальность уменьшилась с 27,3% до 3,1%. Морфологическое подтверждение РЩЖ возросло с 80% до 100% (по данным литературы — 89–95,7%). Как цитологическое, так и гистологическое исследование опухолей щитовидной железы весьма специфическое и трудоемкое занятие. Необходимо сопоставить от 11 до 13 различных параметров для определения морфологической принадлежности опухоли. Правильно выставленный диагноз предопределяет объем операции, необходимость лучевой и химиотерапии. С учетом того, что щитовидная железа является эндокринным органом, все вышесказанное влияет на возникновение и тяжесть осложнений при специальном лечении. С 1995 года проблемами диагностики и лечения данной патологии занялись в нескольких лечебных учреждениях, что привело к уменьшению доли I–II стадии до 45–50% и увеличению одногодичной летальности до 30,8%. Онкологи области придерживаются мнения о необходимости при хирургическом лечении выполнения как минимум гемитиреоидэктомии с удалением перешейки, присоединение лучевой терапии к хирургическому этапу при низкодифференцированных опухолях и химиотерапии при наличии метастазов в регионарных лимфоузлах, что в лечебных учреждениях общего профиля зачастую не выполняется.

Таким образом, во-первых, отмечено достоверное увеличение заболеваемости раком щитовидной железы в Смоленской области после аварии на Чернобыльской АЭС.

Во-вторых, волнообразное изменение заболеваемости РЩЖ говорит о сложных взаимосвязях патологии эндокринных желез с экологическими авариями в виде повышения радиационного фона.

В-третьих, децентрализация специализированной помощи отрицательно влияет на показатели диагностики и лечения РЩЖ.

II.13.112

ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ РАКА ПИЩЕВОДА III СТАДИИ

В.С. Зуй, В.И. Соловьев, Т.В. Андреева

Смоленский областной онкологический клинический диспансер, Смоленск, Россия

В Смоленской области (1997) заболеваемость раком пищевода составляет 4,8 на 100 тыс. населения (в РФ — 5,4), верификация диагноза — 85,4% (в РФ — 62,9%), больных в IV стадии — 31,3%, в III — 64,6%, а в I–II в 4,1%. В 1992–1997 годах в онкодиспансер госпитализировано 155 пер-

вичных больных раком пищевода, из них с III стадией процесса — 100 пациентов. Опухоль в средней трети пищевода — 65% и в средней и нижней трети — 35%, больные старше 55 лет составили 71%. Верификация диагноза получена в 100% случаев, плоскоклеточный рак отмечен в 74,2%. 54 больным III стадии при определении противопоказаний к операции или отказе больного от операции произведена дистанционная лучевая терапия как самостоятельный вид лечения по схеме классического фракционирования до суммарной очаговой дозы (СОД) 30 Гр. — 17 пациентам и до СОД 45–56 Гр. — 37 пациентам. В этой группе больных было: женщин — 7, мужчин — 47. В 2 случаях (3,7%) пациенты погибли при лечении от профузного кровотечения. У 54 больных трехлетняя выживаемость — 4,2%. Из 100 больных III стадии рака пищевода 46 выполнены различные операции как самостоятельный вид лечения и как этап комплексного или комбинированного лечения. Больные группы были мужского пола. В 9 случаях проводилась туннелизация опухоли силиконовой стандартной трубкой с последующим облучением классическим фракционированием. В 2 случаях наложена антиперистальтическая стебельчатая гастростома. Радикальная операция — экстирпация пищевода выполнена у 35 пациентов, из них 4 — в виде операции Добромыслова—Торек с отсроченной пластикой желудочным стеблем через 6 месяцев. Из 31 случая одномоментной пластики у 2 больных она произведена толстой кишкой, в остальных — изоперистальтическим желудочным стеблем. Пищевод выделялся из трансиатального доступа, если не возникало технических трудностей. Пришлось отказаться от наложения анастомоза по методике А.Ф. Черноусова, так как из 7 пациентов после подобных операций от осложнений погибли 3 (летальность — 42%). 28 больным трансплантат проведен под кожей, из них в 21 случае одномоментно наложена V-образная декомпрессионная эзофагогастростомия на шею однорядным швом. Из 21 у 6 (28,6%) наблюдались осложнения (пневмония, хилоторакс — 2, некроз участка трансплантата — 2, медиастинит), умер 1 (летальность — 4,8%). При некрозе трансплантата отличный результат достигнут пластикой местными тканями. Лучевая терапия классическим фракционированием проводилась не позднее 2 мес после операции, химиотерапия при наличии метастазов в регионарных лимфатических узлах. Трехлетняя выживаемость в этой группе 31,6%.

Выводы: 1. Методика трансиатального выделения пищевода с подкожным проведением трансплантата и одномоментным V-образным декомпрессионным однорядным анастомозом на шею позволяет уменьшить послеоперационную летальность при развитии осложнений. 2. Подкожное проведение трансплантата позволяет активно использовать послеоперационное облучение на ложе опухоли (средостение), что положительно влияет на онкологические показатели выживаемости больных. 3. Самостоятельную лучевую терапию необходимо проводить лишь у больных с противопоказаниями к радикальному хирургическому лечению.

II.13.113

ПАЛЛИАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ЗНО ПРЯМОЙ КИШКИ В СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 1992—1996 гг.

В.Л. Кузнецов, В.И. Соловьев, М.Р. Шатхин, В.М. Анисеев, Г.А. Большакова
Областной онкологический клинический диспансер, Смоленск, Россия

Значительный процент больных поступает в онкологические учреждения с запущенными опухолевыми заболеваниями прямой кишки. Задача онкологов состоит в том, чтобы помочь больному уменьшить его страдания и создать ему лучшие условия жизни.

В год взятия на учет умерли 103 больных (47,7%) из 216 с запущенными опухолевыми заболеваниями прямой кишки. А если учесть календарный месяц взятия на учет, то окажется, что в течение 1-го года умерло 156 больных (72,2%), в течение 2-го года — 27 (12,5%), в течение 3-го года — 5 (2,3%), в течение 4-го года — 1 человек (0,5%). В общей сложности к концу 4-го года количество умерших составило 189 человек (87,5%), 8 человек (3,7%) выбыли из Смоленской области и сняты с онкологического учета и в анализе не учитывались. В настоящее время живы 19 человек (8,8%) из числа взятых на учет по IV клинической группе за период 1992—1996 гг. Причем продолжительность их жизни составила: 1 год — 11 человек (57,9%), 2 года — 5 человек (26,3%), 3 года — 2 человека (10,5%), 5 лет — 1 человек (5,3%).

Средняя продолжительность жизни больных с генерализацией ракового процесса не превышает 6 месяцев. Различают 2 вида хирургических вмешательств, производимых при распространенном раке прямой кишки: первый — операция, при которой удаляют первичную опухоль, второй — отключение кишки, несущей опухоль, методом наложения колостомы. Абсолютными показаниями к формированию колостомы является местнораспространенная опухоль, в том числе с множественными отдаленными метастазами. Показанием к выполнению паллиативной экстирпации или резекции прямой кишки следует считать наличие резектабельной первичной опухоли с единичными отдаленными метастазами.

35% больных с запущенными формами рака прямой кишки выполнено оперативное вмешательство. Из них 32% больных проведено паллиативное удаление опухоли, а примерно 15% наложена колостома. Основная

масса больных погибает в 1-й год — 72,3%. Более 1 года состояли на учете 60 больных (27,7%), из них 8,7% — живы в настоящее время, 3,7% выбыли и 15,3% больных состояли на учете больше 1 года. Примерно половине больных, проживших более 1 года, проводилось паллиативное оперативное лечение в объеме удаления первичной опухоли либо колостомы.

Обращает на себя внимание длительность наблюдения за больными в зависимости от проведенного лечения, которые в настоящее время живы. Количество больных и длительность наблюдения больше после удаления первичной опухоли.

Вышеизложенное показывает, что удаление первичной опухоли во многих случаях не только продлевает жизнь больному, но и снимает болевой синдром, избавляет от профузных кровотечений и мучительных страданий. Все это свидетельствует о целесообразности их применения. Особенно это целесообразно использовать у лиц трудоспособного возраста.

II.13.114

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РЕЦИДИВА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Д.Б. Самсонов, В.Н. Плохов
Кафедра факультетской хирургии и онкологии Саратовского государственного медицинского университета, Саратов, Россия

Рецидивы РМЖ — одно из часто встречаемых осложнений операций на молочной железе. По данным разных авторов, частота рецидивов колеблется от 2,8% до 71%. Возникновение рецидивов ухудшает качество жизни больных, требует повторного оперативного вмешательства, повышает возможность отдаленного метастазирования, но не влияет на общую выживаемость больных. Для прогнозирования риска развития рецидива должно учитываться множество факторов.

Проведен анализ морфологических факторов рецидива РМЖ у 45 больных, лечившихся в клинике онкологии в 1992—1999 гг. Показатели сравнивали с таковыми у больных РМЖ общей группы. Метастазы в подмышечных лимфоузлах у больных с рецидивами при первичной операции наблюдались в 1,9 раза чаще, чем в группе сравнения. Наибольшее значение в развитии рецидива имела гистологическая структура первичной опухоли: солидный компонент у больных с рецидивами отмечен у 37,8% больных, в общей группе у 20,5%, железистый компонент у 22,1% и 10% соответственно, внутритротоковый компонент встречался у 13,4% больных с рецидивом и у 40,6% больных в общей группе. У больных с рецидивом II—III степень злокачественности констатирована в 2,8 раза, а низкая степень дифференцировки в 10,7 раза чаще, чем в общей группе. Таким образом, риск рецидива РМЖ был высоким при наличии железистого и особенно солидного компонента и резко возрастал при низкой степени дифференцировки, наличии метастазов в регионарных лимфоузлах, высокой степени злокачественности.

II.13.115

ПАЛЛИАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫМИ СИНХРОННЫМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

В.Ю. Сельчук, Т.Н. Попова
РОНЦ им. Н.Н. Блохина АМН РФ, Москва,
Медицинский университет, Саратов, Россия

В настоящее время отмечается рост заболеваемости первично-множественными злокачественными новообразованиями толстой кишки. Не уменьшается процент запущенных случаев рака, которые требуют индивидуального лечения, особенно при синхронном поражении нескольких органов.

Проанализированы истории болезни 75 больных первично-множественными синхронными злокачественными опухолями толстой кишки. Запущенная стадия опухолевого процесса обнаружена у 18 больных (24%). При этом рак прямой кишки имел место у 10 больных, рак ободочной кишки — у 6 и рак сигмовидной кишки — у 2. Вторые опухоли у 9 больных локализовались в органах желудочно-кишечного тракта (преимущественно в желудке) и у 9 пациентов — в органах репродуктивной системы (молочная железа, яичники, тело и шейка матки).

Запущенность процесса была обусловлена канцероматозом брюшины (у 6 больных), метастазами в печень (у 3 больных), в легкие (2 больных), в периферические лимфатические узлы (3 больных) и местным распространением опухоли (у 4 больных).

Сочетание двух опухолей IV стадии обнаружено у 7 больных с синхронными множественными опухолями, у остальных больных IV стадия опухоли в одном органе сочеталась с опухолями I стадии (4), II стадии (5), III стадии (2) в другом органе. Поэтому лечебная тактика в целом определялась запущенностью опухолевого процесса в одном из органов. Паллиативные резекции толстой кишки выполнены 5 больным, обходные анастомозы наложены 2 больным, стомы выведены 3 больным, паллиативное удаление

второй опухоли произведено 1 больному. Химио- и лучевое лечение применены у 6 больных. На симптоматическое лечение выписаны 7 больных.

Таким образом, при первично-множественных синхронных опухолях толстой кишки запущенный процесс имеет место почти у четвертой части больных. Все они нуждаются в паллиативном лечении для ликвидации жизненно опасных осложнений.

II.13.116

ПСИХОИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

С.В. Аверьянова

Кафедра факультетской хирургии и онкологии Саратовского государственного медицинского университета, Саратов, Россия

Целью работы явилось изучение взаимосвязи между психическими и иммунологическими особенностями больных раком молочной железы (РМЖ). С помощью модифицированного личного опросника «Мини-мульти» обследовано 170 больных РМЖ. Выделены 2 основных психотипа, принципиально отличающихся друг от друга:

1. С доминирующей паранойальной тенденцией. Такие лица отличаются активной жизненной позицией. В ситуации стресса — активно протестная форма поведения.
2. С ведущей психастенической тенденцией. В психо-травмирующих ситуациях — пассивно-депрессивная позиция.

При исследовании иммунологических показателей у пациенток с этими психотипами получены следующие данные: лица, у которых в структуре личности преобладали паранойальные черты, имели достоверно лучшие показатели Т-клеточного звена иммунитета по сравнению с личностями с психастеническими профилями: при оценке гуморального звена корреляция была обратной.

Выводы: 1. Личностный профиль у больных РМЖ отражает не только стиль личностного реагирования, но и адаптивность организма в целом, при этом преимущество имеет паранойальный профиль; неблагоприятным является психастенический. 2. Учитывая существенные отличия в психическом и иммунологическом статусе заболевших, целесообразен личностно-ориентированный подход к ведению больных.

II.13.117

ДИНАМИКА ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ С МЕСТНЫМИ РЕЦИДИВАМИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Д.В. Самсонов, В.Н. Плохов, С.В. Аверьянова

Кафедра факультетской хирургии и онкологии Саратовского государственного медицинского университета, Саратов, Россия

Целью данной работы явилось динамическое исследование показателей иммунной защиты у больных РМЖ от начала противоопухолевой терапии до появления у них местных рецидивов. Обследовано 28 больных, из них 22 была произведена мастэктомия по Пейти, 6 больным выполнена квадрантэктомия с лимфаденэктомией. У всех больных в динамике изучались показатели клеточного и гуморального звеньев иммунитета. При первичном поступлении у 71,4% больных зафиксированы низкие показатели клеточного звена иммунитета: тенденция к снижению отмечалась у 14,4% и средние — у 14,2%. Изучение уровня иммунитета в динамике позволило выявить три категории больных:

1. Лица со стабильно низкими показателями Т-клеточного звена защиты (29,6%);
2. Лица с угнетением клона Т-лимфоцитов при динамическом наблюдении (55,5%);
3. Больные со средними показателями клеточного иммунитета (14,9%). Снижение уровня Т-клеточной защиты в ряде случаев предвещало появление местного рецидива. Показатели гуморального звена иммунитета при аналогичном сравнении существенно не менялись.

Выводы:

1. В возникновении местных рецидивов РМЖ снижение биологической защиты имеет существенное значение.
2. Целесообразно использование иммуномониторинга для выделения группы лиц с высоким риском развития рецидива.

II.13.118

ВОЗМОЖНОСТИ ИММУНОКОРРЕКЦИИ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

И.Н. Павлова, Е.П. Репина, Т.А. Федорова

Дорожная клиническая больница, Саратов, Россия

Современные социально-экономические и экологические проблемы отрицательно сказываются на состоянии естественных факторов защиты

человеческого организма. Низкий уровень защиты является благоприятным фоном для возникновения и развития опухолевых заболеваний. При иммунологическом обследовании больных, поступивших в клинику по поводу рака молочных желез, было выявлено, что в коррекции нуждается 82% из них. Это объясняется прежде всего запущенностью опухолевого процесса и агрессивностью самой опухоли. Все методы противоопухолевого лечения обладают выраженным иммуносупрессивным действием. Поэтому неспецифическая активная стимуляция проводится всем больным, имеющим нарушения иммунологических показателей на фоне полихимиотерапии, что позволяет поддерживать довольно высокий уровень кровотока и обеспечивает проведение лекарственного лечения с меньшими осложнениями, а также повышает эффективность химиотерапевтического лечения (регресс опухоли). Резкое угнетение иммунной системы (уровень Т-РОК ниже 20%) и отсутствие эффекта от проводимой иммунокоррекции являются плохим прогностическим признаком. У данной группы больных генерализация опухолевого процесса наступает в ближайшие 8–12 месяцев.

В качестве иммуномодуляторов использовались тималин, тимоин, Т-актин.

У 87% больных на фоне применения иммуномодуляторов показатели естественной защиты улучшились или остались на прежнем уровне на фоне проведения лекарственного лечения.

Таким образом, применение иммуномодулирующей терапии снижает токсическое действие химиопрепаратов и повышает эффективность данного вида лечения.

II.13.119

ИММУНОМОНИТОРИНГ ПРИ БИЛАТЕРАЛЬНОМ РАКЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

И.Н. Павлова, Т.Н. Мальчикова

Дорожная клиническая больница, Саратов, Россия

Наиболее частой локализацией первично-множественного рака у женщин, по мнению многих авторов, являются молочные железы.

Было проанализировано 32 иммунограммы больных билатеральным раком молочных желез: 14 — у больных с синхронным развитием патологического процесса и 18 — с метакрономным.

Средний уровень показателей гуморального звена иммунитета при первичном обследовании больных с синхронным и метакрономным раком молочной железы был в пределах нормы, однако с тенденцией к снижению при синхронном (в 35% случаев). При обнаружении опухоли во второй молочной железе при метакрономном раке снижение показателей гуморального звена были наиболее выраженным (у 70% больных).

Изменение клеточного звена естественной защиты выглядело следующим образом: при синхронном процессе показатели Т-РОК были в среднем 21%, при метакрономном — 34,7%.

Опухолевый процесс во второй молочной железе возникал на фоне дальнейшего угнетения клеточного звена иммунитета в процессе лечения первой опухоли и был выявлен при показателях Т-РОК ниже 27%.

Таким образом, при синхронном процессе наиболее выражены изменения клеточного звена естественной защиты.

Опухоль в другой железе при метакрономном процессе возникает на фоне выраженных изменений как клеточного, так и гуморального звена.

II.13.120

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ И МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ ПОЗВОНОЧНИКА

В.Д. Усиков, Д.А. Пташников

РНИИТО им. Р.П. Вредена, Санкт-Петербург, Россия

Целью исследования являлось определение показаний и объема хирургического лечения больных с первичными злокачественными и метастатическими опухолями позвоночника.

Под нашим наблюдением находилось 2 больных с плазмоцитомой, 2 — с миеломной болезнью, 1 — хондросаркомой крестца и 9 с метастатическим поражением позвоночника на фоне рака молочной железы (4), почек (2), легких (1), предстательной железы (1) и кожи (1).

Показаниями к хирургическому лечению являлись: стойкий выраженный болевой синдром, резистентный к консервативной терапии; прогрессирующие неврологические нарушения на фоне лучевой терапии или после нее; резистентность опухолей к лучевой терапии; выполнение гистологического исследования; необходимость декомпрессии невралгических структур с удалением опухолевых масс; нестабильность позвоночника вследствие разрушения костных структур позвонков. Хирургическое лечение проводилось совместно со стандартными схемами лучевой или химиотерапии.

операция + экстракция катаракты, антиглаукоматозная операция + передняя или задняя витреоректомия и т. д.

Хирургическое лечение проведено 63 больным с ВПКГ. Стойкая нормализация офтальмотонуса была достигнута у 40 больных после простой или комбинированной операции. У 17 больных с ВПКГ сложного генеза для этого потребовались дополнительные вмешательства. В 6 случаях в связи с безуспешностью хирургического лечения была выполнена энуклеация слепых болящих глаз.

II.15. Педиатрия

II.15.1

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ РЕАБИЛИТАЦИИ И ЛЕЧЕНИЯ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

О.И. Ефимов

Республиканское Объединение по реабилитации детей-инвалидов МЗ РФ, Москва, Россия

Различают три основные реабилитационные технологии: немедикаментозную, медикаментозную и хирургическую. Из немедикаментозных наибольшее значение придается кондуктивной педагогике и терапии (Е.Т. Лильин) отличающимися высокой эффективностью, доступностью и незначительными затратами.

Применение медикамента-миорелаксанта БОТОКС основано на местном введении в мышцу. Его действие является пролонгированным и иногда достигает 3-х месяцев и более: возможны повторные введения. Это позволяет достичь положительных органо-функциональных изменений в пораженных мышце/ мышцах.

Имплантированная под кожу баклофеновая помпа — электронно-механическое устройство длительного действия, подающее баклофен непосредственно в интракраниальное пространство. Это позволяет избежать осложнений, связанных с приемом препарата перорально. Пополнение помпы лекарством и регуляция режима работы осуществляется без реимплантации. Метод наиболее эффективен при спастических формах заболевания, не поддающихся воздействию других релаксантов. Помимо традиционных хирургических и ортопедических операций находит применение селективная дорзальная ризотомия-перерезка нервных волокон, ответственных за спастичность, на месте выхода их из межпозвоночных отверстий.

Получают распространение модифицированные формы так называемых нагрузочных методик. Это специальные нагрузочные костюмы с возможностью регуляции нагрузки на необходимые группы мышц, конструкции, предусматривающие полужесткое крепление ребенка к методисту для выполнения соответствующих упражнений, установки для гипобаротерапии.

Применяется микрорезонансная терапия и билатеральная электростимуляция мозга. Началось внедрение в практику нейротрансплантации эбриональной нервной ткани.

В противоположность методам «сверхтехнизации» получает распространение лечебная верховая езда, получены положительные результаты, имеются соответствующие методические рекомендации (О.И. Ефимов).

II.15.2

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

Г.М. Лукьянова, Г.Ю. Цирдава
Нижний Новгород, Россия

Основным видом оперативного вмешательства при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки является селективная проксимальная ваготомия, которая выполняется в чистом виде или в сочетании с иссечением язвы и дуоденопластикой, а также с пилоропластикой, иссечением или без иссечения язвы.

Реабилитационные мероприятия проводятся как в раннем послеоперационном периоде, так и в отдаленные сроки после операции, целью которых является обеспечение длительного наблюдения за оперированными больными с обязательными контрольно-диагностическими исследованиями, профилактикой и лечением послеоперационных осложнений. Из осложнений наблюдались: диарея (15%), дисфагия (2%), диспептический синдром (24%), гастростаз (6%), демпинг-синдром (2%), рецидив язвенной болезни (7,3%).

Все симптомы, связанные с нарушением двигательного-эвакуаторной функции верхних отделов желудочно-кишечного тракта купировались назначением соответствующей диеты и прокинетики — мотилиума и координакса. Курс лечения — 14-30 дней.

Послеоперационный период в стационаре составляет 10-12 дней, после чего больных выписываем на амбулаторное лечение до 1,5 месяцев. Больных, у которых после СПВ не производится иссечение язвы, переводят в соматическое отделение на 10-14 дней для лечения, направленного на стимуляцию регенераторных процессов в слизистой оболочке, пораженной язвенным дефектом. При правильном ведении реабилитационных мероприятий через 1-1,5 месяцев происходит полное восстановление работоспособности оперированных больных. Активное наблюдение за пациентами ведется в течение 5 лет. Вызов и обследование проводится в ближайшие (3-6 месяцев) и ежегодно в отдаленные сроки после операции (от 1 до 5 лет). При патологических нарушениях со стороны желудочно-кишечного тракта и рецидиве язвы больным проводится стационарное лечение. При рецидиве язвы назначается курс противорецидивной терапии (блокаторы протонной помпы, H₂-блокаторы, эрадикация Hp, антациды) с хорошим эффектом. По показаниям рекомендуется санаторно-курортное лечение.

II.15.3

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ (НЦД) ПРИ НАЛИЧИИ ОЧАГОВ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ (ОХИ) У ПОДРОСТКОВ

Ю.С. Маляков, С.П. Черкасова, Ю.Ю. Чесникова
Ростовский государственный медицинский университет,
Клиническая больница СКЖД, Ростов-на-Дону, Россия

Основной целью исследования являлась разработка патогенетических подходов к лечению НЦД по гипертензивному типу и ОХИ. В поисковое плацебо-контролируемое исследование с параллельным дизайном было включено 56 подростков, получавших с учетом клинико-фармакокинетических параметров периндоприл (Престариум, Servier, 2 мг, 2 недели), бемитил (Бемактор, ICN Октябрь, 0,25 г, 10 дней) и азитромицин (Сумамед, Piva, 125 мг, 5 дней). Целевой переменной являлся уровень АД, соответствующий значениям центильных таблиц. «Суррогатные» переменные представлены показателями суточного мониторирования АД, параметрами ЭхоКГ, РЭГ, ЭЭГ, липопротеинограммы, компенсации углеводного обмена, концентрацией гормонов (ФСГ, ЛГ, ТЗ, Т4, ТТГ, кортизола и инсулина) в сыворотке крови, показателями иммунологического и психологического статуса (метод Спилбергер-Ханина, ММР1). Обнаружено снижение максимумов АДс, АДд, ЧСС, ОПСС. Отмечена нормализация уровня общего холестерина, триглицеридов, ХС ЛПНП и ХС ЛПВП. Выявлены обратные корреляционные взаимосвязи АДд, ЧСС, ОПСС с концентрацией ТЗ, Т4, тироксин-связывающего глобулина и транскортина и прямая корреляционная зависимость с уровнем инсулина, ТТГ, АКТГ, ФСГ, ЛГ на фоне приема периндоприла, бемитила и антибиотиков с иммуномодулирующим действием. Зарегистрировано уменьшение содержания CD4+ и индекса CD4+ / CD8+, ЦИК и Ig G, увеличение фагоцитарной активности нейтрофилов. Достигнута стабилизация психофизиологических параметров. Следовательно, предложенная комбинация лекарственных средств способствует нормализации функциональных взаимодействий ЦНС, иммунной, эндокринной и сердечно-сосудистой систем организма у подростков с НЦД и ОХИ.

II.15.4

ВЛИЯНИЕ ИНТЕРВАЛЬНОЙ ГИПОКСИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ

Н.И. Басарева
СГМУ, Томск, Россия

Развитие бронхиальной астмы (БА) у детей происходит на фоне формирования приспособительных механизмов устойчивости к воздействию окружающей среды. Неблагоприятное влияние различных факторов существенно снижает эффективность лечения БА, в том числе, специфической иммунотерапии (СИТ). Изучена эффективность сочетания СИТ с интервальной нормобарической гипоксической тренировкой. Обследовано 103 ребенка от 3 до 14 лет с atopической бронхиальной астмой легкой и средней тяжести во внеприступном периоде. 1-ая группа (52 ребенка) получала СИТ и ИГТ, 2-ая группа (51 ребенок) — только СИТ. Иммунотерапия проводилась стандартными препаратами аллергенов. Гипоксия создавалась аппаратом фирмы «Нуроxia Medical». Отмечена хорошая переносимость сеансов ИГТ и отсутствие системных реакций в процессе СИТ. При астме легкой степени стабильная ремиссия достигнута у всех 28 детей в 1-й группе и у 20 из 29 детей во 2-й группе. При среднетяжелой астме хороший эффект лечения получен у 14 больных в 1-й группе и у 10 — во 2-й группе; удовлет-

ворительный эффект — у 10 детей в 1-й и у 12 во 2-й. Для контроля симптомов у детей получавших СИТ+ИГТ значительно снизилась потребность в дополнительном медикаментозном лечении, в сравнении с детьми получавшими только СИТ. Изменения в иммунном статусе отличались достоверным снижением уровня IgE у детей 1-й группы (ИГТ+СИТ) и более значительным повышением уровня Ig A по сравнению со 2-й группой. ИГТ положительно влияла на уровни адаптивных гормонов в сыворотке крови: выявлено достоверное повышение уровня кортизола и нормализация тиреоидного статуса у пациентов 1-й группы. Таким образом, положительное действие ИГТ, направленное на повышение устойчивости к неблагоприятным влияниям внешней среды и снижение аллергической реактивности, целесообразно использовать для повышения эффективности СИТ.

II.15.5

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

*В.В. Лазарев, Э.Д. Калоева, Л.К. Цораева, В.В. Морозова, Е.В. Науменко, К.В. Лазарев
Северо-Осетинская Государственная медицинская академия, Владикавказ, Россия*

Вопрос лечения и профилактики желчекаменной болезни (ЖБ) остается одной из актуальных проблем современной хирургии. Оздоровление детей с заболеваниями желчных путей является одним из методов профилактики ЖБ у взрослых. Проанализированы результаты лечения более 1500 детей в возрасте от 5 до 14 лет с хроническими холецистохолангитами и дискинезиями желчевыводящих путей в санатории «Тамиск». Дети поступали на лечение в фазе стойкой ремиссии. Лечебный комплекс включал естественные и преформированные физические факторы: сульфидные ванны, гальваногрязь, при гипо- и ахлоргидрии прием внутрь сульфидной гипсовой воды. При гипо- и ахлоргидрии дети принимали внутрь воду источника № 19. Курс лечения длился около 30 дней. Ванны назначали через день. В дни, свободные от ванн, назначали гальваногрязь из Тамбуканского источника. К окончанию курса лечения симптоматика астано-вегетативного синдрома уменьшалась или проходила полностью у большинства больных. У 85% детей исчезали тошнота, рвота, отрыжка, неприятный вкус во рту после приема пищи. У всех больных нормализовалась кислотообразующая функция желудка. У 75% нормализовалась увеличенная печень. Вторичная артериальная гипотония, обнаруженная у 37% детей больных холецистохолангитом, после сульфидных ванн регистрировалась у 3%. Все вышеперечисленное указывает на необходимость более широкого использования санатория «Тамиск» в оздоровлении детей с заболеваниями желчных путей.

II.15.6

ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ

*А.Б. Ревазова, Д.В. Албегова, Т.Б. Касохов, Р.Г. Дзеранова
СОГМА, Владикавказ, Россия*

Загрязненность атмосферного воздуха г. Владикавказа носит постоянный характер, о чем говорят результаты регулярно проводимых городской СЭС исследований в течение почти 50 лет.

Проведено комплексное обследование 325 детей различных возрастных групп, посещающих детские дошкольные учреждения, Промышленного муниципального округа. Использовались специальные карты обследования, включающие клинические наблюдения: объективное обследование детей по всем системам и параклинические исследования.

Учитывая влияние на состояние здоровья детей различных факторов (экономические, климатические и др.), особое место занимала оценка основных показателей физического развития детей. Критерием оценки служил материал изучения основных показателей — длина тела, масса, окружность груди, разработанные по унифицированной методике с соблюдением определенных условий. Полученные при этом средние арифметические величины являлись показателем оценки состояния здоровья детей и сравнивались с местными стандартами, разработанными сотрудниками кафедры.

Параклинические исследования включали изучение гемограммы по основным показателям: гемоглобин, эритроциты, лейкоциты.

Все обследованные дети имели примерно одинаковые материально-бытовые условия и возрастной состав.

Получены следующие результаты:

Показатели физического развития детей, проживающих в экологически относительно благоприятном районе, выше, чем у постоянно проживающих в Промышленном муниципальном округе. Разница показателей была более выражена в показателях роста, чем массы тела.

Результаты исследования гемограммы этих детей выявили достоверное снижение количества эритроцитов, гемоглобина и лейкоцитов, что является косвенным признаком снижения общей сопротивляемости организма.

II.15.7

ЗДОРОВЬЕ ШКОЛЬНИКОВ г. ВЛАДИКАВКАЗА

*Д.В. Албегова, А.Б. Ревазова, Т.Б. Касохов, Р.Г. Дзеранова
СОГМА, Владикавказ, Россия*

Цель работы — выявление уровня заболеваемости школьников в зависимости от экологической ситуации.

Город Владикавказ подвержен значительному воздействию вредных выбросов транспорта и промышленных предприятий (воздух, почва, вода). Экологически неблагоприятные — Промышленный и Северо-Западный муниципальный округа.

В выборку вошло свыше 8000 детей различных по техногенной нагрузке районов. Выкопировка данных медицинских осмотров проводилась в специальные карты. Выявлены значительные изменения здоровья каждого второго школьника.

Катастрофа обнаружена с туберкулезной инфекцией. Ежегодные медицинские осмотры учащихся показали, что 22,9% их инфицированы туберкулезом. Наиболее высокая тубинфицированность отмечена в школах Промышленного и Северо-Западного округов. Заболеваемость детей туберкулезом за 7 лет возросла в 7 раз.

Каждый третий школьник имел функциональные и морфологические изменения состояния здоровья, снижающие социальную дееспособность: понижение остроты зрения и слуха, дефекты речи, сколиоз, нарушение осанки. Все изменения имели зависимость от возраста, пола, места жительства.

Структура хронической заболеваемости школьников по частоте представлена ЛОР патологией, затем заболевания мочеполовой и сердечно-сосудистой систем. Патология эта относится к экзозависимой. Так, патология мочеполовых органов является «индикатором» вредных воздействий повышенных концентраций тяжелых металлов. Значительный рост заболеваемости желудочно-кишечного тракта связан с ухудшением социально-экономической защищенности семьи, ухудшением качества продуктов, несбалансированностью питания.

С возрастом здоровье детей заметно ухудшается. За 8 лет обучения число детей со сколиозами возрастает в 18 раз, пониженным зрением — в 10 раз, пониженным слухом 4 раза. Ухудшение показателей здоровья школьников объясняется неблагоприятными санитарно-гигиеническими условиями, экологическим неблагополучием.

II.15.8

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ПРОСТАТИЧЕСКОГО АНТИГЕНА В КРОВИ КАК МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ПРОСТАТИТА У МАЛЬЧИКОВ

О.В. Лысенко

Челябинская государственная медицинская академия, Челябинск, Россия

Определение уровня простатического антигена в крови (PSA) производится, как правило, при диагностике новообразований предстательной железы, в литературе имеются только единичные сообщения, свидетельствующие о повышении уровня PSA у мужчин, больных острым или хроническим небактериальным простатитом. Чтобы выявить роль очага мочеполовой инфекции в патогенезе болезни Рейтера (БР) у детей мы обследовали 80 мальчиков в возрасте от 5 до 14 лет, у 61 ребенка (78,2%) имели место явления катарального простатита, у 13 (16,7%) — фолликулярного простатита, у 4 (3,8%) — простатовезикулита. Клинический диагноз был подтвержден ультразвуковым исследованием. Уровень PSA в крови обследованных детей определяли методом иммуноферментного анализа, используя тест-системы «PSA EIA» фирмы «CanAg Diagnostic», количество антител к ткани предстательной железы — с помощью РНГА с простатическим антигеном. В результате проведенных исследований установлено, что содержание PSA в крови у мальчиков с БР составило $12,7 \pm 0,2 \mu\text{g/l}$ (у здоровых детей $0,41 \pm 0,04 \mu\text{g/l}$), т. е. оказалось повышенным в 40 раз. Титр антипростатических антител в крови у детей с БР равнялся 1:64, у здоровых детей — 1: 2. Таким образом, определение уровня PSA и антипростатических антител в крови можно использовать при диагностике простатита у детей. Высокая степень антигенемии говорит о возможном патогенетическом значении иммунологически опосредованного компонента воспаления предстательной железы в развитии БР у детей.

II.15.9

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ СО СКОЛИОЗОМ

Р.Ю. Алемасов

Республиканский центр детской ортопедии, Ташкент, Узбекистан

В нашей клинике разработана и успешно применяется в этапном восстановительном лечении больных детей со сколиозом комплексная прог-

рамма, включающая специально подобранные ЛФК, мануальную и магнитотерапию.

Подбирались индивидуальные программы с учетом результатов объективного исследования (электрофизиологический, биомеханический и др.).

Восстановительное лечение по предложенным программам проведено у 369 детей в возрасте от 6 до 16 лет. Программы выполнялись под динамическим клинико-функциональным контролем (выносливость мышц спины, брюшного пресса и др.).

Обработаны критерии формирования реабилитационных групп и прогнозирования течения заболевания. С этой целью нами использованы ранговой корреляции по Спирменту. Выполнена система Dant – Dant Soft Medstal.

Обоснованы и улучшены комплексы ортопедических мероприятий в зависимости от пола, степени деформации, возраста типа локализации и прогноза. Для облегчения работы использована разработанная нами «Карта для консервативного лечения сколиоза». Для дозированной коррекции искривленного позвоночника путем тракции разработаны «Устройства для тракции позвоночника». С целью ускорения рассасывания соединительнотканых образований на вогнутой стороне позвоночника применяли электрофорез с бишафитом. При сложных деформациях позвоночника приобретается значение укладка больного на гипсовую кровать, усовершенствованная нами, комплексная лечебная и корригирующая гимнастика с элементами йоги, а также комбинированный текстильный корсет.

Наблюдение в течение 6 лет после этапной реабилитации показало адекватность программы и её высокую эффективность. Вследствие чего нам удалось снизить неудовлетворительные результаты на 20%.

Определены пути ортопедической профилактики прогрессирования сколиоза.

II.15.10

РОДОВАЯ ТРАВМА ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ С ОТАЖЕННЫМ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМ АНАМНЕЗОМ И ИХ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Р.К. Жалалов, Р.Ю. Алемасов

Ташкентский педиатрический медицинский институт МЗ Руз, Ташкент, Узбекистан

В последние годы в нашей практике наряду с отработанными комплексными программами реабилитации больных с вертеброгенными патологиями была внедрена и мануальная терапия. Родовая травма позвоночника, по мнению И.А. Мовшовича (1982), является пусковым моментом развития сколиоза и остеохондроза позвоночника. По мнению Бидермана Х. (1995), источник патологии в шейном отделе позвоночника, а в процесс вовлекается весь позвоночник, т. к. эта область оказывает огромное влияние на восприятие и формирование осанки при развитии ребёнка.

Под нашим наблюдением находились 128 детей, в возрасте до 6 месяцев – 47 (36,27%), от 6 месяцев до 1 года – 61 (47,66%), свыше 1 года – 28 (16,07%).

У всех детей данной группы был отягощен акушерско-гинекологический анамнез каким-либо фактором, который способствовал травме позвоночника.

Диагностика повреждения позвоночника основывалась на клинических осмотрах, рентгенографии, УЗИ и др. черепа, шейного отдела позвоночника. Ротационный подвывих СТ диагностирован у – 43 (33,9%), спондилолистез – 9 (7,03%), спастическая мышечная кривошея у 21 (16,4%), кефалогематома – (43,34%).

Мануальная терапия проводилась на всех уровнях опорно-двигательного аппарата, обязательной коррекцией изменений шейного отдела позвоночника. Курс мануальной терапии состоял обычно из 6-8 сеансов, которые проводилась ежедневно или с интервалом 1-3 дня, в зависимости от клинических форм. Критерием эффективности проведения мануальной терапии являлось: восстановление или улучшение двигательной активности, устранение неврогенной мышечной кривошеи, снижение гипертонуса мышц, устранение контрактуры крупных суставов, восстановление полного объёма ротационных движений в шейном отделе позвоночника.

При контрольном осмотре через 3 – 6 – 12 месяцев после мануальной терапии ротационный подвывих устранен у 91% больных, спондилолистез – у 72%.

Таким образом, у детей с перинатальным поражением позвоночника мануальная терапия в совокупности с другими методами реабилитации является профилактическим мероприятием вертеброгенных заболеваний.

II.15.11

ИНФРАКРАСНАЯ ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ВЕГЕТАТИВНО-СОСУДИСТОЙ ДИСТОНИИ У ДЕТЕЙ

И.В. Артифков, Е.Н. Дьяконова, А.Ю. Полосин

Ивановская государственная медицинская академия, Иваново, Россия

Синдром вегетативно-сосудистой дистонии (ВСД) у детей диагностируется сейчас все чаще, поэтому разработка новых методов лечения является

важной задачей. С целью изучения эффективности лазеротерапии (ЛТ) при данной патологии нами на базе Областной клинической больницы обследовано 45 детей 8-13 лет с ВСД по смешанному типу. I группу составили 30 чел., получавшие ЛТ импульсным аппаратом «Узор» (0,89 мкм); II группу – 15 чел., лечившихся традиционно. Вегетативное обеспечение оценивалось по данным кардиоинтервалографии (КИГ) с вычислением показателей амплитуды моды (АМо), вариационного размаха (ВР), индекса напряжения до ортостатической пробы (ИН1) и после нее (ИН2).

До лечения дети жаловались на головные боли, утомляемость, несистемное головокружение, кардиалгии. Выявлялась бледность и похолодание кожи, гипергидроз, лабильность пульса. По данным КИГ в обеих группах преобладал тонус симпатического отдела и гиперсимпатический тип реагирования при ортопробе.

После лечения регресс жалоб отмечен в I группе у 59% больных, во 2-й – у 47%; улучшение у 38% и 33% соответственно; без динамики у 3% и 20%. У детей I группы наблюдалось достоверное снижение симпатического тонуса до нормальных значений: показатель АМо уменьшился по сравнению с исходным на $7,2 \pm 1,9$ у. е., $p < 0,1$, ВР увеличился на $0,069 \pm 0,027$ сек., $p < 0,05$. Во II группе АМо увеличился на $1,15 \pm 2,17$ у. е., $p < 0,05$, ВР уменьшился на $0,046 \pm 0,033$ сек., $p < 0,05$. Показатель вегетативной реактивности (ИН2/ИН1) у детей обеих групп до и после лечения достоверно не отличался по критерию Стьюдента, однако по Фишеру степень изменчивости этого признака в I группе достоверно снижалась и все значения группировались в пределах, близких к нормальным.

Проведенные исследования показали, что ЛТ оказывает модулирующее влияние на вегетативное обеспечение у детей с гиперсимпатикотонией и может быть рекомендована для реабилитации больных с синдромом ВСД.

II.15.12

ПОКАЗАТЕЛИ ИММУННОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ДАЛАРГИНА

Т.С. Агзамходжаев, С.А. Новиков, А.А. Усманов, Н.Ф. Искандарова, Р.М. Усманова

ТашПМИ, Ташкент, Узбекистан

Целью данной работы явилось исследование влияния даларгина на показатели иммунитета у детей, используемого как иммунокорректор и иммуномодулятор в базисной терапии.

Проводились исследования иммунного статуса у 49 детей, оперируемых по поводу: кишечной непроходимости, болезни Гиршпрунга, эхинококковой болезни печени и легких. Больные были разделены на 2 группы. В I группу вошли 24 больных от 3-х до 15 лет, у которых предоперационная подготовка и послеоперационное лечение проводилось по общепринятой методике. Во II исследуемую группу вошли 25 пациентов того же возраста, у которых был использован даларгин в предоперационной подготовке и в послеоперационном периоде в сочетании с общепринятой терапией.

На этапах наблюдения: в момент поступления в клинику, накануне операции, 1-й и 10-й день после операции проводились иммунологические исследования, включающие определение Т- и В-лимфоцитов, регулирующих субпопуляций Т-хелперов и Т-супрессоров, а также 0-клеток периферической крови методом спонтанного розеткообразования М. Джондаллу. Определяли антигенсвязывающие лимфоциты человека в тесте непрямого розеткообразования по методу Ф.Ю. Гариба.

Исходное состояние иммунного статуса в обеих группах было идентичное, со склонностью к аутоиммунным процессам. Во II группе после применения даларгина в предоперационной подготовке наблюдалось значительное улучшение показателей иммунитета: Т-хелперы и 0-клетки снизились до нормы, что объясняется иммунокорректирующими свойствами препарата. Дальнейшее использование даларгина в послеоперационной терапии привело к достоверному повышению Т-общих и Т-супрессоров, а также снижению В-лимфоцитов, что выражается в иммуномодулирующем эффекте даларгина. Антигенсвязывающие лимфоциты уменьшились до нормальных показателей, что свидетельствовало о снижении аутоиммунного процесса.

Таким образом, улучшение показателей иммунитета подтверждает эффективность использования даларгина в терапии.

II.15.13

РАЗРАБОТКА ПОКАЗАНИЙ К НАЛОЖЕНИЮ КОЛОСТОМЫ У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ГИРШПРУНГА

А.С. Сулайманов, Г.К. Исламбеков, Н.Н. Бегжанова, У.Х. Тилавов

ТашПМИ, Ташкент, Узбекистан

Одной из основных проблем в лечении детей с болезнью Гиршпрунга является выбор хирургической тактики: радикальной или паллиативной (наложение колостомы), который во многом зависит от 2-х факторов: общего состояния ребенка и состояния толстого кишечника.

Нами разработан алгоритм хирургической тактики для определения показаний к наложению колостомы на основе диагностической шкалы, который заключается в комбинированном использовании математического анализа и экспертной оценки позволяющем количественно оценить степень тяжести состояния ребенка, стадию заболевания и дифференцированно подойти к выбору хирургической тактики. На основе клинических, клиничко-лабораторных данных были выбраны наиболее информативные 17 признаков.

При оценке состояния толстого кишечника учитывалась протяженность аганглионарной зоны, степень супрастенотического расширения.

Колостомию накладывали на начальные отделы толстой кишки, а при длинной аганглионарной зоне накладывали терминальную колостомию на супрастенотический отдел (переходную зону), что позволило максимально сохранить функцию толстой кишки и способствовало решению проблем с определением зоны резекции.

Применение разработанной системы алгоритма хирургической тактики у детей, основанной на количественной оценке состояния позволяет повысить эффективность периода реабилитации больных и определяет прогностическую значимость рассматриваемых показателей.

II.15.14

ХРОНИЧЕСКИЙ КОЛИТ ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШСПРУНГА У ДЕТЕЙ

*А.Ш. Вахидов, А.С. Сулайманов, Р.Р. Сабилов
Ташкент, Узбекистан*

Хронический стаз кишечного содержимого при запорах является причиной развития воспаления слизистой толстой кишки различной степени выраженности /от катарального до флегманозного/ и развития синдрома мегаколон. Одним из ключевых моментов подготовки больного к радикальному оперативному лечению является ликвидация воспаления и супрастенотического расширения толстой кишки. С этой целью наряду с метаболитной терапией больного, нами проводилась ежедневная санация полости кишки электроактивизированной водой /анолит, католит/, после чего проводилась магнитотерапия в импульсном режиме, от 10 до 25 сеансов, с силой магнитного поля 40-100 эрстэд, 25 мин. Выше описанная тактика подготовки больного к операции в 1,5-2 раза сокращает сроки предоперационной подготовки.

II.15.15

САНАЦИОННАЯ БРОНХОСКОПИЯ ПРИ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

*А.С. Сулайманов, Г.К. Исламбеков, У.Х. Тилавов, Н.Н. Бегжанова,
Е.И. Ильясов
ТашПМИ, Ташкент, Узбекистан*

Проблема лечения бронхоэктатической болезни являются актуальной и по настоящее время. Тенденция к увеличению частоты у детей, сопровождающихся воспалительными изменениями со стороны бронхиального дерева различной степени выраженности.

По данным литературы в лечении этого заболевания, также с целью предоперационной подготовки, помимо традиционных методов широкого распространение получил эндобронхиальный метод, который осуществляется во время бронхоскопии. Восстанавливается нарушенный бронхиальный дренаж, что является условием для ликвидации гнойной интоксикации, а также осуществляется лаваж, подведение лекарственных веществ непосредственно к зонам поражения бронхов.

Однако, как показывает накопленный нами опыт, эту манипуляцию у детей с бронхоэктатической болезнью приходится проводить до 8-12 раз и более, прежде чем удается добиться уменьшения или полной ликвидации гноя со стороны трахео-бронхиального дерева.

С целью повышения эффективности бронхоскопического лечения больных с бронхоэктатической болезнью и улучшения качества предоперационной подготовки нами с 1995 года применяется метод, разработанный сотрудниками кафедры.

Метод заключается в обработке слизистой бронхов при помощи потока излучения гелий-неонового лазера через микротрахеостому, мощностью 10 мВт с экспозицией 60 секунд; $E=0,6$ Дж.

За короткий период данный метод применяли у 25 больных детей с бронхоэктатической болезнью. Положительные результаты получены после 7-8 сеансов, что способствовало сокращению сроков лечения.

Таким образом, использование энергии гелий-неонового лазера в процессе санационной бронхоскопии у детей бронхоэктатической болезнью является высокоэффективным средством в комплексной терапии.

II.15.16

ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ КАК КРИТЕРИИ РИСКА ХРОНИЗАЦИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА У ДЕТЕЙ ГРУППЫ РИСКА

*Р.С. Джубатова, З.С. Умарова
ТашПМИ, Ташкент, Узбекистан*

Предпринята попытка рассмотреть некоторые параметры физического развития /массу тела и рост/ в качестве критериев риска по развитию хронического патологического процесса у 63 детей группы риска в возрасте от 1 до 7 лет.

Установлен высокий удельный вес неблагоприятного акушерского анамнеза /65%/, частой заболеваемости ОРВИ /до 8-10 раз в год/, отклонений в состоянии здоровья в виде осложненных и затяжных процессов при каждом случае заболевания. Антропометрические данные /масса тела и рост/ оценивались непосредственно при обследовании, по данным поликлинического наблюдения, и в катмнезе.

В результате математического анализа, проведенного с использованием методов аппроксимации определены значения коэффициента риска по развитию затяжного процесса, колебавшиеся от 0,61 до 1,0 в зависимости от уровня здоровья. Полученные данные позволяют рассматривать параметры физического развития в качестве маркера хронизации патологического процесса, имеющего определенное значение для прогнозирования заболеваний, начавшихся в детском возрасте и переходящих в патологию взрослых с последующей инвалидизацией. Определение прогноза в свою очередь расширяет возможности поиска методов коррекции и реабилитации при затяжных и хронических, патологических процессах.

II.15.17

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НЕЙТРОПЕНИИ

*Ш.Ш. Шоикрамов, Р.С. Джубатова, З.С. Умарова
ТашПМИ, Ташкент, Узбекистан*

Под наблюдением находилось 56 доношенных новорожденных, родившихся от матерей с ОПГ-гестозами. Анализировались данные анамнеза, клинические и лабораторные показатели, результаты катмнестического наблюдения до 1 года жизни.

Выявлена взаимосвязь между такими признаками, как асфиксия в родах, преждевременные роды, низкая масса тела при рождении и показателями гемоглограмма.

Установлена зависимость формирования хронических очагов инфекции (омфалит, отит, конъюнктивит, мастит, поражение кожи), частоты заболеваемости ОРВИ в катмнезе от содержания форменных элементов крови (лейкоцитов, нейтрофилов, лимфоцитов и др.) Среди последних наибольший интерес представляет нейтропения, которая является физиологичной для периода новорожденности. Однако наблюдение в динамике за детьми, имевшими низкое содержание нейтрофилов, позволило выявить зависимость между нейтропенией и активностью инфекционного (патологического) процесса.

Полученные нами данные позволяют рассматривать нейтропению в качестве маркера, позволяющего прогнозировать состояние здоровья новорожденных с последующей разработкой методов профилактики и реабилитации.

II.15.18

ПРИМЕНЕНИЕ ПРИРОДНЫХ И ПРЕФОРМИРОВАННЫХ ФАКТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЛОР-ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

*Н.П. Степаненко, С.Е. Мишкова, Н.Я. Костеша
ТНИИКИФ, Томск, Россия*

Длительное течение и рецидивы обострений хронических риносинуситов, аденоидитов, тонзиллитов обусловлены иммунологической несостоятельностью слизистых оболочек верхних дыхательных путей. Водный экстракт пихты сибирской Абисиб обладает антибактериальным, иммуномодулирующим свойствами. Местное применение свето-, магнитотерапии оказывает противовоспалительное, обезболивающее, трофическое действие.

Целью работы было изучение влияния Абисиб и вышеназванных преформированных факторов на иммунитет слизистых оболочек верхних отделов респираторного тракта. Больные были разделены на 2 группы, сопоставимые по возрасту — от 5 до 14 лет и давности заболевания — 3-5 лет. 1-я группа — дети с хроническим риносинуситом в стадии затухающего обострения и ремиссии — 90 человек. 2-я группа — дети с хроническим декомпенсированным тонзиллитом — 65 человек. Лечебный комплекс включал гидровакуумтерапию препаратом Абисиб, местное воздействие посто-

янного магнитного поля и фототерапию (красно-инфракрасный спектр) на патологический очаг. Оценку результатов проводили по динамике клинических симптомов, цито-иммунологическим показателям назального и тонзиллярного секретов. Так, до лечения у больных выявлялись застойно-воспалительные изменения слизистых оболочек полости носа, зева, миндалин. В иммунологическом аспекте имели место выраженные деструктивные изменения клеток кровяного и цилиндрического эпителия со сниженной функциональной активностью плоского эпителия и нейтрофилов, дефицитом местных факторов защиты слизистых оболочек носа, миндалин (активность лизоцима, Ig A, Ig G, Ig M, SIg A). Результаты обследования после лечения характеризовались положительной рино-, фарингоскопической картиной, выраженной тенденцией к нормализации иммунологических показателей слизистых оболочек полости носа, тонзилл. В цитологических показателях достоверно повышалась функциональная активность клеток плоского эпителия, нейтрофилов, частично восстанавливался эпителиальный покров слизистых полости носа, лакун миндалин.

Таким образом, целесообразно сочетание препарата Абисиб с магнито-, фототерапией в лечебных методиках для больных с хроническим риносинуситом, тонзиллитом.

II.15.19

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ПРОФИЛАКТИКА НЕФРОПАТИЙ У ДЕТЕЙ

С.Н. Складчикова

НИИ медицинской климатологии и восстановительного лечения, — Владивостокский филиал Дальневосточного научного центра патологии и физиологии дыхания СО РАМН, Владивосток, Россия

Проблема дисметаболических нефропатий определяется ростом обменной патологии в структуре заболеваний почек, что обуславливает актуальность разработки комплексной эндоэкогенной немедикаментозной профилактики данной патологии.

Целью исследований являлась возможность немедикаментозной коррекции метаболических нарушений при нефропатиях у детей природными факторами. Клиническую группу обследования составили дети с хроническим пиелонефритом на фоне метаболических нарушений и дети с факторами риска развития почечной патологии. В качестве природных лечебных факторов использовалась слабоминерализованная углекислая гидрокарбонатная магниевая-кальциевая вода (МВ) и природные энтеросорбенты: зостерин и сорбентал. При поступлении в отделение реабилитации у детей отмечались нарушения водного, электролитного, пуринового обменов.

В результате комплексного приема МВ (наружный и внутренний) суточный диурез увеличился на 89,4% на фоне повышения суточной экскреции натрия, калия с мочой до 85,9%. Снижения уровня гиперкальциемии коррелировало со снижением концентрации катиона в моче, повышением антикристаллообразующей способности мочи к оксалатам и водородного показателя мочи, что свидетельствовало об уменьшении мембранодеструктивных процессов в канальцевом эпителии. Концентрация мочевой кислоты в моче уменьшилась на 16,1%. При курсовом приеме зостерина в клинической группе детей с факторами риска развития заболеваний почек увеличилась клубочковая фильтрация, концентрация кальция в моче снизилась на 21,4%, повысилась антикристаллообразующая способность мочи к оксалатам, отмечалось снижение уровня полярных липидов и перекисей на 17,2%, что свидетельствовало о стабилизации деструктивных процессов в эпителиоцитах, улучшении функционирования канальцевой системы. Внутренний прием сорбентала вызывал снижение патологического уровня кальция в моче на 32,1% на фоне повышения суточной экскреции катиона на 23,7%, снизилась суточная экскреция метаболитов щавелевой кислоты на 19,5%. Увеличение экскреции мочевой кислоты на 16,1% в условиях увеличения аммонийногенеза препятствовало развитию уратурии. Ультразвуковым исследованием почек подтверждено уменьшение экзогенности чашечно-лоханочной системы и размеров имеющихся в ней конкрементов.

Дифференцированное применение минеральных вод, биологически активных добавок позволяет проводить патогенетически ориентированную немедикаментозную профилактику у детей с нефропатиями.

II.15.20

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ

М.С. Полухина, С.И. Данилов, А.Б. Пирятинская

Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова, Россия

Высокая заболеваемость детей и подростков инфекциями, передающимися половым путем (ИППП), в том числе сифилисом, из чисто медицинской проблемы перерастет в проблему социального значения в связи с тяжелыми последствиями этого заболевания для общества. Изучение социальной структуры и личностных характеристик больных позволяет выявить наиболее уязвимые группы и целенаправленно планировать реабилитационные мероприятия.

Для оценки индивидуально-психологических особенностей проводили анкетирование 198 подростков, больных сифилисом. На основании результатов исследований охарактеризованы основные признаки групп подростков, больных сифилисом. Показано, что наиболее часто среди психологических типов встречается эпилептоидный, истероидный и шизоидно-истероидный типы акцентуации больных.

Наиболее многочисленной среди больных подростков является группа акцентуатов эпилептоидного типа — одного из самых трудных для социальной адаптации.

По социальным характеристикам следует особо выделить группу подростков-наркоманов как потенциально опасную в отношении распространения заболеваний и сложную для специалистов всех подростковых служб — медицинской, психологической, правоохранительной.

Серьезные трудности в работе также может представлять группа относительно благополучных подростков, у которых отсутствуют такие настоящие признаки, как наркомания, криминализация, склонность к рискованному сексуальному поведению. Среди них преобладают лица с лабильным и сенситивным типами акцентуации, у части подростков высокая степень откровенности.

Результаты проведенной работы подтверждают, что при реабилитации несовершеннолетних, больных сифилисом, необходимо учитывать их социальные и психологические особенности.

II.15.21

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЗАСТАРЕЛЫХ ПЕРЕЛОМОВ ВНУТРЕННЕГО НАДМЫШЦЕЛКА ПЛЕЧА У ДЕТЕЙ

А.Ф. Калабкин

МОНИКИ, Москва, Россия

Целью работы явилось изучение эффективности разработанного в клинике способа оперативного лечения застарелых отрывных переломов внутреннего надмыщелка плечевой кости у детей.

Обследовано 75 пациентов, из них 34% обратились в сроки значительной давности получения повреждения. Средний возраст больных составил 9 лет. Использовались методы исследования — клинический, рентгенологический, рентгенометрический и артрографический. В отличие от других методов способ не требует специального оборудования и осуществляется следующим образом: дугообразным кпереди разрезом 4-5 см по задне-медиальной поверхности сустава, проксимальной точкой которого является проекционный верхний полюс плоскости излома. На нижнем полюсе производим насечку, прямым долотом перпендикулярно плоскости излома и направлению мышц, прикрепляющихся к внутреннему надмыщелку, формируем ступень глубиной 0,3 см. Производим репозицию надмыщелка в сформированную ступень, с фиксацией двумя наперекрест проведенными спицами заточенными под круглое шило.

Таким образом обеспечивалось костное сращение, избежание вторичного смещения отломка и образование псевдоартроза, достигалось предупреждение вторичного осложнения со стороны локтевого нерва. В 97% наблюдений получены хорошие отдаленные анатомо-функциональные результаты.

Вывод — способ формирования ступени на проксимальном отломке в сочетании с металлоостеосинтезом перекрестно проведенными спицами эффективен при значительном сроке давности отрывного перелома внутреннего надмыщелка плечевой кости.

II.15.22

ПРОЛОНГИРОВАННОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ У ДЕТЕЙ

Н.Ф. Искандарова, А.П. Джалилов, Ш.К. Тилавниязов

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Настоящая работа посвящена изучению 36 детей с тяжелой черепно-мозговой травмой в сочетании с тяжелыми переломами опорно-двигательного аппарата.

Больные в подавляющем большинстве случаев поступали в бессознательном состоянии, частый учащенный пульс, дыхание поверхностное и шумное. Артериальное давление колебалось от 50-60 до 80-90 мм. рт. ст. В неврологическом статусе отмечалось изменение со стороны черепно-мозговых нервов. У части больных отмечались динамические проходящие косоглазие, анизокардия, снижение мышечного тонуса. Угнетение сухожильных рефлексов.

В области переломов костей конечностей отмечались отеки мягких тканей с кровоподтеками и деформацией конечности. Пальпаторно определялись смещения костных отломков с крепитацией.

Учитывая тяжесть состояния больных, в приемном отделении ограничивались рентгенологическим исследованием и проведением необходимой первичной помощи для предотвращения усугубления состояния больного и уровня травматического шока (временная иммобилизация конеч-

ностей, обезболивание, препараты, улучшающие деятельность дыхательной и сердечно-сосудистой системы).

В реанимационном отделении проводились общее обезболивание и местная пролонгированная анестезия мест перелома, восстановление сердечной деятельности, восстановление микроциркуляции и улучшение реологических свойств крови, улучшение кислородно-транспортной функции, дегидратационная терапия, диуретики, краниocereбральная гипотермия, гипербарическая оксигенация и антибактериальная терапия.

Пролонгированная анестезия области перелома осуществлялась введением в область перелома лидокаина и адреналина в соотношении 1:100000. 1:200000. в раз 5-10 мг/кг в 20-50 мл 0,5% раствора новокаина, допмин (предшественник катехоламинов) в дозе от 2 до 10 мг/кг /мин. в зависимости от режима кровообращения.

Результаты исследования показали, что при подобном обезболивании выходили из тяжелого состояния на 3-4-й день и далее применялись оперативные вмешательства на конечностях.

II.15.23

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЭПИФИЗИОЛИЗА ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

П.С. Джалилов, А.К. Ганиев, У.К. Нарзикулов

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

После повреждения эпифизарной зоны длинных трубчатых костей нередко наблюдаются нарушения роста и деформация конечности. Повторные неоднократные репозиции также способствуют разрушению ростковой зоны и в последующем приводят к укорочению и деформации.

Нами применялась одномоментная репозиция и уложения конечности на шину нашей конструкции, которая состоит из двух частей: основная — обеспечивающая иммобилизацию в острый период и плавное сгибание и разгибание в локтевом суставе в период восстановления функции. Кроме того в него вмонтирован эспандер, который способствует проведению ротационных движений и улучшает периферическое кровообращение, а также укреплению мышц верхней конечности.

Показания для применения шины:

1. Повреждения эпифиза головки лучевой кости без смещения и с небольшими смещениями.
2. С целью иммобилизации и ранней разработки после снятия гипсовой повязки.
3. С целью иммобилизации после всех видов оперативных вмешательств.
4. С целью активного и пассивного увеличения объема движений в локтевом суставе в период реабилитации.

Шину накладывают следующим образом: после местной анестезии и репозиции или после оперативного вмешательства одевают шину на конечность и придают необходимое положение. Прикрепляют эспандер для супинационных и пронационных движений в течение всего периода иммобилизации. Спустя 3-4 дня отек спадает, поэтому шнуры подтягиваются и укрепляются манжетки. На 9-10-й день после начала иммобилизации постепенно проводим разработку сустава. В этот период можно параллельно проводить и физиотерапевтические процедуры.

Функциональную шину применяли у 82 больных с повреждением ростковой зоны проксимального отдела лучевой кости. Применение шины показало значительную эффективность в лечении и не было ни одного осложнения.

Анализ отдаленных результатов леченных шиной в реабилитационном периоде, даже наложение шины после оперативных вмешательств, у всех были хорошие результаты.

II.15.24

КОМБИНИРОВАННАЯ АНЕСТЕЗИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КЛОФЕЛИНА И КАЛИПСОЛА У ДЕТЕЙ

М.М. Ханов, Н.Ф. Искандарова, Т.Т. Шарипов

ТашПМИ, Узбекистан

Целью нашей работы явилось использование клофелина и калипсола как варианта анестезиологического пособия у детей.

После премедикации через 40 минут больному на операционном столе медленно на большом разведении вводили клофелин из расчета 4-6 мкг/кг, через 20 минут после клофелина вводили всю наркотическую дозу калипсола (3-5 мг/кг в зависимости от возраста ребенка). Интубацию трахеи проводили на фоне тест-дозы ардуаны из расчетной дозы 0,06 мг/кг и дитилина 2-3 мг/кг. ИВЛ осуществляли аппаратным методом. Поддержание анестезии обеспечивалось дробным введением 30-50% от исходной дозы калипсола каждые 1-1,5 часа. Исследование биоэлектрической активности головного мозга проводились методом электроэнцефалографии. Для объективной оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы использовали эхокардиографический метод, стресс-гормоны

исследовали радиоиммунным методом. Гормоны стресса и показатели гемодинамики исследовались на всех этапах операции и анестезии (исход, премедикация, индукция, интубация, кожный разрез, травматичный момент и конец операции).

Полученные результаты исследования показали, что уровень гормонов в крови значительно стабилизировался уже на этапе индукции. Если снижение уровня кортизола и Т4 оказалось статистически недостоверным, то снижение Т3 на 19% говорит о благоприятном течении анестезии. Анализ показателей гемодинамики констатирует урежение ЧСС, повышение СИ, ОЦК. и ФИ, умеренное снижение СДД, УПС при стабильных величинах других показателей гемодинамики, что соответствует гипердинамическому режиму кровообращения.

Итак, применение сочетания клофелина и калипсола обеспечивает адекватную анестезиологическую защиту и является методом выбора анестезиологического пособия у детей с высоким операционно-анестезиологическим риском.

II.15.25

НОРМАЛЬНЫЕ ПОДОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ДЕТЕЙ

М. Холходжаев, М.А. Закирходжаев

ТашПМИ, Ташкент, Узбекистан

Отсутствие в ортопедии подометрических показателей у детей затрудняет определение степени тяжести деформации стоп. Принятие подометрических показателей у взрослых, для детей не подходит по возрастным особенностям.

Нами обследовано 1245 здоровых детей и определены нормальные величины подометрических показателей в возрастном аспекте на приборе собственной конструкции (патент ИДР 97000561.1. /ГФ)

Подометрические показатели определены по методу Фридланда по формуле $P_k = (h \times 100) / L_1$, где h — высота стопы, L_1 — длина стопы. У детей 1-3 года подометрические показатели 25,4-26,4, 4-7 лет -24,8-25, 8-14 лет 23,4-23,7.

Следовательно у детей подометрические показатели меньше до 3 лет — 25, 4-7 лет — 24, 8-14 лет — 23, этих величин показывает об уменьшении свода стопы и развивающемся плоскостопии.

II.15.26

ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

П.С. Джалилов, О.А. Усмонхонов, У. Ибрагимов

Ташкент, Узбекистан

В настоящее время отмечается рост количества сочетанных травм среди детей. Причиной этого является неуклонный рост численности многих видов транспортных средств и повышение скорости передвижения, увеличение количества высотных сооружений, что обуславливает увеличение различных менно, возникает повреждение многих органов и систем.

Морфофункциональная незрелость нервной системы, повреждение головного мозга, повреждение костного мозга — центрального органа иммунной системы способствует существенным сдвигам в иммунной системе, которые по данным некоторых авторов сохраняются до двух лет.

В связи с этим мы исследовали изменения в клеточном и гуморальном звеньях иммунной системы с сочетанными черепно-мозговыми травмами. Полученные результаты свидетельствуют о том, что при сочетанной травме у детей возникает вторичное иммунодефицитное состояние, которое проявляется уменьшением количества Т-лимфоцитов, Т-супрессоров, увеличением количества Т-активных Т-хелперов, увеличением количества IgA, IgM. По-видимому стресс, синдром взаимного отношения, морфофункциональная незрелость центральной нервной системы у детей отражаются на иммунной системе больных детей. Такая диспропорция клеточного и гуморального звена иммунитета оказывает отрицательное влияние на процессы репаративной регенерации поврежденной кости. В связи с этим как в остром так и в реабилитационном периодах мы рекомендуем включить в комплексное лечение иммуномодулирующую терапию.

II.15.27

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ДЕФОРМАЦИЙ СТОП У НОВОРОЖДЕННЫХ

П.С. Джалилов, М. Холхаджаев, А.П. Джалилов, У. Ергалиев

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Врожденные деформации стопы является одной из частых патологий у детей. Раннее выявление и лечение является неоспоримым фактом различ-

ных осложнений. Существуют консервативные и оперативные методы лечения, но все предложенные методы применяются у детей более старшего возраста, когда развиваются необратимые деформации как костной ткани, так и на мягких тканях. В связи с этим мы предлагаем шину для лечения врожденных деформаций у новорожденных.

Шина приготовлена из поливика соответствующая размеру величины стопы новорожденных, который охватывает корригированную стопу от основания кончика пальцев до верхней трети голени. Шина имеет желобоватый вид соответствующий величине стопы, а охватывающая часть голени имеет полую цилиндрический вид. Эти обе части меду собой соединены под углом 90°.

Способ применения: шина одевается с пятого дня. До одевания шины производится поглаживание и разработка стопы до выпрямления стопы. Затем на корригированную стопу одеваются хлопчатобумажные носки и конечность укладывается на шину, последняя укрепляется битованием. В первый день новорожденный находится на шине по 20-30 минут, 8-10 раз с перерывами всего за сутки 2 часа. Последующие два дня по часу с перерывами, также 8-10 раз, всего 9 часов в сутки. Во время перерыва производится легкий массаж в виде поглаживания. С пятых суток от момента лечения шина одевается по 5 часов три раза с перерывами. А с десятых суток можно снимать на разработку два раза, а остальное время находится на шине.

Постепенное дозированное увеличение времени нахождения стопы в шине предотвращает перерастяжение сухожильно-связочного аппарата и сдавление нервных образований, предотвращая циркуляторные нарушения и привыкания ребенка к вынужденному положению стопы.

Данная методика применена у 25 детей с врожденным плоскостопием, приведенной стопой, и получены положительные результаты.

II.15.28

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ

*П.С. Джалилов, А.Ш. Абдумаджидов
ТашПМИ, Узбекистан*

Воронкообразная деформация грудной клетки (ВДГК) встречается у 1,0-2,3% населения. Показания к устранению деформации возникают чаще по косметическим показаниям, а единственным методом лечения ВДГК является оперативный.

При использовании известных способов коррекции указанной деформации не всегда можно полностью устранить и удержать груднично-реберный комплекс передней стенки грудной клетки в исправном во время операции положении.

Отдавая предпочтение стернохондропластике по Г.А. Баирову и последующему удержанию достигнутой коррекции переднего отдела грудной клетки с помощью наружных тракционных швов для исключения дополнительных болевых ощущений, а также сокращения длительности постельного режима после операции нами предложено устройство в модификации шины Маршева.

На вершине устройства имеются резиновые полоски, к которым фиксируются тракционные нити. Сила натяжения нитей равна прижиманию резиновых полосок, которое обеспечивает адекватную функцию сердечно-сосудистой и дыхательной системы.

С помощью предложенного устройства коррекция грудной клетки проведена 31 больному в возрасте от 3 до 14 лет. Реабилитация больных осуществлялась проведением дыхательной гимнастики увеличивая ежедневную нагрузку, а также проведением магнитотерапии.

Результаты исследования показали, что у наших больных в отдаленном периоде не было осложнений.

II.15.29

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ВЫВИХАМИ БЕДРА

*А.А. Рахимов, С.Ш. Алтыбаева, Э.Х. Батыршина
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ташкент, Узбекистан*

Врожденный вывих бедра является тяжелой патологией и рассматривается в настоящее время как одно из проявлений неправильного формирования тазобедренного сустава на ранних стадиях внутриутробного развития плода. Задачей данной работы явилось раннее выявление детей с данной патологией в периоде новорожденности (родильный дом, поликлиника) с целью своевременного проведения реабилитации. Нами (педиатрами, ортопедами) обследовано 1000 детей в родильных домах и до 1-месячного возраста в поликлиниках по следующим признакам: «асимметричное расположение кожных складок на бедрах», «симптом щелчка» или «сос-

кальзывание» в тазобедренном суставе, степень отведения ног, разница в длине ног, порочное положение нижних конечностей и др.

С патологией тазобедренного сустава выявлено 156 детей (15,6%), из них 117 (75%) с дисплазией и 39 (25%) детей с вывихом бедра.

Нами проводилось раннее многоэтапное реабилитационное лечение начиная с родильного дома: лечебная гимнастика на разведении ножек, растяжение приводящих мышц, пеленание в положении разведения бедер, в дальнейшем подключали приёмы массажа с факторами физической терапии (электрофорез с растворами хлористого кальция на фоне противорахитического лечения (препараты витамина D).

Таким образом, наблюдение за данной группой в течение 1 года показало положительные результаты по сравнению с группой контроля (начало реабилитационного лечения в возрасте старше 2 месяцев), что позволяет нам рекомендовать данный комплекс реабилитационного лечения вывиха тазобедренного сустава с периода новорожденности.

II.15.30

РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

*Г.А. Григорян, С.Ш. Алтыбаева, М.И. Мухитдинова, Ф.Т. Валиева,
А.Т. Хайбулина
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт,
Ташкент, Узбекистан*

Причиной рецидивирующего течения, низкой эффективности лечения детей, больных обструктивными заболеваниями лёгких является недостаточная разработанность вопросов реабилитации на внестационарных этапах. После стационарного лечения большинство больных детей не проходят реабилитационный амбулаторный этап лечения.

Задачей исследования была разработка реабилитационной терапии в амбулаторно-поликлинических условиях с целью непрерывной этапной реабилитации в период диспансерного наблюдения.

Анализ показал достаточную эффективность стационарного этапа реабилитации у 240 детей больных обструктивными заболеваниями легких в возрасте 6 мес. — 14 лет.

Нами использовался следующий комплекс реабилитационных мероприятий включающих: ингаляции инталом, электрофорез (с кальцием, аскорбиновой кислотой, йодом, сульфатом магния), УФ-облучение, лечебную гимнастику; массаж грудной клетки и рефлекторно — сегментарный; рефлексотерапию, различные методы закаливания, аэротерапию в условиях лесных, горных и приморских санаториев и курортов. Реабилитационные мероприятия проводились параллельно с обязательной санацией хронических очагов инфекции.

Данный комплекс показал достаточную эффективность и рекомендуется нами для дифференцированной, индивидуальной реабилитации в первичном звене здравоохранения под контролем участкового педиатра и узких специалистов (пульмонолог, аллерголог, иммунолог, ЛОР и др.).

II.15.31

ПРИМЕНЕНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ

*З.Д. Алтыбаева, В.Д. Цой, С.Ш. Алтыбаева, Г.А. Григорян
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
5-й городской кожно-венерологический диспансер,
Ташкент, Узбекистан*

Под нашим наблюдением находилось 37 больных детей в возрасте от 7 до 15 лет с экземой, атопическими и аллергическими дерматозами, т. е. заболеваний близких по происхождению, патогенезу и рецидивирующему течению.

Основной задачей исследования был подбор оптимальных средств физической реабилитации с целью увеличения сроков ремиссии, уменьшения остроты, тяжести, длительности последующих обострений.

В реабилитационном периоде в зависимости от возраста и от клинических проявлений нами разработан комплекс физических факторов: электрофорез с хлористым кальцием и антигистаминными препаратами, электрофорез с гидрокортизоновой мазью, стимуляция коры надпочечников микроволновой терапией, магнитотерапии на рефлексогенные зоны и места поражения, инфракрасные лазерные излучения аппаратом Геска 1-2.

В комплексной терапии также использовалась рефлексотерапия на биологически активные точки проходящих каналов через пораженные участки кожи, а также ответственные за состояние кожи каналы толстой кишки и легкого.

Параллельно с целью повышения психоэмоциональной сферы проводили комплекс упражнений лечебной гимнастики.

Таким образом, апробированный на наших больных комплекс реабилитационных мероприятий показал высокую эффективность по сравнению со стандартными методами.

II.15.32**КИНЕЗОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С МАЛЫМИ МОЗГОВЫМИ ДИСФУНКЦИЯМИ**

Д.Д. Алтыбаева, Ш.Ш. Шомансуров, З.Б. Рафикова
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

В настоящее время возрос интерес к кинезотерапии (лечение движением). Нами проведена оценка эффективности кинезотерапии у 43 детей с малыми мозговыми дисфункциями в возрасте от 5 до 7 лет. Согласно учениям кинезологии (науки о движениях), с учетом сроков формирования у детей опорно-двигательного аппарата (своды стопы, физиологические изгибы позвоночника), в зависимости от степени и вида неврологических и сомато-вегетативных нарушений, мы для каждого ребенка определили индивидуальные схемы кинезотерапии. Схема кинезотерапии составлялась из активных её видов: (все виды лечебной физкультуры – корригирующая лечебная гимнастика, дыхательная гимнастика, общеукрепляющая гимнастика, игры, элементы спорта, ходьба, ритмопластика, упражнения с преодолением сопротивления и др.) эстензионная терапия, мануальная терапия. Предложенные схемы комплексной терапии, в отличие от других методов лечения, позволяют больным детям участвовать в лечебном процессе не только физически, но и психологически, что повышает тонус организма. Анализ эффективности проводимой терапии показал, что в основной группе детей у 78 (относительно группы контроля 32,6) ($P < 0,05$), положительные результаты, что даёт основание рекомендовать кинезотерапию для полной реабилитации детей с малыми мозговыми дисфункциями.

II.15.33**НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДИАГНОСТИКИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С МНОЖЕСТВЕННОЙ И СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ**

А.Н. Котляров, В.А. Яковенко
Медицинская академия, Челябинск, Россия

Комплексное клинико-иммунологическое обследование проведено у 84 детей с тяжелой механической травмой. Всем пострадавшим выполнены различного рода хирургические вмешательства. Исследование при механической травме численности клеток периферической крови, участвующих в фагоцитозе, наиболее полно отражает развитие «защитной» воспалительной реакции. Травматическая болезнь изначально приводила к снижению фагоцитоза нейтрофилов (Нф), активации лизосомальной и НСТ-реакции. После операции на фоне общего угнетения фагоцитарной реакции нейтрофилов, обусловленного травмой, отмечено значительное усиление кислородзависимого метаболизма, а также лизосомальной активности ПМЯЛ, особенно выраженное к концу первой недели постоперационного периода. Изучая регуляторную функцию Нф, мы установили, что под воздействием стимуляции латексом нейтрофилы более интенсивно захватывали объекты фагоцитоза, при этом повышался их кислородзависимый метаболизм и увеличивалось содержание лизосом в цитоплазме клеток, тогда как продукты неактивированных (Нф) доноров, напротив, секретировали вещества, вызывавшие снижение числа лизосом в цитоплазме моноцитов. Кроме того, они незначительно угнетали фагоцитоз клеток и усиливали их активность в спонтанной НСТ-реакции. Такое реагирование донорских моноцитов на супернатанты донорских (Нф) было у 20% пострадавших и это реагирование мы расценивали как «нормальное». У остальных детей выявлено субкомпенсированное и декомпенсированное состояние секреторной функции нейтрофилов. Важно подчеркнуть, что декомпенсация секреторной активности нейтрофилов носила компенсаторный характер и при благоприятном течении болезни имела тенденцию к обратимости. Ее длительное сохранение у 17,7% детей привело к развитию гнойно-септических осложнений.

Для учета информационно значимых клинико-лабораторных и иммунологических показателей применяли статистическую процедуру пошагового отбора вариант с помощью дискриминантного анализа при построении модели прогноза развития гнойного осложнения. Все выбранные 10 клинико-иммунологических параметров в основном отражали секреторную функцию (Нф) и, в меньшей степени, рецепторную и эффекторную функции данных клеток. Реализация модели на приведенной в работе выборке обеспечивала реальный прогноз в 89,3% наблюдений ($p < 0,05$). Полученные наблюдения в высокой степени подтверждают точность предложенного способа диагностики и дают возможность проведения профилактических мероприятий по предупреждению гнойно-септических осложнений, что в значительной степени снизит процент нагноения ран.

II.15.34**СТРАТЕГИЯ И ТАКТИКА ИММУНОКОРРЕКЦИИ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО СЕПСИСА У ДЕТЕЙ**

А.Н. Котляров
Медицинская академия, Челябинск, Россия

Проведен анализ развития, течения и исхода сепсиса у 101 больного. При развитии и прогрессировании сепсиса нами выявлен вторичный иммунодефицит, манифестирующий нарушением секреторной и эффекторной функций фагоцитов, снижением содержания субпопуляций Т- и В-лимфоцитов, иммунорегуляторного индекса, уровня IgG и IgM, увеличением С3-фрагмента комплемента, ЛИИ, ЦИК и СМР.

Основными принципами терапии сепсиса являлись: воздействие на первичный и вторичный очаги инфекции, антибактериальная терапия, интра- и экстракорпоральные методы детоксикации, направленные на выведение факторов, ингибирующих иммунные реакции, коррекция полиорганых нарушений, парентеральное и зондовое питание.

Выраженность иммунологических расстройств находилась в прямой зависимости от возраста ребенка, площади раны (очага) и степени ее микробной обсемененности. В связи с этим решающим фактором для оптимизации показателей иммунитета и благоприятного исхода сепсиса являлась адекватная хирургическая санация гнойных очагов, т.е. удаление основной массы микробов, их токсинов и продуктов метаболизма возбудителя и тканей очага. Такая хирургическая тактика позволяла более успешно применять первично-отсроченный шов. Раны у 35% больных зажили первичным натяжением. Вторым условием достижения эффективности иммунотерапии должна быть конкретная направленность на восполнение или коррекцию диагностированного дефекта факторов иммунной защиты. При дефиците субпопуляций Т-лимфоцитов назначали лейкоцезвьезь здорового донора и/или препараты тимуса (тактивин, тимоген, тималин). В остром периоде при дефиците В-лимфоцитов вводили гипериммунную плазму или стандартные иммуноглобулины (1 мл/кг массы тела), купирующих токсическое действие продуктов метаболизма очага инфекции и нормализующих активность фагоцитоза. При гиперергической реакции нейтрофильных гранулоцитов назначали нестероидные противовоспалительные средства (ибупрофен, индометацин).

Таким образом, обоснованное, разумное и доступное применение методов иммунокоррекции в сочетании с адекватной санацией гнойного очага, целенаправленной антибактериальной терапией, коррекцией метаболических и полиорганых нарушений позволяет в 2,5–3 раза быстрее нормализовать иммунологические показатели и снизить летальность с 26,1 до 6,7% по сравнению с больными, не получившими такого лечения или оперированных нерадикально.

II.15.35**ДИНАМИКА СОДЕРЖАНИЯ КОРТИЗОЛА И ИНСУЛИНА КАК ПОКАЗАТЕЛЬ АДАПТИВНЫХ РЕЗЕРВОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОВОДНИКОВОЙ АНЕСТЕЗИИ У ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

А.А. Белозеров, А.Р. Антонов, А.В. Ефремов, А.К. Ровина
Гермамед ГмбХ, Кельн, Германия

Изменения эндокринных показателей при травме до сих пор освещены недостаточно, не говоря уже о модифицирующем влиянии на гормональный статус тех или иных анестезиологических пособий. У больных с травмой конечностей (перелом, разрыв сухожилий) в динамике проводниковой анестезии изучалось содержание в плазме крови кортизола и инсулина, традиционно рассматриваемых как гормоны стресса. Нами отмечено повышение уровня кортизола у больных до начала операции, которое постепенно снижалось до исходных значений в конце операции. Содержание инсулина имело реципрокную динамику, что составляет основу долговременного энергетического баланса организма, в котором эти гормоны выступают как антагонисты. Динамика соотношения кортизол/инсулин у больных исследуемой группы укладывается в рамки второго типа реагирования на стресс, характерного для субэкстремальных состояний. Для него присуще развитие резистентности за счет увеличения в крови уровней катехоламинов и глюкокортикоидов при более значительном снижении уровня инсулина. Организм переходит на более экономный режим регуляции. Таким образом, проводниковая анестезия позволяет увеличить резистентность больных к операционному стрессу за счет сохранения диапазона адаптивности организма.

II.15.36**ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ЭКВИНУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ПРИ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ**

П.Я. Фищенко, Е.Г. Сологубов, В.Г. Босых
Детская психоневрологическая больница № 18, Москва, Россия

Проведен сравнительный анализ результатов хирургического лечения эквинусной деформации стоп у 316 детей со спастической диплегией в возрасте от 3 до 7 лет. Длительность наблюдения составила 6 лет. Выбор метода оперативного лечения зависел от степени тяжести деформации, характера поражения *m.triceps surae* и выраженности неврологических проявлений в форме патологических координаторных тиббиальных синкинезий и уточнялся индивидуально после изучения трицепс-теста под наркозом. У 175 детей (55,7%) выявлена спастическая диплегия, у 141 (44,3%) гемипаретическая форма церебрального паралича. Апоневротическое удлинение икроножной мышцы проведено у 176, операция Страйера — у 97, ахиллопластика — у 43 детей. Последняя у 36 больных выполнена по Ноке. Рецидив деформации после операции Страйера отмечен у 15 (5,1%), после апоневротического удлинения икроножной мышцы — у 5 (1,7%) детей. Функциональная недостаточность *m.triceps surae* после операции Страйера выявлена у 22 (7%), после апоневротического удлинения — у 13 (4%), после ахиллопластики — у 15 (35%) детей. У 43 (86%) детей этой группы до операции диагностирована недостаточность камбаловидной мышцы, что коррелируется со степенью тяжести неврологического статуса ребенка. Таким образом, апоневротическое удлинение икроножной мышцы в показанных случаях является методом выбора устранения эквинусной деформации у детей дошкольного возраста при церебральном параличе.

II.15.37**ХАРАКТЕРИСТИКИ ХОДЬБЫ БОЛЬНЫХ РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕТОДОМ ДИНАМИЧЕСКОЙ ПРОПРИОЦЕПТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ**

Е.Г. Сологубов, А.Б. Яворский, В.И. Кобрин, А.Н. Синельникова, С.А. Немкова
Детская психоневрологическая больница № 18, Москва, Россия

К рассмотрению предлагаются результаты биомеханического исследования ходьбы здоровых и больных ДЦП до и после лечения новым методом динамической проприоцептивной коррекции (ДПК). Исследование было выполнено на здоровых и больных спастической, гемипаретической, гиперкинетической и атонически-астатической формами ДЦП. Изучались пространственные характеристики шага: амплитуда и объем движений сгибания-разгибания в тазобедренном, коленном, голеностопном суставах и временные характеристики шага: цикл шага и представленность в нем периодов опоры и переноса в нем. Получены результаты, демонстрирующие, что у больных ДЦП имеются общие и индивидуальные черты нарушений походки в зависимости от формы заболевания. Общей тенденцией является снижение у всех больных разгибания в голеностопных суставах в начале периода переноса, их эквинусная установка, уменьшение в них объема движений, что отражает их функциональное нарушение при всех формах заболевания. В наименьшей степени у больных ДЦП страдает объем движений в тазобедренных суставах, за счет которых осуществляется вынос конечности и постановка ее на опору. Также у всех больных ДЦП отмечаются увеличение в цикле шага доли периода опоры и уменьшение доли периода переноса. В результате лечения новым методом происходит восстановление движений в наиболее измененных участках — голеностопных и коленных суставах. В голеностопных суставах возрастают амплитуда разгибания и объем движения, что говорит об их функциональном улучшении. Одним из возможных механизмов нарушений ходьбы у больных ДЦП может быть патологическое изменение исходного двигательного стереотипа и его восстановление в результате лечения методом ДПК. Метод биомеханического исследования ходьбы является информативным способом контроля локомоторной функции больных до лечения, во время него и по окончании, средством дифференциальной диагностики различных форм ДЦП.

II.15.38**ОСОБЕННОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ТИПАМИ**

Л.С. Еременкова, Н.А. Корнетов, Е.М. Камалтынова, Р.А. Шифанова, В.М. Шмидгаль
СГМУ, Томск, Россия

Несмотря на значительные успехи, достигнутые в изучении бронхиальной астмы, остаются недостаточно известными механизмы, влияющие на формирование особенностей течения болезни.

С целью выявления распределения конституционально-морфологических типов при различных вариантах течения бронхиальной астмы у детей было обследовано 72 ребенка в возрасте от 7 до 14 лет, из них с легким течением — 42 (58,3%), со среднетяжелым — 21 (29,2%) и с тяжелым — 9 (12,5%). Тип конституции устанавливался на основании соматоскопического, соматометрического обследования по методике В.Г. Штефко, А.Д. Островского в модификации С.С. Дарской. Выделялись астенический торакально-мышечный, дигестивный конституционально-морфологические типы. Переходные типы были отнесены к тому типу, черты которого преобладали.

Выявлено 19 (25,2%) детей с астеническим типом конституции, 37 (51,4%) с торакально-мышечным и 18 (23,4%) с дигестивным. Среди больных с легким и среднетяжелым течением присутствовали все типы конституции, причем с легким течением преобладали астенический (15 (11,9%)) и торакально-мышечный (19 (45,2%)), при среднетяжелом — торакально-мышечный (11 (21,3%)) и дигестивный (9 (42,8%)). Среди пациентов с тяжелым течением астмы отсутствовал дигестивный соматотип.

Подобное распределение конституционально-морфологических типов позволяет предположить, что астенический и торакально-мышечный соматотипы являются факторами риска в развитии тяжелой бронхиальной астмы.

II.15.39**РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С УЗЛОВЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

И.А. Кривошеева
МКБ № 1, Новосибирск, Россия

Цель. Обобщения результатов лечения узловых поражений щитовидной железы (ЩЖ) у детей и подростков.

Материалы и методы. Обследовано 36 детей и подростков в возрасте от 10 до 15 лет. У всех пациентов определяли гормоны ЩЖ, проводили ультразвуграфию, цветную доплерографию и тонкоигольную аспирационную биопсию ЩЖ и узловых образований.

Результаты и обсуждение. Солитарные узловые образования от 0,8 до 3,0 см выявлены у 12, узловая форма аутоиммунного тиреоидита — у 10, многоузловая форма спорадического зоба — у 11, токсическая аденома — у 3 больных. При оценке функции ЩЖ эутиреоидное состояние зарегистрировано у 19 (52,8%), тиреотоксикоз — у 14 (38,9%) и гипотиреоз — у 3 (8,3%). Гистологическое исследование подтвердило наличие фолликулярного рака у 2 детей и низкодифференцированную форму рака — у 1 ребенка. Оперировано 12 (33,3%) детей и подростков. Показанием к оперативному лечению являлись: 1) злокачественные поражения ЩЖ, 2) сдавление органов средостения, 3) быстрый рост узла ЩЖ на фоне адекватно проводимой терапии, 4) узловые поражения размером более 1 см. Послеоперационные осложнения зафиксированы у 6 (16,7%) пациентов, из них у 5 — гипотиреоз и у 1 — гипопаратиреоз.

Заключение. Обнаружение узловых поражений ЩЖ требует точной дифференциальной диагностики и выбора адекватной лечебной тактики. Длительное диспансерное наблюдение детей и подростков с обнаруженными узловыми поражениями ЩЖ не оправдано из-за онкологического риска.

II.15.40**КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПРОГРАММА ДЛЯ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКАМИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

М.В. Злоказова, Н.И. Клековкина
Кировская государственная медицинская академия, Киров, Россия

Актуальность разработки реабилитационных программ для детей с задержками психического развития (ЗПР) обусловлена значительным увеличением количества пациентов с данным диагнозом. В городе Кирове в 1996 году функционировало 144 класса выравнивания, а в 1999 году их стало уже 224.

В связи с тем, что проблема задержек психического развития у детей является междисциплинарной областью научных исследований, находящихся в поле зрения педагогики, дефектологии, психологии и психиатрии, реабилитационные программы могут носить только комплексный характер.

В течение последних пяти лет такие программы осуществляются на базе трех общеобразовательных школ г. Кирова в условиях дневного стационара, где с учащимися начальных классов выравнивания проводятся психокоррекционные занятия, различные виды психотерапии, занятия с логопедом, ЛФК, массаж, лечебная физкультура, кроме того, дети получают ноотропы, витамины, общеукрепляющие препараты, при необходимости — транквилизаторы.

Реабилитация данного контингента детей осуществляется не только в школе, но и в условиях Дома творчества юных «Вдохновение» группой пе-

дагогов-энтузиастов на протяжении 5 лет по специально разработанной программе «Росточек». Работа коррекционно-развивающей программы осуществляется в 11 кружках различного направления. Данная программа ставит своей целью многостороннее развитие личности учащегося с ЗПР для улучшения его адаптации в школе и последующей жизни.

В результате проведения комплексной реабилитационной программы почти в 2 раза увеличилось количество детей, переведенных в классы, занимающиеся по обычным программам общеобразовательной школы. В 1995 году из обследованных 280 учеников 4-х классов выравнивания было переведено в обычные классы 18 (6,3%), а в 1999 году из 383 — 45 (11,8%). Увеличилось также количество детей, имеющих легкие степени ЗПР.

Таким образом, комплексные реабилитационные программы для детей с ЗПР способствуют улучшению их адаптации за счет активизации и развития интеллектуальной и эмоционально-волевой сфер.

II.15.41

БОЛЕВОЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ГЕМОФИЛИЕЙ-А

В.И. Симонов, В.И. Багаев, В.М. Рябов

Областная клиническая психиатрическая больница им. В.М. Бехтерева, Киров, Россия

По данным литературы, в 94% обострения гемофилии диагностируется болевой синдром. Традиционно для его купирования используются препараты опиоидного ряда.

На протяжении 10 лет на базе регионального центра по лечению гемофилии Кировского НИИ гематологии и переливания крови врачи гематологи и психиатры вели поиск возможностей купирования боли без использования наркотических анальгетиков. Наши исследования были направлены на изучение личностного реагирования на болезнь, проявлений психопатологической симптоматики при боли, возможности использования антидепрессантов, транквилизаторов и малых нейролептиков.

Нами было доказано, что болевой синдром у больных гемофилией носит хронический рецидивирующий характер. Получена взаимосвязь показателей личностной направленности, тревожности и ведущих психопатологических синдромов. Предложены препараты, дозировки, которые могут быть использованы у больных гемофилией без изменения тромбозитарного звена гемостаза.

Клиническое использование данных результатов позволило в 18% дальнейших наблюдений полностью отказаться от применения наркотических анальгетиков, в 38,9% случаев уменьшить дозировку и кратность их использования, а в остальных случаях существенно снизить остроту личностного реагирования на обострение основного заболевания.

II.15.42

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ДИАТЕЗА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ В ГОРОДАХ ЧЕЛЯБИНСКЕ И ОЗЕРСКЕ (П/О «МАЯК»)

В.Г. Бивалькевич, Е.В. Бивалькевич
Медакадемия, Челябинск, Россия

Обследовано 30 матерей из города Челябинска и 22 из города Озерска, дети которых страдали аллергическим диатезом (АД). Проведена сравнительная характеристика некоторых этиологических факторов в формировании данной патологии у детей.

Возраст матерей, дети которых заболели АД, распределился следующим образом: в Челябинске до 20 лет — 10%, в Озерске — 13,63%, с 20—25 лет 50% — 54,54%, с 26—30 лет 30% — 22,74%, с 31—35 лет 10% — 9,09% соответственно. В Челябинске родители заболевших детей проживали с рождения в 75% случаев, тогда как в Озерске в 100%. Высшее образование в Челябинске имели 25% родителей, среднее — 75%, соответственно в Озерске — 10% и 90%.

Вредности различного генеза распределились так: физико-химические в Челябинске 10%, в Озерске 30%, нервно-психические 25% и 41,6%. Во время беременности у женщин в городе Челябинске отмечено прекращение действия физико-химических факторов, но увеличение нервно-психических до 30%. В городе Озерске действие вышеуказанных факторов сохранилось в прежних пределах. АД у родителей в городе Челябинске выявлен в 15%, Озерске — 16,6%; аллергические реакции на химические вещества, пищу, лекарства 30% и 16,6%; дисфункция ЖКТ 40% и 8%; хронические очаги инфекции 55% и 58,3%; хронические кожные заболевания 10% и 0%; функциональная патология со стороны ЦНС 10% и 8,3% соответственно.

Из анамнеза кровных родственников установлено, что диатез в детстве в городе Челябинске имели 10%, в городе Озерске 16,6%; дисфункцию ЖКТ 15% и 16,6%; функциональную патологию ЦНС 15% и 10%; новообразование в возрасте до 30 лет 5% и 6,6% соответственно.

Таким образом, профилактика роста аллергического диатеза должна включать в себя работу по устранению вредных факторов окружающей среды, нервно-психических перегрузок, санацию очагов хронической инфекции, лечение болезней желудочно-кишечного тракта у беременных.

II.15.43

ФАКТОРЫ, УХУДАЮЩИЕ ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЧРЕЗМЫЩЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧА У ДЕТЕЙ

П.Я. Фищенко, С.Г. Попов, А.В. Бобков

МОНИКИ, Москва, Россия

Нами проведено исследование отдаленных результатов лечения 196 детей, получивших лечение по поводу чрезмыщелковых переломов плеча в возрасте от 2,5 до 15 лет. Анализировались результаты, характеризующие функцию локтевого сустава, достигнутые на протяжении от одного до шести месяцев прекращения иммобилизации. Преобладали группы больных 3—7 лет и 7—11 (соответственно 52 и 41 человек). Восстановление функции возможно в более ранние сроки при относительно больших смещениях у больных младших возрастных групп и чем старше ребенок, тем длительнее происходило восстановительное лечение. Давность травмы на момент оказания квалифицированной помощи оказывает влияние на репаративные процессы. Различали свежие — до 3 суток, несвежие 3—7 суток 121 больных (58,3%), и застарелые от 7 суток и до сращения у 45 (41,7%). В группе больных, где проводилась закрытая репозиция с давностью травмы до 7 дней, в течение трех недель достигнут полный объем движений в течение месяца. При лечении травмы давностью 8—15 дней отмечали удлинение сроков восстановления движений на 1—3 месяца, в случаях оперативного вправления (24 человека) различали функциональные исходы, и дети, оперированные позднее 7 суток, особенно после 2,5—3 недель, когда наступает сращение перелома. В этих случаях период реабилитации достигал 4—6 месяцев. Репозиция способствовала в дальнейшем появлению оссификатов (14 случаев), оказывавших влияние как на сгибание (до 15—20 градусов), так и на разгибание (до 30 градусов), способствовала удлинению сроков восстановительного лечения на 4—6 недель. Угловые остаточные смещения клипеди уменьшали сгибательные движения (11 человек), кзади — разгибательные у 27, ротационные (13 человек) смещения влияли на сгибание и разгибание.

II.15.44

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ И РЕЦИДИВОВ ПРИ ЭКЗОСТОЗНОЙ ХОНДРОДИСПЛАЗИИ У ДЕТЕЙ

П.Я. Фищенко, А.В. Бобков

МОНИКИ, Москва, Россия

Важной и неотъемлемой частью успешного лечения экзостозной хондродисплазии, получения положительных результатов является знание основных профилактических принципов ортопедической помощи при этой патологии. Учитывая характер поражения костной ткани, частое развитие осложнений и рецидивов, соблюдение и выполнение этих принципов приобретает особую актуальность.

На основании анализа наших наблюдений (428) и опыта лечения все профилактические мероприятия разделялись на следующие группы: до операции, во время выполнения хирургического вмешательства и в послеоперационном периоде.

К основным принципам профилактики в первой группе относились: регулярный осмотр ребенка в поликлинике не менее 1 раза в 5 месяцев с клинико-рентгенологическим обследованием пораженного участка кости, правильная оценка характера роста экзостоза, его локализация и отношение к эпифизарной зоне подлежащей кости, исключение всех методов физиотерапевтического лечения и факторов травмы. В случаях наличия деформаций костей учитывать их степень выраженности с учетом последующего их роста. При поражении головки малоберцовой кости тактика наблюдения должна быть активной, чтобы не оказаться запоздалой (удаление производить при продолжающемся увеличении ее размеров).

Во время выполнения операции, учитывая опухолевый характер заболевания, соблюдать правила асептики, резекцию кости выполнять в более широких границах с учетом распределения участков хрящевой ткани, вблизи зон роста манипуляции производить с максимальной осторожностью.

В ближайшем послеоперационном периоде с целью предотвращения развития осложнений соблюдать правила асептики. В позднем — для исключения рецидивирования — осуществлять клинико-рентгенологический контроль не менее 1 раза в 3 месяца.

II.15.45**ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭКЗОСТОЗНОЙ ХОНДРОДИСПЛАЗИИ У ДЕТЕЙ**

П.Я. Фищенко, А.В. Бобков
МОНИКИ, Москва, Россия

Располагая опытом лечения 428 больных с экзостозной хондродисплазией, мы провели анализ ошибок, допущенных как при хирургическом лечении, так и при последующей реабилитации. Все ошибки разделялись на тактические и технические. Среди ошибок тактического порядка были: неправильный выбор хирургического доступа (7), метода резекции подлежащей кости (5), метода фиксации костных фрагментов после корригирующих остеотомий (2), расширение показаний к удалению экзостозов при полиоссальной форме (8), применение аппаратного метода лечения корсоруности без учета степени укорочения и возраста ребенка (1). К ошибкам технического порядка относились: недостаточно прочная фиксация фрагментов кости при остеосинтезе (3), перелом кости во время выполнения резекции (2), ранение сосудов (5), мышц (1), сухожилий (2), недостаточное удаление всей измененной костной ткани (3), недостаточная фиксация гипсовой повязкой (1).

Совокупность этих видов ошибок в свою очередь приводила к различного рода осложнениям: прорезывание спиц и стержней в костях (2), недостаточное исправление деформации кости (3), отек мягких тканей (3), парез малоберцового нерва (3), нагноение послеоперационной раны (2), рецидивирование экзостоза (7), ограничение объема движения в суставе (2), миграция спиц в костномозговой канал.

II.15.46**ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ, ТАКТИКИ И ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ЧРЕЗЫЩЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧА У ДЕТЕЙ**

П.Я. Фищенко, С.Г. Попов, А.В. Бобков
МОНИКИ, Москва, Россия

Вопросы диагностики, тактики и выбора метода лечения чрезмыщелковых переломов плеча у детей остаются актуальными. Если в специализированных лечебных учреждениях, оснащенных необходимой аппаратурой и при наличии медицинского персонала поставленные вопросы в достаточной степени решены, то в районных больницах они должны исходить из местных условий и наличия оснащения. Проведен анализ результатов лечения 42 детей (из них 32 мальчика) с чрезмыщелковыми переломами плеча, лечившихся в остром периоде в условиях районной больницы в возрасте 6–10 лет. Выбраны комбинированная этапная тактика и методы лечения, включающие скелетное вытяжение в течение 1–3 дней с закрытым вправлением отломков. При отсутствии эффекта переходили к закрытому ручному вправлению, а при неудаче — к открытому (у 4 больных) и чрезкожному металлоостеосинтезу спицами Киршнера с иммобилизацией конечности гипсовой лонгетой. Техника заднего доступа при открытой репозиции по П.Я. Фищенко предполагает рассечение сухожилия трехглавой мышцы во фронтальной плоскости. Причинами неврастности были у двух больных интрузия мягких тканей и малый периферический отломок с ротационным смещением. После 4–5 недель гипсовой иммобилизации удалялись спицы и осуществлялся укороченный курс восстановительного лечения, включающий лечебную гимнастику, массаж и физиотерапевтическое лечение, направленное на улучшение кровообращения, рассасывание рубцов и спаек и ликвидацию контрактур предплечья. В стационаре через 6–7 недель у 34 больных был достигнут полный объем движений в локтевом суставе. У оставшихся больных наблюдалось до полугода ограничение движений, обусловленное остаточным смещением отломков, тяжестью и сложностью повреждения. Полученные результаты свидетельствуют о том, что при правильной тактике лечения в условиях районной больницы можно достичь вполне удовлетворительных исходов.

II.15.47**ПРИНЦИПЫ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЭКЗОСТОЗНОЙ ХОНДРОДИСПЛАЗИЕЙ**

П.Я. Фищенко, А.В. Бобков
МОНИКИ, Москва, Россия

Особое место в системе ортопедической помощи детям при экзостозной хондродисплазией занимает преемственность между поликлиническим отделением и стационаром. Учитывая опухолевую природу этого заболевания с тенденцией к пролиферированию и даже озлокачествлению, диспансеризация данного контингента больных является неотъемлемой и важной частью лечебных мероприятий, направленных на предупреждение и устранение патологических изменений костной ткани. Диспансерное наблюдение больных дает возможность выявить ранние признаки деформации

костей, а также предупредить развитие осложнений, и тем самым способствует своевременному проведению оперативного лечения.

Анализ клинических наблюдений (428) и опыт лечения убедил нас в том, что периодичность диспансерных осмотров больных зависит от клинической формы заболевания, динамики прогрессирования симптомов заболевания, периодов наиболее интенсивного роста скелета и должна устанавливаться индивидуально с учетом особенностей строения костной ткани ребенка.

Так, при неосложненных экзостозах у детей с монооссальной формой заболевания периодичность осмотра составляла 1 раз в 10 месяцев и в случаях наличия признаков пролиферирования КХЭ 1 раз в 5 месяцев. При полиоссальной форме — 1 раз в 6 месяцев. В случаях наличия деформаций костей предплечья сроки наблюдения в среднем составляли 1 раз в 8 месяцев. Поражение головки малоберцовой кости требовало обследования не менее 1 раза в полугодие. Во всех случаях применялся клинико-рентгенологический метод исследования.

В послеоперационном периоде периодичность обследования составляла в первое полугодие — 1 раз в 3 месяца, во второе — 1 раз в 6 месяцев.

II.15.48**ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ОБЕИХ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ У ДЕТЕЙ**

П.Я. Фищенко, А.А. Коссов
МОНИКИ, Москва, Россия

Выбор тактики и метода лечения переломов верхней и средней трети костей предплечья у детей остается актуальным. Плохие результаты консервативного лечения по данным различных авторов наблюдаются у 40–70% и связаны с нарушением ротаторной функции предплечья. Исследование проводилось на основании 43 историй и 214 рентгенограмм детей с переломами проксимального отдела костей предплечья в возрасте от 5 до 14 лет. В первой группе (19 случаев) отмечалось смещение лучевой кости по длине и угловым смещением локтевой либо переломы обеих костей со смещениями по длине. В этой группе в кратчайшие сроки проведена открытая репозиция с интрамедулярным металлоостеосинтезом спицей лучевой кости. Сроки реабилитации в среднем составляли 45 дней. Во второй группе рассмотрены случаи угловых смещений лучевой кости (24 случая). Удовлетворительное положение после репозиции наблюдалось во всех случаях, однако на сроке 14–18 суток происходило вторичное смещение, обусловленное сложностью анатомических взаимоотношений. Проксимальный отломок под действием двуглавой мышцы и супинатора, прикрепленного к бугристости лучевой кости, создавал смещение с углом, открытым в тыльную сторону. Изменение анатомической кривизны приводило к ограничению пронации. В таких случаях предстояло эксклюзивно решать вопрос: либо оставлять смещение, рассчитывая на самоисправление, либо провести открытую репозицию. В этой группе консервативное лечение проведено в 11 случаях (при угловом смещении к тылу 9–12 градусов); в 9 случаях была проведена повторная репозиция. Это удлинило сроки лечения в 2 раза. В катамнезе через 6–8 месяцев у 5 больных отмечалось нарушение пронации. Полученные результаты свидетельствуют о расширении показаний к оперативной тактике лечения в случаях углового смещения лучевой кости.

II.15.49**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ ПРИ ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗЕ**

Г.Н. Завьялова, М.Н. Добкина, Н.Г. Жукова, А.В. Лепехин
Сибирский государственный медицинский университет, Томск, Россия

Основным методом лечения Лайм-боррелиоза (ЛБ) в настоящее время считается антибактериальная терапия. Препаратами выбора являются антибиотики пенициллинового ряда (бензилпенициллин) или тетрациклинового (доксидиклин). Первые — обладают бактерицидным действием, дают хороший клинический эффект и доступны для использования, хорошо переносятся при длительном применении. Недостатком их является быстрая элиминация из организма, что требует 4–6-кратного введения в сутки. Вторые обладают бактериостатическим действием, быстро всасываются в желудочно-кишечном тракте, проникают в печень и лимфатические узлы. Клиническая эффективность их достаточно высока, но имеют много побочных эффектов при длительном применении в виде тошноты, рвоты и болей в животе. Кроме того, их нельзя применять у детей до 8 лет в связи с отрицательным влиянием на процесс формирования костной ткани.

В эпидсезоны 1995–1999 гг. в стационаре МСЧ № 3 Томска в течение 14 дней 322 больным ЛБ применялся бензилпенициллин в суточной дозе 6–12 млн, 138 — доксидиклин в дозе 0,2 г в сутки. В последующем, в течение года, у 235 (72,9%) лиц из первой и 94 (68%) из второй группы не было выявлено клинических и серологических изменений.

Через год 87 (27,1%) человек, леченных пенициллином, жаловались на общую слабость, головные боли, периодические боли в суставах, частую смену настроения. 44 (32%) пациента, получивших доксициклин, также отмечали повышенную усталость, подавленность, замкнутость, миалгии и артралгии. В крови у всех больных с остаточными явлениями сохранялись антитела к боррелиям в недиагностических титрах 1/10–1/20.

На основании полученных данных можно высказать предположение о необходимости проведения этим пациентам реабилитационной терапии, основанной на физических методах лечения.

II.15.50

К ВОПРОСУ О ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ СПИРОХЕТОЗОВ

Г.Н. Завьялова, М.Н. Добкина, Т.Л. Беляева, Н.Г. Жукова, А.В. Лепехин, Н.И. Команденко
Кожно-венерологический диспансер, Томск, Россия
СГМУ, Томск, Россия

За последнее десятилетие в России нарастает эпидемиологическое неблагополучие по болезням с природной очаговостью и инфекциям, передаваемым половым путем. Наибольший интерес из этих двух групп представляют сифилис и иксодовый клещевой боррелиоз (ИКБ). Возбудители данных заболеваний относятся к семейству спирохет и имеют сходный антигенный набор, что приводит к частым перекрестным серологическим реакциям. В случае отсутствия патогномоничных признаков дифференциальная диагностика сифилиса и ИКБ затруднена.

На базе лечебных учреждений Томска было изучено 500 историй болезней с диагнозом ИКБ в различных стадиях заболевания, среди которых выявлено 10 случаев с серопозитивными реакциями на сифилис (Вассермана, с трепонемным и кардиолипиновым антигенами) при одновременной положительной непрямой реакцией иммунофлюоресценции с боррелиозным антигеном (НРИФ) в диагностических титрах. Дальнейшее их обследование подтвердило сифилис в различных периодах заболевания у 7 пациентов, у трех — диагноз остался спорным.

На основании этого факта было решено провести обследование 100 больных с подтвержденным диагнозом сифилиса, из них 38 больных имели скрытый сифилис, 13 — первичный, 49 — вторичный. 30 человек подтвердили присасывание клеща в анамнезе, а 70 — отрицали. Исследование крови с боррелиозным антигеном обнаружило антитела в диагностическом титре (1/40–1/5120) в 98% случаев, 1/20 — в 2%.

Учитывая вышеизложенное, можно сделать два предположения:

1. Существует вероятность сочетанного течения двух спирохетозов (сифилис и ИКБ) в одном организме.
2. При подтверждении диагноза ИКБ с помощью НРИФ возможны случаи ложноположительного результата у больных сифилисом.
3. Для дифференциальной диагностики ИКБ и сифилиса необходимо внедрение в практическое здравоохранение ИФА и ПЦР.

II.15.51

СОВРЕМЕННАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ПРИРОДНООЧАГОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ В ТОМСКОМ РЕГИОНЕ

Н.Г. Жукова, О.А. Сокерина, М.Н. Добкина, Г.Н. Завьялова
СГМУ, Томск, Россия

Ведущее место среди природноочаговых инфекций в Томской области занимают клещевой энцефалит (КЭ) и иксодовый клещевой боррелиоз (ИКБ), уровень заболеваемости которыми в 8,6–13,9 раз превышает среднефедеративный.

Природно-климатические условия Томского региона благоприятны для существования очагов КЭ и ИКБ, которые регистрируются во всех административных территориях. Эпидемиология этих инфекций имеет много общего. Они относятся к числу наиболее тяжелых заболеваний, требующих длительного лечения и многолетней реабилитации.

Большинство присасываний клещей приходится на территории Томского района (до 70–85%), непосредственно в городе регистрируется 15–30% случаев присасывания. Наибольшее число пострадавших отмечали укусы клещей на мичуринских участках — до 45–48%, на отдыхе — 35–39%, при сборе даров природы — 5–8%. Среди заболевших взрослое население составляли 80–89%, дети до 14 лет — 11–20%, детей до года не было. Анализ социального состава показал, что рабочие и служащие составляли 39–47%, пенсионеры — 14–16%, безработные — 12–14%, студенты — 9–11%, медицинские работники — 2,5–5%, прочие — 3,8–10,6%.

Официальная регистрация КЭ ведется с 1944 г., когда было зарегистрировано 53 случая. Оценивая уровень инфекции в области за 55 лет, можно проследить неуклонный ее рост. Интенсивный показатель нейроинфекции

вырос с 4,0 (1944) до 79,91 (1995), а последние три года он колебался с 44,14 до 60,96 на 100 тыс. населения. Выявление первых лет 38 случаев ИКБ датируется 1988 г., в 1995 г. — 657, в 1996 г. — 964, в 1997 г. — 699 и в 1999 г. — 545 с показателями на 100 тыс. населения соответственно — 3,8; 65,06; 100,09; 73,31 и 57,35.

II.16. Психиатрия

II.16.1

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНСТЕНОНА В КОРРЕКЦИИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

В.Н. Яковлев, Т.А. Семенова
ГКБ им. С.П. Боткина, Москва, Россия

Обследовано 30 больных в возрасте от 25 до 45 лет, у которых на основании проведенных общеклинических и нейрофункциональных исследований выявлены невротические нарушения психогенного генеза. У 15 больных диагностирована невротения, у 9 — истерический невроз, у 6 — невроз навязчивых состояний. Длительность заболевания составляла от 1 до 7 лет. Анализ применения инстенона (Хафслунд никомед фарма АГ) проводился на основании шкалы реактивной и личностной тревожности Спилберга в модификации Ханина (1976), методика САН ММРТ в модификации Березина (1976). Перед исследованием проводился плацебоконтроль в течение 3 дней. Плацебозависимые больные в дальнейшее исследование не включались.

Курс лечения состоял в приеме 3–5 драже инстенона в сутки в течение 6–7 недель. У 76% больных к концу наблюдалось улучшение состояния в виде ослабления тревоги, аффективной лабильности, раздражительности, нормализации настроения; редукции астенических проявлений, уменьшения ипохондрической симптоматики, что коррелировало с данными психологических методик и тестов (1,2,7-я шкала многопрофильного исследования личности, методики Спилберга $P < 0,05$ и САН $P < 0,05-0,01$).

Отрицательная динамика тестов получена у 3 больных истерическим неврозом, что совпадало с клиническими данными. Полученные результаты свидетельствуют о позитивном влиянии инстенона на клиническую картину нарушений у больных с невротическими нарушениями и необходимости дифференцированного подхода у больных с истерическим неврозом.

II.16.2

МЕХАНИЗМЫ СТРУКТУРНОЙ МОДИФИКАЦИИ ЭРИТРОЦИТАРНЫХ МЕМБРАН ПРИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Н.В. Рязанцева, В.В. Новицкий, И.Р. Семин, А.П. Мельникова
Сибирский медуниверситет, Томск, Россия

Рассматривая эритроцитарные мембраны в качестве универсальной модели цитоплазматических мембран, было проведено комплексное исследование структурных особенностей мембран эритроцитов у 48 больных параноидной шизофренией мужского пола в возрасте от 18 до 47 лет со средней продолжительностью заболевания 9 лет. Все больные на момент исследования не получали лечение нейролептиками. Контрольную группу составили 30 здоровых добровольцев. В качестве интегральных показателей состояния мембран использовали результаты флуоресцентного зондирования мембран эритроцитов флуорофорами пирен, АНС (1-анилинонафтален-8-сульфонат), ФНА (фенилнафталин) («Sigma»). Активность процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) оценивали по степени накопления промежуточных продуктов липопероксидации (диеновые коньюгаты, малоновый диальдегид). Флуоресцентное зондирование мембран зондом ФНА выявило отчетливое увеличение степени поляризации флуоресценции зонда ФНА, указывающее на дезорганизацию глубинных слоев эритроцитарных мембран. Оценивая состояние поверхностных слоев мембран эритроцитов с использованием флуоресцентного зонда АНС, было установлено достоверные ($p < 0,05$), по сравнению с аналогичными показателями у здоровых лиц, изменения средних параметров числа мест связывания и константы связывания АНС, что свидетельствует о модификации поверхностных слоев мембран красных кровяных телец. Флуоресцентное зондирование эритроцитарных мембран липотропным зондом пирен при длине волны возбуждающего света 285 нм и 340 нм выявило достоверное ($p < 0,05$) уменьшение отношения флуоресценции эксимерной формы пирена к мономерной,

указывающее на увеличение вязкости как анулярных липидов, так и липидной фазы в целом. Выявленное увеличение микровязкости липидного бислоя мембран эритроцитов, вероятно, было связано с активацией процессов ПОЛ, обнаруживаемой по значительному ($p < 0,01$) накоплению промежуточных продуктов липопероксидации. Полученные результаты свидетельствуют о выраженной структурной дезорганизации липидной фазы мембран эритроцитов у больных параноидной шизофренией, что следует учитывать при осуществлении комплексного лечения и реабилитации пациентов.

II.16.3

ОСОБЕННОСТИ ПОВЕРХНОСТНОЙ И ВНУТРИКЛЕТОЧНОЙ УЛЬТРАСТРУКТУРЫ ЭРИТРОЦИТОВ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

*Н.В. Рязанцева, В.В. Новицкий, И.Р. Семин, Н.М. Антоненко
Сибирский медуниверситет, Томск, Россия*

Целью настоящего исследования явилось выявление особенностей поверхности архитектоники и ультраструктуры эритроцитов периферической крови больных шизофренией. Изучение морфологических свойств клеток красной крови проводили у 22 больных параноидной шизофренией в активной фазе заболевания мужского пола в возрасте от 19 до 45 лет. Все больные на момент исследования не получали лечение нейролептиками. Контрольную группу составили 35 здоровых добровольцев. У всех обследованных отсутствовали признаки соматической патологии. Изучение поверхностной архитектоники эритроцитов осуществляли с использованием сканирующей электронной микроскопии. Среди эритроцитов выделяли функционально полноценные двояковогнутые дискоциты с гладко-гомогенной цитомембраной; способные к обратимой трансформации переходные формы (эллипсоидные клетки, эритроциты в виде плоского диска, дискоциты с гребнем, с единичными и множественными выростами, эритроциты в виде тутовой ягоды); необратимо измененные предгемолитические (сфероциты, стоматоциты, эритроциты в виде спущенного мяча) и дегенеративные формы. Ультраструктурные особенности красных кровяных клеток оценивали путем трансмиссионной электронной микроскопии препаратов крови.

Исследование рельефа поверхности циркулирующих эритроцитов показало снижение количества двояковогнутых дискоцитов и увеличение доли переходных, предгемолитических и дегенеративных форм клеток ($p < 0,001$). При этом наиболее выраженная структурная гетерогенность цитоплазматической оболочки была присуща необратимо трансформированным форменным элементам. На электронограммах наряду с дискоцитами с четко контурированной мембраной определялись клетки с локальными и обширными дефектами цитолеммы в виде ее истончений, отслоений от стромы, эндо- и экзовезикуляции. Приведенные данные свидетельствуют о выраженном нарушении морфологического статуса эритроцитарной популяции, дезорганизации поверхностной и внутриклеточной ультраструктуры красных кровяных клеток у больных при обострении шизофрении, что может приводить к развитию у душевнобольных микроциркуляторных расстройств, гипоксических состояний, усугублять течение шизофренического процесса.

II.16.4

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ОСУЖДЕННЫХ

*П.П. Балашов, Н.А. Миневич
СГМУ, Томск, Россия*

В последнее время особую актуальность приобретает изучение психического здоровья лиц, находящихся в условиях пенитенциарных учреждений. Повсеместный рост криминогенного поведения обусловлен, в частности, тем, что многие правонарушения совершены в рамках так называемых «скрытых» форм нервно-психических расстройств. Попадая в исправительное учреждение, осужденный пытается адаптироваться в окружающем его мире. Тяжелые условия пребывания, частые эмоционально-психические перенапряжения, нередко возникающие конфликтные ситуации, особые интерперсональные отношения в больших и малых неформальных группах, отношения с администрацией не могут не отражаться на психическом состоянии осужденных. Значение психогенных, соматических и психологических факторов для возникновения психических расстройств многократно возрастает в условиях лишения свободы.

Нами было проведено скрининг-обследование в условиях ИК-4. Результаты последнего показали структуру психической патологии у осужденных. С расстройствами личности выявлено 31,4%; лиц с органическим заболеванием ЦНС — 27,2%; страдающих невротическими расстройствами 13%; эпилептическая болезнь — 1,5%; олигофренией — 12,1%; прочие — 14,8%. Среди лиц с расстройствами личности 27,6% выявлено в период пребывания в ИК (72,4% пришли в зону с установленным диагнозом). Органическое заболевание ЦНС — 20,9% впервые выявлено (79,1% — уста-

новленный диагноз); невротические расстройства — впервые выявлено 88% (12% — с установленным диагнозом); эпилептическая болезнь — 54,4% выявлено впервые (45,6% — с установленным диагнозом); олигофренией — 37,5% (с установленным диагнозом — 62,5%).

Таким образом, по нашим данным, около 63,5% страдают той или иной формой психической патологии. Многие из них обнаруживают тенденцию к формированию затяжных форм пограничных нервно-психических расстройств, усилению патохарактерологических черт, обострению имеющихся психических нарушений. Это обусловлено как условиями пребывания, так и социально-психологическими факторами.

II.16.5

ДИНАМИКА МНЕСТИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ ВИСОЧНОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ В ПРОЦЕССЕ СТЕРЕОТАКСИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

А.Г. Коротков, В.Н. Курышов

Государственный медицинский университет, Саратов, Россия

Целью исследования явилось изучение динамики мнестических функций в процессе стереотаксического лечения больных височной эпилепсией с помощью тестов для анализа оперативной памяти, памяти на числа, на образы и тестов Лурия.

Под наблюдением находилось 15 больных симптоматической височной эпилепсией с частыми полиморфными припадками, без эффекта получающих антиконвульсантную терапию в течение 2-15 лет. Тестирование проводили до имплантации электродов в височную долю, после операции, через 1 и 6 месяцев после их удаления.

Анализ результатов тестирования свидетельствуют о значительном снижении оперативной памяти (в среднем — 60%), памяти на числа (70%) у всех больных. Менее выражено было нарушение памяти на образы (80%). Сразу после операции у 11 больных отмечалось ухудшение оперативной памяти и памяти на числа на 12-15%. Через месяц после удаления внутри мозговых электродов у всех пациентов индекс оперативной памяти и памяти на числа возвращались к исходному уровню. Через шесть месяцев после стереотаксического лечения оперативная память и память на числа у 10 больных не изменились, а у 5 — результаты теста улучшились на 8-10%. Память на образы оставалась на прежнем уровне, обстоятельность мышления и замедление ассоциативных процессов практически у всех больных сохранялись.

Таким образом, у большинства больных височной эпилепсией стереотаксическое лечение позволяет приостановить прогрессирование нарушений мнестических функций.

II.16.6

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ШИЗОФРЕНИИ

В.М. Рябов, Н.Б. Захаров

*Областная клиническая психиатрическая больница им. В.М. Бехтерева,
Киров, Россия*

В последние десятилетия в мировой психиатрии в рамках функционального направления активно развивается тенденция к многомерной оценке психического состояния больных, проявляющаяся, в том числе, многоосевой систематикой психических расстройств в DSM-111-R. Дополненная и адаптированная в России карта многоосевой диагностики психического состояния (В.М. Воловик, А.В. Рустанович) позволяет оценить не только выраженность ведущего психопатологического синдрома, но и тип приспособительного поведения больного, уровень его социального функционирования.

С помощью данной карты обследовано 54 больных шизофренией, находящихся на амбулаторном лечении. У 18 из них выявлено отсутствие четкой взаимосвязи между тяжестью ведущей психопатологической симптоматики и уровнем социальной адаптации. В 8 случаях из 18 диагностировался конструктивный тип приспособительного поведения (социоцентрическая направленность личности, преобладание продуктивных форм поведения), несмотря на длительность болезни, отсутствие стойкой ремиссии, периодические госпитализации в психиатрический стационар. Одно из объяснений этому — достаточно высокий преморбидный социальный и профессиональный статус пациентов, наличие семьи, начало заболевания в зрелом возрасте.

Исследование подтвердило предположение о зависимости качества социального функционирования при шизофрении от предшествующего заболеванию преморбидного социального фона. Это необходимо учитывать в психосоциальной реабилитации данной группы больных, в том числе при оценке прогноза трудоспособности, уменьшении социальных ограничений для пациентов.

II.17. Пульмонология

II.17.1

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ГАЗОЭЛЕКТРОСВАРЩИКОВ

И.Э. Есауленко, В.Н. Яковлев, Е.В. Дорохов, Е.В. Перегудова
Медакадемия, Воронеж, Россия

К методам коррекции функционального состояния физиологических систем без отрыва от производства можно отнести спелеотерапию (СП). Нами проведено комплексное исследование изменений внешнего дыхания, газового состава и КОС крови у газоэлектросварщиков (ГЭС) количеством 116 человек в условиях СП. Контрольную группу составили 57 сотрудников заводоуправления. Эти группы включали молодых и пожилых людей. Регистрация результатов осуществлялась до и после курса СП. Сравнительный анализ показателей внешнего дыхания ГЭС с контролем выявил снижение ЖЕЛ у молодых рабочих. В старшей группе оно было компенсировано усилением деятельности дыхательной мускулатуры, направленной на поддержание оптимальной альвеолярной вентиляции. Большая выраженность обструктивных процессов отмечалась у молодых рабочих, которые затрагивали преимущественно крупные и средние бронхи (снижение $MEF_{75\%}$, $MEF_{50\%}$). У пожилых рабочих развивался синдром раннего экспираторного закрытия бронхов (снижение $MEF_{25\%}$), а у молодых отмечалось увеличение проходимости мелких бронхов. Развитие компенсированного метаболического ацидоза (снижение pH, рост VD) отмечалось у всех ГЭС. После курса СП отмечалось улучшение бронхиальной проходимости в средних и крупных бронхах за счет снижения тонуса их гладкой мускулатуры у ГЭС. Отмечалась коррекция респираторного алкалоза, увеличение щелочного резерва крови у молодых рабочих и некоторое снижение его в старших группах.

Таким образом, СП оказывала корригирующее воздействие на функцию внешнего дыхания рабочих, что проявлялось в повышении бронхиальной проходимости, улучшении легочной вентиляции, стабилизации КОС, формировании щелочного резерва крови. При этом наиболее выраженный эффект метода замечен у ГЭС старшего возраста, что объясняется возрастными особенностями процессов адаптации, а неблагоприятное воздействие компонентов сварного аэрозоля можно расценивать как фактор, потенцирующий действие СП.

II.17.2

ПРОТИВОРЕЦИДИВНАЯ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА

Т.А. Семенова
Поликлиника 52 КДЦ МО РФ

Под наблюдением находились 37 больных хроническим бронхитом в фазе ремиссии с длительностью заболевания от 3 до 12 лет (28 мужчин и 9 женщин в возрасте от 23 до 61 года). Длительность наблюдения составила от 1 до 4 лет.

Все больные были разделены на 3 реабилитационные группы в зависимости от клинико-функционального состояния (в том числе от выраженности бронхиальной обструкции, эмфиземы, наличия легочного сердца).

В комплекс немедикаментозного лечения дифференцированно включали магнитолазерную терапию, ДМВ-терапию, рефлексотерапию, массаж и лечебную физкультуру.

Противорецидивные курсы терапии проводились 1-4 раза в год в зависимости от частоты предшествующих обострений и функционального состояния.

Длительность, сочетание и характер методик реабилитационных программ определялись на основании выявления у пациента 1, 2 или 3-й реабилитационной группы.

В 1 группе (10 больных) достаточными для поддержания относительно стойкой ремиссии бронхита являлись сочетания рефлексотерапии и лечебной физкультуры. Частота курсов 1-2 раза в год.

Во 2 группе (12 больных) целесообразно сочетание рефлексотерапии, лечебной физкультуры и массажа. У 3 больных были использованы физиотерапевтические методы лечения. Частота курсов 2-3 раза в год.

В 3 группе (15 больных) были использованы все перечисленные методики в различных сочетаниях. Частота курсов 3-4 раза в год.

У 2 больных 2 группы и 4 больных 3 группы с целью достижения стабилизации процесса приходилось добавлять к лечению периодический прием отхаркивающих и муколитических препаратов, ингаляции диоксида азота и эуфиллина.

Частота рецидивов у больных 1 группы снизилась в 2,5 раза, 2 группы – в 1,9 раза, 3 группы – в 1,5 раза.

Отмечен переход части больных в более высокую реабилитационную группу: из 2-й группы в 1-ю – 4 больных, из 3 группы во 2-ю – 3 больных.

II.17.3

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

В.Н. Яковлев
ГКБ им. С.П. Боткина, Москва, Россия

В ходе реабилитации 215 больных НЗЛ и БА мы применяли реабилитационные программы, построенные на основании синдромно-патогенетического действия, лечебных факторов с включением различных сочетаний методов, УФО и лазерного облучения аутокрови, лазерного эндобронхиального облучения, внутритканевого электрофореза; антибактериальных и прочих средств (парентеральное, эндотрахеальное и прицельное эндобронхиальное, ингаляционное введение с последующей гальванизацией), УВЧ в сочетании с ДМВ-терапией области надпочечников, ДМВ в сочетании с лазерной терапией, лазерной акупунктуры, иглорефлексотерапии, в т. ч. пролонгированной с использованием аутокрови, тренажеров дыхания РИД-2, ЧЭСД с помощью электростимулятора ЭСД-2Н-НЧ, сегментарного массажа, школы для больных НЗЛ, разгрузочно-диетической терапии, спещифической и неспецифической десенсибилизации (в т. ч. десенсибилизации аспирином), плазмафереза, гемосорбции, вспомогательной ИВЛ, медикаментозной и эндобронхиальной иммунокоррекции стимулированными гемоконпонентами. Дифференцированно использовался ингаляционно-ингакорт (Бернигер Ингельхайм) через спейсор у больных БА.

Контроль эффективности реабилитационных мероприятий включал изучение динамики иммунологических показателей, оксидантной и антиоксидантной системы, свертывающей и антисвертывающей системы крови, показателей жидкости бронхоальвеолярного лаважа, бронхиальной проходимости, гемодинамики, микроциркуляции, толерантности к физической нагрузке (в том числе и с помощью приоритетной методики модифицированной велоэрометрии для больных с сочетанной кардиореспираторной патологией).

Использование современных методов восстановительного лечения в пульмонологии позволило в более короткие сроки улучшить состояние больных, сократить сроки лечения, уменьшить число осложнений и выздоровлений с «дефектом», переходов в хронические формы.

II.17.4

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И МИТОТИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ БРОНХИАЛЬНОГО ЭПИТЕЛИЯ ПРИ ДИСПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ

О.В. Панкова, Н.Г. Крицкая, О.В. Черемисина, М.Ф. Ялова
НИИ онкологии, Томск, Россия

В настоящем сообщении представлены структурно-метаболическая характеристика и изменения митотической активности эпителия слизистой оболочки бронхов больных, у которых при морфологическом исследовании обнаружен диспластический процесс на фоне хронического заболевания (ХНЗЛ). Все больные прошли курс противовоспалительной терапии.

В бронхиальных биоптатах у 21 больного обнаружены морфологические признаки хронического воспаления. По характеру воспаления у 7 больных выявлена катаральная форма бронхита, у 4 катарально-склерозирующая, у 10 – склерозирующая.

При катаральной форме воспаления отмечалась дисплазия I степени и гиперплазия бокаловидных клеток. При постановке ШИК-реакции выявилось значительное количество переполненных секретом клеток. Кислые гликозаминогликаны (КГАГ) в секрете бокаловидных клеток отсутствовали. Митотический индекс (МИ) составил 2,4‰, а количество патологических митозов (КПМ) – 25%. Катарально-склерозирующая форма хронического бронхита характеризовалась усилением деструктивных процессов при наличии увеличенного количества бокаловидных клеток, последние уменьшались в размерах с одновременным снижением содержания ШИК-положительного секрета, КГАГ практически не выявлялись. Изменения базальных клеток соответствовали морфологической картине дисплазии II степени. МИ возрастает до 5,8‰, КПМ до 34,2%. В случае склеротической формы хронического бронхита наблюдались морфологические изменения эпителия, соответствующие тяжелой дисплазии. Бокаловидные клетки единичные, уменьшены в размерах, с небольшим количеством мелких ШИК-положительных гранул. МИ увеличивается до 8‰, КПМ – 54,5%.

Таким образом, морфологический контроль в группе больных с ХНЗЛ на фоне дисплазии эпителия различной степени не показал наличие эффекта от проведенной медикаментозной терапии. Это должно способствовать поиску иных методов коррекции данной патологии.

II.17.5**ВЛИЯНИЕ «ЭРСПАЛА» НА ЦИТОКИНОВЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ**

Л.Б. Постникова, О.С. Ишанова, Е.В. Михайлова
ВМИ ФПС РФ, Нижний Новгород, Россия

Проблема реабилитации больных хроническими заболеваниями легких (ХЗЛ) остается актуальной в медицинском и социальном аспектах. Ключевую роль в персистенции воспаления в бронхолегочной ткани играют цитокины (IL-1 β , TNF – α). Цель – сравнительная оценка изменений содержания цитокинов в слюне и бронхоальвеолярной жидкости (БЛЖ) у больных пневмонией на фоне хронического обструктивного бронхита (ХОБ). Обследовано 16 больных пневмонией, длительно страдающих ХОБ (от 8 до 27 лет) в возрасте от 36 до 62 лет. I группа пациентов получала традиционное лечение (антибиотики, бронхолитики, муколитики). II группа – традиционное лечение + эрспал (фенспирид), обладающий противовоспалительным и бронходилатирующим эффектами.

Во всех группах обследованных в разные периоды заболевания отмечена высокая концентрация IL-1 β как в слюне, так и в БЛЖ по сравнению с контрольной группой здоровых добровольцев.

Синтез TNF – α в период реконвалесценции на фоне приема эрспала в слюне и БЛЖ нормализовался, при его избытке в начальный период заболевания. Однако, у больных I группы в динамике выявлено стойкое повышение слюварного и эндобронхиального уровня данного цитокина, что свидетельствует о незавершенности клинико-рентгенологического выздоровления. Таким образом, благодаря оригинальному механизму действия, эрспал (фенспирид) блокирует синтез одного из самых «агрессивных» медиаторов воспаления – TNF – α и снижает активность хронического воспаления. Представляется целесообразным продолжение приема данного препарата у реконвалесцентов пневмонии на фоне ХОБ для предотвращения ремодуляции бронхолегочной ткани.

II.17.6**БРОНХИАЛЬНАЯ ГИПЕРРЕАКТИВНОСТЬ — КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ**

О.С. Кобякова, А.В. Дубаков, Ф.И. Абазова, Л.Ю. Реутова
СГМУ, Томск, Россия

Бронхиальная гиперреактивность (BHR) — один из главных фенотипических признаков бронхиальной астмы (БА). Она определяет нестабильность состояния дыхательных путей. Наличие BHR не только верифицирует диагноз БА, но может выступить в качестве критерия эффективности базисной противовоспалительной терапии.

Целью работы явилась оценка динамики уровня BHR на фоне применения флютиказона пропионата (фликсотид, GlaxoWellcom) у больных БА.

Обследовано 10 пациентов, страдающих бронхиальной астмой средней степени тяжести, которым ранее не назначались кортикостероиды (КС). Оценивались клинические симптомы и уровень BHR. BHR определялась посредством теста с метахолином на аппарате Masterlab (Erich jaeger), Германия. Результаты выражались как концентрация метахолина (Sigma, США), вызывающая 20% падения ОФВ1. В качестве базисной терапии применялся фликсотид 800 мкг в сутки в течение 3 месяцев. Исходная PC₂₀ составила 2,3 \pm 0,4 мг/мл, PC₂₀ в период лекарственной ремиссии – 8,82 \pm 0,7 мг/мл. Отмечено статистически значимое (в 3,5 раза) снижение уровня BHR.

Достоверное снижение уровня BHR свидетельствует о возможности использования данного критерия с целью оценки эффективности терапии при БА. Это объясняется тем, что в развитии BHR доминирующая роль отводится клеткам воспаления, функция которых эффективно контролируется фликсотидом.

II.17.7**ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ДИФFUЗНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ЛЕГКИХ**

И.Ю. Бабаева, Т.В. Шаповалова
КГМА, Краснодар, Россия

Из обследованных 395 больных диффузными поражениями легких, у 212 установлен диагноз диссеминированного туберкулеза, у 136 – саркоидоза. Психологические исследования проводились до назначения лечения, а также через 1-3-6 месяцев. Анализ полученных данных выявил существенные отклонения в состоянии психики больных в активной фазе этих заболеваний. Среди больных преобладали лица с тревожно-мнительным ти-

пом характера, выраженным чувством тревоги, нерешительностью, ранимостью в сочетании с некоторой замкнутостью, нарушением адекватности эмоционального реагирования. Характерно преобладание ипохондрии, отражающее фиксированное внимание на соматических функциях. Наличие стойких невротических нарушений требовало индивидуального подхода к лечению. Необходима при этой патологии кортикостероидная терапия, как правило, усиливая невротические нарушения. Нами проанализирована эффективность медикаментозных методов коррекции и игло-рефлексотерапии. Отмечен выраженный эффект последней в качестве как психотерапевтического метода, так и метода для снятия побочного действия глюкокортикоидов и антибактериальных препаратов на нервную систему. Игло-рефлексотерапия оказывает седативное действие, способствует психологической адаптации больного, что несомненно ускоряет процессы заживления при данной патологии. Таким образом, установлено преимущество немедикаментозной коррекции адаптивных механизмов при лечении больных диссеминированным туберкулезом и саркоидозом.

II.17.8**ВИДЫ КАШЛЯ И ВАРИАНТЫ ПРОТИВОКАШЛЕВОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ**

А.Е. Дорошенкова, Н.Н. Дробот, Т.В. Шаповалова, И.Ю. Бабаева
КГМА, Краснодар, Россия

1. Сухой кашель (кашель раздражения, бесполезный, непродуктивный), не сопровождающийся выделением секрета и часто болезненный. Возникает при воспалительных заболеваниях в д. путей, заболеваниях плевры, раздражения в средостении возвратного нерва, милиарном туберкулезе легких, функциональных нарушениях бронхиальной проходимости, «лающий» кашель чаще у детей.

(Препаратом выбора является СИНЕКОД)

2. Влажный кашель обусловлен накоплением секрета, который выводится в конце кашля. Появляется в стадии разрешения острого трахеобронхита, пневмонии, является постоянным симптомом хрон. бронхита, деструктивного туберкулеза легких.

(СИНЕКОД + муколитики, мукоурегуляторы, регидранты.)

3. Конвульсивный (судорожный) кашель, возникающий приступами, усиливающийся к ночи.

4. Битональный кашель у детей при туморозном бронхоадените.

5. Сердечный кашель. Развивается вследствие гемодинамических расстройств. Усиливается при физической нагрузке.

(СИНЕКОД)

6. Рефлекторный кашель. Возникает при раздражении нервных окончаний n. vagus различных органов.

7. Нервный кашель – привычка, остающаяся до конца жизни; появляется при волнении или когда во время беседы (речи) возникает пауза.

8. Аллергический кашель. Возникает, например, при крапивнице.

(СИНЕКОД + спец. лечение)

9. Зимний кашель. Типичен для больных хрон. бронхитом, бронхоэктатической болезнью, кавернозным и фиброзно-кавернозным туберкулезом. (СИНЕКОД + мукоурегуляторы)

II.17.9**К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ АСПЕРГИЛЛЕЗА ЛЕГКИХ (АЛ) В ПРАКТИКЕ ВРАЧА**

И.А. Селиверстов, М.Н. Нагорный, В.А. Бобков, А.И. Аркина,
Н.И. Макарова
Медицинская академия, Иваново, Россия

Под наблюдением находилось 20 больных АЛ в возрасте от 30 до 68 лет. Средний возраст больных составил 46 \pm 5 лет. Женщин было 11, мужчин 9. Особенностью всех случаев явилось позднее установление диагноза: в среднем через 9 лет. Жалобы, предъявляемые больными, при обращении к врачам были характерны для данного заболевания: кашель с мокротой коричневого цвета у 18 человек, одышка в покое и при небольшой физической нагрузке у 12; у 9 человек отмечены приступы удушья с затрудненным выдохом и хрипами в груди, у 16 – потливость и слабость, у 7 – различные аллергические проявления, у 5 – длительный субфебрилитет. У всех пациентов заболевание началось с повышения температуры до фебрильных цифр. Факторами риска для развития АЛ явились частые и длительные переохлаждения у 12 наблюдаемых, вдыхание пыли и смол при повышенной влажности в рабочем помещении – у 8, длительные повторные курсы антибиотиков – у всех обследованных, лечение, часто неконтролируемое, ГКС – у 9 пациентов. При параклиническом обследовании у 8 больных выявлена эозинофилия до 43%. До постановки правильного диагноза 9 больных лечились с диагнозом бронхиальной астмы, 6 – с обострениями хронического бронхита, 5 – с пневмонией затяжного течения. АЛ был диагностирован с помощью микологического исследования мокроты, при котором во всех случаях были выявлены аспергиллы, а у 12 также и

кандиды. Всем больным проведено лечение амфотерицином В, 6 – в сочетании с низоралом. Клинический и микологический эффект достигнут у 19 пациентов, у 1 лечение оказалось не эффективным.

II.17.10

РЕЗУЛЬТАТЫ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

О.Б. Аркин, М.А. Дитятковский, Д.В. Штрыголь, А.М. Сухарев, А.И. Аркина
Медицинская академия, Иваново, Россия

Целью настоящей работы явилось изучение особенностей психологического статуса больных бронхиальной астмой (БА).

Обследовано 40 больных БА (22 мужчины и 18 женщин). Тяжесть течения заболевания определялась как лёгкая – у 10 человек, среднетяжёлая – у 25 и тяжёлая – у 5 пациентов. Длительность болезни у 14 обследованных не превышала 5 лет, у 8 больных составляла от 5 до 10 лет, 18 человек страдали БА более 10 лет. Психологическое обследование проводилось в период обострения БА. Помимо психиатрического интервьюирования использовались психодиагностические методики ММРП и ассоциативно-рисуночный тест.

Тревожно-депрессивные расстройства с ипохондрическими включениями пограничного регистра на фоне хронической дезадаптации отмечены в 90% случаев. Обсессивно-фобическая симптоматика выявлена у 55% больных. Элементы деперсонализации (преимущественно аутопсихической с явлениями отчуждения витальных чувств) – у 50% обследованных. 95% пациентов отличались выраженной агрессивностью, субъективно не признаваемой и подавляемой (50%), вытесняемой (40%) или рационализируемой (5%). Черты эмоционального и интеллектуального инфантилизма были выявлены в 80% случаев, выраженная потребность в аффилиации – в 40%. Отмечена склонность к «уходу в болезнь», рентному отношению к заболеванию (65%); тенденция к образованию конверсионной симптоматики отмечалась у 40% обследованных. Все больные отмечали желательность психологической помощи.

Исходя из полученных данных очевидна необходимость психологического консультирования больных БА для выявления и своевременной коррекции пограничных психических расстройств.

II.17.11

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АТОПИЧЕСКОЙ АСТМЫ

Н.Е. Журавлева
ИГМА, Иваново, Россия

Для больных атопической бронхиальной астмой (АБА) характерно снижение CD4+ – лимфоцитов как в стадии обострения, так и в стадии ремиссии заболевания. Достоверное снижение содержания CD4+ лимфоцитов в стадии обострения выявлено у 85% больных АБА, тогда как в стадии ремиссии – у 77% больных.

Однако наиболее характерным и стабильным изменением состава лимфоцитов при АБА оказалось достоверное снижение количества CD8+ – лимфоцитов, как в стадии обострения, так и в стадии ремиссии заболевания. Снижение содержания CD8+ – лимфоцитов в стадии обострения выявлено у всех обследованных больных АБА, в стадии же ремиссии – у 93% больных бронхиальной астмой. Содержание CD8+ лимфоцитов достоверно снижено уже в первый год заболевания АБА и это снижение сохраняется у всех больных независимо от длительности и стадии заболевания.

Как результат изменений в содержании CD4+ и CD8+ – лимфоцитов, которые соответствуют функциональным субпопуляциям Т-хелперов и Т-супрессоров/эффекторов у больных отмечено достоверное повышение хелперно-супрессорного отношения / CD4/CD8 лимфоцитов/ как в стадии обострения, так и в стадии ремиссии заболевания.

Тот факт, что снижение содержания CD4+ – лимфоцитов наблюдается не у всех больных АБА, как в стадии обострения, так и в стадии ремиссии, а CD8+ – лимфоцитов – не у всех больных в стадии ремиссии, свидетельствует об иммунологической гетерогенности больных АБА, что в свою очередь вызывает необходимость дифференцированного подхода при назначении и оценке иммуномодулирующего лечения этих больных.

II.17.12

«ТАМЕРИТ» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА

М.Т. Абидов
Центр современной медицины
Академии оборонных отраслей промышленности, Москва, Россия

Хронические неспецифические заболевания легких (ХНЗЛ), в том числе хронические бронхиты, как правило, сопровождаются нарушениями

иммунного гомеостаза. Лекарственные препараты, традиционно широко применяющиеся в лечении ХНЗЛ, часто не только не исправляют, но и усугубляют иммунодефицит.

Целью работы было исследование клинической эффективности нового препарата Тамерит и его способности корригировать иммунные нарушения у больных хроническим бронхитом.

Исследование проведено на 25 больных гнойным хроническим бронхитом с длительностью заболевания не менее 3 лет. Группа контроля включала 30 больных со сходной формой и длительностью заболевания. Возраст больных контрольной и экспериментальной групп колебался от 20 до 51 года. Для исследования отбирали пациентов с обострением заболевания без выраженных признаков обструкции и вентиляционных нарушений. Все больные получали этиотропное лечение антибактериальными препаратами, патогенетическое и симптоматическое лечение, включающее муколитики, десенсибилизирующие и антигистаминные препараты. В экспериментальной группе больные получали 10 инъекций Тамерита по 0,1 г/мл через день. Лабораторные исследования состояния иммунной системы проводили до начала лечения и через 7 и 30 дней по окончании лечения.

До лечения отмечено достоверное снижение количества CD3+ лимфоцитов, в основном за счет CD3+CD4+ клеток, фагоцитарной активности нейтрофилов, а также показателей внутриклеточных компонентов микробической системы лейкоцитов (содержание гликогена, катионных белков и активности миелопероксидазы).

При использовании Тамерита нормализация температуры тела, исчезновение симптомов интоксикации, купирование приступообразного кашля и отделения гнойной мокроты наблюдалось в среднем на 3-4 дня раньше, чем в контрольной группе. Важно то, что уже в первые дни лечения отделяемая больными мокрота в экспериментальной группе приобретала слизистый характер, тогда как в контроле она дольше оставалась гнойной.

При включении в комплексное лечение Тамерита отмечена достаточно быстрая и стойкая нормализация измененных показателей иммунной системы, тогда как после купирования симптомов обострения гнойного бронхита традиционными методами наблюдалась лишь тенденция к восстановлению иммунных расстройств.

Таким образом, продемонстрирована высокая эффективность Тамерита в коррекции вторичных иммунных нарушений у больных хроническим гнойным бронхитом. Кроме того, отмечено более раннее купирование основных симптомов заболевания при включении испытываемого препарата в схему традиционного лечения хронического бронхита.

II.17.13

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ НАСЛЕДОВАНИЯ ПРИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ

Е.П. Калинина, Т.И. Виткина, С.А. Геронина
НИИ медицинской климатологии и восстановительного лечения, Владивостокский филиал Дальневосточного научного центра патологии и физиологии дыхания СО РАМН, Владивосток, Россия

Хронические неспецифические заболевания легких относятся к группе патологий, при которых зачастую развивается вторичное иммунодефицитное состояние или последнее может явиться причиной развития и хронизации патологического процесса в бронхолегочной системе. Необходимо выявление общих семейных механизмов формирования патологического процесса, изучение причин повышенной восприимчивости к респираторным заболеваниям одних детей и относительной устойчивости других с целью проведения своевременных оздоровительных мероприятий на уровне семьи. В этой связи интерес представляет изучение количественных характеристик клеток лимфоцитарного ряда и параметров гуморального иммунитета в семьях больных с респираторной патологией.

Целью работы явилось установление клинко-иммунологических механизмов формирования бронхолегочной патологии в нескольких поколениях семьи.

Обследовано 167 человек из 65 семей с респираторной патологией в трех поколениях в возрасте от 20 до 50 лет, где пробандом явился больной бронхиальной астмой или хроническим бронхитом. В исследованиях применялся двухэтапный принцип анализа иммунологических показателей. Для прогностической оценки изменений иммунного статуса использовался матричный метод статистического анализа.

В результате исследования было показано, что доминирующими признаками в генезе бронхиальной астмы в трех поколениях является активация гуморального звена иммунитета за счет повышенного содержания IgE и циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) и дефицит клеточного звена, обусловленный недостаточностью лейкоцитов, лимфоцитов и Е-РОК. Ведущими факторами в генезе хронического бронхита в трех поколениях являются активация работы гуморального звена, опосредуемая увеличением IgM, ЦИК и дефицит фагоцитарного звена за счет угнетения фагоцитарной активности нейтрофилов, фагоцитарного резерва. Передача биологических дефектов, проявляющихся сложными интегративными сдвигами в иммунной системе, имеющими в своей основе изменение реактивности иммунокомпетентных клеток, напряжение и истощение ком-

пенсаторных механизмов, осуществляется от пробандов к потомкам второго поколения (внукам), что указывает на возможность их усугубления в будущем и усиления через поколение.

II.17.14

НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ДЕТЕЙ С ОТЯГОЩЕННЫМ АНАМНЕЗОМ ПО БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ

Е.В. Павлушенко

НИИ медицинской климатологии и восстановительного лечения, Владивостокский филиал Дальневосточного научного центра патологии и физиологии дыхания СО РАМН, Владивосток, Россия

Одной из неспецифических функций легких является участие в метаболизме липидов. Благодаря наличию высокоактивных ферментов в легком активно протекают липолитические процессы. При острых и хронических заболеваниях легких наблюдаются определенные закономерности изменения липидов, проявляющиеся снижением синтезэнергозависимых липидов — общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), триглицеридов (ТГ). При затяжном течении патологического процесса отмечается истощение адаптационных ферментативных систем, что вызывает ослабление в легочной ткани процессов утилизации жирных кислот, снижении инактивации липидов и способствует поступлению липидов в кровеносное русло.

Цель работы — изучить изменения в липидном спектре сыворотки крови у детей, прямых потомков больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких (ХНЗЛ).

Обследовано 105 детей в возрасте от 7 до 15 лет с отягощенным семейным анамнезом по ХНЗЛ. В I группу были включены дети, имеющие заболевания бронхолегочной системы (49 человек), во вторую — без заболеваний со стороны респираторного тракта (56 человек). В результате проведенного обследования выявлено, что нарушения липидного обмена обнаруживаются в обеих группах детей в виде повышения ОХС, ТГ, что свидетельствует о развитии гиперлипидемии, но у детей с наличием заболеваний респираторного тракта количество случаев с нарушениями липидного обмена преобладает по сравнению со II группой детей. Повышение ОХС встречалось у 36,7% детей, ХС ЛПОНП у 42,8% детей I группы, что в 1,5 раза чаще, чем у детей II группы. Снижение антиатерогенной фракции липидов ХС ЛПВП также в 1,5 раза чаще отмечалось в группе детей с наличием заболеваний респираторной системы (у 28,6% обследуемых). С целью коррекции выявленных нарушений использовали пищевую добавку Гербамарин, состоящую из экстрактов дальневосточных трав, пектинов, биологически активных веществ морских гидробионтов из расчета 5 мл 2 раза в день в чае или минеральной воде. На фоне приема Гербамарина отмечено снижение ОХС на 8,7% и повышение ХС ЛПВП на 13,5%.

Полученные результаты свидетельствуют о наличии нарушений в липидном спектре у детей прямых потомков больных ХНЗЛ, что обуславливает необходимость использования средств нормализующих липидный обмен. В виде липидокорректирующих средств целесообразно применение немедикаментозных методов, в том числе и пищевых добавок.

II.17.15

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТИНРОСТИМА-СТ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ РЕЗИСТЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ

Н.В. Козьявина, С.А. Геронина

НИИ медицинской климатологии и восстановительного лечения, Владивостокский филиал Дальневосточного научного центра патологии и физиологии дыхания СО РАМН, Владивосток, Россия

Тинростим (синоним — ганглиин) — биологически активная пищевая добавка лечебно-профилактического действия, выделенная из оптических ганглиев промыслового вида кальмара Тихого океана *Berriuteuthis magister*, разработана учеными Тихоокеанского института рыбного хозяйства и океанологии и НИИ экспериментальной медицины СО РАМН. Экспериментальные работы доказали, что Тинростим-СТ, представляющий собой полипептид, обладает высокой иммуномодулирующей активностью, стимулирует специфические и неспецифические реакции гуморального и клеточного иммунитета. Одним из основных механизмов действия Тинростима является усиление функциональной активности клеток системы мононуклеарных фагоцитов. Установлено также противовоспалительное, антибактериальное, антигистаминное действие.

Целью работы является изучение влияния пищевой добавки Тинростим-СТ на уровень резистентности у больных хроническим бронхитом.

Проведено изучение влияния Тинростима-СТ на содержание малонового диальдегида (МДА), состояния антиоксидантной активности (АОА),

уровень клеточного и гуморального иммунитета у больных хроническим бронхитом в период ремиссии. Обследовано 13 пациентов в возрасте от 23 до 61 года. Среди которых преобладали женщины. Оценка действия препарата проводилась до и после 10-дневного курса лечения в профилактической дозе по 1 таблетке 1 раз в день до еды. У 38% больных до приема препарата отмечалось повышение МДА и АОА, у 15% снижение уровня иммуноглобулина А (IgA) и фагоцитарной активности. На фоне проводимого лечения установлено снижение исходно повышенного уровня МДА на 15%, АОА на 23%, наблюдалась нормализация IgA у 15% больных, отмечено повышение на 20% фагоцитарной активности у 23% пациентов. Стимулирующий эффект препарата проявлялся увеличением Е-РОК на 15% и Т-супрессоров на 8%.

Таким образом, использование Тинростима-СТ для профилактического лечения больных хронической бронхолегочной патологией способствует повышению резистентности, оказывая мягкое иммуномодулирующее действие на звенья клеточного и гуморального иммунитета, системы перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты.

II.17.16

КРИОТЕРАПИЯ НА ЭТАПЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ

Н.С. Айрапетова, А.Н. Анисимкина, О.Ф. Кузнецов, Е.М. Стяжкина, Ю.В. Доронина, Е.В. Гонтарь, Н.А. Деревнина

РНЦ восстановительной медицины и курортологии МЗ РФ, Москва

Неуклонный рост заболеваемости, утяжеление течения, раннее развитие осложнений, приводящих к высокой инвалидизации и смертности населения требуют разработки новых, в том числе немедикаментозных, методов лечения больных хроническим обструктивным бронхитом (ХОБ).

В последнее время в научной и практической медицине проявляется интерес к методам криотерапии, основанным на отведении тепла из тканей организма с целью получения болеутоляющего, противовоспалительного, миорелаксирующего, гемостатического и противовоспалительного эффекта (Ю.Ю. Гуравичус 1988, В.Д. Григорьева 1991, О.Ф. Кузнецов 1992). Несмотря на наличие теоретических предпосылок для применения метода, до настоящего времени криомассаж у больных с заболеваниями органов дыхания не применялся.

Клинические наблюдения проведены у 33 больных ХОБ в фазе полной и неполной ремиссии, с дыхательной недостаточностью I и II степени. Среди сопутствующей патологии наиболее часто встречались заболевания верхних дыхательных путей, мочевыделительной и половой систем воспалительного генеза, опорно-двигательного аппарата, желудочно-кишечного тракта.

Проводили криомассаж спины и передней поверхности грудной клетки криопакетом температурой 21° — 23°С, сначала осуществлялось поглаживание, затем кратковременные аппликации (5-10 с). Криомассаж проводили в два цикла по 3-5 минут каждый с двухминутным перерывом, ежедневно, на курс 10-12.

Установлено улучшение функции внешнего дыхания в виде увеличения форсированной жизненной емкости легких, проходимости дыхательных путей на уровне их периферических отделов, тенденция к снижению обструкции бронхов среднего калибра. Отмечено десенсибилизирующее действие, а также улучшение субпопуляционных взаимоотношений Т-лимфоцитов, обусловленное увеличением уровня Т-хелперов/индукторов, уменьшением содержания Т-супрессоров/киллеров, сопровождающееся увеличением пролиферативной способности клеточного звена иммунной системы. На активность воспаления криомассажа влияния не оказал. Клиническая эффективность составила 78,8%. Отсутствие динамики отмечено у больных бронхиальной астмой средней степени тяжести, а также у пациентов с сопутствующими экстрапульмональными воспалительными заболеваниями.

II.17.17

ПРИМЕНЕНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

И.В. Ксенофонтова, Л.Д. Госн, С.А. Бугаев, А.Г. Малявин, Е.А. Турова, Н.А. Деревнина, А.С. Бобкова, Ю.В. Доронина, О.Д. Лебедева
Российский Научный Центр восстановительной медицины и курортологии МЗ РФ, Москва

Бронхиальная астма (БА) до настоящего времени остается одним из самых тяжелых заболеваний органов дыхания. Медикаментозная терапия, несмотря на значительные успехи в купировании приступов и лечении обострений, пока в должной мере не обеспечивает контролируемую ремиссию и часто сопровождается побочными эффектами. Кроме того, ее применение существенно ограничивается наличием у больных БА ряда сопутствующих заболеваний, в частности, тиреоидной патологии.

Исследовались три группы больных БА: больные 1-ой группы (70 человек) получали процедуры интервальных гипоксических тренировок (ИГТ), 2-ой (34 человека) и 3-ей (31 человек), в которую были включены больные с сопутствующей патологией щитовидной железы, лечились синусоидальными модулированными токами (СМТ) транскеребрально.

Пациенты всех групп получали лечебную дыхательную гимнастику, психорелаксацию и базисную медикаментозную терапию по показаниям.

Использование методики ИГТ позволяло улучшить клинико-функциональное состояние больных интермиттирующей, легкой и среднетяжелой БА (уменьшить в 5 раз количество или прекратить возникновение приступов респираторного диспноэ, оказать протективное действие в отношении развития ОРВИ у данной группы больных). Наблюдалось увеличение легочных объемов, улучшение бронхиальной проходимости преимущественно на уровне периферических отделов дыхательных путей. По данным эхокардиографии снижалось напряжение передней стенки правого желудочка и интрамурального давления в систолу. По результатам психологического тестирования САН и «Спилбергер» снизился уровень реактивной и личностной тревог, депрессии; повысился уровень самочувствия, активности, настроения.

Под влиянием транскеребрального воздействия СМТ у больных БА легкого и среднетяжелого течения отмечается сокращение частоты приступов удушья и потребности в бронхолитиках в среднем в 3 раза. Назначение метода обеспечивает прирост показателя клинической эффективности у пациентов с неизменным тиреоидным статусом на 44%, при сочетанной патологии — на 30%. Улучшение показателей бронхиальной проходимости отмечается как у больных второй, так и у больных третьей групп. Увеличение легочных объемов в большей степени выявлено у лиц с исходно измененными значениями. Отмечено умеренное противовоспалительное и десенсибилизирующее действие у всех больных БА; иммуномодулирующее действие в виде нормализации количества и функциональной активности Т-лимфоцитов, устранение дисбаланса субпопуляций, повышение ассоциативности иммунологических показателей (более выраженная динамика наблюдалась в группе с интактной щитовидной железой). Благоприятно изменялся тиреоидный статус больных БА (нормализация исходно измененного уровня Т4). Согласно полученным данным сопутствующее аутоиммунное поражение щитовидной железы не является противопоказанием для транскеребрального применения СМТ.

II.17.18

ВОЗМОЖНОСТИ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ БРОНХООБСТРУКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ АСТМЕ

Е.А. Жук

Медицинская академия, Иваново, Россия

Высокая распространенность бронхиальной астмы, недостаточная эффективность традиционных средств лечения, необходимость длительного приема лекарственных препаратов, частота побочных эффектов при их применении обуславливают интерес к немедикаментозной терапии при данной патологии. Целью настоящего исследования являлась оценка влияния инфракрасного лазерного излучения на клинические проявления, показатели функции внешнего дыхания, состояние легочного кровотока у больных бронхиальной астмой в фазе обострения заболевания. Пациенты основной группы /90 человек/ наряду с медикаментозным лечением получали лазеротерапию с использованием полупроводникового импульсного лазерного терапевтического устройства с длиной волны излучения 0,89 мкм. Осуществлялось чрескожное воздействие на определенные зоны грудной клетки. В контрольной группе проводилась общепринятая лекарственная терапия. До и после лечения оценивалось клиническое состояние больных, функция внешнего дыхания с использованием фармакологических проб, реография легких. Применение лазеротерапии способствовало более полному купированию симптомов обострения: прекращению приступов удушья, кашля, уменьшению потребности в ингаляциях бета2-агонистов короткого действия. Наиболее отчетливое преимущество дополнения медикаментозного лечения лазеротерапией отмечено в подгруппе больных со средней степенью тяжести заболевания. Выявлена достоверная зависимость выраженности положительного эффекта лазеротерапии на состояние бронхиальной проходимости от величины прироста ОФВ1 при исходной пробе с фенотеролом. Можно предполагать, что лазеротерапия более эффективна при преобладании бронхоспазма в генезе обструктивных нарушений. По данным реографии отмечено улучшение гемодинамики малого круга кровообращения под влиянием инфракрасного лазерного излучения. Таким образом, данный вид лазеротерапии может оказывать полезным в комплексном лечении больных бронхиальной астмой.

II.17.19

ИММУНОХИМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ГИДРОЛАЗ И ОСТРОФАЗОВЫХ БЕЛКОВ МОКРОТЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ

Т.Н. Ермолаева, А.Е. Сухарев, Г.А. Трубников
Астрахань, Россия

Из-за отсутствия надежных лабораторных тестов состояние непосредственно слизистой оболочки бронхов при хроническом бронхите мало учитывается в клинической практике, что приводит к неадекватной терапии и таким неблагоприятным исходам, как: несостоятельность культуры бронха после его резекции, развитию деформирующего эндо- и перибронхита, бронхоэктазов, пневмосклероза, метаплазии, гиперплазии, малигнизации.

С целью разработки адекватных диагностических тестов исследовано содержание плацентарной щелочной фосфатазы (ПЩФ), тканевой эстеразы (ТЭ), лактоферрина (ЛФ), альбумина (А), РЭА и острофазовых белков в мокроте и аспирационном материале бронхов у 580 больных неспецифическими заболеваниями легких (НЗЛ), раком (РЛ) и туберкулезом легких (ТЛ) пульмонологических и торакальных отделений 1-ОКБ, ООД и противотуберкулезного диспансера.

Обнаружена высокая корреляция содержания указанных антигенов в бронхиальном секрете со степенью выраженности эндобронхита и деструктивных процессов в бронхолегочной системе. В 70-80% при раке легкого и в 20-22% при НЗЛ и ТЛ в мокроте обнаруживаются ассоциированные с малигнизацией термостабильные изоэнзимы гидролаз.

Обнаруженные изменения бронхиального секрета включены в алгоритм диагностики, лечения, диспансерного наблюдения и реабилитации больных с бронхо-легочной патологией.

II.17.20

К ВОПРОСУ О ПРОГНОЗИРОВАНИИ ТЕЧЕНИЯ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

А.В. Водопьян

Кафедра госпитальной терапии Амурской государственной медицинской академии, зав. каф. д.м.н., проф. Ю.С. Ландышев, Амурская областная клиническая больница, Благовещенск-на-Амуре, Россия

Проведено было комплексное обследование 187 пациентов с бронхиальной астмой (БА). У 86 (45,98%) больных БА выявлен рефлюкс-эзофагит (РЭ). Наиболее тяжело БА протекала у больных с выявленным рефлюкс-эзофагитом (коэффициент корреляции $r=0,7$). Среди всех больных БА большинство страдали заболеванием от 5 до 10 лет. У 19 человек возникновение первых приступов удушья было связано с наличием гастроэзофагеальных дисфункций. Развитие типичных для РЭ жалоб у других больных с развитием РЭ в более поздний период заболевания обусловлено вторичными изменениями, зависящими от степени тяжести и лечения. Для выявления микроаспирации в бронхи при РЭ проводилось радиоизотопное исследование больных БА после предварительного введения в желудок через зонд пищи, меченой изотопом Au198. Полученные данные позволяют отметить возрастание числа микроаспирации в легкие в результате нарушения эзофагеального сфинктера и наличия рефлюкс-эзофагита у больных БА. Эрозивно-язвенные нарушения слизистой оболочки при бронхиальной астме имеют торпидное течение и требуют постоянной длительной терапии. Лечение рефлюкс-эзофагита у больных бронхиальной астмой проводилось с применением спазмолитиков, антацидов и использованием блокаторов H_2 -рецепторов гистамина, в частности кваматела (фамотидина). С профилактической целью использовались методы математической и прикладной статистики с целью прогнозирования течения бронхиальной астмы при присоединении рефлюкс-эзофагита.

II.17.21

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПЕПТИЧЕСКОГО ЭЗОФАГИТА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

А.В. Водопьян, Ю.С. Ландышев

Кафедра госпитальной терапии Амурской государственной медицинской академии, зав. каф. д.м.н., проф. Ю.С. Ландышев, Амурская областная клиническая больница, Благовещенск-на-Амуре, Россия

Проведено было комплексное обследование 187 пациентов с бронхиальной астмой (БА). У 86 больных БА выявлен рефлюкс-эзофагит (РЭ). Выявлено, что при присоединении РЭ бронхиальная астма начинает приобретать интермиттирующий характер. У 19 человек возникновение первых приступов удушья было связано с наличием гастроэзофагеального и эзофагобронхиального рефлюксов, которые усиливались в положении ле-

жа, во время и после кашля. Рефлюкс-эзофагит формируется в результате гипоксических изменений в пищеварительной системе, наличия сопутствующей патологии, применения кортикостероидов, холинолитиков, производных метилксантинов у больных БА и способствует утяжелению течения бронхиальной астмы путем микроаспирации. Наблюдается хронизация первоначально функциональных в виде гастроэзофагеального рефлюкса, а затем и органических с формированием рефлюкс-эзофагита нарушений. Следовательно, по законам динамических изменений биологических объектов нарастают патологические процессы полиорганной системы пищевод – бронхи. Подобный синдром определяется в большей степени не возрастом, а длительностью функционирования каждой системы с явлениями ее декомпенсации.

II.17.22

ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ ПНЕВМОНИИ И НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРОНИЦАЕМОСТИ МЕМБРАН, ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА И СОДЕРЖАНИЯ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ

Н.Б. Амиров
КГМУ, Казань, Россия

Цель исследования: изучение влияния лазерной терапии (ЛТ) на проницаемость мембран эритроцитов (ЭР) и содержание микроэлементов в сыворотке крови больных пневмонией.

Материал и методы: обследовано 46 пациентов. Контроль 40 больных пневмонией, не получавших ЛТ. ЛТ проводилась инфракрасная лазером по контактной методике. Содержание микроэлементов в сыворотке определялось методом атомно-абсорбционной спектроскопии. Проницаемость мембраны ЭР для натрия методом определения максимальной скорости Na-Li-противотранспорта (Na-Li-P).

Результаты: состояние Na-Li P в ЭР у больных пневмонией после ЛТ колебалось 97–401 до и 110–398 после лечения в среднем 257,65±19,68 и 250,41±18,04 соответственно. Установлено, что наиболее существенное снижение происходит 3-й квинтиль у мужчин (от 281 до 148). Указанные изменения коррелируют с содержанием железа (Fe) в сыворотке крови. Выявлено повышение содержания Fe в сыворотке крови больных от 2,43 до 3,75. Установлено, что у мужчин происходит нарастание содержания Fe от 2,43 до 3,75, тогда как у женщин снижение от 2,30 до 1,94. Выявлено существенное уменьшение (от 0,767 до 0,21) содержания стронция (Sr). Максимальные значения выявляются у мужчин и снижение содержания Sr находится в пределах от 0,767 до 0,113, тогда как у женщин наоборот наблюдается рост от 0,21 до 0,145. Выявлено достоверное (p<0,05) понижение содержания хрома от 0,174 до 0,109 мкг/мл, умеренное снижение содержания меди от 0,623 до 0,602 мкг/мл, увеличение содержания цинка от 0,499 до 0,541 мкг/мл. Установлено влияние ЛТ на содержание иммуноглобулинов классов А, М, G и циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК).

Заключение: ЛТ оказывает влияние на проницаемость клеточных мембран эритроцитов в сторону ее понижения, влияет на баланс микроэлементов в сыворотке крови и показатели иммунитета.

II.17.23

ЭФФЕКТ КИРЛИАН У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Р.А. Александрова, К.Г. Коротков, Н.А. Филиппова, С.В. Зайцев, М.Я. Магидов
Санкт-Петербургский Государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Россия

Эффект Кирлиан – разновидность электролюминесценции биообъектов. Усиление люминесценции пальцев рук вызывается ультракоротким газовым разрядом в электрическом поле высокой напряженности. С целью изучения особенностей передачи информации о состоянии здоровья через энергограмму обследовано 294 больных бронхиальной астмой (БА) и 29 практически здоровых лиц. Использовался программно-аппаратный комплекс «Корона-ТВ». У больных БА были достоверно ниже, чем у здоровых, коэффициенты эмиссии и формы энергограммы. Нарастание тяжести БА сопровождалось снижением этих показателей. Ни у одного больного БА из получавших различные схемы медикаментозной терапии не отмечалось столь выраженной гармонизации энергограммы по всем показателям, как после курсового лечения акупунктурой (АП). Нарастание позитивных сдвигов энергограммы в процессе курсового лечения АП подтверждает патогенетический характер действия АП на больных БА.

Выявленные достоверные связи между выраженностью нарушений перфузии в легких по данным скинтиграфии и показателями энергограммы свидетельствуют о существенной роли микроциркуляторных устройств в патогенезе изменений энергограммы у больных БА. При преобладании нарушений перфузии в одном из легких на энергограмме пятого пальца с одноименной стороны отмечалось снижение показателей энерго-

граммы, что подтверждает канальные проекционные связи функциональных систем организма.

Полученные данные свидетельствуют о том, что энергограмму можно использовать в качестве экспресс-метода синдромной оценки состояния больных и контроля энергоинформационных влияний препаратов и методов лечения.

II.17.24

РЕСПИРАТОРНЫЕ ТРЕНИРОВКИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

О.В. Марьянова, И.П. Основина, Т.В. Ельникова
Ивановская государственная медицинская академия, Областная клиническая больница, Иваново, Россия

Терапия бронхиальной астмы (БА) на сегодняшний день остается одной из актуальных проблем в клинической медицине. Комплексная терапия данной патологии предусматривает использование наряду с традиционной медикаментозной терапией методов физического воздействия.

Целью исследования было определение целесообразности применения тренировок на дыхательном тренажере Фролова ТДИ-01 и метода чрезкожной электростимуляции диафрагмальной мышцы у пациентов БА в период обострения.

Было обследовано 18 больных БА (8 мужчин, 10 женщин) в возрасте от 16 до 62 лет, которым в комплекс лечебных мероприятий включались групповые занятия на ТДИ-01, а также 25 пациентов БА (13 мужчин, 12 женщин) в возрасте от 15 до 60 лет, которые получали базисную медикаментозную терапию и ЧЭСДм.

Всем пациентам определяли пиковую скорость выдоха (ПСВ) по данным пикфлоуметрии. При анализе данных на пятую процедуру у больных на фоне занятий с ТДИ-01 прирост показателя ПСВ составил +19,3%, тогда как в группе получавших ЧЭСДм он составил +8,8%. К десятой процедуре изменение ПСВ составило +29,6% (с использованием ТДИ-01) p<0,05 и +17,6% (с использованием ЧЭСДм) p>0,05.

Динамика показателя ПСВ зависит от пола, возраста и давности заболевания: он выше у женщин +20,2% (при использовании ТДИ-01) и +10,4% (при ЧЭСДм), тогда как у мужчин +18,2% и 7,4% соответственно. Наиболее «эффективной» возрастной группой оказались пациенты 31–45 лет, при давности заболевания до 5 лет (при ТДИ-01) и до 1 года и более 5 лет (при ЧЭСДм).

Таким образом, анализ динамики показателей ПСВ дает возможность оценить дыхательные тренировки с использованием ТДИ-01 в комплексе лечебных мероприятий как наиболее эффективный и патогенетически обоснованный компонент лечения БА, направленный на повышение потенциала дыхательной мускулатуры и на коррекцию газового метаболизма.

II.17.25

ИММУНОРЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

А.В. Лутай, Л.Я. Корнилов, Е.Г. Ефимова, Л.А. Егорова
ИГМА, Иваново, Россия

С целью коррекции иммунологических нарушений проведено комплексное лечение 120 больных пневмонией, 191 больного хроническим бронхитом и 195 – бронхиальной астмой с использованием полупроводникового импульсного лазерного аппарата «ЭЛАТ» с длиной волны 0,89 мкм.

Динамика иммунологических показателей при пневмонии на фоне инфракрасной лазеротерапии (ЛТ) была неоднозначной. Исходно повышенный уровень иммуноглобулинов А и G имел тенденцию к нормализации, а уровень Т-лимфоцитов повышался. Исходно пониженное содержание Т-ч клеток имело тенденцию к повышению и нормализации при легком течении болезни. Достоверно повышался показатель фагоцитарной активности нейтрофилов. Проведенное исследование позволило выявить характерные изменения системного иммунитета на фоне ЛТ у больных хроническим бронхитом. Повышался исходно низкий уровень Т-лимфоцитов, Т-р клеток и В-лимфоцитов, уменьшался дисбаланс сывороточных иммуноглобулинов, нормализовалась фагоцитарная активность нейтрофилов. Последующий иммунологический контроль показал, что наилучший уровень функционирования иммунной системы наблюдался к концу 2-го месяца. На фоне традиционной медикаментозной терапии динамика параметров системного иммунитета была менее выраженной. У больных бронхиальной астмой, не получавших ГКС, применение ЛТ сопровождалось повышением Т-лимфоцитов, Т-ч и Т-р клеток, снижением числа эозинофилов. Наблюдаемые изменения, по-видимому, отражали снижение активности воспалительного процесса при выходе из обострения. В то же время повышение Т-р клеток позволяет предположить наличие у инфракрасного лазерного излучения иммуностимулирующего эффекта. У больных, получавших ГКС, достоверной динамики показателей иммунологической реактив-

ности не наблюдалось. Сравнительный анализ итогов лечения показывает, что применение низкоинтенсивного лазерного излучения способствует реабилитации иммунологической реактивности у больных неспецифической патологией органов дыхания.

II.17.26

АСТМА-ШКОЛА — КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

О.В. Пугачева, И.М. Кулманакова, Ю.А. Петровская, Л.М. Огородова
СГМУ, Томск, Россия

Современные достижения медицины позволяют предложить каждому ребенку, больному бронхиальной астмой (БА), эффективное лечение. Однако практика свидетельствует, что до 50% больных игнорируют назначения врачей, самостоятельно прекращают лечение. В связи с этим важнейшей задачей в лечении больных является обучение родителей и пациентов в астма-школах. Задачи таких школ конкретны — оптимизация лечения больных БА.

Целью данной работы является оценка роли астма-школ в повышении качества диагностики и лечения больных БА.

Было обследовано 72 ребенка, прошедших астма-школу в течение 1999 года. Методическую поддержку осуществляла фармацевтическая компания ГлаксосВеллком, для младших школьников использовалась методика сказкотерапии Мишуковой Н.Г. Для оценки эффективности образования больных проводили анкетирование, клиническое наблюдение, пикфлоуметрическое мониторирование.

В результате клинического наблюдения и пикфлоуметрического мониторинга первоначальный диагноз пересмотрен у 40% больных: у 30% — установлена легкая, у 66% — средняя, у 4% — тяжелая БА. У всех больных имела место БА, atopическая форма заболевания. В качестве базисной терапии назначено противовоспалительное лечение по принципу «ступеней», в адаптированном для больных варианте (система зон). Результатом внедрения программной терапии стало изменение соотношения использования противовоспалительных и симптоматических препаратов с 1/3 до 5/1. Причем до 56% увеличилось количество больных, применяющих порошковые системы доставки. Образование в астма-школе и оптимизация программной терапии позволили перевести астму в более легкую степень у 46% больных, в 2 раза снизить количество койко-дней пребывания в стационаре, в 7 раз — число вызовов скорой медицинской помощи. Значительно сократилось количество обострений на одного больного в год с 3,5 до 1,0, а также обострений, повлекших госпитализацию, с 3,3 до 0,9.

Таким образом, астма-школа позволила улучшить показатели эффективности реабилитации детей, больных бронхиальной астмой.

II.18. Ревматология

II.18.1

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АСПИРИНА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ГЕМОСТАЗА И УМЕНЬШЕНИЯ КЛАПАННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПРИ РЕВМАТИЗМЕ

А.В. Лебедева, В.А. Бобков, С.Е. Мясоедова, А.С. Сальников
Ивановская гос. медакадемия, Иваново, Россия

Среди факторов формирования и прогрессирования ревматических пороков сердца (РПС) определенная роль отводится микротромбообразованию на створках пораженных клапанов в рамках общей тромботической тенденции. Одной из причин усиления свертывания крови при острой ревматической лихорадке (ОРЛ) может быть влияние на гемостаз антител к кардиолипину (а-КЛ), часто выявляемых при данной патологии. Свои действия они осуществляют, вероятно, через ускорение начальных этапов свертывания крови и активацию агрегации тромбоцитов. Поэтому возможным способом медикаментозной коррекции данных нарушений является использование дезагрегантов. Нами проведено комплексное динамическое исследование состояния гемостаза, включая а-КЛ, у 34 больных ОРЛ в сравнении с 40 практически здоровыми донорами. Антитела к КЛ наиболее часто встречались у пациентов в первые три месяца ревматической атаки и сохранялись в крови в течение всего периода ревмокардита. Длительность их обнаружения соответствовала тяжести и продолжительности ревмокардита ($r=0,66$). Выявление а-КЛ в высоких титрах сочеталось с ускорением начальных этапов свертывания крови ($r=-0,3$) и активацией аг-

регации тромбоцитов с укорочением времени их агрегации с АДФ ($r=-0,37$). Подобные изменения были наиболее выражены у больных с формированием и прогрессированием РПС в исходе ревматической атаки. С целью нормализации показателей гемостаза в комплексную терапию были включены малые дозы аспирина (0,25 в сутки). На фоне его приема произошло достоверное снижение агрегационной активности тромбоцитов и удлинение времени свертывания крови, несмотря на сохранение в крови а-КЛ. Таким образом, применение малых доз аспирина способствует уменьшению тромботического эффекта а-КЛ, как одного из факторов формирования и прогрессирования РПС и может повлиять на исходы ревматической атаки.

II.18.2

АНТИТЕЛА К ЭПИТЕЛИАЛЬНЫМ КЛЕТКАМ ТИМУСА И ПИЩЕВОДА И ДИНАМИКА РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ СУСТАВОВ В ФАЗЕ РЕМИССИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Н.А. Аркина, О.Б. Аркин, А.М. Сухарев, В.А. Бобков
Медицинская академия, Иваново, Россия

В течение двух лет была прослежена динамика рентгенологических изменений суставов кисти и запястья у 21 больного с лекарственно индуцированной ремиссией (по критериям ARA, 1987) ревматоидного артрита (РА) в зависимости от обнаружения в сыворотках крови этих пациентов антикератиновых антител (АКА) и антител к эпителиальным клеткам тимуса (АЭТ). За указанный период времени не произошло нарастания костных эрозий, однако средняя величина коэффициента прогрессирования сужений суставных щелей в целом у всех наблюдавшихся составила $0,28 \pm 0,24$ балла. При этом отрицательное значение данного коэффициента ($-0,96 \pm 0,69$ балла) было получено у больных не имевших АКА и АЭТ, что может указывать на возможные процессы репарации суставных хрящей у них. В то же время у лиц, сыворотки крови которых содержали исследуемые антитела, значение коэффициента прогрессирования сужений суставных щелей оказалось наибольшим и составило $0,50 \pm 0,44$ балла ($p < 0,05$). Таким образом, нарастающее в период клинической ремиссии РА повреждение суставов при наличии в сыворотках крови больных АКА и АЭТ свидетельствует о сохранении не проявляющейся клинически активности заболевания.

II.18.3

КИСЛОТНО-ОСНОВНОЕ СОСТОЯНИЕ СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ДО И В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ

В.А. Бобков, Т.Н. Брыленкова, О.Б. Аркин
Медицинская академия, Иваново, Россия

Исходя из воспалительной природы ревматоидного артрита (РА) важным представляется исследование кислотно-основного состояния (КОС) синовиальной жидкости (СЖ), изменения которой отражают процессы, происходящие в синовиальной оболочке.

Обследовано 32 больных РА (20 женщин и 12 мужчин) в возрасте от 20 до 50 лет. Давность заболевания не превышала 1 года и никто из больных перед исследованием не получал препаратов группы НПВС и базисной терапии. Специальные исследования включали определение pH, парциального давления углекислоты (p_aCO_2) и дефицита оснований (ДО) СЖ. Исходные показатели pH составили в среднем $7,26 \pm 0,01$ (норма — 8,22), ДО в среднем $7,68 \pm 0,71$. Проведение в течение 10 дней курса лечения НПВС вызвало дальнейшее снижение pH СЖ. На фоне проведения местной лазеротерапии на пораженные суставы наблюдалось уменьшение ацидоза в СЖ с повышением уровня pH с одновременным снижением ДО и уровня p_aCO_2 . Более отчетливым было уменьшение ацидотического сдвига у пациентов с клиническим улучшением в виде стихания болей в суставах, увеличения объема движений в них. При последующем наблюдении на фоне базисной терапии тауредоном и метотрексатом через 2, 5 и 12 месяцев уровень pH СЖ практически оставался ниже нормы, ДО незначительно уменьшился при более заметном снижении p_aCO_2 .

II.18.4

ПРИЗНАКИ, СОПРЯЖЕННЫЕ С РИСКОМ ОБОСТРЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ПРИ ЛЕКАРСТВЕННО ИНДУЦИРОВАННОЙ РЕМИССИИ

А.М. Сухарев, О.Б. Аркин, В.Р. Чудецкая, Е.И. Копилов, К.Ю. Гусева
Медицинская академия, Иваново, Россия

В течение от 6 до 36 мес. наблюдали 49 больных ревматоидным артритом (РА) в фазе ремиссии (по критериям ARA, 1987), индуцированной и

поддерживаемой препаратами золота. На фоне продолжающейся терапии у 14 человек имели место рецидивы активности воспалительного процесса в суставах. Ретроспективный анализ клинических данных позволил выявить прямую сильную ассоциативную связь ($Q=0,81$) развития обострений заболевания с сохраняющимися на протяжении всего времени наблюдения припухланиями суставов. Наряду с этим рецидивы активности РА ассоциировались с наличием в сыворотках крови больных антинуклеарных антител (АНА), антител к эпителиальным клеткам тимуса (АЭТ) и базальному эпителию пищевода (АЭП). Однако при обнаружении АНА эта связь оказалась прямой и сильной ($Q=0,92$) только в течение первых 12 мес. клинической ремиссии РА, а при обнаружении АЭТ и АЭП — соответственно в течение последующих 12 ($Q=1,0$) и 24 ($Q=0,87$) мес. наблюдения. Таким образом, несмотря на индукцию клинической ремиссии РА, полученные результаты позволяют говорить о возможной необходимости коррекции базисной терапии при сохранении у больных припухланий суставов и наличии в сыворотках крови АНА, АЭТ и АЭП.

II.18.5

РЕАБИЛИТАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ СУСТАВОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРЕПАРАТА ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ ω -3 СЕРИИ

Н.С. Юбицкая, Т.Л. Магалиш

НИИ медицинской климатологии и восстановительного лечения, ВФ ДНЦ ФПД СО РАМН, Владивосток, Россия

При заболеваниях суставов важное значение имеют методы локальной терапии, которые позволяют избежать воздействия на весь организм, обеспечивая адресную доставку препарата в очаг поражения и оказывая местный противовоспалительный эффект.

Целью настоящего исследования являлась разработка метода фонофореза с использованием препарата полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК) ω -3 серии морского происхождения и изучение его эффективности в лечении и реабилитации больных с остеоартрозом (ОА) и ревматоидным артритом (РА).

Под наблюдением находились лица с ОА — 49 человек и с РА — 61 пациент в возрасте от 15 до 70 лет. У больных ОА при поступлении в 7 случаях выявлен синовит. Лиц с I степенью активности РА наблюдалось — 15 человек, со II — 28 и с III — 18 пациентов. Основой лечебного комплекса являлось назначение фонофореза с препаратом ПНЖК ω -3. При проведении исследования отмечена положительная динамика клинического течения заболеваний в виде уменьшения выраженности болевого синдрома, отека и гиперемии периартикулярных тканей в 100% случаев. В результате комплексной терапии больных РА число лиц со II и III степенью активности воспалительного процесса уменьшилось в 3 раза. При этом III степень активности РА в конце лечения не наблюдалась ни у одного больного. У всех пациентов отмечена тенденция к нормализации клеточного состава периферической крови, снижению С-реактивного белка, серомукуида, фибриногена, дифениламиновой реакции. Данный эффект обусловлен тем, что ПНЖК ω -3 серии являются обратимыми ингибиторами синтеза простагландинов и лейкотриенов, образованных из арахидоновой кислоты, обладающих противовоспалительными свойствами.

Полученные результаты показали, что фонофорез препарата ПНЖК ω -3, действуя непосредственно на пораженную область суставов, оказывает противовоспалительное действие, не вызывает побочных проявлений и обладает хорошей переносимостью. Применение фонофореза препарата ПНЖК ω -3 является патогенетически обоснованным методом комплексной терапии заболеваний суставов.

II.18.6

НЕИНВАЗИВНАЯ ГЕМОЛАЗЕРОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

В.Д. Сидоров, Д.Р. Мамияева

Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии, Москва

Тропность низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) к клеткам лимфоцитарного и макрофагально-фагоцитарного ряда лежит в основе иммуномодулирующего эффекта одного из альтернативных неинвазивных методов воздействия энергией лазерного излучения — интераурикулярной лазеротерапии, т. е. облучение артерно-венозной сети кровеносных сосудов барабанной перепонки, анатомо-физиологические особенности которой и биофизические характеристики энергии лазерного излучения с длиной волны 0,89 мк предоставляют возможность неинвазивно производить облучение крови у больных ревматоидным артритом (РА). Исследования проведены на 90 больных достоверным РА. В I группе производилось изучение влияния комплекса НИЛИ — 0,89 мк 2Вт интераурикулярно — на барабанную перепонку и на пораженные суставы (транскутанно). Во II груп-

пе — изолированное влияние НИЛИ интераурикулярно по аналогичной методике и на пораженные суставы по методике placebo. В III группе — интераурикулярное облучение некогерентным монохроматическим инфракрасным светом (НМИ) с длиной волны 0,89 мк 2Вт.

Снижение интегрального показателя тяжести и индекса общей воспалительной активности у больных РА (I, II группа) являлось следствием иммунокорригирующего эффекта лазерного излучения. На фоне снижения признаков вторичного иммунодефицита, вследствие стимуляции продуктивной и эндокринной функции тимуса, изменения качественных и количественных характеристик иммунорегуляторных Т-субпопуляций, отмечалась депрессия дисфункции гуморального звена иммунитета и степени аутоиммунноагрессии, что приводило к снижению выраженности признаков патологических антителозависимых и иммунокомплексных процессов. Утилизировав эндовазально лимфоцитами, энергия лазерного излучения приводила к потенцированию противовоспалительного эффекта НПВП и иммуносупрессивного влияния цитостатиков, нивелируя целый ряд их побочных эффектов. На фоне приема глюкокортикостероидов, в силу стимулирующего эффекта НИЛИ на продуктивную функцию тимуса, физический фактор как бы инициировал «синдром отмены» действия препаратов и способствовал активации ревматоидного процесса, что характерно и для ВЛОК. Не выявлено увеличения клинической эффективности при дополнительном облучении периферических суставов. Более того, у больных РА с синовитом отмечена активация локального воспалительного процесса вследствие стимуляции НИЛИ в периферической крови клеток моноцитарно-фагоцитарной системы и нейтрофильных лейкоцитов. Под влиянием некогерентного инфракрасного облучения у больных РА также происходила активация моноцитарно-фагоцитарной системы, но по показателям венозной крови, что приводило к активации гуморального иммунитета и стимуляции синтеза аутоантител и образования циркулирующих иммунных комплексов, ухудшая течение патологического процесса.

II.18.7

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПОДХОДОВ К РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ

С.Е. Мясоедова

Медицинская академия, Иваново, Россия

Наряду с успехами в лечении ревматической лихорадки у молодых лиц, сохраняется большой процент приобретенных пороков сердца в старших возрастных группах, что заставляет анализировать особенности современного течения заболевания и совершенствовать подходы к лечению и реабилитации этих больных. С этой целью наблюдалось 100 больных ревматической лихорадкой (средний возраст $24,1 \pm 1,2$ года). Диагноз ревматической лихорадки установлен с учетом критериев Джонса, пересмотренных Американской кардиологической ассоциацией в 1992 г. В процессе динамического наблюдения за больными сроком от 4 месяцев до 2-10 лет проводилось комплексное обследование их, включающее эхо-кардиографию, бактериологическое и серологическое подтверждение стрептококковой инфекции.

Установлено, что современное течение ревматической лихорадки характеризуется многообразием клинических форм и высокой частотой развития ревмокардита (79%) с формированием пороков сердца у 50% больных первичным и у 62% пациентов возвратным ревмокардитом. В том числе, у 25% больных прослежено субклиническое течение ревмокардита без кардиомегалии и сердечных шумов. Однако, при эхокардиографическом исследовании у них выявлена минимальная афоничная митральная или аортальная регургитация в сочетании с другими признаками ревматического эндокардита. Регрессия этих признаков наблюдалась на фоне включения в комплексную противоревматическую терапию аспирина в дозе 0,25 г в сутки. Препарат назначался через два месяца от начала заболевания после прекращения приема нестероидных противовоспалительных средств и применялся 2 месяца на фоне сохраняющихся признаков ревматического эндокардита.

Следовательно, своевременная диагностика субклинических форм ревмокардита позволяет выбрать адекватную тактику лечебно-реабилитационных мероприятий и предупредить формирование порока сердца.

II.18.8

ВОЗДЕЙСТВИЕ НА СУСТАВНОЙ СИНДРОМ НИЗКИМИ ДОЗАМИ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

М.Н. Кирпикова, В.А. Бобков, И.К. Томилова, Е.Л. Кадыкова,

С.Б. Назаров, Л.А. Носкова

Медицинская академия, Иваново, Россия

Целью работы было изучение оптимальной тактики глюкокортикоидной (ГК) терапии у больных ревматоидным артритом (РА) и риска разви-

тия при этом побочных эффектов, в частности артериальной гипертензии. Обследовано 40 больных РА II степени активности с преимущественно суставными проявлениями, в комплексном лечении которых по показаниям использовались ГК (преднизолон в дозе 5-35 мг/сут). До лечения ГК и в динамике лечения у этих больных для оценки суставного синдрома определяли суставной индекс, число болезненных суставов, индекс припухлости по Ritchie, продолжительность утренней скованности, функциональный тест Lee. В крови исследовали содержание нитритов, как метаболитов оксида азота (NO), реакцией Грисса. На 5-7 день после начала ГК-терапии отмечалось достоверное снижение вышеперечисленных показателей, характеризующих суставной синдром. В крови также отмечалось достоверное снижение концентрации нитрит-ионов, которое зависело от дозы и длительности ГК-терапии. При дозе преднизолона более 15 мг/сут. отмечена тенденция к значительному снижению уровня нитрит-ионов (ниже условной нормы), что клинически проявлялось развитием у этих больных артериальной гипертензии. При низких дозах (<15 мг/сут.) выраженного снижения уровня продуктов NO не наблюдалось, и соответственно побочная реакция в виде повышения артериального давления не развивалась.

Таким образом, назначение ГК в низких дозах (<15 мг/сут.) по показаниям приводит к значительному уменьшению суставного синдрома у больных РА и уменьшает риск развития побочных реакций ГК-терапии (артериальной гипертензии).

II.18.9

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КРИТЕРИЕВ РЕАБИЛИТАЦИИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЕЧЕНИЯ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

Т.А. Главинская
НИИКВИ, Нижний Новгород, Россия

Многолетние клинико-лабораторные обследования более чем 1500 больных красной волчанкой (КВ) выявили полисимптомность и полисиндромность при всех формах заболевания, длительное хроническое течение с периодическими обострениями и возможностью трансформации интегументных (с преимущественным поражением наружных покровов) форм болезни (ИКВ) в системную КА с серьезным прогнозом.

На основании выявленной патологии была разработана и внедрена в практику комплексная патогенетическая терапия иммунокорректорами и аминоксанолиновыми производными, дающая высокие ближайшие результаты. Для прогнозирования течения КВ:

- следует учитывать содержание антигенов HIA. У носителей A10 при ИКВ в 7,3 раза повышается риск более частых рецидивов. При наличии гплотипа A10B35 риск прогрессивного течения КВ увеличивается до 11 раз;
- предложен метод определения ЦИК в реакции связывания комплемента по внутреннему серологическому анализу (АС № 1003812), оказывающийся достоверным у 80,4% больных ИКВ и у 90% – при системной КВ.

Еще более информативными для определения длительности ремиссии (у 92–93% больных) оказались показатели содержания антител против ферментов: лактатдегидрогеназы и нейраминидазы (патент № 1698779) и ксеногенных лимфоцитов (АС № 1425895).

Использование модификации ИФА для определения антител против ДНК и оригинальный метод определения активности процесса при ИКВ путем определения антител к пре-β-липопротеидам в непрямой реакции иммунофлуоресценции (патент № 2021609) способствовали своевременной коррекции терапии, обеспечивавшей более стойкую реабилитацию больных ИКВ и препятствие к трансформации ее в системную форму заболевания.

II.18.10

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИСПЛАСТИКОЗАВИСИМОЙ И АССОЦИИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

А.В. Готов, В.М. Яковлев, С.В. Рылова
Омская медицинская академия, городская клиническая больница № 1, Омск, Россия

Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) характеризуется многообразием клинических проявлений, включающих такие системные наследственные синдромы с преимущественным поражением коллагена, как синдромы Марфана, Элерса–Данлоса, так и локомоторные, локомоторно-висцеральные симптомокомплексы, которые не укладываются ни в один из известных синдромов. Диспластикозависимые поражения (I группа, $n=47$) проявлялись проградияльным вовлечением в патологический процесс органов дыхания, сердца, сосудов, почек, кожи и опорно-двигательной системы. Ассоциированные формы ДСТ (II группа, $n=49$) характеризовались рецидивирующими, хроническими воспалительными заболеваниями в диспластикозависимых органах и системах. При иммунологическом исследовании

пациентов I группы по отношению к здоровым лицам ($n=30$) отмечено достоверное снижение CD3+-, CD4+-лимфоцитов в сочетании с уменьшением пролиферативной способности Т-клеток под действием митогена ФГА. Фагоцитарные расстройства обнаружены у 1/3 обследованных в виде снижения эндцитоза гранулоцитами частиц стафилококка и депрессии их метаболических систем по показателям НСТ-теста. В гуморальном звене отмечена гипогаммаглобулинемия А и увеличение уровня малых иммунных комплексов (ИК). У пациентов II группы по сравнению с аналогичными показателями больных I группы определялось повышение в системе элиминации антигенного материала. Выявленные сдвиги в иммунной системе больных ДСТ предопределяют необходимость использования в лечении иммунокорректирующих средств.

II.18.11

РОЛЬ ИММУНОДЕФИЦИТА В ПАТОГЕНЕЗЕ АРИТМИЙ СЕРДЦА ПРИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

В.М. Яковлев, В.И. Коненков, А.В. Готов, В.В. Потапов, С.М. Мажбич, А.Э. Потиевский
Медицинская академия, г. Омск, Институт клинической иммунологии СО РАМН, Новосибирск, Россия

У 50 больных дисплазией соединительной ткани (ДСТ) (15 – синдромом Марфана, 35 – пролапсом митрального клапана в сочетании с другими локомоторными и висцеральными проявлениями ДСТ) в возрасте 15–50 лет изучен иммунный статус с использованием панели моноклональных антител, выявляющих CD3+, CD4+, CD8+, CD44+-лимфоциты, сывороточные Ig A, M, G исследовали радиальной иммунодиффузией, IgE – радиоиммунным анализом, иммунные комплексы – лазерной нефелометрией, торможение прилипания лейкоцитов к пластику «соединительнотканым антигеном» по Кожевникову В.С. (1989). Использованы ЭКГ, мониторинг ЭКГ по Холтеру, дифференциально усиленная ЭКГ. В 100% случаев в различном сочетании имелись нарушения сердечного ритма: синусовая тахикардия – у 17 пациентов, синусовая аритмия – у 8, миграция водителя ритма – у 7, АВ-блокада I–II степени, блокада ножек пучка Гиса – у 10, суправентрикулярная тахикардия – у 11. У 77,5% обследованных выявлен дефицит CD3+-лимфоцитов в сочетании с тенденцией к росту численности CD4+-лимфоцитов и существенным увеличением молодых Т-клеток, несущих CD44+-рецептор. Уровень иммунных комплексов, осаждаемых в 3 и 7% растворах ПЭГ, достоверно снижен. При этом под действием «фибробластического антигена» отмечается торможение миграции и расплывания лейкоцитов к пластику, связанные предположительно с сенбилизацией клеток к соединительнотканым образованиям. Выраженная гипериммуноглобулинемия E отмечена преимущественно у лиц, страдающих нарушением функции проводимости. Суммируя приведенные выше данные, складывается впечатление о возможной взаимосвязи выявленных нарушений ритма и проводимости, прежде всего с теми отклонениями в иммунной системе, которые отражают изменения, протекающие непосредственно в соединительной ткани.

II.18.12

СЕМЕЙНЫЙ АНАЛИЗ СИНДРОМА НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

А.В. Готов, Л.В. Егорова
Медицинская академия, Омск, Россия

Под наблюдением находилось 158 пациентов с синдромом недифференцированной дисплазии соединительной ткани (СНДСТ), проявляющейся, в различном сочетании, пролапсом митрального клапана и признаками костно-мышечной дисплазии. При изучении родословных пробандов было установлено, что из 158 семей в 133 (84,17%) признаки ДСТ носили семейный характер, т.е. прослеживались у родственников. При этом практически каждый четвертый член семьи пробандов имеет фенотипические признаки ДСТ, частота которых у близких родственников пробандов превышает таковую в популяции. Проведенный статистический анализ полученного клинико-генетического материала априорным методом позволил установить, что пролапс митрального клапана в сочетании с костно-мышечной дисплазией имеет выраженную рецессивность наследования, тогда как признаки СНДСТ без учета наличия пролапса митрального клапана, по-видимому, наследуются по доминантному типу. Указанные клинико-генетические данные позволяют предполагать, что СНДСТ является мультифакториальной патологией, в основе которой лежит полигенный комплекс, проявляющийся фенотипическими признаками дисплазии соединительной ткани. Полученные данные необходимо учитывать при оценке состояния здоровья детей в семьях, в которых хотя бы один из членов семьи имеет проявления СНДСТ.

II.18.13**НЕФРОПАТИИ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА**

Г.А. Постникова, Б.Ф. Немцов
 Медицинская академия, Киров, Россия

Целью исследования явились изучение частоты нефропатий при ревматоидном артрите (РА) и их связь с клиническими особенностями болезни у 682 больных достоверным РА. При этом общая частота нефропатий по группе выявлена у 63,3%. Не получено корреляций между частотой и характером поражения почек (тубулопатия, гломерулопатия) и наличием ревматоидного фактора в сыворотке крови и рентгенологической стадией, а также пола больных. Частота нефропатий повышалась до 74% при наличии других экстраартикулярных поражений и хорошо коррелировала со степенью активности болезни при 1 – 32%, при 2 – 57%, при 3 – 82%. Характер проводимой терапии также влиял на частоту нефропатий: в группе больных с гормонозависимостью частота нефропатий была существенно ниже (34%), по сравнению с группой получавших стероиды курсами (65,3%) и не получавших стероиды (62%), эти различия возрастали при нарастании длительности болезни: более 10 лет – 28% в группе больных с гормонозависимостью и до 84% без нее. Таким образом, отмеченная высокая частота нефропатий при РА имеет очевидно иммунообусловленный характер, т.к. связана с другими системными проявлениями болезни, степенью активности и поддается длительной глюкокортикоидной терапией.

II.18.14**К ПАТОГЕНЕЗУ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ**

Л.А. Смирнова, Б.Ф. Немцов
 Медицинская академия, Киров, Россия

Цель: изучить показатели перекисного окисления липидов (ПОЛ) и некоторые иммунологические показатели у больных ревматоидным артритом (РА) с признаками периферической сенсорной полинейропатии. Обследовано 78 больных РА, из них 7 мужчин, 71 женщина, преимущественно со II–III стадией заболевания, II степенью активности. Полинейропатию диагностировали клинически и изучая вибрационную чувствительность на нижних конечностях. ПОЛ сыворотки крови изучали хемилюминесцентным методом. Из иммунологических показателей изучали ЦИК, комплемент, Ig основных классов. Поражение периферической нервной системы обнаружено у 64% больных (I группа). Установлено достоверное повышение интенсивности ПОЛ ($p < 0,005$) у больных с признаками полинейропатии по сравнению с больными без таковой (II группа). Содержание ЦИК, Ig A, G было достоверно выше в I группе больных ($p < 0,05$). Обнаружено, что частота серопозитивности в I группе выше, чем во II группе больных и составила 93 и 77,7%. По уровню комплемента больные с полинейропатией имели достоверно более низкие показатели ($p < 0,05$). Таким образом, при РА с периферической полинейропатией отмечаются более выраженные иммунологические сдвиги и усиление ПОЛ, что подтверждает участие иммунологических механизмов и активацию ПОЛ в формировании полинейропатии при РА.

II.18.15**ФАГОЦИТАРНАЯ АКТИВНОСТЬ ЛЕЙКОЦИТОВ ПРИ ДИФFUЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ**

А.В. Пизов, В.Н. Левин, Н.В. Пизова
 Ярославский государственный педагогический университет,
 Ярославская государственная медицинская академия, Ярославль, Россия

Исследование фагоцитарной функции лейкоцитов у 36 больных с диффузным заболеванием соединительной ткани (ДЗСТ) показало, что поглощательная способность белых клеток крови была достоверно ниже по сравнению со здоровыми лицами. Наибольшее снижение фагоцитарного индекса наблюдалось в период обострения ($1,9 \pm 0,1$), хотя и в период ремиссии фагоцитарный индекс ($2,1 \pm 0,2$) был достоверно ниже ($p < 0,05$), чем в контрольной группе ($4,3 \pm 2,1$). В период обострения с уменьшением количества фагоцитирующих клеток отмечалось и ослабление их поглощательной способности, выражающееся в уменьшении поглощенных частиц зимозана одним лейкоцитом ($r = 0,7500$, $p < 0,01$), что отражало параллельное изменение фагоцитарной активности в данный период.

Следует отметить, что острое повреждение собственно соединительной ткани (активность процесса – обострение) вызывало значительное нарушение фагоцитарной активности лейкоцитов, проявляющееся в уменьшении как количества фагоцитирующих клеток, так особенно их поглощательной способности. Однако и в период ремиссии не отмечалось полное вос-

становление фагоцитарной активности лейкоцитов, что может указывать на снижение адаптационных свойств этих клеток и быть основой последующего развития хронизации процесса и утяжеления имеющегося нарушения.

При изучении фагоцитарной активности лейкоцитов были выявлены сезонные различия. Так, общая фагоцитарная активность при ДЗСТ весной была достоверно выше ($p < 0,05$), чем осенью (количество фагоцитирующих клеток – $46,7 \pm 6,3\%$ и $33,8 \pm 6,1\%$, фагоцитарный индекс – $1,9 \pm 0,2$ ед и $1,7 \pm 0,1$ ед соответственно). Количество фагоцитирующих клеток при ДЗСТ в весенний период практически не отличалось от здоровых лиц. Изменения фагоцитарной активности весной у больных ДЗСТ касались лишь снижения поглотительной способности белых клеток крови по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$).

Таким образом, можно сделать вывод, что фагоцитарная активность белых клеток крови отражает динамику заболевания, сезонные изменения и сочетается с течением воспалительной реакции в организме.

II.18.16**НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТАХ**

Н.Н. Спиринов, Н.В. Пизова, М.Н. Джурко
 Ярославская государственная медицинская академия, Ярославль, Россия

Рассматривая средний профиль больных системными васкулитами (СВ), можно выделить наиболее характерные особенности этих лиц. Они беспокоятся о своем здоровье, уделяют большое внимание своему самочувствию и отмечают малейшие его нарушения, склонны высказывать разнообразные соматические жалобы, жаловаться на утомление, бессоницу. Эти больные обычно тревожны, напряжены, нервны, легко раздражаются и склонны беспокоиться по разным поводам.

В исследованной группе больных часто наблюдалось сочетание существующего психологического конфликта (преимущественно личностного, в семейно-бытовой сфере) с низкой фрустрационной толерантностью, низкой адаптивностью поведения и низкой устойчивостью к психологическому стрессу. Указанные личностные особенности нарастают по мере увеличения длительности заболевания, однако достаточно отчетливо выражены уже в группе с минимальной давностью процесса (до 3 лет) и в дебюте заболевания, обнаруживая умеренную корреляционную связь с выраженностью клинических проявлений ($r = 0,36$, $p < 0,01$) в группе больных в целом и слабую корреляционную связь ($r = 0,28$, $p < 0,05$) в группе больных с минимальной давностью заболевания. Это позволяет рассматривать выявленные личностные особенности у пациентов СВ как фоновые особенности личности, усугубляющиеся по мере прогрессирования заболевания.

По мере увеличения длительности заболевания, по данным теста MMPI, у больных СВ нарастают ипохондрические и депрессивные тенденции, увеличивается интровертированность на фоне прогрессирующего падения энергетических ресурсов.

При определении субъективного благополучия высокий балл по шкале SWB у больных СВ (66,07) свидетельствует о субъективном переживании больными эмоционального неблагополучия: напряженности, подавленности и растерянности.

Учитывая выявленные нейропсихологические особенности больных СВ, для коррекции имеющихся расстройств необходимо применение психотерапии, которую при выраженной патологии психо-эмоциональной сферы необходимо комбинировать с психофармакологическими средствами (антидепрессанты, транквилизаторы, анксиолитики).

II.18.17**ОСМОТИЧЕСКАЯ СТОЙКОСТЬ БЕЛЫХ КЛЕТОК КРОВИ ПРИ ДИФFUЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ**

А.В. Пизов, М.З. Федорова, Н.В. Пизова
 Ярославский государственный педагогический университет,
 Ярославская государственная медицинская академия, Ярославль, Россия

Работа выполнена на основании исследования крови больных с диффузным заболеванием соединительной ткани (ДЗСТ). Проведено 288 исследований у 36 больных: 192 исследования в период осеннего и весеннего обострения и 96 исследований – в период ремиссии основного патологического процесса. Все больные – женщины в возрасте от 30 до 44 лет.

Осмотическую стойкость белых клеток крови определяли, взяв за основу метод Storti (1956, 1957). Осмотическую резистентность выражали числом (%) клеток, сохранившихся после часовой экспозиции в 0,2% растворе хлорида натрия. Осмотическая резистентность белых клеток крови у здоровых лиц составляла $69,1 \pm 6,1\%$. Обострение воспалительных реакций существенно снижало сопротивляемость белых клеток раствору с низкой осмолярностью как в осенний ($41,8 \pm 5,9\%$, $p < 0,05$), так и в весенний ($66,8 \pm 4,1\%$, $p < 0,05$) периоды. На стадии ремиссии осмотическая стой-

кость также оставалась достоверно ниже ($59,9 \pm 8,1$, $p < 0,05$), чем в контрольной группе ($p < 0,05$).

Учитывая, что фосфолипиды составляют основу любой клеточной мембраны и при ДЗСТ они могут выступать как аутоантигены, полученные данные по снижению осмотической резистентности лейкоцитов позволяют говорить о патологических процессах, протекающих в бимолекулярном слое фосфолипидов мембран лейкоцитов. Данный факт отражает изменение барьерных и механических свойств белых клеток крови, включая стабильность этих клеток у больных при таких тяжелых заболеваниях, как диффузные заболевания соединительной ткани, когда в патологический процесс вовлекаются практически все ткани организма. Увеличение количества сегментоядерных нейтрофилов при обострении коррелировало со снижением осмотической стойкости лейкоцитов ($r = 0,6727$, $p < 0,05$). В то же время при увеличении количества моноцитов в крови наблюдалось и увеличение осмотической резистентности лейкоцитов ($r = 0,6667$, $p < 0,05$).

Таким образом, исследование осмотической резистентности лейкоцитов позволяет судить о функциональной активности субпопуляций белых клеток крови и может применяться в комплексной оценке активности основного патологического процесса.

II.19. Спортивная медицина

II.19.1

РЕАБИЛИТАЦИЯ СПОРТСМЕНОВ С ПРОЛАБИРОВАНИЕМ СТВОРОК МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

*В.М. Дорничев, Т.С. Гуревич, С.Н. Львов
Медицинская академия последипломного образования, Педиатрическая медицинская академия, Санкт-Петербург, Россия*

Одной из наиболее частых и клинически значимых аномалий клапанного аппарата сердца является пролапс митрального клапана (ПМК). Вопросы диагностики и принятия решений допуска спортсменов к занятиям спортом при наличии пролабирования створок различной степени, так и принятия решений о профессиональной пригодности на этапах медицинского контроля являются весьма актуальными.

В течение нескольких лет нами были обследованы спортсмены, имевшие ПМК. Для спортивного прогноза и клинического значения ПМК является важным выявлением клинических проявлений клапанной дисфункции и наличие признаков соединительнотканной дисплазии (СТД) (Э.В. Земцовский, 1998), поэтому в нашей работе прежде всего учитывалось наличие клинических проявлений ПМК и СТД. Эхокардиографическое исследование проводилось на аппаратах «Combison 320-5» (Австрия) и «Siemens Sonolin Elegra» (Германия). Определялась степень пролабирования, удлинения и изменения створок, наличие дополнительных (ложных) хорд левого желудочка. С помощью доплерэхокардиографии определялась и оценивалась степень митральной регургитации (МР).

Спортсмены, имевшие выраженную степень пролабирования створок, признаки СТД и значимую МР, были отстранены от занятий спортом.

Электрокардиографическое исследование проводилось в покое и при физической нагрузке (велозерометрический тест). Физическая работоспособность определялась с помощью велозерометрического теста (PWC170). Если при дальнейших наших наблюдениях наблюдалось увеличение степени пролабирования, появление МР, стойких нарушений сердечного ритма, решался вопрос о целесообразности дальнейших занятий спортом.

Лица с ПМК без выраженных фенотипических признаков СТД, значимой МР и снижения функциональных резервов находились под динамическим наблюдением — через 3 месяца, 6 месяцев, 1 год.

Спортсменам проводилось профилактическое назначение фармакологических препаратов: рибоксина, панангина, магнерота, бензогаммы, антигипоксанта олифена, цевитаолифена, L-токоферола.

Некоторые спортсмены получали гомеопатические препараты: арнику, фосфор, арсеникум.

Наши длительные наблюдения за спортсменами, имевшими ПМК I степени, показали, что у них наблюдалось увеличение полости левого желудочка: на 31,2% — тренирующихся на выносливость (1 гр.) и на 15,1% — с силой направленностью (2 гр.). Утолщение стенок левого желудочка: ТЗС — на 7,3%; ТМЖП — на 6% (в 1 гр.), ТЗ,6% — ТЗС и на 11,5% — ТМЖП (2 гр.).

Увеличение показателей физической работоспособности (тест PWC170): на 21,8% в 1 гр. и на 15,4% во 2 гр.

Таким образом, спортсмены с ПМК I ст., у которых не выявляются какие-либо осложнения, при соответствующих профилактических мероприятиях имеют благоприятный прогноз; им рекомендовали периодические клинические и инструментальные обследования.

II.20. Стоматология

II.20.1

КВАНТОВАЯ ТЕРАПИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

*В.А. Дробышев, Е.А. Иванилов, Н.П. Карева
Новосибирская медицинская академия, Новосибирск, Россия*

Цель работы: оптимизация лечения пародонтита низкоинтенсивным лазерным излучением (НИЛИ) красного и инфракрасного (ИК) диапазона. Обследовано 30 больных пародонтитом в стадии обострения в возрасте от 28 до 46 лет, распределенных в 2 группы: 1-я — 20 человек с очаговым пародонтитом, 2-я — 10 человек с генерализованной формой заболевания. При витальной микроскопии зафиксирована воспалительная реакция, на прицельных рентгенограммах зубов — признаки остеопороза.

Лечение проводили последовательно (без перерыва) гелий-неоновым НИЛИ мощностью 50 мВт/кв. см на маргинальную зону пораженных зубов, контактно, лабильно, а затем ИК НИЛИ наочно частотой 80 Гц, импульсной мощностью 3-5 Вт, контактно, стабильно. Лечебный курс включал 10 ежедневных процедур.

В обеих группах после первых 3-4 процедур больные отмечали субъективное улучшение в виде снижения болевых ощущений, уменьшении кровоточивости десен. К завершению лечения клинический эффект достигнут у 90% больных 1-й группы и 60% — 2-й. При заключительном осмотре у 75% обследованных 1-й группы наблюдалось купирование воспалительного процесса в тканях пародонта, отмечено укрепление зубов и улучшение их функции. При витальной микроскопии выявлялось уменьшение сосудистого стаза, на контрольных рентгенограммах у 60% пациентов зафиксированы очаги уплотнения костной ткани на участках остеопороза. Не достигнуто должного эффекта у 5 больных с течением заболевания свыше 5 лет на фоне сопутствующих заболеваний желудочно-кишечного тракта. Во 2-й группе положительная динамика со стороны локального статуса зафиксирована у 50% больных, рентгенологические изменения — у 33,3%.

Таким образом, при пародонтите НИЛИ оказывает быстрый и выраженный противовоспалительный, трофический и регенераторный эффекты. Результаты терапии существенно выше при очаговой форме заболевания и длительности его течения до 5 лет.

II.21. Травматология и ортопедия

II.21.1

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ СУХОЖИЛИЙ СГИБАТЕЛЕЙ КИСТИ И ПАЛЬЦЕВ

*А.Х. Нальгиев, К.С. Сергеев, В.М. Осинцев, Ю.Н. Дорофеев
ТГМА, Тюмень, Россия*

С 1968 года оперированы более 1000 больных со свежими, несвежими и застарелыми повреждениями сухожилий кисти и пальцев. Одним из важнейших факторов, влияющих на функциональные исходы, является послеоперационное реабилитационное лечение. Только длительная и терпеливая совместная работа хирурга, больного и специалистов — реабилитологов, учитывающая возраст, соматическое состояние, вид и механизм травмы, особенности проведенной операции, может привести к положительному результату. Восстановительное лечение условно делая на два периода. В течение первого, послеоперационного, периода больной получает магнитотерапию, УВЧ-терапию. Начиная с 3-5-го дня после операции, не снимая гипсовой повязки, проводят лечебную гимнастику в виде разработки пассивных движений в суставах оперированных пальцев 2-3 раза в сутки для улучшения крово- и лимфообращения, предупреждения контрактур суставов. С 3-й недели снимают гипсовую лангету с целью разработки целенаправленных активных движений. Второй период начинается с 4-й недели. Комплекс активных упражнений расширяется, увеличивается физическая нагрузка, проводится механо- и трудотерапия. Назначается ультразвук с гидрокортизоном, новокаином, проводится электростимуляция мышц кисти и предплечья. С 30-го дня после операции больные получают парафиновые аппликации. Грязелечение проводится не ранее двух месяцев со дня операции. Для предупреждения спаечного процесса также применяют фибринолитические препараты (лидаза, ронидаза).

Отдаленные результаты оценивались не раньше года после операции. Отличные исходы получены у 5% больных, хорошие – у 65%, удовлетворительные – в 30% случаев.

II.21.2

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ТРАВМОЙ ПОЗВОНОЧНИКА, ОПЕРИРОВАННЫХ С ПРИМЕНЕНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ ИМПЛАНТАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

К.С. Сергеев, В.М. Осинцев, А.Х. Нальгиев, В.В. Осинцев
ТГМА, Тюмень, Россия

Около 40 лет на кафедре травматологии, ортопедии и ВПХ Тюменской медицинской академии активно разрабатываются вопросы, связанные с хирургическим и реабилитационным лечением больных, перенесших травму позвоночника. С 1994 года на кафедре стали широко применяться при проведении оперативного лечения травмы позвоночника новые имплантационные материалы и технологии. В качестве межтеловой опоры в операциях переднего спондилодеза используется пористый никелид титана, для заднего спондилодеза наряду с пористыми имплантатами используется фиксатор, обладающий эффектом памяти формы, для фиксации нестабильных переломов на нижнем грудном и поясничном уровне широко применяется способ педикулокорпорального спондилодеза. Оперативное лечение травмы позвоночного столба – только начало последующего лечения больного, которое включает весь комплекс реабилитационно-восстановительного лечения: ЛФК, массаж, электролечение, водолечение, протезирование, общий уход, выработка двигательных навыков, профилактика трофических и инфекционных осложнений. Использование новых имплантационных технологий значительно сокращает стационарный период, позволяет рано активизировать больных и предупредить многие осложнения вертеброгенного характера, уменьшить сроки временной нетрудоспособности. Изучение непосредственных, ближайших и отдаленных результатов у 97 больных с травмой шейного отдела и 121 больного с травмой грудного и поясничного отделов позволяет сделать вывод о необходимости проведения комплексного реабилитационного лечения даже после адекватно проведенного оперативного вмешательства.

II.21.3

КОМПЛЕКСНОЕ ЭТАПНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Т.А. Семенова
Поликлиника 52 КДЦ МО РФ

В поликлинике по поводу заболевания опорно-двигательного аппарата (остеохондроз, радикулиты, артрозо-артриты) за последние 4 года, используя физиотерапевтические методы, пролечилось более 1,5 тыс. человек. Из них брались под постоянное наблюдение 500 человек: 450 человек с дополнительным применением медикаментозных препаратов, 50 человек – только физиотерапевтическими методами в связи с наличием сопутствующих заболеваний: язвенные болезни, непереносимость лекарственных средств, аллергии и т. д. Возраст больных от 23 до 40 лет, мужчин – 39, женщин – 11 больных.

При остеохондрозе и радикулитах в стадиях умеренного обострения и хронических течений сначала использовались методики, снимающие болевые симптомы: ДДТ, амплипульс, электрофорез с новокаином, из препаратов использовались вольтарен, реопирин, затем применялся ультразвук в комплексе с массажем и рефлексотерапией.

Длительность лечения составила 2-3 недели. Период ремиссии увеличился с 3-4 месяцев до 1 года и больше. При этом 2-3 раза в год профилактически проводился курс ультразвука с массажем.

При артрозо-артритах крупных и мелких суставов использовались такие методики, как лазеро-магнитная терапия, УВЧ, УФО в зависимости от стадии поражения и активности воспалительного процесса.

При этом период ремиссии, учитывая вышеперечисленные особенности, увеличивался в 2-3 раза, но даже при периодических обострениях процесс протекал менее болезненно и кратковременно.

II.21.4

ГРАВИТАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ В КОРРЕКЦИИ РЕПАРАТИВНОГО ОСТЕОГЕНЕЗА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

А.В. Яшков
СамГМУ, Самара, Россия

Несмотря на значительные достижения в решении вопросов остеосинтеза длинных трубчатых костей до настоящего времени не удалось избе-

жать посттравматических последствий, связанных с нарушением репаративного остеогенеза. Тяжелый характер повреждений нижних конечностей, анатомические особенности дистальных отделов костей голени, неблагоприятные экологические ситуации, а в ряде случаев тактические ошибки практикующих врачей нередко обуславливают развитие таких тяжелых осложнений, как замедленная консолидация, ложный сустав.

На основе данных экспериментальных исследований и проведения биомеханического обоснования, мы впервые в ортопедотравматологической практике включили в лечебный комплекс 108 больных с замедленной консолидацией, ложным суставом повышенной гравитацию. У 129 больных (контрольная группа) использовали традиционные методы лечения. Предложенный нами способ предусматривал одновременное воздействие гравитационных сил и дозированной работы мышц нижних конечностей. Для моделирования гипергравитации применяли специальный стенд для лечения ишемических состояний конечностей. Эффективность лечения оценивали с помощью современных диагностических методов обследования (ревовография, термография, скинтиграфия, рентгенография, электромиография).

Отдаленные результаты лечения были изучены у 82% (89) больных основной группы и 74% (98) контрольной. Хорошие исходы преобладали у пациентов, получавших гравитационную терапию. При этом у больных с замедленной консолидацией, по сравнению с контролем, они возросли на 14%, с несращенным переломом на 17%, ложным суставом на 12%. Неудовлетворительные результаты были установлены в основной группе 2 больным, в контрольной – 5.

Таким образом, применение гравитационной терапии позволило значительно улучшить количество хороших результатов по сравнению с традиционным лечением и уменьшить число неудовлетворительных исходов у этих больных в 2,5 раза. Считаем целесообразным включение данного физического фактора в восстановительный комплекс больных с последствиями переломов костей нижних конечностей.

II.21.5

ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ РЕПАРАТИВНОГО ОСТЕОГЕНЕЗА ПРИ ГРАВИТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ

А.В. Яшков, Р.С. Калицкий, Р.В. Поляков, М.В. Богатырева
СамГМУ, Самара, Россия

Ведущее место в генезе физиологических реакции при использовании гравитационной терапии у больных с нарушением репаративного остеогенеза нижних конечностей принадлежит системе кровообращения. Наблюдающиеся при этом гемодинамические сдвиги обусловлены действием центробежных сил краниокаудального направления, вызывающих перемещение массы крови из сосудов, расположенных в верхней части тела, в сосуды брюшной полости, таза, нижних конечностей. Степень выраженности сосудистых реакций во многом определялась режимом и схемой применения гравитационного фактора. В процессе исследования нами были использованы 2 схемы воздействия гравитационной терапии. Первая предусматривала проведение 4 циклов из 6 сеансов с интервалом между ними в один день. При второй – первые 2 цикла, проводили с интервалом в один день, в 3 цикле сеансы назначали через день. В последнем 4 цикле 3 сеанса проводили через день, остальные три через 2 дня. Длительность процедуры возрастала от 5 до 10 минут, уровень перегрузки составил 1,9 ед. Состояние сердечно-сосудистой системы до и после сеанса гравитационной терапии оценивали по данным электрокардиографии, артериального давления, пульса в течение всего курса лечения.

Результаты исследования показали, что применение гравитационной терапии по 1 схеме, предусматривающей более длительные интервалы отдыха, оптимизировало работу сердечно-сосудистой системы, повышало ее адаптационные возможности, предупреждало развитие кумулятивных явлений. В целом это благоприятно отражалось на течении остеорепаративных процессов в зоне перелома.

II.21.6

СИСТЕМА РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С КОКСАРТРОЗОМ

Е. А. Волокитина, В.Д. Макушин, Л.А. Попова
Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия» им. академика Г.А. Илизарова

В клинике Центра разработаны дифференцированные методики лечения коксартроза. В начальных стадиях заболевания пациентам проводили консервативное лечение с декомпрессией сустава, стимуляцией репаративного хондрогенеза и медикаментозной коррекцией протеогликановой недостаточности. При нарушении биомеханики нагружения сустава выполняли операции, улучшающие центрацию головки бедра во впадине (деторсионно-варизирующие, вальгизирующие остеотомии, ацетабулопластики), стимулирующие обменные процессы в синовиальной

среде и микроциркуляцию в субхондральной кости (внутричуживные и параартикулярные лечебные блокады, тено- и миотомии мышц, окружающих тазобедренный сустав, туннелизация шейки и головки спицами). Больным пожилого и старческого возраста рекомендовали консервативное лечение и общие оздоровительные мероприятия, направленные на снятие боли, снижение избыточного веса, увеличение двигательной активности.

При одностороннем дегенеративно-дистрофическом процессе в терминальной стадии применяли высокие медиализирующие остеотомии бедренной кости с коррекцией порочного положения конечности или артрорез тазобедренного сустава. У пожилых больных выполняли декомпрессионные операции типа Фосса. При тяжелом двустороннем процессе с выраженными контрактурами тазобедренных суставов первым этапом проводили консервативное лечение до восстановления максимально возможной амплитуды движений в суставах на фоне анальгетической физио- и медикаментозной терапии. Вторым этапом эндопротезировали наиболее пораженный сустав. Спустя 8-10 месяцев, после восстановления двигательной и опорной функции оперированной конечности, выполняли артропластику второго сустава с применением искусственного имплантата, или же, при сохранности головки бедра и амплитуды движений, высокую корригирующую декомпрессионную остеотомию бедра.

Применение разработанной системы реабилитации позволило получить благоприятные результаты в 93% случаев.

II.21.7

ОБ АДАПТАЦИОННОЙ ПЕРЕСТРОЙКЕ КОСТНОМЗГОВОГО КОМПАРТМЕНТА ЭРИТРОНА ПРИ ТЕРМИЧЕСКОЙ АГРЕССИИ

*Н.В. Рязанцева, В.В. Новицкий, В.Д. Рязанцев, А.Г. Соколович
Сибирский Медуниверситет, Томск, Россия*

Ожоговая травма осложняется глубокими нарушениями эритроцитарного гомеостаза с развитием высокорезистентной к корригируемой терапии ожоговой анемии. При этом прогрессирование ожогового малокровия во многом обусловлено повреждением центрального звена эритрона. Однако, мы задались вопросом о характере и длительности адаптационной реакции костномозгового компартмента эритрона на термическую агрессию. С целью оценки активности гемоглобинсинтетических процессов у 42-х больных с обширными (более 15% поверхности тела) термическими ожогами проводили определение содержания сухой массы эритроцитов методом интерференционной микроскопии в различные периоды ожоговой болезни. Материалом исследования являлась периферическая кровь обследуемых лиц. Результаты проведенного исследования позволили выявить в ранние сроки после травмы признаки оживления гемоглобин-синтетической активности со стороны костномозгового компартмента эритрона. К концу периода ожогового шока (3-и, 4-е сутки после травмы) обнаруживалась явная перестройка структуры клеточной популяции красной крови с увеличением количества эритроцитов с повышенным содержанием плотного остатка, что приводило к достоверному увеличению средних величин сухой массы с расширением пределов колебаний индивидуальных показателей у обследованных пострадавших ($p < 0,001$). Анализ процентного распределения клеток красной крови на 7-е сутки после травмы выявил отчетливую дисперсию эритроцитарной популяции по изучаемому признаку. При этом большая часть клеток была представлена высокогемоглобинизированными эритроцитами (43,0% при норме 11,5%). В то же время, по мере прогрессирования ожоговой болезни отмечалось возрастание удельного веса гипохромных клеток, снижение средних показателей сухой массы эритроцитов ($p < 0,01$), что вполне закономерно в условиях нарастающих симптомов интоксикации, присоединения инфекционного процесса, дисбаланса иммунной системы. В целом, приведенные данные указывают на нарушение гемоглобинообразовательной функции центрального звена эритрона, что проявляется ранним включением компенсаторных механизмов красного роста костного мозга при остро возникающей и нарастающей гипоксии организма с последующей декомпенсацией адаптивной системы.

II.21.8

ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ГИПОПЛАЗИЕЙ КОСТЕЙ КИСТИ МЕТОДОМ ЧРЕСКСТОЯНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА

*В.И. Шевцов, Т.Е. Козьмина, Г.Р. Исмаилов, М.Г. Знаменская
Курган, Россия*

Врожденные аномалии развития опорно-двигательного аппарата являются одной из сложнейших проблем, которую приходится решать ортопедам. Значительное место среди них, по тяжести косметических недостатков и функциональных расстройств, занимают пороки развития верхней конечности. Деформации и аномалии верхней конечности составляют 12,1% среди всех врожденных заболеваний.

В клинике Российского научного центра «Восстановительная травматология и ортопедия» им. академика Г.А. Илизарова с 1983 по 1999 г. находился на лечении 561 пациент с врожденной патологией кисти, что состав-

ляет 71,5% от общего количества больных с патологией кисти. Среди указанного количества больных гипоплазия фаланг составляет 29,9%, гипоплазия пястных костей — 11,8% и гипоплазия первого пальца — 8,7%.

Всем больным произведено монолокальное, а при показаниях полилокальное удлинение костей кисти. Монтаж аппарата, исходя из вида патологии, производился индивидуально для каждого больного.

Ближайшие результаты лечения изучены в сроки 2-3 месяца у 89% больных, а отдаленные — в сроки от 1 до 5 лет у 78,7% пациентов. В 96,2% достигнуты хорошие результаты лечения, а 3,8% — удовлетворительные.

Лечение гипоплазии кисти методом чрескостного компрессионно-дистракционного остеосинтеза аппаратом Илизарова является эффективным, и физиологически обоснованным, позволяет улучшить ограниченные функциональные возможности кисти и создать хороший косметический эффект.

II.21.9

ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ МЕТОДОМ ВНУТРИКАНЕВОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ ПОЗВОНОЧНИКА

*А.Л. Герасимов, Е.Н. Селянина
Уральская государственная медицинская академия,
Екатеринбург, Россия*

Степень и тяжесть инвалидизации при поражении плечевого сплетения, достигающая 75%, ставит этот вид патологии на первое место. Повреждения плечевого сплетения встречаются в молодом трудоспособном возрасте.

Тяжелые травмы плечевого сплетения, в виде полного анатомического перерыва и отрыва корешков (невротмезис), по нашим наблюдениям встречаются редко. Процессы дегенерации и регенерации идут параллельно. Консервативного лечения требуют все без исключения повреждения плечевого сплетения, эти методы являются основными. Мы решили несколько изменить подход к лечению травматических поражений периферических нервов вообще и плечевого сплетения в частности. Поскольку деление нейрона на нервную клетку, отростки, нервное окончание, условно и все это представляет собой единую, неделимую структуру. Мы выбрали основной точкой приложения лечебного воздействия нервную клетку, так как именно она регулирует транспорт трофических веществ и компонентов цитоскелета к растущему аксону.

На кафедре травматологии и ортопедии УрГМА был предложен метод внутритканевой электростимуляции позвоночника (ВТЭП), разработанный А.А. Герасимовым (авторское свидетельство №1103855 от 1981г.). Сущность метода заключается в проведении импульсного электрического тока частотой 20-70 Гц к спинному мозгу через окружающие его ткани на уровне расположения нервных клеток пораженного нерва. Этот метод позволяет решить такие задачи как: устранение болевого синдрома, улучшение микроциркуляции в пораженных тканях, стимуляция регенерации поврежденного нерва, сохранение жизнеспособности денервированных мышц, предотвращение развития тугоподвижности в суставах.

Настоящая работа основана на результатах обследования 29 больных с травматическим повреждением плечевого сплетения, пролеченных методом ВТЭП. Из данной группы, люди трудоспособного возраста составили 78%. Курс лечения состоял из 20 процедур. Чувствительные нарушения полностью регрессировали в 43,4% случаев, это были больные со свежими повреждениями и с небольшим сроком после травмы. Частичный регресс наблюдался в 47,8% случаев. Результаты восстановления двигательных функций оценивались как: отличные (полное восстановление) в 34,7% случаев; хорошие (возможность свободно пользоваться рукой) у 39,1% пациентов; удовлетворительные (появление приспособительной активности) — 26%, эту группу составили больные с отрывами корешков, случаи с давностью повреждения более 1 года, оперированные больные. Оценка данных электродиагностики и ЭМГ проводилась у 19 больных (65%), из них полное восстановление проводимости наблюдалось в 17,4% случаев; в 39% случаев отмечалось улучшение.

Таким образом, внутритканевая электростимуляция позвоночника, является эффективным методом восстановления функции плечевого сплетения (более чем в 92% случаев). Эффективность метода зависит от тяжести повреждения и сроков, прошедших после травмы.

II.21.10

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА

*В.А. Стучилов, А.А. Никитин, М.Ю. Герасименко, А.А. Рябцева
Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского*

Травматические повреждения средней зоны лица при разрушении и сдвиге костных структур характеризуются нарушением стенок глазницы,

верхнечелюстной пазухи. В глазничной области изменяются положения век, орбито-пальпебральной складки, форма и величина глазных щелей. При смещении глазных яблок определяются истинный и ложный экзофтальм, ограничение подвижности глаз, диплопия.

У 69 больных с целью обследования проводились:

- клиническая оценка деформации лицевого черепа;
- определение степени и типов смещения костных фрагментов;
- компьютерное 3-мерное (объемное) моделирование костных дефектов поврежденного лицевого черепа, изготовление индивидуальных имплантатов.

Определение величины смещения глазного яблока определялось по трём направлениям: передне-заднем, вертикальном (верхне-нижнее) боковым (поперечное смещение). Для этой цели проводилась стереосъемка с рентгеноконтрастными линзами, с помощью устройства для определения патологического смещения глазного яблока (а. с. № 1431730) высчитывали величину смещения глаз по трём осям координат.

При смещении скуловой кости после травмы отмечали на рентгенограммах одно-, двух- и трёхосевые ее вращения, а также оскольчатые, фрагментарные смещения костных образований по плоскости. В большинстве случаев это приводило к вторичным повреждениям мягких тканей области глазницы, возникновению ишемии в окологлазничных тканях и формированию контрактуры Фолькмана глазодвигательных мышц, сопровождающейся диплопией и ограничением подвижности глаз. Оперативные вмешательства, проводимые у таких пострадавших, были направлены на репозицию костных фрагментов и устранение функциональных нарушений глазодвигательного аппарата. При этом более значительные разрушения костных стенок глазницы, гайморовой пазухи после их репозиции замещали индивидуально изготовленными имплантатами, моделированными с помощью компьютерной программы и лазерной стереолитографии, позволяющей формировать физические трёхмерные объекты.

II.21.11

СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ВАКУУМ-ЭЛЕКТРОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ

Т.В. Кончугова, Т.Г. Слепушкина, А.А. Миненков, Е.Н. Стрельцова
Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии МЗ РФ, Москва

Применение сочетанных физиотерапевтических методов позволяет достичь большей терапевтической эффективности за счет суммирования и потенцирования действия физических факторов, влияние на различные стороны патологического процесса.

Целью настоящего исследования явилось научное обоснование сочетанного применения вакуум-массажа и переменных токов у больных остеоартрозом I-III стадии.

Под наблюдением находилось 40 больных остеоартрозом I-III стадии. Пациенты получали сочетанные воздействия вакуум-массажем (5-6 атм, частота 20 в минуту) и переменными синусоидальными токами разных частот.

Курс состоял из 10 ежедневных процедур.

Все больные были разделены на 2 группы по 20 человек в зависимости от лечебной методики:

- в I группе пациенты получали воздействия с частотой переменного тока 200 Гц,
- во II группе – с частотой 500 Гц.

В результате проведенных исследований установлена положительная динамика клинической симптоматики в обеих группах: у большинства пациентов уменьшился или исчез болевой синдром, увеличился объем движений в пораженных суставах. В I группе обезболивающий эффект проявился в более ранние сроки – на 3-5-й процедурах, тогда как во II группе обезболивающий эффект отмечен к концу курса лечения.

В формировании лечебного эффекта изучаемых факторов важную роль играет улучшение микроциркуляции, о чем свидетельствуют данные лазерной доплерной флоуметрии (ЛДФ). В I группе выявлено повышение исходно сниженного базального кровотока с $4,5 \pm 0,2$ до $6,2 \pm 0,4$ усл. ед., во II группе с $4,2 \pm 0,3$ до $5,6 \pm 0,4$ усл. ед. Помимо определения исходного уровня капиллярного кровотока проводились функциональные тесты, в основе которых лежат механизмы симпатической регуляции (задержка дыхания на 15 с). Стимуляция симпатической регуляции вызывала уменьшение базального кровотока в I группе на 42%, во II – на 30% (в группе контроля – на 52%). После курса физиотерапевтических воздействий статистически значимых изменений в уровне базального кровотока по данным функциональных проб у больных и здоровых не выявлено, что свидетельствует о нормализации симпатической регуляции.

У больных остеоартрозом с реактивным синовитом (11 человек) исходно уровень базального кровотока был выше на 20% по сравнению с группой контроля. После курсового лечения у большинства этих пациентов выявлено достоверное снижение базального кровотока, что свидетельствует о противовоспалительном действии изучаемых факторов. Данные ЛДФ подтверждаются результатами термографии (уменьшение или исчезнове-

ние термоасимметрии) и биохимических исследований (снижение исходно повышенного уровня серомукоида и С-реактивного белка).

По данным РВГ у 80% больных после лечения выявлено увеличение кровенаполнения сосудов, повышение эластичности сосудов, нормализация сосудистого тонуса. Статистической разницы по группам не выявлено.

Таким образом, результаты исследований свидетельствуют о влиянии сочетанных воздействий вакуум-массажа и переменных токов на патогенетические механизмы дистрофических и воспалительных заболеваний суставов, чем обусловлен высокий терапевтический эффект.

Проведен подбор оптимальных частотных характеристик переменных токов. Более высокая терапевтическая эффективность отмечена в I группе, получавшей воздействия переменными токами с частотой 200 Гц.

II.21.12

ПАЛЛИАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ

С.В. Сергеев, Н.В. Загородний, М.А. Абдулхабирова, В.В. Фурдюк, В.А. Дириш
Российский Университет дружбы народов, Москва, Россия

В клинической травматологии опорно-двигательного аппарата довольно широко применяются консервативные методы лечения, не только как альтернативные операциям, но и как временно облегчающие состояние больного при абсолютных или относительных противопоказаниях к хирургическому лечению.

Успехи современной хирургической реабилитации травматологических больных не должны воспитывать профессиональное заблуждение в безвредности операции. Хирург должен помнить, что операция – это хирургическая агрессия с множеством элементов риска вследствие возможного развития сердечно-легочной недостаточности, тромбоэмболии, гнойно-септических осложнений. Тщательная подготовка к операции и ее педантичное выполнение необходимы в профилактике нестабильности и миграции имплантатов, вызывающие статико-динамические функциональные нарушения, парезы и параличи. Особенно этот риск возрастает у больных пожилого и старческого возраста, страдающих множеством сопутствующих заболеваний и остеопорозом.

Наиболее подходящими для паллиативного лечения являются переломы хирургической шейки и мыщелков плечевой кости, чрезвертельные переломы, переломы костей таза без нарушения его ротационно-вертикальной стабильности, компрессионные неосложненные переломы тел позвонков. Сущность лечения этих повреждений заключается в проведении мероприятий, облегчающих состояние больного, не обременяя его вынужденным положением, гипсовыми повязками или скелетным вытяжением. С учетом общего состояния и субъективных болевых ощущений с первых дней после травмы больным рекомендуем активное поведение в постели, различные виды лечебной гимнастики с ортостатическим положением, а также активно-пассивные движения в поврежденных и смежных суставах, что приводит к функциональному упорядочению костных отломков и препятствует развитию контрактур.

Анализ отдаленных результатов лечения более 1000 больных показал, что раннее активное функциональное лечение переломов не только облегчает общее состояние больных и препятствует развитию гипостатических осложнений, но и способствует максимально возможному восстановлению статико-динамической функции конечности и позвоночника в ранние сроки после повреждения.

Следует ли вообще игнорировать принципами точной анатомической репозиции и прочной фиксации достигнутого положения, объясняя невозможность их достижения вследствие старческого возраста больных и их сопутствующих заболеваний? Безусловно нет. Консервативное паллиативное лечение переломов должно рассматриваться как метод сохранения жизни пациента с четкой программой и методологией функциональных приемов, направленных на сохранение и восстановление функции поврежденного сегмента опорно-двигательного аппарата.

II.21.13

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ГЕМОРЕОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ

В.А. Бобков, С.В. Королева, О.В. Княжевская, Н.С. Козлова, С.Б. Назаров
ИГМА, Иваново, Россия

Целью работы было изучение гемореологических показателей у больных остеоартрозом (ОА) и коррекция их с использованием консервативной терапии. Наблюдались 23 больных ОА в периоде обострения заболевания в виде усиления болей, не уменьшающихся в покое и в ночное время, ограничение объема движений в пораженных суставах, и после курса лечения при клиническом улучшении. Курс терапии включал НПВС, инъекции никотиновой кислоты, малые дозы дезагрегантов (аспирин), физиопроцедуры (электрофорез, фонофорез). У всех больных до лечения отмечались повышенный показатель агрегации эритроцитов, увеличение сред-

него размера агрегата, снижение процента неагрегированных эритроцитов и гематокрита, уменьшение содержания дискоцитов, повышение вязкости плазмы. Под влиянием лечения происходило улучшение реологических свойств крови, но не отмечалось их нормализации. Показатель агрегации снизился с $1,35 \pm 0,06$ до $1,20 \pm 0,04$ ($p < 0,05$), средний размер агрегата с $5,49 \pm 0,16$ до $4,76 \pm 0,17$ ($p < 0,01$), вязкость плазмы с $2,33 \pm 0,03$ до $1,82 \pm 0,04$ ($p < 0,001$), увеличился процент неагрегированных эритроцитов с $71,51 \pm 3,40$ до $80,46 \pm 2,57$ ($p < 0,05$), дискоцитов с $71,74 \pm 1,63$ до $75,45 \pm 1,06$, гематокрита с $36,89 \pm 0,73$ до $41,69 \pm 0,73$ ($p < 0,001$). Выявленное ухудшение реологических свойств крови при ОА можно рассматривать как одну из причин дегенеративных процессов в структурной единице «субхондральная кость – суставной хрящ».

II.21.14

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ИММУНИТЕТА И ГЕМОСТАЗА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

И.Г. Чеснокова
СамГМУ, Самара, Россия

При травматической болезни происходят сложные и длительные нарушения гомеостаза. К наиболее быстрореагирующим, «триггерным» системам относятся иммунологическая реактивность и гемостаз. Было проведено их комплексное клиничко-лабораторное обследование у 146 больных с переломом бедра в возрасте 30–50 лет на протяжении 1,5 лет с момента получения травмы. Применен современный методологический подход – системный многофакторный анализ и математическое моделирование. Получено 5 математических моделей морфофункционального состояния Т- и В-систем иммунологической защиты, тромбоцитарного, плазменного гемостаза и фибринолиза. С помощью корреляционного анализа выявлены достоверные взаимосвязи между отдельными показателями указанных систем, что позволило создать модель единого динамического функционирования их при травматической болезни. Такой системный подход к диагностике и прогнозированию посттравматического состояния больного дает максимум сведений о функционировании органов и систем по минимальному набору тестов, что упрощает и убыстряет процесс диагностики и позволяет подобрать индивидуальную тактику реабилитации. Нами предложена рабочая классификация данного заболевания, разработаны критерии возможного возникновения ранних и отдаленных иммунопатологических и тромбогеморрагических осложнений. По коэффициентам влияния отобраны наиболее информативные тесты и предложена программа-алгоритм для диагностики приобретенного иммунодефицита и синдромов патологии гемостаза (ДВС-синдрома, тромбоцитопении, тромбофилии, недостаточности фибринолиза). Выявлено, что критическими в отношении инфекционно-воспалительных осложнений является 1–14 и 180–360 сутки, аллергических реакций – 30–90 сутки, в отношении ДВС-синдрома – 1–7 сутки, тромбоцитопении аутоиммунного характера, тромбофилии, нарушений фибринолитических функций – 360–540 сутки. На основании полученных результатов даны рекомендации по изменению всего лечебного блока при травматической болезни (количеству трансфузионно-инфузионной терапии, антибиотикотерапии, выбору оперативной или консервативной тактики травматологического лечения, медикаментозных препаратов).

II.21.15

НАРУШЕНИЕ ГОМЕОСТАЗА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

И.Г. Чеснокова, Г.П. Котельников, В.А. Кондурцев
СамГМУ, Самара, Россия

Во всем мире продолжается рост количества травм и усугубление тяжести их последствий. Однако только в последние десятилетия к этой проблеме стали подходить с позиции нозологии. Нами выявлены серьезные нарушения гомеостатических механизмов как в ранние, так и в отдаленные посттравматические сроки. Было проведено современное комплексное клиничко-лабораторное исследование иммунной системы (14 показателей), гемостаза (17 показателей), нейроэндокринной системы (8 показателей) и метаболизма (12 показателей) у 281 больного с травмой различной степени тяжести в возрасте 30–50 лет на 1, 3, 7, 14, 30, 90, 180, 360 и 540 сутки с момента ее получения. Контрольную группу составили 50 доноров того же возраста. С целью объективизации полученных данных применен системный многофакторный анализ. В результате получено, что в ранние сроки (до 1 месяца) у больных наблюдается приобретенный иммунодефицит смешанного типа, I и II стадии синдрома ДВС, резкое усиление активности тиреоидной системы при нормальной функции аденогипофиза, усиление активности коры надпочечников, снижение выработки инсулина и С-пептида поджелудочной железой. В сроки от 1 до 6 месяцев имелись разнонаправленные сдвиги в указанных системах. С 6 месяцев до 1,5 лет отмечено, что у больных начинают формироваться патологические клиничко-ла-

бораторные синдромы: приобретенный Т-иммунодефицит (87,5%), тромбоцитопения аутоиммунного характера (15%), тромбофилия (39,7%), недостаточность системы фибринолиза (29,1%), резкое усиление активности гипофизарно-надпочечниковой системы (61%), диссоциация эндогенной функции поджелудочной железы за счет снижения концентрации инсулина и повышения содержания С-пептида. На математических моделях определены критические сроки возникновения инфекционно-септических, воспалительных, аллергических, аутоиммунных, тромботических, геморрагических, нейроэндокринных осложнений, а также возможные ранние и отдаленные исходы травматической болезни.

II.21.16

СРАВНЕНИЕ ИММУННЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В МОЛОДОМ И ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Г.П. Котельников, И.Г. Чеснокова
СамГМУ, Самара, Россия

Комплексное клиничко-иммунологическое обследование было проведено у 111 больных (56 мужчин и 55 женщин), перенесших перелом бедра, в возрасте 60–79 лет. Получено, что в ранние сроки (до 1 месяца с момента получения травмы) выявлен иммунодефицит смешанного типа, т.к. количество Т-лимфоцитов было снижено на 70%, общее количество лимфоцитов – на 65%, Т-хелперов/индукторов – на 40%, активированных HLA-DR+ лимфоцитов – на 75%, В-лимфоцитов – на 70%, концентрация IgG – на 65%, IgA – на 50%, активность комплемента – на 58% по сравнению с контролем. Это в среднем на 20–25% ниже, чем при переломе бедра у больных молодой и средней возрастной групп. Клинически в эти сроки имело место наибольшее количество воспалительных и инфекционных осложнений (у 7% развилась острая очаговая пневмония, у 16% – нагноение в месте введения спицы при скелетном вытяжении, у 5% – обострение хронического бронхита, у 8% – обострение хронического пиелонефрита, у 20% – ОРВИ и грипп, у 11% – кандидоз языка). Причем, учитывая изначальные возрастные изменения в иммунорегуляторной системе, тяжесть травмы и выраженность иммунодефицитного состояния, необходимо отметить, что эти осложнения отличались по течению от таковых у больных средней возрастной группы малосимптомным началом, вялым течением, плохо поддавались традиционному лечению, имели склонность к рецидивированию. В отдаленные сроки (от 6 месяцев до 1 года) была диагностирована иммунологическая недостаточность Т-дефицитного типа, т.к. количество Т-лимфоцитов снижено на 40%, Т-хелперов/индукторов – на 35%, активность комплемента – на 50%, фагоцитоз – на 60%, что в среднем на 10–15% больше, чем в средней возрастной группе. Клинически на этом фоне отмечалось замедление консолидации переломов на 14–30 суток, частые ОРВИ и грипп (более 1 раза в месяц), обострение хронических воспалительных заболеваний. Таким образом, в пожилом возрасте необходимы более щадящие реабилитационные мероприятия с использованием средств, стимулирующих иммунную систему: тимоген, тималин, Траумель С, вобэнзим.

II.21.17

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

И.Г. Чеснокова
СамГМУ, Самара, Россия

Проблема реабилитационных мероприятий, направленных на коррекцию нарушений гомеостаза, возникающих у больных с травмами, является не только медицинской, но и социальной.

Исходя из положений концепции о травматической болезни (ТБ) и ее определения – это синдромокомплекс патологических и компенсаторно-приспособительных реакций всех систем организма в ответ на травму различной этиологии, характеризующийся стадийностью и длительностью течения, определяющий прогноз и исход для жизни и трудоспособности, основными особенностями лечебных мероприятий должны быть комплексность, системность действия применяемых препаратов, экологическая чистота их и возможность улучшения качества жизни больных с самых ранних посттравматических сроков. С этой целью нами были выбраны следующие средства: Траумель С и убионин композитум (антигемотоксическая, гомеопатическая терапия), флогэнзим и вобэнзим (системная энзимотерапия) и их комбинация. Характеристика применяемых средств: положительное влияние на все системы организма, мягкий иммуномодулирующий эффект, ускорение остеогенеза и репарации костных отломков за счет улучшения тканевого дыхания, реологических свойств крови, нейроэндокринных и медиаторных реакций, они состоят только из биологически активных веществ животного, растительного происхождения и минеральных природных веществ. В каждую группу входило по 30 человек с ТБ в возрасте 30–50 лет. Контрольную группу

составили больные с ТБ, получающие только традиционную терапию. В результате получено, что наилучшим эффектом обладает комбинация Траумель С в/м + убихинон композитум в/м + флогэнизм рег ос; на втором месте стоит монотерапия энзимопрепаратами; на третьем — монотерапия гомеопатическими средствами. Однако во всех этих группах качество жизни, процент ранних и поздних инфекционных и тромбо-геморрагических осложнений, состояние показателей иммунной системы и гемостаза лучше, чем у больных, которым применяли только традиционную терапию.

II.21.18

УЛЬЦЕРОГЕННОЕ ДЕЙСТВИЕ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА. ПРОФИЛАКТИКА. ЛЕЧЕНИЕ

Б.Е. Васюхин

Омский городской вертебрологический центр

Анализируя многолетний опыт работы вертебрологического центра, отмечены частые эрозивно-язвенные поражения слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки, в редких случаях осложненные кровотечениями. С целью уточнения взята группа больных (50 человек), более двух недель получавших нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Из них ранее имевшие заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) 16 человек, не имевших гастральных жалоб — 22 человека. При эндоскопическом обследовании выявлены поражения слизистой оболочки в виде эрозий у 27 больных и язвы (антрального отдела и 12-перстной кишки) у 11 больных. Так как наиболее часто данная группа больных принимала индометацин, нами начато лечение мизопростолом 200 мкг 3 раза в день, викарином и лазерной терапией на эпигастрий. Эффект: исчезновение эрозий через 14 дней, рубцевание язвы через 18 дней. У 2 больных эффекта от данного лечения не было.

Таким образом, доказана связь и высокая частота повреждений слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки при приеме НПВП, причем большое число «немых» поражений.

Выводы:

1. При лечении болевых проявлений остеохондроза позвоночника избегать длительного приема НПВП.
2. Считаем целесообразным применение мануальной терапии, игло-рефлексотерапии, гомеопатии, паравертебральные новокаиновые блокады и другие методы лечения.
3. Все больные, получавшие НПВП, независимо от наличия или отсутствия гастральных жалоб, должны подвергаться эндоскопическому обследованию.
4. При выявлении эрозивно-язвенных поражений слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки рекомендуется лечение мизопростолом 600 мкг в сутки в сочетании с препаратами висмута и лазерной терапии.

II.21.19

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИМПЛАНТАТОВ ИЗ ПОРИСТОГО НИТИНОЛА В ХИРУРГИИ ПОЗВОНОЧНИКА

С.В. Рождественский, В.М. Карпов, В.М. Духов, А.И. Миromanов

Омский городской вертебрологический центр

В ОГВЦ в 1994—1997 гг. у 137 больных в качестве имплантата для переднего межтелового спондилодеза использован пористый нитинол. Большинство больных трудоспособного возраста. У 82 больных были травмы и последствия травм, у 55 — заболевания позвоночника. 29 операций проведено на шейном, 19 — на грудном и 99 — на грудно-поясничном отделе позвоночника. У 35 больных выполнен спондилодез на двух сегментах позвоночника. 56 операций выполнено в сочетании с передней декомпрессией. В 12 случаях передний спондилодез дополнялся задней стабилизацией позвоночника (пластиной ХИОТ — 4, спинальными системами В.Д. Усикова — 8).

Во всех случаях нами достигнута необходимая стабилизация поврежденного позвоночного сегмента, подтверждающаяся клиническими и рентгенологическими данными (отсутствие болевого синдрома, формирование надежного костно-металлического блока). Мы не имели осложнений, связанных с отторжением имплантатов и их миграцией, с нагноением операционных ран, что подтверждает биологическую инертность нитинола.

Передняя стабилизация имплантатами из пористого нитинола значительно сокращает сроки нетрудоспособности больных (на 103,4 дня). У всех больных восстановлена ось позвоночника. Ограничения режима в послеоперационном периоде были минимальными. Формирование костно-

металлического блока завершилось в сроки до 6—7 месяцев и нетрудоспособность составила 7—8 месяцев.

II.21.20

МЕСТО ПЕДИКУЛОКОРПОРАЛЬНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА В ЛЕЧЕНИИ ТРАВМ ПОЗВОНОЧНИКА

А.С. Рождественский, О.В. Свистаенко, А.И. Миromanов

Омский городской вертебрологический центр

С ноября 1995 года в Омском городском вертебрологическом центре при заболеваниях и повреждениях грудно-поясничного отдела позвоночника выполняются операции педикулокорпорального остеосинтеза (ПКО) с использованием конструкций, разработанных в РосНИИТО им. Р.Р. Вредена. На начало 1998 года ПКО выполнен 71 больному. Из них 37 больных оперировано по поводу повреждений позвоночника.

Опыт применения ПКО у больных с повреждениями позвоночника позволил сделать следующие выводы:

1. В раннем периоде травмы ПКО позволяет исправить деформацию оси позвоночника и восстановить высоту позвоночно-двигательных сегментов;
2. За счет репозиции устранить компрессию спинного мозга и его элементов;
3. ПКО создает условия для полноценной послеоперационной реабилитации больных;
4. ПКО не является самостоятельной операцией при травмах позвоночника, а является первым этапом хирургического лечения при нестабильных повреждениях позвоночника;
5. Несомненно лучшим пластическим материалом для выполнения переднего спондилодеза на сегодняшний день является пористый никелид титана. Его преимущества перед костными трансплантатами общеизвестны. Но даже пористый никелид титана в некоторых случаях не обеспечивает сохранности достигнутой интраоперационной коррекции. Сочетание ПКО и переднего спондилодеза пористым нитинолом создает оптимальные условия для формирования переднего костного блока поврежденного сегмента(ов) позвоночника.

II.21.21

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СПОНДИЛОЛИСТЕЗА

В.М. Карпов, А.В. Медведев, С.В. Рождественский

Омский городской вертебрологический центр

В Омском городском вертебрологическом центре МСЧ-9 по поводу спондилолистеза прооперировано 51 больной, из них у 38 наблюдались неврологические расстройства той или иной степени. В предоперационной подготовке больным проводилось комплексное клиническое обследование, включающее в себя осмотр неврологом, рентгенологическое обследование (ФРИ), магниторезонансную томографию, компьютерную томографию, миелографию.

Основной метод в лечении спондилолистеза — оперативный:

- 1) Передняя декомпрессия и передний расклинивающий межтеловой спондилодез. Последний может быть выполнен аутоштифтом, взятым из ребра повздошной кости, или имплантантом из пористого никелида титана, что в современных условиях является более предпочтительным. При отсутствии компрессионного синдрома выполняется только передняя стабилизирующая операция без декомпрессии. Данная методика была использована у 51 больного, из них 44 — прооперированы с применением костного аутоштифта, 7 — имплантантом из пористого никелид титана. У 38 больных в ходе оперативного вмешательства выполнена передняя декомпрессия и передняя стабилизация, у 23 — только передняя стабилизация.
 - 2) Задняя фиксация проводится пластинами ХИОТ или задними спинальными системами по В.Д. Усикову. У 8 больных передний спондилодез сочетался с фиксациями пластинами ХИОТ, у 5 — с педикулокорпоральным остеосинтезом. Сочетание ПКО и переднего спондилодеза пористым никелидом титаном создает оптимальные условия для формирования костно-металлического блока поврежденного сегмента позвоночника.
 - 3) Одномоментно операция на передних и задних структурах позвоночника выполнена у 12 больных.
- Выводы:
- 1) В клинике спондилолистеза компрессионный синдром встречается достаточно часто, по нашим наблюдениям, в 74% случаев.
 - 2) В оперативном лечении спондилолистеза предпочтительнее выполнять одномоментно операции на передних и задних структурах позвоночника.

II.21.22**ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА АКУПУНКТУРНОЙ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННОЙ ТРАВМЫ ПОЗВОНОЧНИКА**

Г.А. Власова, Н.Ю. Сапелина, А.А. Криволапова, Н.Н. Чередникова
Омский городской вертебрологический центр

В ОГВЦ за 1993–97 гг. поступило 225 больных с осложненной позвоночно-спинномозговой травмой.

156 больных в реабилитационном периоде получали курс иглорефлексотерапии.

Давность травмы была различной: до 6 мес – 38 больных (24,3%), от 6 мес до года – 66 больных (42,3%), от года до 1,5 лет – 31 больной (19,9%), более 1,5 лет – 21 больной (13,5%).

Изолированный корешковый синдром по типу компрессии или иритации наблюдался в 48 случаях (31%). Нарушения двигательной сферы зафиксированы в 61 случае (39%), в виде тетра-паралезов или параличей – у 64 больных (41%), монопарезов – у 4 больных (2,4%).

Снижение или утрата болевой, температурной, тактильной чувствительности, мышечно-суставного чувства соответственно уровню повреждения позвоночника и спинного мозга имелись у 108 больных (69,4%). Расстройства функции тазовых органов – у 31 больного (19,9%), трофические нарушения – у 20 больных (13,1%).

Курс лечения 10–15 сеансов ежедневно или через день. При необходимости проводилось 2–3 курса лечения с перерывом от 10 дней до 2–3 недель.

В результате проведенного лечения – корешковый синдром купировался у всех 48 пациентов, у 34 (22%), с частичным нарушением проводимости по спинному мозгу, наступил частичный регресс неврологических в виду увеличения силы и объема активных движений в пораженных конечностях; снижение уровня чувствительности у 29 пациентов (19%); восстановление функции тазовых органов у 20 (13,4%); заживление трофических нарушений у 3 пациентов (1,7%).

Вывод: Полученные результаты свидетельствуют о том, что применение различных методов ИРТ достоверно повышает эффективность комплексного восстановительного лечения больных с последствиями травм позвоночника, купирует болевые синдромы, способствует восстановлению функции тазовых органов и трофики.

II.21.23**ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ГБО В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА**

А.А. Криволапова, Н.Ю. Сапелина
Омский городской вертебрологический центр, МСЧ-9

В Омском ГВЦ в период реабилитации у больных с заболеваниями и повреждениями позвоночника в комплексном лечении применялся метод гипербарической оксигенации. За 1992–1997 гг. пролечено 342 пациента. С заболеваниями позвоночника – 240 пациентов, с осложненной травмой позвоночника – 95, с неосложненной травмой позвоночника – 17. По давности травмы: до 6 мес – 18 пациентов, от 6 мес до 1 года – 44, более 1 года – 50.

По наличию неврологической симптоматики: изолированный корешковый синдром наблюдался у 39% пациентов, двигательные расстройства – у 38,7%, нарушения чувствительности – 69,5%, расстройства функции тазовых органов – у 20% пациентов.

Назначение курса ГБО больным с заболеваниями и травмами позвоночника проводилось в соответствии с показаниями и противопоказаниями теми же, что и для больных другого профиля.

Лечение проводилось в одностенных барокамерах ОКА-МТ и БЛКС при давлении 1,7–2,0 атм и экспозиции 40–50 мин. Продолжительность курса – 10–12 сеансов, повторный курс через 2–6 мес с учетом индивидуальных особенностей пациента.

Эффективность ГБО оценивали по устранению патологических нарушений со стороны дыхания, сердечно-сосудистой системы, регрессу неврологической симптоматики, уменьшению бактериального загрязнения пролежней, приживлению пересаженной кожи, устранению уроинфекции.

Положительная динамика отмечена нами у 71% больных данной группы. Осложнениями при ГБО считалось возникновение отитов, что отмечено в 0,92% случаев.

Вывод: Раннее включение ГБО в схему комплексного лечения больных с заболеваниями и травмами позвоночника наиболее эффективно и дает больше возможностей для регресса неврологической симптоматики и восстановления трудоспособности больных.

II.21.24**РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ОСНОВЕ УПРАВЛЯЕМОГО ЧРЕСКОСТНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ СТОПЫ**

В.И. Шевцов, Г.Р. Исмаилов, Д.В. Самусенко
РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова, Курган, Россия

Лечение патологии стопы различной этиологии является актуальной проблемой в ортопедии. Использование традиционных методов лечения с последующей гипсовой иммобилизацией не всегда удовлетворяет больных.

С внедрением в практику компрессионно-дистракционного остеосинтеза по Илизарову на основе новых эффективных способов лечения и устройств стало возможным устранение всего патологического симптомокомплекса. В РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова пролечено 3782 больных с деформациями стоп и их пальцев, укорочением и дефектом костей стопы, с аномалиями развития, культиями стопы и голени врожденной и приобретенной этиологии.

Применяемые оперативные вмешательства предусматривали стабилизацию с компрессионным или дистракционным вариантом остеосинтеза; корригирующие остеотомии костей стопы и дистального отдела голени, формирование их отщепов как с одномоментной, так и с дозированной тракцией образованных фрагментов для одномоментного или постепенного устранения деформации и дефектов. При этом возможно восстановление необходимой длины и ширины, создание продольного и поперечного сводов с восстановлением биомеханической оси и длины нижней конечности, сочетание с пластикой сухожильно-мышечного аппарата.

Данные методики позволили нам лечить пациентов с тяжелыми формами патологии, с наличием обширных рубцовых изменений или деформаций, после травмы или оперативных вмешательств, при последствиях остеомиелита или опухолях данного сегмента.

При лечении больных монтаж аппарата осуществляли индивидуально для каждого пациента. Предупреждением рецидива деформации являлось образование костного регенерата, его перестройка в зрелую костную ткань. Ранняя дозированная нагрузка, лечебная физкультура позволили сократить сроки лечения в 2–3 раза.

Результаты лечения, прослеженные нами от одного года до 20 лет, показали 100% положительных результатов (97,6% – хороших; 2,4% – удовлетворительных), позволили восстановить опорность и функцию нижней конечности, а также улучшить ее косметический вид, гарантированно получать хорошие результаты.

II.21.25**КОРРЕЛЯЦИИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ КОРЕШКОВОГО КОМПРЕССИОННОГО СИНДРОМА ПРИ ЛАТЕРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА И ДАННЫМИ МРТ**

Х.А. Мусалатов, А.Г. Аганесов, В.И. Тельпухов, А.Д. Ченский,
М.Т. Сампиев, Л.Ф. Пестерева, И.В. Шахабов
ММА им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Обследовано 56 больных с подтвержденным диагнозом латеральной грыжи межпозвонкового диска поясничного отдела позвоночника на МРТ. У всех больных корешковый компрессионный синдром одинаково выражен. Однако у 38 больных корешковая симптоматика была вызвана грыжами диска от 8 до 10 мм, в то время как у 18 больных не менее выраженный корешковый синдром был вызван грыжами диска от 3 до 5 мм. У этих 18 больных было проведено специальное исследование межпозвонковых каналов на предмет обнаружения интрафораминальных связок. Исследование производили МР-томографом Flexart фирмы Toshiba. Во всех случаях мы обнаружили интрафораминальные связки в латеральных отверстиях межпозвонкового канала, которые компремировали спинномозговую корешок, т.е. был диагностирован сочетанный лигаментарный стеноз межпозвонкового канала (интрафораминальной связкой и латеральной грыжей диска).

Таким образом, клиника корешкового компрессионного синдрома у больных с латеральными грыжами от 3 до 5 мм была обусловлена наличием интрафораминальных связок.

II.21.26**ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ В УСЛОВИЯХ ЧРЕСКОСТНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА**

К.С. Десятниченко, А.М. Аранович, Н.М. Ключин, О.Л. Кармацких
РНЦ «Восстановительная травматология и ортопедия»
им. акад. Г.А. Илизарова, Курган, Россия

Лечение и реабилитация больных хроническим остеомиелитом являются одной из наиболее сложных проблем в травматологии и ортопедии. В

то же время общеизвестно, что иммунные реакции играют ведущую роль как в предупреждении, так и в развитии инфекционных осложнений (А.А. Старченко, 1999 г.). В связи с этим усилился интерес исследователей к изучению иммунного статуса пациента с указанной патологией с целью повышения качества их реабилитации. Исследования последних лет показывают, что важным моментом в лечении и реабилитации больных хроническим остеомиелитом является мониторинг гомеостатических систем организма (К.С. Десятниченко, 1999 г., А.М. Аранович, 1996 г.). Изучение биохимического, гормонального и иммунного статуса дает основу для ранней диагностики, прогноза и эффективной коррекции патологических состояний, лежащих в основе поражения скелета хроническим инфекционным процессом. Цель настоящей работы — изучение иммунного статуса больных хроническим остеомиелитом в условиях лечения методом чрескостного остеосинтеза по Г.А. Илизарову. Обследовано 20 больных хроническим остеомиелитом мужского пола в возрасте от 16 до 60 лет. Клинико-лабораторный диагноз иммунодефицитного состояния ставился на основании результатов иммунограмм, полученных в сроки до операции, в процессе distraction и фиксации и после снятия аппарата. Анализ данных показал, что большинство больных в дооперационный период страдали иммунодефицитом клеточного типа, при этом показатели гуморального звена оставались в пределах нормальных значений. В результате проведенного лечения отмечена положительная динамика показателей иммунного статуса, а именно: изменился патогенетический тип иммунодефицита, либо достигнута физиологическая норма. Сопоставление комплекса характеристик регенерации и санирующего процесса с клиническим эффектом выявило наличие тесных связей между ними, что позволило оперативно использовать данные лабораторных исследований для предупреждения развития осложнений и полноценной реабилитации. Лабораторный контроль активации естественных антимикробных механизмов тканевой защиты, возникающей при чрескостном остеосинтезе (А.М. Аранович, С.А. Паевский, 1995 г.) позволяет существенно сократить сроки лечения пациентов. Результаты данного исследования свидетельствуют о необходимости дифференцированного подхода к включению в реабилитационные мероприятия иммунокорректирующей терапии.

II.21.27

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С КУЛЬТЯМИ КИСТИ МЕТОДОМ ЧРЕСКОСТНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА

*В.И. Шевцов, Г.Р. Исмаилов, М.Ю. Данилкин
РНЦ «Восстановительная травматология и ортопедия»
им. акад. Г.А. Илизарова, Курган, Россия*

Восстановление утраченных в результате ампутации или врожденного недоразвития пальцев кисти представляет собой сложную, пока далекую от полного разрешения, проблему восстановительной хирургии.

Существующие способы реконструкции пальцев имеют ряд недостатков: невозможность реконструкции одновременно нескольких пальцев и пястных костей, повреждение донорских участков, нарушение чувствительности реконструируемых пальцев, ограничение их подвижности, а также неудовлетворенность косметическим результатом у значительной части пациентов.

В РНЦ «ВТО» им. академика Илизарова разработаны и внедрены методики и аппараты для реконструкции укороченных и ампутационных культей пястных костей и фаланг пальцев кисти, которые дают возможность производить радикальную реконструкцию одновременно нескольких фаланг и пястных костей.

К настоящему времени мы располагаем опытом лечения 103 больных (139 кистей) в возрасте от 4 до 63 лет с различными формами врожденной и приобретенной патологии кисти.

В процессе лечения данной группы больных было произведено удлинение фаланг пальцев кисти на 2–3 см и пястных костей на 3–4 см с одновременным восстановлением анатомически правильной формы кисти. Во всех случаях удалось получить хороший функциональный и косметический результат лечения с сохранением чувствительности в реконструируемых пальцах и движений в суставах, полностью обслуживать себя в быту.

Полифункциональность, дозированная коррекция аппаратом, щадящий режим лечения методом чрескостного остеосинтеза позволяют целенаправленно достигать любой поставленной лечебной задачи.

II.21.28

ОСОБЕННОСТИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

*В.И. Зоря, А.В. Попов, Е.В. Проклова
ГКБ № 59, Москва, Россия*

За период с 1994 года и по настоящее время тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава с использованием отечественных (ЭСИ) и зарубежных эндопротезов (Биомет, Протек, Эскулап) было выполнено у

283 больных. Из них у лиц пожилого и старческого возраста (61–77 лет) у 89 (31,4%). Среди них мужчин было 24, женщин — 65. Показанием к тотальному эндопротезированию были различные формы коксартроза III–IV стадии, включая последствия травм (переломы головки и шейки бедра, протрузионные переломы вертлужной впадины) и врожденные заболевания тазобедренного сустава.

Особенностью операции тотального эндопротезирования тазобедренного сустава у данного контингента больных было то, что имплантация компонентов эндопротеза осуществлялась ранее разработанным нами (Зоря В.И.) передним межмышечным доступом, важным моментом которого является передняя срединная продольная капсулотомия. Далее увеличение апертуры артротомии достигалось отсечением капсулы в обе стороны в наднацетабулярной области и у основания шейки бедра по типу «раскрытых створок». При этом капсула ни в одном случае не иссекалась. После успешной и стабильной имплантации эндопротеза капсула ушивалась с восстановлением герметичности сустава. Смещенные во время операции мышцы вертельной области возвращали на прежнее место, и рана послойно ушивалась наглухо с обязательным активным дренированием пространства вокруг шейки эндопротеза.

Использование переднего доступа без какого-либо отсечения или пересечения мышц, окружающих тазобедренный сустав, операция тотального эндопротезирования стала высокотехнологичной, сравнительно непродолжительной (50–80 минут) с минимальной интраоперационной кровопотерей. Особенно это касается имплантации эндопротеза Биомет и его отечественного аналога (ЭСИ). Это позволило рано активизировать больных с ходьбой с полной нагрузкой на оперированную ногу при помощи костылей на 4–5-е сутки после операции. Параллельно с этим рекомендовали электростимуляцию мышц нижней конечности с целью их функционального восстановления.

II.22. Урология и нефрология

II.22.1

АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ ПОДХОДЫ К ФАРМАКОТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

*Ю.С. Маляков, И.В. Сарвилина, Н.В. Сухорукова, Т.А. Литвиненко
Ростовский государственный медицинский университет,
Клиническая больница СКЖД, Ростов-на-Дону, Россия*

Основной целью данного исследования являлась оценка эффективности лекарственной терапии антибиотиком с иммуномодулирующим действием из группы фторхинолонов ломефлоксацином (Максаквин, Searl) на фоне приема ингибитора АПФ периндоприла (Престариум, Servier). Целевой переменной плацебо-контролируемого клинико-фармакологического исследования с параллельным дизайном являлось устранение инфекционно-иммунологического дисбаланса и нормализация регионарного кровообращения в почках у больных с хроническим пиелонефритом. Контрольная (32 человека) и исследуемая (30 человек) группы были сформированы с использованием метода простой рандомизации. Пациенты исследуемой группы получали периндоприл и ломефлоксацин в среднесуточной дозе соответственно 2 мг и 400 мг. Оптимизация режима дозирования осуществлялась с помощью клинико-фармакокинетической программы в среде электронных таблиц Excel. «Суррогатные» переменные представлены клинико-лабораторными показателями, параметрами центральной и регионарной гемодинамики, а также иммунологическими показателями. Обнаружена нормализация клинико-лабораторных показателей в исследуемой группе пациентов. Уменьшение протеинурии происходило за счет среднемолекулярных фракций. Отмечено статистически значимое снижение АДс, АДд, ЧСС, ОПСС, а также увеличение эффективного почечного плазмотока и почечного кровотока, уменьшение почечного сосудистого сопротивления. Одновременно зарегистрированы следующие изменения иммунологических параметров: усиление экспрессии комплекса TCR-CD3, активация Т-клеток, несущих CD4+, молекул HLA-DR, CD22-положительные клетки отвечают снижением экспрессии.

Таким образом, комбинированное применение тканеспецифичного ингибитора АПФ периндоприла и антибиотика с иммуномодулирующим действием ломефлоксацина способствует изменению состояния регионарной гемодинамики и клеток иммунной системы, устраняя генетически обусловленное иммунное повреждение почечной ткани.

II.22.2**ВЛИЯНИЕ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА НА ГЕМОСТАЗ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ НЕФРОСКЛЕРОЗА**

*Н.В. Вольвич, Н.Л. Тов, Е.А. Мовчан
НГМА, Новосибирск, Россия*

Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) широко применяются в лечении нефритов с целью коррекции артериального давления и внутривенной гипертензии, как основное средство профилактики невоспалительного прогрессирования нефритов, однако их влияние на систему гемостаза у этой категории больных остается неизученным. В то же время, известно позитивное воздействие ингибиторов АПФ на свертывающую систему крови при ишемической болезни сердца, эссенциальной артериальной гипертензии, сердечной недостаточности связанное с торможением деградации брадикинина, стимулированием образования эндотелиального фактора релаксации, идентификации связанного как окись азота, и увеличением синтеза циклического 3' 5' — гуанозинмонофосфата, что ведет к нормализации антиагрегационной активности сосудистого эндотелия и уменьшению агрегационной активности тромбоцитов.

Нами проанализированы основные показатели гемостаза у 7 больных с морфологически верифицированным диагнозом (5 из них страдали хроническим гломерулонефритом, 2 — хроническим тубулоинтерстициальным нефритом). Исследования проводили до начала терапии ингибиторами АПФ и через 2 недели приема 5-20 миллиграмм (мг.) эналаприла малеата. Наблюдалось снижение артериального давления: систолического со 180 — 150 мм рт. ст. до 120-130 мм рт. ст.; диастолического со 110-100 мм рт. ст. до 80-90 мм рт. ст. Отмечалось снижение уровня фибриногена и протромбинового комплекса, уменьшение максимальной свертывающей активности к 10 дню лечения ингибиторами АПФ. В то же время показатели тромбоцитарного гемостаза, в частности агрегация с аденозиндифосфатом, говорили о недостаточном дезагрегационном эффекте ингибиторов АПФ в указанные сроки. Низкие дозы (менее 20 мг.) не влияли на функцию тромбоцитов. Количество тромбоцитов при приеме ингибиторов АПФ не менялось.

II.22.3**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РОНКОЛЕЙКИНА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ**

*О.Р. Зиганшин, Ю.Н. Ковалев
ОКВД, Челябинск, Россия*

Лекарственные препараты на основе цитокинов находят всё более широкое применение в терапии больных. Нами проведено изучение клинико-иммунологической эффективности ронколейкина в комплексном лечении хронических простатитов. Ронколейкин — лекарственная форма рекомбинантного интерлейкина-2 человека. Препарат получен методом современной белковой химии из продуцентов пекарских дрожжей, в генетический аппарат которого встроены гены человеческого ИЛ-2.

Известно, что иммунный статус больных хроническим простатитом характеризуется угнетением факторов клеточного иммунитета, прежде всего Т-иммунодефицитом. Поскольку ронколейкин обладает выраженной иммуностимулирующей активностью, целесообразно было его использовать в терапии хронического простатита.

Группа больных состояла из 20 человек, в возрасте от 22 до 34 лет. До и после лечения всем пациентам проводили исследование показателей иммунитета. Препарат вводили в/в капельно в дозе 500 тыс. МЕ двукратно, в течение 4 часов, с интервалом 2-3 дня. Положительный эффект отмечался у всех пациентов и заключался в улучшении самочувствия, снижении болевых симптомов в промежности и резей при мочеиспускании.

При оценке динамики иммунологических показателей нами отмечено возрастание функциональной активности Т-клеток. Умеренно моделирующее действие ронколейкина оказывал и на показатели гуморального иммунитета.

Таким образом, положительный иммунологический и клинический эффект действия ронколейкина в терапии больных хроническим простатитом свидетельствует о хорошей эффективности его использования в венерологии.

II.22.4**ТЕСТ I-PSS В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ**

*А.Е. Чуприн, А.И. Якубович, Э.В. Флайшер
ИГМУ, Иркутск, Россия*

Практическому врачу хорошо известно, насколько трудно лечить больных с хроническим простатитом. Причин этому много (несоблюдение ди-

ты, сексуальные перегрузки, половое воздержание, хронические венерические заболевания, морфофункциональные изменения в простате и т. д.). Огромное значение в терапии хронического простатита имеет установление полного доверия между врачом и пациентом. Многие больные самостоятельно изучают медицинскую литературу, не найдя в ней всех ответов, сами домысливают.

Для диагностики простатита наиболее часто используют УЗИ, пальцевое исследование предстательной железы и секрета простаты, полученного после массажа. Но после лечения оценка состояния больного по этим критериям затруднена. Диффузные изменения в простате могут остаться как следствие поствоспалительного склеротического процесса. Лейкоцитоз в секрете предстательной железы обусловлен налаженным оттоком секрета из воспаленных альвеол. Неприятные ощущения в области поясницы и малом тазу могут быть связаны с остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника, колитом. Больные, получив анализы после курса терапии, потеряв веру в излечение, впадают в депрессию.

Нами для оценки эффективности проводимого лечения хронического простатита, наряду с другими методами, используется модифицированный тест I-PSS (Prostate Syndrome System). Тест удобен для количественной оценки субъективных проявлений болезни. Благодаря этому тесту больные могут сами оценить свое качество жизни. Ответив на вопросы, больные могут обнаружить к своему удивлению, что они вполне здоровы. Это помогает пациенту выйти из депрессивного состояния.

II.22.5**КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ КЛИМАКТЕРИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У МУЖЧИН**

*Е.А. Неплохов
НИИ КиФ, Томск, Россия*

В последние годы отмечается прогрессирующее увеличение средней продолжительности жизни. Вопреки бурному прогрессу медицины, достигнутому в последние несколько десятилетий, последние годы жизни часто связаны с ухудшением здоровья и инвалидностью. Поэтому знание физиологических и патологических процессов, возникающих у мужчин старших возрастных групп крайне важно, так как оно позволит обоснованно проводить профилактику и лечение некоторых заболеваний, характерных для данного периода жизни. В андропаузе, на фоне возрастных изменений протекающих во всех системах и органах мужчины, основные процессы в первую очередь касаются органов репродуктивно-генитального тракта. В основе этого лежит возрастное снижение концентрации тестостерона в сыроворотке крови, оказывающего влияние на специфические рецепторы, расположенные практически во всех органах и тканях. Под наблюдением в андрологической клинике НИИ курортологии и физиотерапии наблюдалось 76 пациентов в возрасте от 38 до 76 лет с клиническими проявлениями андропausalных расстройств. Более половины пациентов страдали ДГПЖ 1 ст., при этом концентрация простат-специфического антигена не превышала 4,0 нг/мл. Комплекс лечения включал ЛФК по Атабекову, радоновые ванны, электростимуляцию предстательной железы, массаж пояснично — крестцовой области. Всем пациентам проводилась заместительная терапия тестостерона ундеканатом (Андриолом) в суточной дозе 160 мг в течение 10-14 дней, затем по 80 мг на протяжении 3-6 месяцев. Через 2-3 недели после начала лечения пациенты отмечали повышение работоспособности, улучшение настроения и памяти; усиление мышечного тонуса и нормализацию сна. Более половины пациентов отмечали усиление либидо, нормализацию спонтанных и адекватных эрекции, оргазма. Оценивая эффективность и одновременно безопасность использования заместительной терапии тестостерона ундеканатом необходимо подчеркнуть, что на фоне восстановления эректильной функции у более чем половины пациентов при контрольном динамическом ультразвукографическом исследовании предстательной железы не выявлено достоверных изменений в размерах и объеме предстательной железы, а концентрация простат-специфического антигена не превышала установленных норм. Результаты, полученные нами, убеждают, что клинические проявления андропausalных расстройств возможно и необходимо корректировать физиобальнеотерапевтическим комплексом на фоне заместительной тестостеронотерапии. Использование предлагаемого комплекса у мужчин в андропаузе позволяет нормализовать эректильную функцию, а также ликвидировать психопатологические, вазомоторные, физические нарушения и при этом значительно улучшить качество жизни мужчин.

II.22.6**ПАНТОГЕМАТОГЕН В ТЕРАПИИ МУЖСКОЙ ИНФЕРТИЛЬНОСТИ**

*Е.А. Неплохов, М.С. Тицкий, Е.Ф. Левицкий
НИИКиФ, Томск, Россия*

Многочисленно возросший интерес к проблеме infertility обусловлен высокой частотой бесплодного брака, тем более что в более 50%

случаев это обусловлено различными видами патоспермии. Особую значимость в восстановлении фертильности у мужчин имеет применение природных факторов, в частности препарата «пантогематоген сухой М», представляющий лиофилизированный экстракт крови пятнистых оленей и маралов, полученный в период их максимальной сексуальной активности. Поэтому нами была поставлена цель разработать новый метод лечения, включающий микроклизмы 1% раствора препарата пантогематогена сухого М в сочетании с электростимуляцией предстательной железы импульсными токами по абдоминально-сакральной методике у больных хроническим простатитом, с патоспермией и расширить возможности консервативной терапии данной категории больных и тем самым улучшить качество спермы. Под наблюдением находилось более 200 мужчин с различными видами патоспермии, обусловленными воспалительными заболеваниями предстательной железы и придаточных половых желез.

После проведенного лечения анализ клинических и лабораторных данных показал, что общая эффективность лечения составила от 88,8 до 97,1%, проявляется в уменьшении и ликвидации болевого и дизурического синдромов, уменьшением размеров и болезненности простаты. Количество лейкоцитов в простатическом секрете составило 9,1+1,6 в поле зрения микроскопа (до лечения 28,3+3,2, $p < 0,001$), показатели эякулята характеризовались увеличением общего количества сперматозоидов 68,8+5,39 млн. в 1 мл (до лечения 18,1+2,8, $p < 0,01$), количество пероксидазо-положительных полиморфно-ядерных лейкоцитов в семенной плазме достоверно снизилось и составило 0,8+0,08 в 1 мл). За счет противовоспалительного, трофического, стимулирующего действия пантогематогена данный способ лечения пациентов, состоящих в бесплодном браке дает высокую терапевтическую эффективность, а являясь препаратом природного происхождения, не обладает какими-либо побочными действиями, что и было подтверждено нашими исследованиями.

II.22.7

ВЛИЯНИЕ ФИЗИОТЕРАПИИ И ЭНТЕРОСОРБЦИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНИТЕТА БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

Е.В. Книпенберг, А.Г. Матвеев, Е.А. Неплохов
НИИКиФ, Томск, Россия

В последние годы уделяется внимание изучению роли нарушений системы иммунитета в генезе заболеваний предстательной железы. Хронический простатит — наиболее частое осложнение урогенитальной инфекции у мужчин сексуально-активного возраста. Целью работы явилось изучение иммунного статуса больных хроническим простатитом, выявление особенностей иммунологических реакций при физиотерапевтическом лечении и реабилитации в сочетании с применением углеродоминерального энтеросорбента СУМС-1. Наблюдалось 160 мужчин, страдающим хроническим простатитом. Иммунный статус пациентов оценивали по тестам первого уровня. Учитывали общее число лейкоцитов, Т-, В-розеткообразующие клетки, IgA, IgM, IgG, содержание лизоцима и циркулирующих иммунных комплексов. Для определения субпопуляций лимфоцитов использовали моноклональные антитела против CD3 (Т-лимфоциты), CD4 (Т-лимфоциты), CD22 (В-лимфоциты). Лишь у 23% больных хроническим простатитом все показатели неспецифической защиты были в пределах нормы, а 77% пациентов нуждались в иммунокорригирующей терапии. После прохождения курса лечения в отделении андрологии с применением КВЧ-терапии и энтеросорбции достоверно снижалось количество циркулирующих иммунных комплексов и В-лимфоцитов, повышенное до лечения. У пациентов с гиперпродукцией IgA нормализовалось его содержание. Однако у пациентов со сниженным содержанием Т-лимфоцитов и гиперпродукцией IgA положительной динамики показателей иммунного статуса не наблюдали. Кроме того, у пациентов этой группы наблюдалась тенденция к более вялому течению заболевания. Таким образом, применение данного комплекса показано больным хроническим простатитом с повышенным содержанием циркулирующих иммунных комплексов, В-лимфоцитозом, гиперпродукцией IgA.

II.22.8

ПРИМЕНЕНИЕ КВЧ-ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

А.Г. Матвеев, Е.А. Неплохов
НИИ КиФ, Томск, Россия

За последние несколько десятилетий хронический простатит перешел в разряд самых распространенных среди мужчин наиболее трудоспособного и фертильного возраста. Несмотря на широкий выбор лекарственных препаратов эффективность фармакотерапии без применения немедикаментозных методов лечения остается низкой. Одним из перспективных направлений немедикаментозной терапии является электромагнитное излучение миллиметрового диапазона. Оно оказывает активное лечебное

воздействие на больной организм за счет восстановления его собственной информационно-управляющей системы. Это проявляется в ускорении регенерации тканей, коррекции иммунного статуса, улучшении микроциркуляции и, в конечном итоге, в восстановлении нарушенных функций органа или системы. Целью данной работы явилось определение эффективности воздействия миллиметровыми волнами при лечении хронического простатита. Нами было проведено обследование и лечение 225 больных, имеющих подтвержденный лабораторно и клинически диагноз хронического простатита. Основой лечебного комплекса являлось воздействие миллиметровыми волнами в различных частотных режимах от аппарата КВЧ-терапии «Стелла-1» на рефлексогенные зоны и точки акупунктуры либо трансректально с помощью ректального излучателя по 10-20 минут, ежедневно, на курс 10-12 процедур. После проведенного лечения все больные отмечали значительное улучшение самочувствия, выражавшееся в уменьшении или прекращении болевых и дизурических проявлений, выделений из уретры. Достижение ремиссии также подтверждалось данными объективного и лабораторных исследований, диагностикой по методу Р. Фолля. При воздействии различными частотами и режимами мм-излучения эффективность лечения составила от 58,3% до 95%. Наиболее высокая эффективность достигнута при трансректальном воздействии мм-излучением в биорезонансном режиме. Полученные результаты позволяют судить о целесообразности внедрения данного метода в широкую практику.

II.22.9

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ НЕФРИТОВ У ЖИТЕЛЕЙ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

Т.С. Суворова, Е.А. Мовчан, М.Ф. Валентик, Г.А. Дюбанова
НГМА, Новосибирск, Россия

В современных условиях популяционное значение приобретают такие неинфекционные этиологические факторы нефропатий, как лекарственные воздействия, приводящие к первичному поражению канальцев и интерстициальной ткани почек. В литературе приводятся данные о различной частоте острых и хронических тубулоинтерстициальных нефритов (ТИН), развившихся на фоне терапии анальгетиками, включающими парацетамол (адаметаминифен), антибиотиками различных групп, особенно аминогликозидами, нестероидными противовоспалительными средствами (НПВС), фторхинолонами, H₂-блокаторами, петлевыми диуретиками и другими препаратами, а также обсуждается роль факторов окружающей среды в развитии ТИН. Новосибирская область (НСО) отличается повышенными минерализацией воды и выбросом промышленных отходов в атмосферу и водоемы, что является неблагоприятным фоном для возникновения ТИН.

Целью настоящего исследования явилось определение структуры лекарственных ТИН у жителей г. Новосибирска и НСО. В исследование включено 167 больных ТИН различной этнологии: 89 мужчин (53,3%) и 78 женщин (46,7%) в возрасте от 15 до 75 лет. Частота ТИН среди нефропатий в регионе за 1996, 1997, 1998 гг. составила соответственно 6,5%, 7,6% и 6,7%.

Из 11 больных острым ТИН на долю лекарственного приходилось 2/3 всех случаев. Непосредственной причиной острого ТИН явились анальгетики-антипиретики, антибиотики группы полусинтетических пенициллинов, рифамицины. Среди 156 больных хроническим ТИН лекарственная этиология также была доминирующей (46%), при этом анальгетики-антипиретики могли рассматриваться как основной этиологический фактор у 43% больных, антибиотики, в том числе туберкулостатики — у 26,8%, НПВС — у 16,4%, а также сочетание лекарственных препаратов перечисленных групп — у 13,8% пациентов. Нами не выявлено зависимости развития ТИН от возраста, пола и района проживания больных. Отмечена корреляция с длительным употреблением лекарственных препаратов в группе хронических больных.

Таким образом, длительное употребление лекарственных препаратов, в первую очередь анальгетиков-антипиретиков, полипрагмазия являются безусловными факторами, приводящими к тубулоинтерстициальному поражению почек у жителей НСО с учетом экологических особенностей региона.

II.22.10

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ В ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЕ ОТ 16 ДО 25 ЛЕТ

О.Т. Гончаренко, А.Л. Арьев
Медицинская академия последипломного образования (МАПО),
Санкт-Петербург, Россия

Качество медико-социальной экспертизы (МСЭ) и реабилитации больных хроническим гломерулонефритом (ХГН) является одним из факторов,

оказывающих влияние на уровень их инвалидности. При вынесении экспертного заключения о возможности выполнения больным гломерулонефритом труда в своей или равной ей по квалификации профессии решающее значение имеют клинический вариант заболевания, его морфологические проявления, функциональное состояние почек, степень выраженности и темпы прогрессирования гипертонического синдрома. К факторам, существенно влияющим на прогноз и возможность реабилитации больных ХГН, относят и функциональное состояние основных жизнеобеспечивающих систем организма и их резервные возможности.

Как в нашей стране, так и за рубежом вопросы профессиональной и социально-трудовой реабилитации изучаются применительно, в основном, к больным с длительно существующей нефропатией, ассоциированной с почечной недостаточностью, или у инвалидов вследствие болезней почек. В отношении больных ХГН в возрасте от 16 до 25 лет эти вопросы почти не обсуждаются. Для адекватного решения вопросов медицинского и социального прогноза и разработки индивидуальных многопрофильных программ реабилитации данной категории больных нами были предложены комбинированные водно-эргометрические функциональные нагрузочные пробы, включающие выполнение велоэргометрического теста (ВЭМ-теста) на пике фармакологического эффекта циметидина в условиях водной нагрузки или водной депривации. Сочетание ВЭМ-теста, направленного на определение уровня физической работоспособности (ФРС) с другими нагрузочными пробами способствовало более тонкой оценке функционального состояния почек и их резервных возможностей.

Результаты исследования позволили доказать влияние предлагаемых проб на функциональные показатели почек, зависимость их от клинического варианта ХГН и от вида предьявляемой комбинированной нагрузки. Кроме того, нами было показано, что у больных ХГН, проявляющимся изолированным мочевым синдромом (ИМС) или транзиторной АГ, имеет место клинико-морфо-функциональная диссоциация, когда на фоне относительного клинического благополучия наблюдаются не только выраженная морфологическая активность заболевания, но и начальное снижение функции почек. Последнее свидетельствует о развитии начального (скрытого) ХГН у больных, признанных полностью трудоспособными.

II.22.11

К РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ УРЕТРОПРОСТАТИТОМ

С.А. Суворов
Саратов, Россия

Существующее традиционное лечение больных хроническим уретропростатитом часто недостаточно эффективно. Вместе с тем затяжное течение воспалительного процесса в мочеполовом тракте ведет, как правило, к развитию эскреторного бесплодия и импотенции, значительно снижая качество жизни.

Нами разработаны новые способы терапии с учетом клинических особенностей заболевания. При нарастании признаков склероза в уретре и предстательной железе использовался фермент протеолитического действия — коллалазин. Препарат вводился путем эндоуретрального электрофореза с положительного полюса в дозе 250–500 КЕ в сутки (патент № 2139726). Отчетливое лечебное действие коллалазина сопровождалось положительными изменениями в иммунном статусе и системе «протеазы — специфические ингибиторы».

Нормализации функционального состояния предстательной железы, восстановлению половой функции способствовал новый метод физического воздействия — КВЧ-терапия (патент № 2116808). Проводилось облучение с помощью источника электромагнитного излучения миллиметрового диапазона на длинах волн 5,6 и 7,1 мм в определенной последовательности. После курса лечения у всех больных отмечен стойкий терапевтический эффект. Одновременно в периферической крови нормализовались нарушения в прокоагулянтном, антикоагулянтном и фибринолитическом звеньях гемостаза, восстанавливалась активность ферментов антиоксидантной защиты.

В комплексную терапию больных с успехом включали сборы лекарственных растений. При их назначении принимались во внимание антимикробное и противовирусное действие, способность усиливать процессы регенерации и оказывать мочегонный эффект.

II.22.12

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ АДЕНОМЫ ПРОСТАТЫ С ПОМОЩЬЮ ТРАНСРЕКТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕРМИИ

О.К. Курпешев
МРНЦ РАМН, Обнинск, Россия

Реабилитация больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) с противопоказаниями к хирургическим методам лечения является важной проблемой клинической медицины. Имеющиеся

современные лекарственные препараты эффективны в основном при ранних стадиях заболевания. Кроме того, из-за дороговизны и необходимости длительного приема их (6–12 месяцев и более) они не доступны для многих больных.

В этой связи поиск новых методов привел к разработке внутриполостной гипертермии (трансректальной и трансуретральной) для лечения больных ДГПЖ.

Нами с 1987 г. в МРНЦ РАМН и в ряде других лечебных учреждений страны проводится лечение больных ДГПЖ с помощью трансректальной электромагнитной гипертермии (ТРЭГ) на установке «Яхта-3» или на модифицированной физиотерапевтической установке «Волна-2». Всего пролечено 94 больных с I–III стадиями заболевания. По режиму гипертермии они были подразделены на 4 группы: 1. 6–10 сеансов по 1 ч ежедневно; 2. 12–16 сеансов по 1 ч ежедневно; 3. 12–16 сеансов по 1,5 ч 3 раза в неделю; 4. 12–16 сеансов по 2 ч 2 раза в неделю.

Результаты исследования показали, что наибольший клинический эффект в виде уменьшения мочевого симптомов, объема предстательной железы и остаточной мочи наблюдается у больных 3-й и 4-й групп. 22 пациента оперированы из-за отсутствия или слабого эффекта через 2–24 месяца после ТРЭГ. Отмечено, что у оперированных больных после ТРЭГ в сроки 2–4 месяца операция протекала гладко, железа легко вылучивалась. В гистологических препаратах имело место улучшение кровоснабжения, уменьшение фиброзов.

II.22.13

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ УРОДИНАМИКИ У ЖЕНЩИН СО СТОЙКОЙ ДИЗУРИЕЙ

Б.Д. Неймарк
Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

Дизурия у женщин является одним из наиболее частых клинических синдромов. Она встречается при цистите, цисталгии, уретрите и туберкулезе мочевых путей. Для выявления причин дизурии нами использована цистоскопия с биопсией слизистой мочевого пузыря. Обследованию подвергнуты 42 женщины, страдавшие стойкой дизурией, в возрасте от 28 до 62 лет. При проведении биопсии у 28 из них выявлена очаговая плоскоклеточная метаплазия, прогрессирующее изменение сосудов микроциркуляторного русла и отсутствие признаков воспаления (I группа). У остальных 16 пациенток выявлен хронический цистит различной степени выраженности (II группа). Для лечения больных I группы была применена трансуретральная резекция слизистой мочевого пузыря (ТУР). II группа получала комплексную терапию с использованием лазерного облучения слизистой мочевого пузыря. Контроль за эффективностью терапии проводился с помощью урофлоуметрии и сфинктерометрии. До лечения максимальная скорость потока мочи (Q_х) была снижена и составляла 14,2±0,5 мл/с, сила сфинктера составляла 56±0,8 мг, а максимальная сила сфинктера 60±1 мг. Оба показателя были ниже контрольных. После лечения Q_х возросла в обеих группах, достигнув 18,2±0,5 мл/с в I группе и 19,8±0,7 мл/с во II группе больных. Сила сфинктера и максимальная сила сфинктера также возросли и составили, соответственно, 60±2 мг и 66±0,9 мг в I группе и 62±1 мг и 67±0,8 мг во II группе.

Следовательно, проводимая терапия способствовала купированию патологических процессов в мочевом пузыре, о чем свидетельствовало улучшение показателей уродинамики.

II.23. Фтизиатрия

II.23.1

ЭЛЕКТРОФОРЕЗ ТУБЕРКУЛИНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

В.А. Стаханов, Н.Д. Медункина, Н.М. Козлова
РГМУ, ПТД №4, Москва, Россия

Современная эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в России характеризуется ростом тяжелых форм туберкулеза, резистентностью микобактерий к используемым химиопрепаратам и низкой эффективностью лечения. Иммунокоррекция измененного иммунного статуса больных туберкулезом, физиотерапевтические методы лечения способствует более стойкому выздоровлению с меньшими остаточными изменениями. Целью работы явилось изучение клинической эффективности и иммунного статуса больных активным туберкулезом легких в процессе комплексной имму-

нохимиотерапии. Электрофорез туберкулина по модифицированной нами методике проводился 42 больным с различными формами туберкулеза легких. Оценка эффективности лечения больных проводилась через 1 мес. после окончания курса иммунотерапии. В этот срок интоксикационный синдром полностью ликвидирован у 27 (93,1%) из 29 пациентов, прекращение бактериовыделения достигнуто у 23 (85,2%) из 27 больных — бактериовыделителей, у 13 (48,2%) из 27 пациентов с наличием деструктивных изменений в легких отмечалось закрытие полостей распада. Отмечалась хорошая переносимость пациентами лечения, в том числе больших доз вводимого с помощью электрофореза туберкулина (до 100 ТЕ). Одновременно с изучением клинической эффективности туберкулинотерапии методом электрофореза проводилось изучение показателей гуморального (уровень противотуберкулезных антител (ПТА) методом иммуноферментного анализа) и клеточного (кожная чувствительность замедленного типа (ГЗТ) по пробе Манту с 2 ТЕ РPD-L) иммунитета больных туберкулезом в процессе комплексного лечения. Лечение этим методом чаще было эффективным у пациентов с прямой корреляцией иммунологических показателей (высокий уровень ПТА и ГЗТ), а неэффективным при обратной их корреляции (высокий уровень ПТА и низкая кожная ГЗТ). На основании результатов исследования определены клинико-иммунологические показания к назначению туберкулинотерапии у больных туберкулезом легких.

II.23.2

ВАКЦИНОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

*В.А. Стаханов, Н.А. Васильев, Н.А. Иващенко
РГМУ, ПТД №4, Москва, Россия*

Главными задачами патогенетической терапии больных туберкулезом являются восстановление нарушенного иммунного ответа, максимальное рассасывание специфического воспаления, закрытие деструкции в легочной ткани и прекращение бактериовыделения. Этому вполне соответствует вакцинаотерапия, как один из методов специфического иммунного воздействия, интерес к которой возрос в последнее время и среди зарубежных исследователей в связи с ухудшившейся во всем мире ситуацией по туберкулезу. Подтверждением этому являются сообщения об успешном использовании *M. vaccae* в качестве дополнения к химиотерапии больных туберкулезом. Целью нашего исследования явилось изучение клинической эффективности БЦЖ-терапии и исследование динамики иммунологических показателей в процессе комплексного лечения у больных туберкулезом легких. Лечение вакциной БЦЖ проведено 32 пациентам туберкулезом легких по методике Е.А. Финкель с соавт. (1987), заключающейся в введении вакцины в субпороговых дозах, оказывающих выраженный терапевтический эффект и, вместе с тем, безопасных для больных. При комплексной оценке клинической эффективности иммунохимиотерапии через 1 мес. после окончания курса лечения отмечается полная нормализация патологически измененных показателей гемограммы у 61,3% больных, полная ликвидация интоксикационного синдрома у 68,8% больных. Значительное и частичное рассасывание инфильтрации в легочной ткани зафиксировано у 43,8% и 50% больных, соответственно. Полная инволюция или уменьшение размеров деструкции в легких отмечалось у 46,7% и 37,5% больных, соответственно. У 22 (75,9%) из 29 пациентов с наличием микобактерий туберкулеза в мокроте в тот же срок зарегистрировано прекращение бактериовыделения. Анализ в процессе комплексной иммунотерапии динамики иммунологических показателей (уровень противотуберкулезных антител (IgG) и кожной чувствительности замедленного типа) у эффективно и неэффективно леченных больных позволило определить клинико-иммунологические показания к назначению вакцинаотерапии больным туберкулезом.

II.23.3

ЛЕЙКИНФЕРОН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

*Т.И. Шаркова, В.А. Стаханов, Н.М. Козлова
РГМУ, ПТД№4, Москва, Россия*

Изучено влияние иммуномодулятора лейкинферона (ЛФ) на ближайшие и отдаленные результаты лечения больных впервые выявленным инфильтративным туберкулезом легких. Под наблюдением находилось 112 больных, разделенных на 2 группы по 56 человек в каждой. Больным основной группы в комплексном лечении применен ЛФ, больные контрольной группы получали традиционное лечение.

Установлено, что раннее присоединение ЛФ к химиотерапии повышает эффективность лечения впервые выявленных больных инфильтративным туберкулезом легких: в 2 раза быстрее отмечено исчезновение симптомов интоксикации и в 3 раза — рассасывание инфильтрации легочной ткани, прекращение бактериовыделения и закрытие полостей распада наступает в более ранние сроки. Через 2 мес. абациллирование наблюдается у 76,1%

больных основной и только у 52,2% контрольной группы. Закрытие полостей распада у больных основной группы происходит преимущественно в первые 3-4 мес. лечения (в 63,0% и 22,7% случаев соответственно), а у больных контрольной группы — через 6-9 мес. Применение ЛФ сокращает сроки стационарного этапа лечения на 1,3 мес и позволяет добиться значительного улучшения к окончанию основного курса лечения у 87,5% больных основной и только у 44,6% больных контрольной группы. Назначение ЛФ способствует при излечении формированию минимальных остаточных изменений в легких (59,3% и 30,2% больных соответственно). Лейкинферонотерапия приводит к стойкому клиническому излечению больных (в 90,5% случаев, по сравнению с 70,6% в контрольной группе). При наблюдении за больными от 7 до 10 лет реактивация туберкулезного процесса отмечена у 3,8% больных основной и у 23,5% больных контрольной группы. Применение ЛФ не оказывает отрицательного влияния на переносимость больными противотуберкулезных препаратов. Побочные реакции на введение ЛФ были отмечены только у 3 больных, что составляет 5,4%.

II.24. Хирургия

II.24.1

ПРИМЕНЕНИЕ «ТАХОКОМБА» В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

*Б.К. Шуркалин, В.А. Горский, А.П. Фаллер, Э.Р. Ованесян, И.Л. Андрейцев
Российский государственный медицинский университет, Москва*

Цель работы: изучение гемостатических и пластических свойств «ТахоКомба» (ТК).

Методы: экспериментальное и клиническое исследование возможности укрепления швов и анастомозов, закрытия перфоративных отверстий.

Результаты: выполненное экспериментальное исследование показало возможность надежного гемостаза на паренхиматозных органах, а также хорошую адгезивную способность препарата, использованную нами для укрепления швов в прогностически неблагоприятных условиях и для закрытия перфоративных язв. Результаты эксперимента позволили применить ТК в клинике с хорошими результатами.

Обсуждение: в случаях использования ТК, как пластического материала, последний не только механически укрепляет швы, но и усиливает регенерацию за счет стимуляции процессов ангиогенеза. Применение ТК возможно при традиционных и лапароскопических вмешательствах.

Выводы: ТК является универсальным препаратом. Гемостатические и пластические свойства ТК позволяют предотвратить нежелательные осложнения, избежать ненужных конверсий при лапароскопических операциях, ускорить процесс выздоровления больных.

II.24.2

РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИИ НА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ПО ПОВОДУ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

*А.С. Мухин, В.В. Ражев
Клиническая больница № 40, Нижний Новгород, Россия*

С 1993 г. больным, взятым на диспансерный учет после операций по поводу панкреонекроза, в клинике проводится ряд лечебно-профилактических пособий для поддержания функций поджелудочной железы и восстановительного лечения. Пациенты 2 раза в год по 14 дней (амбулаторно или стационарно) проходят комплекс консервативных мероприятий, в который включены: 1) внутривенная озонотерапия низких концентраций (0,3-0,5 мг/л) + малая аутогемотерапия. Эффект проявляется в положительной динамике гипергликемии, уровня холестерина и бета-липопротеидов крови, состояния эритронов и лейконов, количества иммуноглобулина А; 2) сандостатин подкожно по 0,1 мг на фоне применения пролонгированной аурикулярной микроиглотерапии; 3) чрезкожная лазеротерапия с использованием аппарата «Гелиос-01 М». Методика применения: длина волны — 0,89 мкм; частота — 300 Гц; экспозиция — до 4 мин на каждую из трех точек проекции поджелудочной железы; мощность излучения — 4-10 Вт в импульсе; курс — 10 сеансов, ежедневно; 4) воздействие переменным магнитным полем низкой частоты аппаратом «Полюс-1»: магнитная индукция — 12 мТл, экспозиция — 20 мин; курс — 12 сеансов, ежедневно.

Вывод: Считаем, что в комплекс реабилитационного лечения данного контингента больных необходимо включение озонотерапии, сандостатина в сочетании с группой методов физиотерапии.

II.24.3**МОРФОГЕНЕЗ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ПРИ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ ГРЫЖЕВЫХ ДЕФЕКТОВ**

*П.К. Шпилевой, О.С. Попов, Л.И. Шпилева, С.В. Логвинов; А.Н. Галян
Сибирский медицинский университет, Томск, Россия*

Вопрос о возможности усиления регенеративной способности соединительной ткани при аллопластике грыжевых дефектов является на сегодняшний день одной из актуальных проблем хирургии, т. к. до настоящего времени не найдено эффективных средств для стимуляции репаративной регенерации соединительной ткани.

Для проведения электрической стимуляции нами разработан имплантируемый автономный электростимулятор соединительной ткани. Процессы, происходящие при электростимуляции, очень вариабельны. При стимуляции силой тока 6 мА отмечено, что аллопротез за три недели не пророс соединительной тканью. Микроскопические изменения наблюдаются только около нитей лавсанового протеза. При увеличении силы тока до 0,14-0,4 мА уже через одну неделю с начала эксперимента наряду с макрофагальной реакцией достаточно выражена пролиферация фибробластов и коллагенез в области локализации лавсановой сетки, а на 2-3 неделе нарастает пролиферативная реакция фибробластов и интенсивность формирования коллагена. Степень васкуляризации формирующейся соединительной ткани несомненно выше при данных параметрах стимуляции по сравнению с контрольным объектом без электростимуляции. Еще более интенсивные пролиферативные процессы отмечены при повышении силы тока до 0,8 мА. Особый интерес представляют изменения, обнаруженные в нервных волокнах в зоне электростимуляции. В грануляционной ткани по ходу выявленных нервных стволиков отмечены многочисленные различные по величине колбы роста осевых цилиндров, вновь образованные, тонкие, одиночные, слабовоспринимающие серебро. При повышении силы тока до 1,2 мА весьма часто выявляются некробиотические изменения соединительно-тканых клеток — пикноморфные фибробласты с гиперхромным ядром и цитоплазмой.

При электростимуляции в течение трех месяцев оптимальными параметрами тока образуются плотный, хорошо васкуляризованный соединительно-тканый регенерат, в котором процессы морфогенеза практически завершены,

II.24.4**РАЗРАБОТКА ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯТОРОВ ДЛЯ УСИЛЕНИЯ РЕГЕНЕРАЦИИ ПРИ ГРЫЖЕСЕЧЕНИИ**

*П.К. Шпилевой, С.Ф. Глушук, М.С. Дерюгина, В.И. Тихонов,
М.П. Шпилевой
Сибирский медицинский университет, Томск, Россия*

Увеличение объема операций на органах брюшной полости, особенно у лиц пожилого возраста, ведет к увеличению послеоперационных грыж передней брюшной стенки, их рецидивов. В последние годы значительно повысился интерес к применению электростимуляции для усиления регенеративной способности соединительной ткани. Для этой цели на кафедре общей хирургии СГМУ совместно с предприятием НИИПП разработан оригинальный автономный имплантируемый электростимулятор соединительной ткани. Аппарат предназначен для ускорения регенеративной способности соединительной ткани при грыжесечении с целью предупреждения развития возможного рецидива заболевания и сокращения сроков лечения. Функциональная схема стимулятора состоит из задающего генератора импульсов, блоков формирования серии импульсов, их длительности, блока формирования управляемых сигналов, выходного отверстия и источника питания. Схемное выполнение выходного устройства позволяет запускать генератор только при появлении нагрузки между электродами. Применяемые в аппарате источники питания обеспечивают рабочий режим в течение двух месяцев непрерывного режима работы. Корпус стимулятора соединен с электродами из инертного материала, начальная часть электрода на протяжении 5 см от корпуса стимулятора покрыта силиконовой резиной. Electroды имплантируются в ткани параллельно операционному шву с двух сторон с межэлектродным расстоянием 8-10 см. Выходной сигнал представляет собой серию монополярных прямоугольных импульсов определенной периодичности и амплитуды тока. Серии импульсов можно регистрировать при записи ЭКГ в стандартных отведениях. Небольшие размеры (24 x 11 мм) и масса (25 г) аппарата, его оптимизированная форма способствуют имплантации без причинения неудобств больному.

Полученные экспериментальные данные позволили нам применить данный стимулятор в клинической практике при операциях у больных с большими вентральными грыжами, определить оптимальный срок электростимуляции соединительной ткани.

II.24.5**КОРРЕКЦИЯ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА У ГРЫЖЕНОСИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИОННОГО РИСКА**

*М.С. Дерюгина, Е.Г. Арий, А.С. Широкопояс, М.П. Шпилевой
Сибирский государственный медицинский университет, Томск, Россия*

По данным литературы частота раневой инфекции составляет 4-15% после плановых операций и 35% после экстренных грыжесечений.

В клинике общей хирургии СГМУ за последние 10 лет прооперировано 375 больных со сложными послеоперационными вентральными грыжами (СПВГ), из них 214 (57,1%) больных с рецидивирующими грыжами, раны которых зажили вторичным натяжением, 108 (28,8%) пациентов со СПВГ, раны которых осложнились длительно незаживающим гнойным воспалением, и только у 53 (14,1%) пациентов факторы инфекционного риска не обнаружены. У 95,3% грыженосителей нами был выявлен вторичный иммунодефицит, возникший на фоне соматической патологии (сахарный диабет, ожирение, хронические воспалительные заболевания и др.). До, во время и после операции у больных с инфекционным риском проводилась коррекция системного и местного иммунитета по методике М.С. Дерюгиной. Для исследования факторов местного иммунитета определялся уровень иммуноглобулинов А, G, M в раневом экссудате, получаемом с помощью вакуумного дренирования операционных ран. У больных инфекционного риска в раневом экссудате отмечалось достоверное снижение концентрации IgA и IgG в первые сутки после операции; IgM стал определяться на 5-е сутки, когда параллельно с повышением IgA снижался уровень IgG. Выявленные изменения показателей местного иммунитета способствуют снижению репаративных и регенеративных свойств тканей передней брюшной стенки. Полученные результаты позволяют прогнозировать у анализируемой группы пациентов местные гнойные осложнения. С целью коррекции местного иммунитета интраоперационно через дренажную систему в зону лавсаногериопластики вводили по 30 капель в минуту 1,5 мл 0,0005% раствора продигозана, разведенного в 250 мл полиглюкина. Локальную иммуностимуляцию проводили от 1 до 3 раз через 1-2 дня. Во всех случаях терапия была клинически эффективной по сравнению с контрольной группой больных.

II.24.6**ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ СО СЛОЖНЫМИ ДИАСТАЗАМИ ПРЯМЫХ МЫШЦ ЖИВОТА**

*М.С. Дерюгина, Л.И. Шпилева, Т.И. Харламова, Е.Г. Арий
Сибирский государственный медицинский университет, Томск, Россия*

Ограничиваясь профилактикой ранних послеоперационных осложнений, большинство хирургов не обращают внимания на анатомо-функциональное состояние передней брюшной стенки (ПБС), которая претерпевает значительные изменения при сложных диастазах прямых мышц живота (СДПМЖ) у пациентов полифакторного риска возврата заболевания.

В клинике общей хирургии СГМУ накоплен опыт оперативного лечения и комплексной послеоперационной реабилитации 157 пациентов со СДПМЖ (117 женщин и 40 мужчин). Средний возраст больных составил 44,22±1,26 года. По классификации М.С. Дерюгиной (1994) согласно этиологическому фактору больные с послеоперационными диастазами составили 62,39%, с послеоперационными — 27,52%. Большая часть ДПМЖ сочеталась со срединными грыжами (79,82%), 72,48% больных имели тотальные и рецидивирующие диастазы III-IV степени; 90,5% — страдали сопутствующими заболеваниями, из них у 86,24% — ожирение III-IV степени, у 26,60% — заболевания сердечно-сосудистой системы, у 15,59% — дыхательной системы, у 44,03% — обменно-эндокринные расстройства. Реабилитационная программа, разработанная М.С. Дерюгиной (1995), включает мероприятия, направленные на восстановление нарушенных функций ПБС и торако-абдоминальных органов. С этой целью назначалась лечебная гимнастика, электростимуляция мышц ПБС, велоэргометрическая тренировка, дозированная ходьба. По показаниям проводилась коррекция иммунного статуса и сопутствующей патологии. Большое значение имели диетотерапия с контролем массы тела и эвакуаторной функции кишечника, рациональное трудоустройство. Для оценки эффективности реабилитационных мероприятий больные находились на диспансерном учете, периодически проводилось ультразвуковое сканирование, электромиография ПБС, рентгеноскопия пищеварительного тракта, контроль иммунного статуса, спирография. Полученные данные позволяют заключить, что функция ПБС восстанавливается через 1,5-2 года после операции, органов грудной клетки — через 5-7 мес., пищеварительного тракта — через 5-6 мес., стабилизация веса и восстановление трудоспособности в зависимости от возраста и сопутствующей патологии — через 3-7 мес.

II.24.7**КОРРЕКЦИЯ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ СО СЛОЖНЫМИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ**

*Л.И. Шпилева, М.С. Дерюгина, И.Н. Титкова, А.В. Дубаков
Сибирский медицинский университет, Томск, Россия*

Оперативное лечение сложных послеоперационных грыж нередко сопровождается тяжелыми сердечно-легочными осложнениями, причиной которых является наличие выраженных изменений органов грудной клетки и резкое повышение внутрибрюшного давления.

Анализируя исследования показателей функции внешнего дыхания (ФВД) у 95 больных с вентральными грыжами, проведенные в дооперационном периоде, нами отмечено, что 48% больных имели обструктивный тип нарушения легких I-II степени, 2% — рестриктивный. Кроме того, статистический анализ показал снижение жизненной емкости легких с увеличением сроков грыженосительства и размеров грыжевого дефекта, что объясняется опущением органов брюшной полости и малоподвижностью диафрагмы, а скоростные показатели внешнего дыхания находились в прямой зависимости от степени дееспособности брюшной стенки.

Коррекция ФВД проводилась в период предоперационной подготовки и послеоперационной реабилитации. Для этой цели использовался комплекс лечебно-восстановительных мероприятий: дозированная компрессия брюшной стенки эластическими поясами, лечебная гимнастика, дозированная ходьба, электростимуляция правого диафрагмального нерва на фоне санации бронхиального дерева. В послеоперационном периоде продолжалось восстановление функции внешнего дыхания, повышая функциональное состояние мышц живота и дыхательной мускулатуры (физические упражнения, электростимуляция мышц живота).

В результате проведенного функционального лечения и хирургической коррекции передней брюшной стенки отмечено, что количество больных с обструктивными изменениями уменьшилось на 26%, а также статистически достоверное изменение показателей внешнего дыхания.

II.24.8**УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ КОЛОСТАЗОМ МЕТОДОМ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ**

*С.Е. Гумениук, С.Н. Потемин, В.Б. Каушанский, Д.А. Артюх
Кубанская медицинская академия, Краснодар, Россия*

Одной из причин хронического колостазы могут быть врожденные анатомо-физиологические особенности толстой кишки, построенной по антропоморфному типу. Хронический колостаз, сопровождающийся постоянной интоксикацией и сенсбилизацией со стороны застаивающегося кишечного содержимого, может стать причиной развития различных патологических состояний, в том числе и колоректального рака. В случаях декомпенсации, когда изменения в оболочной кишке носят необратимый характер, отсутствует самостоятельный стул, выражен болевой синдром и отсутствует эффект от всех видов консервативного лечения, показано хирургическое вмешательство. Методом выбора у таких больных может быть реконструктивная операция, суть которой состоит в трансформации ободочной кишки с резекцией левых ее отделов и наложением трансверзо-ректального анастомоза и фиксации вновь образованной толстой кишки по разработанной нами методике.

За период с 1976 по 1999 г. в нашей клинике оперативному лечению подверглось 65 больных, которым была выполнена коррекция ободочной кишки. Из 65 оперированных нами пациентов отдаленные результаты от 2 до 22 лет прослежены у 46 пациентов. Хорошие послеоперационные результаты отмечены у 41 пациента (89,1%), у которых произошла нормализация стула, исчезли явления эндогенной интоксикации. Ни у кого из оперированных не отмечено случаев заболевания раком ободочной кишки. Удовлетворительные результаты получены у 5 пациентов (10,8%), у которых регулярный самостоятельный стул был не всегда достижим, однако при применении соответствующей диеты, комплекса упражнений и малых доз растительных слабительных его удавалось нормализовать. Все пациенты вернулись к активной трудовой деятельности. Предлагаемая нами методика операции позволила получить вполне удовлетворительные результаты даже у больных с длительным периодом декомпенсации (10 и более лет).

Таким образом, хирургическое лечение хронического колостазы не только улучшает качество жизни больных, но и, возможно, является превентивным методом профилактики колоректального рака.

II.24.9**РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

*А.И. Ковалёв, Т.К. Рузова
РГМУ, Москва, Россия*

Стойкое функциональное хирургическое излечение больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) предполагает как наиболее раннее и полное восстановление здоровья оперированных, так и возвращение их к полноценной трудовой деятельности. Данная задача решалась путём осуществления этапного лечения по схеме: поликлиника — гастроэнтерологическое отделение — хирургический стационар — специализированное санаторно-курортное учреждение — поликлиника. Подобная схема позволяла своевременно диагностировать заболевание, определять показания к оперативному лечению, осуществлять купирование воспалительных процессов в зоне патологического очага и создать оптимальные условия для выполнения органосохраняющего варианта операции (СПВ, дуоденопластика). Основной целью двух последних этапов являлось проведение восстановительно-реабилитационного лечения и социально-трудового восстановления.

Клиника располагает материалами наблюдения за 346 пациентами, лечение которых было проведено по данной схеме. По поводу несложной ЯБДК оперировано 214 больных, а в 132 случаях, выполненная СПВ сочеталась с дренирующим вариантом операции на двенадцатиперстной кишке. Дооперационное обследование больных проводилось по общепринятым методам с определением как уровня кислотопroduкции, так и типа и характера моторики и тонуса желудка и двенадцатиперстной кишки. К моменту начала реабилитационного лечения (2-3 недели после операции) у большинства пациентов (57%) имелись нарушения функционального состояния органов пищеварения и нейрогуморальной регуляции. Проведенное санаторно-курортное лечение в течение 3 недель, включавшее в себя диетическое питание, физиотерапевтические процедуры, лечебную гимнастику, бальнео- и грязелечение, существенно улучшило состояние здоровья всех оперированных больных. У 94% пациентов, имевших функциональные послеоперационные нарушения, они были устранены. В сроки наблюдения от 1 года до 5 лет рецидива заболевания у данных больных нами отмечено не было. В среднем временная нетрудоспособность составила 64 дня. В группе работающих пациентов 5 человек имели ограничения по физической нагрузке, что потребовало от них смены рода занятий на производстве. Всё изложенное указывает на необходимость специализированного долечивания больных после выполнения им противоязвенных оперативных вмешательств.

II.24.10**ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ АДАПТАЦИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

*Н.П. Ефимов, В.И. Тихонов, А.Н. Галян, О.С. Попов, П.К. Шпилевой,
В.В. Удуг, Е.В. Бородулина
СГМУ, НИИ фармакологии, ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия*

Высокий уровень хирургической активности при лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК) настоятельно диктует необходимость адекватного выбора оперативного вмешательства. В свою очередь, оптимальность хирургического лечения заключается не только в радикализме процедуры, но и в формировании приемлемых условий для долговременной адаптации прооперированного организма к индуцированным физиологическим и анатомогеографическим особенностям функции гастродуоденальной зоны. В связи с этим в сравниваемых по полу и возрасту группах больных с ЯБ ДПК, прооперированных методами: дуоденопластики (1-я группа — 36 пациентов), Бильрот-1 (2-я, 76 пациентов), Бильрот-2 (3-я, 49 пациентов) через 15 суток, 1 месяц и 2 года оценивалось состояние компенсаторно-приспособительных реакций по результатам анализа биохимического, гормонального и иммунного статусов, состояния вегетативного обеспечения функций и представительства фаз общего адаптационного синдрома (ОАС).

Исходно в сравниваемых группах гомеостатический баланс можно расценивать как срыв адаптации, проявившийся гиперсимпатикотонией, приростом индекса напряжения, преобладанием представительства «затратных» фаз ОАС, повышением концентрации кортизола и снижением инсулин/кортизолового индекса, что в принципе характерно для обострения ЯБ ДПК. Выраженных различий в состоянии компенсаторно-приспособительных реакций через 15 дней после операции в сравниваемых группах не выявлено. Вместе с тем, несмотря на адекватную анальгезирующую и вегетостабилизирующую терапию, имело место усугубление проявлений стрессорных реакций. Через 1 месяц, а более отчетливо через 2 года регистрируются различия между 2-й — 1-й и 3-й группами. Так, если у пациентов,

прооперированных методом Бильрот-2, по данным параметров ВНС и гормонального профиля, имеет место «напряжение» адаптивных механизмов, то в 1-й и 2-й группах состояние компенсаторно-приспособительных реакций может быть расценено как физиологически приемлемое. При этом оптимум адаптации выявлен в группе больных, прооперированных по методу Бильрот-1.

Таким образом, выполнение органосохраняющих операций создает более благоприятные условия для послеоперационной реабилитации функциональных систем, ответственных за состояние компенсаторно-приспособительных реакций.

II.24.11

ПАЛЛИАТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛОКАЛЬНЫХ ЛИПОТРОФИЙ И АЛИМЕНТАРНОГО ОЖИРЕНИЯ

*К.В. Филиппов, А.В. Рак, С.А. Линник, М.Л. Рухман
Кафедра травматологии, ортопедии, военно-полевой хирургии
и стоматологии СПб Государственной медицинской академии
им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия*

Ожирение у взрослых преимущественно носит обменно-алиментарный характер. Локальные липотрофии тела и конечностей передаются по наследству. С 1890 г. предприняты первые попытки хирургического лечения. Эти операции не устраняют главную причину — нарушенный липоидный обмен и, следовательно, являются паллиативными. Существуют три направления в хирургии ожирения:

1. Операции на желудочно-кишечном тракте показаны больным с III-IV степенью ожирения. Резекция участка тонкой кишки или создание анастомоза (еюноилеостомия, еюноцекастомия) приводит к уменьшению площади всасывания. Более прогрессивны операции на желудке (образование малого желудка). Они снижают аппетит и создают чувство сытости от небольшого количества съеденной пищи. В клинике факультетской хирургии СПбГМА, начиная с 1976 г. было выполнено 28 операций еюноилеоанастомоза с двумя летальными исходами.

2. Абдоминопластика — удаление избыточных кожно-подкожных масс живота, который в наибольшей мере подвержен ожирению. Операция проводится по первичным и вторичным показаниям (после внутрибрюшного этапа лечения) больным с ожирением II степени. При тяжелом ожирении с высоким весом тела по специальным показаниям выполняют двухэтапное лечение: I этап — операция на желудочно-кишечном тракте; и II этап — абдоминопластика. В нашей клинике абдоминопластика выполнена 53 женщинам.

3. Липосакция — метод, основанный на формировании туннелей и отсасывании долек жировой ткани. Операция показана пациентам молодого возраста с хорошим тономусом кожи, локализованными жировыми отложениями и ожирением I ст. Это — области живота, таза, бедер и некоторые другие. С 1982 г. липосакции выполнены в клинике 242 женщинам.

По степени риска эти операции располагаются в таком же порядке — наиболее безопасной является липосакция.

Таким образом, выполненные нами паллиативные операции у 323 женщин с локальными и диффузными жировыми отложениями не решают проблему лечения ожирения, но позволяют получить хорошие косметические результаты.

II.24.12

ОРГАНСОХРАНЯЮЩИЕ ВАРИАНТЫ ОПЕРАЦИЙ В ХИРУРГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*О.С. Попов, А.М. Дыгай, В.В. Удуд, Д.С. Титов, Е.Е. Васильченко,
А.Н. Галян, П.К. Шпилюевой
Сибирский государственный медицинский университет, Томск, Россия*

Хирургическое вмешательство по праву считается наиболее эффективным и радикальным методом лечения больных с зобом.

Однако распространенная радикальная «агрессивная» хирургическая тактика неразрывно связана с характерными для традиционных методик операций осложнениями. Стремление к выполнению с одной стороны адекватно радикальной операции, с другой стороны — щадящей органосохраняющей, а с третьей малотравматичной, исключающей характерные осложнения привело нас к разработке, экспериментальному обоснованию и клиническому применению 2-х новых методик хирургической коррекции заболеваний щитовидной железы.

Пациентам с одиночными или полифокальными узлами до 1 см. в диаметре применяли в качестве самостоятельного или как дополнение к традиционным резекциям метод локальной криодеструкции узлов с помощью криоаппликатора и жидкого азота. При этом каждый патологический участок после прицельной биопсии и экспресс-цитологии подвергался трехкратному криовоздействию продолжительностью 1 мин. с интервалами 1 минута. Методика проста, позволяет локально воздействовать на патоло-

гический участок, исключает травматичные этапы операции и связанные с ними осложнения.

Пациентам с диффузно-узловым или полинодозным зобом для предупреждения рецидива выполняли тиреоидэктомию, но с целью предупреждения развития послеоперационного гипотиреоза или снижения степени его выраженности после интраоперационной экспресс-цитологии производили выделение из препарата непораженных фрагментов ткани щитовидной железы и аутотрансплантацию их в большой сальник. Жизнеспособность трансплантата подтверждена скинтиграфией.

Предполагаемые методики технически просты, доступны к широкому клиническому применению и могут быть отнесены к органосохраняющим.

II.24.13

АРТРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ВНУТРЕННИХ НАРУШЕНИЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

*А.А. Никитин, Р.М. Чукумов, В.В. Зар
Московский областной научно-исследовательский клинический институт
им. М.Ф. Владимирского (МОНИКИ)*

Диагностика заболеваний ВНЧС трудна по многим причинам. Суставная позиция ниже основания черепа осложняет клинические и радиографические исследования. Более того, тесные взаимоотношения между мышцами, прикрепляющимися к нижней челюсти, и суставными структурами осложняют распознавание симптомов, вызванных мышечной гиперактивностью и органическими суставными заболеваниями. Традиционные методы лучевой диагностики, основанные на рентгеновской томо — и зонографии ВНЧС, обеспечивают визуализацию лишь костных структур и являются малоинформативными при характеристике мягкотканых элементов сустава.

Артроскопия дает прямое визуальное исследование внутренних суставных структур и при необходимости возможности для проведения биопсии.

Диагностическая артроскопия может быть проведена под местной анестезией амбулаторно. Риск осложнений низкий, а диагностическая точность высокая. При проведении артроскопии мы непосредственно наблюдаем состояние на данный момент синовиальной оболочки, волокнистой хрящевой ткани, покрывающей суставную ямку и суставной бугорок, внутрисуставного диска, его связочного аппарата. Это позволяет более точно установить диагноз при внутренних нарушениях ВНЧС.

Показаниями к артроскопии являются всевозможные внутрисуставные патологические процессы: повреждения суставного диска, повреждения связочного аппарата, остеоартрозы, гемартрозы, артриты, травматические повреждения.

В настоящее время в отделении челюстно-лицевой хирургии МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского внедряется методика артроскопии ВНЧС. Для проведения артроскопии используются специальные инструменты, артроскопическая аппаратура и системы оборудования фирмы «STORZ». Обследовано 7 больных с заболеваниями и внутрисуставными повреждениями ВНЧС.

Применение артроскопии открывает широкие перспективы и новые возможности для успешной диагностики и лечения патологии ВНЧС.

II.24.14

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ОДОНТОГЕННЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ГАЙМОРИТОМ С ОРО-АНТРАЛЬНЫМ СОУСТЬЕМ

*А.А. Никитин, А.М. Сипкин
Московский областной научно-исследовательский клинический институт
им. М.Ф. Владимирского*

Одной из основных причин появления оро-антрального соустья является перфорация верхнечелюстной пазухи при удалении премоляров и моляров, цистэктомии, резекции верхушек корней зубов на верхней челюсти в связи с особенностями анатомического строения.

В последние годы отмечается увеличение числа больных с данной патологией, составляющим от 41% до 77% всех воспалительных процессов верхнечелюстной пазухи.

В клинике челюстно-лицевой хирургии МОНИКИ с 1995 года проводится хирургическая реабилитация больных с оро-антральным соустьем, на основе сравнительной оценки различного вида биокомпозиционных материалов используемых для оперативного закрытия данного соустья.

Нами разработаны методики хирургического лечения с применением биокомпозиционных материалов на основе синтетического гидроксиапатита, позволяющие исключить рецидивы заболевания, дающие хороший положительный результат.

За последние 3 года нами прооперированно 79 больных с оро-антральным соустьем.

При сравнении полученных результатов 47 больных и контрольной группы из 32 человек выявлено, что количество рецидивов в контрольной группе 7, а в группе с применением биокомпозиционных материалов — 0. В процессе сравнительного анализа отмечена минимальная воспалительная реакция в послеоперационной области и появление новообразованной костной ткани в области дефекта в ранние сроки (3-4 месяца) при применении биокомпозиционных материалов и их комбинаций с высоким процентным соотношением гидроксипатита с добавлением раствора антибиотика и изоляцией костного дефекта биосовместимыми мембранами.

II.24.15

ПРИМЕНЕНИЕ ЭКДИСТЕРОИДОВ В ГНОЙНОЙ ХИРУРГИИ

*О.М. Рывкин, Д.В. Селиверстов
ОКБ, Рязань, Россия*

На базе отделения гнойной хирургии Областной клинической больницы изучалась эффективность применения 0,05%-ной мази фитоэксцидиостероидов при трофических язвах при сахарном диабете и при гнойно-воспалительных заболеваниях кожи и подкожной клетчатки. Использовали сумму эксцидиостероидов смолёвки татарской. Мазь применяли дважды в сутки. Выбор мазевой основы определялся фазой раневого процесса. Исследование проводили «двойным слепым методом». Эффективность лечения оценивали по размерам дефекта, по цитологическим и общеклиническим параметрам. Обнаружено заметное положительное влияние применения; эксцидиостероидов при данных патологиях. Особенно выраженный результат достигался при вяло гранулирующих, торпидно текущих процессах. Например, при лечении трофических язв при сахарном диабете сроки госпитализации удалось сократить в среднем на 4,7 дня ($p < 0,05$), отмечали выраженное ускорение репаративных процессов как по клиническим данным, так и при исследовании цитологических препаратов. Применение эксцидиостероидов при лечении нагноительных заболеваний в фазе грануляции и эпителизации ускоряло этот процесс на 26,4% ($p < 0,01$), в фазе разрешения эффективность была несколько ниже (13,7%, $p < 0,05$), а при использовании эксцидиостероидов в фазу инфильтрации достоверного улучшения не выявлено. Практически у всех (86,2%) больных отмечались более быстрая нормализация общего состояния и показателей крови.

II.24.16

АЛЬТЕРНАТИВЫ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ АСПЕТИЧЕСКИХ И ГНОЙНЫХ РАН

*М.П. Толстых, А.С. Тепляшин, Ю.В. Климов, Ф.Е. Шин, Д.В. Петушков,
А.А. Иванян
ГНЦЛМ РФ, МГМСУ, Москва, РФ*

В докладе будут представлены результаты исследований, подтверждающих возможность развития нового направления в гнойной хирургии — местной и общей альтернативной антибактериальной терапии гнойных и профилактика нагноений асептических послеоперационных ран.

В настоящее время для предупреждения и лечения гнойно-септических осложнений, наряду с другими мероприятиями, 30% всех госпитализированных больных получают антибактериальную терапию, причём больше чем в одной трети случаев — с профилактической целью. Благодаря этой тактике ведения больных число нагноений чистых асептических послеоперационных ран снизилось до 2-4%. Но антибиотикотерапия имеет также много отрицательных сторон: увеличивается число больных с нарушением процесса заживления послеоперационных ран, большинство антибиотиков угнетают выработку и действие факторов неспецифической иммунной защиты и т. д. Нами был изучен и апробирован *in vitro* и *in vivo* новый антиоксидантный препарат мексидол, обладающий мощным антибактериальным действием, в том числе и к микроорганизмам отличающимся большой антибиотикорезистентностью. Применение данного препарата для профилактики нагноений послеоперационных ран у хирургических и гинекологических больных позволило в 2,3 раза сократить число нарушений заживления асептических ран. Послеоперационный рубец у больных, получавших мексидол, был мягким, эластичным и выгодно отличался в косметологическом отношении от рубцов в контрольной группе больных. Всё это говорит о том, что применение этого антиоксиданта может служить альтернативой антибактериальной терапии. Разумеется, что данное направление очень ново и нуждается в дальнейшей научной аргументации и широкой клинической апробации.

Что касается местной антибактериальной терапии, то ей могут составить реальную конкуренцию фотодинамическая терапия и хелатные раневые покрытия на основе меди и серебра.

II.24.17

ЛЕЧЕНИЕ ДОНОРСКИХ РАН У БОЛЬНЫХ С ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ

*М.Р. Калинин, М.И. Давыдов, М.П. Толстых, В.А. Дуванский
ГНЦЛМ РФ, МГМСУ, Москва, Россия*

Осложнения при консервативном лечении донорских ран, по данным различных источников, встречаются в 7,8-29,2% случаев. Что касается частоты развития осложнений при лечении донорских ран у больных страдающих трофическими язвами на фоне хронической венозной недостаточности или язвами другого генеза, то мы в современной литературе подобных данных не нашли. Во время анализа результатов заживления донорских ран при традиционном лечении 300 больных с донорскими ранами нарушения заживления донорских ран были выявлены в 30-40% случаев.

При нашем методе, образовавшиеся после забора аутодермотрансплантата по Тиршу-Фомину или дерматомом, небольшие донорские раны ушивались. При значительном натяжении краёв раны мы применяли ретенционные швы, которые снимали на 3-4-е сутки. На ушитую рану накладывалась антисептическая повязка из диальдегидцеллюлозы, содержащая медь и антиоксидант растительного происхождения «Тыквеол». Кроме того, в комплексе профилактических мероприятий по предупреждению нарушений заживления, донорские раны облучали ИК-лазерным излучением в дозе 0,6-1,2 Дж/см² в течение 3 дней.

По данной методике проведено 230 больных. Все раны зажили по типу первичного натяжения. При этом сроки лечения донорских ран сокращались по сравнению с лечением традиционным методом в 1,5-2 раза.

Таким образом, используя консервативную и активную хирургическую тактику ушивания ран с последующим их покрытием биологически активным раневым покрытием дальцекс-медью с тыквеолом удаётся избежать нарушения заживления донорских ран (данный метод лечения донорских ран защищён патентом РФ).

II.24.18

НОВЫЙ СПОСОБ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОСШЕГО НОГТЯ

*А.В. Гейниц, В.В. Петушков, М.П. Толстых, Д.В. Петушков
ГНЦ ЛМ, МГМСУ, Москва, Россия*

Новый способ радикального лечения вросшего ногтя решает задачу предотвращения послеоперационных осложнений и рецидивов болезни, а также сокращения сроков лечения. Способ лечения включает частичное удаление ногтевой пластинки вместе с окружающими её воспалёнными тканями и воздействие сфокусированным лучом лазера на ногтевую матрицу ложа ногтя в зоне врастания с последующим воздействием на оставшуюся часть ногтевой пластинки расфокусированным лучом. Далее на рану накладываются швы и антисептическая повязка.

Перед наложением швов наносят 2-3 перфоративных отверстия лучом лазера в ногтевой пластине на расстоянии 2-3 мм от края резекции. Швы накладывают шёлком с использованием атрауматичной иглы со стороны ногтевой пластины с подведением края мягких тканей под ногтевую пластину. В качестве антисептической повязки используют салфетки из диальдегидцеллюлозы, содержащие медь и антиоксидант растительного происхождения «Тыквеол». По данному способу оперировано 115 больных. Нагноений, краевых некрозов, расщепления ногтевой пластины не наблюдали. (Данный способ лечения вросшего ногтя защищён патентом РФ.)

При лечении традиционным способом нарушений заживления раны (нагноение, некроз) отмечены в 21% наблюдений.

II.24.19

НОВЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ РАН

*У.М. Коробов, В.А. Дуванский, Е.Ф. Странадко, М.П. Толстых,
А.С. Тепляшин
ГНЦЛМ РФ, МГМСУ, Москва, РФ*

Наш способ лечения гнойных поражений мягких тканей решает задачу ускорения и повышения эффективности лечения обширных гнойных заболеваний мягких тканей за счет фотодинамической терапии ран, путем использования фотосенсибилизатора «Фотосенс» и лазерного или нелазерного источников света.

На рану накладывали салфетку на основе диальдегидцеллюлозы (ДАЦ), содержащую биологически активный препарат — медь и фотосенсибилизатор «Фотосенс». После аппликации в течение 24 часов проводили облучение раны лазерным излучением твердотельного лазера на алюминате иттрия с удвоенной частотой Полус-2 (длина волны 670 нм) или красным светом нелазерного источника света широкой полосы излучения 600-700 нм (длина волны 670 нм). «Фотосенс» представляет собой сульфиро-

ванный фталоцианин алюминия и является отечественным фотосенсибилизатором, разработанным в Государственном научном центре «НИОПИК».

Способ осуществлялся следующим образом. При поступлении больного в стационар производили первичную хирургическую обработку гнойного очага, иссечение некротических тканей с последующей обработкой раны растворами антисептиков. На рану накладывали салфетку из диальдегидцеллюлозы или с ДАЦ-медь пропитанную раствором фотосенсибилизатора «Фотосенс» с концентрацией 125-500 мкг/мл. Апликацию фотосенсибилизатора выдерживают 24 часа и проводят облучение раны. Количество сеансов определяется в зависимости от выраженности воспалительного процесса и раневой экссудации.

При лечении предложенным способом 40 больных, сроки лечения сократились до 5-10 суток, вместо 7-14 при лечении традиционным способом.

II.24.20

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИОКСИДАНТОВ В ГНОЙНОЙ ХИРУРГИИ

Х.Н. Хотамов, У.К. Ибрагимов

Ташкентский медицинский педиатрический институт, Ташкент, Узбекистан

В гнойной хирургии обработка ран после вскрытия проводится растворами, в антимикробном воздействии которых важную роль играет образование активных форм кислорода. Наряду с бактерицидным действием они оказывают повреждающее воздействие на несколько слоев клеточной поверхности. Нами проведено исследование действия фенозана К-водорастворимого антиоксиданта на процесс заживления гнойной раны после вскрытия флегмон подчелюстной области у детей. Фенозан К предоставлен Институтом биохимической физики Российской академии наук. Проведено исследование хемилюминесценции элюата раневой поверхности с изучением содержания продуктов перекисного окисления липидов, общего белка и активности ферментов защиты. Больные были разделены на 2 группы идентичного возраста: 1-я группа детей с флегмоной нижней челюсти, у которых оперативным путем вскрывали гнойник и давали отток гною. После операции промывали раствором перманганата калия. Рана заживала к 10–12-му дню. 2-я группа больных с аналогичным заболеванием, у которых после оперативного вмешательства промывали один раз в день раствором водорастворимого антиоксиданта в течение 5 дней. Интенсивность перекисления липидов в раневой жидкости в 2,1 и 2,4 раза соответственно выше, чем у больных второй группы.

Таким образом, использование водорастворимого антиоксиданта при промывании гнойных ран ускоряло процесс заживления. Репаративное действие, видимо, обусловлено снижением интенсивности перекисного окисления липидов и восстановлением структуры мембран, снижением вымывания белка с экссудатом.

II.25. Хирургия (реконструктивная)

II.25.1

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

А.А. Лаврентьев, В.Н. Родионов, Ю.С. Козлов, К.А. Разинкин
Воронежская областная больница, Россия

Появление новых материалов, аппаратуры, инновационных технологий значительно увеличило «удельный вес» хирургических методов лечения пороков сердца и коронарной недостаточности. Однако исходно тяжелое состояние и чрезвычайно агрессивное влияние многочасовых хирургических вмешательств в условиях искусственного кровообращения часто приводят к грубым расстройствам гомеостаза. У 807 больных оперированных по поводу ИБС и пороков сердца — врожденных и приобретенных в послеоперационном периоде проводился мониторинг витальных функций (ЭКГ, пульс, АД и ЦВД инвазивное, пульсоксиметрия, биохимический состав крови), что позволяло своевременно установить опасные отклонения, прогнозировать осложнения и принимать меры по их профилактике и устранению. Все больные нуждались в искусственной вентиляции легких в среднем $21,3 \pm 1,2$ часа.

У 534 больных отмечалась сердечная слабость, требующая кардиотонической, антиаритмической и метаболизм улучшающей терапии. У 49%

пациентов отмечались нарушения сердечного ритма, а 19% нуждались в электрокардиостимуляции в среднем продолжительностью 49,7 часа.

В 21% случаев отмечались явления почечно-печеночной недостаточности, которые прогрессировали к исходу 2-3 суток и у 7% из них требовали применения хирургических методов детоксикации (гемосорбция, плазмаферез, гемофильтрация). Энцефалопатия наблюдалась у 12% больных. В схеме ее лечения ИВЛ с содержанием кислорода от 10% до 50% продолжительностью $43,8 \pm 2,7$ часа, до восстановления психического статуса, реологически активные препараты (реополиглюкин, трентал, гепарин), сосудистые (сермион, инстенон, актовегин, нимотоп), улучшающие метаболизм мозга (ноотропил, церебролизин), детоксикация (гемодез, умеренный форсированный диурез). Коррекция системы гомеостаза — важнейший элемент интенсивной терапии, особенно после АКШ и протезирования митрального клапана. Под контролем свертывающей системы, начиная с первых суток вводили гепарин или фраксипарин с последующим переходом на непрямые антикоагулянты (фенилин, синкумар).

Современный мониторинг за витальными функциями выявляет начало их нарушений, позволяет прогнозировать развитие осложнений гомеостаза и своевременной коррекцией внутренней среды с помощью новых медицинских технологий предотвратить их. Это позволило нам значительно оптимизировать течение послеоперационного периода. Добиться снижения летальности с 14,9 до 6,9 и уменьшить среднее пребывание больного на реанимационной койке с 5,3 до 3,7 дня.

II.25.2

ПЕРСПЕКТИВНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ПЛАСТИЧЕСКОЙ ГЕРНИОЛОГИИ

М.С. Дерюгина, В.Д. Заводовская, Т.Б. Перова, И.Ю. Баева
Сибирский медицинский университет, Томск, Россия

Ультразвуковое исследование (УЗИ) передней брюшной стенки (ПБС) в клинике общей хирургии СГМУ впервые стали выполнять с 1985 г. Высокая информативность метода нужна в герниологии для получения конкретных диагностических, анатоми-топографических и морфо-функциональных сведений, крайне необходимых хирургам-герниологам для правильного выбора пластического материала и способа лечения сложных вентральных грыж (рецидивирующих, больших и гигантских грыж значительной давности).

В диагностическом аспекте значительные трудности вызывают редкие виды дефектов ПБС (грыжи спигелиевой линии, угла Пти, мечевидного отростка, грыжи с узким каналом или распластанным грыжевым мешком, мелкие дефекты у тучных пациентов), которые методом УЗИ были выявлены у 137 грыженосителей в возрасте от 23 до 80 лет.

У 25% больных с рецидивными грыжами УЗИ выявило множество мелких скоплений экзопозитивных структур (лигатурные абсцессы, гранулемы, фибромы), которые клинически не определялись и могли быть не устранены или вскрыты во время операции.

Достаточно сложна диагностика болевых точек на ПБС. Методом УЗИ в 69% случаев установлено, что причина мучительных страданий была связана с ущемлением предбрюшинного жира в щелевых дефектах белой линии живота.

В послеоперационном периоде УЗИ дает ценные информации, определяющие характер формирования соединительно-тканного регенерата на каркасе полимерного эксплантата, степень эффективности реабилитационных мероприятий и наличие местных осложнений — сером, гематом, инфилтратов.

Наши интраоперационные наблюдения подтверждают, что поэтапное ультразвуковое сканирование ПБС создает возможность в 93,7% случаев правильно оценить состояние стенки живота, размеры дефектов характер содержимого грыжевого мешка, наличие редких видов грыж, лигатурных абсцессов и фибром, что повысило радикальность герниопластических операций.

II.25.3

ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ У КОЛОСТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Г.М. Евдокимов, Л.М. Марголин, И.Н. Сидоров
Дорожная клиническая больница, Саратов

Проблема профилактики гнойно-септических осложнений после реконструктивно-восстановительных операций у людей с колостомой актуальна до настоящего времени.

В клинике факультетской хирургии и онкологии Саратовского медицинского университета с 1974 по 2000 г. выполнено 126 реконструктивно-восстановительных операций у пациентов с временной илеостомой (12), с двух (68) — и одной колостомой.

Средний возраст оперируемых был 56 лет; мужчин – 47; женщин – 79. Основным заболеванием, повлекшим к формированию стомы был рак ободочной или прямой кишки (110 больных); у остальных – неопухольные заболевания и технические трудности, возникшие во время операции.

При неопухольных поражениях кишечника восстановительные операции производились через 2 – 4 месяца; при раковом поражении – через 6 и более месяцев.

В течение 5-ти лет для профилактики гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде применялись: 1) методика превентивного введения антибактериальных препаратов (за 1-2 часа до операции антибиотики вводились в максимальной дозе внутримышечно или внутривенно); 2) после формирования анастомоза операционная рана обрабатывалась раствором метрогила; 3) в брюшную полость через дренаж к области анастомоза вводились антибиотики в течение 3-4 суток.

За последние пять лет число гнойно-септических осложнений снизилось с 32,5% до 12,2%, летальность – с 11,7% до 4,1%.

Таким образом, превентивное применение антибиотиков, санация операционной раны метрогилом и введение антибиотиков в брюшную полость к зоне анастомоза позволяет уменьшить число гнойно-септических осложнений после реконструктивно-восстановительных операций у колостомированных пациентов и, следовательно, улучшить результаты оперативного лечения.

II.26. Эндокринология

II.26.1

СОДЕРЖАНИЕ ЙОДА В ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ, ПРИ АУТОИММУННОМ ТИРЕОИДИТЕ

О.И. Иванова, С.В. Логвинов, Г.И. Цыров
СГМУ, Томск, Россия

Изучены 52 щитовидные железы (ЩЖ), резецированные во время операции у больных с аутоиммунным тиреоидитом (АИТ) однородной возрастной группы. Контролем служили ЩЖ 10 здоровых людей, погибших от механической травмы и вскрытые не позднее 12 часов после смерти. Гистологические срезы окрашивали с помощью хлорида палладия, докрашивали гематоксилином и эозином [Кноспе С., 1983]. Морфологически ткань ЩЖ характеризовалась типичными для АИТ особенностями: на фоне густой лимфоплазмодитарной инфильтрации ярко выделялись мелкие фолликулы, встречались клетки Ашкинази, имело место разрастание соединительной ткани. Процесс носил диффузный либо очаговый характер. При статистическом анализе результатов гистохимического исследования содержания йода в коллоиде фолликулов методом кластерного анализа выявлено 2 группы больных: 1-ая группа – 14 б-ных (26,93%) с достаточно высоким содержанием йода в ЩЖ (коллоид имеет черно-фиолетовую окраску); для 2-ой группы – 38 б-ных (73,07%) характерно незначительное содержание йода (коллоид – оранжево-коричневый). В обеих группах встречались различные по цветовой гамме фолликулы, в которых соответственно обнаружено разное содержание йода, хотя большей частью коллоид реагировал гомогенно. В 1-ой группе черно-фиолетовую окраску имели в среднем $67,14 \pm 1,64\%$ фолликулов и, соответственно, $32,86 \pm 1,64\%$ – оранжево-коричневую. Во 2-ой группе, черно-фиолетовые фолликулы встречались в среднем $28,59 \pm 1,25\%$, а оранжево-коричневые – $71,41 \pm 1,25\%$. Сравнение доли фолликулов, имеющих окраску, соответствующую низкому и высокому содержанию йода в ЩЖ, проводили по стандартному критерию сравнения относительных частот появления биномиального признака. Установлено, что в выделенных группах доля фолликулов с низким содержанием йода достоверно различается ($p < 0,02$). Аналогично проведенное сравнение содержания йода в фолликулах двух групп в сравнении с контролем показало, что доля фолликулов с низким содержанием йода в 1-ой группе больных достоверно ($p = 0,314$) выше, чем в контроле – $23,64 \pm 5,28\%$. При этом во 2-ой группе доля фолликулов со сниженным содержанием йода достоверно выше, чем в контроле ($p < 0,005$). Таким образом, при АИТ структура ЩЖ характеризуется снижением биосинтетической активности, что функционально проявляется гипотиреозом.

II.26.2

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

И.А. Романенко, Е.А. Новожилов, О.Г. Лопатин, Н.А. Ефремова,
А.В. Лебедева, Л.А. Падун
ОКБ, Иваново, Россия

Изучалось влияние сиофора на коррекцию метаболических нарушений у 12 пациентов с нарушенной толерантностью к глюкозе (НТГ) 1-я группа и у 14 больных инсулиннезависимым сахарным диабетом (ИНЗД) на фоне резистентности к глибенкламиду – 2-я группа. В 1-ой группе сиофор/по 500 мг – 2 раза в сутки/ был назначен в виде монотерапии, а во 2-ой группе аналогичное назначение сиофора дополнило проводящуюся терапию глибенкламидом /по 20 мг в сутки/. У обследованных 1 группы помимо НТГ выявлено ожирение I-II ст. при уровне холестерина $6,8 \pm 0,7$ ммоль/л, триглицеридов $2,3 \pm 0,6$ ммоль/л, β -липопротеидов $68 \pm 3\%$. У больных ИНЗД зарегистрированы более глубокие нарушения: уровень гликозилированного гемоглобина – $10,5 \pm 0,7\%$, холестерина – $9,6 \pm 1,2$ ммоль/л, триглицеридов – $4,5 \pm 0,6$ ммоль/л, β -липопротеидов – $75 \pm 4\%$ при ожирении II-III ст. В обеих группах имели место неблагоприятные сдвиги гемореологических параметров в виде снижения эластичности эритроцитарных мембран, активации агрегационной способности клеток. Контроль состояний после 5-6 месяцев лечения выявил в 1-ой группе снижение массы тела на $4,9 \pm 0,9$ кг, у 9 обследованных нормализовались ГТТ и лабораторные показатели липидного обмена. У больных ИНЗД масса тела уменьшилась на $6,7 \pm 1,6$ кг, содержание гликозилированного гемоглобина составило $6,5 \pm 0,9\%$ на фоне достоверного снижения ($p < 0,05$) уровня холестерина и триглицеридов. Во 2-й группе существенно улучшились реологические показатели крови: повысилась деформируемость эритроцитов при уменьшении размеров клеточных агрегатов. У 7 больных ИНЗД удалось с помощью сиофора не только компенсировать заболевание, но и снизить дозу глибенкламида на $5 \pm 1,5$ мг в сутки.

Таким образом, применение бигуанидов может быть достаточно эффективным, как на ранней стадии нарушения углеводного обмена, так и в условиях развития вторичной резистентности к препаратам сульфаниламочевина при ИНЗД, продлевая период до назначения инсулинотерапии.

II.26.3

КОРРЕКЦИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА

М. А. Филимонов
Ижевская медицинская академия, Ижевск, Россия

Целью исследования явился поиск эффективных методов коррекции гипер- и дислипидемии, инсулинорезистентности, гиперинсулинемии у больных с СД II типа и артериальной гипертензией. У 86 больных СД II типа и АГ с ожирением, метаболическими и гемодинамическими нарушениями в комплексную терапию были включены эфферентные методы лечения (гемосорбция у 32 и плазмаферез у 54) с последующим пролонгированным приемом арефона (индапамид) или престариума (периндоприла).

Как показали полученные результаты, под влиянием эфферентных методов отмечалась положительная динамика клинических проявлений СД и АГ, коррекция основных проявлений метаболического синдрома, улучшение гемодинамики и функционального состояния органов и систем организма. Индекс атерогенности липидов крови снижался на 42% за счет уменьшения уровней холестерина на 22%, триглицеридов – на 28% и повышения ЛПВП на 18%. Под влиянием гемосорбции и плазмафереза возрастала функциональная активность тканевых рецепторов к инсулину на 25% и их аффинитет на 17%. Достоверно снижались содержание контринсулярных факторов (глюкагона и СТГ) на 20% и 22%. Отмечено улучшение тромбосан-простациклинового соотношения и, как следствие, коррекция гематориологических нарушений. После эфферентных методов частично нормализовались морфо-функциональное изменение сердечной мышцы (гипертрофия левого желудочка, систолическая и диастолическая дисфункции). Значительно улучшались показатели центральной, интраорганной и нейрциркуляторной гемодинамики.

Длительный прием арийона, престариума, а при тяжелой АГ их сочетания, позволяет сохранить полученные эффекты в течение длительного (свыше года) времени. При этом не отмечается негативных сдвигов в углеводном и липидном обменах, способствующих прогрессированию метаболического синдрома у больных СД II типа и АГ (артериальная гипертензия).

II.26.4**РОЛЬ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В РЕАЛИЗАЦИИ МЕХАНИЗМА ЛАЗЕРНЫХ ЭФФЕКТОВ У БОЛЬНЫХ ДДПНП**

Л.Г. Протасьева, Н.В. Алексеева, И.П. Основина, О.В. Калинина
Ивановская государственная медицинская академия, Иваново, Россия

Цель работы: исследование роли микроциркуляторных нарушений в позитивной динамике состояния нервного волокна в ходе инфракрасной лазеротерапии.

Было обследовано 153 больных с ДДПНП (дистальная диабетическая полиневропатия) в возрасте от 18 до 65 лет с давностью заболевания от 1 года до 20 лет. Контрольную группу составили 27 практически «здоровых» лиц.

Оценка микроциркуляторных нарушений проводилась по данным исследования эритроцитарного звена: деформируемости (ПД — показатель деформируемости эритроцитов), агрегационных свойств эритроцитов (ПА — показатель агрегации), среднего размера агрегата (СРА) и показателя неагрегированных эритроцитов (ПНА); нейрофизиологических нарушений — по данным ЭНМГ (скорость распространения возбуждения по нервным волокнам). Комплексное лечение больных включало традиционную медикаментозную терапию сахароснижающими препаратами и инфракрасное ЛВ на АЛТ «Элат».

Больные были разделены на группы с учетом типа и длительности СД (сахарный диабет) (до 5 и после 5 лет). Исходные показатели СРВ (скорость распространения возбуждения) во всех исследуемых группах были достоверно снижены по сравнению с контрольной группой и не зависели от типа и давности СД. Фоновые показатели эритроцитарного звена также значительно отличались от таковых у практически «здоровых» лиц и не зависели от типа диабета и его длительности.

В результате лечения достигнуто достоверное восстановление СРВ ($p < 0,001$) и показателей эритроцитарного звена микроциркуляции, причем последние практически вернулись к норме ($p > 0,05$). При этом более выраженной динамика их была отмечена у больных ИЗСД (инсулин зависимый сахарный диабет) до 5 лет и ИНСД более 5 лет.

Проведенный корреляционный анализ выявил сильную связь между СРВ и ПД у больных СД до 5 и после 5 лет как при ИЗСД ($r = 0,86$ и $r = 0,81$ соответственно; $p < 0,001$), так и при ИНСД (инсулин независимый сахарный диабет) ($r = 0,80$ и $r = 0,87$ соответственно; $p < 0,001$). Установлена сильная обратно пропорциональная корреляционная связь между СРВ и ПА ($r = -0,85$ при ИЗСД до 5 лет и $r = -0,80$ — после 5 лет; $p < 0,001$), а также при ИНСД тех же сроков заболевания ($r = -0,82$ и $r = -0,86$ соответственно; $p < 0,001$).

Таким образом, положительная динамика состояния нервного волокна в ходе лазеротерапии главным образом определяется позитивными изменениями эритроцитарного звена микроциркуляции.

II.26.5**СУЛОДЕКСИД В ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ**

В.В. Трусов, И.Б. Черемискина, И.А. Казакова
Ижевская медицинская академия, Россия, Ижевск

Целью настоящего исследования явилось изучение клинической эффективности препарата из группы гликозаминогликанов — Сулодексид (фирма Alfa Wassermann, Италия) в терапии 75 больных инсулинзависимым типом сахарного диабета с нефропатией. Препарат применялся внутримышечно в суточной дозе 600 LSU — 5 дней в неделю. Продолжительность лечения 3 недели. Больные были разделены на 2 группы с микро- и макроальбуминурией. Специальной программой контроля выявлено положительное влияние препарата на функциональное состояние почек. Отмечено отчетливое снижение микро с $139,2 \pm 7,1$ до $36,2 \pm 6,1$ мг/сут; ($p < 0,01$), и макроальбуминурии с $156,5 \pm 245$ до $670,8 \pm 443$ мг/сут; ($p < 0,05$). При проведении динамической реносцинтиграфии отмечено значительное уменьшение (прежде увеличенного) периода полувыведения радионуклида почками ($p < 0,05$) Увеличивалась максимальная амплитуда и уменьшалась асимметрия ренограмм ($p < 0,01$). Повышался прежде сниженный эффективный почечный плазматок с $580,0 \pm 11,0$ до $625,6 \pm 46,8$ мл/мин; ($p < 0,05$) и функциональный почечный резерв с $16,3 \pm 1,8\%$ до $26,4 \pm 1,3\%$; ($p < 0,05$).

Увеличенная исходная концентрация В2-микроглобулина в крови и моче под влиянием лечения снижалась ($p < 0,01$). Отмечено повышение размаха колебаний удельного веса мочи в пробе Зимницкого ($p < 0,01$). Сулодексид отчетливо улучшал состояние микроциркуляции особенно внутрисосудистой фазы (по данным компьютерной бульбарной микроскопии).

Кроме того под влиянием курсового лечения отмечалось достоверное снижение общего холестерина, триглицеридов и коэффициента атерогенности сыворотки крови ($p < 0,01$).

Сулодексид не оказывал отрицательного влияния на углеводный обмен и свертывающую способность крови, и может быть рекомендован для лечения больных диабетической нефропатией.

II.26.6**ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ГОРМОНАЛЬНО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

И.И. Дубинина, Д.В. Прошлякова, А.В. Матюхина
РязГМУ, Рязань, Россия

Проведено изучение влияния дозированной физической нагрузки на гормонально-метаболические показатели у 109 больных сахарным диабетом (СД) I и II типа средней тяжести в стадии хорошей и удовлетворительной компенсации. Все пациенты без выраженных сосудистых осложнений с длительностью заболевания до 5 лет. Первой группе пациентов (26 человек, средний возраст $33,58 \pm 1,67$ лет) определялась индивидуальная чувствительность к физической нагрузке с помощью велоэргометра, после 10-12 дневного курса реабилитации велоэргометрическую пробу повторяли. Второй группе (83 человека, $39,49 \pm 1,2$ лет) реабилитационные мероприятия проводились с учетом распределения больных по клинико-функциональным группам без велоэргометрической пробы.

В первой группе пациентов установлена тенденция к снижению глюкозы крови у больных СД I типа после 1 велоэргометрического теста. После 2 велоэргометрического теста у больных СД I и II типа зарегистрировано стойкое снижение глюкозы в крови и достоверное снижение среднесуточной гликемии при I типе заболевания ($p < 0,05$). Во второй группе пациентов после курса физической реабилитации достоверно снизился уровень среднесуточной гликемии при I и II типе заболевания ($p < 0,05$, $p < 0,01$).

У больных СД I типа после курса физических нагрузок отмечено достоверное снижение в крови триглицеридов ($p < 0,05$), тенденция к снижению общих липидов, β -ЛП. У больных СД II типа после дозированной физической нагрузки показатели липидного спектра практически не изменились.

У больных с впервые выявленным СД выявлено увеличение иммунореактивного инсулина (ИРИ) в крови после физических упражнений, что говорит о возможной стимуляции I фазы секреции инсулина у больных СД II типа и о увеличении остаточной секреции инсулина при I типе заболевания.

Таким образом, проведение физической реабилитации у больных СД I и II типа оказывает позитивное влияние на метаболические показатели, что позволит задержать развитие и прогрессирование сосудистых осложнений СД, и снизить инвалидизацию больных.

II.26.7**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ L-ТИРОКСИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ УЗЛОВОГО ЗОБА У БОЛЬНЫХ С ИБС**

Ф.М. Абдулхабирова, Е.А. Трошина, Г.Ф. Александрова,
Л.А. Панченкова*, Т.Е. Юркова*, М.О. Соловьева*
Эндокринологический научный центр (директор —
академик И.И. Дедов), Москва, Россия
*Кафедра внутренних болезней №1 МГМСУ (зав. кафедрой —
академик А.И. Мартынов), Москва, Россия

В настоящее время для лечения различных заболеваний щитовидной железы (хронический аутоиммунный тиреоидит, послеоперационный гипотиреоз, узловой эутиреоидный зоб) применяется консервативная терапия тиреоидными гормонами в заместительной или супрессивной дозе (100-150 мкг/сутки). Однако рекомендуемая доза препаратов тиреоидных гормонов может привести к ухудшению течения скрытой или верифицированной ИБС.

Целью настоящей работы явилось изучение эффективности применения L-Тироксина при лечении узлового зоба у больных с ИБС и влияние препарата на сердечно-сосудистую систему в дозе 50 мкг/сут.

Обследовано 34 пациента с узловым зобом в возрасте 60-75 лет. Больные разделены на основную группу, получающих L-Тироксин (n 18), и контрольную группу (n 16). Длительность наблюдений — 6 месяцев.

Результаты исследований: в основной группе пациентов появление новых узловых образований и рост исходных не отмечен ни в одном случае, в то время как в контрольной группе рост и появление новых узловых образований наблюдался у 9 больных (56%).

При сравнительном исследовании через 6 месяцев от начала приема L-Тироксина в дозе 50 мкг/сутки, отрицательная динамика в виде увеличения количества и продолжительности депрессии сегмента ST при проведении холтеровского мониторирования ЭКГ и тредмил-теста наблюдалась у 3 больных (16,6%).

Таким образом, применение L-Тироксина в суточной дозе 50 мкг. по-видимому, является оптимальным для лечения узлового зоба у больных с ИБС, учитывая отсутствие отрицательной динамики по данным УЗИ щитовидной железы и уменьшение риска негативного действия на сердечно-сосудистую систему.

II.26.8

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

В.И. Совалкин, Ю.А. Горляковский

Омская государственная медицинская академия, Омск, Россия

Инфекция мочевых путей (ИМП) широко распространена у больных сахарным диабетом и оказывает неблагоприятное влияние на течение основного заболевания, приводя к декомпенсациям, развитию кетоацидоза. Наш опыт наблюдения более 2000 больных сахарным диабетом дает основание отметить следующие особенности лечения ИМП у этой категории больных. Лечение мочевой инфекции должно проводиться с учетом характера микробного возбудителя, чувствительности его к антибактериальным препаратам, ведущих патогенетических механизмов, особенностей течения сахарного диабета и степени его компенсации. Обострение пиелонефрита, как правило, приводит к декомпенсации сахарного диабета, что требует интенсифицированной инсулинотерапии или непрерывной подкожной его инфузии.

Антибактериальный препарат должен подбираться с учетом чувствительности выделенной микрофлоры. По нашим данным *E. coli* наиболее часто высевалась из мочи больных сахарным диабетом с пиелонефритом, обследованных как в стационаре (58%), так и амбулаторно (76%). Она же была самой частой причиной циститов и асимптоматической бактериурии (71%). Определение чувствительности выделенной микрофлоры к антибактериальным препаратам показало, что она высокочувствительна к фторхинолонам, цефалоспорином, гентамицину, нитрофуранам. Средний уровень чувствительности отмечен к препаратам налидиксовой кислоты, (невиграмон, неграм), пипемидовой кислоты (палин), низкий уровень — к нитроксолину, бисептолу. Исходя из этого, для эмпирической терапии мы рекомендуем фторхинолоны, цефалоспорины, нитрофураны, препараты налидиксовой кислоты, к которым кишечная палочка, наиболее часто высеваемая из мочи больных, обладает наименьшей резистентностью. Эффективность антибактериальной терапии мы контролировали динамикой клинических симптомов, бактериурии, лейкоцитурии. Положительный результат лечения, проведенного с учетом чувствительности выделенной микрофлоры к антибактериальным препаратам, получен у 80% больных.

При стойких нарушениях показателей иммунитета показано проведение иммунокорректирующей терапии. Наше исследование свидетельствует о целесообразности включения иммунокорректирующих препаратов в комплексное лечение хронического пиелонефрита у больных сахарным диабетом. Показаниями для их назначения являются: частые рецидивы болезни, затяжное, торпидное течение, неудовлетворительный ответ на соответствующую антибактериальную терапию, снижение уровня и функциональной активности Т-лимфоцитов, дефекты системы фагоцитоза.

II.26.9

ОБОСНОВАНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ ИММУНОКОРРЕКТИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С ИНФЕКЦИОННЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

В.И. Совалкин, Ю.А. Горляковский

Омская государственная медицинская академия, Омск, Россия

Под наблюдением находилось 309 больных сахарным диабетом (мужчин — 110, женщин — 199), в возрасте от 14 до 75 лет. С ИЗСД было 124 человека, ИНСД — 185. У 229 из них имелись бактериально-воспалительные заболевания (хронический пиелонефрит, поражения органов дыхания, кожи).

Иммунологическим исследованием у больных установлено снижение как абсолютных, так и относительных показателей количества Т-РОК по сравнению со здоровыми ($P < 0,001$). Найдено уменьшение величины РБТЛ на ФГА ($P < 0,01$). Активность фагоцитоза и его интенсивность у больных были ниже, чем в контроле ($P < 0,01$). При наличии инфекционно-воспалительных осложнений показатели иммунитета были изменены в большей степени. Установлена также статистически значимая связь иммунологических показателей с длительностью и степенью компенсации сахарного диабета.

Изучение противомикробного иммунитета показало, что сывороточные антитела к антигенам инфицирующих микроорганизмов выявлялись у 80% больных, в основном в низких титрах и при слабой интенсивности реакции. Клеточная сенсибилизация к бактериальным антигенам выявлялась по РБТЛ у 62,8% больных сахарным диабетом с инфекционно-воспалительными заболеваниями, а по РТМЛ у 63,8% с преобладанием реакций слабой интенсивности у большинства больных.

Ослабление иммунитета у больных сахарным диабетом может быть причиной частого их инфицирования и способствовать хроническому, рецидивирующему течению бактериально-воспалительных заболеваний. При стойких нарушениях показателей иммунитета показано проведение иммунокорректирующей терапии. Наше исследование свидетельствует о целесообразности включения иммунокорректирующих препаратов в комплексное лечение больных сахарным диабетом с инфекционными осложнениями. Показаниями для их назначения являются: частые рецидивы болезни, затяжное, торпидное течение, неудовлетворительный ответ на соответствующую антибактериальную терапию, снижение уровня и функциональной активности Т-лимфоцитов, дефекты системы фагоцитоза.

II.26.10

АНАМНЕЗ В ДИАГНОСТИКЕ СИСТЕМНОГО ОСТЕОПОРОЗА

Т.И. Ларинова, А.Ш. Нежданова

ГМА, Пермь, Россия

Этиология системного остеопороза (СО) гетерогенна. Целью исследования явилось выделение наиболее часто встречающихся и актуальных факторов риска в развитии СО.

Нами обследовано 26 больных в возрасте от 45 до 77 лет, из них 7 мужчин. Помимо клинического метода использовалось рентгенографическое и денситометрическое подтверждение диагноза. В ряде случаев потребовалось тщательное соматическое обследование для исключения вторичных форм заболевания. Учитывалось 5 групп фактора риска: 1. Генетические и антропометрические; 2. Гормональные; 3. Стиль жизни и особенности питания; 4. Сопутствующие заболевания; 5. Медикаментозные.

Выявлено, что у всех мужчин, больных СО, наблюдались вторичные формы: радиационная и медикаментозная. У каждого из них основной фактор сочетался с приемом больших доз алкоголя. У женщин преобладающими оказались первичные формы (17 больных), а среди них превалировал постменопаузальный вариант СО. Обращает на себя внимание сочетание не менее трех факторов у каждой пациентки. Наиболее устойчивая комбинация: женский пол, пожилой возраст в сочетании с любым другим фактором.

Таким образом, у мужчин преобладали вторичные, а у женщин — первичные формы СО, в формировании которых ведущая роль принадлежала гормональным (женский пол), антропометрическим (пожилой возраст) и генетическим (семейная предрасположенность) факторам риска. Следовательно, при их наличии (особенно в сочетании) необходима активная профилактика СО, которая предполагает сбалансированное питание с ограничением спиртных напитков, избегание рентгенологических и радиационных методов обследования и лечения, а также опасных для развития СО препаратов.

Скрупулезно собранный анамнез служит предпосылкой своевременного диагноза и адекватной терапии.

III. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БОЛИ И ОБЕЗБОЛИВАНИЯ

III.1

ПЕРСПЕКТИВЫ ВНЕДРЕНИЯ НОВЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ У ПАЦИЕНТОВ С РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ФОРМАМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

Г.А. Новиков, Б.М. Прохоров, М.А. Вайсман, С.В. Рудой, К.А. Великолуг
МНИОИ им. П.А. Герцена, ММА им. И.М. Сеченова, Москва

Несмотря на значительные успехи в лечении многих форм рака, не уменьшается число больных с распространенными формами злокачественных новообразований, большинство из которых страдает хронической болевой синдромом. Улучшение качества жизни этих больных было и остается актуальной проблемой, решение которой зависит от эффективности проводимых лечебных и реабилитационных мероприятий. Современные этиопатогенетические подходы к улучшению качества жизни больных с распространенными формами злокачественных опухолей предусматривают усовершенствование существующих и разработку новых высокоэффективных, хорошо переносимых и безопасных методов лечения хронической боли. В соответствии с рекомендациями ВОЗ, ведущее место в лечении боли онкологического генеза отводится системной фармакотерапии анальгетиками. Эффективность этого метода значительно возросла с применением новых фармакологических технологий, обеспечивающих пролонгированную анальгезию при неинвазивных формах введения слабых и сильнодействующих опиоидов: пероральных таблеток (продолжительность действия 12-24 ч и более), трансдермальных анальгетических систем фентанила (действие до 72 ч). За последние годы заметно пополнился арсенал малоинвазивных методов лечения хронической боли. Значительный интерес при лечении онкологических больных представляет «контролируемая пациентом анальгезия», с использованием специальных дозаторов. Этот вид обезболивания имеет целый ряд преимуществ по сравнению с рутинным назначением инъекционных форм опиоидов: эффективное обезболивание согласно индивидуальным потребностям, достижение анальгезии минимальными дозами, уменьшение расхода анальгетика, низкое число побочных эффектов, экономия времени медицинского персонала, социальная реадaptация пациента.

При неэффективности консервативной терапии показаны инвазивные и хирургические методы лечения хронической боли: регионарные блокады, центральная электростимуляция, нейродеструкция, хордотомия и др. В условиях современных возможностей нейродеструкция, помимо тотального химического или лучевого воздействия, может осуществляться с помощью прецизионных методик, в частности, радиочастотной термокоагуляции, что позволяет селективно лизировать нервные окончания без сопутствующего повреждения близлежащих нервных структур. Радиочастотный нейролизис способен обеспечить длительное анальгетическое действие практически без побочных эффектов, в первую очередь, нежелательного формирования невриномы.

Применение современных технологий имеет важное значение в повышении эффективности и безопасности лечения хронической боли у пациентов с распространенными формами рака, что определяет целесообразность внедрения этих методов в широкую практику паллиативной помощи онкологическим больным.

III.2

ПРОБЛЕМЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ НА ЭТАПАХ ЛЕЧЕНИЯ

Н.А. Осипова, В.А. Береснев, Г.Р. Абузарова, Н.А. Лосева
МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва, Россия

Боль сопровождает онкологического больного на всех этапах заболевания (инвазивная диагностика, хирургическое лечение, генерализация). Длительный болевой анамнез и повторное применение разнообразных средств обезболивания затрудняют достижение полноценной анальгезии

из-за развития толерантности к действию опиоидов и гиперактивации болевой системы, Цель нашего исследования – разработка оптимальной тактики противоболевой терапии у онкологических больных на этапах лечения.

Обобщен опыт лечения острого (ОБС) и хронического (ХБС) болевых синдромов у более 5 тыс. пациентов на этапах диагностики, хирургического лечения и прогрессирования заболевания.

Разработаны общие принципы лечения ОБС и ХБС, основанные на сочетании опиоидов разной потенции (с учетом интенсивности БС) с патогенетически обоснованными неопиатными компонентами. Показана важная роль в снижении хирургического ОБС анальгетиков периферического действия (АПД), применяемых профилактически перед операцией (кетопрофен 1,5 мг/кг, диклофенак 1,0 мг/кг в/м или др.) и после нее (соответственно 200-300 мг/сут. и 100-150 мг/сут), что уменьшает потребность в опиоидах в 2-3 раза. При ОБС и ХБС у пациентов с толерантностью к опиоидам эффект обезболивания улучшается при применении агониста α_2 -адренорецепторов клофелина (0,1 – 0,2 мг/сут) и средств, уменьшающих гиперактивацию болевых путей (кетамин 0,3 мг/кг в/м, верапамил 120-240 мг/сут, сирдалуд 6-12 мг/сут).

Таким образом, лечение ОБС и ХБС должно быть комплексным и основанным на применении не только традиционных опиоидов, но и специальных патогенетически обоснованных неопиоидных средств.

III.3

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ФОБИЧЕСКИХ И ИСТЕРОФОРМНЫХ СОСТОЯНИЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ

В.Л. Кром, Л.Я. Лившиц
Медицинский университет, Саратов, Россия

Наблюдали 210 больных с хроническими болевыми синдромами, различными по этиологии, интенсивности и длительности. Нарушения психики выявлены у 189 (90%), из них, а именно: депрессивный синдром (69), астено-невротический (38), истероформный (42) и обсессивно-фобический (40). Симптоматика первых двух форм обычно хорошо купировалась под влиянием успешного противоболевого лечения в сочетании с «мягкими» психотропными средствами. В то же время две последние формы оказались весьма резистентными и требовали специальной психофармакотерапии (ПФТ). Результаты лечения оценивали в баллах по Г.Я. Авруткуму, С.Г. Зайцеву (1975). Больным назначали алпрозолам, амитриптилин, тиоридазин, клоразепат и алимемазин как «сольно», так и в комплексе. При истероформном синдроме продолжительность терапии варьировали от 3 недель до 2 мес. Хороший эффект (3 балла) наблюдался у 38% больных, получавших клоразепат в комплексе с алимемазином и алпрозоламом, но и у остальных пациентов такое лечение также было довольно успешным. Положительная динамика истероформного симптомокомплекса при дифференцированной ПФТ имела свои особенности: в начале курса терапии сглаживались аффективные расстройства, затем купировались вегетативные симптомы. В последнюю очередь исчезали сенесто-алгические проявления. В группе больных с обсессивно-фобическим синдромом лечение продолжалось от 4 недель до 2 мес. Хороший эффект (3 балла) был получен в основном у больных, получавших лечение алпрозоламом в комплексе с клоразепатом и алимемазином (31%). Динамика положительных сдвигов была более медленной, чем при лечении истероформных нарушений. Лишь на 4 неделе у больных сглаживались аффективные расстройства, а фобическая симптоматика редуцировалась еще позднее. Наилучшие возможности купирования истероформной симптоматики были обнаружены при использовании комплекса клоразепата с алимемазином и алпрозоламом при преобладании доз клоразепата, а при купировании обсессивно-фобической симптоматики – комплекса алпрозолама с клоразепатом и алимемазином при преобладающих дозах алпрозолама.

III.4

ФИБРОМИАЛГИЯ

О.Л. Пинегин, Л.Е. Пинегин
Алтайский госмедуниверситет, Барнаул, Россия

Среди пациентов с мышечными болями по критериям Американской коллегии ревматологов (1990г.) отобраны больные в возрасте 23-47 лет, составившие группу с фибромиалгией. Как правило, больные жаловались на боли в разных частях тела, часто двухсторонние, симметричные, мышечные боли в местах прикрепления мышц, повышенную утомляемость, сниженную работоспособность, плохое настроение, умеренные и частые головные боли.

Симптомы развивались постепенно и связывались больными с психоэмоциональными стрессами и перегрузками, травмой, инфекцией. Обследование выявляло повышенную степень тревожности, депрессии, определяемые по шкале Спилберга и Бека. У больных имели место диссомния,

головные боли напряжения, синдром вегетодистонии с перманентным течением.

Исходя из представления о преимущественной дисфункции интегративных, нейротрансмиттерных, вегетативных систем разработан комплекс лечебных мероприятий включающий применение антидепрессантов (амитриптилин, леривон), бензодиазепинов (альпрозолам), мышечных релаксантов (сирделуд) и в обязательном порядке массаж воротниковой зоны и головы. Комплекс упражнений с медленно возрастающими дозированными нагрузками, постизометрической релаксацией мышц, в которых обнаруживалась болезненность, контрастный душ, аутоотренинг. Отмечен четко лучший терапевтический эффект при добавлении к антидепрессантам и бензодиазепинам методов, оказывающих воздействие на мышечный, кожный рецепторный аппарат и афферентные системы.

III.5

КОМБИНИРОВАННАЯ АНЕСТЕЗИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КЛОФЕЛИНА И КАЛИПОСОЛА У ДЕТЕЙ

*М.М. Ханов, Н.Ф. Исхандарова, Т.Т. Шарипов
ТашПМИ, Узбекистан*

Целью нашей работы явилось использование клофелина и калипсола как варианта анестезиологического пособия у детей.

После премедикации через 40 минут больному на операционном столе медленно на большом разведении вводили клофелин из расчета 4-6 мг/кг, через 20 минут после клофелина вводили всю наркотическую дозу калипсола (3-5 мг/кг в зависимости от возраста ребенка). Интубацию трахеи проводили на фоне тест-дозы ардуаны из расчетной дозы 0.06 мг/кг и дитилина 2-3 мг/кг. ИВЛ осуществляли аппаратным методом. Поддерживающую анестезию обеспечивалось дробным введением 30-50% от исходной дозы калипсола каждые 1-1.5 часа. Исследование биоэлектрической активности головного мозга проводилось методом электроэнцефалографии. Для объективной оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы использовали эхокардиографический метод, стресс-гормоны исследовали радиоиммунным методом. Гормоны стресса и показатели гемодинамики исследовались на всех этапах операции и анестезии (исход премедикация, индукция, интубация, кожный разрез, травматичный момент и конец операции).

Полученные результаты исследования показали, что уровень гормонов в крови значительно стабилизировался уже на этапе индукции. Если снижение уровня кортизола и T_4 оказалось статистически недостоверным, то снижение T_3 на 19% говорит о благоприятном течении анестезии. Анализ показателей гемодинамики констатирует урежение ЧСС, повышение СИ, ОЦК и ФИ, умеренное снижение СДД, УПС при стабильных величинах других показателей гемодинамики, что соответствует гипердинамическому режиму кровообращения.

Итак, применение сочетания клофелина и калипсола обеспечивает адекватную анестезиологическую защиту и является методом выбора анестезиологического пособия у детей с высоким операционно-анестезиологическим риском.

III.6

СТРЕСС И ГОЛОВНАЯ БОЛЬ У УЧАСТНИКОВ СОВРЕМЕННЫХ ВОЙН

*М. А. Шерман
Госпиталь для ветеранов войн, Киров, Россия*

Обследовано 93 участника современных войн (УСВ) в Афганистане, Приднестровье, Таджикистане, Чечне, страдавших головной болью (средний возраст — 31,24±0,71 года), и 48 УСВ без головной боли (средний возраст 27,02±1,05 года). Для сравнительного анализа привлечены 15 практически здоровых лиц.

Исследовались состояние вегетативного фона и регуляторных систем организма (кардиоинтервалография по Р.М. Баевскому), изучались функционирование неспецифических систем и целостность невральных структур головного мозга (электроэнцефалография и анализ зрительных и слуховых вызванных потенциалов), анализировалось состояние стволовых интернейронов обследуемых (стимуляционная электромиография), оценивалась эмоционально-личностная сфера больных (психометрический Миннесотский многофазный личностный тест — МИЛ, опросник Шмишека-Литмана, опросник Спилбергера (для оценки уровня реактивной и личностной тревоги) и теста жизненных событий и изменений Paykel).

Выявлена ведущая роль дисфункции неспецифических систем головного мозга в развитии у УСВ симптома головной боли. Существенное место в формировании подобной центральной дисрегуляции принадлежит хроническому стрессу боевых действий.

III.7

РОЛЬ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ АЛЬГОДИСМЕНОРРЕИ

*Е.А. Иванюков, А.Ю. Чесноков
Новосибирская медицинская академия, Новосибирск, Россия*

Нами наблюдалось 46 пациенток в возрасте от 18 до 23 лет с синдромом альгоменорреи. При комплексном гинекологическом обследовании не было выявлено органического субстрата или гормональных нарушений, обуславливающих данную клинику, в связи с чем был выставлен диагноз тазового ганглионеврита. Однако при проведении мануальной диагностики у всех пациенток были выявлены многочисленные патобиомеханические нарушения (ПБМН) в опорно-двигательном аппарате, в патобиомеханически значимых регионах: таза — 22 женщины (жен.), нижних конечностей — 15 жен., шейного отдела и верхних конечностей — 11 жен. В компенсаторных регионах отмечались алгические проявления у 9 пациенток. У всей группы регистрировался функциональный блок (ФБ) крестцово-подвздошного сочленения и гипертонус одной из связок таза, а также скрученный таз — 19 жен., крестцово-подвздошного сочленения — 19 жен., ФБ C_0-C_1 — 37 жен.

Лечение в исследуемой группе (35 жен.) проводилось только методами мануальной терапии (МТ), в контрольной группе (11 жен.) по стандартной методике. В результате у всех больных опытной группы при устранении нарушений в опорно-двигательном аппарате, исчезло полностью болевой синдром у 29 жен. (в основном ПБМН: скрученный таз и ФБ C_0-C_1), а у 6 пациенток — к стойкому снижению выраженности болевого синдрома. Во всех случаях эффект наступил через 3-4 лечебных процедуры. В контрольной группе успех при лечении был достигнут всего у 3 женщин.

Таким образом, синдром альгоменорреи может быть первично обусловлен ПБМН тазового региона, имитирующими клинику тазового ганглионеврита. Представляется, что в таких случаях наиболее эффективным методом лечения является мануальная терапия с применением мягких методик.

III.8

МИОФАСЦИАЛЬНЫЕ БОЛЕВЫЕ СИНДРОМЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

*Е.В. Кувшинов, М.Ю. Герасименко, Е.В. Филатова
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия*

При сочетанных травмах с повреждением лицевого скелета и мягких тканей челюстно-лицевой области состояние усугубляется психо-эмоциональной травмой, основа которой в высоком риске развития рубцовых деформаций, в формировании функциональной дезорганизации мимической и жевательной мускулатуры.

Миогенные нарушения, в первую очередь в мышцах, участвующих в акте жевания, сопровождаются артрогенными проявлениями, которые провоцируют развитие болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава.

Под наблюдением находилось 64 больных в возрасте от 25 до 55 лет с посттравматическими деформациями челюстно-лицевой области. Проводилась мануальная терапия шейного отдела позвоночника с применением постизометрической релаксации и осциляторных методик. При выраженном болевом синдроме после оперативного вмешательства применялась лазеропунктура корпоральных и локальных точек из расчета 5-8 точек на процедуру. Курс от 6 до 12 ежедневных процедур. Учитывая выраженный дисбаланс мышечных структур, отраженные изменения в шейно-грудном отделе позвоночника после травм на втором этапе реабилитации целесообразно проведение разработанной нами схемы мануальной терапии с использованием мобилизационных приемов. Тем самым достигается максимальный релаксирующий эффект не только мышечных групп с нормализацией их электровозбудимости, биоэлектрической активности, но и значительно улучшается кровоток по бассейну вертебральных артерий и локальная микроциркуляция.

Параллельно назначается лазерная рефлексотерапия в красном или инфракрасном диапазоне от аппарата «Скаляр». На всех этапах работы с больным и в амбулаторных условиях больному назначается индивидуально подобранный курс лечебной физкультуры и миогимнастики.

Комплексная реабилитация больных с сочетанными травмами черепно-челюстно-лицевой области должна проводиться в несколько этапов с учетом функционального состояния нервно-мышечного аппарата челюстно-лицевой области, включать в себя физиотерапию, рефлексотерапию, мануальную терапию, ЛФК, что приводит к повышению качества жизни больных.

III.9

КУПИРОВАНИЕ БОЛЕВОГО СИНДРОМА В ПРЕД- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ДИСКЭКТОМИЙ

Н.Ф. Мирютова, Е.Ф. Левицкий, А.Н. Серебренников, И.В. Вельбик, И.М. Мавляудинова
НИИКиФ, ОКБ, Городская больница № 1, Томск, Россия

Одним из ведущих синдромов в клинике остеохондроза позвоночника, в том числе дискогенных неврологических расстройств является болевой. Длительно сохраняющаяся боль вызывает изменения в психо-эмоциональной сфере, усугубляет дисгемические расстройства, нарушает процессы адаптации, ограничивает применение показанных физиотерапевтических процедур.

Целью наших исследований была оценка анальгезирующего эффекта электромагнитных излучений у больных с грыжами межпозвоночных дисков. Нами наблюдались 447 пациентов, в том числе 102 из них в раннем послеоперационном периоде дискэктомий, 153 проводилась предоперационная подготовка и 192 больным назначался курс консервативной терапии. При поступлении у 71% больных были грубые двигательные нарушения в виде анталгической позы, значительного нарушения походки на фоне выраженного болевого синдрома ($7,96 \pm 0,92$ баллов по визуально-аналоговой шкале).

Основу комплексов составили лазерное излучение, КВЧ-терапия. Воздействие электромагнитными излучениями осуществлялось на БАТ, мышечно-сухожильные болевые и рефлексогенные зоны, дерматомы и двигательные точки, соответствующие пораженным корешкам и нервам при ППМ до 10 мВТ/см^2 . В комплекс консервативного лечения входили тракции, проводимые на distractionных столах при массе груза до 25 кг в течение 15-25 минут. Под влиянием лечения отмечен значительный регресс корешковых, проекционных и отраженных болей у 94% больных (до $1,44 \pm 0,63$ балла). Наиболее быстро (к 3-5 дню лечения) анальгезирующий эффект проявлялся у больных, получающих лазеротерапию. Наряду с угасанием болевого синдрома наблюдался регресс мышечно-тонических болевых симптомов, местной болезненности, расширялся двигательный режим. У 89 больных из 153, получающих предоперационную подготовку, полный регресс симптомов обострения достигнут без хирургического лечения. В послеоперационном периоде лазеротерапия влияла на интенсивность боли, а КВЧ-волны устраняли боли с вегетативным оттенком, сопровождающиеся онемением, парестезиями, зябкостью, гипергидрозом. Положительный эффект в течение 1 года сохранился у 82% больных, в течение 2 лет — у 65% пациентов.

III.10

КУПИРОВАНИЕ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРЕПАРАТОМ КСЕФОКАМ У ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

А.Л. Арьев, О.Т. Гончаренко, Л.М. Селезнева, Р.К. Кантемирова
Медицинская академия последипломного образования (МАПО), Санкт-Петербург, Россия

Исследование выполнено у 64 больных в возрасте от 60 до 83 лет. Основные нозологические единицы были: ревматоидный артрит (РА) — 11 больных, деформирующий артроз (ДА) — 8 больных, вертеброгенные неврологические синдромы при распространенном остеохондрозе позвоночника (ОХ) — 36 больных, мигреноподобные боли (МБ) — 9 больных. У всех исследуемых больных регистрировался умеренный, либо выраженный болевой синдром. Ксефокам назначался в дополнение к проводимой терапии в дозировке 8 мг 2 раза в сутки в течение 3-х дней (суммарно — 48 мг в течение 72 часов). Группа контроля — по 5 больных в возрасте старше 60 лет с аналогичной патологией, которым назначалось плацебо.

Эффективность препарата оценивалась на основании субъективных и объективных клинико-лабораторных показателей (интенсивность болевых ощущений, температура тела, число воспаленных суставов, характер воспаления и функционального состояния суставов, уровень С-реактивного белка). При общей оценке эффективности препарата Ксефокам как при объективной оценке — исследователем, так и при субъективной оценке — пациентом, у всех больных были получены следующие результаты. Отсутствие эффекта или неопределенный эффект по оценке исследователя были зарегистрированы у 4 больных (6%), а при субъективной — у 5 больных (8%). Хороший эффект зарегистрирован у 52 больных (81%) — объективно и у 49 больных (77%) субъективно. Отличный эффект был получен соответственно у 8 больных (13%) — объективно и у 12 больных (15%) субъективно. При анализе эффективности препарата Ксефокам в отдельных исследуемых группах были получены следующие результаты. Значительное улучшение было отмечено у 3-х больных из 11 с РА, у 4-х больных из 8 с ДА, у 21 больного из 36 с ОХ, у 1 больного из 9 с МБ. А при использовании плацебо лишь у 1 больного из пяти с МБ. Улучшение было констатировано у 6 больных с РА (у 1 больного от приема плацебо), у 3 больных

с ДА (плацебо без эффекта), у 9 больных с ОХ (у 1 больного от приема плацебо) и у 4 больных с МБ (плацебо без эффекта). Отсутствие эффекта отмечено у 1 больного с РА (у 4 от приема плацебо), у 1 больного с ДА (у 5 на фоне плацебо), у 2 больных с ОХ (у 3 на фоне плацебо) и у 3 больных с МБ (у 4 на фоне плацебо). Ухудшение отмечено у 1 больного с РА, у 2 больных с ОХ, у 1 больного с МБ. У 1 больного с ОХ зафиксировано ухудшение от приема плацебо.

Таким образом, из 64 больных, получавших ксефокам, и 20 больных, получавших плацебо, значительное улучшение зарегистрировано у 29 больных на ксефокам и у 1 больного на плацебо, у 22 больных отмечено улучшение на ксефокам и у 2 на плацебо; отсутствие эффекта на фоне приема ксефокама отмечено у 7 больных и у 16 больных на фоне приема плацебо; ухудшение зарегистрировано у 4 больных на терапии ксефокамом и у 1 больного на плацебо. Заключение: Проведенное слепое контролируемое исследование свидетельствует о явном положительном эффекте (как обезболивающем, так и противовоспалительном) препарата ксефокам при использовании его у больных пожилого и старческого возраста при РА, ДА, РО и МБ. Явных побочных реакций препарата отмечено не было.

III.11

ГОМЕОПАТИЯ — РЕЗЕРВ ПАЛЛИАТИВНОЙ ТЕРАПИИ

И.И. Барановский, Б.М. Зайдинер, Л.И. Осичкина
ЛПК «Здоровье», МНТК «Гиппократ», Ростов-на-Дону, Россия

Клиническая картина генерализованной онкопатологии включает хронический болевой синдром, сердечно-сосудистые расстройства, коагулопатии, респираторный дистресс-синдром, иммунодефицит, паранеопластические синдромы и выраженную астению; попытки купировать перечисленные состояния в русле конвенциональной фармакотерапии неизбежно сопряжены с полипрагмазией. В стремлении преодолеть эту ситуацию обратились к гомеопатическому подходу. Настоящее сообщение представляет возможности классической гомеопатии в противоболевой терапии онкологических больных. Использовали гомеопатию LM-потенциями монопрепаратов (Conium, Asterianus rubrum, Lapis album, Natrium muriaticum) с приемом рекомендованных доз несколько раз в день на протяжении 25 — 50 дней (в зависимости от состояния больных). Боль удалось купировать у всех 4 пациентов, существенно улучшив им качество жизни. За 2 из больных продолжается наблюдение (4 года и 1 год 8 месяцев) с периодической коррекцией статуса гомеопрепаратами. 1 больная погибла на 2-м году наблюдения от прогрессирующего рака молочной железы с метастазами в Th_6 - Th_7 , 1 больной умер от инфекционных осложнений через 4 месяца после начала терапии; оба эти пациента до последних дней сохраняли жизненную активность, что свидетельствует приемлемый уровень качества жизни.

III.12

РОЛЬ ЭПИДУРАЛЬНЫХ ВЕН В ВОЗНИКНОВЕНИИ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ В ОБЛАСТИ ПОЗВОНОЧНИКА

А.А. Родионов, В.И. Лабзин
Медакадемия, Благовещенск, Россия

Исследования показали, что основным распределительным коллектором крови в позвоночном канале являются передние эпидуральные вены. Они представляют собой наиболее развитые продольные сосудистые магистрали, собирающие по сегментно кровь из спинного мозга, тел позвонков, эпидуральных структур и отводящие ее в межпозвоночные вены. На протяжении этих сосудов можно выделить три морфо-функциональных сегмента: верхний (C1-C6), средний (C7-Th5) и нижний (T6-S5). Верхний — осуществляет отток крови от кранио-вертебральных образований. Нижний — формирует окольные пути между венами таза и притоками непарной и полунепарной вен. Средний — в силу «пещеристого» строения, выполняет роль гидравлического «буфера», разобщающего вышеописанные сегменты. Мы полагаем, что эта зона препятствует формированию в венах позвоночного канала высокого гидростатического столба жидкости, уменьшая венозное давление в каудальных сегментах и гася гидродинамические удары, возникающие при продольных ускорениях тела. Врожденное отсутствие пещеристой структуры среднего сегмента или её недостаточное развитие (6-8% случаев), создает предпосылки для венозного застоя в пояснично-крестцовом отделе позвоночного канала, с последующим образованием флебосклероза, варикоза эпидуральных, межпозвоночных и корешковых вен. Последнее в свою очередь является одной из причин возникновения компрессионно-дистрофических расстройств и болевых синдромов в зоне заинтересованных нервных образований.

III.13

К ВОПРОСУ О БЕЗОПАСНОСТИ АНЕСТЕЗИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

*Н.М. Федоровский, Ю.В. Смирнова
Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова, Россия*

Общеизвестны физиологические инволютивные изменения в органах и системах стареющего организма, проявляющиеся в виде относительного компенсирования полиорганной и полисистемной недостаточности. Острые и сопутствующие заболевания при этом довольно быстро приводят к декомпенсации. В этой связи тактика анестезиологического обеспечения и интенсивная терапия у геронтологических больных имеет существенные отличия от традиционных методик. Она предусматривает:

1) Обязательную гемокорректирующую инфузионно-трансфузионную терапию с учетом стресс-нормы (основные критерии: Нт – 30-35%, Нб > 90 г/л, ЦВД + 6-8 см водного ст., гликемия – 7-10 ммоль/л, общий белок > 65 г/л);

2) Премедикацию, включающую обязательную психологическую подготовку, + бензодиазепины, опиаты, атропин, антигистаминные средства (1/2 дозы от стандартных);

3) Оптимальную анестезию:

а) При полостных операциях – атаралгезия, с использованием бензодиазепинов (дормиком, мидазолам) в программированном режиме, позволяющих благодаря антагонисту – анекстату обеспечить управляемость пробуждения больного в считанные минуты. Ограничение применения N₂O. Миоплегия с использованием атракуриума (тракриум) и цисатракуриума (нимбекс), который свойственен метаболизм путем элиминации Хоффмана, что немало важно для геронтологических больных с ослабленной холинэстеразной активностью.

б) При операциях на нижних конечностях – эпидуральная и спинальная анестезия с предварительной коррекцией гиповолемии (кристаллоиды, инфукол-ГЭК и др.);

4) Экстабуция – при восстановлении нервно-мышечной проводимости (TOF > 70%).

III.14

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ГОНАРТРОЗЕ

*В.Д. Макушин, Е.А. Волокитина, Ю.П. Солдатов, Н.И. Гордиевских
Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия» им. академика Г.Л. Илизарова, Курган, Россия*

По данным ряда отечественных и зарубежных исследователей мучительный болевой синдром у больных с тяжелыми формами деформирующего артроза крупных суставов связан с возникновением внутрикостной гипертензии.

Наше исследование базируется на анализе лечения 24 больных с деформирующим артрозом коленного сустава терминальной стадии процесса в возрасте 53-67 лет при средней давности заболевания 7 лет. Пациенты при поступлении жаловались на различную интенсивности боли в суставе, в том числе у 60% больных мучительные боли были постоянными в покое и особенно ночью.

На операционном столе до лечения внутрикостное давление (ВКД) колебалось от 5 до 38 мм рт. столба (в среднем $13 \pm 2,9$ мм рт. ст.).

Всем больным при отсутствии нарушения биомеханики нагружения сустава выполнялась реваскуляризирующая остеоперфорация (РОП) суставных концов и активная пролонгированная декомпрессия (АПД) большеберцовой кости в течение 5 суток. После РОП и АПД у всех пациентов исчезли боли в покое и ночью. В течение 5 дней у пациентов ВКД снизилось на 22-28% от исходных значений гипертензии и в последующие дни стабилизировалось.

Полученные данные свидетельствуют о целесообразности использования указанной методики лечения в клинической практике у пожилых пациентов для снятия или облегчения болевого синдрома и улучшения субхондральной микроциркуляции.

III.15

ОБЪЕКТИВНАЯ ДИАГНОСТИКА БОЛИ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗАХ

*А. А. Герасимов
Уральская медицинская академия, Екатеринбург, Россия*

Объективизация боли в суставах до сих пор остается нерешенной проблемой. Известно, что одной из косвенных проявлений боли является изменение перспирации, потоотделения кожи при возникновении очага боли. Изменение гидрофильности кожи определяют приборами путем измерения сопротивления кожи при проведении через нее электрического тока. Нервная регуляция потовых желез осуществляется через симпатические

нервы. При возникновении боли меняется функциональное состояние симпатической нервной системы и меняется интенсивность потоотделения. Последняя меняет электропроводность кожи.

Для исключения недостатков существующих приборов предложены новые принципы осуществления электрометрии, которые реализованы в приборе «Альгезиметр» (патент №1456089). Прибор измеряет кожный электрический потенциал, возникающий на электроде в контакте с кожей. Потенциал усиливается и регистрируется на шкале прибора.

Методика основана на измерении электропотенциала на симметричных участках кожи суставов. При измерении электрод плотно прижимают на 3 секунды к коже в области локализации боли и в симметричном участке сустава противоположной конечности. Результаты сопоставляют и выводят коэффициент асимметрии, который является критерием интенсивности боли.

Степень болевого синдрома можно оценивать в зависимости от величины соотношения потенциалов (КА) и количества вовлеченных в процесс дерматомов. Критерии интенсивности боли составлены на основании обследования 220 больных с артрозами коленных и тазобедренных суставов.

Способ дает точную диагностику у детей, удобен при объективном контроле эффективности методов лечения, оценки результатов лечения, необходим в работе врачей ВТЭК. Прибор дает достоверные количественные данные о степени интенсивности боли.

III.16

НОВЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗАХ СУСТАВОВ

*А.А. Герасимов, О.Н. Орлова
Уральская медицинская академия, Екатеринбург, Россия*

Остеоартрозы являются наиболее частым ортопедическим заболеванием лиц пожилого возраста. Наиболее часто поражаются коленный и тазобедренный суставы. Однако методы лечения малоэффективны, а срок ремиссии очень короткий.

Нами разработан метод внутритканевой электростимуляции (патент № 1103855), суть которого заключается в подведении специального электрического тока к пораженным участкам кости. Поскольку кожа не пропускает электрический ток, то в качестве проводника используют инъекционную иглу, вводимую в зону патологии.

Проведен анализ результатов лечения двух групп больных, одна из которых лечилась только внутритканевой электростимуляцией (22 человека), другая – традиционным комплексным лечением (28 больных). Обе группы были однородны по возрасту, полу и тяжести заболевания (II и III стадии).

При лечении электростимуляцией полное устранение боли и восстановление двигательной и опорной функции сустава было в 83% случаев, при традиционном в 32%. Неудовлетворительные результаты при электростимуляции были в 4 раза реже. Срок лечения сократился в 2,5 раза. Осложнений от лечения не было.

Реографическое и полярографическое исследование ткани суставов подтвердили улучшение кровообращения и микроциркуляции костной ткани, прилежащей к суставу.

Следовательно, метод внутритканевой электростимуляции является высокоэффективным патогенетическим методом.

III.17

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ГРЫЖАМИ ДИСКА МЕТОДОМ ВНУТРИКОСТНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ

*А.А. Герасимов., Ю.А. Ворожищев
Уральская медицинская академия, Тольятти, Екатеринбург, Россия*

Остеохондроз позвоночника занимает первое место в структуре заболеваемости, а поясничный остеохондроз является самым частым и поражает людей в любом возрасте. Нами разработан способ внутритканевой электростимуляции (патент № 1103855) при лечении болевых синдромов позвоночника. Сущность способа заключается в подведении низкочастотного электрического тока непосредственно к дужке позвонка с помощью иглы-электрода. Кожа является барьером для электротока и уменьшает его силу от 100 до 500 раз. Способ успешно устраняет любые рефлекторные болевые синдромы. При корешковой боли эффекта нет. Лечение этим методом является дифференциально-диагностическим тестом для выработки показаний к операции.

Проведена сравнительная оценка результатов консервативного лечения больных с грыжами дисков в двух однородных группах, лечившихся разными методами в стационаре. Комплексный, традиционный метод применялся у 23 человек, а в основной группе из 35 больных применялся только способ внутритканевой электростимуляции и иммобилизация пояса.

При электростимуляции полное устранение боли и клинических симптомов достигнуто у 26 больных (74%), значительное улучшение — у 7. Отсутствие эффекта у двух, им произведена операция. Средний срок лечения составил 18±2,3 дня. При традиционном методе лечения полное устранение боли достигнуто у 7 больных (34%), улучшения у 6. Отсутствие эффекта — у 10 больных (43%). Из них — 8 прооперированы, но болевые явления и неврологические расстройства в той или иной степени остались, ликвидированы в дальнейшем способом внутритканевой электростимуляции. Срок лечения при традиционном методе — 90 — 115 дней. Следовательно, способ внутритканевой электростимуляции является высокоэффективным при лечении больных с грыжей диска, может служить дифференциально-диагностическим тестом рефлекторной и корешковой боли.

III.18

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ НА КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ПРЕДПРИЯТИИ

*В.И. Зинькович, А.А. Герасимов
Центр медицины труда АВТОВАЗ, Тольятти, Екатеринбург, Россия*

Болевые синдромы позвоночника и суставов являются самым распространенным заболеванием человечества. Считается, что 70% взрослого населения периодически страдает от боли в позвоночнике, а 5% населения в настоящий момент лечится от боли. Только по поводу поясничного остеохондроза на заводе АВТОВАЗ временную нетрудоспособность в течение 1 года имели 19,5% работающих. С учетом всех болевых синдромов экономические потери завода огромны. Ежегодные данные по заболеваниям опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы имеют устойчивую тенденцию к росту.

Существует много методов консервативного и оперативного лечения болевых синдромов. В Центре медицины труда ВАЗа применяются все лучшие мировые достижения в этой области. Одним из высокоэффективных видов лечения является метод внутритканевой электростимуляции профессора А. А. Герасимова (патент № 1103855), который принципиально отличается от физиотерапевтических и рефлексотерапевтических методов. Эффективность полного устранения боли составляет 95%, срок ремиссии — в среднем 3-4 года, длительность лечения 7-12 дней. Возможно лечение большого количества больных в амбулаторных условиях.

Широкое использование этого метода в подразделениях Центра медицины труда привело к снижению роста заболеваемости болевыми синдромами среди рабочих ВАЗа и снижению количества дней нетрудоспособности. Уменьшилось число больных с первичной инвалидностью. Внедрение этого уникального метода оказалось более эффективным на ранних этапах лечения — цеховых здравпунктах и поликлинике завода.

III.19

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ИНКУРАБЕЛЬНЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

*О.М. Алиев, М.М. Ханов
ДГМА, Махачкала, Россия*

Проблема избавления тяжелых инкурабельных онкологических больных от хронических болей чрезвычайно актуальна. До сих пор нет действенных средств, способных снять эти боли.

Нами на протяжении ряда лет обследованы 86 инкурабельных онкологических больных в стационарах г. Махачкала. Им с целью обезболивания применена химическая денервация путем введения эпидурально или субдурально 96% спирта или фенола в глицерине в соотношении 1:15 или 1:20.

Эти больные страдали: рак прямой кишки — 28, рак мочевого пузыря — 20, рак тазовых костей (метастазы) — 5, послеоперационные боли — 16, лимфогранулематоз — 14, рак нижней конечности — 8 человек.

Согласно проводимому методу обезболивания больные разделены на три группы. В первой группе 41-му больному эпидурально введено: спирт 96% у 25 и фенол в глицерине — у 16 больных. В этой группе удалось достигнуть хороший клинический эффект у 29 (71%) больных, т. е. снят или резко снижен болевой синдром, уменьшилось количество применяемых наркотических анальгетиков (на 80 — 100%). Удовлетворительный результат получен у 7 (17%) — ослабление или частичное снятие болей, уменьшение потребления наркотических анальгетиков (на 50-80%) и у 5 (12%) не было эффекта.

30-ти больным из второй группы нейролитик вводился субдурально. У них хороший результат достигнут у 19 (63%) больных, удовлетворительный результат был у 8 (27%) и не было эффекта у 3 (10%) больных.

У 15 больных третьей группы нейролитик одновременно вводился эпидурально и субдурально. В этой группе больных эффект снятия боли был более выражен, чем в других группах: из 15 больных у 11 (74%) был хороший результат и длительность обезболивания была до 4-5 мес. У 2 (13%) результат был удовлетворительный и у 2 (13%) эффект был слабый на краткое время.

Осложнения: слабость в ногах (7), боли в спине (7), слабость сфинктера мочевого пузыря (6), раздражение твердой мозговой оболочки (5), головные боли (3), перерождение нервных корешков (2). Всего 30 осложнений.

Использование нейролитиков для эпидурального и субдурального невролиза дает обнадеживающие результаты в терапии инкурабельных онкологических больных.

III.20

ЗНАЧЕНИЕ И ВЫБОР НПВС ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

*Н.А. Осипова, Г.Р. Абузарова, Н.А. Лосева
МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва, Россия*

Актуальность исследования. Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) известны как анальгетики 1-й степени схемы лечения хронического болевого синдрома (ХБС) в онкологии, однако, учитывая их известные побочные свойства, актуальным остается выбор оптимального из них по эффективности и переносимости пациентами.

Цель исследования: оценить эффективность и переносимость кетопрофена (кетонал, «Lek», Словения), привлекающего своими свойствами и разнообразием неинвазивных форм (таблетки-ретард и форте, капсулы, свечи), в сравнении с другими НПВС при ХБС.

Материал и методы. Исследования выполнены у 38 пациентов 18-79 лет с соматическим и висцеральным ХБС. Кетонал (К) — таблетки ретард (32) и другие формы назначали на фоне предшествующей терапии анальгетиками периферического действия (АПД) — диклофенак, лорноксикам, мовалис, индометацин, анальгин) и (или) центрального действия (трамадол, бупренорфин). Оценивали динамику интенсивности ХБС (шкала 0-4 баллов), разовые и суточные дозы К, продолжительность анальгезии, дополнительные анальгетики, побочные эффекты терапии.

Результаты. Интенсивность боли до начала лечения К составила в среднем 2,1±0,4 балла (умеренная боль), т. е. обезболивание было недостаточным. Первая же доза кетонала (143,5±21,4 мг), принятая пациентами вместо прежнего АПД, устранила или сильно уменьшила боль в среднем до 0,78±0,3 балла. Все больные предпочли К другим АПД. Суточная доза К составила 285,5±39 мг, продолжительность терапии 12, 68±15,5 сут. (максимально 85 сут.). Интенсивность боли на фоне терапии К снизилась до 0,44±0,3 балла, а доза опиоидов — в 1,5-2 раза. Продолжительность анальгезии была лучшей при использовании таблеток-ретард (7,87±2,4 ч). Полная анальгезия достигнута у 38,7% пациентов, хорошая — у 54,9% (93,6% полноценных результатов). 6,4% пациентов, получавших неретардные формы К, оценили анальгезию как удовлетворительную. Побочное действие К (крапивница) отмечено у 1 пациента. Заключение. НПВС являются важным компонентом лечения ХБС в онкологии, уменьшающими потребность в опиоидах. Одним из лучших среди них по эффективности, переносимости, удобству лекарственных форм является кетопрофен (кетонал).

III.21

ЛЕЧЕНИЕ НЕВРОГЕННЫХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ ПРИ ПОМОЩИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЭПИДУРАЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ СПИННОГО МОЗГА И ГЛУБОКИХ СТРУКТУР ГОЛОВНОГО МОЗГА

*В.А. Шабалов, М.В. Кольванов, Г.А. Щекутьев, Н.А. Архипова,
М.А. Засорина, В.И. Быкова, Р.Ф. Гимранов
Институт нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко, Москва, Россия*

За период с 1995 по 1998 год в Институте нейрохирургии им. Бурденко имплантация систем для хронической противоболевой эпидуральной стимуляции произведена у 21 больного с различной этиологией болевого синдрома.

Показаниями к операции были стойкие мучительные боли неврогенного характера, не купирующиеся анальгетиками и специфической противоболевой, психотропной фармакотерапией.

Больные до и после операции проводили нейропсихологическое и психиатрическое обследования, а также ЭЭГ и ССВП.

Большинство больных, оперированных в Институте, были старше 40 лет. Средний возраст составил 50 лет. Соотношение между мужчинами и женщинами составляет приблизительно один к одному. Средняя длительность существования болевого синдрома составила 6 лет и 8 мес.

У 13 больных имплантация электродов проводилась через ламинэктомию под общим наркозом. У 10 больных (в т.ч. 2 реоперации) имплантация проведена бужонционным методом с интраоперационной стимуляцией и последующей тестовой стимуляцией в течение 5-7 дней.

Положительный эффект в раннем послеоперационном периоде отмечался у 14 из 21 прооперированного больного, что составляет 67%. У 10 из

них изменилась интенсивность болей, у 8 больных менялся характер боли, у всех больных отмечено уменьшение дозы или полный отказ от приема анальгетических препаратов. В катамнезе период наблюдения составил 1,5 года (общее число катамнестических обследованных больных составляет 19). Положительный эффект при этом сохранялся лишь у 5 больных (26,3%) (хороший — практически полное купирование болевого синдрома у 1 больного с травматическим поражением плечевого сплетения, и удовлетворительный — частичное снижение болевого синдрома и улучшение качества жизни у 4 больных).

Неудовлетворительные результаты в раннем послеоперационном периоде наблюдались у 7 больных, что составляет 33%. Электроды у этих больных были удалены. В катамнезе в период наблюдения 1,5 года неудовлетворительные результаты отмечались у 14 (73,7%) больных.

Осложнения составили 14,3%. В 2 (9,5%) случаях отмечался обрыв электродов и в одном случае (4,8%) наблюдался асептический менингит.

Имплантиция электродов в глубокие структуры головного мозга проводилась у 2 больных с поражением плечевого сплетения (травма и постлучевой фиброз). В обоих случаях точкой цели были вентрокаудальное ядро и срединный центр контралатерального таламуса.

Показанием служили неврогенные боли, некупировавшиеся при стимуляции спинного мозга.

Имплантиция производилась по стандартной стереотаксической методике.

В послеоперационном периоде у обоих больных при стимуляции отмечались ощущения сжатия в больной руке. Однако лишь у одной больной отмечался четкий регресс болей на этом фоне.

III.22

АНТИДЕПРЕССАНТЫ В СХЕМЕ БОЛЕУТОЛЕНИЯ ИНКУРАБЕЛЬНЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

А.В. Николаев
Новосибирск, Россия

Пытаясь внести свою лепту в решение проблемы обезбоживания онкологических больных четвертой клинической группы при опухоли легкого, почек, предстательной железы, поджелудочной железы, вторичных изменений в костях таза, мы применяли у данной категории больных трамал, клофелин и амитриптилин (энтерально). В ситуациях, когда эффект болеутоления не достигался или был менее 4 часов, мы использовали сочетание морфина (внутримышечно), клофелина и амитриптилина (энтерально). Препараты принимались внутрь независимо от приема пищи. В каждом конкретном случае подбиралась оптимальная доза каждого из препаратов. Если прием пациентами таблетированных форм препарата был затруднителен, мы готовили жидкие формы препаратов для приема внутрь. В среднем для каждого пациента доза трамала составляла 400–500 мг/сутки или 30–40 мг морфина, клофелина — 300–450 мг/сутки, амитриптилина 50–75 мг/сутки. При однократном приеме анальгетика и альфа₂-агониста безболевого период составил 8±0,5 часа. Длительность периода болеутоления 30–60 дней. Обезболивание было применено у 12 инкурабельных онкологических больных в возрасте от 35 до 67 лет. Эффективное болеутоление достигалось в 85% случаев. При невозможности достаточно эффективно устранить болевой синдром мы использовали пролонгированную эпидуральную анестезию с применением даларгина, клофелина, лидокаина в сочетании с энтеральным приемом амитриптилина. Использование антидепрессантов в общей схеме болеутоления позволяет улучшить качество жизни у данной категории больных. Отмечено, что амитриптилин уменьшает гипотензивный эффект клофелина, вероятно, за счет подавления обратного захвата норадреналина и увеличения его тем самым в симпатической щели. Данное сочетание препаратов у онкологических больных в финальных стадиях процесса клинически и патогенетически оправдано и заслуживает дальнейшего изучения.

III.23

НЕЙРОПЕПТИД — ДАЛАРГИН В ИНТРАОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

А.В. Николаев, В.Д. Слепушкин, В.Е. Войцицкий
Новосибирский областной онкологический диспансер; Новокузнецкий филиал Института общей реаниматологии Российской АМН, Россия

В наше исследование было включено 28 женщин, которым предстояло оперативное вмешательство по поводу рака молочной железы. Возраст наблюдаемых колебался от 30 до 72 лет, средний вес 70 кг. Условно все женщины были разделены на две группы по 14 человек в каждой. По основным клиническим и параклиническим данным обе группы были сравнимы. В первой группе больных (n = 14) премедикация и наркоз проводились по

стандартной методике (ИВЛ+НЛА+ЗАКИСЬ АЗОТА). Во вторую группу (n = 14) были включены пациенты, получающие в схеме стандартной общей анестезии даларгин. Даларгин вводили внутривенно — болюсно по 1 мг на этапе премедикации (на операционном столе), в самый травматичный период операции, перед окончанием операции. Всем наблюдаемым женщинам была выполнена функционально сохраняющая операция — радикальная мастэктомия по Маддену. Нами осуществлено, что течение анестезии с использованием даларгина (2-я группа больных) в качестве дополнительного компонента наркоза в процессе выполнения обширных онкологических операций отличалось стабильностью, отсутствием реакций кровообращения по величинам АД, ЧСС, показателям кортизола и уровню гликемии. Выход из наркоза пациентов, получающих даларгин в общей схеме обезболивания, не сопровождался мышечным гиперкинезом и нарушениями микроциркуляции. Сочетание даларгина и фентанила в общей схеме анестезии дает умеренную (до 15%) и непродолжительную депрессию гемодинамики, легко корригируемую инфузионной терапией в период операции. На наш взгляд, даларгин обладает хорошими стресс-протекторными свойствами при использовании в стандартной схеме общего обезболивания у онкологических больных разного возраста. Он совместим с наркотическими анальгетиками и может потенцировать их действие, однако в самостоятельном плане для обезболивания применяться не может, так как при внутривенном введении действует непродолжительно, вероятно, быстро разрушается энцефалиназами. Мы считаем перспективным использование даларгина в премедикации и схемах общей анестезии у онкологических больных.

III.24

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ КСЕФОКАМА (ЛОРНОКСИКАМА) В ТЕРАПИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА

В.В. Никода, Р.Б. Маячкин
РНЦХ РАМН, Москва, Россия

Вступление. Целесообразность применения нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) в качестве первого шага в лечении умеренной и сильной (острой, хронической) боли не вызывает сомнений. Одним из новых анальгетиков группы НПВП, производного оксикамов, является ксефокам (лорноксикам). Согласно литературным данным, препарат высоко эффективен, относительно безопасен и хорошо переносится пациентами, в том числе при длительном применении. Вопрос оптимального соотношения эффективной дозы/частоты побочных явлений для ксефокама остается открытым.

Целью нашего исследования явилась оценка эффективности применения ксефокама в дозе 8–16 и 24–32 мг у больных в послеоперационном периоде.

Материал и методы. В общей сложности ксефокам применяли у 72 пациентов, в том числе у 50 (группа А) — в дозе 8–16 мг, у 22 больных (группа Б) — в дозе 24–32 мг. Болевой синдром был обусловлен послеоперационной раной (95% пациентов), раковым процессом, травмой. Оценка интенсивности боли проводили по вербальной и визуальной аналоговым шкалам в покое и при движениях, оценивали потребность в промедоле, частоту нежелательных явлений.

Результаты исследования. Частота адекватного обезболивания в среднем по группе А составила 84%. В этой группе необходимость в дополнительном введении промедола в средней дозе 75±12 мг составила 90%. В группе Б адекватное обезболивание имело место у 95% больных, при этом необходимость в промедоле отмечена у 77% больных. Доза промедола в первые послеоперационные сутки составила 46±27 мг. Частота нежелательных явлений, по-видимому, обусловленная введением ксефокама имела место в обеих группах у 10% больных.

Выводы. Для лечения умеренной/сильной боли в послеоперационном периоде ксефокам в суточной дозе 24–32 мг является эффективным и безопасным анальгетиком. При коротком курсе лечения (3–5 сут.) препарат хорошо переносится, а побочные явления не являются клинически значимыми.

III.25

ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

О.П. Модников, В.В. Родионов
Кафедра онкологии Ульяновского государственного университета, Ульяновск, Россия

Была изучена базальная концентрация пролактина и кортизола до начала специального, как правило, химиолучевого лечения, в середине курса лечения, непосредственно после его окончания, а также через 1 и 3 месяца после химиолучевой терапии. Концентрация пролактина достоверно

снижалась к моменту окончания лечения, хотя уже в середине курса его имелась тенденция к уменьшению продукции данного гормона. Через 1–3 месяца сохранялась эта гормональная ситуация. В отношении концентрации кортизола у этих же больных данные еще более наглядны, так как уже в середине курса отмечено достоверное уменьшение его базальной секреции, сохранявшееся затем как после окончания лечения, так и в сроки 1 и 3 месяца после его окончания. Мы также провели анализ зависимости уровня базальной секреции пролактина и кортизола и выраженности болевого синдрома у больных раком молочной железы с метастатическим поражением костей. Всего было выделено 3 группы больных в зависимости от концентрации пролактина или кортизола. В первой группе отмечался очень высокий уровень изучаемых гормонов (пролактин – 1000 мед/л, кортизол – 1200 нмоль/л), во второй – средний (660 мед/л и 850 нмоль/л соответственно) и в третьей – достаточно низкий (450 мед/л и 490 нмоль/л соответственно). В то же самое время у больных в первой группе боль характеризовалась как невыносимая, во второй – как умеренная и в третьей – как слабая. Из представленных данных видно, что имеется вполне определенный параллелизм между уровнем выраженности болевого синдрома и концентрацией пролактина и кортизола в сыворотке крови. Таким образом, болевой синдром у больных раком молочной железы с метастатическим поражением костей скелета сопровождается увеличением уровня базальной секреции таких «стрессорных» гормонов, как пролактин и кортизол. Под влиянием специального лечения, при снижении уровня болевого синдрома, отмечается снижение концентрации изученных гормонов в сыворотке крови больных раком молочной железы.

III.26

ПРОТИБОЛЕВАЯ ТЕРАПИЯ РЕЦИДИВОВ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

*А.А. Соболев, В.Б. Кондратьев, М.Х. Фридман, Л.А. Ли
Медицинская академия последипломного образования.
Санкт-Петербург, Россия*

Хирургические вмешательства по поводу рака прямой кишки являются самыми травматичными в абдоминальной хирургии. Несмотря на прогресс в онкопроктологии, основная часть больных нуждается в выполнении брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки. Рецидивы рака возникают от 15% до 25% у больных в первые 1–1,5 года после выполнения вышеуказанной операции. Наиболее значимым и частым симптомом рецидива рака прямой кишки являются прогрессирующие боли (ягодичная область, бедро, промежность и т.д.).

Противоболевая фармакотерапия используется по принципам: анальгетическая лестница, назначение «по часам» и индивидуализация доз обезболивающих препаратов. В связи с высокой частотой болей нейропатического типа лечение ненаркотическими анальгетиками (1 ступень) либо непродолжительно, либо неэффективно. На второй ступени анальгетической лестницы можно достичь эффекта за счет синтетических опиоидов – трамадола, буторфанолола. При усилении болевого синдрома (3-я ступень) используется не только морфин (предпочтение отдается таблеткам пролонгированного действия), но и синтетический агонист-антагонист опиатных рецепторов бупренорфин. Желательно на всех этапах обезболивающей терапии назначать и адьювантное лечение: кортикостероиды, антидепрессанты, противосудорожные препараты. Некоторые больные при неэффективности фармакотерапии нуждаются в регионарных методах обезболивания (сакральных блокадах) или проведении противоболевых курсов гамматерапии.

Не увеличивая продолжительность жизни больных, эффективная борьба с болевым синдромом значительно улучшает качество жизни пациентов.

IV. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ, ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ, ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ И ТЕОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

IV.1

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОАКСИЛА В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

*С.В. Стражев, А.В. Плотноков, Г.Ю. Вакулина
Омский областной онкологический диспансер, санаторий «Омский»,
Омск, Россия*

Известно, что раковая болезнь, поражающая те или иные органы, а так же перенесенное комплексное лечение, не только трансформируют личность и меняют адаптивные возможности, но иногда приводит к развитию депрессии. Таким больным необходима длительная реабилитация по принципу: «стационар – поликлиника – санаторий – поликлиника».

Восстановительное лечение проведено 57 больным старшей возрастной группы (мужчины 60 лет и женщины 55 лет) перенесшим операции по поводу рака желудка, молочной железы, лёгкого. У 87% были изменения со стороны сердечно-сосудистой системы. У всех больных при выписке из стационара наблюдались различные психопатологические симптомы: тревожно-депрессивный, астено-инохондрический и др.

Коррекция сопутствующих заболеваний и расстройств, связанных с операцией проводилась в поликлинике диспансера совместно с терапевтом и другими специалистами.

В терапии психогенной важная роль принадлежит санаторно-курортным факторам. В санатории «Омский» прошли лечение 35 больных (61%), где совместно с общеукрепляющим лечением проходили рациональную психотерапию.

Для снятия депрессивного состояния нами использовался анксиолитический антидепрессант КОАКСИЛ (фармацевтическая группа сервье). в среднем по 2-3 таблетки в день перед приемом пищи со дня поступления на лечение.

В результате комплексной социально-психологической реабилитации к концу пребывания в санатории (21 день) у всех больных было улучшение физического и психологического статуса. Применение антидепрессанта КОАКСИЛА не вызывало побочных эффектов и способствовало устранению психогенных синдромов.

IV.2

ЗАЧЕМ НАМ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ЦЕНТРЫ

*Г.В. Вакулина
НПЦ «Преображение человека», Томск, Россия*

Во второй половине двадцатого века широко проявилось такое социальное явление, как одинокое материнство и неполные семьи. Неблагоприятная демографическая обстановка, эмансипация женщин, высокий уровень образования и материальный достаток женщин – это основные причины, почему миллионы женщин обдуманно или по стечению обстоятельств рожают и воспитывают детей без вступления в брак.

Но неполная семья не случайно имеет такое определение. Только в браке по любви наблюдается полноценный энергообмен между супругами, стимулирующий максимальную реализацию потенциальных возможностей человека. Любовь генерирует душевный подъем, и человек способен свернуть горы. Государство оказывает помощь одиноким матерям через службу социальной защиты и смехотворным размером материальной помощи. При полном отсутствии психологической поддержки такая государственная помощь не приносит счастья в неполные семьи. В подавляющем большинстве неполные семьи одиноких матерей существуют в жестких условиях выживания на фоне скрытого осуждения благополучных семей и государственных служащих тех учреждений, куда вынуждены обращаться одинокие матери при оформлении и получении льгот. Одинокие матери остро нуждаются в конституционной защите, существенной материальной поддержке до достижения совершеннолетия детей и психологической реабили-

литации. В некоторых регионах спонтанно возникают объединения одиноких родителей, которые приносят существенную пользу, а также оказывают психологическую поддержку и попросту помогают выживать.

Для исключения формирования ущербного самосознания подрастающего поколения из неполных семей в стране должны работать психологические реабилитационные центры для детей и родителей, тем более что явление неполных семей имеет массовый характер и тенденцию к росту.

Задача психологического реабилитационного центра сформировать истинно верный подход к пониманию семейного счастья: только в полных благополучных семьях могут быть созданы условия для воспитания гармонично развитого счастливого человека и гражданина.

IV.3

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОРЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

*О.Л. Иванов, А.Н. Львов, В.В. Остришко, В. С. Новосёлов
Кафедра кожных и венерических болезней
Московской медицинской академии имени И.М. Сеченова, Россия*

Наиболее часто встречающиеся хронические кожные заболевания (атопический дерматит, псориаз, экзема, угри и др.) зачастую имеют в основе своего развития явный психоэмоциональный компонент. Возникающий при заболеваниях кожи косметический дефект или длительно существующий зуд формируют в общей клинической картине дерматозов психические расстройства различной степени выраженности, которые заметно снижают качество жизни больных и дезадаптируют их в социальном плане. В этой связи значительное внимание должно уделяться психокорригирующим методам лечения и психореабилитационным мероприятиям.

В настоящее время разработан ряд эффективных психокорригирующих методик, основанных на принципах поведенческой психотерапии и психоанализа. Интегрированная концепция лечения больных тяжелыми рецидивирующими дерматозами подразумевает традиционное лечение кожного заболевания с сочетанным проведением психотренинга и дерматологических обучающих программ для пациентов.

Учитывая существующий дефицит знаний у пациентов по поводу своего заболевания, данные программы должны включать в себя ряд групповых занятий, которые базируются на принципе доступного разъяснения больным вопросов этиологии, патогенеза, принципов терапии и профилактики имеющихся у них дерматозов. Одна из целей обучения — формирование у больных мотивации, новых психологических установок и ответственности за грамотное понимание сути своего заболевания, возможностей его терапии и профилактики.

Проводить данные реабилитационные мероприятия может врач — дерматолог, владеющий основами опосредованной психотерапии; в тяжелых клинических случаях, при доминировании психопатологической симптоматики, целесообразны консультации психиатра.

Эта концепция, а также уже имеющийся прецедент создания в нашей стране «Школ» для больных сахарным диабетом, бронхиальной астмой создает предпосылки для успешного проведения подобных реабилитационных мероприятий у больных различными дерматозами в условиях отечественного дерматологического стационара.

IV.4

СУИЦИДЫ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ И ЧЛЕНОВ ИХ СЕМЕЙ В УСЛОВИЯХ ЭКОНОМИЧЕСКОГО КРИЗИСА В РОССИИ

*А.В. Гнездилов, А.Л. Арьев
Медицинская академия последипломного образования (МАПО),
Санкт-Петербург, Россия*

Жестокость экономического, политического и психологического кризиса последних лет ударила прежде всего, естественно, по малоимущим, плохо защищенным слоям населения нашей страны. Эти же процессы не могли не отразиться и на онкологических больных. Явления социально-психологической депрессии привели к отказу от борьбы за жизнь и укорочению терминального периода онкологических больных. Так, если еще в начале 98-го года пребывание терминального больного на койке в хосписе составляло в среднем 30 дней и за месяц умирало не более 6-10 человек, то уже в конце года статистика показала, что из 32 поступивших пациентов в течение месяца скончались 27. Соответственно зарегистрирован и рост суицидных тенденций.

Нами наблюдалось 100 пациентов в возрасте от 60 до 82 лет, среди них 62 женщины и 38 мужчин, выявлявших суицидные тенденции. Из них 34 онкологических больных в терминальной стадии и 66 родственников, находящихся под наблюдением хосписной службы. У 78 человек отмечалась выраженная реактивная депрессия, у 15 — инволюционная депрессия, у 4 соматогенная депрессия, у 3 — эндогенная депрессия в рамках МДП.

Среди наблюдаемых — 9 человек совершили суицидные попытки (5 онкологических больных и 4 родственника больных). У 5 отмечался законченный суицид (2 онкобольных и 3 родственника больных). У 6 суицидентов была реактивная депрессия, у 2 инволюционная депрессия, у 1 — эндогенная депрессия.

Мотивы отказа от жизни онкологических больных — в первую очередь отсутствие перспектив для жизни, утрата социальных гарантий бесплатного лечения и купирования болевого синдрома, усталость больного от борьбы за жизнь и нежелание обременять собой семью. Важное место заняли экономические трудности и необеспеченность лекарствами. Мотивы суицидов у родственников больных, главным образом престарелых родителей, теряющих своих трудоспособных кормильцев-детей или супругов, — была потеря интереса к жизни, отчаяние от утраты и, опять-таки, экономические проблемы — трудности выживания в условиях мизерной пенсии и отсутствие работы.

IV.5

ЭТНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ У ЛУДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ХОСПИСА В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

*А.Л. Арьев, А.В. Гнездилов
Медицинская академия последипломного образования (МАПО),
Санкт-Петербург, Россия*

В качестве нетрадиционных методов психотерапии, адекватно дополняющих широко известные, мы использовали в своей практике такие методики как кукло-терапия, терапия колокольным звоном, сказко-терапия.

Эти методики берут свое начало из этноса народов, населявших территории бывшего СССР и настоящей России, — древнего языческого народного целительства, когда на куклу «переносилась» болезнь, перезвон колоколов изгонял дьявола, а сказка всегда обладала психотерапевтическим воздействием. Сама кукла идентифицировалась с «домовыми духами», отвечающими за порядок в доме и здоровье семьи. Помимо роли своеобразного «талисмана», кукла в нашей практике служила для пациента в роли друга, возмещающего недостаток общения. Действительно частая утрата больными вербальной памяти компенсировалась более долговременной и сохранной «образной памятью». Выраженный у большинства пациентов эмоциональный эффект, возможно, объясним хорошо известным феноменом — оживлением в пожилом возрасте детского «Я». Следует отметить, что куклы, используемые в работе, создавались профессиональными художниками и были далеки от стандартизированной, обезличенной куклы БАРБИ. Напротив, они несли эмоциональный заряд в виде подчеркнутой доброжелательности, участия и контактности.

В числе других арт-терапевтических методик, мы применяли старинную русскую традицию, используемую в монастырях для лечения больных, и помощи умирающим — это терапия колокольными звонами. Помимо умиротворяющего, релаксирующего действия мы получили неожиданный эффект облегчения болевого синдрома. Также отмечалось субъективное изменение психологического времени и пространства.

Мы использовали специальные бронзовые пластины, имитирующие колокольный звон. Тон звука и ритм определялся индивидуально каждым больным. Положительный эффект отмечался более чем в 60% случаев.

Включение в нашу практику сказко-терапии помогло обесцениванию представлений о смерти, поэтизации драматических сторон ее и снятию страховых компонентов.

Достаточно выраженный эффект мы получили и при использовании в «духовном лечении» религиозных традиций, в которых воспитывался пациент и его семья. Однозначный ответ на сакраментальный вопрос о существовании загробной жизни, даваемый религией, примирял пациента с мыслью о близящемся «конце» и «несправедливости» судьбы. Религиозные воззрения, которые в течение 70 лет были в опале, по своей сути являлись наиболее адекватной психотерапией смерти.

Таким образом, этнические особенности народов России предопределили новый, нестандартный подход в психотерапевтическом воздействии на онкологических больных в терминальном периоде, эффект от которого был зарегистрирован у подавляющего большинства больных.

IV.6

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПЕРИОДА В СЕМЬЕ ПРИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ

*М.В. Ярыгина
НИИ медицинской климатологии и восстановительного лечения,
Владивостокский филиал Дальневосточного научного центра патологии и физиологии дыхания СО РАМН, Владивосток, Россия*

В последние годы активно разрабатывается социально-психологическая проблема периода реабилитации при заболеваниях органов дыхания в

семье. Болезни органов дыхания в младенческом возрасте приводят к росту детской смертности на 20%. Реальное поведение взрослых людей по отношению к детям в вопросе формирования семейных традиций и привычек организует благоприятную или неблагоприятную среду на этапе формирования организма ребенка.

В течение трех лет нами проводилось динамическое наблюдение 71 семьи в 2-3-х поколениях, где пробанд был болен хроническим бронхитом или бронхиальной астмой. Установлено, что генетическая предрасположенность к развитию легочных заболеваний является одним из определяющих факторов в семье и составляет 41%, вклад средовых факторов — 59%. Культивируемые в семье высокая распространенность вредных привычек, неадекватное отношение к характеру питания, двигательной активности, культуре межличностных отношений, нормам санитарно-гигиенического поведения формируют группу факторов высокого риска, представляющих основу для перехода болезненного процесса в хроническую бронхолегочную патологию. Акцентуированность психовегетативных влияний может иметь различные механизмы, например, подключение к конфликту конституционно или приобретенно ослабленной метаболической системы с последующим формированием бронхиальной астмы, в патогенезе которой значимую роль играет дисбаланс между нервно-психическими и соматическими процессами. Вегетативную дисфункцию нельзя рассматривать в отрыве от эмоционально-личностных изменений без учета особенностей социального окружения больного, его семьи. В экологически агрессивной среде часто развиваются хронические формы, и в первую очередь хронический бронхит, на формирование которого существенное влияние оказывают социальные факторы: плохие жилищные условия и низкий материальный доход. Установлен факт преимущественного накопления метаболических факторов риска развития болезней легких во втором поколении (у внуков) в семьях больных бронхиальной астмой и хроническим бронхитом. При проведении социально-психологической реабилитации в семьях пробандов, страдающих болезнями органов дыхания, для понимания значимости комплексной программы профилактических мероприятий необходимо информировать родителей о возможности возникновения болезненного процесса у детей.

IV.7

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПСИХОРЕЛАКСАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

Т.А. Айвазян, В.П. Зайцев, Т.А. Языкова, Н.С. Айрапетова, Н.В. Николая
РНЦ восстановительной медицины и курортологии МЗ РФ

Цель исследования — изучить влияние психорелаксационной терапии с использованием биологической обратной связи (БОС) на показатели функции внешнего дыхания и психологический статус больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких (ХНЗЛ).

Материал и методы. Исследование 62 больных (средний возраст $42,5 \pm 1,9$ лет) с ХНЗЛ проведено дважды: при поступлении в стационар и спустя 4 нед. Методом случайного отбора больные разделены на две группы: 1) основная — 30 больных, которым проводился курс БОС, и 2) контрольная — 32 больных, которым психотерапия не проводилась.

Анализировались данные спирометрии: жизненная емкость легких (ЖЕЛ) и пиковая скорость проходимости бронхов (ПИК). Психологическое обследование проводилось с помощью: многофакторной оценочной шкалы психосоциальных изменений — МОШ, тестов СМОЛ и «16 личностных факторов» (16 PF).

Полученные результаты. К концу наблюдения в основной группе выявлено достоверное ($p < 0,05$) по сравнению с контрольной уменьшение выраженности синдромов тревоги, ипохондрического и депрессивного (по данным МОШ). По данным теста СМОЛ в основной группе выявлено достоверно более выраженное ($p < 0,05$) снижение показателей по 1-й, 3-й и 7-й и повышение по 9-й шкале, что свидетельствует об уменьшении выраженности невротизации и повышении настроения и активности на фоне БОС. По данным спирометрии в основной группе отмечена более выраженная ($p < 0,05$) положительная динамика показателей функции внешнего дыхания (прирост ЖЕЛ и ПИК). Таким образом, включение психотерапии с использованием БОС в комплекс восстановительного лечения больных хроническими заболеваниями легких позволяет добиться более выраженного улучшения как психологического статуса больных (уменьшение фиксации на состоянии своего здоровья, повышение настроения и активности), так и функции внешнего дыхания.

Изучение предикторов эффективности вмешательства выявило в основной группе положительные корреляции динамики ЖЕЛ с фоновыми показателями по шкале О теста «16 PF» ($r = 0,35$), и по 1-й ($r = 0,33$) и 2-й ($r = 0,38$) шкалам СМОЛ. Тем самым применение БОС более эффективно у пациентов с умеренно повышенным уровнем тревоги и низкой стрессоустойчивостью, то есть у тех больных, у которых применение только физических методов лечения в меньшей мере восстанавливает функцию внешнего дыхания.

IV.8

РОЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

В.К. Зинькевич, В.А. Боянжу
Областной онкологический центр, Мурманск, Россия

Психологические и социальные последствия заболевания раком и его лечения для больных и их семей являются одной из актуальных проблем медицины, ибо радикальное лечение, выполненное онкологическому больному, еще не является залогом его полного выздоровления. Радикальные, но калечащие человека операции наносят ему тяжелую психологическую травму, приводят к инвалидности, серьезным осложнениям в личной жизни.

С 1993 года в Мурманском областном онкологическом центре разработана и внедрена индивидуальная комплексная антистрессовая программа адаптации онкологического больного к новому сценарию жизни. Программа «Помоги себе» выполняется лечащим врачом и психотерапевтом и включает в себя следующие этапы:

1 — этап обучения и адаптации при установлении онкологического диагноза. До начала специального лечения психотерапевт проводит тестирование, психодиагностику, адаптацию больного к различным специалистам.

2 — этап психосинтеза с телесным ориентированием. Включает индивидуальную комплексную программу психофизических, дыхательных упражнений, психотренинга с ориентированием больного на восстановление трудовой деятельности.

3 — этап нейро-лингвистического перепрограммирования. Проводится развитие интуитивно-образного мышления через доминирующую сенсорную систему с приобретением новой модели жизни, что способствует устойчивой ремиссии.

4 — индивидуальный этап, включающий аудио- видео- компьютерные программы реабилитации.

5 — этап самопознания и самосовершенствования. Пациенты занимаются оздоровительным творчеством в общественной организации «Оберег», объединяющей как онкологических больных, так и волонтеров, членов противоракового союза. По данной методике в течение 6 лет прошли медико-психологическую реабилитацию 72 больных с различной онкопатологией. Только у 32% больных отмечалось положительное активное отношение к контакту с врачом и медицинскими предписаниями. У 72% — отмечена выраженная амбивалентность с частой сменой стереотипа. Для 25% более характерна пассивность, замкнутость, психологическая изоляция и безучастность к лечебным воздействиям. После окончания специального лечения и выполнения всей программы медико-психологической реабилитации 94% больных достигли социальной реабилитации, 72% трудоспособных больных вернулись к труду.

Таким образом, разработанная программа медико-психологической реабилитации онкологических больных подтверждает необходимость создания социально-психологической службы в онкологическом учреждении и требует его дальнейшего совершенствования и развития.

IV.9

ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ДЛЯ РАБОТНИКОВ ТЕПЛИЧНЫХ ХОЗЯЙСТВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ ПСИХО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА

А.М. Селедцов, Л.А. Стеценко
Кафедра психиатрии, наркологии и медпсихологии КГМА,
Кемерово, Россия

Условия труда в обследуемом тепличном хозяйстве могут быть охарактеризованы как неблагоприятные. Высокая температура и влажность, инсоляция, минимальное движение воздуха в сочетании с вынужденным положением тела, значительной физической нагрузкой, широким применением пестицидов вызывают довольно серьезные отклонения в состоянии здоровья.

Нами было обследовано 168 тепличных работников в возрасте от 20 до 60 лет со стажем работы до 5 лет (1-я группа — 22 чел. — 13%); со стажем 6-10 лет (2-я группа — 78 чел. — 46%); 11-15 лет (3-я группа — 47 чел. — 28%); 16-20 лет (4-я группа — 21 чел. — 13%).

В 1-й группе астенические расстройства наблюдались у 2 чел. — 9%; во 2-й группе у 24 чел. — 31%; в 3-й у 30 чел. — 64%; в 4-й у 19 чел. — 90%.

С увеличением стажа наблюдается увеличение психоорганических расстройств. У лиц 1-й группы вышеуказанные расстройства не отмечены. Во 2-й группе психоорганические расстройства наблюдались у 12 чел. — 15%, в 3-й у 22 чел. — 46%, в 4-й у 20 чел. — 97%.

После проведенных реабилитационных мероприятий (введение в рацион столовой витаминов группы А, Е, С; сокращение времени работы в теплице, увеличивая тем самым время отдыха; назначение ноотропов,

проведение оксигенотерапии) — уменьшился процент астенических расстройств на 71% — 53 чел. (из 75 чел. с астеническими расстройствами).

Таким образом, проведенный комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий позволил уменьшить процент астенических расстройств среди обследуемого контингента работниц тепличного хозяйства.

IV.10

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС У ГОРМОНОЗАВИСИМЫХ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

А.В. Суров

АГМА, Благовещенск, Россия

Бронхиальная астма (БА) относится к числу хронических заболеваний, при которых значительную роль в этиологии и патогенезе играют факторы психологического порядка. Основой патогенетической терапии БА являются противовоспалительные препараты, прежде всего глюкокортикостероиды (ГКС). В последние годы отмечается увеличение потребности в использовании ГКС системного действия и рост числа стероидозависимых пациентов. Системные ГКС способны оказывать разностороннее влияние на психологический статус больных. Целью работы являлось изучение влияния базисной терапии системными ГКС на психологический статус больных БА. Было обследовано 30 больных бронхиальной астмой тяжелого течения в фазе нестойкой ремиссии. Средний возраст больных составлял $44,2 \pm 4,3$ г. Длительность заболевания варьировалась от 11 до 27 лет ($21,3 \pm 2,7$). Все больные получали базисную терапию системными ГКС в суточной дозе от 5 до 15 мг ($7,2 \pm 1,4$) продолжительностью от 6 до 17 лет ($7,6 \pm 1,6$). Психологический статус изучался с помощью теста СМОЛ. При этом получены следующие данные (Т-баллы): шкала L $40,73 \pm 2,47$; F $61,27 \pm 2,66$; K $41,53 \pm 1,93$; 1 — $68,87 \pm 1,55$; 2 — $75,20 \pm 1,55$; 3 — $70,20 \pm 2,55$; 4 — $57,60 \pm 2,25$; 6 — $64,67 \pm 3,29$; 7 — $66,00 \pm 2,27$; 8 — $63,93 \pm 2,38$; 9 — $59,41 \pm 2,06$. Полученные данные свидетельствуют о наличии у гормонозависимых больных БА тревожной депрессии и необходимости наряду с патогенетической терапией проводить соответствующую коррекцию психологического статуса.

IV.11

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПАРАСУИЦИДЫ

Е.А. Григорьева, И.А. Лапин

ЯГМА, Ярославль, Россия

Быть или не быть? Выбирая вторую часть дилеммы, ежедневно 1200 обитателей Земли убивают себя и еще 7500 пытаются это сделать. Причины самоубийства могут быть различными, важнейшая из них — депрессия. Предотвращение суицида и реабилитация выживших после этого страшного шага — вот основная цель нашей работы, проводимой на 40 больных после лекарственного парасуицида. При этом оцениваются: признаки повышенного риска, способ, предсуицид, сфера конфликта, его содержание, вид суицидальной реакции, динамика редукции депрессивной симптоматики в постсуициде на фоне лечения различными психотропными препаратами. Используются шкалы: депрессии Гамильтона (средний балл — 39,3; большинство страдают тяжелой депрессией), тревоги Шихана (средний балл — 63,3; у подавляющего большинства обследуемых высокий уровень тревоги), общего клинического впечатления (Си.Джи.1), Миннесотского многофакторного личностного опросника MMPI (по которому обнаруживается повышение по шкалам 2, 4, 7, 8, 9. Средний балл по группам — 78,2; 74,1; 70,7; 69,7; 61,5 соответственно. Это говорит о том, что пациенты депрессивны, чрезвычайно беспокойны, импульсивны и имеют бедные суждения). Для уточнения специфики и тяжести поражения головного мозга применяются компьютерная ЭЭТГ, периодометрический и дипольный анализы, которые выявили наибольшие изменения в передних отделах мозга (лобные, центральная, височные зоны) билатерально или с доминированием слева или справа.

IV.12

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С КОСТНЫМ МЕТАСТАТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Т.З. Биктимиров, Г.Х. Михеева

Ульяновский государственный университет, Ульяновск, Россия

Рак молочной железы дает 70% всех метастазов в кости при онкологических заболеваниях. Боль является наиболее частым симптомом метастатического поражения костей и встречается у 70–80% всех больных. Чувство безнадежности и страха приближающейся смерти добавляет страдания больным и усиливает боль. Учитывая важность определения нефизического компонента «общей» боли, мы решили оценить психоэмоциональный статус больных раком молочной железы с метастазами в кости. Для обследования были выбраны две группы женщин по двадцать человек — кон-

трольная и больные с диагнозом рак молочной железы с метастазами в кости. Наши исследования показали, что наиболее высокий уровень тревожности (90% против 10%), депрессии (70% против 30%), эмоционального дискомфорта (80% против 20%) зарегистрированы в группе больных раком молочной железы на момент диагностирования костных метастазов по отношению к больным из контрольной группы. По истечении определенного времени развивается адаптация к создавшейся ситуации. Адаптация обеспечивается ситуационными факторами, прежде всего уменьшением интенсивности болевого синдрома и «вторичными характерологическими чертами» личности, способствующими ступеньванию облигатных свойств характера. При обследовании психологического состояния у больных спустя три месяца были получены следующие результаты: высокий уровень тревожности регистрировался у 20% больных, эмоциональный дискомфорт отмечался у 40%, а депрессивный настрой у 40%.

IV.13

ЭТНО-КУЛЬТУРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

Т.З. Биктимиров, М.Ф. Литвиненко, Г.Х. Михеева, О.П. Модников

Ульяновский государственный университет, Ульяновск, Россия

Поволжье в целом и Ульяновский регион России в частности характеризуются своеобразной этно-культурной структурой. Исторически сложилось так, что в этой части нашей страны проживают представители различных национальностей и религиозных направлений, имеющих свои, оригинальные духовные и культурные постулаты. Может ли эта ситуация сказываться на проблемах организации и проведения паллиативной медицины? Какие формы паллиативной помощи могут быть предпочтительными для тех или иных религиозных направлений, тесно связанных с культурными традициями самого этноса? В частности такая проблема — форма проведения паллиативного лечения (стационар или дом). Анализируя ситуацию в этом плане, мы выделили три основные религиозные конфессии, представители которых населяют Ульяновскую область. Это православные, мусульмане и иудеи. Для анализа мы располагали группой больных из 1010 человек, получавших паллиативное лечение в стационарных условиях по поводу злокачественных опухолей (91), цереброваскулярной патологии (111), болезни сердца (584) и других заболеваний (224). Был проведен анализ, представители какой религии были согласны на стационарное лечение. При анализе учитывалась численность конфессии, т.е. данные были стандартизованы. Оказалось, что при раке мусульмане и иудеи к стационарному лечению относятся более негативно, чем православные, предпочитают проводить последние дни дома, в кругу близких. При болезнях сердца, цереброваскулярной патологии и других заболеваниях такой четкой градации получено не было. Мы только начинаем это исследование и представленные данные носят предварительный характер. Работа будет продолжена.

IV.14

РОЛЬ СЕМЕЙНЫХ ФАКТОРОВ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПОДРОСТКОВ (НАРУШЕНИЙ ПРОЦЕССОВ АДАПТАЦИИ И КОМПЕНСАЦИИ)

Е.А. Нарога

Центр медико-социальной реабилитации ЦРП № 13, Самара, Россия

В настоящее время особенно актуальным становится профилактика и ранняя диагностика психосоматической предрасположенности у подростков в связи с неуклонно увеличивающимся ростом числа хронических психосоматических заболеваний, а также невротических расстройств соматоформными проявлениями. По статистическим данным (г. Самара, 1999 г.), около 30–40% длительно болеющих подростков имеют психосоматический генез. Учитывая вышеизложенное, перед нами встала задача в разработке ранних путей профилактики, выявления и лечения подростков указанной группы. При этом данные нарушения рассматриваются в системной семейной модели, где все процессы подчинены не линейной, циркулярной логике, отдавая приоритет в возникновении патологии семейным факторам. Нами были обследованы две группы подростков (с хроническими психосоматическими заболеваниями и контрольная группа) и родителей по 20 человек в каждой. Составлен диагностический алгоритм, позволяющий выявить нарушения семейного гомеостаза, а также определенные личностные особенности, которые в совокупности могут вести к появлению вышеуказанных расстройств. В частности, применялись: диагностическая беседа, тест «Незавершенные предложения», диагностика акцентуаций с помощью теста Шмишека, опросник «Анализ семейного воспитания», тест «Несуществующее животное», тест «Рисунок семьи», тест «Ролевые ожидания партнеров». В результате проведенного обследования выявлено: у подростков — негативная оценка себя и окружающих у 50% обследован-

ных, чувство вины у 80%, преобладание акцентуаций тревожного, эмотивного, экзальтированного типов у 80%. У родителей характерным является наличие страхов и опасений у 100% обследованных, агрессивность у 80%, высокая тревожность у 100%, признаки инфантилизма у 50%. Отмечается преобладание стиля воспитания по типу гиперпротекции, характерна фобия утраты ребенка у 60% обследованных. В родительско-детских отношениях преобладает чувство неполноценности в семейной ситуации у 60% подростков, тревожность у 80%, конфликтность у 90%. Супружеские отношения характеризуются ролевой неадекватностью — отмечается преобладание ожиданий над притязаниями в родительско-воспитательной и эмоционально-психотерапевтической у большинства обследованных матерей. Учитывая вышеизложенное, нами использована модель системной семейной терапии, направленной на улучшение коммуникативных процессов в семье, эмоциональное принятие родителями подростков, разрешение супружеских конфликтов. В результате проводимой терапии отмечалось стойкое улучшение соматического и эмоционального у подростков в 80% случаев. В связи с вышеизложенным вышеуказанный подход считаем эффективным.

V. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

V.1

О КОРРЕЛЯЦИИ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ СОСТОЯНИЯ ЭРИТРОНА И СИСТЕМЫ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ

А.В. Селезнев, А.А. Ненашев, В.А. Кондурцев
СГАУ, Самара, Россия

В диагностике, лечении и реабилитации больных хроническими геморрагическими гемостазиопатиями большое внимание уделяется оценке состояния микроциркуляции. Известно, что последняя напрямую зависит от качественного и количественного состава самых многочисленных клеток крови — эритроцитов. Цель нашей работы — выявление взаимосвязи между показателями гемомикроциркуляции и данными, полученными при анализе системы эритрона. В качестве метода изучения микроциркуляции использована биомикроскопия конъюнктивы с помощью целевой лампы ЩЛ-56 с балльной оценкой выявленных изменений по Волкову В. С. и соавт. Подсчет эритроцитов осуществлялся кондуктометрическим счетчиком «LaborScale», анализировалась механическая резистентность эритроцитов по А.А. Ненашеву и соавт. Объектом клинического исследования послужили больные геморрагическим васкулитом. Нами выявлена корреляционная зависимость между количеством эритроцитов крови и внутрисосудистым индексом, а также между количеством эритроцитов и общим конъюнктивальным индексом. Обе зависимости описываются полиномом четвертой степени, коэффициенты корреляции (корреляционные отношения) соответственно 0,70 и 0,68. При этом высокие значения содержания эритроцитов могут сопровождаться как низкими (близкими к 0) конъюнктивальными индексами, что наблюдается в состоянии ремиссии, так и высокими (обычно при обострении). Кривая имеет U-образную форму. Зависимость между условным «гемоллизом» макроцитов и общим конъюнктивальным индексом можно охарактеризовать уравнением вида $y=1/(a+bx^c)$ (формула Harris) (x — общий конъюнктивальный индекс, y — показатель системы эритрона) с коэффициентом корреляции 0,57: чем больше микроциркуляторный индекс, тем меньше условный «гемоллиз» макроцитов при вибровоздействии. Можно предположить, что у больных с выраженной патологией микроциркуляции при вибрации крови in vitro возникает агрегация эритроцитов (ведь гематологический счетчик воспринимает агрегат эритроцитов как одну клетку-макроцит), и число макроцитов снижается меньше.

V.2

МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ЭРИТРОЦИТОВ

А.А. Ненашев, В.А. Кондурцев, А.В. Селезнев
СГАУ, Самара, Россия

Исследование механической устойчивости эритроцитов — метод интегральной оценки состояния человека. Механическая резистентность эритроцитов коррелирует с деформируемостью этих клеток. Доказано, что механические свойства клеток красной крови напрямую зависят от их функциональных возможностей и, таким образом, отражают способность эритроцитов транспортировать кислород к тканям, а также, возможно, и выполнять другие присущие им функции (транспорт многих веществ, участие в поддержании и регуляции агрегатного состояния крови). Предложенный нами метод заключается в воздействии на цельную капиллярную кровь человека in vitro вибрации интенсивностью 40 дБ, звуковой частоты (250 Гц) в течение 3 минут. Целесообразно исследовать кровь, взятую в покое, и после нагрузки, вызывающей выход эритроцитов из депо. Степень изменений эритроцитарной популяции при вибровоздействии оценивается кондуктометрическим методом с построением цитометрических кривых распределения клеток по объему. Мы изучали динамику количества микро-, нормо- и макроцитов, а также 9 более мелких субфракций клеток красной крови. Это позволило выявить не только гемолиз эритроцитов тех или иных объемов, но и агрегацию и фрагментацию их, что свойственно здоровым людям и больным с определенной патологией. Метод прост, безопасен для обследуемого, и не требует длительного времени, большого количества крови или дорогостоящей аппаратуры. Он весьма информативен, чувствителен. Основной сферой применения метода может быть использование его в стационарах и поликлиниках для определения компенсации/декомпенсации заболеваний, в основе патогенеза которых лежит хроническая гипоксия любого генеза, для мониторинга состояния больного. Нами уже опубликовано около 50 работ, в которых описываются результаты обследования с помощью данной методики лиц различного пола, возраста, больных, здоровых, жителей равнин и высокогорья, физически тренированных и нетренированных людей.

V.3

ГБО В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ «ЖИВЫХ ДОНОРОВ» (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

П.Н. Савилов
Медакадемия, Воронеж, Россия

В экспериментах на 350 здоровых белых крысах исследовали влияние гипербарической оксигенации (ГБО, 3 ата — 50 мин., 1 сеанс в сутки) на органную гемодинамику, напряжение кислорода (pO_2), белковый и азотистый обмен в печени после её резекции (РП, 15-20% от массы органа). Исследованиями установлено, что применение ГБО в первые трое суток после РП предотвращает увеличение кровенаполнения органа, вызванное операционной агрессией, нормализует pO_2 в поврежденной и снижает pO_2 в неповрежденной доле оперированной печени. ГБО предотвращает накопление гепатоцитами эндогенного токсина аммиака в результате стимуляции образования глутамин (обратимая форма связывания аммиака) и глутаминзависимого пути синтеза мочевины (необратимая форма связывания аммиака) как в поврежденной, так и неповрежденной долях оперированной печени. ГБО стимулирует белковосинтетическую функцию оперированной печени, что проявляется увеличением содержания общего белка и альбумина в оттекающей от печени крови. Лечебный эффект ГБО сохранялся на протяжении 18-ти суток постгипероксического периода. Полученные результаты указывают на возможность использования ГБО в послеоперационной реабилитации «живых доноров», т. е. лиц, у которых резецируется часть печени для её трансплантации детям.

V.4

ПРИМЕНЕНИЕ ГБО В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА

П.Н. Савилов, В.Н. Яковлев
Медакадемия, Воронеж, Россия

В опытах на 450 белых крысах-самках исследовали влияние гипербарической оксигенации (ГБО, 3 ата — 50 мин., 1 сеанс в сутки) после краевой резекции печени (КРП, 15-20% массы органа) при хроническом тетрагидро-

метановом (CCl_4) гепатите на кровоток (ПКТ), напряжение кислорода (pO_2), детоксикацию аммиака в печени. Исследованиями установлено, что применение ГБО в первые трое суток после КРП на фоне гепатита восстанавливает ПКТ в поврежденной и ингибирует ПКТ в неповрежденной доле оперированной печени. При этом pO_2 не нормализуется в обеих изучаемых долях, свидетельствуя о развитии в них постгипероксической гипоксии. Несмотря на это, в постгипероксическом периоде (ППП) отмечается нормализация содержания в печени эндогенного токсина аммиака, на фоне накопления глутамата, глутамата и мочевины (нетоксичных форм его связывания в организме). Это достигается стимуляцией образования глутамата и мочевины в регенерирующей печени, и регуляцией дезамидирования в ней глутамата: ингибирование глутаминазы в раннем (1-е сутки) и стимуляция в позднем (4-е и 11-е сутки) ППП ГБО предотвращает нарушение метаболизма глутамата в печени, вызванное операционной агрессией, усиливает и пролонгирует стимулирующее влияние КРП на активность глутаминсинтетазы и аргиназы гепатоцитов. Лечебный эффект ГБО сохраняется на протяжении 11-и суток постгипероксического периода, как в поврежденной, так и неповрежденной долях оперированной печени.

V.5

СВОБОДНОРАДИКАЛЬНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ПАТОЛОГИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ И МЕТОДЫ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ

С.К. Соодаева, С. Болева
НИИ пульмонологии, Москва, Россия

Результаты собственных исследований, а также литературные данные свидетельствуют о значимой роли свободнорадикальных механизмов в патогенезе подавляющего большинства заболеваний легких (бронхиальная астма, саркоидоз, фиброзирующий альвеолит, хронические обструктивные болезни легких, радиационные пневмопатии, профессиональные заболевания легких пылевой этиологии и т. д.). При патологических состояниях дисбаланс в системе «оксиданты — антиоксиданты» способствует развитию «оксидативного взрыва», который обычно выражается в избыточной продукции активных форм кислорода наряду со снижением антиоксидантной защиты. Нарушение регуляции свободно-радикального окисления отмечается практически на всех этапах формирования заболеваний. Для выяснения молекулярных механизмов патогенеза, а также изыскания путей индивидуальной патогенетической терапии и профилактики бронхолегочных болезней нами разработан комплекс современных методов исследования свободно-радикального статуса организма. Предложенные методики позволяют более точно оценивать тяжесть, стадию болезни и способствуют четкому мониторингу терапевтического действия лекарств.

V.6

ВЛИЯНИЕ СТИМУЛЯЦИИ μ -ОПИАТНЫХ РЕЦЕПТОРОВ НА СТЕПЕНЬ АДРЕНЕРГИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ МИОКАРДА

Ю.Г. Ревинская, А.И. Рыжов, Н.В. Нарыжная
СГМУ, НИИ Кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия

Целью исследования явилось изучение влияния стимуляции μ -опиатных рецепторов на структурные изменения сократительного миокарда при стрессорном и адреналовом повреждении сердца.

Иммобилизационный стресс в течение 24-х часов приводил к увеличению аккумуляции миокардом ^{99m}Tc -пирофосфата (^{99m}Tc -ПФ) в 1,5 раза по сравнению с интактными животными и вызывал в миокарде контрактуры миофибрилл. Среднее количество клеток с контрактурами в одном поле зрения составляло $12,9 \pm 0,8$. Контрактуры I степени составили 46%, II степени — 42%, III степени — 12% от общего числа. Инъекция изопропилнорадреналина (40 мг/кг) через 24 часа вызывала в миокарде изменения, сходные с индуцированным стрессом, а именно, увеличение аккумуляции ^{99m}Tc -ПФ в 3,2 раза, а также контрактурные повреждения миофибрилл. Среднее количество клеток с контрактурами составило $14,9 \pm 1,0$ в одном поле зрения. Около 50% от общего числа составляли контрактуры III степени. Увеличение миокардиальной аккумуляции ^{99m}Tc -ПФ свидетельствует о деструкции сарколеммы кардиомиоцитов, что может вызывать нарушения транспорта Ca^{2+} и возникновение контрактур.

После активации μ -опиатных рецепторов с помощью пептидного агониста DALDA, не проникающего через гемато-энцефалический барьер, на фоне стресса уровень аккумуляции ^{99m}Tc -ПФ уменьшился на 45% относительно стресс-контроля, а на фоне введения изопропилнорадреналина — на 21% относительно контрольной серии. Количество клеток с контрактурами, индуцированными стрессом, уменьшалось в 2 раза, а вызванными введением изопропилнорадреналина — в 2,5 раза относительно контроля. Таким образом, активация периферических μ -рецепторов оказывала кардиопротекторное действие, предупреждая деструкцию мембран кардио-

миоцитов, возникающую как в результате стресса, так и экзогенного введения катехоламинов, нормализуя внутриклеточный Ca^{2+} гомеостаз, что привело к уменьшению контрактурных повреждений кардиомиоцитов.

V.7

ЭНЕРГОИНФОРМАЦИОННОЕ СКАНИРОВАНИЕ ПРИ ОНКОЗАБОЛЕВАНИЯХ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ПОРАЖЕНИЯ

Г.И. Белоусова, М.Н. Нечитайло, И.С. Вахрушева
НПЦ «Преображение человека», Томск, Россия

Учитывая многообразность взглядов идей, научных исследований и теоретических концепций относительно указанной темы, авторы попытались дать оценку этой проблеме с точки зрения энологического исследования.

В качестве объекта исследования использовались стационарные больные областного онкологического диспансера. Методический подход осуществлялся на базе внутренних программ энергетического сканирования, позволяющих визуально наблюдать на каждом покрове обследуемых зон и областей имеющих отличную от основного фона окраску.

Механизм этого проявления носит, по-видимому, реактивный характер со стороны сосудистой, нервной и эндокринной систем.

Прямое перенесение опыта исследования на онкозаболевания не позволили увидеть визуально опухолевую ткань, хотя другие изменения органов и систем хорошо наблюдались. Такая реакция со стороны организма позволила предположить, что энергетический потенциал в опухолевых тканях не нарушен, хотя на просмотре негативного фантома отмечались светящиеся матовые образования.

Помимо опухолевых тканей наблюдались значительные участки функциональных систем, что характеризовалось визуализацией темных и светлых участков в области щитовидной железы, селезенки, печени и всех отделов позвоночника.

Одновременное исследование методами ментальной биолокации, показало, что общей характерной чертой является повреждение волевого аспекта, как правило, центров как 2, 3, 4, 5. Причем повреждение чувственного аспекта центров зависело от степени органического изменения органа, в то время как волевой аспект изменён на ранних стадиях проявления заболевания. Также следует отметить отсутствие, даже при высокой степени поражения, энергетических инфекций на 5, 6, 7 центрах. Выявленный эффект требует дальнейшего подтверждения и статистической обработки. Авторы предполагают лишь рабочую гипотезу для трактовки наблюдаемых явлений.

V.8

ЭНЕРГОИНФОРМАЦИОННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С РАССЕЯННЫМ ЭНЦЕФАЛОМИЕЛИТОМ И АРАХНОИДИТОМ

Г.И. Белоусова, Н.Г. Катаева, М.Н. Нечитайло
НПЦ «Преображение человека», Томск, Россия

Все возрастающее количество больных арахноидитом среди других хронических заболеваний нервной системы и малая результативность медикаментозного лечения указывает на необходимость поиска новых путей реабилитации и восстановления после такого рода заболеваний.

Энергоинформационное исследование больных, проведенное на базе Сибирского медицинского университета, позволило выявить особенности энергетического аспекта этого заболевания. Одновременное обследование чакральной системы методами ментальной биолокации и энергетическое сканирование с визуальным выявлением по системам и органам, а также сопоставление наблюдаемых факторов с результатами измерений по методу Фолля и выявленными личностными отклонениями при психологическом тестировании и являются предметом обсуждения.

Кроме того, в работе уделено большое внимание такому, трудно поддающемуся лечению, заболеванию, как рассеянный энцефаломиелит. Энергетическое сканирование, фиксируемое видеосъемками, зафиксировало обширное изменение фантомных образований вдоль границ тела. Как правило, очаговое раскрытие начинается в глубинных отделах мозга с распространением на спинной мозг и периферическую систему. Личностные изменения сопровождают заболевание с почти начальной стадии, усиливаясь по мере течения болезни. В ходе исследования одновременно фиксировалось состояние энергетических центров и меридианов по методу Фолля, а также измерения пульсометром с компьютерной обработкой. Выявлены особенности энергетической реакции у пациентов и характерное время патологического отклика.

Результаты исследований позволяют сделать выводы о правомерности использования энерготерапии, стабилизирующей состояние указанной группы заболеваний.

V.9

ПРОБЛЕМА РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ЦЕЛИТЕЛЬНОСТИ ПРЕДОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Г.И. Белоусова, М.Н. Нечитайло, И.С. Вахрушева
НПЦ «Преображение человека», Томск, Россия

Актуальность понимания сути онкологических заболеваний на сегодняшний день достигла апогея. Множественность факторов, влияющих или вызывающих заболевания раком, указывает на то, что истинная причина остается за горизонтом полного понимания. Не вызывает сомнения серьезность исследований по разным направлениям этой проблемы и появляющиеся при этом гипотезы. Но несмотря на это, только половина заболевших раком лечится путём хирургического вмешательства, лучевой или химиотерапии, по отдельности или в сочетании. Частота смертельных исходов остаётся высокой.

Тем не менее, идея и факты самоисцеления от рака, говорят о том, что существуют скрытые силы собственной иммунной системы способные активизировать специфический иммунный ответ, этот ответ включает в себе объединенные и согласованные по временным и пространственным факторам действия армии клеток различных типов.

Особенность, по-видимому, состоит в том, что, во-первых, клетки пространственно разведены, циркулируя по кровеносной и лимфатической системам, а во-вторых, способ активного реагирования имеет свое характерное время для каждого типа клеток. В целом это нелинейная система с огромным числом обратных связей как положительных, так и отрицательных.

Информационная неустойчивость одного какого-либо звена может вызывать либо подавление всей системы, либо режим самовозбуждения. Энергетическое сканирование, позволяющее визуально наблюдать ослабленную, либо усиленную кожную пигментацию в области изменённых органов, показало, что даже на ранних стадиях онкологического заболевания присутствуют несколько поражённых участков, но лабораторные методы исследования позволяют зафиксировать лишь те органы, где имеется усиленное разрастание опухолевой ткани.

В этой связи уместно говорить об онкологическом заболевании поражающем основные системы регулирования. Учитывая вышесказанное, авторы высказывают предположение, что именно регуляторный механизм определяется функциональными связями между энергетическими проводниками.

V.10

ОСОБЕННОСТИ НАУЧНОЙ МЕТОДОЛОГИИ В ТРАДИЦИОННОЙ МЕДИЦИНЕ

Г.И. Белоусова, Е.Д. Кузнецов, М.Н. Нечитайло, Л.А. Терехина
НПЦ «Преображение человека», Томск, Россия

В настоящее время становится очевидной несостоятельность традиционного научно-методологического подхода к проблемам изучения явления самоисцеления и целительства. Весьма распространенная тенденция исследования построенного на методе индукции, заранее предполагает что объект исследования может быть вычленен, а свойства и связи однозначно установлены. Однако, даже в рамках концептуального подхода затруднителен анализ и моделирование самоорганизующихся диссипативных структур, содержащих в себе иерархическую организацию и являющуюся по своей природе неоднородным объектом. Информационные связи и топология в таких системах является едва ли не определяющими. Объектность, информационные связи и топология являются взаимосвязанными и представляются объединяющим фактором, находящим отражение в концепции голограммы.

В связи с вышесказанным авторы указывают на необходимость развития нового понятийного аппарата, отражающего различные грани науки и духа, как непознаваемого целого, обладающего свойствами имманентности и трансценденности одновременно.

Формулировка непротиворечивых понятий может явиться основой для рождения интегральной теории, соединяющей мир духа и материи воедино. По мнению авторов, по-прежнему недостаточным является изучение и сравнительный анализ информационных каналов отдельных индивидуумов, обладающих качеством синтеза понятий ноуменального и феноменального мира, что в конечном итоге и является сдерживающим фактором новой методологии.

V.11

ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ТРАВМЕ ПЕЧЕНИ

Э.В. Луцевич, Э.Н. Праздников, Т.И. Гришина, Р.В. Петров, Л.З. Вельшер, И.В. Маев, С.Э. Овчаров, М.В. Семенов, А.П. Розумный
Россия

В ходе предварительных исследований иммунитета у 102 больных, оперированных по поводу травмы печени, выявлено развитие вторичного иммунодефицита, степень которого коррелировала с тяжестью травмы. Для коррекции иммунных нарушений использовался тимоген (29 больных), иммунофан (28 больных) и полиоксидоний (24 больных). Группу сравнения составили 21 больной, получавший традиционное лечение без иммунокорректирующей терапии.

В процессе лечения больных осуществлялся мониторинг иммунологических показателей. Выявлено, что наиболее выраженной иммунокорректирующей активностью обладали иммунофан и полиоксидоний. Эффекты иммунофана проявлялись в первую очередь в увеличении количества Т-лимфоцитов с хелперной активностью, В-лимфоцитов, активации РБТЛ на ФГА и увеличении концентрации IgG. Эффекты полиоксидония в первую очередь выражались в активации фагоцитарного звена иммунитета и увеличении числа В-лимфоцитов.

Анализ биохимических показателей показал, что введение полиоксидония, в отличие от всех остальных препаратов препятствовало развитию посттравматической печеночной недостаточности, что объективно выявлялось по данным биохимических исследований.

У больных контрольной группы осложнения в послеоперационном периоде развились у 37,4%, а летальные исходы — у 31,7% больных. У больных, получавших тимоген — в 27,6% и 20,7%. У больных, получавших иммунофан — в 14,3% и 14,3%. У больных, получавших полиоксидоний — в 20,8% и 12,5% случаев соответственно.

Таким образом, применение иммунокорректирующей терапии позволило добиться существенного улучшения результатов лечения больных с травмой печени. Применение иммунофана приводило к снижению частоты послеоперационных осложнений в 2,6 раза, а количества летальных исходов в 2,2 раза. Применение полиоксидония — в 1,8 и 2,5 раза соответственно. Следовательно, иммунокорректирующая терапия иммунофаном и полиоксидонием может быть рекомендована к широкому применению в комплексном лечении больных с травматическими повреждениями печени.

V.12

СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ДИУРЕТИКОВ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ

Л.Е. Пинегин
Алтайский госмедуниверситет, Барнаул, Россия

В эксперименте на животных и у больных с внутричерепной гипертензией и отеком мозга после его повреждений, введение в общепринятых дозах фуросемида, а спустя 90 мин. маннитола удлиняло длительность снижения внутричерепного давления до 6-7 часов. При введении сначала маннитола, а потом Фуросемида длительность снижения давления была меньше 4 часов. При одновременном введении маннитола и фуросемида снижение давления в полости черепа происходило на большую величину, но не более чем на 2,5 ч., что было обусловлено более быстрым выведением маннитола почками и снижением осмотического градиента на границе кровь-мозг. Аналогичные данные получены о влиянии порядка введения препаратов на продукцию ликвора. Порядок, последовательность введения препаратов влияет на величину и длительность снижения внутричерепного давления.

Введение маннитола сопровождалось уменьшением содержания воды в мозговой ткани, а фуросемида — объема крови в мозге, что свидетельствовало о разных, механизмах снижения давления в полости черепа при введении указанных препаратов.

Совместное их применение давало аддитивный эффект, сопровождавшийся, однако, обезвоживанием.

Выявленные закономерности могут быть использованы в неврологической и нейрохирургической клинике.

V.13

ВЛИЯНИЕ ДИУРЕТИКОВ НА ЛИКВОРОПРОДУКЦИЮ

Л.Е. Пинегин
Алтайский госмедуниверситет, Барнаул, Россия

В эксперименте на собаках методом прямого измерения (авт. свид. № 1153896 от 8.01.85.), а также у нейрохирургических больных в условиях наложения наружного желудочкового дренажа боковых желудочков, при

повреждении мозга исследовалось влияние диуретиков (маннитола, фуросемида, ацетазоламида, этакриновой кислоты) на продукцию ликвора.

Маннитол в дозе 1,5 г/кг массы тела внутривенно снижал продукцию ликвора максимально на 36% от исходного уровня в течение 200 минут.

Фуросемид (ацетазоламид) в дозе 1,0 мг/кг уменьшал продукцию ликвора на 27% от исходных величин на срок 180 мин.

Этакриновая кислота (урегит) в дозе 3 мг/кг уменьшила ликворопroduкцию на 45% от начального уровня в течение 300 мин., а ацетазоламид в дозе 50 мг/кг — на 35%, 360 мин.

Действие маннитола на продукцию ликвора было пропорционально величине осмотического градиента на границе кровь-ликвор и не зависело от мочегонного эффекта препарата, а фуросемида и этакриновой кислоты было обусловлено и прямо коррелировало с диурезом. Эффект на ликворопroduкцию был выраженнее в восстановительной стадии мозговых процессов.

V.14

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПОБАРОТЕРАПИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ С ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

А.А. Панов, Д.Л. Яшин

Областная клиническая больница, Челябинск, Россия

Психовегетативные расстройства представляют одну из значительных проблем современной медицины.

В 1993 году в Челябинской областной клинической больнице введен в эксплуатацию десятиместный лечебный гипобарический комплекс «Урал-3», на тот период не имеющий аналогов в России и за рубежом. Фундаментальные исследования (Меерсон 1973, 1981, 1986; Б.Д. Карвасарский, 1980; W. H. Weiche, 1964 и др.) показали возможность барокамерной адаптации в регуляции психовегетативных функций организма. Метод позволяет регулировать вегетативную дисфункцию, повышая активность парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. При этом в различных образованиях головного мозга накапливаются такие ограничивающие стресс-факторы, как дофамин и серотонин. Адаптация к действию периодической гипоксии происходит в условиях барокамеры, где моделируется состав газовой среды, соответствующий таковому на высоте 3500 м над уровнем моря, т. е. PO_2 110-112 мм. рт. ст. Степень разрежения воздуха увеличивается постепенно до достижения «лечебной высоты» во избежание развития у пациентов дизадаптационного синдрома. Контроль функций организма осуществляется путем анализа данных дистанционного компьютерного мониторинга в течение сеанса и определения индекса напряжения регуляторных систем по Баевскому.

Страдающие бронхиальной астмой были первыми больными, получившими это лечение. К настоящему времени пролечено более 1500 пациентов в возрасте от 5 до 50 лет. Наилучший клинический результат при бронхиальной астме получен у детей и взрослых до 40 лет с легкой и средней степенью тяжести. 87% детей и 70% взрослых пациентов отметили снижение частоты, тяжести, более легкую купируемость приступов, повышение толерантности к физической нагрузке, урежение и снижение тяжести сезонных обострений. Повторные курсы гипобаротерапии пролонгируют клинические эффекты. Немаловажным, на наш взгляд, является тот момент, что пациенты отмечают значительную экономическую целесообразность в проведении регулярных курсов гипобаротерапии. На фоне нашего лечения больные снижают в 2 и более раз дозы принимаемых медикаментозных препаратов, имеют возможность ведения обычного образа жизни, значительно сокращается (в 3-4 раза) количество дней нетрудоспособности.

В дальнейшем к ним присоединились больные, страдающие логоневрозом и другими невротическими состояниями. Мы имеем опыт лечения 95 пациентов. Эффективность лечения отмечена у 95% пациентов в возрасте от 14 до 25 лет — уменьшение речевых пароксизмов и даже практически нормализация со стороны речи (15 чел.), подъем настроения, уверенность в себе и т. д. При диспансеризации через год поведенческая устойчивость сохраняется.

По мере накопления опыта показания к нашей методике расширились и охватывали все большие группы больных с различными нозологиями. В настоящее время клинический эффект получен у пациентов, страдающих экземой, псориазом, атопическим дерматитом, неврозами, депрессивными состояниями и некоторыми другими заболеваниями.

Эффект при данном немедикаментозном методе лечения, значительные сроки стабилизации, улучшение качества жизни, экономическая целесообразность позволяют нам с уверенностью и оптимизмом смотреть на возможность применения гипобаротерапии в лечении этих больных.

V.15

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ОСТЕОГЕННЫХ МЕХАНИЗМОВ КАРДИАЛГИЙ

Е.Л. Соков, О.А. Шевелев, Н.А. Ходорович, П.А. Ганжула, Р.В. Клепиков
РУДН, Москва, Россия

Цель исследования — изучить влияние раздражения внутрикостных рецепторов на процессы формирования кардиальных афферентных реакций.

В острых опытах на 15 кошках использовался метод регистрации вызванных потенциалов (с использованием стереотаксической техники), возникающих в медиальном центре таламуса (МЦТ) и коре больших полушарий (КБП) при электрораздражении зоны синусового узла (ЗСУ) сердца и внутрикостных рецепторов (ВКР) головки плечевой кости слева.

В условиях эксперимента кондиционирующее раздражение наносили на внутрикостные рецепторы головки плечевой кости, при этом суммарная амплитуда первых двух фаз ВП, зарегистрированных в КБП в ответ на тестирующее раздражение ЗСУ, составила при интервале равном 100 мс — $147 \pm 8,4$ мкВ; 150 мс — $166 \pm 19,3$ мкВ; 250 мс — $187 \pm 8,3$ мкВ ($p < 0,05$). При регистрации ВП в МЦТ результаты были следующие: при межстимульном интервале равном 100 мс — $141 \pm 11,3$ мкВ; при 150 мс — $150 \pm 15,4$ мкВ; при 250 мс — $169 \pm 13,2$ мкВ ($p < 0,05$).

Таким образом, повышение внутрикостного давления и электрораздражение внутрикостных рецепторов, способны модулировать афферентацию сердца, облегчая ее поступление к структурам ЦНС. Можно предположить, что наличие костной патологии в пределах общей с сердцем сегментарной иннервации в результате повышения внутрикостного давления и раздражения остеоцепторов, приводит к снижению порогов болевой чувствительности миокарда.

V.16

ВНУТРИКОСТНЫЕ РЕЦЕПТОРЫ — МОДУЛЯТОРЫ ТРИГЕМИНАЛЬНОЙ АФФЕРЕНТАЦИИ

О.А. Шевелев, Е.Л. Соков, Н.А. Ходорович, Р.В. Клепиков
РУДН, Москва

В наших предыдущих исследованиях показана важная роль внутрикостных рецепторов в формировании соматогенных афферентных реакций.

Целью данной работы явилось изучить влияние раздражения внутрикостных рецепторов на экспериментальную модель тригеминальной невралгии. В опытах на 15 кошках под анестезией проводилась стимуляция подбородочной ветви тройничного нерва и внутрикостных рецепторов. Вызванные потенциалы регистрировались в коре больших полушарий и таламусе. Выявлено, что при электрической стимуляции внутрикостных рецепторов вызванные потенциалы, возникающие при раздражении тройничного нерва, увеличиваются приблизительно на 40-60%. Продемонстрирован феномен облегчения тригеминальной афферентации при раздражении внутрикостных рецепторов. Данный феномен облегчения может служить основой патогенеза тригеминальной невралгии.

V.17

РЕПАРАТИВНЫЕ ПРОЦЕССЫ В СКЕЛЕТНОЙ МЫШЦЕ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ПОВЫШЕННОЙ ГРАВИТАЦИИ

А.В. Яшков, Г.П. Котельников, Д.А. Коновалов.
СамГМУ, Самара, Россия

Проблема репаративной регенерации скелетной мышечной ткани остается в центре внимания исследователей и практических врачей. На это указывают многочисленные исследования, в которых описаны основные этапы и закономерности пролиферации и дифференциации мышечных элементов, а также влияние на эти процессы различных физических факторов.

Однако до сих пор остаются неизученными вопросы регенерации скелетных мышц при воздействии повышенной гравитации краниокаудального направления. Имеются сведения о благоприятном влиянии повышенной гравитации на репаративную регенерацию костной ткани (А.В. Яшков, Г.П. Котельников, 1996). Можно предположить, что скелетная мышечная ткань, как более пластичная структура, будет также отвечать на данное воздействие.

С целью изучения особенностей репаративной регенерации скелетных мышц в условиях воздействия повышенной гравитации нами проведено экспериментальное исследование на 30 крысах. Всем животным выполняли однотипное поперечное пересечение икроножной мышцы в средней трети с последующим ее ушиванием узловыми швами. Животные были разделены на две группы — опытную и контрольную. Опытных животных вращали на специальной центрифуге. Уровень силы тяжести в максималь-

но удаленной от оси вращения точке достигал +1,1 Gz. Регенерат подвергали морфологическому и морфометрическому исследованию на 3, 7, 14, 21, 30-е сутки.

Результаты гистологических исследований указывают на отчетливое влияние повышенной гравитации краниокаудального направления на структуру регенерата в процессе его развития. У животных опытной группы выявлен более активный распад поврежденных мышечных волокон и активная перестройка старых, а также интенсивное формирование молодых мышечных волокон. Общая площадь сосудистого русла у них в 2 раза превышала контрольные значения на 14 и 21-е сутки. В отличие от контроля в мышечно-соединительно-тканном регенерате опытной группы прослеживалось значительное преобладание мышечных элементов.

Результаты экспериментального исследования раскрывают перспективы использования гравитационного фактора в практической медицине при лечении повреждений скелетной мышечной ткани.

V.18

ВЛИЯНИЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ПРОЛИФЕРАТИВНУЮ АКТИВНОСТЬ КЛЕТОК КОСТНОГО МОЗГА ПРИ ЦИТОСТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

О.В. Куделина, В.В. Новицкий, В.И. Корюкин
СГМУ, Томск, Россия

Исследование проведено на белых неинbredных мышах. Для моделирования инфекционного процесса животным вводили однократно внутривенно полулетальную дозу *E. coli* или *S. aureus*, либо *V. herpes symplex*. Цитостатическую болезнь моделировали введением циклофосфана в МПД. Контрольным животным вводили физиологический раствор или цитостатик. Подсчитывали общее количество миелокариоцитов (ОКК) и миелограмму, определяли действительный митотический индекс (ДМИ), количество колхициновых и aberrантных митозов, затем, используя полученные значения, вычисляли статомитотический индекс, время митоза, генерационное время, пролиферативный индекс. Установлено, что снижение ОКК у подопытных животных было обусловлено уменьшением абсолютного содержания эритроидных и лимфоидных форм костного мозга. Инфицирование животных кишечной палочкой на 2-е сут. после введения циклофосфана приводило к угнетению пролиферативной активности эритрокариоцитов и, напротив, к ее стимуляции в миелоидных клетках костного мозга. Так, ДМИ и количество колхициновых митозов в клетках эритроидного ряда оказались сниженными (в среднем на 51,3% и 55,0% соответственно), а в миелоидных клетках — выше нормы (в среднем на 76,0% и 20,2% соответственно), что сопровождалось увеличением продолжительности митотического и генерационного времен при низких индексах пролиферации. Показатели митотической активности эритрономобластов превышали соответствующие значения у животных, получавших только циклофосфан. Введение золотистого стафилококка на фоне цитостатической болезни полностью подавляло пролиферативную активность клеток эритроидного ряда костного мозга на протяжении первых десяти дней наблюдения. В дальнейшем ее динамика была практически аналогична наблюдаемой у мышей, зараженных кишечной палочкой после введения циклофосфана. Развитие герпетической инфекции на фоне действия противопухольного препарата сопровождалось снижением ДМИ и доли колхициновых митозов в эритрокариоцитах (в среднем на 43,8% и 45,2%), однако эти показатели были ниже соответствующих значений у животных, получавших только циклофосфан. На протяжении всего опыта в миелокариоцитах определялись патологические митозы.

V.19

ПРИМЕНЕНИЕ ИММУНОСТИМУЛЯТОРОВ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ОСТРОЙ МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРИ

А.В. Никашина, А.А. Зубахин
Медицинская академия, Новосибирск, Россия

Современные подходы к терапии постгеморрагических состояний заключаются в основном в применении кровезамещающих жидкостей. Такие подходы не всегда эффективны, особенно при острых массивных кровопотерях. В то же время представляется возможным не только восполнение объема циркулирующей крови, но и активное влияние на продукцию клеток красной крови.

В экспериментах на мышах исследована возможность управления процессом восстановления эритронов после острой массивной кровопотери (30% от объема циркулирующей крови) путем модуляции функций макрофагов и лимфоцитов. С этой целью использовали микробные полисахариды — ЛПС *S. Margesens* и зимозановые гранулы, а также лизоцим, препараты активированных макрофагов печени, тимоген, иммунофан и ликопид. Показано, что микробные препараты были эффективны только при

предварительном введении до острой кровопотери в сроки от 1 до 3-х суток, в то же время их введение сразу же после кровопотери не только не приводило к усилению процесса восстановления эритронов, а даже вызывало депрессию эритропоза в костном мозге. В то же время, применение лизоцима как до кровопотери, так и через 4 часа после кровопотери приводило к выраженному усилению костномозгового кроветворения. Аналогичный эффект наблюдался и при применением тимогена, иммунофана и ликопида. Наиболее выраженный эффект в наших экспериментах наблюдался при применении препаратов клеток Купфера, стимулированных микробными препаратами. Их применение как до, так и после кровопотери вызывало резкую активацию кроветворения, что выражалось в более раннем и выраженном росте количества эритроидных предшественников и абсолютного числа ядродержащих эритроидных клеток в костном мозге, а также числа ретикулоцитов в периферической крови.

V.20

ТЕПЛОФОРЕЗ ПАНТОГЕМАТОГЕНА В АНДРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Е.А. Неплохов, М.А. Сереброва, Е.Ф. Левицкий, Т.Д. Гриднева
НИИКиФ, Томск, Россия

Хронический простатит — одно из наиболее частых заболеваний, встречающихся в андрологической практике. Тягостный характер основных клинических проявлений и симптомов часто приводит к вторичной психопатии личности и сопровождается снижением физической работоспособности, эмоциональной неустойчивостью, снижением сна и настроения. С целью повышения физической работоспособности и нормализации вегетативного гомеостаза нами был разработан комплекс реабилитационных мероприятий для больных ХП, включающий тренировки на велоэргометре на уровне субпороговой ЧСС, и нанесения аэрозоля 1% водного раствора пантогематогена на область грудной клетки и подмышечных впадин больного с последующим укутыванием (названный нами теплофорезом пантогематогена). В основе предлагаемого способа положено явление постперипирационной проницаемости кожи — интенсивного проникновения после потоотделения через выводные протоки потовых желез, контактирующих с поверхностью кожи водных растворов веществ. Пантогематоген обладает тонизирующим и адаптогенным действием, повышает умственную и физическую работоспособность, нормализует деятельность ССС, иммунной и репродуктивной систем (Е.Д. Гольдберг, 1997). Реабилитационный комплекс получали 32 больных ХП. После курса процедур отмечена активация симпатoadrenalной системы, способствующая восстановлению нарушенной функции организма. Выявлено уменьшение больных с асимпатикотонической вегетативной реактивностью более чем в 2 раза и увеличение числа больных с симпатикотонией, срывов адаптации отмечено не было. После лечения отмечено повышение физической работоспособности на 15%, у всех пациентов со сниженной и средней физической работоспособностью (68% больных) произошло увеличение ТФН на 25 Вт (25%). Таким образом, предлагаемый способ значительно повышает физическую работоспособность, нормализует вегетативный гомеостаз больных ХП. Использование теплофореза пантогематогена расширяет возможности использования препарата в физиотерапии. При этом способ прост, экономичен и может быть применен как в условиях лечебно-профилактических учреждений, так и в домашних условиях.

V.21

АНТИСТРЕСОРНЫЕ И ВЕГЕТОСТАБИЛИЗИРУЮЩИЕ ЭФФЕКТЫ ПАНТОГЕМАТОГЕНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ РЯДА СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

С.А. Грибов, Е.В. Бородулина, М.В. Афонина, А.Э. Шатрова, А.Н. Галаян*, В.В. Удуд.
НИИ Фармакологии ТНЦ СО РАМН и СГМУ*, Томск, Россия

Новый продукт пантового оленеводства — «Пантогематоген» по своей активности превосходит пантокрин и такие известные растительные препараты как настойка женьшеня, экстракты элеутерококка, родиолы розовой. Препарат содержит широкий спектр биологически активных веществ, которые нивелируют негативные свойства моноадаптогенов.

Исследование проводилось в условиях метода слепой рандомизации. Пантогематоген, как один из ингредиентов комплексной терапии, в дозировке по 1 капсуле 3 раза в сутки, был применен у 223 пациентов клиники. Контролем выступили данные обследования и лечения (без применения препаратов адаптогенного ряда) 235 больных. Основным показанием к проведению адаптогенной терапии явились: астено-вегетативные нарушения, возникшие в результате ранее перенесенных инфекций (57 пациентов), нейро-циркуляторная дистония (79), анемии различного генеза (39). Кроме того, препарат назначался 48 пациентам с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Оценка состояния больных проводи-

лась по двум точкам — до и после лечения. В исследовании были задействованы лабораторные (общие анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма, иммунный статус, гормональный профиль) и инструментальные (ЭКГ, реоэнцефалография, фиброгастродуоденоскопия) методы диагностики. Тонус вегетативной нервной системы оценивался по результатам проведения вариационной пульсометрии.

Ослаблений и побочных эффектов не зарегистрировано. Зарегистрировано антистрессорное и вегетостабилизирующее действие препарата. Так, если до начала терапии, процент лиц, имеющих патологические адаптационные реакции, был определен в 55% случаев, то к ее окончании этот показатель составил лишь 16%, а в контроле 36%. Полученные результаты подтверждают высокую антистрессорную активность препарата. Полученные результаты отчетливо демонстрируют тенденцию к «стабилизации» тонуса ВНС в процессе лечения, при этом, в случаях дополнения терапии пантогаматогеном, процент лиц, имеющих «нормальный» тонус ВНС, к окончании курса терапии был значительно выше, чем в контроле.

Таким образом, включение пантогаматогена в комплекс лечения ряда соматических заболеваний способствует повышению адаптационных возможностей организма, активации антистрессорных механизмов.

V.22

ПАТОИМИТАЦИЯ КАК ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ОСНОВА ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

*В.В. Кузнецов, В.Л. Алябьев, В.В. Удуд
НИИ фармакологии ТНЦ РАМН, Томск, Россия*

Несмотря на многообразие физиотерапевтических методов реабилитации в физиологическом аспекте большинство из них являются вариантами стресс-активационной патоимитационной терапии (САПИТ), основанной на формировании в ЦНС через рецепторный аппарат организма информационных моделей повреждений, требующих безусловного реагирования, без нанесения реального вреда. К сожалению, принцип патоимитации пока не осознан в должной степени исследователями и соответственно выпадает из поля зрения при попытках объяснения природы развивающихся лечебно-восстановительных эффектов.

В работе показано, что в процессе проведения восстановительного лечения больных с запущенными формами остеохондроза позвоночника (иглоукальвание, лазеротерапия, ДДТ, скеннер-терапия, вибромассаж, гидромассаж) эффективность процедур тесно коррелировала с выраженностью признаков физиологического напряжения. Наиболее оптимально восстановительные процессы шли в тех случаях, когда по показателям нейро-гормональной реакции (иммуноферментное и радиоиммунологическое тестирование) и тестам состояния вегетативной нервной системы (оценка тонуса и реактивности ВНС) и крови (представительство фаз общего адаптационного синдрома) удавалось длительно поддерживать фазу активации или тренировки. В этих случаях по данным заключительного обследования отмечено значительное нарастание адаптационных резервов организма.

Не выделено принципиальных преимуществ какого-либо из примененных методов лечения перед другими. Авторы пришли к выводу, что при планировании и проведении лечения наиболее правильно опираться не на рекомендуемые методики (виды воздействия и дозировки), а на индивидуальные показатели исходной реактивности организма и их динамику.

V.23

ХРОНОФИЗИОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ТРАВМАМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ

*Ю.В. Горелова, Н.Г. Абдулкина, Е.Ф. Левицкий
НИИКиФ, Томск, Россия*

Выбор адекватного времени для назначения физиотерапевтических процедур — наиболее перспективный способ повышения эффективности восстановительной терапии, оптимизации процессов диагностики, уменьшения риска развития побочных эффектов, сокращения сроков лечения. Одной из задач работы было изучение динамики временных значений электрофизиологических параметров нервно-мышечного аппарата у здоровых, больных с травмами периферических нервов и на применение лечебных факторов — электро- (ЭС) и магнитостимуляции (МС). Полученные данные обрабатывались при помощи обобщенного показателя с составлением соответствующих кривых. Обращала внимание схожесть кривых в группах, получавших магнитостимуляцию с группой здоровых, что могло свидетельствовать об однонаправленности процессов гомеостаза в нервно-мышечном аппарате. В группах, получавших ЭС и лечебную физикультуру (ЛФК), сразу после процедуры наблюдался подъем показателей, свидетельствующий о повышении интенсивности обменных процессов в травмированной конечности. Через час после процедуры регистрировали их спад который объяснялся израсходованием ацетилхолина и гормонов, участвующих в обменных процессах. Кривая, регистрируемая у пациентов

с травмами периферических нервов до лечения, свидетельствовала о низкой интенсивности обменных процессов в нем. Для сопоставления полученных данных распределений ряда значений реализации исходного процесса под влиянием исследуемых лечебных факторов с эталоном, на примере показателя амплитуды проксимальной (Ап) вызванного мышечного потенциала локтевого нерва, были построены гистограммы, представляющие графическое изображение вариационного ряда значений (Ап). На основании проведенного гистографического анализа можно сделать вывод, что воздействие импульсным магнитным полем и ЭС имеют одинаковую направленность, а ЛФК вызывает изменение гомеостаза нервно-мышечного аппарата и противоположном направлении, следовательно, для достижения лучшего эффекта от лечения мы рекомендуем сочетать в реабилитационном комплексе различные вариации ЛФК и МС или ЛФК и ЭС. По-видимому, сочетание таких воздействий будет способствовать изменению показателей в сторону эталона.

V.24

НЕЙРОГЕННЫЕ МЕХАНИЗМЫ АДАПТАЦИИ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ШОКЕ И ГИПЕРОКСИИ

*А.Н. Леонов, Ю.М. Тумановский, В.А. Вороновский
Медицинская академия, Воронеж, Россия*

Защитно-приспособительные реакции при гипербарической оксигенации (ГБО) в условиях патологии в конечном итоге определяются адаптивными эффектами гипероксии (А.Н. Леонов). Исследования на 30 собаках показали, что возросшая при шоке (АД = 50 мм рт. ст.) афферентная импульсация чревного нерва у выживших после ГБО (300 кПа O₂, 50 мин.) животных (I группа — 67%) не отличалась от фоновых значений, в то время как у погибших во время оксигенации собак (II группа — 33%) определялись высокоамплитудные биопотенциалы на нейрограмме. Анализ афферентной импульсации сердечных нервов показал, что у животных I группы наблюдается на 30-й мин. шока угнетение импульсации сменялось заметной ее активацией под воздействием гипербарического кислорода и восстановлением гемодинамического гомеостаза. У животных II группы появление высоковольтных осцилляций на кардиальной нейрограмме в течение всего периода наблюдения сопровождалось в отличие от выживших при ГБО собак уменьшением производительности сердца (сердечного индекса). Снижение сократительной способности миокарда связано с нарушением центрогенных влияний на функцию сердца. У собак I группы обнаружено возрастание относительно шока амплитуды эфферентных биопотенциалов сердечных нервов и восстановление на электрокортикограмме (Эког) исходного альфа- и бета-ритма, а у животных II группы нейрограмма характеризовалась низковольтной импульсацией и на Эког, как и в постгеморрагическом периоде, регистрировались медленные высоковольтные колебания типа дельта-волн. Таким образом, эффективность ГБО при геморрагическом шоке в большой степени зависит от состояния нервных регуляторных механизмов, мобилизующих восстановление гемодинамики. Проявление электрической активности корковых структур и периферической (висцеральной) иннервации можно рассматривать как прогностический признак адаптивной эффективности ГБО при патологии.

V.25

ВЛИЯНИЕ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ НА ОКСИДАЗНУЮ АКТИВНОСТЬ НЕЙТРОФИЛОВ ПРИ СЫВОРОТОЧНОЙ БОЛЕЗНИ

*Л.Д. Мальцева, В.А. Ворновский, В.М. Крюков
Медицинская академия, Воронеж, Россия*

Современные представления о роли функциональных иммунологических реакций адаптации, включающихся под воздействием гипербарического кислорода в саногенез при острой сывороточной болезни (ОСБ) требуют дальнейшего расширения и углубления. ОСБ моделировали у белых крыс путем однократного внутривенного введения бычьего сывороточного альбумина. Однократный сеанс гипербарической оксигенации (ГБО) проводили медицинским кислородом в барокамере в режиме 3 ата (300 кПа) в течение 60 минут в первые сутки развития патоиммунного процесса.

Результаты показали, что на 8 сутки исследования кислород под повышенным давлением на фоне угнетения оксидазной активности повышал оксидазный и фагоцитарный резервы периферических нейтрофилов в сравнении с нелечеными животными на 10% и 60% соответственно. На 16 сутки постгипероксического периода нормализовалась активность оксидазы нейтрофилов и снижался их оксидазный и фагоцитарный резерв ниже уровня нормы на 13% и 43% соответственно. К 30 суткам исследования у оксигенированных животных оксидазный и фагоцитарный резервы нейтрофилов нормализовались, а оксидазная активность оставалась повышенной, превышая уровень нелеченых животных на 18%.

Таким образом, гипербарический кислород являясь универсальным адаптогеном (А.Н. Леонов, 1969) сначала повышает метаболический резерв нейтрофилов, а затем способствует мобилизации кислородзависимых киллинг-реакций каждого нейтрофила, а также увеличивает общее число фагоцитирующих клеток. Данная биодинамика под действием ГБО направлена на стимуляцию киллинг-реакций с участием супероксидного радикала в условиях наличия патомимунного процесса в организме, что обосновывает перспективы применения гипербарического кислорода в коррекции функциональных расстройств органов и систем организма при ОСБ.

V.26

К ВОПРОСУ О КОНТРОЛЕ ЗА СОСТОЯНИЕМ ЖЕНЩИН, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫМИ ФОРМАМИ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ

Е.Н. Хамин

Институт физической культуры, фитнес-центр «Триэль», Воронеж, Россия

Возросшее количество женщин, занимающихся оздоровительными видами физической нагрузки (фитнес, аэробика, каланетика и др.), требует поиска новых более рациональных средств и методов, направленных на совершенствование и повышение эффективности тренировочного процесса. С этой целью предложено проводить комплексное тестирование физического состояния занимающихся, которое позволит осуществлять оптимальное управление и контроль за тренировочным процессом со стороны тренера и врача. Нами было предложено двухдневное тестирование физического состояния женщины (в тестировании участвовало 500 женщин). В первый день проводилось функциональное и антропометрическое исследование, а спустя 24 – 48 часов координационное и силовое тестирование. Функциональные пробы позволили определить индивидуальный уровень физической подготовки женщины к физической нагрузке, определить пульсовые пороги тренировки; двигательно-силовые – уровень развития изометрических и изокинетических силовых показателей, уровень гибкости; координационные – выяснить индивидуальный уровень координационной сложности упражнений и антропометрические пробы дали возможность рассчитать процент жировой, мышечной ткани, наличие его избытка или недостатка.

В результате создания тренировочных групп в соответствии с показателями тестов была значительно повышена эффективность тренировочного процесса, которая возросла в сравнении с предыдущими методиками тестирования на 47%, не наблюдалось состояния перетренированности, повысилось качество жизни женщин, улучшилось их психо-эмоциональное состояние и значительно снизился уровень заболеваемости.

V.27

СТЕП-ТЕСТ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ СПОСОБ ДОЗИРОВАНИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ ПРИ ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Е.Н. Хамин, Л.Д. Мальцева, В.В. Воропаев
Фитнес-центр «Триэль», Воронеж, Россия

Исследования, проведенные различными центрами, показали, что дозированная физическая нагрузка (фитнес) является одним из самых простых и эффективных способов реабилитации больных с различными заболеваниями и профилактики влияния вредных факторов современной цивилизации (психоэмоциональные перегрузки, гиподинамия, информационный стресс, действие алкоголя, курение) на организм человека. В настоящее время осуществляется поиск новых способов дозирования физической нагрузки в занятиях женским фитнесом.

Нами предложен вариант степ-теста, который является модификацией известного теста PWC₁₇₀. Тест состоит из двух последовательных восхождений на степ-платформу высотой 0,2 м и 0,35 м. Темп первого восхождения был одинаковым у всех групп исследуемых и составил 60 шагов/мин. Темп второго восхождения вычислялся исходя из показателей пульса после первого восхождения и массы тестируемой женщины. По данным пульса после первого и второго восхождения вычисляли индивидуальные пороги обмена – аэробный, анаэробный. При проверке соответствия пульсовых порогов, полученных при тестировании на степ-платформе и на велоэргометре 53 здоровых женщин в возрасте 19 – 37 лет, выявили ошибку в определении порогов обмена, которая составила не более 5% в сторону их занижения при исследовании на степ-платформе.

Таким образом, степ-тест является простым и эффективным методом индивидуального дозирования физической нагрузки при занятиях женским фитнесом в профилактике и реабилитации больных с различными нозологическими формами заболеваний.

V.28

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ

Т.В. Турбина

СПГМА им. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Целью данной работы явилось выявление зависимости между функциональным состоянием сердечно-сосудистой и дыхательной систем с психоэмоциональным состоянием спортсменов. Для этого в 1997 и 1998 годах биатлонистам и лыжникам в возрасте от 15 до 18 лет были проведены дыхательные пробы Штанге и Генчи, сделаны измерения артериального давления по методу Короткова и пульса. Также спортсмены были тестированы по опроснику САН, являющемуся самооценкой функционального состояния и характеризующему психоэмоциональное состояние.

Установлено, что у биатлонистов при втором обследовании значительно возрос показатель ($\mu \pm m$) систолического артериального давления (САД): $116,4 \pm 3,4$ в 1997 году и $124,7 \pm 2,2$ в 1998 году ($P > 0,05$), при этом диастолическое давление ($68,6 \pm 1,4$ в 1997 году и $66,4 \pm 3,0$ в 1998 году) и пульс ($66,9 \pm 6,03$ в 1997 году и $63,0 \pm 5,1$ в 1998 году) достоверно не изменились, что свидетельствует о неблагоприятности функционального состояния сердечно-сосудистой системы. Обе группы спортсменов имеют достоверное ($P > 0,001$), увеличение показателей пробы Генчи: с $14,9 \pm 2,3$ до $30,9 \pm 2,7$ у биатлонистов и с $19,9 \pm 2,3$ до $38,7 \pm 2,9$ у лыжников; при этом результаты пробы Штанге достоверно не изменились. Анализ тестирования показал, что соотношение показателей ($M \pm m$) самочувствия (С), активности (А) и настроения (Н) при первом обследовании было нормальным у биатлонистов ($5,6 \pm 0,2$ (Н), $5,6 \pm 0,3$ (А), $5,7 \pm 0,2$ (С)) и приближено к нормальным у лыжников ($5,2 \pm 0,4$ (Н), $5,0 \pm 0,5$ (А), $5,3 \pm 0,3$ (С)). Однако, при втором обследовании выявлена диспропорция между этими показателями: биатлонисты – $5,9 \pm 0,1$ (Н), $4,6 \pm 0,4$ (А), $5,6 \pm 0,3$ (С); лыжники – $5,7 \pm 0,3$ (Н), $5,0 \pm 0,4$ (А), $5,7 \pm 0,2$ (С), что свидетельствует об утомлении нервной системы.

Таким образом, изменение показателей самооценки по опроснику САН отражает положительную или отрицательную динамику функционального состояния сердечно-сосудистой и дыхательной системы.

V.29

МАНУАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И СПОРТСМЕНЫ

Л.С. Фролов, Ю.А. Петров

СПГМА им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

В медицинском обеспечении физического воспитания важную роль играет поддержание активного функционального состояния опорно-двигательного аппарата занимающихся физическими упражнениями. При специальном исследовании, даже при отсутствии жалоб, выявляются состояния, требующие коррекции: неравномерность мышечного тонуса отдельных областей тела, дегенеративно-дистрофические процессы в виде уплотнений тканей, ограничение подвижности в суставах, появление болезненности при крайних положениях суставов в сочетании с защитным напряжением окружающих данные суставы мышц, нарушение осанки, деформация суставов. Нередко выявляется своеобразное положение отдельных частей тела, отражающее специфику вида спорта исследуемых – резкая гипертрофия ряда мышечных групп, астеничная или гиперстеничная грудная клетка, выступающий живот, неполное выпрямление локтевых и коленных суставов. Отмечаются признаки порочной ходьбы – неполное выпрямление ног в отдельные фазы ходьбы, постановка стоп без переката с пятки и с разворотом в стороны. Перечисленные признаки характеризуют порочный или неоптимальный двигательный стереотип человека. В результате развиваются дистрофические процессы в суставах и позвоночнике с функциональной неполноценностью мышечной системы. Значительно страдают общая и спортивная работоспособность.

Среди причин таких состояний выявляются особенности видов спорта с резкими движениями и перерастяжениями тканей, нерациональные привычки в поведении, последствия травм.

Указанные нарушения определяются приемами диагностики, разработанными в мануальной медицине. Лечебные пособия в случаях обратимых повреждений предполагают приемы мобилизации, манипуляции, релаксации и различных средств лечебной физкультуры. Использование перечисленных мероприятий способствует успешному лечению и функциональному восстановлению спортсменов.

V.30

ПРОТЕКТОРНЫЙ ЭФФЕКТ ПРОИЗВОДНЫХ ГЛИЦИНА ПРИ ИММОБИЛИЗАЦИОННОМ СТРЕССЕ

О.М. Ощепкова, И.Ж. Семинский, В.В. Малышев
Медицинский университет, Иркутск, Россия

Исследуя влияние производных глицина — N, N — дибензилглицина (ДБГ) и амида (4-фенил-2-пирролидон-1-ил) глицилглицина (ФП-1), проникающих через гематоэнцефалический барьер, на ключевое звено стрессорных повреждений — гиперактивацию процессов ПОЛ, мы установили, что используемые вещества существенно ограничивают накопление продуктов перекисидации липидов при 6-часовом иммобилизационном стрессе. Выявлено, что содержание гидроперекисей липидов на фоне введения ДБГ и ФП-1 уменьшилось соответственно в 1,3 и 1,7 раза, концентрация малонового диальдегида снизилась в 1,2 и 1,8 раза по сравнению со стрессом без введения производных глицина. Установлено, что при введении перед стрессом этих веществ, наибольшая активация процессов ПОЛ наблюдалась гораздо раньше, чем у животных контрольной группы и соответствовала по времени развитию пиков зоинофилии при введении данных препаратов.

Анализ активности АЛТ и АСТ — биохимических показателей клеточного повреждения, на фоне введения животных производных глицина выявил достоверное снижение активности ферментов в крови у крыс, получавших ФП-1 и ДБГ, по сравнению с животными, подвергнутыми стрессу без фармакологической коррекции.

Проведенные морфологические исследования показали, что химические аналоги глицина в значительной степени предупреждают нарушения структуры внутренних органов при стрессе. Это выразилось в достоверном уменьшении альтернативных изменений, предупреждении развития некрозов, преобладании обратимых форм дистрофии и уменьшении общего объема пораженных тканей. При введении производных глицина показатели альтерации снизились в 2 раза в сердце, в 2,5 раза в печени и более чем в 5 раз в легких. Альтеративные изменения во всех исследуемых органах достигают максимума значительно раньше и протекают более оптимально.

Таким образом, химические аналоги тормозной аминокислоты глицина обладают выраженным стресс-протективным эффектом. Предупреждая возбуждение стресс-реализующих систем, они ограничивают реализацию ключевого звена стрессорных повреждений — гиперактивацию ПОЛ, и тем самым эффективно предотвращают альтеративные изменения в органах мишенях.

V.31

БАЛЬНЕОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ АТЕРОСКЛЕРОЗА

М.В. Антонюк, Т.П. Новгородцева
НИИ медицинской климатологии и восстановительного лечения,
Владивостокский филиал Дальневосточного научного центра физиологии
и патологии дыхания СО РАМН, Владивосток, Россия

Целью исследования явилось изучение эффективности бальнеотерапии как средства первичной профилактики атеросклероза. Группу профилактики составили 202 пациента, без клинических проявлений атеросклероза, в возрасте до 40 лет, имеющие основные факторы риска — гиперхолестеринемию, артериальную гипертензию (АГ), избыточную массу тела. Профилактический комплекс основывался на бальнеотерапии с использованием углекислой гидрокарбонатной магниевно-кальциевой воды, проводимой в виде ванн и внутреннего приема, включающего питье, тубажи, орошения. Критериями эффективности бальнеопрофилактики явились динамика содержания общего холестерина в крови (ОХС), редукция массы тела, уровень артериального давления. Контролировалось содержание в крови триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП). Для оценки воздействия бальнеотерапии на процессы атерогенеза изучалась модификация состава эритроцитарных фосфолипидов (ФЛ) и входящих в их состав ω_6 и ω_3 жирные кислоты (ЖК).

В результате комплексной бальнеопрофилактики, проводимой в течение трех недель, у лиц с гиперхолестеринемией уровень ОХС достоверно снизился на 18,6%. При этом содержание ОХС в крови нормализовалось в 51,6% случаев. Одновременно наблюдалось повышение исходно низкого уровня ХС ЛПВП в 1,8 раза. Высокое содержание ТГ в крови уменьшилось в 1,5 раза. У лиц с избыточным весом в процессе бальнеотерапии установлено достоверное снижение массы тела. Нормализация уровня артериального давления наблюдалась у 85% больных, имевших синдром АГ. Структурно-функциональное состояние эритроцитарных мембран в процессе бальнеопрофилактики подвергалось модификации. В составе ФЛ тенденции к нормализации отмечены у 60% лиц с факторами риска. Содержание кислот ω_3 строения, исходно пониженное у лиц с факторами риска, к концу курса профилактики соответствовало уровню здоровых лиц, а соотно-

шение ω_3/ω_6 нормализовалось у 50% пациентов. Анализ показателей метаболических превращений ЖК при бальнеотерапии показал возможность регуляции вазодилаторной функции ЖК и ферментативного блока — дельта 5 десатурация ЖК.

Результаты исследования показали, что бальнеотерапия, корректируя основные факторы риска атеросклероза, оказывает антиатерогенное действие, одним из механизмов которого является ремоделирование липидной компоненты клеточных структур, модификация внутриклеточных фосфолипидов и активация ферментативного блока десатураз.

V.32

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УРОВНЕВОЙ ЭНДОЭКОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Е.М. Иванов, Э.А. Эндакова, М.В. Антонюк
НИИ медицинской климатологии и восстановительного лечения,
Владивостокский филиал Дальневосточного научного центра патологии
и физиологии дыхания СО РАМН, Владивосток, Россия

Многолетние научные изыскания по проблеме взаимодействия здорового и больного человека с природными физическими факторами и ответной реакции организма позволили разработать концепцию эндоэкологической реабилитации. Эндоэкологическая реабилитация нацелена на санацию полостей и пространств, образуемых слизистыми оболочками, эндотелиальными структурами, а также на восстановление надклеточных и клеточных структур. Определяющим принципом предлагаемой концепции явилось уровневое взаимодействие различных факторов среды и организма в зависимости от длительности воздействия фактора и функционального состояния пограничных структур. Такой подход использован как методологический ключ, позволивший выделить четыре уровня эндоэкологической реабилитации.

Первый уровень — реабилитационные мероприятия направлены на оптимизацию взаимоотношений структурных образований слизистых оболочек дыхательных путей и желудочно-кишечного тракта с содержимым образуемых ими полостей. Эндоэкологическая реабилитация в этом случае направлена на оптимизацию содержимого полостей, образуемых слизистыми оболочками, что способствует поддержанию гомеостаза, а также выведению из организма токсических веществ. Второй уровень решает задачу санации эндovasкулярной среды. Постоянство внутренней среды эндovasкулярного пространства обеспечивается респираторной системой, почками, печенью, кроветворными и эндокринными органами, желудочно-кишечным трактом, потовыми железами. Реабилитационные мероприятия второго уровня направлены с одной стороны на создание условий для оптимального функционирования названных органов и систем, активации компенсаторных реакций, обеспечивающих гомеостаз, с другой — на целевую коррекцию выявленных изменений. Третий уровень включает мероприятия, направленные на сохранение постоянства экзovasкулярной (надклеточной) среды — межклеточных пространств и серозных полостей. Реабилитационные мероприятия этого уровня способствуют восстановлению микроциркуляции, тканевой перфузии, лимфооттока, что позволяет удалить из тканей токсины, метаболиты и доставить пластический и энергетический материал. Четвертый уровень направлен на структурно-функциональное восстановление клеточных образований: клеточной и внутриклеточных мембран, клеточной протоплазмы, рецепторов мембран, ядерных структур.

Приоритетными в эндоэкологической реабилитации являются методы на основе естественных факторов — климатотерапия, бальнеотерапия, пелоидотерапия, аппаратная физиотерапия, диетотерапия. Разработанная концепция эндоэкологической реабилитации может являться основой методических подходов к обоснованию новых реабилитационных технологий восстановительного лечения.

V.33

ПРОГРАММЫ ОПТИМИЗАЦИИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА В СРЕДЕ ОБИТАНИЯ

П.Ф. Кику, Н.С. Журавская
ВФ ДНЦ ФПД СО РАМН НИИМКВЛ, Владивосток, Россия

При решении вопросов прогнозирования и планирования региональных программ оптимизации деятельности человека в среде его обитания приходится рассматривать большое число разнообразных проблем. При разработке программы нами выяснена степень влияния экологических факторов на состояние здоровья населения, исследованы тенденции их влияния, изучены возможности изменения сложившихся тенденций в лучшую сторону и на основе полученной информации составлена конкретная программа действий, направленная на повышение уровня здоровья жителей Приморского края, основными звеньями которой являются: 1) расширение системы и способов динамического наблюдения за состоянием здо-

рость населения; 2) укрепление здоровья и совершенствование образа жизни в семье, развитие семейной диспансеризации; 3) первичная профилактика наиболее распространенных и социально значимых болезней; 4) усиление профилактической работы в организованных коллективах; 5) развитие рекреации и санаторно-курортной помощи в регионе; 6) воспитание позитивных целевых установок здорового населения по отношению к мероприятиям первичной профилактики; 7) проведение социально-гигиенического мониторинга состояния здоровья населения и окружающей среды.

Методология программ оптимизации деятельности человека в среде его обитания включает в себя ранжирование нозологических форм, подлежащих выявлению при ежегодных осмотрах и последующему динамическому наблюдению, а также создание условий для адаптации при экологическом прессинге, удовлетворение потребности в медицинском обслуживании и отдыхе, широко используя рекреационные ресурсы региона. В основе ранжирования сочетаются два принципа — социальная значимость и наличие методов профилактики и лечения.

Занимая важное место в общей системе жизнеобеспечения, программы оптимизации деятельности человека в среде его обитания помогут установить связь между состоянием здоровья и окружающей среды. Регистрируемые в процессе постоянного динамического наблюдения начальные и слабо выраженные изменения в состоянии здоровья населения будут сигнализировать о неблагоприятии в окружающей среде и указывать на необходимость срочного принятия соответствующих мер.

V.34

ИЗМЕНЕНИЯ НЕЙРОНОВ КОРЫ БОЛЬШОГО МОЗГА БЕЛЫХ КРЫС В РАННИЕ СРОКИ ПОСТИШЕМИЧЕСКОГО ПЕРИОДА ПРИ ВЛИЯНИИ ЛЕВЗЕИ САФРОЛОВИДНОЙ

*Н.В. Пугаченко, С.В. Логвинов
СГМУ, Томск, Россия*

Целью исследования явилось изучение морфологических изменений передней теменной области коры мозга в условиях ишемии и при влиянии левзеи сафроловидной у 19 половозрелых крыс Вистар. Ишемию мозга создавали путем 100% ограничения кровотока по левой и до 50% по правой сонной артерии от исходного уровня (М.Б. Плотноков и др., 1994). Препарат вводили 9 животным с моделью ишемии мозга в дозе 150 мг/кг веса в 1% крахмальной слизи внутривенно ежедневно в течение 5 дней. Контролем служили 5 интактных животных, которые получали эквивалентное количество 1% крахмальной слизи. Фронтальные депарафинированные срезы мозга окрашивали крезоловым-фиолетовым по Нисслю и подсчитывали процент измененных нейронов слоя V коры.

На 5-е сутки создания модели ишемии количество нейронов с очаговым хроматозом в правом полушарии составило — $7,03 \pm 0,30\%$ (контроль $4,95 \pm 0,40\%$; $p < 0,05$), а в левом — $10,51 \pm 0,60\%$ (контроль $4,80 \pm 0,29\%$; $p < 0,05$); с тотальным хроматозом (клетка-тень) в правом полушарии — $8,41 \pm 0,25\%$ (контроль $3,35 \pm 0,31\%$; $p < 0,05$), в левом — $11,71 \pm 0,72\%$ (контроль $1,61 \pm 0,23\%$; $p < 0,05$); нормохромные нейроны в правом — $60,92 \pm 1,95\%$ (контроль $83,52 \pm 2,43\%$; $p < 0,05$), в левом — $36,95 \pm 3,19\%$ (контроль $87,73 \pm 1,36\%$; $p < 0,05$). Установлено, что левзея сафроловидная, влияющая на реологические свойства крови (М.Б. Плотноков, 1999), уменьшает повреждение нейронов коры в зависимости от степени ишемии мозга. Так, в правом полушарии с умеренной ишемией значимо ($p < 0,05$) снижается содержание нейронов как с обратимыми реактивными изменениями (очаговый хроматоз) до $5,05 \pm 0,32\%$, так и с необратимыми деструктивными нарушениями (клетка-тень) до $6,82 \pm 0,24\%$, возрастает количество нормохромных нейронов до $71,61 \pm 1,66\%$. В левом полушарии с более выраженной ишемией уменьшается процент нейронов с изменениями обратимого характера до $6,79 \pm 0,60\%$, отсутствует динамика в содержании необратимо измененных клеток, но в целом количество нормохромных нейронов возрастает до $52,46 \pm 3,10\%$ ($p < 0,05$).

V.35

ИЗМЕНЕНИЯ СОСУДОВ СЕТЧАТКИ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ВОЗДЕЙСТВИИ ВЫСОКОИНТЕНСИВНОГО СВЕТА И ИОНИЗИРУЮЩЕЙ РАДИАЦИИ

*А.В. Потапов, С.В. Логвинов
СГМУ, Томск, Россия*

Эксперименты проведены на 25 беспородных половозрелых белых крысах обоего пола. Животных подвергали комбинированному тотальному воздействию рентгеновских лучей в дозе 5 Гр и равномерному световому облучению (3500 лк) в течение 48 ч люминесцентными лампами ЛБ-40 с интервалом в 1 час.

В ранние сроки после комбинированного облучения просвет большинства капилляров хориоидеи резко сужен или закрыт, а многие эндотелиоциты гиперхромны и пикноморфны. В сетчатке артериальных и венных сосудов наблюдаются стаз и сладж форменных элементов, а в единичных артериях — явления тромбоза. В цитоплазме эндотелиоцитов интраретинальных капилляров наблюдается гипертрофия эндоплазматической сети и набухание митохондрий. Через 10 сут. после воздействия содержание хориокапилляров снижено. Наблюдается вакуолизация цитоплазмы эндотелиоцитов сохранившихся сосудов хориоидеи. В цитоплазме интраретинальных эндотелиоцитов содержится значительное число фагосом, сосудами. В отдаленные сроки эксперимента активизируются процессы неоваскулогенеза, появляются крупные миелопоподобные тельца. В отдаленные сроки после комбинированного облучения эндотелиоциты сохранившихся сосудов хориоидеи и сетчатки набухшие, цитоплазма содержит крупные вакуоли, а также миелопоподобные образования. В данный период в сетчатке интенсивно идут процессы неоваскулогенеза. Новообразующиеся сосуды полнокровны. Поверхность их эндотелиоцитов имеет большое число микроворсинок и выростов, выступающих в просвет сосуда, а цитоплазма содержит гипертрофированную эндоплазматическую сеть, большое количество свободных рибосом и митохондрий. Базальная мембрана подобных капилляров частично утолщена. Таким образом, в ранний период эксперимента реакция сосудистого русла проявляется гемодинамическими расстройствами, реактивными и деструктивными изменениями эндотелия. Следует отметить большую повреждаемость капилляров сосудистой оболочки по сравнению с интраретинальными.

V.36

ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ШВА НЕРВОВ НА ПРЕДПЛЕЧЬЕ

*Е.А. Герасимова
Уральская госуд. медицинская академия, Екатеринбург, Россия*

Сроки восстановления функции периферических нервов зависят от скорости прорастания нервных волокон дистально. В последние годы среди консервативных методов все шире применяется электростимуляция нервов. Однако сроки реиннервации существенно не сократились.

Причиной малого эффекта такой электростимуляции является то, что местом воздействия электрического тока является ствол нерва (аксоны и дендриты). Рост этих образований регулирует нервная клетка, расположенная в спинном мозге. Поэтому для ускорения роста нерва необходимо воздействовать на нейроны. Накожная электростимуляция позвоночника не эффективна, т. к; кожа является препятствием для прохождения тока и уменьшает его в 500 раз. Поэтому нами разработана методика внутритканевой электростимуляции позвоночника, где низкочастотный ток подводится к позвонкам в непосредственной близости к спинному мозгу на уровне расположения нервных клеток пораженного нерва.

Проведено лечение у 68 пациентов после эпинеурального шва локтевого и срединного нервов в средней трети и нижней трети предплечья, 12 из них имели повреждения обоих нервов. Для оценки эффективности восстановления применяли электромиографические исследования, оценку чувствительности, силу мышц и трофическую функцию.

При сравнительном анализе эффективности лечения традиционными методами и электростимуляцией позвоночника выявлено, что последний способ сократил сроки восстановления более чем в 2 раза. Одновременно улучшилось качество восстановления, а инвалидность сократилась на 10%. В отдельных случаях отмечено полное восстановление функции нервов.

V.37

ВОЗМОЖНОСТЬ УПРАВЛЕНИЯ ФАРМАКОКИНЕТИКОЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИМИОТЕРАПИИ

*В.Э. Итс, А.Д. Тараско
Кафедра хирургии Новокузнецкого ГИДУВа, Россия*

Изучена возможность влиять на распределение и уровень концентрации препарата в паренхиматозных органах путем избирательного воздействия на гемодинамику этих органов. Рабочая гипотеза — изменение скорости кровотока и изменение проницаемости сосудистой стенки на уровне микроциркуляции изменит поток вещества в системе «кровь — ткань», соответствующим образом отражаясь на концентрации этого вещества (лекарственного препарата).

Эксперимент поставлен на наркотизированных белых крысах в стандартных условиях. Препарат наблюдения 5-фторурацил, концентрация измерялась в легких, печени и почках. В опыте и контроле доза 15 мг на кг. Определение концентрации через час. В опытных группах перед введени-

ем 5-фторурацила произведена блокада местноанестезирующим средством одной из двух крупных рефлексогенных зон, условно 3-1 и 3-2.

Результаты:

1. Изменение характера распределения препарата (по убыванию концентрации):

Контроль: почки — печень — легкие

Опыт 3-1: почки — легкие — печень

Опыт 3-2: печень — почки — легкие

2. Достоверное (от $p < 0,01$ до $p < 0,001$) изменение концентрации препарата по сравнению с контролем:

Опыт 3-1 — концентрация в легких выше на 50%, в печени ниже на 52%, в почках выше на 31%.

Опыт 3-2 — концентрация в печени выше на 47%, в почках без изменений.

В легких отмечено два ($p < 0,001$) разных варианта влияния:

— повышение концентрации на 32%

— понижение концентрации на 59%,

что объясняем преобладанием парасимпатического или симпатического тонуса. Возможные варианты использования эффекта:

— защита жизненно важных органов от токсического воздействия препаратов путем уменьшения их концентрации в этих органах;

— возможное повышение эффекта лечения за счет повышения концентрации препарата непосредственно в пораженном органе.

V.38

ВЛИЯНИЕ ОЗОНИРОВАННОГО ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО РАСТВОРА НА МЕТАБОЛИЧЕСКУЮ АКТИВНОСТЬ ПЕЧЕНИ КРЫС С САРКОМОЙ 45

К.Н. Конторщикова, Т.А. Гончарова
Нижегородская государственная медицинская академия, Россия

Гомеостаз клеток печени во многом определяет течение опухолевого процесса, состояние всего организма — опухоленосителя, переносимость к противоопухолевым препаратам. Системное воздействие опухоли на гепатоциты связано с тем, что печень обеспечивает многие реакции пластического обмена для всего организма, участвует в обезвреживании продуктов метаболизма опухолевой ткани.

С учетом корректирующего эффекта озона на кислородзависимые процессы, баланс про- и антиоксидантных систем, энергетический потенциал, его иммуномоделирующей способности в данной работе изучалось воздействие озонированного физиологического раствора (ОФР) на метаболические реакции печени животных — носителей Саркомы 45. Эксперименты проводились на белых нелинейных крысах-самцах. Модель неоплазии создавали путем перевивки штамма опухоли Саркома 45. ОФР вводили внутривентриально и вокруг опухоли.

По мере роста опухоли, локализованной на бедре животного, в печени отмечено накопление лизофосфолипидов и продуктов ПОЛ, как первичных, так и конечных, снижение активности антиоксидантных ферментов. В клетках печени выявлены взаимосвязанные нарушения окислительных процессов в липидах, реакций углеводного обмена, энергообеспечения, а также их регуляции с участием ц-АМФ и ц-ГМФ. Введение крысам ОФР с концентрацией озона 120–140 мкг/л внутривентриально и локально с концентрацией 500–550 мкг/л оказывает корректирующий эффект на нарушенные показатели метаболизма гепатоцита, что проявлялось восстановлением активности СОД, каталазы и глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы, снижением уровней продуктов ПОЛ, увеличением количества АТФ и ГТФ.

В опухолевой ткани наблюдалось увеличение содержания ц-АМФ и снижение ц-ГМФ, что указывало на падение скорости пролиферативных процессов в клетках. Накопление лизофосфолипидов, увеличение площади некроза в ткани опухоли Саркомы 45 свидетельствовало о нарушении метаболизма опухолевых клеток под воздействием озона.

V.39

АДАПТИРУЕМАЯ К СОСТОЯНИЮ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА ЭЛЕКТРОМАГНИТНАЯ ФИЗИОТЕРАПИЯ

В.В. Шлыгин, А.П. Тюляев, В.А. Средняков, Е.Э. Иойлева, Г.В. Максимов
Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза», Биологический ф-т МГУ, Москва, Россия

Патология нервных волокон при ишемии и частичной атрофии зрительного нерва (ЗН) проявляется в снижении амплитуды, длительности и скорости проведения потенциалов действия (ПД), что связано с уменьшением местных токов вследствие падения электрической проводимости Na^+ -каналов и повышения проводимости K^+ -каналов возбудимых мембран. Целенаправленное смещение в сторону нормы местных токов может осуществляться путем согласованной фотостимуляции части сетчатки с вы-

бором фазы и полярности воздействия магнитным полем (МП) на ЗН. Смещение величины местных токов в сторону увеличения, т.е. к норме в окрестности расположения индуктора МП носит только статистический характер, поскольку возможности макровоздействий на сетчатку и ЗН ограничены, а также невозможно учесть в полной мере индивидуальную вариабельность морфологических и физиологических параметров. Вместе с тем известные закономерности электромагнитной индукции и распределения электрической проводимости в окрестности ЗН и в самом нерве позволяют целенаправленно выбирать фазу и полярность воздействий МП для смещения электрофизиологических параметров ПД и местных токов у наибольшей части элементарных нервных волокон ЗН в сторону нормы.

Так, при физиотерапии левого ЗН и фотостимуляции темпоральной части сетчатки импульсы МП должны иметь N-полярность в верхней части и S-полярность в нижней части темпоральной проекции ЗН в области расположения индуктора. При фотостимуляции назальной части сетчатки, для левого ЗН уже импульсы МП должны иметь S-полярность сверху и N-полярность снизу. Для правого ЗН согласование фотостимуляции и выбора полярности воздействий МП происходит аналогично, но N- и S-полярности меняются соответственно на S и N.

Использование при стимуляции биполярных индукторов МП, в отличие от широко применяемых однополярных, локализует воздействие только областью ЗН и зрительного тракта между полюсами и снижает нежелательное облучение здоровых тканей.

Амплитуда применяемых пилообразных импульсов МП с передним фронтом 26 мс лежит в пределах 75 мТл, а их частота порядка 1 Гц.

V.40

РОЛЬ ОПИАТНЫХ СТРУКТУР ЦНС В ПОВЫШЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ СТАБИЛЬНОСТИ СЕРДЦА ПРИ ОСТРОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА

Е.В. Прокопьева, Ю.И. Пивоваров
Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия

Ранее было показано, что активация периферических опиатных рецепторов повышает устойчивость сердца к аритмогенным воздействиям. В связи с этим возникла необходимость выяснить значение центральных опиатергических структур в генезе нарушений сердечного ритма при острой ишемии миокарда.

Опыты поставлены на 39 беспородных крысах-самцах, наркотизированных нембуталом (50 мг/кг внутривентриально), массой 150–200 г, под управляемым дыханием с высокой перевязкой коронарной артерии и регистацией у них ЭКГ. Все животные были поделены на 3 группы: контрольные (15) и опытные с электрокоагуляцией центрального серого вещества (11) и с электростимуляцией его (13) прямоугольными импульсами 2 В, 100 Гц.

В результате исследований было выяснено, что предварительная стимуляция ЦСВ перед перевязкой коронарной артерии уменьшала по сравнению с контролем количество желудочковых экстрасистол и предупреждала появление фибрилляции желудочков. Коагуляция этого образования сопровождалась ухудшением электрической стабильности миокарда по всем его параметрам: у животных увеличивалось число желудочковых экстрасистол и пароксизмальных желудочковых тахикардий, переходящих в фибрилляцию желудочков.

Таким образом, показано, что активация центральных опиатергических структур, в частности ЦСВ, играет важную роль в стабилизации сердечной деятельности в условиях острой ишемии миокарда.

V.41

АНТАГОНИСТЫ КАЛЬЦИЯ КАК ПОЛИВАЛЕНТНЫЙ ФАКТОР ЗАЩИТЫ МИОКАРДА ПРИ ЕГО ИШЕМИИ И РЕПЕРFUЗИИ

П.Ф. Литвицкий
ММА им И.М. Сеченова, Москва, Россия

Дисбаланс ионов, связанное с этим накопление избытка жидкости в кардиоцитах ишемизированной и особенно реперфузируемой зоны сердца, является одним из ключевых звеньев патогенеза как ишемического, так и реперфузионного синдромов коронарной недостаточности (КН) (Литвицкий П.Ф., 1982, 1994). Доказан факт высокой терапевтической эффективности антагонистов кальция при различных клинических формах КН (Комаров Ф.И. и соавт. 1980; Литвицкий П.Ф., 1982, 1994).

В настоящей работе на экспериментальной модели транзиторной КН (длительность ишемии миокарда 10, 20, 40, 120 мин, реперфузии — 40, 60, 120 мин), воспроизведенной по ранее описанной методике (Литвицкий П.Ф., 1994), изучены возможные механизмы защитного действия корин-

фора (0,5 мг/кг) и нифедипина (5 мг/кг) производства фирмы Nycomed, вводимых парентерально за 10 мин до коронароокклюзии.

Результаты исследований позволяют сделать заключение о множественных механизмах реализации кардиопротективного действия антагонистов кальция. К ним относятся: 1. Снижение степени нарушения энергообеспечения кардиомиоцитов (о чем свидетельствует более высокое — в среднем на 15%, содержание в них АТФ, меньшие потеря ими КФК и снижение АТФазы миозина — в среднем на 18% в сравнении с нелечеными животными). 2. Уменьшение выраженности повреждения мембран клеток миокарда. 3. Защита ферментов кардиомиоцитов. Реальность двух последних механизмов подтверждается данными о меньшей степени активации процесса липопероксидации, выраженности электронномикроскопических признаков повреждения сарколеммы и мембран митохондрий, потери кардиоцитами креатинфосфокиназы и подавления активности АТФазы миозина. 4. Коррекция механизма симпатэргической регуляции сердца. Это обеспечивается за счет снижения его адренергических свойств, что препятствует кардиотоксическому действию катехоламинов. 5. Торможение процесса избыточной коагуляции белков крови, агрегации и агглютинации ее форменных элементов. Это аргументируется фактами об уменьшении контактной активности и времени адгезии тромбоцитов, о замедлении образования нитей фибрина и тромба.

V.42

ИЗМЕНЕНИЕ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ

Ю.Ю. Бяловский, С.А. Шустова
Медицинский университет, Рязань, Россия

Перекисное окисление липидов (ПОЛ), затрагивая фосфолипиды мембран и значительно нарушая мембранный транспорт, является одним из универсальных механизмов повреждения клеток. Изучение процессов ПОЛ, а также состояния антиоксидантной системы (АОС) при действии различных факторов среды представляется весьма актуальной и своевременной задачей.

Цель исследования: изучение изменений процессов ПОЛ и состояния АОС при экспериментальном моделировании бронхиальной обструкции. В исследовании принимали участие 28 практически здоровых лиц обоего пола, в возрасте от 18 до 38 лет, которым в течение 3 минут предъявлялись инспираторные резистивные дыхательные нагрузки величиной 40% от максимального внутриротового давления, регистрируемого при проведении пробы Мюллера (P_{тmax}). Для оценки ПОЛ использовали уровень малонового диальдегида, свободных жирных кислот и гидроперекисей крови. Уровень активности АОС оценивали по интегральному показателю общей антиоксидантной активности (АОА) и активности каталазы плазмы. Установлено, что кратковременное использование инспираторной резистивной нагрузки 40% P_{тmax} тормозит ПОЛ и активизирует АОС организма. Так, уменьшалась концентрация малонового диальдегида с 4,27±0,04 до 4,1±0,05 мкмоль/л (p<0,01); снижалась концентрация свободных жирных кислот с 0,54±0,02 до 0,4±0,01 ммоль/л (p<0,01); активность гидроперекисей падала с 1,46±0,02 до 1,2±0,03 Е/мл (p<0,001). Наряду с торможением процессов ПОЛ отмечались рост общей антиоксидантной активности с 29,6±0,6 до 35±0,44% и повышение каталазной активности с 8,9±0,1 до 11,0±0,3 мкат/л. Антиоксидантный и липопротекторный эффект инспираторных резистивных нагрузок проявлялся у всех испытуемых независимо от возраста и пола. Эти данные позволяют предположить существование специфических адаптационных механизмов торможения ПОЛ при бронхиальной обструкции, что, вероятно, связано с активацией резорбтивных процессов в сосудах легких, приводящей к усиленному выходу из легких биологически активных веществ и ферментов, обладающих антиоксидантной активностью.

V.43

ВЛИЯНИЕ СВЕТА НА ЦИРКАДΙΑННЫЕ ПЕЙСМЕКЕРЫ

А.В. Герасимов, С.В. Логвинов
СГМУ, Томск, Россия

Рассматривая яркий свет как эффективное паллиативное средство коррекции сезонного спада активности и настроения людей, предполагается, что исчезновение симптома зимней депрессии связано с ускорением общего обмена веществ, активизацией симпато-адреналовой системы, в меньшей степени влиянием сдвига фазы активности эпифиза, и что реакция этих систем имеет направленность, аналогичную при смене зимнего сезона летним (Путилов А.А., 1998). В сетчатке в отличие от эпифиза при

подобной интенсивности и режиме облучения у крыс развиваются дегенеративные изменения, которые при 48-часовом воздействии света с освещенностью 3500 лк вызывают очаговый некроз нейросенсорных клеток и пигментозия, прорыв гематоретинального барьера (Machizuki M., 1988; Логвинов С.В. с соавт., 1999).

В супрахизматических ядрах гипоталамуса крыс через 48 часов пребывания под воздействием яркого света с освещенностью объектов 3500 лк нами обнаружено увеличение содержания нейронов с гиперхромными ядрами и явлениями хроматолиза, дегенеративные изменения синапсов в переплетении локальной сети отростков пейсмерных клеток с укорочением общей длины активной зоны контактов и уменьшением количества синаптических пузырьков. В медиальной мелкоклеточной популяции паравентрикулярных нейронов, имеющих отношение к выработке кортиколиберина, крупных секреторных нейронов супраоптических, в меньшей степени паравентрикулярных ядер клеточная формула сдвигалась в сторону функционально активных клеток. Деятельность пинеалоцитов шишковидной железы угнеталась. На 10-е сутки после воздействия на фоне угнетения активности нейросекреторных клеток гипоталамуса отмечалось частичное восстановление специфической деятельности пинеалоцитов. Увеличивался объем ядер, ядрышкового материала, комплекса Гольджи, содержание секреторных гранул с электронно-плотной сердцевинкой в булавовидных окончаниях вблизи капилляров и мелатонина в цитоплазме. Ритм сезонной активности шишковидной железы на 90-е сутки эксперимента существенно отличался от контроля.

V.44

НОВАЯ НАУЧНАЯ МЕТОДОЛОГИЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЭФФЕКТИВНЫХ ДОЗ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

С.В. Криштопенко, Е.Б. Попова, М.С. Тихов
Военно-медицинский институт, Нижний Новгород, Россия

Эффективные дозы показывают, с какой вероятностью после их воздействия следует ожидать проявления заданного признака (эффекта). Они используются в эксперименте и клинике для тестирования и подбора оптимальных доз лекарственных препаратов.

Существующая методология определения эффективных доз, основанная на применении линейных моделей пробит-анализа в модификациях Литчфилда–Вилкоксона и Финни, не позволяет анализировать нелинейные зависимости «доза–эффект», предъявляет жесткие требования к планированию экспериментов, полученным исходным данным и не применима при наличии погрешностей испытанных доз.

Нами разработана и прошла апробацию в экспериментальных и клинических условиях новая методология определения эффективных доз лекарственных препаратов по результатам независимых единичных испытаний без предъявления требований к формированию однородных групп тест-объектов. Она основана на реализации математического алгоритма ядерной оценки регрессии и позволяет строить и анализировать любые виды зависимости «доза–эффект», в том числе и парадоксальные (при увеличении дозы вероятность эффекта снижается) с учетом погрешности исходных данных. Применение новой методологии позволяет статистически достоверно определять эффективные дозы на минимально возможном, исходя из заданных статистических критериев, числе наблюдений. Так, для определения среднеэффективной дозы (ЕД50) достаточно 10–12 тест-объектов. Предлагаемая методология может быть использована в общей и клинической фармакологии, токсикологии, радиобиологии.

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ НАУЧНЫХ РАБОТ

А

Абазова Ф.И., Томск, Россия, (II.17.6.)
 Абакумова А.А., Москва, Россия, (II.10.2.)
 Абдулкина Н.Г., Томск, Россия, (V.23.)
 Абдулхабирова М.А., Москва, Россия, (II.21.12.)
 Абдулхабирова Ф.М., Москва, Россия, (II.26.7.)
 Абдумаджидов А.Ш., Ташкент, Узбекистан, (II.15.28.)
 Абидов М.Т., Москва, Россия, (II.7.4., II.17.12.)
 Абузарова Г.Р., Москва, Россия, (III.2., III.20.)
 Авдеев С.Н., Москва, Россия, (II.10.8.)
 Аверьянова С.В., Саратов, Россия, (II.13.116., II.13.117.)
 Агамов А.Г., Ярославль, Россия, (II.13.13.)
 Аганесов А.Г., Москва, Россия, (I.1.22., II.12.3., II.21.25.)
 Агзамходжаев Т.С., Ташкент, Узбекистан, (II.15.12.)
 Агуреев А.И., Москва, Россия, (II.13.93.)
 Айвазян Т.А., Москва, Россия, (IV.7.)
 Айрапетов К.Г., Ростов-на-Дону, Россия, (II.13.60., II.13.61., II.13.62.)
 Айрапетова Н.С., Москва, Россия, (II.17.16., IV.7.)
 Албегова Д.В., Владикавказ, Россия, (II.15.6., II.15.7.)
 Александрова Г.Ф., Москва, Россия, (II.26.7.)
 Александрова Р.А., Санкт-Петербург, Россия, (II.17.23.)
 Алексеева Н.В., Иваново, Россия, (II.11.15., II.26.4.)
 Алемасов Р.Ю., Ташкент, Узбекистан, (II.15.9., II.15.10.)
 Алиев О.М., Махачкала, Россия, (III.19.)
 Алифирова В.М., Томск, Россия, (II.11.21.)
 Алтыбаева Д.Д., Ташкент, Узбекистан, (II.15.32.)
 Алтыбаева З.Д., Ташкент, Узбекистан, (II.15.31.)
 Алтыбаева С.Ш., Ташкент, Узбекистан, (II.15.29., II.15.30., II.15.31.)
 Алябьев В.Л., Томск, Россия, (V.22.)
 Алясова А.В., Нижний Новгород, Россия, (II.13.46.)
 Аминов Г.Г., Обнинск, Россия, (II.13.14.)
 Амиров Н.Б., Казань, Татарстан, (II.17.22.)
 Ананьев К.Г., Хабаровск, Россия, (II.6.3.)
 Анварова И.И., Ташкент, Узбекистан, (I.2.5.)
 Андреева Т.В., Смоленск, Россия, (II.13.109., II.13.111., II.13.112.)
 Андрейцев И.Л., Москва, Россия, (II.24.1.)
 Андриевская Т.Г., Иркутск, Россия, (II.2.7.)
 Аникеев В.М., Смоленск, Россия, (II.13.113.)
 Анисимкина А.Н., Москва, Россия, (II.17.16.)
 Антипов В.А., Москва, Россия, (II.13.39.)
 Антипов С.А., Томск, Россия, (II.13.44.)
 Антоненко Н.М., Томск, Россия, (II.16.3.)
 Антонов А.Р., Кёльн, Германия, (II.15.35.)

Антонов А.Р., Новосибирск, Россия, (II.8.11., II.10.3., II.10.5., II.10.6., II.13.63., 216)
 Антонюк М.В., Владивосток, Россия, (V.31., V.32.)
 Антропова Н.Ю., Ярославль, Россия, (II.6.2.)
 Антропова О.Н., Барнаул, Россия, (II.8.21.)
 Аранович А.М., Курган, Россия, (II.21.26.)
 Аржаненко О.М., Москва, Россия, (II.8.10.)
 Арзуманов Ю.Л., Москва, Россия, (II.10.2.)
 Арий Е.Г., Томск, Россия, (II.24.5., II.24.6.)
 Аркин О.Б., Иваново, Россия, (II.17.10., II.18.2., II.18.3., II.18.4.)
 Аркина А.И., Иваново, Россия, (II.17.9., II.17.10.)
 Аркина Н.А., Иваново, Россия, (II.18.2.)
 Артифесов И.В., Иваново, Россия, (II.15.11.)
 Артюх Д.А., Краснодар, Россия, (II.24.8.)
 Архипова Н.А., Москва, Россия, (III.21.)
 Арьев А.Л., Санкт-Петербург, Россия, (I.1.13., II.22.10., III.10., IV.4., IV.5.)
 Атдурев В.А., Нижний Новгород, Россия, (II.13.94.)
 Афанасьев С.Г., Томск, Россия, (II.13.44.)
 Афанасьева Н.Б., Москва, Россия, (II.13.43.)
 Афонина М.В., Томск, Россия, (V.21.)
 Ахметзянов Ф.Ш., Казань, Россия, (I.1.12., II.13.87.)

Б

Бабаева И.Ю., Краснодар, Россия, (II.17.7., II.17.8.)
 Багаев В.И., Киров, Россия, (II.15.41.)
 Бадалянц И.Е., Самара, Россия, (I.2.7.)
 Баева И.Ю., Томск, Россия, (II.25.2.)
 Балашов П.П., Томск, Россия, (II.10.10., II.16.4.)
 Барановская Н.П., Челябинск, Россия, (II.6.24.)
 Барановский И.И., Ростов-на-Дону, Россия, (II.9.2., II.13.99., III.11.)
 Бардычев М.С., Обнинск, Россия, (II.13.47.)
 Барсуков В.Ю., Саратов, Россия, (II.13.20., II.13.71.)
 Басарева Н.И., Томск, Россия, (II.15.4.)
 Басинская Н.М., Благовещенск, Россия, (II.6.1., II.7.1.)
 Батыршина З.Х., Ташкент, Узбекистан, (II.15.29.)
 Бачурин Р.Е., Ростов-на-Дону, Россия, (II.11.1.)
 Бегжанова Н.Н., Ташкент, Узбекистан, (II.15.13., II.15.15.)
 Беда Н.А., Астрахань, Россия, (II.13.3.)
 Безруков А.Е., Самара, Россия, (II.5.5.)
 Белова В.В., Иваново, Россия, (II.11.3.)
 Белозеров А.А., Кёльн, Германия, (II.15.35.)
 Белоусова Г.И., Томск, Россия, (V.7., V.8., V.9., V.10.)
 Бельцин А.Г., Астрахань, Россия, (II.5.6.)
 Беляева Т.Л., Томск, Россия, (II.15.50.)
 Березина А.М., Иваново, Россия, (II.5.1.)
 Береснев В.А., Москва, Россия, (III.2.)
 Берштейн Л.М., Санкт-Петербург, Россия, (II.13.52.)
 Бивалькевич В.Г., Челябинск, Россия, (II.15.42.)
 Бивалькевич Е.В., Челябинск, Россия, (II.15.42.)
 Биктимиров Т.З., Ульяновск, Россия, (I.1.29., IV.12., IV.13.)
 Благочинова Е.М., Самара, Россия, (II.8.18.)
 Бобков А.В., Москва, Россия, (II.15.43., II.15.44., II.15.45., II.15.46., II.15.47.)
 Бобков В.А., Иваново, Россия, (II.17.9., II.18.1., II.18.2., II.18.3., II.18.8., II.21.13.)
 Бобкова А.С., Москва, Россия, (II.17.17.)

Богатырева М.В., Самара, Россия, (II.21.5.)
 Бойко А.В., Москва, Россия, (II.13.40., II.13.41.)
 Болевич С., Москва, Россия, (V.5.)
 Большакова Г.А., Смоленск, Россия, (I.1.31., I.1.32., II.13.110., II.13.113.)
 Бордюшков Ю.Н., Ростов-на-Дону, Россия, (II.13.66.)
 Борисов В.И., Москва, Россия, (II.13.11., II.13.76.)
 Борисова Н.Ф., Москва, Россия, (II.1.1.)
 Бородулина Е.В., Томск, Россия, (II.24.10., V.21.)
 Босых В.Г., Москва, Россия, (II.15.36.)
 Боянжу В.А., Мурманск, Россия, (IV.8.)
 Брыленкова Т.Н., Иваново, Россия, (II.18.3.)
 Бубликов И.Д., Рязань, Россия, (II.13.105., II.13.106., II.13.107.)
 Бугаев С.А., Москва, Россия, (II.8.14., II.17.17.)
 Будагов Р.С., Обнинск, Россия, (II.13.86.)
 Бурнина М.М., Санкт-Петербург, Россия, (II.13.52)
 Бухарова И.В., Казань, Россия, (II.13.35.)
 Быков Ю.Н., Иркутск, Россия, (II.11.16.)
 Быкова В.И., Москва, Россия, (III.21.)
 Быстров С.А., Самара, Россия, (II.3.3.)
 Быстрова Ю.В., Самара, Россия, (II.3.3.)
 Бяловский Ю.Ю., Рязань, Россия, (V.42.)
 Бяхов М.Ю., Москва, Россия, (I.3.2., II.5.10., II.13.11., II.13.74., II.13.75., II.13.76., II.13.77., II.13.78.)

В

Ваганова В.С., Владивосток, Россия, (II.4.1.)
 Важенин А.В., Челябинск, Россия, (II.13.51., II.13.54.)
 Важенина З.П., Челябинск, Россия, (II.13.53.)
 Вайсман М.А., Москва, Россия, (I.2.1., III.1.)
 Вакулина Г.В., Томск, Россия, (IV.2.)
 Вакутина Г.Ю., Омск, Россия, (II.8.15., IV.1.)
 Валеева Л.А., Уфа, Башкортостан, (II.8.19.)
 Валентик М.Ф., Новосибирск, Россия, (II.22.9.)
 Валиева Ф.Т., Ташкент, Узбекистан, (II.15.30.)
 Валикова Т.А., Томск, Россия, (II.11.22.)
 Валкин Д.Л., Москва, Россия, (II.13.77., II.13.78.)
 Варзер Е.А., Ростов-на-Дону, Россия, (II.13.58.)
 Варламова С.Е., Москва, Россия, (II.13.77., II.13.78.)
 Васильев А.В., Томск, Россия, (II.1.2.)
 Васильев Н.А., Москва, Россия, (II.23.2.)
 Васильева Е.А., Самара, Россия, (II.2.6.)
 Васильченко Е.Е., Томск, Россия, (II.24.12.)
 Васюхин Б.Е., Омск, Россия, (II.21.18.)
 Вахидов А.Ш., Ташкент, Узбекистан, (II.15.14.)
 Вахрушева И.С., Томск, Россия, (V.7., V.9.)
 Великолуг К.А., Москва, Россия, (I.2.1., III.1.)
 Вельбик И.В., Томск, Россия, (III.9.)
 Вельшер Л.З., Москва, Россия, (II.13.19., II.13.22., II.13.23., II.13.24., II.13.26., V.11.)
 Верховцева А.И., Ростов-на-Дону, Россия, (II.13.30., II.13.62.)
 Виниченко А.В., Краснодар, Россия, (II.13.67., II.13.68.)
 Винокуров В.Л., Санкт-Петербург, Россия, (II.13.49.)
 Винокурова Н.А., Санкт-Петербург, Россия, (II.13.50.)
 Винькова Г.А., Челябинск, Россия, (II.14.1.)
 Виткина Т.И., Владивосток, Россия, (II.17.13.)
 Вишневицкий В.И., Курск, Россия, (II.8.7.)

Владимирова Л.Ю., Ростов-на-Дону, Россия, (II.13.30.)
 Власова Г.А., Омск, Россия, (II.21.22.)
 Власова Н.А., Уфа, Башкортостан, (II.8.19.)
 Водопьян А.В., Благовещенск-на-Амуре, Россия, (II.17.20., II.17.21.)
 Возный Э.К., Москва, Россия, (II.13.75., II.13.77.)
 Войтович А.В., Санкт-Петербург, Россия, (II.13.36., II.13.37.)
 Войцицкий В.Е., Новосибирск, Россия, (III.23.)
 Волокитина Е.А., Курган, Россия, (II.21.6., III.14.)
 Вольвич Н.В., Новосибирск, Россия, (II.22.2.)
 Ворновский В.А., Воронеж, Россия, (V.24., V.25.)
 Ворожищев Ю.А., Екатеринбург, Россия, (III.17.)
 Воропаев В.В., Воронеж, Россия, (V.27.)
 Воротникова И.В., Челябинск, Россия, (I.1.24.)

Г

Габуния З.Р., Москва, Россия, (II.13.22., II.13.23., II.13.24.)
 Гаврилюк М.П., Челябинск, Россия, (II.13.65.)
 Гайдамак В.И., Омск, Россия, (II.8.16.)
 Галова Л.В., Астрахань, Россия, (II.5.8.)
 Галян А.Н., Томск, Россия, (II.24.3., II.24.10., II.24.12., V.21.)
 Ганжула П.А., Москва, Россия, (II.12.1., V.15.)
 Ганиев А.К., Ташкент, Узбекистан, (II.15.23.)
 Гарифуллина Р.Р., Уфа, Башкортостан, (II.5.9.)
 Гафаров М.М., Уфа, Башкортостан, (II.5.11., II.6.15.)
 Гвахария Н.В., Москва, Россия, (II.13.22., II.13.24.)
 Гейниц А.В., Москва, Россия, (II.24.18.)
 Герасименко М.Ю., Москва, Россия, (II.1.3., II.21.10., III.8.)
 Герасимов А.А., Екатеринбург, Россия, (II.21.9., III.15., III.16., III.17., III.18.)
 Герасимов А.В., Томск, Россия, (V.43.)
 Герасимова Е.А., Екатеринбург, Россия, (V.36.)
 Геронина С.А., Владивосток, Россия, (II.17.13., II.17.15.)
 Гимранов А.М., Казань, Россия, (II.13.35.)
 Гимранов Р.Ф., Москва, Россия, (III.21.)
 Главинская Т.А., Нижний Новгород, Россия, (II.18.9.)
 Гладков О.А., Челябинск, Россия, (II.13.51.)
 Глотов А.В., Омск, Россия, (II.13.2., II.18.10., II.18.11., II.18.12.)
 Глушук С.Ф., Томск, Россия, (II.24.4.)
 Гнездилов А.В., Санкт-Петербург, Россия, (IV.4., IV.5.)
 Голевцова З.Ш., Омск, Россия, (II.8.15., II.8.16.)
 Голикова Т.А., Астрахань, Россия, (I.1.15., II.13.12.)
 Голотина Л.Ю., Ростов-на-Дону, Россия, (II.13.60., II.13.61., II.13.66.)
 Гольдберг В.Е., Томск, Россия, (II.13.121.)
 Гонтарь Е.В., Москва, Россия, (II.17.16.)
 Гончаренко О.Т., Санкт-Петербург, Россия, (II.22.10., III.10.)
 Гончарова Г.Н., Красноярск, Россия, (I.1.26.)
 Гончарова Т.А., Нижний Новгород, Россия, (V.38.)
 Гордиевских Н.И., Курган, Россия, (III.14.)
 Горелова Ю.В., Томск, Россия, (V.23.)
 Горло Е.И., Ростов-на-Дону, Россия, (II.13.61., II.13.66.)
 Горляковский Ю.А., Омск, Россия, (II.26.8., II.26.9.)

Горожанская Э.Г., Москва, Россия, (II.13.29.)
 Горошинская И.А., Ростов-на-Дону, Россия, (II.13.61., II.13.62., II.13.66.)
 Горский В.А., Москва, Россия, (II.24.1.)
 Горшков А.Н., Москва, Россия, (I.3.2., II.13.26., II.13.74., II.13.75., II.13.77., II.13.78.)
 Горшков О.Ю., Ульяновск, Россия, (II.13.96.)
 Горшенев Ю.А., Воронеж, Россия, (I.1.4.)
 Горшунова Н.К., Курск, Россия, (I.1.16.)
 Горьков М.А., Краснодар, Россия, (II.13.68.)
 Госн Л.Д., Москва, Россия, (II.17.17.)
 Гохман В.Р., Новосибирск, Россия, (II.13.63., II.13.64.)
 Гребенев С.А., Омск, Россия, (II.13.122.)
 Гребенникова О.П., Москва, Россия, (II.13.23., II.13.24.)
 Гречканев Г.О., Нижний Новгород, Россия, (II.13.46.)
 Грибанова Е.В., Самара, Россия, (II.2.5.)
 Грибанова Т.В., Санкт-Петербург, Россия, (II.6.6.)
 Грибов С.А., Томск, Россия, (II.24.10., V.21.)
 Григорьев Е.Г., Иркутск, Россия, (II.13.108.)
 Григорьева Е.А., Ярославль, Россия, (IV.11.)
 Григорян Г.А., Ташкент, Узбекистан, (II.15.30., II.15.31.)
 Гриднева Т.Д., Томск, Россия, (V.20.)
 Гришина Т.И., Москва, Россия, (V.11.)
 Грушецкая И.С., Рязань, Россия, (II.8.8.)
 Губина Л.П., Иркутск, Россия, (II.1.4.)
 Гулидов И.А., Обнинск, Россия, (II.13.14.)
 Гулямов Р.А., Ташкент, Узбекистан, (I.2.5.)
 Гуменюк С.Е., Краснодар, Россия, (II.24.8.)
 Гуревич М.А., Москва, Россия, (II.8.17.)
 Гуревич Т.С., Санкт-Петербург, Россия, (II.19.1.)
 Гуров С.Н., Москва, Россия, (II.13.77.)
 Гусева К.Ю., Иваново, Россия, (II.18.4.)
 Гусева Н.М., Рязань, Россия, (II.8.9.)
 Гуторов С.Н., Москва, Россия, (II.13.75.)

Д

Давтян К.А., Ижевск, Россия, (I.2.2.)
 Давыдкин Н.Ф., Самара, Россия, (II.11.2.)
 Давыдов М.И., Москва, Россия, (II.24.17.)
 Данилкин М.Ю., Курган, Россия, (II.21.27.)
 Данилов С.И., Санкт-Петербург, Россия, (II.6.7., II.15.20.)
 Дармограй В.Н., Рязань, Россия, (II.13.106.)
 Дарьялова С.Л., Москва, Россия, (II.13.40., II.13.41.)
 Дарянина С.А., Новосибирск, Россия, (II.7.5.)
 Девятченко Т.Ф., Волгоград, Россия, (II.13.84.)
 Дедкова Л.М., Новосибирск, Россия, (II.7.5.)
 Демидова Л.В., Москва, Россия, (II.13.39.)
 Деньгина Н.В., Ульяновск, Россия, (II.13.95.)
 Деревнина Н.А., Москва, Россия, (II.17.16., II.17.17.)
 Дерюгина М.С., Томск, Россия, (II.24.4., II.24.5., II.24.6., II.24.7., II.25.2.)
 Десятниченко К.С., Курган, Россия, (II.21.26.)
 Джалилов А.П., Ташкент, Узбекистан, (II.15.22., II.15.27.)
 Джалилов П.С., Ташкент, Узбекистан, (II.15.23., II.15.26., II.15.27., II.15.28.)
 Джемуратов М., Бишкек, Кыргызстан, (II.13.16., II.13.17.)

Джубатова Р.С., Ташкент, Узбекистан, (I.2.5., II.15.16., II.15.17.)
 Джурко М.Н., Ярославль, Россия, (II.18.16.)
 Дзеранова Р.Г., Владикавказ, Россия, (II.15.6., II.15.7.)
 Дикке Г.Б., Томск, Россия, (II.1.5.)
 Диринов В.А., Москва, Россия, (II.21.12.)
 Дитятковский М.А., Иваново, Россия, (II.17.10.)
 Добкина М.Н., Томск, Россия, (II.15.49., II.15.50., II.15.51.)
 Добренский М.Н., Астрахань, Россия, (II.13.3.)
 Добровольская Н.Ю., Москва, Россия, (II.13.75., II.13.77.)
 Додонов А.Г., Самара, Россия, (II.8.18.)
 Долгов А.Н., Челябинск, Россия, (II.2.1.)
 Дорничев В.М., Санкт-Петербург, Россия, (II.19.1.)
 Доронина Ю.В., Москва, Россия, (II.17.16., II.17.17.)
 Дорофеев Ю.Н., Тюмень, Россия, (II.21.1.)
 Дорофеева Н.В., Уфа, Башкортостан, (II.5.9.)
 Дорохов Е.В., Воронеж, Россия, (I.1.4., II.17.1.)
 Дорошенкова А.Е., Краснодар, Россия, (II.17.8.)
 Достовалова О.В., Томск, Россия, (II.11.10.)
 Дранишников А.К., Новокузнецк, Россия, (I.1.11.)
 Дробот Н.Н., Краснодар, Россия, (II.17.8.)
 Дробышев В.А., Новосибирск, Россия, (II.20.1.)
 Дубаков А.В., Томск, Россия, (II.17.6., II.24.7.)
 Дубинина И.И., Рязань, Россия, (II.26.6.)
 Дуванский В.А., Москва, Россия, (II.24.17., II.24.19.)
 Духов В.М., Омск, Россия, (II.21.19.)
 Дыгай А.М., Томск, Россия, (II.24.12.)
 Дьяконова Е.Н., Иваново, Россия, (II.15.11.)
 Дюбанова Г.А., Новосибирск, Россия, (II.22.9.)

Е

Евдокимов Г.М., Саратов, Россия, (II.13.20., II.13.21., II.13.71., II.13.72., II.25.3.)
 Евтушенко И.Д., Томск, Россия, (II.1.7.)
 Егоров В.В., Ульяновск, Россия, (I.1.28., I.1.29.)
 Егорова Л.А., Иваново, Россия, (II.17.25.)
 Егорова Л.В., Омск, Россия, (II.18.12.)
 Егорова Л.П., Санкт-Петербург, Россия, (II.13.10.)
 Елисеева Л.Н., Краснодар, Россия, (I.1.5., I.1.17., II.2.3., II.8.1.)
 Ельникова Т.В., Иваново, Россия, (II.17.24.)
 Еникеева Г.Р., Уфа, Башкортостан, (II.8.19.)
 Епихин В.С., Ростов-на-Дону, Россия, (II.11.1.)
 Ергалиев У., Ташкент, Узбекистан, (II.15.27.)
 Еременкова Л.С., Томск, Россия, (II.6.11., II.6.12., II.6.13., II.15.38.)
 Ермолаев А.В., Астрахань, Россия, (II.14.2.)
 Ермолаев В.Г., Астрахань, Россия, (II.14.2.)
 Ермолаева Т.Н., Астрахань, Россия, (II.13.3., II.17.19.)
 Ермошина Н.П., Рязань, Россия, (II.6.22.)
 Есауленко И.Э., Воронеж, Россия, (II.17.1.)
 Ефимов Н.П., Томск, Россия, (II.24.10.)
 Ефимов О.И., Москва, Россия, (I.1.6., II.15.1.)
 Ефимова Е.Г., Иваново, Россия, (II.17.25.)
 Ефимова Л.Г., Ростов-на-Дону, Россия, (II.13.56., II.13.57., II.13.58.)
 Ефремов А.В., Кёльн, Германия, (II.15.35.)
 Ефремов А.В., Новосибирск, Россия, (II.10.3., II.10.4., II.10.5., II.10.6., II.13.63., II.13.64.)

Ефремова Е.Г., Новосибирск, Россия, (II.6.16., II.6.17.)
 Ефремова Н.А., Иваново, Россия, (II.26.2.)
 Ефремушкин Г.Г., Барнаул, Россия, (II.8.20., II.8.21.)

Ж

Жалалов Р.К., Ташкент, Узбекистан, (II.15.10.)
 Жандарова Л.Ф., Саратов, Россия, (II.13.15., II.13.81.)
 Жанков А.И., Томск, Россия, (II.1.7.)
 Жмылев А.Е., Саратов, Россия, (I.3.3.)
 Жмылева О.А., Саратов, Россия, (II.13.15.)
 Жук Е.А., Иваново, Россия, (II.17.18.)
 Жуков Б.Н., Самара, Россия, (II.2.2., II.2.5., II.2.6.)
 Жуков Н.В., Москва, Россия, (II.13.29.)
 Жукова Г.И., Нижний Новгород, Россия, (II.6.9.)
 Жукова Н.Г., Томск, Россия, (II.15.49., II.15.50., II.15.51.)
 Журавлев Г.В., Рязань, Россия, (II.13.107.)
 Журавлева Н.Е., Иваново, Россия, (II.17.11.)
 Журавская Н.С., Владивосток, Россия, (V.33.)

З

Забродина О.С., Томск, Россия, (II.11.6.)
 Завадский В.Н., Ярославль, Россия, (II.6.2.)
 Заводовская В.Д., Томск, Россия, (II.25.2.)
 Завьялова Г.Н., Томск, Россия, (II.15.49., II.15.50., II.15.51.)
 Загородний Н.В., Москва, Россия, (II.21.12.)
 Зайдинер Б.М., Ростов-на-Дону, Россия, (II.9.2., II.13.99., III.11.)
 Зайкова Э.Ф., Омск, Россия, (II.7.9.)
 Зайцев В.П., Москва, Россия, (IV.7.)
 Зайцев С.В., Санкт-Петербург, Россия, (II.17.23.)
 Зайцева Н.В., Рязань, Россия, (II.8.8.)
 Закирходжаев М.А., Ташкент, Узбекистан, (II.15.25.)
 Загора Г.И., Ростов-на-Дону, Россия, (II.13.61.)
 Замятин О.А., Москва, Россия, (II.13.73.)
 Зар В.В., Москва, Россия, (II.24.13.)
 Зарицкая В.А., Москва, Россия, (I.3.2.)
 Засорина М.А., Москва, Россия, (III.21.)
 Захаренков В.В., Новокузнецк, Россия, (I.1.11.)
 Захаров Н.Б., Киров, Россия, (II.16.6.)
 Захарова Н.О., Самара, Россия, (I.2.7.)
 Зельдович Д.Р., Санкт-Петербург, Россия, (II.13.52.)
 Зиганшин О.Р., Челябинск, Россия, (II.22.3.)
 Зингилевский К.Б., Краснодар, Россия, (II.8.26.)
 Зинькевич В.К., Мурманск, Россия, (IV.8.)
 Зинькович В.И., Екатеринбург, Россия, (III.18.)
 Златник Е.Ю., Ростов-на-Дону, Россия, (II.13.30., II.13.60., II.13.61., II.13.62.)
 Злоказова М.В., Киров, Россия, (II.15.40.)
 Знаменская М.Г., Курган, Россия, (II.21.8.)
 Золотова Н.Н., Ташкент, Узбекистан, (II.5.2.)
 Золотова С.П., Санкт-Петербург, Россия, (II.6.6.)
 Зоря В.И., Москва, Россия, (II.21.28.)
 Зубарева Т.П., Рязань, Россия, (II.13.105.)
 Зубахин А.А., Новосибирск, Россия, (V.19.)
 Зубова Н.Д., Обнинск, Россия, (II.13.100.)
 Зуй В.С., Смоленск, Россия, (II.13.111., II.13.112.)
 Зюзько Е.В., Омск, Россия, (II.8.16.)

И

Ибрагимов У.К., Ташкент, Узбекистан, (II.15.26., II.24.20.)
 Иванилов Е.А., Новосибирск, Россия, (II.2.8., II.2.9., II.4.1., II.20.1., III.7.)
 Иванов В.М., Астрахань, Россия, (II.13.102., II.13.103.)
 Иванов В.М., Москва, Россия, (II.13.101.)
 Иванов Е.М., Владивосток, Россия, (V.32.)
 Иванов О.И., Астрахань, Россия, (II.13.3.)
 Иванов О.Л., Москва, Россия, (IV.3.)
 Иванова В.А., Ростов-на-Дону, Россия, (II.13.6.)
 Иванова Н.А., Смоленск, Россия, (II.11.20.)
 Иванова О.В., Астрахань, Россия, (II.13.102., II.13.103.)
 Иванова О.И., Томск, Россия, (II.26.1.)
 Иванова О.М., Санкт-Петербург, Россия, (I.1.23.)
 Иванян А.А., Москва, Россия, (II.24.16.)
 Ивашенко Н.А., Москва, Россия, (II.23.2.)
 Игнатенко Н.Ф., Самара, Россия, (II.11.2.)
 Измайльская Г.А., Санкт-Петербург, Россия, (I.1.13.)
 Ильясов Е.И., Ташкент, Узбекистан, (II.15.15.)
 Иойлева Е.Э., Москва, Россия, (V.39.)
 Ионова С.В., Иваново, Россия, (I.2.4.)
 Ионова Т.И., Санкт-Петербург, Россия, (II.13.42.)
 Исаакян Г.Р., Обнинск, Россия, (II.13.47.)
 Исанова В.А., Казань, Россия, (I.3.5.)
 Искандарова Н.Ф., Ташкент, Узбекистан, (II.15.12., II.15.22., II.15.24., III.5.)
 Исламбеков Г.К., Ташкент, Узбекистан, (II.15.13., II.15.15.)
 Исмагилов М.Ф., Казань, Россия, (I.3.5.)
 Исмаилов Г.Р., Курган, Россия, (II.21.8., II.21.24., II.21.27.)
 Итс В.Э., Новокузнецк, Россия, (V.37.)
 Ишанова О.С., Нижний Новгород, Россия, (II.17.5.)

К

Кадыкова Е.Л., Иваново, Россия, (II.18.8.)
 Кадырова Э.Г., Москва, Россия, (II.13.9.)
 Казакова И.А., Ижевск, Россия, (II.26.5.)
 Казанцева Н.Н., Омск, Россия, (II.8.15., II.8.16.)
 Казюлин А.Н., Москва, Россия, (II.13.19.)
 Калабкин А.Ф., Москва, Россия, (II.15.21.)
 Калинин В.В., Нижний Новгород, Россия, (II.13.46.)
 Калинин М.Р., Москва, Россия, (II.24.17.)
 Калинина Е.П., Владивосток, Россия, (II.17.13.)
 Калинина О.В., Иваново, Россия, (II.11.15., II.26.4.)
 Калицкий Р.С., Самара, Россия, (II.21.5.)
 Калмыков А.С., Москва, Россия, (II.13.78.)
 Калмыкова О.А., Саратов, Россия, (II.13.15.)
 Калоева З.Д., Владикавказ, Россия, (II.15.5.)
 Камалтынова Е.М., Томск, Россия, (II.15.38.)
 Канорский С.Г., Краснодар, Россия, (II.8.26.)
 Кантемирова Р.К., Санкт-Петербург, Россия, (I.1.13., III.10.)
 Капитанова Е.Т., Москва, Россия, (II.13.104.)
 Карасева В.В., Томск, Россия, (II.13.44.)
 Карев И.Д., Нижний Новгород, Россия, (II.13.31.)
 Карева Н.П., Новосибирск, Россия, (II.2.8., II.4.1., II.20.1.)

- Карелин М.И., Санкт-Петербург, Россия, (II.13.88., II.13.89.)
- Каримов Р.Н., Уфа, Башкортостан, (II.5.9.)
- Кармацких О.Л., Курган, Россия, (II.21.26.)
- Карпов В.М., Омск, Россия, (II.21.19., II.21.21.)
- Картамышев И.П., Иваново, Россия, (II.11.15.)
- Карюк Ю.А., Ростов-на-Дону, Россия, (II.9.2.)
- Карякина Л.А., Санкт-Петербург, Россия, (II.6.8.)
- Касимов О.В., Саратов, Россия, (I.1.25.)
- Касохов Т.Б., Владикавказ, Россия, (II.15.6., II.15.7.)
- Кассиль В.Л., Москва, Россия, (II.13.43.)
- Катаева Н.Г., Томск, Россия, (II.11.5., II.11.6., II.11.11., II.11.12., II.11.13., II.11.14., V.8.)
- Катаева Н.Н., Томск, Россия, (II.11.12.)
- Каушанский В.Б., Краснодар, Россия, (II.13.67., II.13.68., II.24.8.)
- Каценельсон В.М., Казань, Россия, (I.1.12.)
- Качанов И.В., Астрахань, Россия, (II.13.3.)
- Кашманова Г.Н., Иваново, Россия, (I.2.4.)
- Кецко Ю.Л., Самара, Россия, (II.2.2.)
- Кику П.Ф., Владивосток, Россия, (V.33.)
- Ким Ю.О., Новосибирск, Россия, (II.8.25.)
- Кингсеп Н.А., Москва, Россия, (II.13.27.)
- Киричук В.Ф., Саратов, Россия, (II.8.2.)
- Кирпикова М.Н., Иваново, Россия, (II.18.8.)
- Кирсанов А.И., Санкт-Петербург, Россия, (I.1.19., I.1.20.)
- Киселев А.Б., Новосибирск, Россия, (II.13.63., II.13.64.)
- Киселев Е.Н., Санкт-Петербург, Россия, (II.13.88., II.13.89.)
- Киштович А.В., Санкт-Петербург, Россия, (II.13.42.)
- Клейнер Б.И., Ростов-на-Дону, Россия, (II.13.56., II.13.57.)
- Клековкина Н.И., Киров, Россия, (II.15.40.)
- Клеменов А.В., Нижний Новгород, Россия, (II.8.24.)
- Клеменова И.А., Нижний Новгород, Россия, (II.6.25.)
- Клепиков Р.В., Москва, Россия, (II.1.1., II.12.1., V.15., V.16.)
- Климов Ю.В., Москва, Россия, (II.24.16.)
- Клишковская А.Ф., Нижний Новгород, Россия, (II.13.31.)
- Ключарев Г.В., Санкт-Петербург, Россия, (II.6.5.)
- Ключарева С.В., Санкт-Петербург, Россия, (II.6.5.)
- Клюшин Н.М., Курган, Россия, (II.21.26.)
- Книпенберг Е.В., Томск, Россия, (II.22.7.)
- Кнышова В.В., Владивосток, Россия, (II.4.1.)
- Княжевская О.В., Иваново, Россия, (II.21.13.)
- Кобрин В.И., Москва, Россия, (II.15.37.)
- Кобякова О.С., Томск, Россия, (II.17.6.)
- Ковалев А.И., Москва, Россия, (II.24.9.)
- Ковалев Ю.Н., Челябинск, Россия, (II.6.23., II.6.24., II.22.3.)
- Кодочигова А.И., Саратов, Россия, (II.8.2.)
- Кодюшев С.Е., Астрахань, Россия, (II.5.6.)
- Кожемякова О.В., Томск, Россия, (II.1.2.)
- Козлов Ю.С., Воронеж, Россия, (II.25.1.)
- Козлова Н.М., Москва, Россия, (II.23.1., II.23.3.)
- Козлова Н.С., Иваново, Россия, (II.21.13.)
- Козьмина Т.Е., Курган, Россия, (II.21.8.)
- Козявина Н.В., Владивосток, Россия, (II.17.15.)
- Кокоулин А.Г., Новосибирск, Россия, (II.2.9.)
- Колесникова В.А., Ростов-на-Дону, Россия, (II.13.56., II.13.57.)
- Колесниченко Л.С., Иркутск, Россия, (I.2.3., II.1.4., II.13.108.)
- Коломиец В.М., Курск, Россия, (I.1.27.)
- Колосова М.В., Томск, Россия, (II.13.121.)
- Колотыгина Р.Ф., Москва, Россия, (II.10.2.)
- Колтун В.З., Новокузнецк, Россия, (I.1.11.)
- Колыванов М.В., Москва, Россия, (III.21.)
- Команденко Н.И., Томск, Россия, (II.15.50.)
- Комарова В.Д., Нижний Новгород, Россия, (II.6.25.)
- Комкова Е.Ю., Новосибирск, Россия, (II.10.4.)
- Комягина Е.Н., Иваново, Россия, (II.5.4.)
- Кондаков А.В., Москва, Россия, (II.13.34.)
- Кондратьев В.Б., Санкт-Петербург, Россия, (II.13.50., III.26.)
- Кондратьева Т.Н., Самара, Россия, (II.8.18.)
- Кондурцев В.А., Самара, Россия, (II.3.3., II.21.15., V.1., V.2.)
- Коненков В.И., Омск, Россия, (II.18.11.)
- Коновалов Д.А., Самара, Россия, (V.17.)
- Конопацкова О.М., Саратов, Россия, (II.13.80., II.13.81.)
- Контрощикова К.Н., Нижний Новгород, Россия, (V.38.)
- Кончугова Т.В., Москва, Россия, (II.2.4., II.21.11.)
- Копилов Е.И., Иваново, Россия, (II.18.4.)
- Корабев У.М., Москва, Россия, (II.24.19.)
- Корнетов Н.А., Томск, Россия, (II.15.38.)
- Корнилов Л.Я., Иваново, Россия, (II.17.25.)
- Корнилов Н.В., Санкт-Петербург, Россия, (II.13.37.)
- Коробов В.В., Казань, Россия, (I.3.4., II.3.2.)
- Королева И.А., Нижний Новгород, Россия, (II.13.31.)
- Королева С.В., Иваново, Россия, (II.21.13.)
- Коростелев Ю.И., Барнаул, Россия, (II.8.20.)
- Коротков А.Г., Саратов, Россия, (II.16.5.)
- Коротков К.Г., Санкт-Петербург, Россия, (II.17.23.)
- Коршунов А.И., Москва, Россия, (II.13.93.)
- Корюкин В.И., Томск, Россия, (V.18.)
- Косинцев С.В., Новосибирск, Россия, (II.2.8., II.4.1.)
- Коссов А.А., Москва, Россия, (II.15.48.)
- Костеша Н.Я., Томск, Россия, (II.15.18.)
- Костина Н.Н., Омск, Россия, (I.1.21.)
- Костяев В.Е., Самара, Россия, (II.2.5.)
- Котельников Г.П., Самара, Россия, (I.2.7., II.5.5., II.21.15., II.21.16., V.17.)
- Котляров А.Н., Челябинск, Россия, (II.15.33., II.15.34.)
- Котов С.В., Москва, Россия, (II.11.7.)
- Кощкарова Т.В., Барнаул, Россия, (II.8.20.)
- Красноносенских Т.П., Томск, Россия, (II.1.7.)
- Краснощекова Л.И., Иваново, Россия, (II.11.17., II.11.18.)
- Криволапова А.А., Омск, Россия, (II.21.22., II.21.23.)
- Кривошеев А.Б., Новосибирск, Россия, (II.3.6., II.8.22., II.8.23.)
- Кривошеев Б.Н., Новосибирск, Россия, (II.6.16., II.6.17.)
- Кривошеева И.А., Новосибирск, Россия, (II.15.39.)
- Крикунова Л.И., Обнинск, Россия, (II.13.48., II.13.86.)
- Криницына Ю.М., Новосибирск, Россия, (II.6.17.)
- Крицкая Н.Г., Томск, Россия, (II.17.4.)
- Криштопенко С.В., Нижний Новгород, Россия, (V.44.)
- Криштопин В.С., Ставрополь, Россия, (II.13.85.)
- Кром В.Л., Саратов, Россия, (III.3.)
- Кром И.Л., Саратов, Россия, (I.1.10., II.8.5.)
- Крюков В.М., Воронеж, Россия, (V.25.)

Ксенофонтова И.В., Москва, Россия, (II.17.17.)
 Кубанцев К.Б., Волгоград, Россия, (II.13.83.)
 Кувшинов Е.В., Москва, Россия, (III.8.)
 Куделина О.В., Томск, Россия, (V.18.)
 Кузин А.В., Москва, Россия, (II.13.25., II.13.26.)
 Кузнецов В.Л., Смоленск, Россия, (II.13.113.)
 Кузнецов В.В., Томск, Россия, (V.22.)
 Кузнецов Е.Д., Томск, Россия, (V.10.)
 Кузнецов О.Ф., Москва, Россия, (II.17.16.)
 Куимов А.Д., Новосибирск, Россия, (II.8.11., II.8.22., II.8.23.)
 Куликов Е.П., Рязань, Россия, (II.13.105., II.13.106., II.13.107.)
 Куликова Е.М., Астрахань, Россия, (II.8.12.)
 Кулинский В.И., Иркутск, Россия, (I.2.3., II.13.108.)
 Кулманакова И.М., Томск, Россия, (II.17.26.)
 Кульчицкая Д.Б., Москва, Россия, (II.2.4.)
 Куперт А.Ф., Иркутск, Россия, (II.1.4.)
 Курников Г.Ю., Нижний Новгород, Россия, (II.6.25.)
 Курпешев О.К., Обнинск, Россия, (II.13.97., II.13.98., II.22.12.)
 Курпешева А.К., Обнинск, Россия, (II.13.97., II.13.100.)
 Курышов В.Н., Саратов, Россия, (II.10.9., II.16.5.)
 Кутырева О.И., Иваново, Россия, (II.11.4.)
 Кучерова Т.Я., Томск, Россия, (II.13.82.)
 Кушаковский О.С., Челябинск, Россия, (II.2.1.)

Л

Лабзин В.И., Благовещенск, Россия, (III.12.)
 Лабунька Н.В., Томск, Россия, (II.10.10.)
 Лаврентьев А.А., Воронеж, Россия, (II.25.1.)
 Лазарев В.В., Владикавказ, Россия, (II.15.5.)
 Лазарев К.В., Владикавказ, Россия, (II.15.5.)
 Лалаева А.М., Санкт-Петербург, Россия, (II.6.8.)
 Ламерт М.Р., Омск, Россия, (I.1.7., I.1.8.)
 Ландышев Ю.С., Благовещенск-на-Амуре, Россия, (II.17.21.)
 Лапин И.А., Ярославль, Россия, (IV.11.)
 Лапотников В.А., Санкт-Петербург, Россия, (I.2.6.)
 Лаптев В.Я., Новосибирск, Россия, (II.10.3., II.10.4., II.10.5., II.10.6.)
 Ларинова Т.И., Пермь, Россия, (II.26.10.)
 Ларионова В.Б., Москва, Россия, (II.13.29., II.13.43.)
 Ларионова Н.А., Москва, Россия, (II.13.73.)
 Ласовская Т.Ю., Новосибирск, Россия, (II.8.25.)
 Латынцева Н.П., Омск, Россия, (II.13.2.)
 Лебедев А.М., Рязань, Россия, (II.13.106.)
 Лебедева А.В., Иваново, Россия, (II.18.1., II.26.2.)
 Лебедева Л.В., Новосибирск, Россия, (II.8.25.)
 Лебедева О.Д., Москва, Россия, (II.8.13., II.8.14., II.17.17.)
 Левин В.Н., Ярославль, Россия, (II.18.15.)
 Левина А.Ю., Томск, Россия, (II.11.5., II.11.11., II.11.12., II.11.14.)
 Левина Т.А., Астрахань, Россия, (I.1.2., I.1.3., I.1.9., I.1.15., II.5.7., II.5.8., II.13.12.)
 Левицкий А.А., Ростов-на-Дону, Россия, (II.13.55., II.13.56., II.13.57.)
 Левицкий В.А., Ростов-на-Дону, Россия, (II.13.55., II.13.56.)

Левицкий Е.Ф., Томск, Россия, (II.11.9., II.22.6., III.9., V.20., V.23.)
 Левченко Н.В., Ставрополь, Россия, (II.13.85.)
 Леонов А.Н., Воронеж, Россия, (V.24.)
 Лепехин А.В., Томск, Россия, (II.15.49., II.15.50.)
 Ли Л.А., Санкт-Петербург, Россия, (III.26.)
 Лившиц Л.Я., Саратов, Россия, (I.1.10., II.8.5., II.11.8., III.3.)
 Линник С.А., Санкт-Петербург, Россия, (II.24.11.)
 Линьков В.В., Иваново, Россия, (II.11.3., II.11.4.)
 Лисин В.А., Томск, Россия, (II.13.18.)
 Литвиненко М.Ф., Ульяновск, Россия, (I.1.28., IV.13.)
 Литвиненко Т.А., Ростов-на-Дону, Россия, (II.22.1.)
 Литвинова С.В., Москва, Россия, (II.10.7., II.10.8.)
 Литвицкий П.Ф., Москва, Россия, (I.2.8., V.41.)
 Логвинов С.В., Томск, Россия, (II.24.3., II.26.1., V.34., V.35., V.43.)
 Ломакин А.Г., Москва, Россия, (II.5.10., II.12.2.)
 Лопатин О.Г., Иваново, Россия, (II.26.2.)
 Лосев О.Э., Саратов, Россия, (II.13.91.)
 Лосева В.А., Смоленск, Россия, (II.6.14., II.6.18., II.6.19.)
 Лосева М.И., Новосибирск, Россия, (II.4.1.)
 Лосева Н.А., Москва, Россия, (III.2., III.20.)
 Лукин А.В., Челябинск, Россия, (II.2.1.)
 Лукманов С.Р., Уфа, Башкортостан, (II.5.9.)
 Луковникова Т.Н., Иркутск, Россия, (II.13.108.)
 Лукоянова Г.М., Нижний Новгород, Россия, (II.15.2.)
 Лукьянчикова Т.Н., Москва, Россия, (II.1.1.)
 Луппов В.И., Ярославль, Россия, (II.13.13.)
 Лутай А.В., Иваново, Россия, (II.17.25.)
 Луцевич Э.В., Москва, Россия, (II.13.26., V.11.)
 Лучин А.В., Санкт-Петербург, Россия, (II.5.3.)
 Лысенко О.В., Челябинск, Россия, (II.6.23., II.6.24., II.15.8.)
 Лысов Н.А., Самара, Россия, (II.2.6.)
 Львов А.Н., Москва, Россия, (IV.3.)
 Львов С.Н., Санкт-Петербург, Россия, (II.19.1.)
 Львова Н.В., Москва, Россия, (II.8.14.)
 Любарская Ю.О., Нижний Новгород, Россия, (II.13.94.)

М

Мавляутдинова И.М., Томск, Россия, (III.9.)
 Магалиш Т.Л., Владивосток, Россия, (II.18.5.)
 Магидов М.Я., Санкт-Петербург, Россия, (II.17.23.)
 Маев И.В., Москва, Россия, (II.13.19., V.11.)
 Мажбич С.М., Омск, Россия, (II.18.11.)
 Мазурина О.Г., Москва, Россия, (II.13.9.)
 Майков В.Н., Курск, Россия, (I.1.27.)
 Макарова В.Г., Рязань, Россия, (II.6.22.)
 Макарова Н.И., Иваново, Россия, (II.17.9.)
 Макляков Ю.С., Ростов-на-Дону, Россия, (II.8.3., II.15.3., II.22.1.)
 Макоева Л.Д., Москва, Россия, (II.8.10.)
 Максимов Г.В., Москва, Россия, (V.39.)
 Максимова Н.А., Ростов-на-Дону, Россия, (II.13.55., II.13.59.)
 Макушин В.Д., Курган, Россия, (II.21.6., III.14.)
 Малышев В.В., Иркутск, Россия, (V.30.)
 Мальцева Л.Д., Воронеж, Россия, (V.25., V.27.)

Мальчикова Т.Н., Саратов, Россия, (II.13.119.)
Малявин А.Г., Москва, Россия, (II.17.17.)
Мамедова О.А., Москва, Россия, (II.13.43.)
Мамиляева Д.Р., Москва, Россия, (II.18.6.)
Мандал Б.К., Краснодар, Россия, (I.1.5., I.1.17., II.2.3., II.8.1.)
Манихас Г.М., Санкт-Петербург, Россия, (I.1.34.)
Марголин Л.М., Саратов, Россия, (II.13.20., II.13.21., II.13.71., II.13.72., II.25.3.)
Марков О.Н., Томск, Россия, (II.11.9.)
Мартусевич А.Г., Томск, Россия, (II.3.1.)
Марьянова О.В., Иваново, Россия, (II.17.24.)
Маслова Н.Н., Смоленск, Россия, (II.11.19.)
Матвеев А.Г., Томск, Россия, (II.22.7., II.22.8.)
Матюхина А.В., Рязань, Россия, (II.26.6.)
Матякин Е.Г., Москва, Россия, (II.13.101.)
Махиня В.А., Москва, Россия, (II.13.25.)
Машинский В.Г., Омск, Россия, (II.13.122.)
Маячкин Р.Б., Москва, Россия, (III.24.)
Медведев А.Н., Омск, Россия, (II.21.21.)
Медведева Л.А., Москва, Россия, (II.11.7.)
Медуницына Н.Д., Москва, Россия, (II.23.1.)
Мельников Е.А., Казань, Россия, (II.13.87.)
Мельникова А.П., Томск, Россия, (II.16.2.)
Мельниченко Н.Е., Благовещенск, Россия, (II.6.1., II.7.1.)
Меркулов В.Н., Омск, Россия, (II.13.2.)
Мечёв Д.С., Киев, Украина, (II.13.5.)
Мешков В.М., Москва, Россия, (I.3.2., II.13.25., II.13.26., II.13.74.)
Минаев А.Б., Санкт-Петербург, Россия, (II.13.49.)
Мингазетдинова Л.Н., Уфа, Башкортостан, (II.5.9., II.8.19.)
Миневич Н.А., Томск, Россия, (II.16.4.)
Миненков А.А., Москва, Россия, (II.2.4., II.21.11.)
Мироманов А.И., Омск, Россия, (II.21.19., II.21.20.)
Миронова Е.А., Ростов-на-Дону, Россия, (II.13.58.)
Мирсаева Г.Х., Уфа, Башкортостан, (II.7.7., II.7.8.)
Мирсадыков А.С., Ташкент, Узбекистан, (II.5.2.)
Мирютова Н.Ф., Томск, Россия, (III.9.)
Митин И.Г., Омск, Россия, (II.13.122.)
Михайлов С.М., Ставрополь, Россия, (II.13.85.)
Михайлова Е.В., Нижний Новгород, Россия, (II.17.5.)
Михеева Г.Х., Ульяновск, Россия, (IV.12., IV.13.)
Мишина И.Е., Иваново, Россия, (II.5.1.)
Мишкова С.Е., Томск, Россия, (II.15.18.)
Мкртчян Л.С., Обнинск, Россия, (II.13.48.)
Мовчан Е.А., Новосибирск, Россия, (II.22.2., II.22.9.)
Модников О.П., Ульяновск, Россия, (I.1.29., II.13.95., II.13.96., III.25., IV.13.)
Моисеенко Т.И., Ростов-на-Дону, Россия, (II.13.8.)
Моисеенкова Л.Н., Смоленск, Россия, (I.1.31., I.1.32.)
Мокшин В.Е., Санкт-Петербург, Россия, (II.13.49.)
Молдованова Е.В., Ростов-на-Дону, Россия, (II.11.1.)
Молчанов И.В., Москва, Россия, (II.12.2.)
Монзуль Г.Д., Москва, Россия, (II.13.69., II.13.70.)
Морозова В.В., Владикавказ, Россия, (II.15.5.)
Морозова Е.В., Москва, Россия, (II.5.10.)
Москалец О.В., Москва, Россия, (II.11.7.)
Мравян С.Р., Москва, Россия, (II.8.17.)
Мусабаева Л.И., Томск, Россия, (II.13.18.)
Мусалатов Х.А., Москва, Россия, (I.1.22., II.12.3., II.21.25.)
Мусиенко С.М., Самара, Россия, (II.2.2.)

Мустафина Л.М., Москва, Россия, (II.1.3.)
Мухаметшина Г.З., Казань, Россия, (II.13.35.)
Мухин А.С., Нижний Новгород, Россия, (II.24.2.)
Мухитдинова М.И., Ташкент, Узбекистан, (II.15.30.)
Мышенцев П.Н., Самара, Россия, (II.2.5.)
Мягких В.В., Ростов-на-Дону, Россия, (II.13.6.)
Мясоедова С.Е., Иваново, Россия, (II.11.4., II.18.1., II.18.7.)

Н

Нагибина А.В., Омск, Россия, (I.1.7., I.1.8.)
Нагога А.Г., Самара, Россия, (II.5.5.)
Нагога Е.А., Самара, Россия, (IV.14.)
Нагоев Б.С., Нальчик, Россия, (II.7.4.)
Нагорный М.Н., Иваново, Россия, (II.17.9.)
Надеждин А.В., Москва, Россия, (II.10.8.)
Назаров С.Б., Иваново, Россия, (II.11.17., II.18.8., II.21.13.)
Нальгиев А.Х., Тюмень, Россия, (II.21.1., II.21.2.)
Насыров В.Х., Уфа, Башкортостан, (II.8.19.)
Напалков А.Н., Киров, Россия, (II.13.33.)
Нарзикулов У.К., Ташкент, Узбекистан, (II.15.23.)
Нарыжная Н.В., Томск, Россия, (V.6.)
Науменко Е.В., Владикавказ, Россия, (II.15.5.)
Неверов В.А., Санкт-Петербург, Россия, (II.13.36.)
Нежданова А.Ш., Пермь, Россия, (II.26.10.)
Неймарк Б.А., Барнаул, Россия, (II.22.13.)
Немкова С.А., Москва, Россия, (II.15.37.)
Немцов Б.Ф., Киров, Россия, (II.18.13., II.18.14.)
Ненашев А.А., Самара, Россия, (V.1., V.2.)
Неплюхов Е.А., Томск, Россия, (II.22.5., II.22.6., II.22.7., II.22.8., V.20.)
Непомнящая Е.М., Ростов-на-Дону, Россия, (II.13.62.)
Неретин В.Я., Москва, Россия, (II.11.7.)
Неродо Г.А., Ростов-на-Дону, Россия, (II.13.6., II.13.60., II.13.61.)
Нестеренко В.С., Обнинск, Россия, (II.13.86.)
Нестеров И.В., Иркутск, Россия, (II.13.108.)
Нечитайло М.Н., Томск, Россия, (II.13.18., V.7., V.8., V.9., V.10.)
Никашина А.В., Новосибирск, Россия, (V.19.)
Никитин А.А., Москва, Россия, (II.21.10., II.24.13., II.24.14.)
Никитина Т.П., Санкт-Петербург, Россия, (II.13.42.)
Никола В.В., Москва, Россия, (III.24.)
Никола Н.В., Москва, Россия, (IV.7.)
Николаев А.В., Новосибирск, Россия, (III.22., III.23.)
Николаева А.В., Самара, Россия, (I.2.7.)
Николаева Т.Н., Омск, Россия, (II.13.122.)
Николаенков Ю.В., Иваново, Россия, (I.2.4.)
Никонова Л.М., Томск, Россия, (II.7.10.)
Новгородцева Т.П., Владивосток, Россия, (V.31.)
Новик А.А., Санкт-Петербург, Россия, (II.13.42.)
Новиков А.Е., Иваново, Россия, (II.11.3.)
Новиков Г.А., Москва, Россия, (I.1.1., I.2.1., III.1.)
Новиков С.А., Ташкент, Узбекистан, (II.15.12.)
Новикова Е.Г., Москва, Россия, (II.13.38., II.13.39.)
Новикова Н.В., Смоленск, Россия, (II.13.110.)
Новицкий В.В., Томск, Россия, (II.7.3., II.13.121., II.16.2., II.16.3., II.21.7., V.18.)
Новожилов Е.А., Иваново, Россия, (II.26.2.)

Новоселов В.С., Москва, Россия, (IV.3.)
 Носкова Л.А., Иваново, Россия, (II.18.8.)
 Носова В.Ф., Санкт-Петербург, Россия, (I.1.19., I.1.20., II.5.3.)
 Носова Н.Г., Ростов-на-Дону, Россия, (II.13.58., II.13.59.)

О

Ованесян Э.Р., Москва, Россия, (II.24.1.)
 Овчаров С.Э., Москва, Россия, (V.11.)
 Огородова Л.М., Томск, Россия, (II.6.11., II.6.12., II.17.26.)
 Окороков В.Г., Рязань, Россия, (II.8.9.)
 Олейник Е.Н., Иркутск, Россия, (II.2.7.)
 Олтаржевская Н.Д., Москва, Россия, (II.13.73.)
 Оранский С.П., Краснодар, Россия, (II.2.3., II.8.1.)
 Орлова О.Н., Екатеринбург, Россия, (III.16.)
 Орлова Ю.Ю., Томск, Россия, (II.11.21.)
 Оршанский Р.Н., Санкт-Петербург, Россия, (I.1.34.)
 Осинцев В.В., Тюмень, Россия, (II.21.2.)
 Осинцев В.М., Тюмень, Россия, (II.21.1., II.21.2.)
 Осипова И.В., Барнаул, Россия, (II.8.20., II.8.21.)
 Осипова Н.А., Москва, Россия, (III.2., III.20.)
 Осичкина Л.И., Ростов-на-Дону, Россия, (III.11.)
 Основина И.П., Иваново, Россия, (II.17.24., II.26.4.)
 Остришко В.В., Москва, Россия, (IV.3.)
 Отто М.П., Москва, Россия, (II.2.4., II.8.14.)
 Ощепкова О.М., Иркутск, Россия, (V.30.)

П

Павлов В.А., Смоленск, Россия, (II.11.20.)
 Павлов В.В., Обнинск, Россия, (II.13.98.)
 Павлова И.Н., Саратов, Россия, (II.13.118., II.13.119.)
 Павлушенко Е.В., Владивосток, Россия, (II.17.14.)
 Падун Л.А., Иваново, Россия, (II.26.2.)
 Падун Л.А., Москва, Россия, (II.9.1.)
 Панкова О.В., Томск, Россия, (II.17.4.)
 Панов А.А., Челябинск, Россия, (V.14.)
 Панова Л.Е., Ростов-на-Дону, Россия, (II.11.1.)
 Пантелеева Г.А., Нижний Новгород, Россия, (II.6.9.)
 Панченко С.В., Ульяновск, Россия, (II.13.96.)
 Панченкова Л.А., Москва, Россия, (II.26.7.)
 Паньков В.Н., Киров, Россия, (II.13.32.)
 Паршин А.И., Москва, Россия, (II.1.3.)
 Пасов В.В., Обнинск, Россия, (II.13.47.)
 Пашков В.К., Томск, Россия, (II.6.11., II.6.12.)
 Пенсионерова Г.А., Иркутск, Россия, (II.1.4.)
 Перевозчикова Н.А., Ижевск, Россия, (I.2.2.)
 Перегудова Е.В., Воронеж, Россия, (II.17.1.)
 Перетрухин А.И., Москва, Россия, (II.5.10.)
 Перова Т.Б., Томск, Россия, (II.25.2.)
 Перунова Е.Р., Самара, Россия, (II.8.18.)
 Пестерева Л.Ф., Москва, Россия, (I.1.22., II.21.25.)
 Петров В.И., Волгоград, Россия, (II.13.84.)
 Петров Р.В., Москва, Россия, (V.11.)
 Петров Ю.А., Санкт-Петербург, Россия, (I.2.6., V.29.)

Петровская Ю.А., Томск, Россия, (II.17.26.)
 Петухова А.В., Барнаул, Россия, (II.8.20.)
 Петушков В.В., Москва, Россия, (II.24.18.)
 Петушков Д.В., Москва, Россия, (II.24.16., II.24.18.)
 Пивоваров Ю.И., Иркутск, Россия, (V.40.)
 Пизов А.В., Ярославль, Россия, (II.18.15., II.18.17.)
 Пизова Н.В., Ярославль, Россия, (II.18.15., II.18.16., II.18.17.)
 Пильщиков А.В., Москва, Россия, (II.13.11.)
 Пименов И.В., Рязань, Россия, (II.13.105.)
 Пинегин Л.Е., Барнаул, Россия, (III.4., V.12., V.13.)
 Пинегин О.Л., Барнаул, Россия, (III.4.)
 Пирятинская А.Б., Санкт-Петербург, Россия, (II.6.6., II.15.20.)
 Писклакова Т.П., Челябинск, Россия, (II.6.23., II.6.24., II.13.65.)
 Плетнев Д.Д., Омск, Россия, (II.13.2.)
 Плотников А.В., Омск, Россия, (IV.1.)
 Плохов В.Н., Саратов, Россия, (I.1.25., II.13.90., II.13.91., II.13.92., II.13.114., II.13.117.)
 Повещенко О.А., Нижний Новгород, Россия, (II.13.46.)
 Повзун А.С., Санкт-Петербург, Россия, (II.13.42.)
 Поздеев Н.М., Киров, Россия, (II.13.32., II.13.33.)
 Полковникова Р.В., Москва, Россия, (II.13.34.)
 Полосин А.Ю., Иваново, Россия, (II.15.11.)
 Полухина М.С., Санкт-Петербург, Россия, (II.15.20.)
 Поляков В.П., Самара, Россия, (II.8.4.)
 Поляков П.Ю., Москва, Россия, (II.13.73.)
 Поляков Р.В., Самара, Россия, (II.21.5.)
 Полянская Ю.Н., Астрахань, Россия, (I.1.2., I.1.3.)
 Попов А.В., Москва, Россия, (II.21.28.)
 Попов О.С., Томск, Россия, (II.24.3., II.24.10., II.24.12.)
 Попов С.Г., Москва, Россия, (II.15.43., II.15.46.)
 Попова Е.Б., Нижний Новгород, Россия, (V.44.)
 Попова Л.А., Курган, Россия, (II.21.6.)
 Попова Т.Н., Москва, Россия, (II.13.115.)
 Постникова Г.А., Киров, Россия, (II.18.13.)
 Постникова Л.Б., Нижний Новгород, Россия, (II.17.5.)
 Потапов А.В., Томск, Россия, (V.35.)
 Потапов В.В., Омск, Россия, (II.8.15., II.18.11.)
 Потапов С.Л., Москва, Россия, (II.13.104.)
 Потемин С.Н., Краснодар, Россия, (II.24.8.)
 Потиевский Э.Г., Омск, Россия, (II.3.5., II.13.4., II.18.11.)
 Почечуева Г.А., Москва, Россия, (II.8.10.)
 Праздников Э.Н., Москва, Россия, (II.13.19., II.13.22., II.13.23., II.13.24., II.13.25., II.13.26., V.11.)
 Прилепо В.Н., Москва, Россия, (II.13.22., II.13.23., II.13.24.)
 Притулина Е.Е., Рязань, Россия, (II.6.22.)
 Проклова Е.В., Москва, Россия, (II.21.28.)
 Прокопьева Е.В., Иркутск, Россия, (V.40.)
 Прокофьева Т.В., Астрахань, Россия, (II.8.12.)
 Протасьева Л.Г., Иваново, Россия, (II.26.4.)
 Прохоров Б.М., Москва, Россия, (I.1.1., I.2.1., III.1.)
 Прошлякова Д.В., Рязань, Россия, (II.26.6.)
 Пташников Д.А., Санкт-Петербург, Россия, (II.13.120.)
 Птушкин В.В., Москва, Россия, (II.13.43.)
 Пугачева О.В., Томск, Россия, (II.17.26.)
 Пугаченко Н.В., Томск, Россия, (V.34.)
 Пуртов В.А., Саратов, Россия, (I.1.10., II.8.5.)
 Пыльнов О.К., Ульяновск, Россия, (II.13.96.)

Р

- Радченко И.В., Санкт-Петербург, Россия, (II.6.7.)
 Радченко И.Д., Санкт-Петербург, Россия, (II.6.7.)
 Ражев В.В., Нижний Новгород, Россия, (II.24.2.)
 Разинкин К.А., Воронеж, Россия, (II.25.1.)
 Райгородский Ю.М., Саратов, Россия, (II.11.8.)
 Рак А.В., Санкт-Петербург, Россия, (II.24.11.)
 Ратнер Т.Г., Москва, Россия, (II.13.69., II.13.70.)
 Ратников В.И., Челябинск, Россия, (II.13.53.)
 Рафикова З.Б., Ташкент, Узбекистан, (II.15.32.)
 Рахимов А.А., Ташкент, Узбекистан, (II.15.29.)
 Ребров А.П., Саратов, Россия, (I.1.10., II.8.5.)
 Ревазова А.Б., Владикавказ, Россия, (II.15.6., II.15.7.)
 Ревинская Ю.Г., Томск, Россия, (V.6.)
 Редькин Ю.В., Омск, Россия, (II.7.9.)
 Редькина В.Ю., Омск, Россия, (II.7.9.)
 Репина Е.П., Саратов, Россия, (II.13.118.)
 Реутова Л.Ю., Томск, Россия, (II.17.6.)
 Решетова Г.Г., Томск, Россия, (II.7.10.)
 Риос С., Москва, Россия, (II.1.1.)
 Ровда Т.А., Ростов-на-Дону, Россия, (II.13.66.)
 Ровина А.К., Кёльн, Германия, (II.15.35.)
 Родина А.А., Нижний Новгород, Россия, (II.13.31.)
 Родионов А.А., Благовещенск, Россия, (III.12.)
 Родионов В.В., Ульяновск, Россия, (II.13.95., III.25.)
 Родионов В.Н., Воронеж, Россия, (II.25.1.)
 Родионова О.Г., Ростов-на-Дону, Россия, (II.13.59.)
 Рождественский С.В., Омск, Россия, (II.21.19., II.21.20., II.21.21.)
 Рожнов О.И., Краснодар, Россия, (II.13.67., II.13.68.)
 Розумный А.П., Москва, Россия, (V.11.)
 Романенко И.А., Иваново, Россия, (II.26.2.)
 Романов С.В., Смоленск, Россия, (II.6.18., II.6.19.)
 Ромина Е.А., Москва, Россия, (II.13.38.)
 Рохлина М.Л., Ташкент, Узбекистан; Москва, Россия, (II.10.1.)
 Рубцов В.Р., Ростов-на-Дону, Россия, (II.13.58., II.13.59.)
 Рувинский Д.М., Казань, Россия, (I.1.12.)
 Рудой С.В., Москва, Россия, (I.2.1., III.1.)
 Рузова Т.К., Москва, Россия, (II.24.9.)
 Рухман М.Л., Санкт-Петербург, Россия, (II.24.11.)
 Рывкин О.М., Рязань, Россия, (II.24.15.)
 Рыжов А.И., Томск, Россия, (V.6.)
 Рыжова И.А., Томск, Россия, (II.1.2.)
 Рыков И.Г., Ростов-на-Дону, Россия, (II.8.3.)
 Рыкова Е.В., Обнинск, Россия, (II.13.86.)
 Рылова С.В., Омск, Россия, (II.18.10.)
 Рымша М.А., Новосибирск, Россия, (II.13.63., II.13.64.)
 Рябков А.Н., Рязань, Россия, (II.6.22.)
 Рябов В.М., Киров, Россия, (II.15.41., II.16.6.)
 Рябов М.В., Москва, Россия, (II.13.26.)
 Рябов Н.В., Киров, Россия, (II.13.32., II.13.33.)
 Рябцева А.А., Москва, Россия, (II.21.10.)
 Рязанцев В.П., Томск, Россия, (II.21.7.)
 Рязанцева Н.В., Томск, Россия, (II.16.2., II.16.3., II.21.7.)
- С**
- Сабиров Р.Р., Ташкент, Узбекистан, (II.15.14.)
 Савельева Г.Г., Самара, Россия, (II.8.18.)
 Савельева И.Е., Иваново, Россия, (II.11.17.)
 Савилов П.Н., Воронеж, Россия, (V.3., V.4.)
 Сазонова Н.С., Рязань, Россия, (II.8.8., II.8.9.)
 Сальников А.С., Иваново, Россия, (II.18.1.)
 Сампиев М.Т., Москва, Россия, (I.1.22., II.12.3., II.21.25.)
 Самсонов Д.В., Саратов, Россия, (II.13.114., II.13.117.)
 Самусенко Д.В., Курган, Россия, (II.21.24.)
 Сапелина Н.Ю., Омск, Россия, (II.21.22., II.21.23.)
 Сарвилина И.В., Ростов-на-Дону, Россия, (II.8.3., II.22.1.)
 Саркисов К.А., Москва, Россия, (I.1.35.)
 Сафиуллина Л.Р., Казань, Россия, (I.3.4., II.3.2.)
 Сафроненко А.В., Ростов-на-Дону, Россия, (II.8.3.)
 Свиридов М.В., Воронеж, Россия, (I.1.4.)
 Свистаенко О.В., Омск, Россия, (II.21.20.)
 Сдвижков А.М., Москва, Россия, (II.5.10.)
 Севастьянов В.В., Москва, Россия, (II.13.22.)
 Селедцов А.М., Кемерово, Россия, (IV.9.)
 Селеев В.Н., Ульяновск, Россия, (I.1.28.)
 Селезнев А.В., Самара, Россия, (V.1., V.2.)
 Селезнева Л.М., Санкт-Петербург, Россия, (I.1.13., III.10.)
 Селиверстов Д.В., Рязань, Россия, (II.24.15.)
 Селиверстов И.А., Иваново, Россия, (II.17.9.)
 Сельчук В.Ю., Москва, Россия, (II.13.115.)
 Селянина Е.Н., Екатеринбург, Россия, (II.21.9.)
 Семакова Е.В., Смоленск, Россия, (II.11.19.)
 Семенов В.Д., Ульяновск, Россия, (I.1.29.)
 Семенов М.В., Москва, Россия, (II.13.25., V.11.)
 Семенова Т.А., Москва, Россия, (II.16.1.)
 Семенова Т.А., Москва, Россия, (II.17.2., II.21.3.)
 Семин И.Р., Томск, Россия, (II.16.2., II.16.3.)
 Семинский И.Ж., Иркутск, Россия, (V.30.)
 Семкина Е.Н., Смоленск, Россия, (I.1.33.)
 Серебренников А.Н., Томск, Россия, (III.9.)
 Серебренникова К.Г., Ижевск, Россия, (I.2.2.)
 Сереброва М.А., Томск, Россия, (V.20.)
 Сергеев В.В., Смоленск, Россия, (II.11.20.)
 Сергеев С.В., Москва, Россия, (II.21.12.)
 Сергеев К.С., Тюмень, Россия, (II.21.1., II.21.2.)
 Сергиевский С.Б., Иваново, Россия, (II.11.4.)
 Сидоренко О.Г., Владивосток, Россия, (II.4.1.)
 Сидоренко Ю.С., Ростов-на-Дону, Россия, (II.13.7., II.13.30., II.13.60., II.13.61., II.13.62.)
 Сидоров В.Д., Москва, Россия, (II.18.6.)
 Сидоров И.Н., Саратов, Россия, (II.13.20., II.13.21., II.13.71., II.13.72., II.25.3.)
 Сидорова О.П., Москва, Россия, (II.11.7.)
 Симерзин В.В., Самара, Россия, (II.8.4.)
 Симонов В.И., Киров, Россия, (II.15.41.)
 Синельникова А.Н., Москва, Россия, (II.15.37.)
 Сипкин А.М., Москва, Россия, (II.24.14.)
 Скальский С.В., Омск, Россия, (II.13.2.)
 Скворцов Ю.И., Саратов, Россия, (II.8.2.)
 Скибицкий В.В., Краснодар, Россия, (II.8.26.)
 Складчикова С.Н., Владивосток, Россия, (II.15.19.)
 Слепушкин В.Д., Новосибирск, Россия, (III.23.)
 Слепушкина Т.Г., Москва, Россия, (II.21.11.)
 Смирнов А.А., Омск, Россия, (II.6.10.)
 Смирнов А.И., Рязань, Россия, (II.13.107.)
 Смирнова И.А., Обнинск, Россия, (II.13.14., II.13.47., II.13.98.)
 Смирнова Л.А., Киров, Россия, (II.18.14.)

Смирнова О.Н., Санкт-Петербург, Россия, (II.6.5.)
 Смирнова Ю.В., Москва, Россия, (III.13.)
 Смоленов И.В., Волгоград, Россия, (II.13.84.)
 Соболев А.А., Санкт-Петербург, Россия, (I.1.34., III.26.)
 Совалкин В.И., Омск, Россия, (II.26.8., II.26.9.)
 Сокерина О.А., Томск, Россия, (II.15.51.)
 Соков Е.Л., Москва, Россия, (II.12.1., V.15., V.16.)
 Соколов А.А., Москва, Россия, (II.13.27.)
 Соколов В.В., Москва, Россия, (II.13.1.)
 Соколова Т.В., Нижний Новгород, Россия, (II.13.31.)
 Соколович А.Г., Томск, Россия, (II.21.7.)
 Солдатов Ю.П., Курган, Россия, (III.14.)
 Солнцева А.А., Ростов-на-Дону, Россия, (II.13.58., II.13.59.)
 Соловьев В.И., Смоленск, Россия, (I.1.31., I.1.32., I.1.33., II.13.109., II.13.110., II.13.111., II.13.112., II.13.113.)
 Соловьев С.А., Омск, Россия, (II.13.122.)
 Соловьева Л.В., Санкт-Петербург, Россия, (II.13.36., II.13.37.)
 Соловьева Л.Н., Ижевск, Россия, (I.2.2.)
 Соловьева М.О., Москва, Россия, (II.26.7.)
 Сологубов Е.Г., Москва, Россия, (II.15.36., II.15.37.)
 Соломатов В.Г., Томск, Россия, (II.11.13., II.11.14.)
 Соодаева С.К., Москва, Россия, (V.5.)
 Сорокин О.Н., Москва, Россия, (II.13.23., II.13.26.)
 Сотникова Е.И., Москва, Россия, (II.13.77., II.13.78.)
 Спирин Н.Н., Ярославль, Россия, (II.18.16.)
 Сперанский Д.Л., Волгоград, Россия, (II.13.83., II.13.84.)
 Средняков В.А., Москва, Россия, (V.39.)
 Станевич Л.М., Иркутск, Россия, (II.1.4.)
 Старовойтова И.М., Москва, Россия, (I.1.35.)
 Старостин П.Ю., Курск, Россия, (I.1.16.)
 Старченко М.Е., Санкт-Петербург, Россия, (II.6.8.)
 Стаханов В.А., Москва, Россия, (II.23.1., II.23.2., II.23.3.)
 Стаханов М.Л., Москва, Россия, (II.13.25.)
 Степаненко Н.П., Томск, Россия, (II.15.18.)
 Степовая Е.А., Томск, Россия, (II.13.121.)
 Стерлягова Л.И., Смоленск, Россия, (II.13.79.)
 Стефанович Я.А., Владивосток, Россия, (II.7.2.)
 Стеценко А.Е., Москва, Россия, (II.13.9.)
 Стеценко Л.А., Кемерово, Россия, (IV.9.)
 Столярова И.В., Санкт-Петербург, Россия, (II.13.49.)
 Стражев С.В., Омск, Россия, (I.1.21., II.13.2., II.13.4., IV.1.)
 Стражева А.С., Омск, Россия, (I.1.7., I.1.8.)
 Странадко Е.Ф., Москва, Россия, (II.13.26., II.24.19.)
 Стрельцова Е.Н., Москва, Россия, (II.21.11.)
 Стрункин В.В., Казань, Россия, (I.1.12.)
 Стучилов В.А., Москва, Россия, (II.21.10.)
 Стяжкина Е.М., Москва, Россия, (II.17.16.)
 Суворов С.А., Саратов, Россия, (II.22.11.)
 Суворова Т.С., Новосибирск, Россия, (II.22.9.)
 Сулайманов А.С., Ташкент, Узбекистан, (II.15.13., II.15.14., II.15.15.)
 Сунгатуллин А.Г., Казань, Россия, (II.13.87.)
 Суров А.В., Благовещенск, Россия, (IV.10.)
 Суснина А.В., Рязань, Россия, (II.8.9.)
 Сухарев А.Е., Астрахань, Россия, (II.13.3., II.17.19.)
 Сухарев А.М., Иваново, Россия, (II.17.10., II.18.2., II.18.4.)
 Сухорукова Н.В., Ростов-на-Дону, Россия, (II.22.1.)

Т

Тараско А.Д., Новокузнецк, Россия, (V.37.)
 Тарасов М.Г., Томск, Россия, (II.8.6.)
 Таткина Е.Г., Томск, Россия, (II.11.5., II.11.11., II.11.14.)
 Тахтамыш А.Н., Саратов, Россия, (I.1.18.)
 Тверицкая И.Н., Москва, Россия, (II.10.2.)
 Теблов К.И., Москва, Россия, (II.8.10.)
 Тельпухов В.И., Москва, Россия, (I.1.22., II.12.3., II.21.25.)
 Теплый Д.Л., Астрахань, Россия, (I.1.2., I.1.3.)
 Тепляшин А.С., Москва, Россия, (II.24.16., II.24.19.)
 Терехина Л.А., Томск, Россия, (V.10.)
 Терновская О.А., Санкт-Петербург, Россия, (II.6.6.)
 Тилавниязов Ш.К., Ташкент, Узбекистан, (II.15.22.)
 Тилавов У.Х., Ташкент, Узбекистан, (II.15.13., II.15.15.)
 Тимошенко В.В., Москва, Россия, (II.13.43.)
 Тимченко И.В., Москва, Россия, (II.13.25.)
 Титкова И.Н., Томск, Россия, (II.24.7.)
 Титов Д.С., Томск, Россия, (II.24.12.)
 Тихов М.С., Нижний Новгород, Россия, (V.44.)
 Тихонов В.И., Томск, Россия, (II.3.1., II.24.4., II.24.10.)
 Тицкая Е.В., Томск, Россия, (II.7.10.)
 Тицкий М.С., Томск, Россия, (II.22.6.)
 Ткачева Г.Н., Ростов-на-Дону, Россия, (II.13.59.)
 Тов Н.Л., Новосибирск, Россия, (II.22.2.)
 Токтосунов А., Бишкек, Кыргызстан, (II.13.16., II.13.17.)
 Толстых Г.Н., Новосибирск, Россия, (II.13.28.)
 Толстых М.П., Москва, Россия, (II.24.16., II.24.17., II.24.18., II.24.19.)
 Томилова И.К., Иваново, Россия, (II.18.8.)
 Торшина И.Е., Смоленск, Россия, (I.1.30., II.6.14., II.6.20., II.6.21.)
 Трепитаки Л.К., Ростов-на-Дону, Россия, (II.13.66.)
 Трифонова О.Ю., Томск, Россия, (II.8.6.)
 Трошина Е.А., Москва, Россия, (II.26.7.)
 Трубников Г.А., Астрахань, Россия, (I.1.15., II.8.12., II.17.19.)
 Трусов В.В., Ижевск, Россия, (II.26.5.)
 Тулеуова А.А., Москва, Россия, (II.13.9.)
 Тумановский Ю.М., Воронеж, Россия, (V.24.)
 Тупицина Ю.Ю., Москва, Россия, (II.8.14.)
 Турбина Т.В., Санкт-Петербург, Россия, (V.28.)
 Туркин О.И., Обнинск, Россия, (II.13.47.)
 Турнянская Е.Г., Москва, Россия, (II.13.29.)
 Турова Е.А., Москва, Россия, (II.17.17.)
 Тухбатуллин М.Г., Казань, Россия, (I.3.4., II.3.2.)
 Тюкалов Ю.И., Томск, Россия, (II.13.18.)
 Тюляев А.П., Москва, Россия, (V.39.)
 Тюмина О.В., Самара, Россия, (II.8.4.)
 Тюрина М.В., Новосибирск, Россия, (II.10.4., II.10.5.)

У

Уваров И.Б., Краснодар, Россия, (II.13.67., II.13.68.)
 Удут В.В., Томск, Россия, (II.8.6., II.24.10., II.24.12., V.21., V.22.)
 Уклистая Т.А., Астрахань, Россия, (II.5.7., II.8.12.)
 Ульфанд Т.Н., Иркутск, Россия, (II.1.4.)

Умарова З.С., Ташкент, Узбекистан; Москва, Россия, (I.2.5., II.10.1., II.15.16., II.15.17.)
 Уразова О.И., Томск, Россия, (II.7.3.)
 Урманчеева А.Ф., Санкт-Петербург, Россия, (II.13.52)
 Усиков В.Д., Санкт-Петербург, Россия, (II.13.120.)
 Усманов А.А., Ташкент, Узбекистан, (II.15.12.)
 Усманова Н.Н., Ташкент, Узбекистан; Москва, Россия, (II.10.1.)
 Усманова Р.М., Ташкент, Узбекистан, (II.15.12.)
 Усмонхонов О.А., Ташкент, Узбекистан, (II.15.26.)
 Усольцев В.В., Омск, Россия, (II.13.122.)
 Уткин И.В., Иваново, Россия, (II.11.3., II.11.4.)

Ф

Фазлыев М.М., Уфа, Башкортостан, (II.7.7.)
 Фазлыева Р.М., Уфа, Башкортостан, (II.7.7., II.7.8.)
 Фаллер А.П., Москва, Россия, (II.24.1.)
 Фастаковский В.А., Челябинск, Россия, (II.13.54.)
 Федорова М.З., Ярославль, Россия, (II.18.17.)
 Федорова Т.А., Саратов, Россия, (II.13.118.)
 Федоровский Н.М., Москва, Россия, (III.13.)
 Федоскин В.Н., Барнаул, Россия, (II.7.6.)
 Федотова С.И., Благовещенск, Россия, (II.7.1.)
 Федотова Т.А., Ростов-на-Дону, Россия, (II.13.7., II.13.8.)
 Фидиркин А.В., Барнаул, Россия, (II.7.6.)
 Филатова Е.В., Москва, Россия, (III.8.)
 Филимонов М.А., Ижевск, Россия, (II.26.3.)
 Филиппов Е.М., Барнаул, Россия, (II.7.6.)
 Филиппов К.В., Санкт-Петербург, Россия, (II.24.11.)
 Филиппова Г.Т., Иркутск, Россия, (II.1.4.)
 Филиппова Н.А., Санкт-Петербург, Россия, (II.17.23.)
 Фищенко П.Я., Москва, Россия, (II.15.36., II.15.43., II.15.44., II.15.45., II.15.46., II.15.47., II.15.48.)
 Флайшер Э.В., Иркутск, Россия, (II.22.4.)
 Фокин А.А., Челябинск, Россия, (II.13.51., II.13.54.)
 Франциянц Е.М., Ростов-на-Дону, Россия, (II.13.59.)
 Фридман М.Х., Санкт-Петербург, Россия, (I.1.34., III.26.)
 Фролов Л.С., Санкт-Петербург, Россия, (I.2.6., V.29.)
 Фурдюк В.В., Москва, Россия, (II.21.12.)

Х

Хавин П.П., Новосибирск, Россия, (II.8.22., II.8.23.)
 Хайбулина А.Т., Ташкент, Узбекистан, (II.15.30.)
 Хакимов Л.П., Ташкент, Узбекистан, (I.2.5.)
 Хамин Е.Н., Воронеж, Россия, (V.26., V.27.)
 Ханов М.М., Махачкала, Россия, (III.19.)
 Ханов М.М., Ташкент, Узбекистан, (II.15.24., III.5.)
 Харламова Т.И., Томск, Россия, (II.24.6.)
 Хелимская И.В., Хабаровск, Россия, (II.1.6.)
 Хилова Л.Н., Астрахань, Россия, (I.1.15., II.5.7., II.13.12.)
 Хисамов Ф.Г., Краснодар, Россия, (I.1.5., I.1.17.)
 Хисматуллина З.Р., Уфа, Башкортостан, (II.5.11., II.6.15.)
 Ходорович Н.А., Москва, Россия, (V.15., V.16.)

Ходус В.А., Томск, Россия, (II.6.13.)
 Холина Н.А., Челябинск, Россия, (II.13.65.)
 Холхаджаев М., Ташкент, Узбекистан, (II.15.25., II.15.27.)
 Хотамов Х.Н., Ташкент, Узбекистан, (II.24.20.)
 Хохлов С.Е., Москва, Россия, (II.10.8.)
 Худоногова З.П., Новосибирск, Россия, (II.6.16.)
 Хусаинова Л.Н., Уфа, Башкортостан, (II.5.9.)

Ц

Цепелев В.Л., Чита, Россия, (I.3.1.)
 Цепелев С.Л., Чита, Россия, (I.3.1.)
 Цирдава Г.Ю., Нижний Новгород, Россия, (II.15.2.)
 Цой В.Д., Ташкент, Узбекистан, (II.15.31.)
 Цораева Л.К., Владикавказ, Россия, (II.15.5.)
 Цыб А.Ф., Обнинск, Россия, (II.13.47., II.13.48.)
 Цыбиков Н.Н., Чита, Россия, (I.3.1.)
 Цыганкова Е.П., Смоленск, Россия, (II.6.14.)
 Цыров Г.И., Томск, Россия, (II.26.1.)

Ч

Чалабова Т.Г., Ростов-на-Дону, Россия, (II.13.60., II.13.61.)
 Чебан О.И., Москва, Россия, (II.13.43.)
 Чеботарькова А.Н., Астрахань, Россия, (I.1.3.)
 Чейда А.А., Иваново, Россия, (II.11.15.)
 Ченский А.Д., Москва, Россия, (I.1.22., II.21.25.)
 Чередникова Н.Н., Омск, Россия, (II.21.22.)
 Черемисина О.В., Томск, Россия, (II.13.45., II.17.4.)
 Черемисина И.Б., Ижевск, Россия, (II.26.5.)
 Черкасова С.П., Ростов-на-Дону, Россия, (II.15.3.)
 Черных С.В., Владивосток, Россия, (II.7.2.)
 Чесникова Ю.Ю., Ростов-на-Дону, Россия, (II.15.3.)
 Чесноков А.Ю., Новосибирск, Россия, (III.7.)
 Чеснокова И.Г., Самара, Россия, (II.21.14., II.21.15., II.21.16., II.21.17.)
 Чеснокова Н.П., Саратов, Россия, (II.13.20., II.13.71.)
 Четверикова Т.Д., Иркутск, Россия, (II.2.7.)
 Чёпоров С.В., Ярославль, Россия, (II.13.13.)
 Чиркова В.П., Ростов-на-Дону, Россия, (II.13.56., II.13.57.)
 Чиссов В.И., Москва, Россия, (I.1.1., II.13.1.)
 Чугулев И.А., Омск, Россия, (II.13.122.)
 Чудецкая В.Р., Иваново, Россия, (II.18.4.)
 Чукичев А.В., Челябинск, Россия, (II.2.1.)
 Чукумов Р.М., Москва, Россия, (II.24.13.)
 Чуприн А.Е., Иркутск, Россия, (II.22.4.)

Ш

Шабаетова М.М., Астрахань, Россия, (II.13.102., II.13.103.)
 Шабалов В.А., Москва, Россия, (III.21.)
 Шабуров Р.И., Москва, Россия, (II.13.19.)
 Шайхутдинов Н.Г., Казань, Россия, (I.1.12.)
 Шаленкова М.А., Нижний Новгород, Россия, (II.8.24.)

Шаныгина Е.Г., Астрахань, Россия, (II.5.7., II.13.12.)
 Шаповалов В.Н., Самара, Россия, (I.2.7.)
 Шаповалова Т.В., Краснодар, Россия, (II.17.7., II.17.8.)
 Шарина И.А., Самара, Россия, (II.11.2.)
 Шарипов Т.Т., Ташкент, Узбекистан, (II.15.24., III.5.)
 Шаркова Т.И., Москва, Россия, (II.23.3.)
 Шатрова А.Э., Томск, Россия, (V.21.)
 Шатхин М.Р., Смоленск, Россия, (II.13.109., II.13.113.)
 Шахабов И.В., Москва, Россия, (I.1.22., II.12.3.,
 II.21.25.)
 Шацкая Н.Х., Москва, Россия, (II.13.78.)
 Шевелев О.А., Москва, Россия, (V.15., V.16.)
 Шевелева Е.М., Санкт-Петербург, Россия, (II.6.5.)
 Шевцов В.И., Курган, Россия, (II.21.8., II.21.24.,
 II.21.27.)
 Шеко С.С., Смоленск, Россия, (I.1.31.)
 Шендяпина Е.Ф., Омск, Россия, (II.3.5.)
 Шерман М.А., Киров, Россия, (III.6.)
 Шерман Н.З., Киров, Россия, (II.13.33.)
 Шерстобитова О.В., Нижний Новгород, Россия,
 (II.6.9.)
 Шестакова Ю.Л., Челябинск, Россия, (II.6.4.)
 Шехонина Д.А., Москва, Россия, (II.13.43.)
 Шилов С.Н., Новосибирск, Россия, (II.8.11.)
 Шильников В.А., Санкт-Петербург, Россия, (II.13.36.,
 II.13.37.)
 Шин Ф.Е., Москва, Россия, (II.24.16.)
 Широков С.Л., Саратов, Россия, (II.11.8.)
 Широкопояс А.С., Томск, Россия, (II.24.5.)
 Ширстов Д.А., Иваново, Россия, (II.11.3.)
 Шифанова Р.А., Томск, Россия, (II.15.38.)
 Шкурина С.В., Новосибирск, Россия, (II.6.17.)
 Шмидгаль В.М., Томск, Россия, (II.6.11., II.6.12.,
 II.6.13., II.15.38.)
 Шлыгин В.В., Москва, Россия, (V.39.)
 Шоикрамов Ш.Ш., Ташкент, Узбекистан, (II.15.17.)
 Шомансуров Ш.Ш., Ташкент, Узбекистан, (II.15.32.)
 Шоферова С.Д., Санкт-Петербург, Россия, (I.1.14.)
 Шпилевая Л.И., Томск, Россия, (II.24.3., II.24.6.,
 II.24.7.)
 Шпилевой М.П., Томск, Россия, (II.24.4., II.24.5.)
 Шпилевой П.К., Томск, Россия, (II.24.3., II.24.4.,
 II.24.10., II.24.12.)
 Штрыголь Д.В., Иваново, Россия, (II.17.10.)
 Шульговский В.В., Москва, Россия, (II.10.8.)
 Шульмин А.В., Красноярск, Россия, (I.1.26.)
 Шумский В.И., Москва, Россия, (II.13.73.)
 Шургая А.М., Новосибирск, Россия, (II.7.5.)
 Шуркалин Б.К., Москва, Россия, (II.24.1.)
 Шустова С.А., Рязань, Россия, (V.42.)
 Шутемова Е.А., Иваново, Россия, (II.5.1.)

Щ

Щекутьев Г.А., Москва, Россия, (III.21.)

Э

Эндакова Э.А., Владивосток, Россия, (V.32.)

Ю

Юбицкая Н.С., Владивосток, Россия, (II.18.5.)
 Юргель Н.Ю., Омск, Россия, (II.6.10.)
 Юркевич И.И., Омск, Россия, (II.13.122.)
 Юркова Т.Е., Москва, Россия, (II.26.7.)
 Юрьева С.И., Ростов-на-Дону, Россия, (II.9.2.)
 Юцковский А.Д., Владивосток, Россия, (II.7.2.)

Я

Яворский А.Б., Москва, Россия, (II.15.37.)
 Языкова Т.А., Москва, Россия, (IV.7.)
 Якимович И.Ю., Томск, Россия, (II.11.5.)
 Яковенко В.А., Челябинск, Россия, (II.15.33.)
 Яковлев В.М., Омск, Россия, (II.18.10., II.18.11.)
 Яковлев В.Н., Воронеж, Россия, (II.17.1., V.4.)
 Яковлев В.Н., Москва, Россия, (II.16.1., II.17.3.)
 Якубович А.И., Иркутск, Россия, (II.22.4.)
 Якушин С.С., Рязань, Россия, (II.8.8., II.8.9.)
 Ялова М.Ф., Томск, Россия, (II.17.4.)
 Янтурина Н.Х., Уфа, Башкортостан, (II.5.9.)
 Яровенко Г.В., Самара, Россия, (II.2.2.)
 Ярыгина М.В., Владивосток, Россия, (IV.6.)
 Ястребцева И.П., Иваново, Россия, (II.11.18.)
 Яценко Е.М., Обнинск, Россия, (II.13.86.)
 Яшков А.В., Самара, Россия, (II.21.4., II.21.5., V.17.)
 Яшин Д.Л., Челябинск, Россия, (V.14.)

Уважаемые читатели!

Научно-практический журнал «Паллиативная медицина и реабилитация» рассчитан на широкий круг врачей всех специальностей, медицинских работников, пациентов и их родственников. Главная цель журнала—распространение в медицинских и общественных кругах информации по актуальным вопросам паллиативной медицины и реабилитации, имеющим непосредственную связь с современными проблемами отечественного здравоохранения. Основное внимание журнал уделяет методам паллиативной помощи, улучшению качества жизни и реабилитации больных с различными нозологическими формами хронических заболеваний.

Журнал приводит сведения о новейших фармакологических препаратах, медицинской технике, аппаратуре и оборудовании, средствах мониторингового наблюдения, экспресс-диагностики.

Периодичность издания с 1998 года — 4 номера в год.

Подписаться на наш журнал вы можете в редакции, для чего необходимо выслать копию оплаченного платежного поручения в наш адрес. На обороте копии платежного поручения укажите название учреждения, почтовый адрес, контактный телефон.

При оплате платежным поручением или перечислением через Сбербанк в цену включаются расходы на доставку.

Стоимость одного номера:

60 рублей — для индивидуальных подписчиков;

600 рублей — для предприятий и организаций.

Стоимость подписки на 6 месяцев

(2 номера журнала):

120 рублей—для индивидуальных подписчиков;

1200 рублей—для предприятий и организаций.

Стоимость подписки на 12 месяцев

(4 номера журнала)

240 рублей—для индивидуальных подписчиков;

2400 рублей—для предприятий и организаций.

Банковские реквизиты для подписки на журнал:

Получатель: ИНН 7715043870, Фонд «Паллиативная медицина и реабилитация больных»;

Банк получателя: Марьинорощинское ОСБ № 7981/01602 в МБ АК СБ РФ г. Москва;
к/с 30101810600000000342; р/с 40703810638050100205; БИК 044525342;

НДС не облагается, наименование учреждения, Ф.И.О. ответственного.

Образец заполнения платежного поручения

ПЛАТЕЖНОЕ ПОРУЧЕНИЕ № _____		Дата _____	Вид платежа _____	0401060	
Сумма прописью					
ИНН	Сумма				
Платательщик	Сч. №				
Банк плательщика	БИК				
Марьинорощинское ОСБ № 7981/01602	Сч. №				
МБ АК СБ РФ г.Москва	БИК	044525342			
Банк получателя	Сч. №	30101810600000000342			
ИНН 7715043870	Сч. №	40703810638050100205			
Фонд «Паллиативная медицина и реабилитация больных»	Вид. оп.			Срок. плат.	
Получатель	Наз. пл.			Очер. плат.	
	Код			Рез. поле	
Назначение платежа, наименование товара, выполненных работ, оказанных услуг, №№ и даты товарных документов, договоров, НДС					
Подписи			Отметки банка		

М.П. _____

ГЛУБОКОУВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Редакция научно-практического журнала «Паллиативная медицина и реабилитация» приглашает Вас к сотрудничеству. Мы будем рады получить от вас для публикации в журнале статьи и письма для следующих рубрик: **клинические и экспериментальные исследования • обмен опытом, заметки из практики, ошибки и осложнения в паллиативной медицине и реабилитации больных • история паллиативной медицины и реабилитации • проблемы экономики и финансирования здравоохранения • обзоры литературы, лекции • стандартная информация о новых лекарственных средствах • круглый стол; юридические и правовые вопросы • домашний доктор • психотерапевтические аспекты.**

Для публикации будут приниматься материалы, рассчитанные на широкий круг врачей всех специальностей, работников сферы здравоохранения, пациентов и их близких, поэтому предполагается, что информация должна быть изложена в доступной форме: понятным языком, с четкими рисунками и схемами. Ваша рукопись будет рассмотрена редколлекцией и при необходимости отредактирована. Материалы из редакции не возвращаются, поэтому не забудьте сохранить экземпляр для себя.

Рукописи для рассмотрения принимаются в двух экземплярах, отпечатанные на стандартной бумаге формата А4 на пишущей машинке или принтере через два интервала с широкими полями (слева - 2,5 см, справа 1 см, сверху и снизу по 2,5 см). Ваша рукопись обязательно должна включать: **название статьи, фамилии авторов и краткие сведения о них (ученая степень, звание, должность), название учреждения, где выполнена работа; краткий реферат**, желательно также черно-белые фотографии авторов. Кроме того, необходимо указать адрес для переписки или контактный телефон.

Текст рукописи должен строиться примерно по следующей схеме: введение, цели и задачи работы, использованные материалы и методы, результаты работы, их обсуждение, заключение или выводы. Формулы должны быть либо размечены, либо четко вписаны от руки. Верхние и нижние индексы в формулах также необходимо разметить. Во избежание неприятностей будьте особенно внимательны в написании специальных терминов!

Иллюстрации должны быть выполнены в форме черно-белых схем (рисунков) или черно-белых контрастных фотографий, пронумерованы и подписаны с обратной стороны.

Список цитируемой или использованной в работе литературы обязательно должен включать: имя автора (авторов), название работы, название периодического издания и его номер, место (для монографий—издательство) и год издания, номера страниц.

Напоминаем, что в том случае, если рукопись уже публиковалась, на нее должно иметься разрешение того, кому принадлежит авторское право. Кроме того, следует получить согласие на упоминание в публикации лиц, которые каким-либо образом участвовали в подготовке материала. Редакция не принимает на себя ответственности за нарушение авторских и финансовых прав, произошедшее по вине авторов присланных материалов.

Журнал распространяется только по подписке.

Редакция не несет ответственности за достоверность информации, опубликованной в рекламных объявлениях.

Перепечатка материалов, опубликованных в журнале «Паллиативная медицина и реабилитация», возможна только с разрешения редакции.

Главный редактор Г.А. Новиков
Ответственный секретарь Б.М. Прохоров

Адрес редакции: 127018, г. Москва, а/я 137, Фонд «Паллиативная медицина и реабилитация больных»
Телефон/факс: (095) 289-43-48, (095) 289-03-96

Оригинал-макет подготовлен фирмой «МедДизайнПолиграфия»

© Журнал «Паллиативная медицина и реабилитация».
Индекс: 71668 - для индивидуальных подписчиков;
71705 - для организаций.

Зарегистрировано в Министерстве печати РФ.
Рег. № 014722 от 17.04.96. Тираж 3000 экз.