

ISSN 2071-0240 (Print)
ISSN 2079-553X (On line)

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
Министерство здравоохранения Республики Татарстан
Медико-санитарная часть МВД по РТ

**Вестник
Современной
Клинической
Медицины**

Научно-практический журнал, 2011. Том 4. Приложение 1.

**IV Всероссийская ежегодная научно-практическая конференция
«Актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактики
в общемедицинской практике»
посвященная 90-летию медицинской службы
системы МВД России.**

г. Казань, 14-15 октября 2011 года

**Сборник научных трудов конференции
(Том 4, Приложение 1, 2011)
Под редакцией проф. Н.Б. Амирова, проф. А.А. Визеля, доц. З.М. Галеевой**

КАЗАНЬ, 2011

ОСНОВАН в 2008 году

В Научно-практическом журнале представлены статьи, включающие в себя материалы о современных методах диагностики и лечения больных, вопросы профилактики, результаты научных исследований в клинике.

На страницах журнала печатаются ведущие ученые-медики, как Российской Федерации, так и ближнего, и дальнего зарубежья.

Журнал представляет научно-практический интерес для врачей различных специальностей, научных работников, преподавателей медицинских ВУЗов и курсов последиplomного образования.

В Приложении №1 Тома 4, 2011г. представлены научные труды IV Всероссийской ежегодной научно-практической конференции «Актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактики в общемедицинской практике» посвященной 90-летию медицинской службы системы МВД России.

Научные труды напечатаны в алфавитном порядке по фамилии первого автора

Редакционная коллегия:

Главный редактор – Амиров Наиль Багауевич, д.м.н., проф., заслуженный деятель науки и образования, академик РАЕ, Заслуженный врач Республики Татарстан.

Заместитель главного редактора – Визель Александр Андреевич, д.м.н., профессор, зав. каф. фтизиопульмонологии КГМУ, академик АН РН, Заслуженный врач Республики Татарстан.

Ответственный секретарь – Галеева Зарина Мунировна, к.м.н., доцент кафедры терапии КГМА.

Члены редколлегии: Амиров Наиль Хабибуллович, д.м.н., профессор, зав.кафедрой медицины труда с курсом медэкологии КГМУ, академик РАМН; Анисимов Андрей Юрьевич, д.м.н., профессор, зав. курсом скорой медицинской помощи кафедры медицины катастроф КГМА, зам. главврача МУЗ ГБ СМП №1; Галявич Альберт Сарварович, д.м.н., профессор, зав. каф. факультетской терапии, член-корр. АН РТ, Заслуженный врач Республики Татарстан; Жилиев Евгений Валерьевич, д.м.н., профессор, профессор кафедры госпитальной терапии № 2 ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет»; Зиганшин Айрат Усманович, д.м.н., профессор, зав. каф. фармакологии КГМУ, проректор КГМУ по международной деятельности, Лауреат Госпремии РТ; Зыятдинов Камиль Шагарович, д.м.н., профессор, ректор КГМА; Киясов Андрей Павлович, д.м.н., профессор, зав.кафедрой анатомии КГМУ, проректор по науке и инновациям КГМУ, член-корр. АН РТ; Потапова Марина Вадимовна, к.м.н., профессор РАЕ, начальник МСЧ МВД по РТ, полковник внутренней службы, Заслуженный врач Республики Татарстан; Созинов Алексей Станиславович, д.м.н., профессор, ректор КГМУ.

Редакционный совет:

Абдулхаков Рустам Аббасович, д.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии КГМУ (г. Казань); Абдулхаков Сайяр Рустамович, к.м.н., зав. ЦНИЛ КГМУ (г.Казань); Альбицкий Валерий Юрьевич, д.м.н., профессор, Заслуженный деятель науки РФ, лауреат премии правительства РФ в области науки и техники, руководитель отдела социальной педиатрии РАМН (г.Москва); Анохин Владимир Алексеевич, д.м.н., профессор, зав. каф. детских инфекций КГМУ (г. Казань); Ахтямов Ильдар Фоатович, д.м.н., профессор, зав. каф. травматологии, ортопедии и хирургии экстремальных состояний КГМУ Заслуженный врач РТ (г. Казань); Жестков Александр Викторович, д.м.н., профессор зав. каф. микробиологии, иммунологии и аллергологии, руководитель отделения пульмонологии и аллергологии клиник ГОУ ВПО Самарский ГМУ МЗ СР РФ, главный аллерголог-иммунолог МЗ СР Самарской обл., член исполкома РРО, (г. Самара), Загидуллин Шамиль Зарифович, д.м.н., профессор, зав.кафедрой терапии УГМИ (г. Уфа); Маянская Светлана Дмитриевна, д.м.н., профессор, зав.кафедрой кардиологии и ангиологии КГМА (г. Казань); Микусев Юрий Егорович, д.м.н., профессор кафедры неврологии и реабилитации КГМУ (г. Казань); Миллер Ольга Николаевна, д.м.н., профессор кафедры неотложной терапии ФПК и ППв НГМУ (г. Новосибирск); Сайфутдинов Рафик Галимзянович, д.м.н., профессор, зав.кафедрой терапии КГМА (г. Казань); Сигитова Ольга Николаевна, д.м.н., профессор, зав. каф. ОВП КГМУ, Заслуженный врач РТ (г. Казань); Трусов Виктор Васильевич, д.м.н., профессор, зав.кафедрой терапии ИГМА (г. Ижевск); Тухбатуллина Рузалия Габдулхаковна, д.ф.н., директор медико-фармацевтического училища (г. Казань).

Адрес редакции:

420059, г. Казань, ул. Оренбургский тракт 132, клинический госпиталь МВД по РТ,

Телефон: (843) 291-26-76; Факс: (843) 277-88-84.

e-mail: vskmjournal@gmail.com

<http://www.kgmu.kcn.ru>, www.hospitalmvdrt.ru, www.mschmvdrt.ru

Отдел маркетинга ММЦ «Отель-Клиника»: Амирова Рената Наилевна, г. Казань, ул. Горького, д.3-А,

тел.: (843) 236 19 59, (843) 238 82 84; e-mail: renata1980@mail.ru

Компьютерное сопровождение: Шаймуратов Рустем Ильдарович, e-mail: russtem@gmail.com

ISSN 2071-0240 (Print)
ISSN 2079-553X (On line)

THE BULLETIN OF CONTEMPORARY CLINICAL MEDICINE

**Abstracts of IV all-Russian annual scientific-practical conference
"Current issues of diagnosis, treatment
and prevention in general medical practice"
Devoted to 90th anniversary of the Medical Service
of the Russian Ministry of internal affairs.**

**October, 14-15 2011
Kazan**

Volume 4, supplement 1

**КАЗАНЬ, 2011
KAZAN, 2011**

МИНИСТЕРСТВО СВЯЗИ И МАССОВЫХ КОММУНИКАЦИЙ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ СВЯЗИ,
ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И МАССОВЫХ КОММУНИКАЦИЙ
(РОСКОМНАДЗОР)**

Вестник современной клинической медицины
Номер свидетельства ПИ ФС 77 - 41624
Наименование СМИ Вестник современной клинической медицины
Дата регистрации 11.08.2010
Форма распространения печатное СМИ журнал
Территория распространения Российская Федерация, зарубежные страны
Учредители ООО "ММЦ "Отель-Клиника"; МСЧ МВД по Республике Татарстан,
Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования
«Казанский государственный медицинский университет»
Адрес редакции 420059, Республика Татарстан, г. Казань, ул. Оренбургский тракт, д. 132
Языки русский, английский

Адрес статьи: <http://www.rsoc.ru/mass-communications/reestr/media/?id=337020>

Вестник современной клинической медицины

Том 4, Приложение 1, 2011 г.

Печатается в авторской редакции

Подписано в печать 07.10.2011 г.

Форм.бум 60*84 1/8 Бумага офсетная. усл.печ.л 9,07.

Тираж 500.экз. Заказ №58-10.

Отпечатано отделом оперативной полиграфии
с готового оригинал-макета в типографии
«orange-k», г. Казань, ул. К.Маркса, д.5/22

КОЛОНКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА



Глубокоуважаемые коллеги!

Перед Вами том 4, приложение 1 к научно-практическому рецензируемому журналу «Вестник современной клинической медицины» – сборник научных трудов 4-ой Всероссийской конференции, посвященной знаменательной дате – **90-летию** со дня образования медицинской службы системы МВД России.

Редакционная коллегия журнала присоединяется к многочисленным поздравлениям юбиляров и желает дальнейших творческих успехов медицинской службе МВД России.

От имени редколлегии
Амиров Наиль Багаувич
доктор медицинских наук, профессор,
заслуженный деятель науки и образования,
академик РАЕ, заслуженный врач
Республики Татарстан.



НАУЧНЫЕ ТРУДЫ

0001. Фолликулит

А. Г. Агеев, В. В. Драгунов,
Ю. Ф. Гимадеев, Р. А. Давхале

Клинический госпиталь ФКУЗ МСЧ МВД России
по Республике Татарстан

Кафедра общей врачебной практики ГБОУ ВПО
КГМУ Росздрава, Казань

Реферат: Представлен клинический случай развития хронического рецидивирующего фолликулита Гоффмана и трудности диагностики, подбор лечения.

Ключевые слова – фолликулит, диагностика, аспекты хирургического лечения.

FOLLICULITIS

A.G.AGEEV, V.V.DRAGUNOV,
YU.F.GIMADIEV, R.A.DAVHALE

Abstract. The author reports a case of folliculitis, difficulty diagnose basis and treatment.

Key word: Folliculitis, Diagnose, Aspects of surgical treatment.

ФОЛЛИКУЛИТ – форма стафилодермии, являющаяся результатом гнойного воспаления волосяного фолликула, распространяющегося на ту или иную его глубину.

Клинически фолликулит может развиваться двумя путями.

- Первый - распространение инфекции из остиофолликулярной пустулы, расположенной в устье волосяного мешочка, в глубину фолликула. Этот процесс сопровождается усилением гиперемии вокруг фолликула и присоединением к ней умеренной инфильтрации. Пустула в течение нескольких дней ссыхается в корочку, которая вскоре отпадает, после чего регрессируют воспалительные изменения в перифолликулярной зоне.

Иногда в фолликуле образуется абсцесс, после вскрытия, которого и выделения небольшого количества гноя обнажается мелкая язвочка, заживающая едва заметным рубчиком.

- При другом варианте развитие фолликулита начинается с появления вокруг фолликула ярко-розовой болезненной папулы, в центре которой через 2-3 дня появляется пустула. Последующее течение процесса аналогично описанному.

Фолликулит глубокий отличается большими размерами (до 1 см): болезненностью и глубиной поражения (захватывает весь фолликул), однако некротического стержня, в отличие от фурункула, не образуется.

ФОЛЛИКУЛИТ ПОДРЫВАЮЩИЙ И АБСЦЕДИРУЮЩИЙ ПЕРИФОЛЛИКУЛИТ ГОФФМАНА - редкое хроническое гнойное заболевание, встречается у мужчин 18-40 лет.

Абсцедирующий подрывающий фолликулит и перифолликулит Гоффмана имеют сходство с фолликулитами. Эти заболевания представляют собой хронически протекающие фолликулиты, которые обычно нагнаиваются, в результате чего образуются абсцессы. Они развиваются у мужчин на волосистой части головы, отличаются значительной инфильтрацией и возникновением узлов, которые вскрываются, образуя фистулезные ходы, как бы подрывающие кожу. Процесс заканчивается рубцеванием. Эти явления не характерны для стафилококковых фолликулитов. Причину развития связывают с окклюзией сально-волосяных фолликулов. Клинически фолликулит Гоффмана характеризуется глубокими воспалительными узлами на волосистой части головы с выпадением волос над ними. Ухты обычно сливаются и образуют абсцессы, при вскрытии которых формируются фистульные ходы, как бы подрывающие кожу. Инфекционная природа болезни в настоящее время считается неубедительной. Часто сочетается с конглобатными угрями и гидраденитом. Процесс нередко распространяется на большую часть головы и персистирует годами. Возможно спонтанное разрешение воспаления с образованием рубцов, в том числе келоидных. Стафилококковый фолликулит бывает поверхностным, с поражением только воронки фолликула (стафилококковое импетиго), и глубоким, когда процесс распространяется ниже воронки (сикоз). Гистологически в волосяном фолликуле обнаруживают скопление гноя, а в перифолликулярной ткани — инфильтрат, состоящий из лейкоцитов и лимфоцитов.

Фолликулит (folliculitis) — гнойное воспаление волосяного фолликула, характеризующееся наличием инфильтрата и болезненностью, вызываемое золотистым или белым стафилококком. Возникновению фолликулита способствуют те же экзогенные факторы, что и при остиофолликулитах. Обычно фолликулит развивается из остиофолликулита, при этом усиливается краснота, появляются инфильтрат и болезненность. Фолликулит обычно величиной с чечевицу, конической формы, в центре, где имеются скопления гноя, пронизан пушковым волосом. После вскрытия фолликулита и выделения гноя остается небольшая язвочка, которая покрывается гнойно-кровянистой корочкой, отпадающей в дальнейшем с образованием пигментного пятна или рубчика. Иногда фолликулиты вначале имеют вид конического узелка и лишь в дальнейшем в центре его обнаруживают скопление гноя. Фолликулиты могут быть единичными или множественными. Они появляются на волосистых участках кожи, чаще у мужчин. Течение фолликулитов более длительное, чем остиофолликулитов. При неблагоприятных условиях (несоблюдение гигиенического режима, снижение естественной резистентности организма и др.) могут появляться новые фолликулиты, из которых развиваются фурункулы и карбункулы. Иногда

фолликулиты сопровождаются лимфангитом, лимфаденитом и общими явлениями в виде недомогания и повышения температуры тела.

Гистологически в волосяном фолликуле обнаруживают скопление гноя, а в перифолликулярной ткани — инфильтрат, состоящий из лейкоцитов и лимфоцитов. От фурункула фолликулит отличается отсутствием гнойно-некротического воспаления фолликула, сальной железы и окружающей перифолликулярной ткани. При нем не образуется некротический стержень, что характерно для фурункула.

Обследование

Бактериологическое исследование микрофлоры гнойно-некротического очага с оценкой ее чувствительности к антибиотикам;

Всем больным при поступлении проводятся следующие исследования

- анализ крови;
- анализ мочи;
- RW (по показаниям);
- ВИЧ (по показаниям),
- исследование крови на гепатиты;
- гликемический профиль;
- мочевины крови;
- креатинин крови;
- электролиты;
- холестерин.
- иммунограмма

Дифференциальную диагностику фолликулита проводят с:

- остеофолликулитом,
- профессиональными фолликулитами,
- фурункулами,
- фринодермой,
- инфильтративно-нагноительной трихофитией,
- медикаментозными угрями.

От остеофолликулита фолликулит отличается большей величиной, наличием выраженного инфильтрата и болезненностью.

Профессиональные фолликулиты чаще возникают у рабочих, подвергающихся воздействию каменного угля и продуктов нефти (керосин, бензин, охлаждающие эмульсии и др.). При этом в устье фолликулов появляются роговые пробки, вокруг них развивается воспаление. Такие высыпания сходны с вульгарными угрями, однако локализуются обычно на разгибательных поверхностях предплечий и бедер. Эти данные позволяют установить диагноз профессионального фолликулита.

Бактериальный фолликулит обусловлен: *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, грамотрицательные бактерии - *Proteus* spp., *Klebsiella* spp., *Escherichia coli*. При хроническом, часто обостряющемся фолликулите - посев мазка со слизистой носа и зева.

Основное значение в развитии заболевания имеет механическое раздражение кожи: трение, бритье, втирание мазей, мацерация кожи в результате

потливости, расчесывание кожи при чесотке, вшивости и т.д. В эпителии устья волосяного фолликула непосредственно под роговым слоем образуется небольшая полость, заполненная массой распадающихся нейтрофилов и большим количеством стафилококков.

Клинические проявления:

Наблюдаются высыпания небольших пустул (величиной с булавочную головку), расположенных в устье волосяного фолликула, пронизанных в центре волосом и окруженных узкой розовой каемкой. Возможно ограниченное и распространенное поражение. На пятый день пустулы подсыхают с образованием корочек и заживают, не оставляя следов.

Глубокий фолликулит - Начинается с образования вокруг фолликула воспалительного инфильтрата, состоящего из нейтрофилов и лимфоцитов, который переходит на стенки фолликула и ведет к его гнойному расправлению. Проявляется высыпанием болезненных узелков красного цвета величиной от горошины до вишни, иногда увенчанных пустулой, пронизанной волосом. Через несколько дней папулы или рассасываются, или нагнаиваются с образованием небольших абсцессов, которые затем вскрываются.

Лечение ФОЛЛИКУЛИТА ГОФФМАНА:

Сразу после поступления врач оценивает состояние гнойного процесса и возможность провести радикальную операцию (некрэктомию, пластическое закрытие дефекта).

Показаниями к оперативным вмешательствам являются: гнойно-некротическое изменение в ране не имеющие адекватного дренирования, абсцессы и плохо дренируемые гнойные затеки. Всем больным в день поступления назначается антибактериальная терапия (тетрациклин, цефалоспорины III поколения, фторхинолоны, сульфаниамиды, «Тиенам», Миронем» по показаниям). В зависимости от тяжести состояния больного, интоксикации, длительности заболевания, его частоты рецидивов лечение дополняем кортикостероидами (преднизолон в дозе 60 мг/сут), стафилококковым антифагином, другими видами специфической и неспецифической иммунотерапии, а именно: антистафилококковый гаммаглобулин, ронколейкин, антистафилококковая плазма, человеческий иммуноглобулин, витамины-ретиноиды (изотретиноин-роаккутан который в дозе 0,5-1,0 мг/кг до 16 нед. Вит.А) сульфатом цинка. Смена антибиотика проводится по результатам посева. В дальнейшем посев отделяемого повторяют. Предпочтение отдается внутривенному введению препаратов.

При проведении экстренной операции по поводу абсцесса, некроза, флегмоны не ограничиваемся только вскрытием или дренированием. В обязательном порядке проводится максимально возможная некрэктомия с широким раскрытием всех гнойных затёков в пределах здоровых тканей. С использованием местно (левосин, левомеколь, беталин, содерм и др.) или эмульсий первого рода-

дермазин, аргосульфан. Применяем ферментные препараты (ируксол, ируксол-моно, колладисорб, супрасорб). Комбинированные альгинатно-гидроколлоидные повязки. При наличии открытой раны с гнойным отделяемым и участками некроза предпочтение отдается водорастворимым мазям, адсорбирующим салфеткам. Мы не выделяем, какие либо из них, поскольку многие из них имеют сходный механизм действия.

Во время перевязок удаляются участки некроза свободно лежащие в ране. После очищения раны 5-7 дней появляются показания к аутодермопластике.

Аутодермопластика

Производили аутодермопластику перфорированным расщепленным лоскутом, микроаутодермопластику, метод «почтовых марок» или их сочетания. Донорскими зонами служили внутренняя и наружная поверхности бедер. Обезболивание осуществляли смеси Панферова или 0,5% новокаина с помощью инфильтрационной анестезии. Электродерматомом срезали расщепленный лоскут кожи толщиной 0,2-0,4 мм необходимой площади. Расправляли на язвенной поверхности. При аутодермопластике «марочным» методом лоскут расправляем на ране. Динамику заживления раны оценивали путем измерения ее максимального размера при каждой перевязке. Этот простой способ позволяет адекватно оценить скорость заживления раны, которая выражается в уменьшении максимального размера за сутки. Кроме того, при каждой перевязке производили фотографирование раневой поверхности на цифровую камеру. Аппликация лоскутов кожи снижала раневую экссудацию. С 3-х суток наблюдались краевое подсыхание, активная краевая эпителизация. Считается, что пересаженные лоскуты питаются за счет осмоса. С 3-х суток между раной и кожным лоскутом формируется микроциркуляция. На 3-и сутки при отрыве кожного лоскута под ним определяется кровотечение, что свидетельствует о активном формировании микроциркуляции между раной и пересаженным лоскутом. Данную аутодермопластику можно назвать биологической повязкой так как, под пересаженной кожей быстро купируется остаточное воспаление и не прогрессирует фолликулит. После пересадки кожи несколько дней продолжается назначенная антибактериальная терапия и местное лечение «уход за раной». Первая перевязка после аутодермопластики выполнялась на 1 сутки обязательно, затем ежедневно 7 суток. После 7 дней перевязки проводим через день, и более. Если не перевязывать ежедневно то лейкоциты могут лизировать тонкие лоскуты. За 5-7 дней лоскуты срастаются в единый лоскут, полностью закрывает рану. На пересаженные лоскуты с первых суток накладываем «жидкий глицерин, пантенол, оллазол». Ни у одного из пациентов после операции не наблюдалось некроза пересаженной кожи. Средний срок заживления составил 11 дней. Методика технически проста, позволяет значительно уменьшить частоту перевязок и уменьшает сроки лечения,

уменьшает расход перевязочного материала, не ограничивает больного в движении, позволяет осуществлять уход за собой и возможен перевод больного на амбулаторное лечение. Данная методика аутодермопластики легко может проводиться в амбулаторных условиях не требует специальной подготовки больного и не ограничивает в жизни.

Местное лечение при не большом распространений-

- УВЧ-терапия,
- УФ-облучение,
- фонофорез с антибиотиками,
- карбон-диокисный лазер
- ферментно-витаминными препаратами,

Местно – дезинфицирующие антисептические средства:

- спиртовые растворы анилиновых красителей;
- растворы с антибиотиками и димексидом,
- антибактериальные мази (левомекол, эритромицин, тетрациклиновой, мази на основе серебра)

Выводы: При абсцедирующим подрывающим фолликулите гоффмана - на стадии перехода его в сикоз необходимо прибегать к хирургическому лечению:

1. иссечение – некроэктомия пораженного участка кожи в пределах здоровых тканей только под наркозом (так как местная анестезия дает рецидив и дальнейшее распространение фолликулита)

2. после иссечения проводится местное лечение (промывания антисептиками: хлоргексидин, диоксидин, перекис водорода, фурацилин, эктерицид) сочетания с мазевыми повязками в течение 4-5 дней до появления грануляций.

3. после появления грануляций аутодермопластика (свободным перфорированным лоскутом или по Тиршу)

Литература

1. О.Л. Иванов, А.Н. Львов - «Справочник дерматолога»

2. Т. Фицпатрик, Т. Джонсон, К. Вулф, М. Полано, Д. Сюрмонд. - «Дерматология» атлас-справочник.

3. Б.А. Беренбейна, А.А. Студница - «Дифференциальная диагностика кожных болезней»

0002. МИКСОМА ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ. ДЕМОНСТРАЦИЯ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ.

**Н.Б. Амиров, Л.Х. Сафаргалиева,
Р.Р. Ягфарова, Д.Н. Ганиева,
Л.А. Гараева, Е.В. Малышева**
**Клинический госпиталь ФКУЗ МСЧ МВД России
по Республике Татарстан**

Реферат. Миксома – самая распространенная доброкачественная опухоль (70%). Как правило, она локализуется в левом предсердии и манифестирует внутрисердечной обструкцией, эмболией и общими

симптомами, но может протекать бессимптомно и быть случайной находкой при ЭхоКГ.

В настоящей статье представлен клинический случай с обнаружением миксомы левого предсердия с последующим оперативным лечением.

Ключевые слова: миксома, левое предсердие, обструкция, оперативное лечение

До настоящего времени данные о распространенности опухолей сердца в основном опираются на результаты патологоанатомических исследований. В период с 1972 по 1991 гг. Лам (Lam) и его коллеги провели 12485 вскрытий. Распространенность первичных опухолей составила 0,056%, вторичных - 1,23%.

Среди 187 доброкачественных опухолей сердца большинство составляли миксомы (71%). Эти опухоли чаще встречаются у женщин (1,4:1), средний возраст которых - 47 лет.

В настоящее время окончательно установлено, что миксома - не организованный тромб, а истинное новообразование, происходящее из субэндокардиальных мультипотентных клеток, с ангиобластной пролиферацией и слизистой секрецией. При гистологическом исследовании можно визуализировать не только одиночные веретенообразные или звездчатые клетки, но и ангиобластоподобные структуры, окруженные алцианпозитивным слизистым веществом в соответствии с опухолевой клеткой, которая способна дифференцироваться как в сосуды, так и производить основное вещество. (Поздняк Ю.М. Красницкий В.Б., 2007)

По данным Падуанского университета, в 80% случаев миксома локализуется в ЛП, в 18% - вПП, а одновременный рост опухоли по обе стороны межпредсердной перегородки (биатриальная миксома) был отмечен лишь дважды.

Миксому ПЖ обнаруживают редко (2%), а миксому ЛЖ - только в одном случае (0,5%). Возможно, что высокая скорость кровотока препятствует росту опухоли в желудочках.

Появление клинических признаков миксомы возможно в любом возрасте, но чаще всего приходится на возраст 50-60 лет. Распространенность опухоли среди женщин в два раза выше, чем мужчин.

Что касается основных характеристик миксомы, то следует отметить, что это мягкая желатинозная опухоль, часто - с множеством кровоизлияний и покрытая тромбами. Опухоль может быть прикреплена к стенке предсердия или иметь ножку. При локализации в предсердиях миксома с остатками эмбриональных желеобразных структур, которые, возможно, служат источником опухоли, из межпредсердной перегородки распространяется в овальную ямку. В 65% случаев поверхность опухоли гладкая, а в 35% - ворсинчатая. При отсутствии волокнистой оси ворсинки рыхлые. Часто обнаруживают склонность ткани опухоли к фрагментации и отрыву с развитием эмболии.

Размеры миксомы варьируют от 1 до 15 см, в

среднем составляя 5-6 см. Они могут быть небольшими, но вызывающими эмболию, и огромными, занимающими полость предсердия и закрывающими отверстия клапанов. Масса резецированных миксом может быть от 7 до 120 г. Самые большие опухоли обычно обнаруживают вПП.

По опыту авторов, в 30% случаев у больных присутствуют общие симптомы, в 60% - признаки обструкции и в 16% - эмболии. У 25% пациентов заболевание протекает бессимптомно. Системные признаки, как правило, связаны с продукцией клетками миксомы интерлейкин-6.

В случае миксомы ЛП при аускультации можно услышать диастолический шум, напоминающий таковой при ревматическом митральном стенозе. Обструктивные симптомы включают одышку, липотимию, обмороки, а также ХСН. При пролабировании миксомы во время диастолы в АВ-отверстие могут развиваться внезапная обструкция и отек легких и даже внезапная смерть. Кроме того, миксома может осложняться инфекционным эндокардитом.

Системные эмболии могут быть причиной инсульта, инфаркта кишечника, почек, а также селезенки и сопровождаться такими тяжелыми последствиями, как гемипарез, ИМ или внезапная смерть. При отрыве большой фрагмент миксомы может обтурировать бифуркацию брюшной аорты. Своевременная ЭхоКГ позволяет установить источник эмболии и направить больного на неотложную операцию (Джон Кэмм А., Люшер Томас Ф., Серруис Патрик В., 2011)

Эхокардиографические признаки миксомы левого предсердия: (Захарова В. П., 2003)

Признаки органического поражения и функциональные расстройства	Эхокардиографические признаки
Наличие дополнительного образования в полости левого предсердия	Регистрация облаковидного образования с различной плотностью эхосигналов кзади от передней створки митрального клапана в диастолу(при подвижной миксеме) и в левом предсердии в период систолы желудочков.
Признаки обструкции митрального отверстия и нарушение функции митрального клапана (сходные с таковыми при митральном пороке	Снижение скорости диастолического прикрытия передней створки митрального клапана при разнонаправленном движении и увеличенной их экскурсии; турбулентный ускоренный трансмитральный диастолический поток, регистрируемый в полости левого желудочка, может быть увеличение полости левого желудочка

Клинический случай.

Пациентка И., 1964 г.р., находилась на стационарном лечении в терапевтическом отделении с 27.02.09 по 6.03.09. Поступила с жалобами на сердцебиение, одышку при небольшой физической нагрузке, иногда в покое, слабость, боли в мелких суставах кистей рук, коленных суставах, потерю веса.

Из анамнеза настоящего заболевания установлено, что одышка и сердцебиение беспокоят в течение последних 10 лет, боли в суставах в течение 2 лет. С 10.02.09 по 27.02.09 находилась на амбулаторном лечении с диагнозом синдром ускоренного СОЭ, синдром вегетативной дисфункции, железодефицитная анемия I степени. Принимала сорбифер, диклофенак без эффекта. 17.02.09 проведена ФГДС: хронический гастродуоденит. Дискинезия двенадцатиперстной кишки. Также 17.02.09. проведено УЗИ ОБП: гемангиомы печени.

При поступлении: общее состояние удовлетворительное, положение активное, кожные покровы бледные, щитовидная железа не увеличена, лимфатические узлы не увеличены. Наблюдалась небольшая болезненность и деформация мелких суставов кистей рук, движения в полном объеме. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в минуту. Тоны ритмичные, приглушены, ЧСС 90 в минуту, АД 115/80 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень по краю реберной дуги; синдром поколачивания отрицательный, отеков нет. Выставлен предварительный диагноз: Остеоартроз мелких суставов кистей рук. Гемангиомы печени. Синдром ускоренного СОЭ. Железодефицитная анемия I степени. Было назначено следующее лечение: феррум-лек по 100 мг 2 р/д, мелоксикам 7,5 мг после ужина.

Данные лабораторных и инструментальных методов обследования

В данных общего анализа крови следует отметить ускоренное СОЭ – 41 мм/ч, снижение уровня гемоглобина (Hb – 101 г/л) и цветового показателя (цв.п. – 0,7). Данные биохимических показателей крови и общего анализа мочи без существенных изменений. На ЭКГ при поступлении отмечался ускоренный синусовый ритм 92 удара в минуту, вертикальное положение ЭОС, единичная суправентрикулярная экстрасистола. На рентгенографии кистей рук – признаки деформирующего артроза.

4.03.09 была проведена ЭхоКС: в полости левого предсердия было обнаружено образование овальной формы, неоднородное, размером 6,2 x 3,5 см, пролабирующее между створками митрального клапана, левое предсердие увеличено в размерах (4,2 см), наблюдалась умеренная легочная гипертензия, митральная регургитация I степени, трикуспидальная регургитация II степени, сократительная способность сохранена ФВ=62%, S=33%. Заключение: миксома левого предсердия.

06.03.09 была проведена консультация врача-кардиохирурга МКДЦ Абдульянова И.В.: учитывая наличие миксомы левого предсердия больших

размеров, нарушение внутрисердечной гемодинамики, было показано хирургическое лечение: удаление миксомы левого предсердия.

18.03.09 Пациентка госпитализирована в МКДЦ для проведения оперативного вмешательства по поводу миксомы левого предсердия. Проведена эхокардиография: в полости левого предсердия визуализировалось округлое, неомогенное образование с неровными контурами, размерами 6,1x3,5 которое крепилось на широком основании к средней части межпредсердной перегородки, частично пролабирало в полость левого желудочка и создавало небольшую обструкцию левого АВ отверстия. Отмечалось увеличение левого предсердия, эктазия фиброзного кольца митрального клапана, митральная регургитация I степени, умеренная легочная гипертензия, трикуспидальная регургитация 1-2 степени, небольшое количество избыточной жидкости в полости перикарда. Рентгенография ОГК от 19.03.09: Легочная ткань без очагово-инфильтративных изменений. Умеренно выраженные признаки венозной гипертензии. Легочный рисунок диффузно обогащен за счет сосудистого компонента. Корни пониженной структурности, несколько расширены. Контур диафрагмы четкие, ровные. Синусы раскрываются. Тень сердца не расширена, талия сглажена.

23.03.09 проведено удаление миксомы левого предсердия в условиях ИК и ФХК. Данные гистологии: миксома с массивными очагами некроза и кровоизлияний. При повторном ЭхоКС 27.03.09: полость левого предсердия свободная. МГД митрального диастолического потока в норме, митральная регургитация I степени. Трикуспидальная регургитация I степени. Небольшое количество избыточной жидкости в полости перикарда.

02.04.09 пациентка была выписана из МКДЦ в удовлетворительном состоянии с диагнозом: Миксома левого предсердия. Умеренная митральная недостаточность. Умеренная трикуспидальная недостаточность. Умеренная легочная гипертензия. ХСН I ФК 2. Удаление миксомы из левого предсердия в условиях ИК и ФХК. При выписке были даны рекомендации: диспансерное наблюдение кардиолога, аспирин кардио 100 мг после ужина в течение 1 мес., верошпирон 25мг утром в течение 1 мес., препараты железа в течение 1 мес. под контролем ОАК, контрольная ЭхоКС через 6 месяцев по месту жительства.

Список литературы:

1. Захарова В. П. Миксомы сердца. Издательство: Книга плюс Год: 2003.
2. Поздняк Ю.М. Красницкий В.Б. Практическая Кардиология. Издательство: БИНОМ, 2007.
3. Джон Кэм А., Люшер Томас Ф., Серруис Патрик В. Болезни сердца и сосудов. Руководство Европейского общества кардиологов. Издательство: "ГЭОТАР-Медиа", 2011.

0003. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АКАТИНОЛА (МЕМАНТИНА) В ЛЕЧЕНИИ И СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ЛЕГКОЙ И УМЕРЕННОЙ ДЕМЕНЦИЕЙ

О.С. Бабичева, Е.В. Каличкина

Федеральное казенное учреждение

здравоохранения «Медико-санитарная часть» МВД

Российской Федерации по Кемеровской области

Введение. Снижение памяти – одна из самых частых проблем пожилого возраста. В экономически развитых странах мира до 10% лиц старше 60-65 лет страдает деменцией. И это приобретает все более актуальное социальное звучание и становится одной из основных проблем текущего столетия – «болезнью века» или даже «эпидемией века».

Деменция- синдром, характеризующийся приобретенным, прогрессирующим снижением интеллекта, которое возникает в результате органического поражения головного мозга, и приводит к нарушению социальной адаптации пациента, делает его неспособным к профессиональной деятельности, ограничивает возможности самообслуживания, нарушает его бытовую активность.

В большинстве случаев деменция развивается постепенно, и ей предшествует более или менее длительный период, исчисляемый от нескольких месяцев до нескольких лет, в течение которого у пациента выявляются когнитивные нарушения в виде незначительного расстройства памяти, легкого нарушения в подборе нужных слов для обозначения предметов, событий, ситуаций и т.д. Больной может испытывать трудности в выполнении сложной работы, которая раньше затруднений не вызывала.

Деменция чаще возникает у пожилых людей под влиянием различных заболеваний: нейродегенеративных, сосудистых поражений головного мозга, а также их комбинаций. В связи с этим исключительно важным представляется ранняя диагностика когнитивных нарушений – на стадии преддеменции (умеренного когнитивного расстройства). До 15% случаев умеренное когнитивное расстройство в течение одного года трансформируется в деменцию. Но, к сожалению, такие пациенты довольно поздно попадают в поле зрения специалистов. Существующая фармакотерапия направлена на замедление прогрессирования синдрома деменции, на улучшение и сохранение способностей к самообслуживанию и нормализации повседневной активности больных.

Цель настоящего психофармакотерапевтического исследования – изучить возможность и целесообразность использования Акатинола для терапии у пациентов с легкой и умеренной деменцией в повышении уровня социального взаимодействия пациентов и влияние на качество их жизни и жизни ухаживающих за ними лиц.

Материалы и методы: В исследовании участвовало 56 пациентов в возрасте от 65 до 82 лет

обоого пола (26 мужчин, 30 женщин). Всем пациентам, включенным в исследования, проводили магнитно-резонансную томографию (МРТ) головного мозга с визуальным анализом выявляемых изменений. У пациентов собирался анамнез жизни, социальный анамнез, проводилось неврологическое и физикальное обследование. Для оценки когнитивных функций, эмоционально-аффективной сферы и поведенческих характеристик до и после лечения проводилось нейро-психологическое тестирование с использованием шкалы оценки психического статуса (MMSE), тест рисования часов, батареи тестов лобной дисфункции, госпитальной шкалы тревоги и депрессии.

В исследовании участвовали пациенты, у которых оценка по шкале MMSE составляла от 11 до 20 баллов.

Степень выраженности в проявлении деменции коррелировала с атеросклеротическим поражением прецеребральных сосудов и атрофическими изменениями головного мозга. Деменция у больных с посттравматической энцефалопатией, формировалась на фоне кистозно-глиозных изменений головного мозга в стратегических зонах.

Общая оценка клинической эффективности осуществлялась в начале и в конце лечения по шкале общего клинического впечатления об изменении (GCIC), MMSE.

Продолжительность терапии составляла 6 месяцев, терапевтическая доза препарата – 15мг. в сутки. Оценка терапевтического эффекта осуществлялась три раза в течение курса терапии (на 0 день, спустя 3 месяца и 6 месяцев терапии.)

Результаты исследования: На фоне применения Акатинола был отмечен достоверный регресс когнитивных и поведенческих нарушений у 38 пациентов уже к концу 3-го месяца терапии, о чем свидетельствовала положительная динамика результатов большинства нейропсихологических тестов. Улучшились показатели памяти, концентрация внимания, беглость речи, зрительно-пространственные и регуляторные (лобные) функции. Улучшилась адаптация пациентов в повседневной жизни (способность пользоваться телефоном, готовить пищу, производить покупки, участвовать в ведении домашнего хозяйства). К моменту завершения исследования значимое улучшение зафиксировано у 48 (86%) пациентов. Показатели интеллектуального функционирования в большей мере улучшились у пациентов с легкой деменцией по сравнению с больными с умеренной тяжестью деменции. У восьми (14%) больных когнитивный дефицит остался на прежнем уровне.

При приеме Акатинола у пациентов выраженных и достоверных клинических проявлений побочных эффектов препарата не установлено.

Заключение

Проведенное исследование подтвердило безопасность применения Акатинола. Препарат хорошо переносится и способствует улучшению когнитивных функций у пациентов. Улучшенные

коммуникативные навыки позволяют снизить нагрузку на пациентов и на их родных, а также долгие сохранить их взаимоотношения.

Список литературы

1. Захаров В.В., Яхно Н.Н. Нарушение когнитивных функций в пожилом возрасте. – М., 2005г.
2. Преображенская И.С., Мхитарян Э.А., Дамулин И.В. Влияние мемантина на когнитивные функции у больных деменцией различной этиологии. *Consilium medicum* 2006г.
3. Дамулин И.В. Новая нейропротективная и терапевтическая стратегия при деменциях: антагонист NMDA – рецепторов Акатинол Мемантин. *Рус. мед. журн.* 2001г.
4. Медведев В.Э. Мемантин при терапии болезни Альцгеймера РУДН, Москва 2011г.
5. Левин О.С. Диагностика и лечение деменции в клинической практике, «МЕДпресс-информ», Москва 2010г.
6. Левин О.С. Алгоритмы диагностики и лечения деменции, «МЕДпресс-информ», Москва, 2011г.

0004. ОПЫТ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ «КАРИПАИНОМ» В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

О.Н. Безносова

МСЧ ГУВД по Кемеровской области

В недавнем прошлом широкое применение имело хирургическое лечение межпозвонковых грыж. Однако, частые осложнения во время и после операций, а также рецидивы удаленных грыж (до 30%), заставили существенно сократить показания к оперативному лечению до экстренных случаев. В связи с этим, актуальным следует считать поиск новых эффективных методов консервативного лечения грыж межпозвонковых дисков без негативных последствий для больного. Одним из таких методов является применение электрофореза с ферментным препаратом «Карипаин».

Впервые данное лекарство было предложено для использования доктором медицинских наук, профессором В. Л. Найдиным, который является заведующим отделением нейрореабилитации НИИ нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко. Стоит также отметить, что он же предложил и метод применения данного препарата.

«Карипаин» – протеолитический ферментный препарат прямого действия, растительного происхождения, полученный из латекса дынного дерева (папайи).

Фармакологические свойства «Карипаина» характеризуются его протеолитической активностью. В состав препарата входят: папаин, химопапаин, лизоцим. В определенной концентрации «Карипаин» влияет на саму грыжу, введенный методом электрофореза, она начинает постепенно уменьшаться,

становится мягкой, что приводит к освобождению сдавленного нервного корешка и сосудов, соответственно уменьшению болевого синдрома, устранению онемения конечностей.

Цель: оценить эффективность консервативного лечения грыж межпозвонковых дисков на поясничном уровне с использованием «Карипаина».

Материалы и методы: в исследование включены 24 пациента (12 мужчин, 12 женщин, средний возраст $45,8 \pm 12,3$ года) с задними срединными и парамедианными грыжами. Наблюдение включало помимо общеклинических методов, магнитно-резонансную томографию (МРТ), проводимую на томографах Magnetom Open, Concerto (0,2 T), Siemens Magnetom Espree (1,5 T) до и после лечения.

Патогенетическое лечение электрофорезом с «Карипаином» включало: 3 курса по 30 процедур с перерывами 1, 2, 3 дня, между курсами 1 – 1,5 месяца.

Принцип метода лечения: 1 флакон «Карипаина» разводился в 10 мл физиологического раствора с добавлением 2 – 3 капель димексида для лучшего проникновения в кожу. Раствор наносился на фильтрованную бумагу белого цвета, размещенную на прокладках электрода. Размеры электрода не менее 250 кв. см, температура прокладок $37 - 39^{\circ} \text{C}$. «Карипаин» вводился постоянным током от аппарата с (+) полюса, сила тока – 10 – 15 мА, время процедуры 15 – 20 минут.

Учитывая длительность лечения, данная методика специально адаптирована для применения в амбулаторных условиях.

Результаты: клинически у больных до лечения выявляли люмбалгию, люмбоишиалгию, радикулопатию с двигательными и чувствительными нарушениями.

По данным МРТ у пациентов в большинстве случаев определялись парамедианные (75%, $n = 15$), задние срединные (25%, $n = 5$) грыжи дисков, вызывающие вышеописанную клиническую симптоматику на фоне сопутствующего остеохондроза (100%, $n = 20$), спондилеза (80%, $n = 16$), спондилоартроза (85%, $n = 17$), а также циркулярных равномерных или неравномерных протрузий дисков.

Переднезадние размеры грыж колебались от 5 мм до 8 мм. После завершения лечения при контрольном МРТ у большинства больных (85%, $n = 17$) отличалось достоверное уменьшение размеров грыжи на 2 – 7 мм, а также уменьшение её объема на треть или наполовину.

В одном случае, ранее видимая грыжа 7 мм, при повторном исследовании не определялась, отмечался регресс клинической симптоматики. Остальные случаи сопровождались значительными клиническими улучшениями: уменьшением или исчезновением болей, восстановлением чувствительных нарушений и двигательных рефлексов. В единичном случае (5%, $n = 1$) динамического изменения размеров грыжи не наблюдалось, клинические проявления оставались прежними. У двух пациентов в ходе лечения на 5 – ой процедуре произошла аллергическая реакция, в виде

кожных высыпаний на поясничном уровне, что послужило причиной отказа от дальнейшей терапии.

Выводы: результаты проведенного исследования свидетельствуют о высокой эффективности (85%) применения электрофореза с «Карипаином» в амбулаторных условиях в комплексном лечении грыж межпозвоночных дисков и протрузий на поясничном уровне. Отсутствие эффекта от лечения в единичном случае, возможно, связано с физиологическими особенностями организма.

Литература:

1. «Руководство по неврологии» по Адамсу и Виктору. 2006 г.
2. «Нервные болезни». М. Н. Пузин. 2002 г.
3. Методическое пособие по комплексному лечению межпозвоночной грыжи, остеохондроза, артрита и артроза препаратом растительного происхождения «Карипазим» по методу заведующего отделением нейрореабилитации НИИ нейрохирургии им. Бурденко Н. Н. профессора Найдина В. Л. В сочетании со скипидарными бальзамами для ванн «Жемчужным» и «Янтарным» по методу профессора Залманова А.С.

0005. ОСОБЕННОСТИ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ СОТРУДНИКОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ, ВЫПОЛНЯЮЩИХ ЗАДАЧИ НА ТЕРРИТОРИИ СЕВЕРОКАВКАЗСКОГО РЕГИОНА

И. А. Буренина, Э.Б.Фролова

Клинический госпиталь ФКУЗ МСЧ МВД России по Республике Татарстан

Служебные командировки и выполнение специальных заданий сотрудниками внутренних дел республики Татарстан в Северо-Кавказском регионе связаны с воздействием ряда экстраординарных психотравмирующих факторов, таких как: наличие постоянной угрозы для жизни, травматизация, внезапная смена трудового и жизненного стереотипа, сверхнеобычность и сверхнормативность профессиональной деятельности и др.

Выборочные исследования психологов органов внутренних дел свидетельствуют о том, что симптомы посттравматического стрессового расстройства проявляются у 50%, а в состоянии психической дезадаптации находятся до 30% сотрудников, побывавших в командировках в Северо-Кавказском регионе.

Проведение обязательных реабилитационных мероприятий регламентировано Постановлением Правительства Российской Федерации от 12.01.2007 г. №6 «Об утверждении Правил социальной реабилитации лиц, пострадавших в результате террористического акта, а также лиц, участвующих в борьбе с терроризмом» и приказом МВД России от 30.04.2004 года №273 "Об утверждении комплексной Программы медико-психологического обеспечения сотрудников органов внутренних дел и военнослужащих внутренних войск Министерства внутренних дел Российской Федерации,

выполняющих задачи на территории Северо-Кавказского региона".

С целью реализации данных нормативных документов в клиническом госпитале МСЧ МВД по РТ открыто отделение восстановительного лечения (реабилитации). Для снижения негативных последствий выполнения сотрудниками оперативно-служебных задач в Северо-Кавказском регионе, мы разработали специальную антистресс программу. При определении стратегии программы реабилитации мы исходили из того, что это, прежде всего, должен быть единый комплекс медико-психологических мероприятий, направленных на восстановление функционального состояния организма, нормализацию эмоциональной, морально-нравственной и мотивационной сфер личности сотрудника внутренних дел, обеспечивающих его профессиональную работоспособность.

Продолжительность курса восстановительного лечения (реабилитации) – 12-14 дней. Все поступающие на реабилитацию в госпиталь сотрудники внутренних дел проходят предварительное обследование в поликлиническом отделении МСЧ МВД РТ и центре психофизиологической диагностики (ЦПД) МСЧ МВД РТ. Для оценки эффективности проводимого курса сотрудники внутренних дел применяется тестирование, которое включает: Опросник здоровья SF-36, тест «Уровень невротизации» и опросник CES-D (Center of Epidemiological studies of USA-Depression).

В число основных реабилитационных мероприятий программы входят: оптимально-организованный режим дня, диетотерапия, фитотерапия, занятия лечебной гимнастикой, инфракрасная массажная стимуляция с одновременным проведением сеанса ароматерапии и другие современные методы физиотерапии, а так же проведение кратковременной лекарственной активизирующей терапии (малые дозы ноотропов, адаптогенов, комплекс витаминов с аминокислотами, растительные седативные препараты).

Предварительные результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что антистресс-программа реабилитации, разработанная в Клиническом госпитале МСЧ МВД по РТ позволяет максимально эффективно и в более короткие сроки нормализовать психоэмоциональный статус, восстановить работоспособность и улучшить общее самочувствие сотрудников внутренних дел после физических и нервно-психических нагрузок.

0006. РОЛЬ ДУОДЕНАЛЬНОГО ЗОНДИРОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ

**Н.А. Бычкова, Л.А. Горелова,
О.И. Дымова, В.А. Мельникова
ФКУЗ МСЧ МВД России по Кемеровской области,
г. Кемерово**

Как показывают исследования последних лет, распространенность патологии органов пищеварения имеет тенденцию к неуклонному росту, обусловленному влиянием факторов риска. В ближайшие годы можно ожидать увеличение частоты болезней, в основе которых лежат стрессовые, дискинетические, метаболические механизмы, имеющие место и в патологии желчевыводящей системы.

Целью нашей работы явилась оценка возможностей различных методов дуоденального исследования желчевыводящих путей в распознавании дискинетических расстройств желчного пузыря, сфинктера Одди, а также паразитных инвазий.

Материалы и методы. Исследования проводили в строгой последовательности после ультразвукового исследования (УЗИ), ФГДС. В качестве холецистокинетика использовали 33% $MgSO_4$, 40 % глюкозы, 10% NaCl. Проводили расчет объема, скорости и времени выделения дуоденальной желчи, времени закрытого СО, латентного периода пузырного рефлекса. Проводили микроскопическое исследование желчи всех порций. Для проведения дуоденального зондирования применялись обычный зонд, либо зонд с рентген-контрастной полосой с электростимулятором вместо обычной оливы.

Результаты и обсуждение. Современная диагностика большинства заболеваний органов пищеварения невозможна без полноценного исследования состояния печени и желчевыводящих путей. Из всей большой группы лабораторно-инструментальных методов исследования наиболее общедоступным и информативным является дуоденальное зондирование, которое по праву считают основой в диагностике нарушений желчеобразовательной и желчевыделительной функции печени, а также моторной функции билиарного тракта и глистных инвазий (лямблиоза, описторхоза).

Предлагаемая нами методика рассчитана на применение на любом уровне практического здравоохранения, она не требует сложной аппаратуры, не вызывает осложнений и экономически доступна любому медицинскому учреждению.

Минутированное (или этапное, или фракционное) дуоденальное зондирование позволяет получить различные порции желчи, достоверно дифференцированные по своему происхождению; другим несомненным преимуществом является возможность выявить нарушения в работе сфинктерного аппарата билиарного тракта, определить тип дискинетических расстройств. Зондирование проводится обычным дуоденальным зондом, либо с зондом рентген-контрастной полосой с электростимулятором вместо обычной оливы. Желчь собирается в строгой последовательности с интервалом в 5 минут. Затем желчевыделение изображается графически в виде цветных диаграмм:

по оси абсцисс откладываем время желчевыделения, по оси ординат – количество выделенной желчи.

В отличие от классического дуоденального зондирования, где собирают порции «А», «В» и «С», в минутированном дуоденальном зондировании различают следующие этапы:

1 этап – этап базальной секреции желчи, продолжительность составляет в норме 18-20 мин., объем выделившейся желчи 25-35 мл. Затем вводят холецистокинетик (33% $MgSO_4$) и завязывают зонд на 5 минут. После чего развязывают и ждут появления нескольких миллилитров введенного раздражителя.

2 этап – этап латентного периода желчевыделения, или этап сфинктера Одди. На этапе желчь не выделяется. В норме продолжительность его составляет от 5 до 7 минут.

3 этап – этап сфинктера Люткенса и холедоха – также относится к латентному периоду желчеотделения. Продолжительность – 2-4 минуты, объем выделенной из холедоха желчи 1-5 мл.

Все три этапа составляют классическую порцию «А» дуоденального исследования.

4 этап – этап желчного пузыря. Продолжительность – 30-35 мин., объем выделенной желчи 50-70 мл.

5 этап – этап внешней секреции желчи. Начинается с момента появления печеночной желтовато-золотистой желчи. В норме продолжительность этапа 20-25 мин., объем выделенной желчи 30-40 мл.

После получения печеночной желчи на уточнение полноты опорожнения желчного пузыря вводят второй холецистокинетик, например, 40% глюкозу. По данным литературы гипотоничный, гипокинетичный желчный пузырь, а также с различными перегибами, перетяжками по данным УЗИ, сокращается после введения первого холецистокинетика (33% $MgSO_4$) всего 1/3, что доказывает необходимость применения как минимум двух раздражителей в ходе зондирования.

Анализируя полученные результаты в ходе зондирования, можно сделать вывод, что вычисление объема желчного пузыря в процессе УЗИ дает несколько заниженные результаты по сравнению с объемом полученной пузырной желчи в ходе минутированного зондирования.

Еще одна немаловажная особенность. У больных с гипертонусом сфинктера Одди, выявленном в процессе дуоденального зондирования, при проведении УЗИ слабое сокращение желчного пузыря было расценено как дискинезия желчного пузыря по гипокинетическому типу. Проведя анализ полученных результатов, можно сделать вывод, что, принимая во внимание только данное УЗИ, можно пойти по ошибочному пути лечения больных, так как в основе дискинезии лежит в данном случае неистинный гипокинез, а нарушение оттока желчи в виду наличия препятствия в виде спазмированного сфинктера Одди.

При проведении минутированного зондирования и его оценки обращаем внимание на наличие

большого процента выявления паразитов или их яиц. Так нами за период 2008-2010 года было сделано:

	2008 год	2009 год	2010 год
Обследовано больных	528	497	568
Обнаружено: описторхоз	64	72	66
Лямблиоз	10	1	4
Клещи	1	1	3
Дрожжи	10	34	29
Процент выявления	16%	20,8%	18,1%

В том, что трехфазное дуоденальное зондирование мало информативно, тем более, что не всегда оно выполняется правильно, говорит следующий факт:

	2008 год	2009 год	2010 год
Дуоденальным зондированием ABC обследовано:	120	53	58
Выявлено: описторхоз	5	3	3
Лямблиоз	4	----	----
При минутированном дуоденальном зондировании обследовано:	408	444	510
Выявлено: описторхоз	59	69	63
Лямблиоз	6	--	--
Клещи	1	1	3
Дрожжи	10	34	29

Данные цифры говорят о том, что минутированное зондирование является наиболее информативным методом диагностики паразитарных заболеваний и диагностики нарушений желчеобразовательной и желчевыделительной функции печени.

Был выставлен титр от 1:100 до 1:800 антител к описторхозу методом ИФЛ. В результате микроскопии всей выделенной желчи (не отдельно выбранных пробирок, что имеет принципиальное значение) подтвердились «находки» яиц описторхоза лишь у 5 человек.

Таким образом, из всего вышесказанного можно сделать следующие выводы:

1. Диагностику функциональных расстройств в системе желчевыделения должна основываться на лабораторном (в частности дуоденальном зондировании) обследовании.

2. Минутированное дуоденальное зондирование является наиболее информативным методом диагностики дисфункций сфинктерного аппарата и желчного пузыря.

3. Как показывают исследования, минутированное дуоденальное зондирование является одним из наиболее достоверных методов в диагностике паразитарных заболеваний.

СПИСОК ИСПОЛЪЗУЕМОЙ ЛТЕРАТУРЫ

1. Кашнин А.В. Функциональные расстройства билиарного тракта и их лечение// Клин.перспективы гастроэнтеролог., гепатол.- 2002- С. 25-34

2. Лейшер У. практическое руководство по заболеваниям желчных путей. – М.:ГЭОТАР Медицина, 2001 – 264 с.

3. Ильинских Е.Н. Актуальные вопросы изучения проблемы описторхоза в Сибири // Бюллетень сибирской медицины.2002,№1 с 63 – 69

4. Вишневский А.А., Лившиц А.В., Вилянский М.Л. Электростимуляция желудочно – кишечного тракта . – М., медицина, 1978. –С.184

0007. АНАЛИЗ ДАННЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО СТАТУСА ЖИТЕЛЕЙ БЛАГОВАРСКОГО РАЙОНА РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН.

**Я.А. Габитова, Д.М. Габитова
Башкирский Государственный
медицинский университет
Клиника БГМУ (Уфа, Россия)**

Актуальность: По данным медицинской статистики разных стран мира, значительно возросло в течение последних десятилетий распространение аллергических заболеваний (АЗ). Распространение аллергических заболеваний, особенно среди людей более молодого возраста, рожденных после 60-х годов, почти напоминает эпидемию. В течение последних 20 лет достоверно увеличилась заболеваемость аллергическими заболеваниями в 3-5 раз и охватывает от 10 до 30% населения, по разным источникам. В США число больных АЗ превышает 40 млн. человек, из них 25-30 млн. страдают аллергическим ринитом. Эпидемиологические исследования, которые проводились в нашей стране, также показали высокий уровень распространенности АЗ от 13,5% до 35%, по различным регионам. Необходимо подчеркнуть, что и в России и в Башкирии, и в других странах имеется несоответствие данных о заболеваемости, полученных при обращении к врачу и популяционных исследованиях. Данные, полученные при обращении к врачу, в 10 и более раз ниже данных эпидемиологических исследований, т.к. они не включают пациентов, не обратившихся к врачу, но имеющих определенные жалобы и клинические проявления или обратившихся, у которых проявления аллергии не были распознаны врачом. В чем же причина роста числа аллергических заболеваний? Способствуют росту аллергической заболеваемости увеличение аллергенной нагрузки на организм, неаллергенные факторы, которые могут потенцировать действие аллергенов, например большая загазованность крупных городов, курение, все более широкое применение различных лекарственных, синтезированных препаратов и др. Одним из наиболее распространенных аллергических

заболеваний является аллергический (сезонный и круглогодичный) ринит (АР). Данные эпидемиологических исследований показывают, что от 10% до 20% людей в общей популяции страдают аллергическим ринитом. Сопоставление данных о распространенности АР, указывают на увеличение заболеваемости АР в 4-6 раз за последние 15 лет. Следует отметить, что симптомы АР, беспокоящие пациента на протяжении всей жизни, снижают физическую, социальную, эмоциональную, профессиональную активность, тем самым значительно ухудшают качество жизни пациента. К сожалению, в большинстве своем, врачи не очень часто обращают внимание на подобные клинические симптомы, и таким образом упускают возможность более ранней диагностики пациентов с АЗ, более раннего лечения, более ранней профилактики развития возможных осложнений и заболеваний, в первую очередь развитие бронхиальной астмы (БА). Наиболее распространенным и социальнозначимым из аллергических заболеваний является бронхиальная астма. Ею болеют, по официальной статистике, около 6% населения, причем в течение последних десятилетий отмечается прогрессирующий рост числа заболевших. Крупное отечественное многоцентровое эпидемиологическое исследование НАБАТ (Национальное исследование Бронхиальной Астмы Тяжелого течения) подтвердило, что АР оказывает неблагоприятное влияние на течение, в том числе и тяжелой БА. Около 25% больных, обращающихся ежедневно за консультативной помощью к аллергологам и дерматологам, страдают тем или иным аллергическим заболеванием, протекающим с кожными проявлениями. Эти заболевания составляют группу аллергодерматозов: атопический дерматит, аллергический контактный дерматит, крапивницу, отек Квинке, и лекарственные поражения кожи. Таким образом АЗ являются одной из самых актуальных проблем современной медицины. Оценка причин или факторов риска в развитии АЗ является одной из основных задач эпидемиологии аллергических заболеваний. Установление факторов риска или причин роста заболеваемости аллергических заболеваний дает возможность, в дальнейшем разрабатывать наиболее эффективные профилактические мероприятия.

Цель исследования: Провести первый этап исследования и проанализировать анкетные данные населения Благоварского района Республики Башкортостан (РБ). Оценить эффективность и практическую значимость разработанной анкеты по раннему выявлению пациентов, имеющих аллергический анамнез.

Материал и методы исследования: Было проведено эпидемиологическое скрининговое исследование анкетным методом случайной выборки, путем подворных обходов жителей с. Языково Благоварского района, на предмет выявления симптомов активного, скрытого или вялотекущего

аллергического заболевания, с последующей обработкой статистических данных.

Практическая значимость: В результате проведенного анкетирования были выявлены пациенты, имеющие аллергические жалобы и анамнез, имеющие определенный риск развития аллергических заболеваний, но не обращавшиеся за врачебной помощью и не состоявшие на учете. Была проведена оценка самой анкеты, как документа, призванного достаточно полно отражать жалобы пациента и анамнез заболевания по основным нозологическим формам аллергического характера (аллергический ринит, бронхиальная астма, аллергодерматозы).

Собственный материал и методы исследования: Было проанализировано 50 анкет жителей с. Языково Благоварского района Республики Башкортостан. Из них 21 мужчин, 39 женщин, в возрасте от 20 до 50 лет. Опрашиваемым было предложено ответить на 24 вопроса специально составленной анкеты, учитывающей наличие симптомов возможного аллергического ринита, бронхиальной астмы и аллергодерматоза. Жалобы были следующие: на затрудненное свистящее дыхание когда-нибудь-28%; на затрудненное дыхание в последние 12 месяцев-14,5%; нарушение сна из-за хрипящего свистящего дыхания -24%; когда-нибудь вам ставили диагноз бронхиальная астма- 3%; сухой кашель по ночам, не связанный с простудой или инфекцией дыхательных путей – 12%; наличие когда-нибудь насморка, чиханья, заложенности носа, не связанного с ОРЗ или простудой -44%; за последние 12 месяцев сопровождалось ли чиханье, заложенность носа и насморк слезотечением и зудом глаз -26%; в какой из прошедших 12-ти месяцев возникали чиханье, насморк, заложенность носа - по 1-2 человека в каждый месяц; когда-нибудь была зудящая сыпь – 8%; за последние 12 месяцев вы просыпались ночью от зудящей сыпи - 6%; когда-нибудь вам ставили диагноз экзема, нейродермит, атопический дерматит - 2%. Анализ клинической структуры проявлений аллергической патологии у жителей с.Языково Благоварского района позволил установить преобладание респираторной симптоматики поражений. В среднем она выявлена у 21% лиц. Малое количество пациентов, отмечавших поражения кожи, возможно, объясняется специфичностью медицинской формулировки самих вопросов в анкете, что лишний раз подчеркивает необходимость составления более корректных и понятных для немедицинского населения анкетных вопросов.

Выводы проведенных исследований: 1) В республике Башкортостан, как и в России, как и в других странах, отмечается рост числа аллергических заболеваний. В связи с этим назрела необходимость в проведении более активного исследования ситуации по аллергической заболеваемости. При проведении массовых профилактических исследований среди населения можно и необходимо использовать анкетные методы обследования. Внедрение

компьютерных технологий позволит создать электронные регистры больных с аллергическими заболеваниями по каждому району РБ.

2) Установлено, что значительная часть населения с. Языково Благоварского района имеет те или иные проявления аллергических заболеваний.

3) С помощью разработанных анкет, на первом этапе исследования (анкетирование) мы можем обратить внимание на лиц с отягощенным аллергическим анамнезом, с последующим взятием их на учет и построением плана проведения лечебных и профилактических мер в отношении этой категории лиц. Анкеты охватывают практически весь диапазон аллергических заболеваний и являются необходимым и важным инструментом для врача в плане первичного активного обследования лиц, имеющих неблагоприятный аллергический фон.

0008. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ СТРАДАЮЩИХ РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ИБС.

Р.А. Галяви, О.Ю. Михопарова, Э.Б. Фролова

Казанский государственный медицинский

университет, г. Казань, Россия

Клинический госпиталь ФКУЗ МСЧ МВД России по Республике Татарстан

Цель исследования: оценить клинико-лабораторные показатели больных страдающих безболевой и болевой формами ишемии миокарда

Материалы и методы: В исследование было включено 55 пациентов страдающих ИБС. Из них у 30 человек были выявлены эпизоды немой ишемии миокарда. Диагноз выставлялся при наличии у больного двух и более эпизодов БИМ продолжительностью более минуты и интервалами между эпизодами более 1 минуты. 25 пациентов имели документированную стенокардию напряжения II-III ФК. Всем больным регистрировали ЭКГ в 12 стандартных отведениях, определяли общий и биохимический анализы крови, проводили суточное мониторирование ЭКГ и АД, а также ультразвуковое исследование сердца с определением фракции выброса, конечно-диастолического и конечно-систолического размеров левого желудочка, толщины межжелудочковой перегородки (ТМЖП) и задней стенки левого желудочка (ТЗСЛ).

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью программы Excel 7.0 с использованием пакета программ GraphPadInStat (v.3.06). Межгрупповое сравнение проводили по методу Манн-Уитни с применением критерия Фишера. Для выявления взаимосвязи между показателями применяли метод непараметрического корреляционного анализа по Спирману. Результаты представлены в виде $M \pm SD$, где M – выборочное среднее, SD – выборочное стандартное отклонение. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение: В ходе анализа было выявлено, что болевая форма ишемии

достоверно возникает в более раннем возрасте, чем у больных с немой ишемией миокарда ($51,6 \pm 8,9$ лет и $57,2 \pm 10,5$ лет, соответственно, при $p = 0,032$). В показателях общего и биохимического анализов крови группы были сопоставимы между собой, за исключением уровня общего холестерина, который был достоверно ниже в группе с БИМ ($5,1 \pm 1,1$ ммоль/л и $6,5 \pm 1,4$ ммоль/л, соответственно, при $p = 0,0004$). Пациенты были сопоставимы и по показателям ультразвукового исследования сердца. Однако, в группе с болевой формой ИБС регистрировались более высокие значения толщины межжелудочковой перегородки в сочетании с более высокими цифрами систолического и диастолического АД. Но эти различия были недостоверными (тмжп $1,22 \pm 0,3$ мм и $1,12 \pm 0,17$ мм, при $p = n.s.$; ср. САД $136,5 \pm 15,9$, при $p = n.s.$; ср. ДАД $84 \pm 13,3$ и $75,8 \pm 12,2$ при $p = n.s.$)

Анализируя данные холтеровского мониторирования ЭКГ была выявлено, что средний уровень смещения сегмента ST ниже изолинии во время болевых эпизодов ишемии был достоверно ниже, чем во время эпизодов не сопровождающихся субъективными ощущениями ($1,9 \pm 0,3$ мм и $1,2 \pm 0,4$ мм, при $p = 0,0001$). Кроме того, была выявлена прямая корреляционная зависимость уровня общего холестерина и депрессии сегмента ST ($r = 0,27$, $p = 0,04$). Исходя из полученных результатов можно предположить, что больные с болевыми проявлениями ишемии имеют более выраженные поражения коронарных артерий и, соответственно, худший прогноз в возникновении серьезных сердечно-сосудистых осложнений. Но, не стоит забывать и тот факт, что сочетания немой и болевой ишемии миокарда у пациентов со стабильным течением ИБС может достигать 100%.

Выводы:

1. Болевая форма ишемии миокарда возникает в более раннем возрасте и сопровождается более значимыми нарушениями липидного обмена и более выраженными признаками нарушения коронарного кровотока.

2. Уровень депрессии сегмента ST имеет положительную связь со значением общего холестерина.

0009. ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ «ЛАБОРАТОРИИ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ».

Х.Х. Ганцева, Д.М. Габитова,

Т.М. Ильясова, Л.Д. Гумерова

Башкирский Государственный медицинский университет (Уфа, Россия)

Актуальность проблемы. Россия входит в число стран с высокой распространенностью курения среди населения, а масштабы употребления табака и число связанных с этим заболеваний имеют тенденцию к постоянному росту.

Употребление табака является причиной (увеличивает риск развития) сердечно-сосудистых, бронхолегочных заболеваний, злокачественных новообразований, заболеваний желудочно-кишечного тракта и многих других заболеваний. Табак – единственный узаконенный потребительский товар, который приводит к смерти от 1/3 до половины людей, потребляющих его. По данным ВОЗ в мире ежегодно умирает 4 млн. человек от болезней, связанных с табакокурением. В России, от последствий табакокурения ежегодно умирает от 400 до 500 тыс. человек. На долю смертей от злокачественных новообразований и сердечно-сосудистых заболеваний, потенциально связанных с курением, приходится 77% у мужчин и 67% у женщин.

Особую тревогу и озабоченность вызывает пристрастие к табаку в молодежной среде. Пик первой пробы табака приходится на 10-13 лет, число подростков и детей, регулярно употребляющих табак колеблется по разным данным от 50 до 70%. Глубокое сожаление вызывает также рост табакокурения среди девушек. И если можно говорить о некоторой стабилизации мужского курения, то «девичье» курение и детское нарастает стремительно.

Разрушительная сила курения заставила медиков, психологов и педагогов искать ответы на вопросы: почему люди курят и как им помочь избавиться от этой привычки, насколько эффективны программы по борьбе с курением?

Сегодня помощь курильщикам включает следующее: предупреждение официальной службы охраны здоровья, советы врачей, лечение, когнитивную терапию, создание групп поддержки и т.д. К сожалению, все это дает только временный эффект и всего лишь 1/5 часть людей бросают курить после принятых мер, большинство же возобновляют привычку.

Целью работы является изучение контингента пациентов, обратившихся за врачебной помощью в «Лабораторию помощи пациентам с никотиновой зависимостью».

Методы исследования: Обследование амбулаторных и стационарных пациентов с табачной зависимостью - анкетирование с помощью анкеты Д. Хорна и теста Фагестрема, объективное исследование, включая инструментальные методы исследования, статистический анализ полученных результатов.

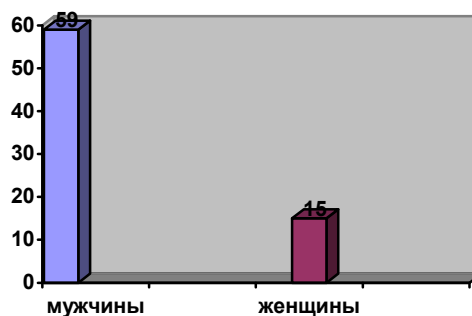
Описание исследования и анализ результатов

«Лаборатория помощи пациентам с никотиновой зависимостью» была создана и функционирует на базе Клиники терапии Клиник БГМУ официально с сентября 2010 года как центр методического обеспечения при Федеральной Клинике. И можно подвести некоторые промежуточные итоги по работе с пациентами, имеющими табачную зависимость.

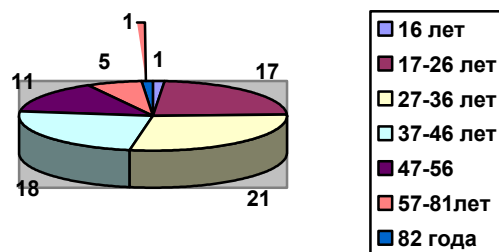
Пациенты попадали в Лабораторию различными путями: по направлению врачей лечебных учреждений (пульмонологов, кардиологов и др.), по направлению Центров здоровья, после проведения выездных мероприятий в учреждениях города и республики и по

самостоятельному обращению. В Лаборатории имеется необходимое оборудование для проведения обследования пациентов с никотиновой зависимостью: персональный компьютер с консультативной программой «Лечение курящего человека» (А.Г.Чучалин, Г.М.Сахарова. Н.С.Антонов), спироанализатор, пикфлоуметр, анализатор для определения СО и связанного гемоглобина (%СО), пульсоксиметр, тонометр, весы, ростометр, принтер, сканер, копир, телефон, наглядные материалы, стенды, плакаты, таблицы, литература и т.д. Структура обследования выглядит следующим образом: проведение компьютерного тестирования-анкетирования, сбор жалоб и анамнеза, объективное обследование, включая инструментальное, беседа о существующих методах по отказу от курения, разработка индивидуального плана ведения пациентов(поведенческая терапия, фармакологическая поддержка, лечение сопутствующих заболеваний и состояний), оформление заключения врача Лаборатории.

Через Лабораторию, за этот промежуток времени (с сентября 2010 по май месяц 2011гг) прошло 74 пациента. Из них мужчин 59, женщин 15.

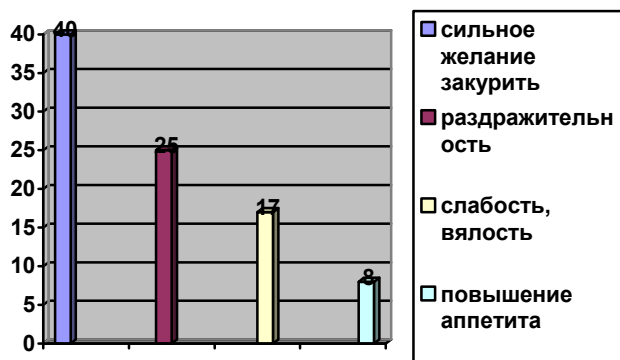


Возраст обратившихся от 16 лет до 82 лет (1чел- 16 лет, от 17-26 лет -17 чел., от 27- до 36-21 чел., от 37 до 46-18 чел., от 47 до 56 -11 чел., от 57 до 81-5 чел., 82 г.-1 чел.).



Стаж курения колебался от 2лет до 60 лет: В течение предыдущего года пациенты выкуривали от 2 сигарет в неделю до 4 пачек в день. В результате собеседования, было выяснено, что большинство пациентов находились на стадии подготовки- 56 (76%) и на стадии обдумывания - 18(24%). Следует отметить, что большинство пациентов (85%) были высоко мотивированы на отказ от курения, причем

большинство из них мужчины(63%). В группе мужчин преобладала высокая степень никотиновой зависимости, а у женщин – средняя и низкая. Имелись отличия по интенсивности курения в течении суток: мужчины курили больше в утренние часы и в первую половину дня, а женщины - во вторую половину дня, ближе к вечеру, для получения расслабляющего эффекта. Интенсивность курения составляла: у мужчин -1-3 пачки в день, у женщин – от 2 до 10 сигарет в день. Имелись различия в степени мотивации: вследствие малой интенсивности курения женщины более слабо были мотивированы на отказ от курения. Из 56 курящих, в ходе дальнейшего собеседования, на стадию действия (бросили курить) перешли 34 чел. (60%). На сегодняшний день, из тех пациентов, с кем удается поддерживать контакт, бросили курить – 17 человек, снизили интенсивность курения-23 человека. Из тех, кто бросил курить-13 мужчин, 4 женщин. Возможно их больше, так как с частью пациентов контакт был потерян по разным обстоятельствам, и не было возможности отследить их дальнейшую судьбу. Большинство пациентов (90%) в качестве медикаментозной поддержки выбрали препарат варениклин (ЧАМПИКС, Pfizer) и 10% выбрали никотинзаместительную терапию, 2 пациента из них в дальнейшем перешли на варениклин. В течении первой недели после начала лечения, у 40% пациентов отмечалось сильное желание закурить, 25%-раздражительность, 17%-слабость, вялость, 8%-повышенный аппетит.



К концу 2-й-4-й недели большинство симптомов не определялись. Продолжительность лечения, в среднем, составила 1,7 месяца. Часть пациентов (9 чел.), находящихся на отказе от курения, проходила стационарное лечение по поводу ХОБЛ. Им было назначено более расширенное обследование и лечение. Из 9 чел., находившихся на стационарном лечении – 6 бросили курить, 3 – снизили интенсивность курения. Такой способ лечения никотиновой зависимости может быть рекомендован тем курящим, кто может попасть в какие-то провокационные ситуации в первые дни отказа от курения, не уверен в своих силах, и тем пациентам, кто имеет сопутствующую патологию (ХОБЛ, ИБС и др.) и им требуется комплексное лечение. Стационарное лечение пациентов с никотиновой

зависимостью имеет определенные преимущества: более полное обследование пациента в условиях стационара, комплексное и адекватное выявление и лечение сопутствующей патологии, круглосуточный медицинский мониторинг, отсутствие «провоцирующих курение» ситуаций, дополнительные стимулы к отказу от курения, в том числе и принудительные, более комфортное и спокойное эмоциональное состояние пациента и др.

Отказ от курения позволяет осуществить профилактику различных заболеваний. Это четко прослеживается на примере хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). «Прекращение курения является единственным наиболее эффективным, в том числе – экономически эффективным, способом прекращения прогрессирования заболевания (Уровень доказательности А). Короткие курсы лечения табачной зависимости являются эффективными (А) и каждый курящий должен получать курс лечения при каждом визите к врачу» (GOLD).

0010. САРКОИДОЗ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА

Х.Х. Ганцева, Э.Д. Поздеева, Л.Т. Сулейманова
Башкирский Государственный медицинский университет (Уфа, Россия)

Саркоидоз является одним из самых распространенных из известных гранулематозов. При этом отмечается неуклонный постепенный рост частоты этого заболевания как в мире, так и у нас, в России. Так, удельный вес саркоидоза среди контингента, прошедшего через диагностическое отделение ЦНИИТ РАМН за 30 лет составил 61%, оставив далеко позади экзогенный аллергический альвеолит (ЭАА) — 12% и пневмонии — 9%. При саркоидозе часто поражаются многие органы, в связи с этим заболевший человек первично может обратиться к врачам разных специальностей: интернистам различного профиля, дерматологу, окулисту, невропатологу, хирургу, онкологу. (Шмелев Е.И. 2004)

В 1999 году появился исторический документ, «стейтмент» по саркоидозу, в котором был обобщён мировой опыт лечения этой болезни, и был констатирован тот факт, что не менее половины больных саркоидозом могут излечиваться спонтанно. С тех пор и в России стало меняться отношение к этому заболеванию, акценты сместились в сторону более интенсивного обследования, проведения РКТ высокого разрешения, трансбронхиальной и видеоторакоскопической (ВТС) биопсии. Диагностика саркоидоза достаточно трудна. В настоящее время после первичного обследования правильный диагноз ставится в 50%; в 20% проводится длительное противотуберкулезное лечение, а 25% больных лечат от неспецифической легочной патологии. (Moller DR

2003) Таким образом, врачи большинства специальностей должны иметь обязательный минимум знаний, на базе которого им предстоит накапливать опыт работы по этой интересной, непростой и социально значимой нозологии.

Цель исследования. Провести анализ заболеваемости саркоидозом среди больных 1 и 2 терапевтических отделений терапевтической Клиники БГМУ за период 2001-2011 гг.; определить особенности клинического течения заболевания и своевременной диагностики, возможность использования данных для обоснования и выбора рациональной терапии. Для практического достижения цели были сформулированы следующие задачи:

- провести анализ и оценить контингент больных саркоидозом, госпитализированные в 1 и 2 терапевтические отделения Клиник БГМУ в 2001-2011гг (на основании материалов статистического отдела и архива Клиники);

- провести комплексную оценку диагностических мероприятий в клинике, включая жалобы, анамнез заболевания и жизни, оценку объективного состояния и результатов дополнительных лабораторных и инструментальных методов исследования;

- на основании данных ретроспективного анализа установить возможность использования разработанного нами диагностического алгоритма для возможности использования в практике врача-интерниста, в том числе для принятия решения в сложных клинических ситуациях.

Материал и методы исследования: Для выполнения цели и решения задач проведен статистический анализ 30.803 истории болезней больных, проходившие стационарное лечение в 1 и 2 терапевтических отделениях Клиники БГМУ за 10 лет (период 2001-2011гг), среди них выявлено 10 больных с диагнозом саркоидоз. Из них пять пациентов были мужского пола, и пять – женского, возраст больных составил от 26 до 59 лет (средний возраст $40 \pm 1,2$ лет). Все пациенты поступали в стационар в плановом порядке по направлению участкового терапевта- 9 человек и в одном случае был перевод из городского кожно-венерологического диспансера. При этом в половине случаев диагноз саркоидоз был выставлен впервые в клинике. У двух человек при поступлении диагноз звучал как узловатая эритема, у трех как внебольничная пневмония, а после углубленного исследования обнаруживали саркоидоз. Длительность заболевания саркоидозом на момент госпитализации в КБГМУ в течение года - у трех больных, около 10 лет - у двух больных. Всем больным были проведены объективные исследования, лабораторные (ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови) и функциональные (ЭКГ, ФБС, Эхо-КГ, УЗИ ОБП и почек, рентгенография органов грудной клетки) методы исследования. Из 10 пациентов 4 были консультированы фтизиатром. При изучении жалоб выявили, что всех больных беспокоили слабость, кашель, чаще сухой, одышка, преимущественно при

физической нагрузке и повышение температуры тела в пределах 37,5-38,7 С. У четырех больных отмечалась узловатая эритема в виде плотных узлов размером до нескольких сантиметров, несколько возвышающихся над поверхностью кожи. Суставной синдром имел место у трех пациентов в виде болей и ломоты в крупных суставах нижних конечностей. Кроме того при объективном исследовании выявлялось увеличение мелких периферических лимфатических узлов у двух больных. Острое течение с синдромом Лефгрена было отмечено у одного человека (лихорадка, двухсторонняя внутригрудная лимфаденопатия, полиартралгия и узловатая эритема). При изучении анамнеза выяснили, что одному больному удалось добиться длительной ремиссии в течение 10 лет вследствие активного лечения (ГКС, плазмаферез). При аускультации легких у всех 10 человек выслушивалось везикулярное дыхание, у шести больных сухие хрипы. Усиление голосового дрожания и притупление перкуторного звука в нижних отделах справа определялось у двух пациентов, у остальных было одинаково с обеих сторон легких. Дыхательная недостаточность II степени определялась в половине случаев, у них наблюдалась одышка при обычной физической нагрузке. Увеличение частоты дыхания от 18 до 20 в минуту встречалось у 7 больных и от 21 до 25 у 2 больных. При анализе периферической крови выявили характерные воспалительные изменения в гемограмме, в виде повышения СОЭ в пределах 22-40 мм/ч и СРБ в пределах 18-60 мг/100 мл у шести больных, умеренного лейкоцитоза (до $16,4 \cdot 10^9$ /л) у четырех больных и повышения уровня серомукоидов (до 60 усл.ед.) у пяти больных. При этом у четырех пациентов обнаруживалась лимфоцитопения (15-17%), у двух - анемия средней степени тяжести (гемоглобин в пределах 73-85 г/л). Содержание электролитов (К, Na) определяли у пяти больных и у одного больного - содержание Ca^{2+} в сыворотке крови, результаты были в пределах нормы (3,8-4,8 ммоль/л, 138- 140 ммоль/л; 1,96 ммоль/л соответственно). Изучение иммунологического статуса проводилось троим пациентам. У одного больного были выше нормы IgG 28,62 г/л (8,0-20,0 г/л) и ЦИК 0,055 уе (0,017-0,045 уе). В клиническом анализе мочи, который был проведен всем больным, у 3 человек обнаруживались соли оксалаты (++) , у одного - белок 0,04% (в норме отр.), в остальных случаях результаты были в пределах нормы. В анализе мокроты ни у одного пациента из 10 не обнаружены ВК. При анализе заключений рентгенографического исследования органов грудной клетки выявлено: диффузное резкое усиление и деформация легочного рисунка, диффузный фиброз легочной ткани, малоструктурные корни у двух больных; инфильтрация легочной ткани справа в нижней доле, на фоне усиленного легочного рисунка, расширение корней у одного человека и у четырех – расширение корней легких за счет увеличения лимфатических узлов, с бугристыми контурами. Трём больным проводился более точный и

высокоспецифичный метод диагностики внутригрудного и внелегочного саркоидоза – компьютерная томография. У всех троих изменения на томограммах интерпретировались как саркоидоз 2 степени: диффузные изменения в легких с наличием множественных перилимфатических очагов, перибронховаскулярными муфтами, инфильтратами, участками повышения плотности легочной ткани по типу матового стекла, увеличение паратрахеальной, бифуркационной и бронхиальной групп лимфатических узлов. Функция внешнего дыхания оценивалась с помощью спирографии (прибор КСП-1), которая была проведена 7 из 10 человек. При этом, у 3 больных были зарегистрированы резко выраженные нарушения по обструктивному типу ЖЕЛ 29-35%, ОФВ₁ 33-38%, у двоих - умеренные нарушения ФВД: ЖЕЛ 65-68%, ОФВ₁ 70%, у одного легкие нарушения ФВД по рестриктивному типу: ЖЕЛ 69%, ОФВ₁ 82%, у одного человека ФВД была в пределах нормы (ЖЕЛ 98%, ОФВ₁ 82%). Фибробронхоскопия была проведена двум больным, у обоих выявлялся катарально-слизистый эндобронхит. При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости у всех 10 пациентов выявлялись хронический холецистит и панкреатит, у одного человека - желчнокаменная болезнь, у двоих – гепатолиенальный синдром, хронический пиелонефрит также у двоих. Эхокардиографическое исследование выполнено четырем пациентам, из них у троих больных не обнаружено клапанной патологии, ФВ составила 60%, у одного - недостаточность Ткл с регургитацией 2(+++) 3(+++), СДЛА 43 ммртст, легочная гипертензия, ПМК без нарушения гемодинамики, ДМПП 0,4 см, ФВ 63%. Диагноз саркоидоза гистологически верифицирован только у одного из 10 пациентов с саркоидозом путем биопсии внутригрудных лимфатических узлов, что удалось выяснить из анамнеза. С дифференциально-диагностической целью одному человеку проведена проба Манту, результат которой был отрицательным. Двое пациентов с впервые выявленным саркоидозом, после консультации фтизиатра, были выписаны для дальнейшего обследования и лечения в городском противотуберкулезном диспансере. Всем больным проводилась симптоматическая и противовоспалительная терапия: антибиотики (чаще цефалоспорины 2-3 поколения), эуфиллин 5,0 в/в стр, бромгексин 0,008 мг. Также при изучении листа назначений лекарственных препаратов удалось выяснить, что 6 человек из 10 с первого дня госпитализации получали дексаметазон 8 мг парентерально с постепенным снижением дозы до 4 мг в течение 5-7 дней с переходом на преднизолон по схеме (начиная с 5 мг в таблетках). Делалил в дозе 0,25 мг 2 раза в сутки в комбинации с преднизолоном 5 мг получал один человек.

Результаты исследования: В результате проведенного исследования удалось выявить частоту встречаемости саркоидозом среди пациентов общего терапевтического профиля, которая составила 0,03%. За последние 2 года частота госпитализаций больных

саркоидозом выросла. С впервые выявленным саркоидозом было пять человек, у них длительное время диагноз вызывал трудности, что может быть связано с отсутствием выраженности клинических синдромов. Изменения только внутригрудных лимфатических узлов (стадия I) были выявлены у 4 больных (из них 3 мужчин и 1 женщина), тогда как поражения и лимфатических узлов и легких (стадия II) у 6 пациентов (из них 2 мужчин и 4 женщины). Средний возраст больных саркоидозом -40 лет. Данная нозология одинаково часто отмечалась как у лиц мужского пола, так и женского. Кроме того, никому из пациентов не определяли активность АПФ в крови путем радиоиммунного метода, тогда как при активном саркоидозе АПФ по современным данным является маркером активности процесса. Анемия неясной этиологии средней степени тяжести была вынесена в сопутствующие заболевания у трех человек. Рекомендованное определение уровня Са в крови больных саркоидозом у анализируемых наших пациентов проводился только одному. Диагноз саркоидоза гистологически верифицирован только у одного из 10 пациентов с саркоидозом путем биопсии внутригрудных лимфатических узлов, тогда как она является золотым стандартом подтверждения диагноза. По данным нашего исследования, практически всем больным саркоидозом проводилась глюкокортикостероидная терапия, тогда как мировой и отечественный опыт наблюдения за больными саркоидозом свидетельствует, что до 70% вновь выявленных случаев может сопровождаться спонтанной ремиссией. Ни у одного из 10 пациентов не применялись препараты, влияющие на фактор некроза опухоли альфа (TNF- α), среди которых в состоянии изучения находится пентоксифиллин, а также антиоксиданты, тогда как отечественные исследователи при монотерапии витамином Е отмечали улучшение состояния в 55% случаев и стабилизацию - в 25% (Борисов С.Е. и соавт., 2003).

Выводы

1. Число больных саркоидозом растет, что связано как с ростом аутоиммунной патологии, так и с расширением кругозора врачей.

2. Важнейшая роль в выявлении и установлении предварительного диагноза принадлежит рентгенографии.

3. Лечение саркоидоза должно проходить под постоянным контролем врача, так как только врач может оценить серьезность поражения внутренних органов и назначить правильное, полноценное и своевременное лечение.

4. Саркоидоз - великий имитатор и может маскироваться под различные болезни.

5. Полученные данные позволяют утверждать о целесообразности продолжения и углубления исследования относительно необходимости и перспективности обеспечения ранней комплексной диагностики, индивидуализации лечения и реабилитационных мероприятий у пациентов с саркоидозом.

0011. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

С.В. Евстигнеев, С.А. Секерко, И.А. Елфимова
ФКУЗ «МСЧ МВД России
по Пензенской области», г. Пенза

Цель исследования: изучить потребность пациентов с артериальной гипертензией в первичной и вторичной профилактической помощи и разработать концепцию оказания медицинской помощи этой категории больных в ФКУЗ «МСЧ МВД России по Пензенской области».

Материалы и методы исследования: В исследование были включены 500 мужчин - сотрудников УМВД России по Пензенской области, страдающих артериальной гипертензией, средний возраст которых составил $41,9 \pm 0,9$ года. Анализировались истории болезни (ф. 003/у) и амбулаторные карты (ф. 025/у). Оценивалась диспансерная работа с данной категорией лиц, учитывались мероприятия первичной и вторичной профилактики, а также выполнение пациентами рекомендованной терапии и достижение ими целевых уровней артериального давления (АД), глюкозы, холестерина.

Результаты и их обсуждение: Установлено: 75% пациентов с артериальной гипертензией курят; каждый четвертый - имеет избыточный вес и 40% страдает ожирением (ИМТ более 25); у 20% больных отмечается гиперхолестеринемия (общий холестерин $> 5,5$ ммоль/л.), у 15% пациентов имеется сахарный диабет. Регулярно контролируют АД - 15% пациентов, 41% - измеряют его только при плохом самочувствии, остальные делают это редко или не измеряют АД вообще. Регулярно принимают гипотензивные препараты - 25% больных, из них 70% достигают целевого уровня АД ($< 140/90$ мм рт.ст.), 75% - принимают гипотензивные препараты только при повышении АД, из них 40% - прекращают прием после «нормализации» АД.

Сложившиеся тенденции, на наш взгляд, являются следствием недостаточности и неадекватности первичной и вторичной профилактики артериальной гипертензии. С целью повышения качества медицинской помощи больным артериальной гипертензией в ФКУЗ «МСЧ МВД России по Пензенской области» разработана концепция оказания медицинской помощи таким больным:

1. Организованы врачебные конференции с привлечением профессорско-преподавательского состава ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава по лечению и профилактике артериальной гипертензии.

2. Разработан и внедрен приказ «О мерах по совершенствованию медицинской помощи больным артериальной гипертензией», которым:

- утвержден порядок выявления таких больных и их динамического наблюдения;

- утверждена технологическая карта ведения больных артериальной гипертензией;

- утверждены измененные формы «Карты динамического наблюдения за больными артериальной гипертензией»; «Переходного эпикриза больного артериальной гипертензией»; «Листа динамического наблюдения за больными артериальной гипертензией»;

- утверждено положение о Школе здоровья для больных артериальной гипертензией,

форма дневника самоконтроля, форма журнала регистрации больных, направленных на занятия в Школу здоровья и журнал учета посещений;

- утверждена форма приглашения больного артериальной гипертензией на диспансерный осмотр;

- утверждена памятка больных с артериальной гипертензией.

Это позволило провести обучение врачей принципам профилактического консультирования и повысить информированность пациентов об их заболевании, с мотивацией к изменению образа жизни и регулярному применению рекомендованной терапии, а также рассчитать годовую потребность прикрепленного контингента в гипотензивных препаратах.

Выводы: Таким образом, изучение организации медицинской помощи кардиологическим больным в лечебно-профилактических учреждениях системы МВД России чрезвычайно актуально. Анализ результатов проведенного исследования и соотнесение их с современными стратегиями поддержания кардиоваскулярного здоровья позволило оптимизировать усилия по планированию и организации лечебно-профилактических мероприятий, программ первичной и вторичной профилактики артериальной гипертензии у сотрудников УМВД России по Пензенской области.

0012. ПРОЯВЛЕНИЯ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

А.Н. Ишмухаметова, Э.Р. Каипова,
Э.А. Гилязова

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа, Россия

Артериальная гипертензия (АГ) остается одной из самых актуальных медицинских проблем в мире. Это связано с тем, что АГ значительно распространена среди населения и является ведущим фактором риска развития инсультов, ишемической болезни сердца, облитерирующего атеросклероза нижних конечностей, сердечной и почечной недостаточности.

У больных АГ повышается риск развития всех клинических форм ИБС, включая стенокардию, инфаркт миокарда, внезапную коронарную смерть, при этом увеличение пропорционально тяжести АГ [2]. В Российской Федерации АГ по распространенности занимает лидирующие позиции:

ее частота составляет 39,2% среди мужчин и 41,1% среди женщин. По данным ВОЗ, за последние 10-20 лет смертность от сердечно-сосудистых заболеваний среди молодого (до 31 года) населения планеты возросла на 5-15% [3]. В нашей стране число умерших молодых людей в возрасте 20-29 лет увеличилось с 1991 по 2007 год в 2,6 раз [3]. В последнее время АГ у молодых лиц чаще сопровождается обменными нарушениями, составляющими метаболический синдром (МС) [2]. В то же время появились данные о частоте наблюдения АГ в молодом возрасте у лиц с дисплазией соединительной ткани [5]. Синдром дисплазии соединительной ткани сердца (ДСТС) выделен в 1987г Нью-Йоркской ассоциации кардиологов. Этот синдром включает: пролапсы клапанов сердца, аномально расположенные хорды левого желудочка, аневризмы межпредсердной перегородки и синусов Вальсальвы, расширение корня аорты и легочной артерии, бicuspidальную аорту. ДСТС рассматривается как изолированный синдром, включающий в себя симптомокомплекс кардиальных и экстракардиальных проявлений. В клинике ДСТС различают вегетативный, сосудистый, геморрагический и психопатический синдромы [6]. **Целью** нашего исследования было определение особенностей течения артериальной гипертензии среди лиц молодого возраста, находящихся на стационарном лечении в клинике терапии КБГМУ.

Материалы и методы: было проведено ретроспективное исследование 1166 историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в терапевтических отделениях КБГМУ с 2008 по 2010гг с диагнозом гипертоническая болезнь. Критериями включения в исследование были: возраст 18-35 лет, повышение артериального давления 1-3 степени. Критериями исключения являлись: наличие сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний, атеросклероза, вторичные артериальные гипертензии, анамнез длительной антигипертензионной терапии, профессиональные занятия спортом. У всех пациентов проведено общеклиническое обследование с определением индекса массы тела, исследованием крови, мочи, ЭКГ, оценен липидный спектр, скорость клубочковой фильтрации по формуле Кокрофта-Голта, MDRD, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, ЭХО-КГ на скрининговом аппарате Toshiba NEMIO. Оценена эффективность проводимой фармакотерапии.

Результаты и обсуждение: С 2008 по 2010гг в терапевтических отделениях КБГМУ пролечилось 1166 пациентов с гипертонической болезнью, среди которых было отобраны 40 человек (3,4%), в возрасте от 18 до 35 лет с артериальной гипертензией. 82,5% были мужчины, и 17,5% - женщины. В возрасте 18-25 лет - 9, все мужчины (22,5%), в возрасте 25-30 лет - 9 пациентов (7 мужчин, 2 женщины) (22,5%). Возрастная группа 30-35 лет была самой многочисленной - 22 (55%), из которых 17 мужчин и 5 женщин. На момент поступления при условии отсутствия медикаментозной гипотензивной терапии

уровни АГ были представлены следующим образом: АГ 1 степени - 2 (5%), АГ 2 степени - 24 (60%) и 3 степени - 14 (35%).

При оценке антропометрических, обратили внимание на частоту наличия повышения индекса массы тела (ИМТ) у данной категории пациентов, как одного из компонентов МС. У 77,5% пациентов ИМТ был повышен и превышал 25, среди этой категории больных ожирение 1 степени (ИМТ > 30-35) имели 22 пациента.

В возрасте 18-25 лет - из 9 пациентов у 7 имелось превышение показателей, а у 1 - ожирение 1 степени. В возрастной группе 25-30 лет все имели повышенную массу тела, а у 5 человек ожирение 1 степени. В группе 30-35 лет из 22-у 5 нормальные показатели ИМТ, повышенные результаты у 10 и ожирение 1 степени у 7 пациентов, что позволяет сказать, что у 77,2% пациентов данной группы имели повышение ИМТ. Проанализировав липидный спектр в трех возрастных группах, мы определили, что уровень общего холестерина повышается у пациентов с 25 лет. В возрасте 18-25 все имели холестерин в рамках референсных значений. В возрастной группе 25-30 лет, 44,5% пациентов имели пограничный уровень холестерина в пределах 5,2-6,5 ммоль/л, что требовало медикаментозной коррекции липидного спектра, а желательный уровень холестерина (ниже 5,2 ммоль/л) был у 44,5%, а у 11,1% цифры общего холестерина были очень высокими (6,5-8,5 ммоль/л). В возрастной группе 30-35 лет повышение о. холестерина было отмечено у 59,1%.

Учитывая влияние МС, АГ на процессы фильтрации в почечном клубочке, с постепенным снижением скорости клубочковой фильтрации (СКФ). Мы проанализировали показатель СКФ по уровню креатинина сыворотки, учитывая антропометрические данные (формулы Кокрофта-Голта, MDRD). У 91% пациентов отмечалось снижение СКФ до II стадии хронической болезни почек (ХБП) (60-89 мл/мин), согласно классификации K/DOQI, 2002 [1]. Протеинурия и изменения со стороны чашечно-лоханочной системы не были выявлены. Показана корреляция между снижением СКФ и повышенным ИМТ ($p \leq 0,05$), так у пациентов с повышенной массой тела (ИМТ 25-30) и среди лиц с ожирением 1 степени (ИМТ 30-35) у 95,5% СКФ соответствовала ХБП II стадии. Что соответствует данным литературы о коморбидности ХБП и МС [1].

Учитывая, что гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) является вариантом органичного поражения АГ с наиболее точно документированным влиянием на прогноз во всех возрастных группах. Мы проанализировали результаты ЭХО-КГ у нашей категории пациентов. По результатам ЭХО-КГ у 28 (70%) были выявлены признаки ремоделирования сердца в виде расширения межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка, что позволяет предполагать длительность АГ и наличие ГЛЖ [4].

Признаки дисплазии соединительной ткани сердца (ДСТС) имели 26 пациентов (65%). Из всех пациентов, участвующих в исследовании, у 19 (54,3%) выявили пролапс митрального клапана (ПМК), из них у 16 (84,2%) была нарушена гемодинамика. Пролапс трикуспидального клапана (ПТК) выявлен у 24 пациентов (68,6%), нарушенную гемодинамику имели 91,7% из них. Добавочная хорда (ДХ) выявлена у 7 пациентов (17,5%) и у 1 из них была нарушена гемодинамика. Признаки ДСТС у пациентов были представлены не только признаками поражения одного клапана, но и сочетанной патологией. Так ПМК в сочетании с ПТК был выявлен у 8 пациентов (22,9%), ПМК и ДХ – 2 (5,7%), ПМК, ПТК и ДХ – 4 (11,4%), а единичное поражение атриовентрикулярных клапанов у 11 человек (31,4%): ПМК-4, а ПТК-7. Учитывая тот факт, что при ДСТС описана эндотелиальная дисфункция, как вариант поражения сосудов, и вегетативная дисфункция в виде симпатикотонии [6], мы предполагаем влияние этих компонента на формирование АГ у лиц молодого возраста.

Анализируя данные по эффективности подбора гипотензивной терапии у данной категории пациентов, мы отметили использование монотерапии ингибиторами АПФ (иАПФ) в 42,5% случаев с достижением целевого уровня АД. Комбинации двух препаратов были использованы в 57,5% случаев. Наиболее предпочтительными считали комбинация иАПФ и кардиоселективные β -блокаторы (32%) и иАПФ и тиазидный диуретики (28%). Остальные виды сочетанной терапии были использованы реже: дигидроперидиновые антагонисты Ca^{+2} и диуретики (6%), дигидроперидиновые антагонисты Ca^{+2} и иАПФ (6%), β -блокаторы и диуретики (11%), вблокаторы и антагонисты Ca^{+2} (17%). Наши данные соответствуют данным литературы, о предпочтительности использования иАПФ и β -блокаторов у молодых лиц с АГ [7].

Выводы: Представленные данные по итогам обследования 40 молодых людей с АГ I-III степени в возрасте 18-35 лет, позволяют нам сделать вывод, что среди этой категории пациентов преобладают мужчины, имеющие повышенную массу тела, имеющие признаки ремоделирования миокарда за счет длительности АГ, у которых имеется снижение СКФ в пределах ХБП II стадии. В 65% случаев пациенты имели признаки дисплазии соединительной ткани сердца в виде ПМК, ПТК и дополнительной хорды. Целевой уровень давления у данной категории пациентов был достигнут монотерапией иАПФ или комбинацией иАПФ с кардиоселективными β -блокаторами преимущественно.

0013. АЛФЛУТОП В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПЛЕЧЕЛОПАТОЧНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА.

Е.В. Каличкина

Федеральное Казенное учреждение
здравоохранения МСЧ МВД РФ
по Кемеровской области

Пациенты с неврологическими проявлениями остеохондроза позвоночника составляют большую часть в практике невролога поликлиники. Учитывая рецидивирующее течение заболевания, особенно актуально применение средств с лечебным и профилактическим эффектом.

Целью представленной работы является исследование эффективности препарата «Алфлутоп» в лечении плечелопаточного болевого синдрома при остеохондрозе шейного отдела позвоночника. Алфлутоп является экстрактом морских организмов и состоит из микроэлементов, пептидов, аминокислот и глюкозинов. Благодаря такому составу препарат стимулирует синтез гиалуроновой кислоты и блокирует активность гиалуронидазы.

Материал и методы. Для проведения исследования отбирались пациенты с вертебральным типом ПЛБС, обусловленным ирритативно-рефлекторным и миофасциальным синдромами остеохондроза шейного отдела позвоночника. Для подтверждения диагноза помимо оценки неврологического статуса использовались методы лучевой диагностики и нейрофизиологическое обследование. У пациентов также оценивались: вертебральный синдром по 4-бальной шкале и интенсивность боли по 10-бальной шкале ВАШ. Таким образом, были сформированы 2 группы пациентов, сходные по симптоматике и половозрастному составу.

Критерии	Основная группа 36	Контрольная группа 28
Средний возраст	41,7 +/- 9,9	43,8 +/- 9,5
женщины	41,2 +/- 9,8	43,1 +/- 8,9
мужчины	42,3 +/- 10,1	44,5 +/- 9,7
Пол		
женщины	21- 58,33%	17- 60,71%
мужчины	15- 41,67%	11-39,29%
Вертебральный синдром баллы	2,18 +/- 0,56	2,07 +/- 0,67
ВАШ баллы	6,58 +/- 0,96	6,41 +/- 0,85

У контрольной группы пациентов проводилось комплексное лечение с применением медикаментозных препаратов (НПВС), ЛМБ с местными анестетиками, дозированная иммобилизация, физическая реабилитация, иглорефлексотерапия, физиотерапия. У основной группы в комплекс входил и курс из 5 лечебно-медикаментозных блокад п/вертебральных и миофасциальных триггерных зон (алфлутоп 1мл и местный анестетик 2-4 мл). Курс лечения длился 15-17 дней.

Результаты. К окончанию курации вертебральный синдром регрессировал до 0 баллов в основной группе у 19 пациентов (52,77%), в контрольной группе у 9 пациентов (32,14%), и до 1

балла в основной группе у 16 пациентов (44,44%), в контрольной группе у 17 человек (60,71%). Вертебральный синдром умеренной выраженности (2 балла) в основной группе сохранился у 1 пациента (2,77%), в контрольной группе у 2 пациентов (7,14%).

Интенсивность болевого синдрома уменьшилась в основной группе до 1,56+ 0,97 баллов по шкале ВАШ, а в контрольной группе до 2,35+ 1,01 баллов.

Вывод. Лечебно-медикаментозные блокады с алфлутопом являются эффективным методом лечения плечелопаточного болевого синдрома вертеброгенного генеза и способствуют уменьшению мышечнотонических и болевых симптомов заболевания.

0014. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «НЕЙРОКС» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭНЦЕФАЛОПАТИЙ В ПОЛИКЛИНИКЕ.

Е.В. Каличкина, О.С. Бабичева
Федеральное Казенное учреждение
здравоохранения МСЧ МВД РФ
по Кемеровской области.

Энцефалопатии, вызванные различными причинами, составляют значительную часть в практике невролога и психиатра на амбулаторном приеме. В фармакотерапии этих заболеваний практикуется использование препаратов различной направленности. Поэтому особый интерес вызывают препараты комбинированного воздействия на различные звенья патогенеза энцефалопатий и с минимальными побочными эффектами.

Целью данной работы является исследовать переносимость препарата «Нейрокс» в терапии энцефалопатий. Нейрокс оказывает антигипоксантажное, антиоксидантное, ноотропное и анксиолитическое воздействие. Препарат способен устранять тревогу, страх, напряжение, беспокойство, что очень характерно для больных, страдающих хроническим алкоголизмом. Нейрокс отличает также выраженное антиамнестическое действие, он устраняет нарушения памяти, вызванные различными воздействиями (травма головного мозга, сердечнососудистые заболевания, интоксикации).

Материал и методы. Для проведения исследования наблюдалась группа из 125 пациентов.

Из них:

1,57 пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией 1-3ст.

2,21 пациент в восстановительном периоде острого нарушения мозгового кровообращения

3,23 пациента с посттравматической энцефалопатией.

4,24 пациента с алкогольной энцефалопатией.

Пациентам проводилось лечение: 5 мл нейрокса в/в 10 дней, и затем по 1т3р/д 50 дней. Курс лечения составил 8недель.

При обследовании пациентов использовались методы: клинический, нейрофизиологический – ЭЭГ, методы нейровизуализации – МСКТ, МРТ,

психометрические шкалы: госпитальная шкала тревоги и депрессии, батарея лобной дисфункции, шкала краткого исследования психического статуса.

Наибольшая эффективность зафиксирована у пациентов с посттравматическими энцефалопатиями. На 4-5 день лечения отмечали уменьшение интенсивности головной боли, несистемного головокружения, улучшения настроения 19 человек (82,6%) из этой категории больных.

Из 78 пациентов с сосудистым генезом поражения головного мозга положительная динамика объективных показателей в виде улучшения координации, уменьшения статической и динамической атаксии отмечалось у 41 человека (52,5%). Уменьшение степени центрального пареза отмечено у 9 человек (42,8%), улучшение высших корковых выявлено у 17 пациентов (21,7%).

У 13 пациентов (54,2%), страдающих алкогольной энцефалопатией, улучшилась способность к концентрации внимания и счету, кратковременная память на текущие события. На фоне лечения препаратом удалось снизить дозы нейролептических средств и антидепрессантов до минимальных доз без снижения терапевтического эффекта.

124 пациента - т.е. 99,2% хорошо переносили терапию препаратом «Нейрокс». Лишь у одного пациента (0,8%) пришлось прервать курс из-за индивидуальной непереносимости. Важно отметить, что у пациентов с артериальной гипертензией не только не отмечалось повышения АД, но выявлена стабилизация уровня артериального давления.

Вывод. Нейрокс в терапии энцефалопатий на амбулаторном этапе является эффективным и безопасным средством, активизирует восстановительные процессы в нервной системе и улучшает качество жизни пациентов.

0015 ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ПИРИТИОНА ЦИНКА В ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Г.Р. Камашева
Казанский государственный медицинский
университет, г. Казань, Россия
Кафедра общей врачебной практики

Важнейшей составной частью комплексного лечения больных с атопическим дерматитом (АД) является наружная терапия, включающая применение топических кортикостероидов (ТКС), увлажняющих средств, а также цинк-содержащих препаратов, у которых противовоспалительный эффект сочетается с противогрибковым и антибактериальным действием, что немаловажно с учетом высокого риска присоединения вторичной инфекции при АД.

Цель исследования: оценка клинической эффективности крема «Цинокап» у больных с атопическим дерматитом.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 25 больных со среднетяжелым течением АД в возрасте от 16 до 47 лет. Все пациенты получали

традиционное лечение, включающее назначение гипоаллергенной диеты, антигистаминные средства, а также местную терапию 0,2% кремом «Цинокап», содержащим пиритион цинка. Крем наносился тонким слоем на пораженные участки кожи 2 раза в день в течение 4 недель. Клиническая эффективность препарата оценивалась на 0, 2 и 4 неделе лечения с применением полуколичественной шкалы SCORAD.

Результаты и их обсуждение: все пациенты перед началом лечения имели распространенный кожный процесс (площадь поражения составила $34,7 \pm 1,2\%$), который характеризовался выраженной гиперемией, инфильтрацией, папулезными элементами, сухостью кожи. Высыпания сопровождалась зудом различной интенсивности и нарушением сна ($7,8 \pm 0,5$ и $5,4 \pm 1,2$ баллов соответственно по десятибалльной шкале). Индекс SCORAD перед началом лечения составил $32,8 \pm 4,5$ баллов. На 2 неделе лечения площадь поражения снизилась до $12,3 \pm 2,3\%$, у 64% больных зуд отсутствовал или был незначительный, у 36% - средней интенсивности. Средние баллы интенсивности зуда и нарушения сна составили $3,5 \pm 0,7$ ($p < 0,001$ по сравнению с исходными показателями) и $2,1 \pm 0,3$ ($p < 0,001$), индекс SCORAD снизился до $16,4 \pm 1,2$ баллов ($p < 0,001$). На 4 неделе лечения ремиссия кожного процесса имела место у 64% больных, минимальные проявления – у 28%. У 2 пациентов (8%) сохранялись умеренно-выраженные зудящие высыпания. К концу 4 недели лечения площадь поражения составила $5,7 \pm 0,6\%$ ($p < 0,001$ по сравнению с исходными показателями), интенсивность зуда – $1,8 \pm 1,1$ балла ($p < 0,001$), нарушение сна – $1,5 \pm 0,7$ балла ($p < 0,001$), индекс SCORAD – $7,8 \pm 1,3$ балла ($p < 0,001$). В ходе лечения побочные эффекты наблюдались у 3 (12%) больных в виде незначительной гиперемии и жжения в месте нанесения препарата, которые имели место в первые дни лечения.

Выводы: наружная терапия с применением 0,2% крема «Цинокап», содержащего пиритион цинка, позволяет достичь высокой терапевтической эффективности при АД и может являться альтернативой терапии ТКС.

0016. ФАКТОРЫ РИСКА ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.

Н.А. Кошелева, А.П. Ребров

ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.

Разумовского Минздравсоцразвития России.

Целью исследования было выявление тревожно-депрессивных расстройств и факторов, их определяющих, у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материалы и методы. Выявление и оценка тяжести тревоги и депрессии проводилась на основании анкетирования 261 больного с симптомами

ХСН, развившейся после перенесенного трансмурального инфаркта миокарда, с использованием опросника «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS). В динамическое трехлетнее наблюдение включены 211 больных с ХСН. При поступлении в стационар все пациенты рандомизировались в две группы: группа I ($n = 106$ пациентов) – активного ведения, группа II ($n = 105$ больных) – стандартного ведения. Пациентов группы активного и стандартного ведения обучали в «Школе больных ХСН» и на двух индивидуальных занятиях, различия касались динамического ведения больных. Клиническое состояние и терапия больных группы активного ведения контролировалось один раз в месяц при телефонном контакте. Больные группы стандартного ведения находились под динамическим наблюдением в поликлинике по месту жительства. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакета программ Statistica 8.0.

Результаты. При анализе госпитальной шкалы тревоги определено, что у 18,8% обследуемых имеется субклинически выраженная тревога и 34,1% больных выявлена клинически выраженная тревога. Почти у всех пациентов (94,5%), у которых определялась тревога, присутствовал субклинически (62,4%) и клинически (32,6%) выраженный депрессивный синдром. Проведен корреляционный анализ между показателями тревоги, депрессии и клиническими параметрами у больных ХСН. Установлена значимая умеренная корреляционная взаимосвязь между выраженностью тревоги и депрессией ($\rho = 0,30$; $p = 0,02$). Выявлено наличие корреляционной умеренной взаимосвязи между выраженностью депрессии и длительностью СН ($\rho = 0,30$; $p = 0,04$), ФК ХСН ($\rho = 0,30$; $p = 0,03$), NT-proBNP ($\rho = 0,30$; $p = 0,03$), низкочастотным компонентом спектра ВСР ($\rho = -0,36$; $p = 0,003$) и приверженностью к терапии ($\rho = -0,30$; $p = 0,04$). По данным многофакторного анализа показателями, независимо значимо связанными с депрессивным состоянием больных ХСН, явились длительность СН (1,64 ОР, 95% ДИ 0,96 – 2,95, $p = 0,04$), ФК ХСН (0,09 ОР, 95% ДИ 0,02 – 4,19, $p = 0,002$), NT-proBNP (1,03 ОР, 95% ДИ 1,00 – 1,10, $p = 0,01$) и приверженность к терапии (0,98 ОР, 95% ДИ 0,16 – 1,62, $p = 0,001$). При вступлении в исследование пациенты групп активного и стандартного ведения были сопоставимы по выраженности тревоги и депрессии. В группе активного ведения на фоне высокой приверженности к терапии с первого года наблюдения показатели тревоги значимо ($p < 0,05$) меньше, чем исходные данные. Показатели депрессии в первой группе так же снижаются за время наблюдения, но не достигают степени статистической значимости ($p > 0,05$). В группе стандартного ведения в течение трех лет наблюдения значимой динамики по показателям тревоги и депрессии не выявлено ($p > 0,05$). Значимых различий между группами активного и стандартного ведения в течение динамического наблюдения по показателям тревоги и депрессии не установлено ($p > 0,05$).

Заключение. У 52,9% больных ХСН регистрируются симптомы тревоги, из них у 62,4% обследуемых имеется субклинически и у 32,6% пациентов клинически выраженный депрессивный синдром. Факторами, связанными с развитием тревожно-депрессивного синдрома, являются длительность СН, ФК ХСН, NT-proBNP и не приверженность к терапии. Влияние возраста и других классических факторов риска на развитие тревожно-депрессивного состояния не выявлено. Приверженность пациентов к терапии способствует снижению уровня тревоги и депрессии.

0017. ОПРЕДЕЛЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Н.А. Кошелева, А.П. Ребров
ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И.

Разумовского» Минздравсоцразвития России.

Целью настоящей работы явилась определение сердечнососудистого риска с использованием скорости пульсовой волны в аорте у больных хронической сердечной недостаточностью.

Материал и методы. Критерии включения: больные с перенесенным инфарктом миокарда с зубцом Q на ЭКГ, информированное согласие пациента. Анализ пульсовой волны выполнялся с использованием программы «TensioMed» на артериографе «TensioClinic» (Венгрия). Определяли следующие характеристики АД и пульсовой волны: систолическое и диастолическое АД, число сердечных сокращений (ЧСС), среднее АД, пульсовое АД, индекс аугментации (ИА) плечевой артерии и аорты, время возврата пульсовой волны от аорты, скорость пульсовой волны в аорте (СПВА), площадь систолического компонента (ПСК) и площадь диастолического компонента (ПДК) пульсовой волны. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакета программ Statistica 8.0.

Результаты. В исследование включены 207 пациентов (186 мужчин и 21 женщина), в возрасте от 40 до 72 лет (средний возраст $55,3 \pm 6,4$ лет). В течение первого года наблюдения у обследуемых пациентов развилось 68 случаев сердечно-сосудистых осложнений (ССО): в 45 случаях было ухудшение ХСН, у 18 пациентов – нестабильная стенокардия, у 11 больных – повторный инфаркт миокарда, 17 пациентов умерли. Оценена вероятность развития ССО в зависимости от СПВА. Были выделены две группы пациентов с различной жесткостью: первая группа (134 больных) – пациенты с нормальной жесткостью (СПВА ≤ 12), вторая группа (73 пациента) – больные с повышенной СПВА > 12 м/с. Общее число ССО в течение года развилось в 1-ой группе у 35 (26%) пациентов, во 2-ой группе – у 33 (45%) больных. Вероятность развития ССО в течение года

при наличии СПВА > 12 м/с значимо ($p=0,01$) выше, чем при СПВА ≤ 12 м/с. По данным многофакторного анализа, а именно логистической регрессии, независимыми факторами, определяющими развитие ССО явились ИМТ, ЧСС, холестерин, ФВ ЛЖ и СПВА. Согласно полученным результатам ОР развития ССО в течение года у больных ХСН, имеющих СПВА > 12 м/с, в 2 раза выше, чем у пациентов с СПВА ≤ 12 м/с. Максимальный риск соответственно выше в 4 раза.

Для расчета сердечнососудистого риска у больного используем уравнение логистической регрессии:

$$P = \frac{e^y}{1+e^y}, \text{ где}$$

$y = 1,13 - 0,08 \cdot \text{ИМТ} - 0,03 \cdot \text{ЧСС} + 0,21 \cdot \text{холестерин} + 0,07 \cdot \text{ФВ} +$

$+ 0,70 \cdot \text{СПВА} (\leq 12 \text{ м/с} = 0, > 12 \text{ м/с} = 1).$

P – вероятность развития ССО в течение года;

e – основание натуральных логарифмов равно 2,71;

y – стандартное уравнение регрессии.

Клинический пример: У больного Н. ИМТ 25 кг/м², ЧСС 72 в мин, холестерин 5 ммоль/л, ФВ 27,5%, СПВА 15,3 м/с. Расчетная вероятность развития ССО у больного Н. в течение года составляет 65%.

Наибольшая площадь под характеристической операторской кривой (ROC) равна 0,868. Чувствительность модели составляет 85%, специфичность 70%.

Выводы

1. СПВА имеет самостоятельное прогностическое значение у больных с хронической сердечной недостаточностью.

2. СПВА может использоваться для определения индивидуального сердечнососудистого риска у пациентов с хронической сердечной недостаточностью.

0018. ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, КЛИНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПРИ РАЗЛИЧНОМ ВЕДЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Н.А. Кошелева, А.П. Ребров
ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.

Разумовского Минздравсоцразвития России.

Целью исследования была оценка влияния терапевтического обучения и активного амбулаторного ведения на качество жизни, клиническое состояние и развитие сердечно-сосудистых осложнений (ССО) у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в течение трех лет наблюдения.

Материалы и методы. В исследование включены 211 больных с симптомами ХСН, развившимися после перенесенного инфаркта миокарда с зубцом Q на ЭКГ.

При поступлении в стационар все пациенты рандомизировались в две группы: группа I (n=106 пациентов) – активного ведения, группа II (n=105 больных) – стандартного ведения. Пациентов группы активного и стандартного ведения обучали в «Школе больных ХСН», различия касались трехлетнего динамического ведения больных. Клиническое состояние и терапия больных группы активного ведения контролировалось один раз в месяц при телефонном контакте. Больные группы стандартного ведения находились под динамическим наблюдением в поликлинике по месту жительства. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием Statistica 8.0.

Результаты. Медиана признака КЖ у больных ХСН составила 43 [11; 66] балла. Определено наличие взаимосвязи между КЖ и ФК ХСН ($p=0,31$; $p=0,002$), NT-proBNP ($p=0,30$; $p=0,03$), выраженностью тревоги ($p=0,45$; $p=0,0001$), депрессии ($p=0,35$; $p=0,001$) и приверженностью к терапии ($p=0,30$; $p=0,009$). При многофакторном анализе показателями, независимо значимо связанными с КЖ больных ХСН, явились ФК ХСН (0,28 ОР, 95% ДИ 0,05–1,70, $p=0,02$), выраженность тревоги (1,20 ОР, 95% ДИ 1,02–1,30, $p=0,01$) и приверженность к терапии (4,10 ОР, 95% ДИ 1,15–14,16, $p=0,01$). В течение трех лет наблюдения в группе пациентов активного ведения на фоне высокой приверженности к лечению отмечалось значимое ($p<0,05$) снижение САД и ДАД, ЧСС, общего холестерина, NT-proBNP, прирост дистанции теста 6-мин ходьбы, замедление процессов ремоделирования сердца и снижения ФВ ЛЖ, по сравнению с больными группы стандартного ведения. В группе активного ведения в течение трех лет отмечается улучшение показателей КЖ, однако не достигшее статистической значимости ($p>0,05$). В группе стандартного ведения выявлена отрицательная динамика в виде увеличения баллов (КЖ ухудшается) и к третьему году наблюдения отмечается значимое ($p<0,05$) увеличение показателя КЖ, как по сравнению с исходными данными, так и с группой активного ведения. При построении кривых Каплана-Мейера установлено, что у пациентов группы активного ведения к третьему году наблюдения вероятность развития декомпенсации ХСН ($p=0,001$), летального исхода ($p=0,04$), общего числа ССО ($p=0,04$) значимо меньше, чем у пациентов при стандартном ведении.

Заключение. Факторами, определяющими КЖ больных ХСН, явились ФК ХСН, выраженность тревоги и приверженность пациентов назначенной терапии. Обучение и активное трехлетнее амбулаторное ведение больных ХСН способствовали повышению приверженности пациентов медикаментозной терапии, улучшению качества жизни, клинического состояния больных и прогноза.

0019. О НЕОБХОДИМОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ

Г.В. Кузякин, С.В. Тютюнников, Ю.А. Антонов
МСЧ ГУВД по Алтайскому краю, г. Барнаул

В настоящее время, проблема профилактики острых респираторных заболеваний (ОРЗ) особенно актуальна для контингента сотрудников органов внутренних дел (ОВД), работа которых, по сравнению с остальным населением, в большинстве случаев, связана с повышенным риском заболеваемости респираторными вирусными инфекциями. Как показывают наши исследования, к числу факторов риска повышенной заболеваемости ОРЗ, относятся такие, как неблагоприятное влияние метеорологических (жара, холод, высокая влажность, ветер), климатических (условия резко континентального климата Юго-Западной Сибири), и профессиональных условий службы – разъездной характер работы, постоянные контакты с разнородными по состоянию здоровья, социальному положению и возрасту группами населения. Часто наблюдаются нервные перенапряжения на работе и ненормированный рабочий день. Таким образом, у сотрудников ОВД четко прослеживаются эпидемиологические (инфекционные) составляющие повышенной заболеваемости респираторными вирусными инфекциями, и внутренние (эндогенные) причины, обусловленные, в первую очередь, нарушениями в иммунной, эндокринной и нервной системах. Под термином «ОРЗ» – обычно объединяют большую этиологически разнородную группу инфекционных болезней, протекающих с поражением верхних дыхательных путей, трахеи, бронхов и имеющих определенное сходство в формировании патогенетических механизмов и клинической симптоматики. В подавляющем большинстве случаев ОРЗ обусловлены вирусной инфекцией. Так, в период эпидемии (В.С.Смирнов, 2004г.) этиологически, основная заболеваемость обусловлена вирусами гриппа до 50%, парагриппа - в 10-12% случаев, аденовирусами - в 10-12% случаев, респираторно-синцитиальной инфекцией – в 8-10%, риновирусами - в 15-20% случаев и другими вирусами - у 5-7% больных, или их сочетаниями. Серотипически вирусы, относящиеся к одному семейству, могут значительно различаться: грипп – 3 серотипа (А – 150 подтипов, В, С), парагрипп – 4 серотипа, аденовирусы – более 50, риновирусы – 114 серотипов. В результате подобной разнородности вирусной инфекции повторные ОРЗ у одного и того же пациента могут встречаться от 4-5 раз в год (это считается нормой), до 24-26 раз в году - у часто болеющих. Патогенетической основой частых ОРЗ, по мнению Н.П.Куприной (2004), являются изменение иммунологической реактивности организма с угнетением местного и системного иммунитета, снижением активности системы интерферона.

Целью настоящего исследования явилось обоснование необходимости проведения профилактических мероприятий у сотрудников органов внутренних дел г. Барнаула на основе изучения распространенности ОРЗ в период 2006-2008гг. Особенностью изучаемого контингента были: молодой трудоспособный возраст пациентов (18-45лет), преобладание среди них мужчин (82%). Анализ статистических данных показал, что частота ОРЗ в 2006 году составила 235,7 случаев заболевания на 1000 сотрудников. В 2007 – 261,8 случаев, в 2008 – 302,6 случаев. То есть, заболеваемость ОРЗ (в случаях) за эти годы выросла на 23%. Среднее количество дней с временной утратой трудоспособности за эти годы оставалось примерно на одном уровне и составило: 7,3 дня (2006г.), 6,9 дня (2007г.), 7,1 дня (2008г.). В целом, заболеваемость с временной утратой трудоспособности по болезням органов дыхания в 2006 году (в пересчете на 1000 человек) составила 346,5 дня, в 2007 году – 385,7 дня, в 2008 году - 395,2 дня. Таким образом, рост заболеваемости ОРЗ среди сотрудников ОВД в 2008 году, по сравнению с 2006 годом, составил 8,8%. Необходимо отметить, что данные по трудопотерям, в связи с болезнями органов дыхания, в Алтайском крае сопоставимы со статистическими данными МВД в целом по России. Анализ, проведенных нами эпидемиологических исследований, по обращаемости больных, показывает, что только в 18-20% случаев пациенты (сотрудники ОВД) с болезнями органов дыхания обращаются в медицинские учреждения за помощью. В остальных же случаях заболевание переносится «на ногах» без необходимой в этих случаях медицинской помощи. Учитывая это, истинная заболеваемость ОРЗ и болезнями органов дыхания может быть больше статистической в 5-6 раз. Не стоит забывать и о том, что болезни органов дыхания с временной утратой трудоспособности в эти годы занимали первое место среди других видов патологии (сердечно – сосудистые заболевания, болезни желудочно – кишечного тракта, мочеполовой сферы и др.) и составили в 2006г.-24,0%, 2007г.-26,1%, в 2008г.-26,7%. Высокие экономические потери, а также тот факт, что болезни органов дыхания являются фактором риска развития сердечно – сосудистых заболеваний позволяют считать профилактические меры восстановительной медицины в том числе при ОРЗ являются одной из основных проблем как науки, так и клинической практики.

Одним из ведущих направлений в профилактике ОРЗ могут быть мероприятия по иммунокоррекции интерферонового статуса (рекомбинантным α -интерфероном), проводимые в центре реабилитации МСЧ ГУВД по Алтайскому краю.

0020. ПРОТИВОВИРУСНЫЕ И ИММУНОМОДУЛИРУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ В СОСТАВЕ СОВРЕМЕННЫХ ЛЕЧЕБНЫХ КОМПЛЕКСОВ РЕАБИЛИТАЦИИ СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ

**Г.В. Кузякин, В.В. Малиновская,
С.В. Тютюнников, Ю.А. Антонов
ГУ НИИ Эпидемиологии и микробиологии
им. Н.Ф. Гамалеи РАМН, г. Москва
МСЧ ГУВД по Алтайскому краю, г. Барнаул**

Для участия в проведении контртеррористической операции на территории Северо-Кавказского региона из рядов сотрудников органов внутренних дел (ОВД) Алтайского края отправляются сводные отряды милиции и ОМОН в служебные командировки длительностью 6 месяцев. В условиях иного часового и климатического пояса сотрудники ОВД, одновременно с продолжительным и интенсивным нервно-психическим напряжением, подвергаются и значительным физическим нагрузкам. Возвращаясь назад к месту прохождения службы, значительная часть милиционеров нуждается в проведении реабилитационных мероприятий, направленных, в том числе, и на профилактику острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ). Однако не следует думать, что эта проблема является лишь узко ведомственной.

Ежегодно в России регистрируется от 27 до 41 млн. больных ОРВИ (Маркова Т.П., Чувилов Г.Н., 2007), что часто обусловлено наличием у пациентов вторичной иммунной недостаточности и нарушениями в системе интерферонов. Поэтому борьба с ОРВИ должна начинаться как можно раньше, уже на этапе «здоровья» и проводиться согласно алгоритмам иммуномодулирующей терапии, используя для этого нелекарственные и лекарственные методы, объединенные в одном комплексе.

Наилучшим отечественным препаратом для этих целей является виферон (интерферон- α 2 с мембраностабилизирующими компонентами), который разрешен не только у взрослых, но и у детей, беременных женщин (с 14-ой недели беременности) и новорожденных, что говорит о его безопасности. Клиническая эффективность интерферона в составе виферона существенно повышена (в 10-14 раз), исключены побочные эффекты, достигнуто пролонгированное действие, выработаны удобные и безболезненные формы его применения.

Профилактическое действие виферона при ОРВИ основано на существовании прямой и обратной связи иммунной системы с системой интерферона, формировании неспецифической и специфической противовирусной и иммунной защиты. В клинической практике реабилитации сотрудников ОВД применимы две программы с использованием мази (геля) и ректальных свечей «Виферон».

I - ПРОГРАММА. Частота ОРВИ от 3 до 5-6 раз в году, иммунограмма больных без существенных изменений, определяется недостаточность выработки ИФНа и ИФНу. Больные ранее не получали интерферонотерапию. Показано смазывание носовых ходов и ротоглотки мазью (гель) «Виферон» 5-7 раз в день – 3 недели, далее 3-4 раза в день – 3 недели, далее 1-2 раза в день – 3 недели.

II - ПРОГРАММА. Частота ОРВИ от 7 до 10 раз в год, без частых осложнений, иммунограмма больных без выраженных изменений, определяется умеренная недостаточность выработки ИФНа и ИФНу. Рекомендуются смазывание носовых ходов и ротоглотки мазью (гель) «Виферон» 2-3 раз в день ежедневно во время всего курса лечения. Свечи «Виферон» - 500 тыс. МЕ по 1 свече 2 раза в день, 3 недели; далее – по 1 свече 1 раз в день, 2 недели; затем по 1 свече 1 раз в день, 3 раза в неделю, 2 недели. Далее – по 1 свече 1 раз в день, 2 раза в неделю, 2 недели. Далее – по 1 свече 1 раз в день, 1 раз в неделю, 2 недели.

Клинические исследования показали, что применение профилактических программ 1 и 2 приводит к положительным сдвигам клинико-иммунологических показателей у больных и снижению частоты ОРВИ (в 3,4 и 4,4 раза, соответственно группам больных), смягчении клинических проявлений ОРВИ, сокращении продолжительности и тяжести острого периода болезни.

Таким образом, профилактическая терапия препаратами рекомбинантного интерферона-α2 безопасна, высокоэффективна и может быть включена в современные лечебные комплексы реабилитации сотрудников ОВД, вернувшихся из командировок в Северо-Кавказский регион.

0021. СОСТОЯНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ВОЕННО-ВРАЧЕБНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА В ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Л.А. Москаленко

Военно-врачебная комиссия военного комиссариата Челябинской области г.Челябинск.

Состояние граждан, поступающих на комплектование Вооруженных Сил находится в прямой зависимости от качества и эффективности медицинского обеспечения подготовки граждан к военной службе, медицинского освидетельствования при первоначальной постановке на воинский учет и призыве на военную службу и рассматривается как элемент национальной безопасности страны. Качество психического здоровья призывного контингента нельзя рассматривать в отдельности от психического здоровья населения, особенно молодежи. Сохраняющийся низкий уровень жизни значительной части населения, стрессогенные ситуации,

экологическое неблагополучие обуславливают рост так называемых социально обусловленных заболеваний. Результатом такого положения является резкое снижение нормативности поведения, всплеск психогений, аддиктивных и поведенческих расстройств. Всё это отрицательно сказывается на количественно-качественной характеристике состояния здоровья граждан, подлежащих призыву на военную службу.

По Челябинской области прослеживается следующая тенденция. В 2008-2010 годах по психиатрическим статьям от военной службы было освобождено соответственно 3,2%, 3,4% и 3,0% призывников прошедших медицинское освидетельствование и признано нуждающимися в обследовании в психиатрических больницах соответственно 0,8%, 0,6% и 0,5% призывников. Так в психиатрических лечебных учреждениях области прошло обследование в 2000 году и в 2008-2010 г.г. следующее количество граждан подлежавших постановке на первичный воинский учет и призыву на военную службу:

Лечебные учреждения	2000	2008	2009	2010
ОКСПНБ № 1	2522	1181	1154	1241
ОСПНБ № 2	360	215	190	170
ОПБ № 3	146	206	225	211
ОПНБ № 5	1383	1079	842	748
ОПНБ № 6	49	130	77	100
ОПБ № 7	150	218	402	153
ОПНД г. Миасс	121	126	80	91
ПНО ЦРБ г. Сатка	92	43	58	28
ИТОГО	4823	3198	3028	2742

Полученные результаты показывают снижение числа призывников, по сравнению с 2000 годом, требующих психиатрического обследования.

Всем юношам с впервые выявленной патологией психической деятельности рекомендуется при выписке консультативный или диспансерный учет и наблюдение психиатром весь призывной период.

По нозологическим единицам обследуемые распределились следующим образом (на примере ЧОКСПНБ № 1):

Аналогичные показатели и по другим психиатрическим больницам области.

Главным психиатром области и заместителем главного врача ОКСПНБ № 1 по КЭР уделяется большое внимание обследованию психического здоровья лиц призывного возраста, их динамическому наблюдению и лечению. Для врачей психиатров, работающих в призывных медицинских комиссиях области, регулярно проводятся семинарские занятия, конференции с участием кафедр психиатрии Челябинской государственной медицинской академии

и Уральской медицинской академии дополнительного образования.

Годы	Вид обследования	Итого	из них выставлены диагнозы (шифр МКБ-10)										Нуждается в стационарном обследовании
			Z00	F06-7	F10-9	F20-9	F40-8	F60-9	F70-3	F80-8	Уклонилось от обследования		
2008 - при ППВ У	Всего	337	9	64	0	9	0	13	78	14	23	127	
	Стац.	115	9	31	0	8	0	12	20	12	23	0	
	Амб.	222	0	33	0	1	0	1	58	2	0	127	
	Всего	844	200	181	1	61	3	198	85	0	101	14	
	Стац.	792	200	165	1	51	2	195	77	0	101	0	
	Амб.	52	0	16	0	10	1	3	8	0	0	14	
2009 - при ППВ У	Всего	284	8	42	0	6	0	8	76	16	5	123	
	Стац.	70	8	18	0	1	0	6	16	16	5	0	
	Амб.	214	0	24	0	5	0	2	60	0	0	123	
	Всего	870	248	169	1	43	7	201	89	2	105	12	
	Стац.	829	248	158	1	40	7	199	76	2	105	0	
	Амб.	41	0	11	0	3	0	2	13	0	0	12	
2010 - при ППВ У	Всего	312	17	47	0	15	0	19	97	7	12	98	
	Стац.	109	17	25	0	2	0	18	29	6	12	0	
	Амб.	203	0	22	0	13	0	1	68	1	0	98	
	Всего	929	257	147	0	45	4	227	79	4	136	30	
	Стац.	872	257	141	0	42	3	224	67	2	136	0	
	Амб.	57	0	6	0	3	1	3	12	2	0	30	

В сложных конфликтных случаях проводятся совместные заседания ВВК военного комиссариата Челябинской области, главного психиатра области, заместителей главного врача ОКСПНБ № 1 по лечебной и клинико-экспертной работе и при необходимости проводится контрольное освидетельствование.

Принятая система освидетельствования психического здоровья призывников позволила проводить качественное обследование психики призывников, принимать правильное решение при призыве, о чем свидетельствует показатель возврата

из войск по свидетельствам болезни. За последние 3 года из войск было возвращено всего 2 человека (1 с расстройством личности и 1 с наркоманией).

Совместный анализ, проведенный ВВК военного комиссариата Челябинской области и ОКСПНБ № 1 позволили сделать следующий вывод: сложившаяся схема обследования состояния психического здоровья лиц призывного возраста наиболее эффективна и целесообразна к дальнейшему ее применению.

0022. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА

Г.Ш. Павлова
ФКУЗ МСЧ МВД России
по Республике Татарстан

Реферат. В статье изложены способы профессиональной чистки полости рта, методы определения гигиенического индекса полости рта. Представлены различные виды средств гигиены полости рта, общие принципы чистки зубов, санации полости рта, рационального питания, полезные советы для профилактики заболеваний полости рта.

Ключевые слова: гигиена, зубные отложения, зубной налет, санация.

PROFESSIONAL HYGIENE OF THE ORAL CAVITY

G.S. Pavlova

The abstract. In article ways of professional cleaning of an oral cavity, methods of definition of a hygienic index of an oral cavity are stated. Various kinds of agents of hygiene of an oral cavity, the general principles of a toothbrushing, sanation of an oral cavity, a balanced diet, a good advice for preventive maintenance of diseases of an oral cavity are presented.

Keywords: hygiene, tooth adjournment, a debris, sanation.

У человека нет ничего более ценного, чем его здоровье. Поэтому так важно его поддерживать. «Человек начинает ценить здоровье, когда теряет его»; - гласит индийская народная пословица. И если современный человек считает себя благоразумным, то он должен стремиться прикладывать все свои усилия для сохранения и поддержания своего здоровья.

По данным литературы, регулярно контролируемая двухразовая ежедневная чистка зубов в течение двух лет снижает поражение зубов кариесом в два раза. Установлено, что в результате контролируемой чистки зубов у школьников, ранее страдавших хроническим катаральным гингивитом, нормализуется состояние пародонта. Между тем у 67-87 % школьников отмечено неудовлетворительное состояние полости рта, что свидетельствует о недостаточном соблюдении ими гигиенических навыков, а именно не регулярный уход и неумение правильно чистить зубы. По данным многочисленных исследований, в 80 % случаев причиной возникновения воспалительных процессов, в том

числе заболевания пародонта, является бактериальный зубной налет.

Гигиена полости рта – это основное профилактическое мероприятие, которое должно проводиться по всем правилам, вне зависимости от возраста человека и состояния здоровья его зубов. К сожалению, не всегда личная гигиена позволяет добиться качественной очистки полости рта. Очень важной составной частью лечебно-профилактических мероприятий является профессиональная гигиена, которую регулярно проводит врач-гигиенист.

Профессиональная гигиена полости рта – это регулярный комплекс мероприятий, проводимых врачом-стоматологом, направленный на предотвращение развития кариеса и заболеваний пародонта.

Профессиональная гигиена полости рта включает в себя следующие мероприятия:

- профессиональная чистка зубов;
- контролируемая гигиена полости рта;
- применение минерализующих составов.



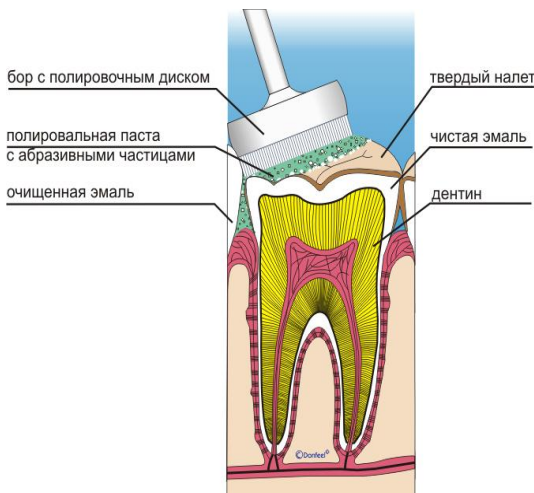
1. Профессиональная чистка зубов.

А) Механический способ чистки зубов с помощью ручных инструментов

состоит из нескольких последовательно сменяющих друг друга этапов: удаление над- и поддесневых зубных отложений (Scaling); сглаживание поверхности корня, обработка области фуркаций, удаление размягченного дентина (Root planning); полирование поверхности корня для устранения шероховатостей, способствующих ретенции зубного налета (Polishing).

Существуют следующие виды инструментов для проведения механической чистки зубов:

1) Серповидные скейлеры (scaler) бывают двух видов: с изогнутым лезвием и с прямым лезвием. Скейлеры – это инструменты с острым кончиком рабочей части, предназначены для удаления наддесневых зубных отложений.



2) Кюреты (curette) бывают универсальными и зоноспецифическими. Кюрета – это инструмент с закругленным кончиком рабочей части, предназначен для удаления поддесневых зубных отложений.

3) Рашпили – инструменты для удаления массивных зубных отложений.

4) Долото – инструмент предназначен для удаления массивных зубных отложений с контактных поверхностей.

5) Мотыги – инструменты для удаления массивных поддесневых зубных отложений.

На сегодняшний день прекрасно зарекомендовали себя инструменты для механической очистки зубов компании «Hu-Friedy». Разработан минимальный гигиенический набор инструментов или по другому он называется набор гигиениста, который предназначен для удаления наддесневого зубного камня, а также поддесневых отложений при глубине пародонтальных карманов не более 3-4 мм. В этот набор входит шесть инструментов: два скейлера и четыре стандартные кюреты.

Б) Профессиональная чистка зубов с использованием ультразвуковых и звуковых инструментов (Root Debridement).

Используются ультразвуковые аппараты, которые в зависимости от генерации ультразвука подразделяются на магнитостриктивные и пьезоэлектрические. Примером является универсальный ультразвуковой аппарат «Pieson Master 600».

Преимущества ультразвукового метода:

- не травмирует твердые ткани зуба;
- эффективное удаление зубных отложений со всех поверхностей;
- простота применения, не требует специальной подготовки врача;
- минимальные временные затраты;
- комфорт для пациента.

Недостатки метода:

- большое количество противопоказаний (имплантированный кардиостимулятор, иммунодепрессивные состояния, глаукома, злокачественные новообразования, сахарный диабет, хронические или острые нарушения дыхания, эпилепсия, молочный и сменный прикус, наличие имплантантов и ортопедических конструкций, инфекционные заболевания: туберкулез, вирусные гепатиты, ВИЧ, сифилис и др.);

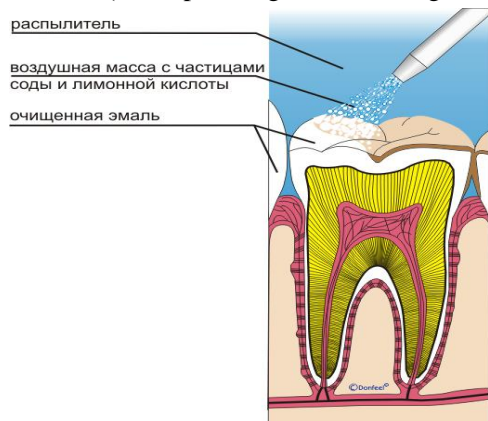
- образование аэрозольного облака, состоящего из воды и микроорганизмов, увеличивает микробное число воздуха в стоматологическом кабинете, что повышает риск инфицирования медицинского персонала. Радиус распространения аэрозольного облака составляет 2 метра.

Правила при использовании ультразвукового метода чистки зубов:

- проводить под местным обезболиванием;
- рабочая часть насадки должна располагаться под углом 45 градусов относительно обрабатываемой поверхности;

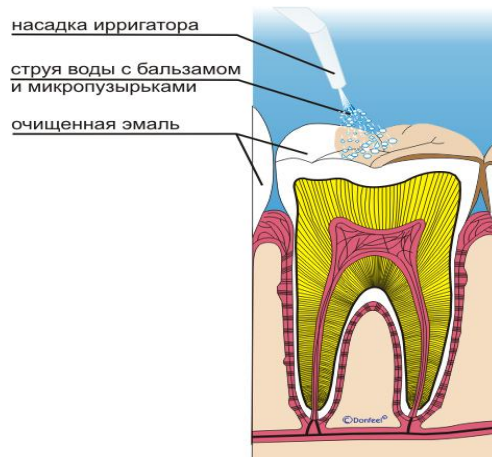
- минимальное давление на инструмент;
- обязательное использование водяного орошения и охлаждения.

После проведения чистки зубов с помощью ультразвуковых аппаратов поверхность корня остается шероховатой, поэтому необходимо обязательное проведение сглаживания и полирования ручными инструментами (Root planning and Polishing).



этом способе очистка проводится под действием аэрозоля. Это системы « Air – Flow », « Profyflex », KaVo, « AIR Max II ». Однако имеются противопоказания для использования таких систем:

- аллергические состояния;
- бронхо-легочные заболевания;
- инфекционные заболевания.



В) Химический метод удаления зубных отложений

1) за счет хелатообразования. Применяются препараты на основе ЭДТА и ее солей, которые образуют хелатные связи с ионами кальция, составляющими основу зубного камня;

2) за счет кислотного растворения. Используют препараты на основе соляной и органических кислот, которые лучше растворяют зубной камень, чем препараты ЭДТА. К ним относятся такие препараты, как «Detartrol ultra», «Depuratio». Но есть существенные недостатки этого метода. При воздействии кислот страдает эмаль зуба. А так же при недостаточной изоляции возможно раздражение слизистой оболочки полости рта.

После применения любого метода очистки зубов от отложений, обязательно проведение шлифования и полирования поверхностей, как уже было сказано выше, для устранения шероховатостей, способствующих ретенции зубного налета.

Существует несколько способов проведения данных мероприятий.

Можно использовать пародонтологические боры фирмы « Komet », которая выпускает специальный набор пародонтологических боров для углового наконечника. Для полирования очищенных поверхностей используют такие инструменты, как вращающиеся резиновые головки, чашечки, колпачки, щеточки. Для проведения полирования межзубных промежутков можно использовать штрипсы и флоссы. Полирование проводят с помощью специальных полирующих паст, например можно использовать такие пасты, как « CCS Profilaxpasta », « Prophy Polisher »,

« Полидент » и другие.

Так же для проведения шлифования и полирования очищенных поверхностей используют воздушно-абразивные (пескоструйные) системы. При

Общие принципы проведения профессиональной чистки зубов:

1. В первое посещение проводится осмотр, оценивается состояние зубов, тканей пародонта, оценивается гигиенический индекс, уровень гигиенических навыков, первый этап удаления зубных отложений. Удаление зубных отложений начинают с жевательной группы зубов, сначала обрабатывают моляры и премоляры одной стороны.

2. Число посещений зависит от индивидуальных особенностей пациента. В последующие посещения проводится контроль качества индивидуальной гигиены полости рта, окончательное удаление зубных отложений, шлифование и полирование.

3. Соблюдение правил асептики и антисептики.

4. Адекватное обезболивание.

5. Качественным показателем проведения профессиональной чистки зубов является ровная, гладкая и блестящая поверхность зуба и корня.

2. Контролируемая гигиена полости рта.

Контролируемая гигиена полости рта включает в себя такие мероприятия, как проведение оценки гигиенического состояния полости рта, стоматологическое просвещение с созданием мотивации соблюдения профилактических процедур, подбор индивидуальных методов и средств гигиены полости рта, контроль эффективности гигиенических мероприятий.

Оценка гигиенического состояния полости рта является важным показателем возникновения и течения патологических процессов в тканях полости рта.

В 1964 году Грин и Вермиллин предложили упрощенный индекс гигиены полости рта (УИГ).

Для этого определяют наличие зубного налета и зубного камня на щечной поверхности первых верхних моляров, язычной поверхности первых

нижних моляров и губной поверхности верхних резцов:

$$\frac{61}{6} - \frac{16}{6}$$

Сначала определяют зубной налет, при этом используют следующие оценки:

- 0 – отсутствие зубного налета;
- 1 – зубной налет покрывает не более 1/3 поверхности зуба;
- 2 – зубной налет покрывает от 1/3 до 2/3 поверхности зуба;
- 3 – зубной налет покрывает более 2/3 поверхности зуба.

Индекс зубного налета (ИЗН) определяют по формуле:

ИЗН = сумма показателей шести зубов : 6.

ИЗН = 3 - неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта.

ИЗН = 0 - хорошее гигиеническое состояние полости рта.

Потом определяют наличие зубного камня, используя следующие оценки:

- 0 – камня нет;
- 1 – наддесневой камень на 1/3 поверхности зуба;
- 2 – наддесневой камень на 2/3 поверхности зуба;
- 3 – наддесневой камень покрывает более 2/3 поверхности зуба, поддесневой камень опоясывает шейку зуба.

Индекс зубного камня (ИЗК) определяют по формуле:

ИЗК = сумма показателей шести зубов : 6.

ИЗК = 3 - неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта.

ИЗК = 0 - хорошее гигиеническое состояние полости рта.

УИГ = ИЗН + ИЗК.

Определение гигиенического индекса полости рта по Федорову-Володкиной (Кср).

Раствором йода и йодида калия (1 г. кристаллического йода, 2 г. йодида калия, 40 мл дистиллированной воды) смазывают вестибулярные поверхности шести фронтальных зубов нижней челюсти. Оценивают по пятибалльной шкале:

- 1 – отсутствие окрашивания;
- 2 – окрашивание 1/4 поверхности зуба;
- 3 – окрашивание 1/2 поверхности зуба;
- 4 – окрашивание 3/4 поверхности зуба;
- 5 – окрашивание всей поверхности коронки.

Индекс гигиены полости рта рассчитывается по формуле:

Кср = сумма показателей шести зубов : 6

Кср = 1 -1,5 - хорошее гигиеническое состояние полости рта.

Кср = 2 - 5 - неудовлетворительное состояние полости рта.

В 1968 году Подшадлей и Халей предложили индекс эффективности гигиены полости рта (ИГ).

После проведения окрашивания, проводится оценка шести зубов:

- 16 и 26 - щечные поверхности,

11 и 31 - губные поверхности,

36 и 46 - язычные поверхности.

0 – отсутствие окрашивания;

1 – окрашивание любой поверхности.

Индекс гигиены полости рта рассчитывается по формуле:

ИГ = 3Н : n, где

3Н – сумма баллов всех зубов, а n – количество зубов.

ИГ = 0 - хорошее гигиеническое состояние полости рта.

ИГ = 1, 7 и более – неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта.

Очень важно при проведении профессиональной гигиены полости рта врачу найти контакт с пациентом. Опыт показывает, что необходимый уровень гигиенических навыков и систематический уход за полостью рта может быть обеспечен только при содружестве врача и пациента. Врач должен научиться понимать пациента, иначе вылечить больного будет очень сложно, направить мышление своего пациента на необходимость поддержания собственного здоровья, создать у него мотивацию к сотрудничеству с врачом и выполнение всех данных рекомендаций. «Жизнь сама по себе уже достаточный мотивирующий фактор, а нормальной жизни без здоровья быть не может»; - С.Б. Улитовский. Однако большую роль в формировании у пациента ответственности за состояние своего здоровья играет врач. Очень часто после первой процедуры профессиональной гигиены пациенты начинают более критично относиться к своим зубам и замечают, как быстро образуется налет и зубной камень. Некоторые пациенты вовсе не осведомлены, как и какими зубными пастами и в том числе, что очень важно, какой именно зубной щеткой им надо пользоваться.

Им нужна профессиональная консультация стоматолога.



Зубная щетка – это основной предмет гигиены, предназначенный для механического удаления остатков пищи. Зубная щетка состоит из головки, ручки и шейки. Головка зубной щетки может быть изготовлена из натуральной щетины или из синтетического волокна. Зубные щетки из синтетического волокна обладают рядом преимуществ: синтетическое волокно более эластично, оно не набухает и быстро сохнет. В натуральной же щетине в центре имеется пустотелый канал, где скапливается и развивается микрофлора.

Существует пять степеней жесткости: очень жесткие, жесткие, средней жесткости, мягкие, очень мягкие. При болезнях пародонта, сопровождающихся повышенной кровоточивостью десен, детям, а так же лицам при повышенной стираемости твердых тканей зуба следует применять щетки с более мягкой степенью жесткости. Лицам, у которых быстро

образуется мягкий налет на зубах, рекомендуется пользоваться более жесткими зубными щетками.

Оптимальным считается расположение щетинок на расстоянии 2 - 2,5 мм друг от друга. Высота щетинок не должна превышать 10 - 12 мм. Так же необходимо учитывать размер головки. Для детей длина рабочей части щетки составляет 18 - 25 мм, ширина - 7 - 9 мм, а для взрослых: длина - 23 - 30 мм, ширина - 7,5 - 11 мм. Хранить щетки рекомендуется в индивидуальных стаканах щетиной вверх. По данным различной литературы срок пользования одной щеткой варьирует от 2 до 6 месяцев. Критерием износа зубной щетки является деформация и выпадение щетинок. Самым оптимальным сроком использования зубных щеток считается 3 - 4 месяца.

В последние годы большой популярностью стали пользоваться электрические зубные щетки. Это электрические щетки Oral - B Professional Care 8500 премиум класса, Philips Sensiflex среднего класса и электрические зубные щетки бюджетного класса Blend - a - med Spin Brush (срок эксплуатации этих щеток составляет 2 - 3 месяца).

Так же существуют ультразвуковые («Ultrasonex») и ионные зубные щетки (фирма « Foramen »), которые изменяют полярность зубного налета. Зубной налет несет положительный заряд за счет содержащихся в нем ионов водорода. Конец зубной щетки несет отрицательный заряд. Происходит ионная связь, в результате чего зубная бляшка удаляется.

Когда зубная щетка подобрана, перед многими встает вопрос: «А какой же зубной пастой лучше чистить зубы?». Сегодня очень трудно выбрать необходимую зубную пасту. Продавцы «уникальных зубных паст» не жалеют потока денежных средств, чтобы вести непрерывную телевизионную обработку населения, рекламируя огромное количество зубных паст. И чтобы выбрать наиболее эффективную, сначала самому врачу необходимо знать, что же такое зубная паста, ее состав и свойства, какой эффект вызывают те или иные составляющие зубной пасты.

Зубные пасты являются одним из наиболее распространенных средств гигиены полости рта. Основным назначением их являются: очищение поверхности зубов и десен, межзубных промежутков, языка от остатков пищи и зубного налета, лечебно-профилактическое воздействие на твердые ткани зубов и слизистую оболочку полости рта.

Зубная паста - это сложносоставляемая система, в состав которой входят следующие основные ингредиенты:

- абразивы, придающие пасте механическое очищающее свойство;
- поверхностно-активные вещества, способствующие образованию пены при чистке зубов;
- разбиватели (глицерин и др.), придающие пастам пластичность и вязкость;
- связующие или желирующие вещества (крахмал, натрийкарбоксиметил-целлюлоза), предотвращающие расслоение паст;

- различные добавки: отдушки, биологически активные и лекарственные вещества (фтор, микроэлементы, витамины и др.).

Зубные пасты представляют собой суспензию частиц порошка в сплошной жидкой фазе. Дисперсной фазой в них являются абразивные вещества, структурообразователи и другие наполнители, нерастворимые в дисперсной среде - геле, содержащем поверхностно-активные вещества, биологически активные добавки, ароматизаторы, консерванты и другие компоненты. Дисперсная фаза предназначена для механической и химической обработки поверхности зубов: дисперсная среда обеспечивает транспорт активных добавок в твердые ткани зубов и слизистую оболочку полости рта. Соотношение компонентов зубной пасты определяют ее свойства, назначение, механизм действия и эффективность. Зубные пасты выпускаются в виде крема, геля, пасты или жидкой пасты.

Зубные пасты должны быть безвредны, не должны иметь раздражающего действия на слизистую оболочку.

Классификация зубных паст:

1. Гигиенические.
2. Лечебно-профилактические: - для ежедневного применения;
- курсовые.
3. Профессиональные.
4. Медицинские.

Гигиенические пасты оказывают только очищающее и освежающее действие. Наиболее распространены гигиенические пасты: «Апельсиновая», «Мятная», «Семейная», «Московская», детские: «Артек», «Мойдодыр», «Детская», «Земляничная».

Лечебно-профилактические зубные пасты содержат дополнительные компоненты, которые нужны для лечения и профилактики стоматологических заболеваний.

Лечебно-профилактические пасты противовоспалительного действия предназначены для использования в комплексных мероприятиях при профилактике и лечении заболеваний полости рта. С этой целью в пасты вводят хлорофиллсодержащие соединения, водные или водно-спиртовые настои и экстракты лекарственных растений, ферменты, микроэлементы, минеральные соли, витамины. Такие пасты помимо очищающего действия, приостанавливают кровоточивость десен, улучшают обменные процессы в тканях пародонта и слизистой оболочке полости рта, оказывают противовоспалительное действие.

Зубные пасты с добавлением растительных препаратов: «Лесная», «Хлорофилловая». Зубная паста «Эрилекс», содержащая экстракт из 10 лекарственных растений, оказывает дезинфицирующее, противовоспалительное действие, она эффективна при заболевании мягких тканей полости рта.

При хроническом воспалении околозубных тканей можно использовать зубную пасту «Новая», которая содержит отвар коры дуба, обладает вяжущим, противовоспалительным действием.

Бактерицидным, кровоостанавливающим и эпителизирующим действием обладает зубная паста «Пародонтол», содержащая экстракты эхинацеи, розмарина, шалфея.

Зубные пасты, содержащие солевые добавки, («Поморин», «Мери») хорошо очищают зубы, устраняют неприятный запах изо рта, стимулируют обменные процессы в тканях пародонта.

Применение противовоспалительных лечебных зубных паст является простой и доступной формой предупреждения и лечения заболеваний пародонта. Профилактика достигается за счет улучшения обменных процессов и повышения местного иммунитета. Одним из популярных противовоспалительных компонентов, который применяется всеми производителями зубных паст, является триклозан.

Триклозан – антисептик с выраженной антибактериальной активностью, обладает широким спектром противомикробной активности. Сильным антибактериальным действием характеризуются пасты с триклозаном: «Colgate Total», «Blend-a-med Complete».

При повышенной чувствительности эмали зубов, для повышения ее резистентности рекомендуется использовать зубные пасты, содержащие минеральные вещества (соли кальция и фосфора) – «Жемчуг», «Ремодент», «Москвичка».

Белизну зубов, утраченную вследствие никотина, чая, кофе, можно восстановить с помощью зубной пасты, содержащей отбеливатель. Отбеливающие зубные пасты можно разделить на две группы:

1. пасты, содержащие отбеливающие химические вещества (перекисные соединения, кислоты, ферменты)
2. пасты с высоким содержанием абразивных веществ («Aguafresh», «Blend-a-med Сода Бикарбонат», «Фтородент»).

Обычные отбеливающие зубные пасты удаляют пятна с зубов за счет действия абразива. Действие зубных паст REMBRANDT основано на другом принципе. Уровень абразивности зубных паст REMBRANDT соответствует стандарту детских зубных паст. В их состав входит Цитроксаин, представляющий смесь натурального фермента папаина и мягкого полирующего вещества, за счет действия которых зубам возвращается естественная белизна. Папаин расщепляет белковую основу окрашенного налета, позволяя удалить его без вмешательства грубых абразивов.

Зубная паста «REMBRANDT ПЛЮС» - низкоабразивная отбеливающая паста, содержит цитроксаин, соединения фтора и перексид. Эффективно отбеливает зубы, устраняет неприятный запах изо рта.

Зубная паста «REMBRANDT АНТИТАБАК И КОФЕ» специально разработана для курильщиков, любителей чая и кофе. Содержит цитроксаин и алюмосил – они удаляют поверхностное окрашивание и полируют эмаль зуба. Витамин Е способствует восстановлению десен и слизистой оболочки полости рта, которые подвергаются вредному воздействию при курении.

Разновидность зубных паст, используемых при повышенной чувствительности зубов, - это зубные пасты типа СЕНСИТИВ, механизм и действие которых связаны с дентинными канальцами. Эти пасты механически закупоривают периферические отверстия дентинных канальцев. В процессе чистки зубов происходит высвобождение активных компонентов: гидроксиапатита, трикальций фосфата, которые заполняют дентинные канальцы от входного отверстия вглубь канальца. Зубная паста

« Sensitive Original » для чувствительных зубов содержит 17 % гидроксиапатита, который химически идентичен зубной эмали. При регулярном применении зубная паста на длительное время восстанавливает естественную защиту нервных волокон и снимает повышенную болевую чувствительность зубов.

Лечебно-профилактические пасты не показаны для постоянного применения из-за наличия в их составе антибактериальных компонентов, которые в случае длительного использования могут спровоцировать дисбактериоз в полости рта, а зубные пасты с высоким показателем абразивности могут привести к повышенной стираемости эмали зубов, и, соответственно к повышенной чувствительности. Поэтому пасты этой группы должны назначаться врачом.

Профессиональные пасты - это, как правило, пасты с завышенным показателем абразивности, которые используются только врачом-стоматологом при профессиональной чистке зубов.

Медицинские зубные пасты зарегистрированы как лекарственное средство и применяются курсами.

Действие зубной пасты должно быть направлено на профилактику кариеса. В последнее время появились зубные пасты, содержащие активный фтор, органические соединения фтора, так называемые аминофториды, которые формируют на поверхности зуба фторид кальция. В результате происходит снижение деминерализации и повышение реминерализации эмали зуба, а так же снижение образования кислот, выделяющихся микроорганизмами полости рта. Кроме того многочисленными исследованиями доказано, что чем меньше рН зубной пасты, тем эффективнее ее поверхностная активность. Такими свойствами обладают зубные пасты «Элмекс», «Элмекс сенситив».

Относительно новой лекарственной формой в стоматологии являются зубные гели. Гель совмещает в себе свойства твердого тела и жидкости, поэтому очень эффективен при аппликациях. Кроме того, благодаря образованию водных внутренних структур, гель позволяет включать в его состав химически

несовместимые вещества, так как водная оболочка препятствует химической реакции между ними. Реминерализующее действие основано на диффузии вещества из геля в слюну, а из слюны в эмаль и в меньшей степени из геля в зубные ткани непосредственно. Гели содержат от 0,1 до 1,5 % активного фтора, что позволяет их рекомендовать для профилактики и лечения кариеса в стадии пятна. Типичными гелями являются «Флюодент», «Флюоокаль», «Elmex», «Blend-a-med». Гели редко применяются для чистки зубов, рациональнее их использовать для аппликаций, ежедневно один раз в сутки вечером, втирая в твердые ткани зубов в течение 2-3 минут. Гели не содержат абразивных веществ, поэтому их можно рекомендовать использовать пациентам с повышенной чувствительностью зубов.

После принятия пищи в местах, где затруднен доступ для очистки зубов зубными щетками – это межзубные промежутки, поддесневая область, остаются остатки пищи, на которых оседают бактерии. В набор индивидуальных средств гигиены полости рта входят интердентальные средства: зубочистки, флоссы (зубные нити), тейпы, которые предназначены для удаления остатков пищи из зубных промежутков. Для более тщательного удаления остатков пищи применяют восковые или не восковые нити. Рекомендуют следующий способ применения: нить длиной 35 – 40 см накручивают вокруг первой фаланги средних пальцев каждой руки. Медленно и осторожно вводят в межзубной промежуток, а затем натягивают у основания десневой борозды, делают движения нитью назад – вперед, вверх – вниз (6 – 7 раз).

В нашей стране еще не так популярны различные зубные эликсиры, ополаскиватели, бальзамы, как в европейских странах. При правильном подборе и регулярном использовании этих средств гигиены можно добиться хороших результатов. Задача врача – объяснить важность использования данных средств.

Зубные эликсиры и ополаскиватели – это жидкие средства гигиены полости рта, которые представляют собой водные или спиртовые растворы, содержащие различного рода добавки: витамины, антисептики и другие вещества. Зубные эликсиры обладают дезодорирующим, освежающими или очищающими свойствами, прекрасно устраняют неприятный запах изо рта, способствуют вымыванию микроорганизмов из полости рта, что уменьшает выделение разрушающих эмаль кислот. В состав современных зубных ополаскивателей входят различные лекарственные вещества, фториды натрия, глюконат кальция – это усиливает кариесопрофилактический эффект.

Все зубные эликсиры так же, как и зубные пасты можно разделить на две группы: гигиенические и лечебно-профилактические. К числу гигиенических зубных эликсиров относятся: «Идеал», «Свежесть», «Мятный», «Флора», «Лимонный».

Лечебно-профилактические зубные эликсиры содержат различные добавки. К примеру, зубной

эликсир «Специальный» содержит фторид натрия и может быть рекомендован в качестве кариесопрофилактического средства. Хорошим противокариозным эликсиром является «Ксиден», содержащий фторид натрия и препарат ксидифон, регулирующий уровень кальция в организме. «Ксиден» препятствует образованию зубного налета и камня.

Зубной эликсир «Oral-B» содержит 0,05 % активного фтора и предназначен для реминерализующей терапии кариеса в стадии пятна. «Здоровье» с настоем зверобоя оказывает антисептическое, вяжущее и противовоспалительное действие. Зубные эликсиры «Лесной», «Эвкалипт», «Paradontax», «Salviathymol» содержат хвойно-хлорофилловую массу, настои трав шалфея, ромашки, мирры, эхинацеи и комплекс витаминов. Они обладают выраженным противовоспалительным, бактерицидным и дезодорирующим действием. Их хорошо использовать при заболеваниях пародонта и слизистой оболочки полости рта.

Полоскание полости рта необходимо осуществлять очень интенсивно 1-2 раза в день утром и вечером в течение 30 – 60 секунд, пропуская раствор между зубами, как бы процеживая его. Для достижения максимального эффекта не следует принимать пищу в течение 30 – 60 минут после полоскания.

Общие принципы чистки зубов:

1. Регулярность. Зубы необходимо чистить каждый день, два раза в день, утром после завтрака, вечером после ужина.

2. Последовательность движений. Движения при чистке зубов должны быть горизонтальными, вертикальными, выметающими и круговыми.

3. Сегментарность. Для удобства зубной ряд можно разделить на три сегмента: фронтальные зубы и два сегмента боковых зубов. Чистящие движения лучше проводить справа налево, сверху вниз.

4. Длительность. Продолжительность чистки не менее 2,5 – 3 минут. Это объясняется тем, что плотно фиксированный зубной налет удаляется с поверхности зуба лишь через 30 секунд.

5. Очищать необходимо все поверхности зуба. Большое значение в профилактике заболеваний зубов имеет санация полости рта.

Основоположником стоматологической санации является А.К. Лимберг, который в 90-х годах прошлого столетия выступил с предложениями о двухразовом осмотре детей в год. Санация предусматривает: лечение пораженных зубов, удаление зубов, не подлежащих лечению, лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта и тканей пародонта, а также ортопедическое и ортодонтическое лечение.

Выделяют три формы проведения санации полости рта:

- индивидуальная – санация лиц, самостоятельно обратившихся за медицинской помощью;

- разовая (периодическая) – санация ограниченного контингента населения;

- плановая – систематическое проведение лечебно-профилактических мероприятий у организованных групп населения.

Различают централизованный и децентрализованный методы санации. При централизованном методе осмотры и санацию осуществляют в лечебно-профилактическом учреждении. При децентрализованном – осмотры проводят в лечебных кабинетах предприятий или учебных заведений.

Огромная роль в профилактике кариеса зубов и заболеваний тканей пародонта принадлежит организации **рационального питания**. Самыми выраженными кариесогенными свойствами обладают углеводы (в частности легко ферментируемые сахара). Сахара используются бактериями для постройки своей колонии, развитие которой и приводит к кариесу.

Основные правила питания в свете профилактики кариеса:

1. Ограничивать употребление легко ферментируемых сахаров в течение дня.
2. Не есть сладкого на ночь.
3. После еды почистить зубы или прополоскать рот водой.
4. Можно пожевать жевательную резинку или закончить трапезу твердой пищей (например яблоком).
5. Заменить сахара на сахарозаменители.

Несколько полезных советов по употреблению жевательной резинки:

1. Употребляйте жевательную резинку ПОСЛЕ, а НЕ ВМЕСТО приема пищи.
2. Жуйте резинку только до потери ее вкусовых качеств. Дальнейшее ее применение нецелесообразно.
3. Не жуйте жевательную резинку при наличии ортодонтических аппаратов, а так же если Вы не уверены в качестве имеющихся у Вас пломб и ортопедических конструкций.
4. Жевать жевательную резинку рекомендуется 5-10 минут.
5. Постоянное и многолетнее жевание может вызвать заболевания слюнных желез, височно-нижнечелюстного сустава, желудка.

Простые шесть правил «не навреди» для защиты зубной эмали:

1. Не забывайте полоскать рот после приема чая и кофе.
2. Курение ухудшает цвет и состояние зубной эмали.
3. Регулярно используйте очищающие средства – зубные пасты, ополаскиватели.
4. Следите за состоянием Вашей зубной щетки – ее щетинки через 2 – 3 месяца перестают тщательно очищать поверхность зубов.
5. Ешьте больше свежих овощей и фруктов.
6. Посещайте врача-стоматолога два раза в год.

Основная цель стоматологии – максимально сохранить эстетическое, фонетическое здоровье полости рта и функциональную полноценность зубов. Чтобы эта цель была достигнута необходимо проведение ряда мероприятий, которые были рассмотрены выше, – это профилактика, лечение и обучение пациента ответственному отношению к своему здоровью.

Литература

1. А.И. Николаев, Л.М. Цепов. «Практическая терапевтическая стоматология», Москва, 2007 год.
2. А.И. Грудянов, И.Ю. Александровская, В.Ю. Корзунина. Научно-практический журнал для стоматологов «Пародонтология», Москва, № 3 (48), 2008 год.
3. С.Б. Улитовский «Гигиена полости рта в пародонтологии», Москва, 2006 год.
4. С.Б. Улитовский «Гигиенический уход при воспаленном пародонте», Москва, 2008 год.
5. Ю.А. Федоров «Гигиенические средства для ухода за полостью рта», 1984 год.
6. Ю.А. Федоров, В.А. Дрожжина, В.П. Блохин «Зубные эликсиры и ополаскиватели в профилактике и лечении заболеваний пародонта», 2000 год.
7. Б.Н. Давыдова «Профилактика стоматологических заболеваний», Тверь, 2007 год.
8. Е.В. Боровский, В.С. Иванов, Ю.М. Максимовский, Л.Н. Максимовская «Терапевтическая стоматология», Москва, 1998 год.

0023. ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ И ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИНТЕГРАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ СИСТЕМНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРИ ХОБЛ

Э.Д. Поздеева, О.В. Герасимова, А.И. Мифтахова

Башкирский государственный медицинский университет

Клиника терапии Клиник БГМУ (Уфа, Россия)

Актуальность. Хроническая обструктивная болезнь легких представляет собой хроническое экологически опосредованное воспалительное заболевание респираторной системы с преимущественным поражением дистальных отделов дыхательных путей и легочной паренхимы с развитием эмфиземы, проявляющееся частично обратимой бронхиальной обструкцией, характеризующееся прогрессирующим и нарастающими явлениями хронической дыхательной недостаточности.

Прогрессирование хронической обструктивной болезни легких — обязательный признак, проявляющийся ежегодным уменьшением объема форсированного выдоха в 1-ю секунду (ОФВ₁) на 50 и более мл.

В Глобальной стратегии диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (*Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, GOLD, 2002*) в разделе, посвященном

эпидемиологии, говорится, что хроническая обструктивная болезнь легких — одна из ведущих причин заболеваемости и смертности во всем мире. Распространенность, заболеваемость и смертность от данного заболевания могут заметно отличаться как в разных странах, так и в различных группах населения внутри отдельных стран, но в основном прямо связаны с распространенностью табакокурения. Исследования, проведенные под руководством Всемирной организации здравоохранения и Всемирного банка, установили средние уровни распространенности хронической обструктивной болезни легких: 9,34 на 1000 среди мужчин и 7,33 на 1000 среди женщин. Однако результаты последних исследований в Европейских странах говорят, что в регионах с очень высокой частотой курения распространенность хронической обструктивной болезни легких приближается к 80—100 на 1000 населения. В среднем ежегодно на каждые 30—45 случаев хронической обструктивной болезни легких выявляется 5—7 новых.

По данным официальной медицинской статистики, в настоящее время зарегистрировано около полумиллиона больных хронической обструктивной болезнью легких, тогда как, по подсчетам с использованием эпидемиологических маркеров, должно быть около 11 млн. больных. Это свидетельствует о гиподиагностике заболевания и выявлении его лишь на поздних стадиях.

Хроническая обструктивная болезнь легких как причина смертности занимает 4-е место в мире в возрастной группе старше 45 лет и является единственной болезнью, при которой смертность продолжает увеличиваться. В России, по данным статистики, показатель смертности для мужчин составил 141,7 на 100 000. Предполагается, что к 2020 г. хроническая обструктивная болезнь легких будет занимать 3-е место в структуре смертности, превосходя все заболевания органов дыхания.

Немногочисленные сообщения о прямых медицинских расходах при хронической обструктивной болезни легких свидетельствуют о том, что более 80 % материальных средств приходится на стационарную помощь больным и менее 20 % на амбулаторную. Установлено, что 73 % расходов при хронической обструктивной болезни легких приходится на 10 % больных с тяжелым течением заболевания». (Протокол ведения больных ХОБЛ. А.Г.Чучалин)

ХОБЛ проявляется наряду с легочными существенными внелегочными проявлениями и серьезными сопутствующими заболеваниями, которые могут дополнительно отягощать течение ХОБЛ. Основными клиническими показателями системного воспаления считаются дефицит массы тела, снижение толерантности к физической нагрузке вследствие дисфункции скелетной мускулатуры.(2) B.R. Celli и соавт.(2004) предложили шкалу BODE, основанную не только на функциональных показателях(объем форсированного выдоха за одну секунду), но и на

таких параметрах, как индекс массы тела, дистанция в тесте с 6-мин.ходьбой, одышка(3,4,6). Каждый из этих показателей имеет большой прогностический вес. Наибольшее число баллов означает наихудший прогноз. Значение в 7-10 баллов можно определить как прогностически неблагоприятный фактор риска смерти пациентов ХОБЛ. (2,4)

Цель исследования. Провести анализ и распределить данные о больных с ХОБЛ в терапевтических отделениях Клиники БГМУ за 2009 г., используя собственную модификацию шкалы интегральной оценки системных проявлений при ХОБЛ BODE. Оценить практическую значимость указанной шкалы для своевременной диагностики этого заболевания.

Задачи исследования:

1. Провести анализ контингента больных с ХОБЛ, госпитализированных в 1 и 2 терапевтические отделения Клиники БГМУ за 2009 год.

2. Провести комплексную оценку диагностических мероприятий в клинике, включая жалобы, анамнез заболевания, анамнез жизни, объективное состояние, результаты дополнительных методов исследования.

3. На основании данных ретроспективного анализа установить возможность использования собственной модификации шкалы BODE в практическом здравоохранении с целью интегральной оценки системных проявлений при ХОБЛ

4. **Материал и методы исследования:** был проведен ретроспективный анализ 100 историй болезни больных с ХОБЛ, госпитализированных в 1 и 2 терапевтические отделения Клиники БГМУ за 2009 год.

Все больные в количестве 100 человек были обследованы в условиях Клиники БГМУ, где была проведена верификация диагноза ХОБЛ и определена стадия заболевания, наличие осложнений основного заболевания. Диагноз заболевания основывался на изучении анамнеза, всем больным проводилось медицинское обследование, включавшее клинический осмотр, общий анализ крови, мочи, биохимическое исследование крови, ЭКГ, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, исследование функции внешнего дыхания (ФВД).

Подсчет по шкале BODE проводился в баллах на основании индекса массы тела (ИМТ, Body mass index- показатель <21 кг/м² ассоциируется с высоким риском смертельного исхода), выраженности обструкции (Obstruction) дыхательных путей (ОФВ1), тяжести одышки (Dyspnea) (шкала MRC) и возможности выполнять физические нагрузки (Exercise) (6-MWD, дистанция в 6-минутной шаговой пробе). При проведении 6-минутной шаговой пробы больному ставят задачу пройти за 6 минут как можно большую дистанцию, после чего регистрируют пройденное расстояние.(4,5). Прогноз последующей выживаемости определяют, исходя из суммы в баллах, причем с большей точностью, чем по любому, взятому отдельно показателю. Для ИМТ предусмотрены

только 0 (>21 кг/м²) или 1 (< 21 кг/м²), для других показателей – от 0 до 3 баллов. Суммарное количество баллов может варьировать от 0 до 10, причем наибольшее число баллов свидетельствует о высоком риске возникновения смерти. Например, если ИМТ=18 кг/м²(1 балл), ОФВ1=30 %(3 балла), дистанция в 6-минутной шаговой пробе=100(3 балла), тяжесть одышки по шкале MRC =4(3 балла), то суммарное число баллов составляет 10.

Практическая значимость: В результате проведения подробного анализа контингента больных с ХОБЛ, госпитализированных в терапевтические отделения Клиники БГМУ за 2009 год, с использованием собственной модификации шкалы BODE, была проведена оценка возможностей шкалы в определении прогноза жизни больного при наличии системных проявлений.

Собственный материал и методы исследования: С целью интегральной оценки системных проявлений при ХОБЛ, был проведен ретроспективный анализ 100 историй болезни больных с ХОБЛ, госпитализированных в 1 и 2 терапевтические отделения Клиники БГМУ за 2009 год. Среди них было 65 мужчин, 35 женщин, в возрасте от 20 до 81 лет. Было предложено модифицировать существующую шкалу BODE добавлением дополнительных критериев, таких как индекс курения и возраст, т.к. эти критерии могут иметь, по нашему мнению, большую роль в оценке тяжести состояния больных ХОБЛ. Пациентам проводилось общеклиническое обследование (общий анализ крови, ЭКГ, определение индекса массы тела, определение индекса курильщика), исследование функции внешнего дыхания и др. Жалобы были следующие: одышка (у 92% б-х), кашель(98%), отделение мокроты, особенно утром(87%), дыхательная недостаточность, различной степени выраженности (79%), эмфизема легких(25%), хроническое легочное сердце(27%). При сборе анамнеза выяснилось, что 54% исследуемых имеют стаж курения, из них 5% бросили, 49% продолжают курить. Из продолжающих курить(49%) -40% пациентов являются «злостными курильщиками» (более 25п/лет).

По модифицированной шкале BODE – у 38% больных выявлено состояние средней степени тяжести(0-5 баллов), у 50% на момент исследования состояние тяжелое(6-10 баллов), у 12% исследуемых пациентов состояние крайне тяжелое и риск возникновения смерти высокий(11-14 баллов). Результаты спирографического исследования функции внешнего дыхания - легкое нарушение функции внешнего дыхания по обструктивному типу наблюдалось у 1 исследуемого(ОФВ1=80-70%, индекс Тиффно \geq 0,7), умеренное – у 28 исследуемых(ОФВ1=69-50%, индекс Тиффно<0,7), выраженные – у 51 исследуемого(ОФВ1<50%, индекс Тиффно<0,7).

Выводы проведенных исследований:

1. Шкала интегральной оценки системных проявлений при ХОБЛ BODE позволяет определять прогноз последующей выживаемости для больных с ХОБЛ, что в конечном итоге служит задаче более раннего выявления пациентов с ХОБЛ, для последующей оптимизации профилактических и лечебных мероприятий.

2. Модифицированная нами шкала BODE позволяет учитывать такие критерии(возраст и индекс курения), которые имеют значение в развитии ХОБЛ и, соответственно, должны учитываться при сборе анамнеза, что также даст возможность уже на ранних стадиях развития ХОБЛ заподозрить качественные изменения в течении хронического воспалительного процесса.

3. Учитывая данные шкалы BODE можно решать вопрос более ранней диагностики ХОБЛ, осуществлять первичную и вторичную профилактику табакокурения, как одного из наиболее агрессивных факторов риска в развитии ХОБЛ.

4. Необходимо более активное внедрение в повседневную практику врача шкалы интегральной оценки системных проявлений при ХОБЛ BODE для более полной оценки состояния и определения прогноза течения заболевания.

Список использованной литературы

1. Авдеев С.Н. Легочная гиперинфляция у больных ХОБЛ // Consilium Medicum. -2006.-Т.8.-№3

2. Авдеев С.Н. Системные эффекты у больных ХОБЛ. // Consilium Medicum. -2006.-Т.12.-№8

3. Глобальная инициатива по Хронической Обструктивной Болезни Легких Global initiative for chronic Obstructive pulmonary Disease. -Москва: Атмосфера, 2007.-98с.

4. Celli B.R., Cote C.G., Marin J.M., et al. The body-mass index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease. // N Engl J Med. -2004;350:1005-1012.

5. Enright P.L., Sherill DL. Reference equations for the six-minute walk in healthy adults/ Am J Respir Crit Care Med 1998;158:1348-1387

6. Sayiner A., Aytamar ZA, Cirit M, Unsat I. Systemic glucocorticosteroids in severe exacerbation of COPD. Chest 2001; 119: 726-30.

0024. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У СОТРУДНИКОВ МИНИСТЕРСТВА ВНУТРЕННИХ ДЕЛ ГОРОДА КЕМЕРОВО

**Т.Ю. Проскова, Е.Н. Гуляева, Г.И. Булатова,
В.М. Волокитин
ГОУ ВПО «Кемеровская государственная
медицинская академия Росздрава»
Кемерово, Россия.
МСЧ ГУВД по Кемеровской области,
Кемерово, Россия.**

Актуальность. Изучение частоты встречаемости сердечно-сосудистых заболеваний среди организованных и не организованных популяций

приобретает в настоящее время особое значение. Это связано с тем, что сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной смерти взрослого населения экономически развитых стран. При этом одним из ведущих факторов риска сердечно-сосудистых осложнений является повышенное артериальное давление. Распространенность артериальной гипертензии в России превышает общемировые показатели и достигает 70 % среди взрослого населения.

При этом состояние здоровья сотрудников министерства внутренних дел (МВД) не является достаточно изученным. В условиях нестабильности социально-экономических составляющих современного общества увеличивается влияние хронического производственного стресса на сотрудников МВД, который усугубляется частым перенапряжением, повышенным риском, высокими нагрузками, частыми и длительными командировками, а также наличием у сотрудников МВД вредных привычек, таких как курение. В связи с этим

Целью настоящего исследования явилось изучение частоты встречаемости артериальной гипертензии (АГ) у сотрудников МВД г. Кемерово и ее взаимосвязи с факторами сердечнососудистого риска.

Материалы и методы: методом случайной выборки обследованы 200 мужчин сотрудников МВД г. Кемерово в возрасте 23-49 лет (средний возраст $36,1 \pm 0,73$), что 4,8% от аттестованных сотрудников мужского пола. Среди обследованных мужчин было 33 сотрудника в возрасте 20-29 лет, 96 человек в возрасте 30-39 лет, 71 сотрудник в возрасте 40-49 лет. Средний стаж работы в системе МВД составил 11,3 года. Наличие ранее диагностированной АГ было подтверждено у 145 (72,5%) человек. Степень тяжести артериальной гипертензии оценивалась согласно рекомендациям Всероссийского научного общества кардиологов (2008г.). В исследовании учитывались данные физикального обследования и антропометрические параметры индекс массы тела (ИМТ), измерялась окружность талии (ОТ), рассчитывался индекс курения (ИК). При оценке профессиональной деятельности учитывалось наличие или отсутствие ночных смен. С помощью ферментного метода определяли уровень общего холестерина (ОХС), ХС липопротеидов низкой и высокой плотности (ХС ЛПНП и ХС ЛПВП), триглицериды (ТГ) сыворотки крови, индекс атерогенности (ИА).

Результаты и обсуждение.

Оптимальный уровень артериального давления у сотрудников системы МВД был выявлен у 14 человек (7,1% обследованных), нормальный уровень АД – у 22 (11%), высокое нормальное АД - у 19 (9,5%). АГ I выявили у 59 (29,5%) обследованных, АГ II степени - у 67 (33,5%) и АГ III степени - у 19 (9,4%) обследованных сотрудников МВД. Таким образом, частота встречаемости повышенного АД составила

72,4%. Среди обследованных сотрудников МВД преобладали лица с АГ I и II степени.

При анализе связи возраста и уровня АД у аттестованных сотрудников системы МВД получены следующие данные:

1. В возрасте 20-29 лет оптимальный уровень АД зарегистрирован у восьми (4%) обследованных, нормальный уровень АД - у 11 (5,5%) сотрудников, высокое нормальное АД - у восьми (4%) сотрудников, АГ I степени - у 18 (9%), АГ II степени - у 11 (5,5%).

2. В возрасте 30-39 лет оптимальное АД имели пять (2,5%) сотрудников, нормальное АД - девять (4,5%), высокое нормальное АД - шесть (3%), АГ I степени - 33 (16,5%), АГ II степени - 35 (17,5%) и АГ III степени - семь (3,5%) сотрудников.

3. В возрасте 40-49 лет оптимальный уровень АД был зарегистрирован

у одного (0,5%) сотрудника, нормальный уровень АД у двух (1%), высокое нормальное АД – у пяти (2,5%), АГ I степени – у восьми (4%), АГ II степени – у 21 (10,5%), АГ III степени – у 12 (6%) сотрудников. При анализе дополнительных факторов риска АГ у обследованных сотрудников было выявлено, что избыточная масса тела зарегистрирована у 92 (46%) человек, ожирение – у 64 (32%) человек, ОТ более 102см - у 56 (28%).

Выводы. Таким образом, суммируя полученные данные, можно сделать вывод о том, что АГ у аттестованных сотрудников МВД наиболее часто встречается в возрасте 40-49 лет и в целом может быть связана с повышенной массой тела.

0025. ФАКТОРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА И ИХ АССОЦИАЦИЯ У СОТРУДНИКОВ МВД ГОРОДА КЕМЕРОВО.

**Т.Ю. Просекова, Е.Н. Гуляева, Г.И. Булатова,
В.М. Волокитин
ГОУ ВПО «Кемеровская государственная
медицинская академия Росздрави»,
Кемерово, Россия.
МСЧ ГУВД по Кемеровской области,
Кемерово, Россия.**

Актуальность: Распространенность артериальной гипертензии в России превышает общемировые показатели и достигает 70% среди взрослого населения.

Цель: Изучить частоту распространенности основных факторов сердечнососудистого риска и их взаимосвязь у сотрудников Министерства Внутренних дел (МВД) г. Кемерово.

Материалы и методы: В исследование были включены 200 сотрудников МВД мужчин в возрасте 23-49 лет (средний возраст $36,1 \pm 0,73$). Из них с ранее диагностированной артериальной гипертензией (АГ) 145 (72,5%) чел. В исследовании оценивались индекс массы тела (ИМТ), стаж работы в системе МВД, индекс курения, наличие суточных дежурств, наследственность, уровень артериального давления,

липидный профиль, наличие гипертрофии левого желудочка и объем талии.

Результаты: В результате исследования было выявлено, что повышенный ИМТ имели 121 (60,5%) сотрудников МВД, стаж работы в среднем составил 11,3 года, индекс пачек лет составил 8,2, имели повышенное АД 145 (72%) сотрудников, повышенный уровень холестерина имели 125 (62,5%) сотрудников, гипертрофию левого желудочка (ГЛЖ) имели 80 (40,5%) сотрудников, объем талии более 94см. имели 119 (59,5%) сотрудников.

При проведении линейного корреляционного анализа уровня АД с рядом параметров клинико-функционального статуса сотрудников МВД получена существенная взаимосвязь АД офисного с возрастом ($\kappa=0,17$, $p<0,01$), с ИМТ ($\kappa=0,38$, $p<0,01$), с курением ($\kappa=0,25$, $p<0,01$), с наследственностью ($\kappa=0,16$, $p<0,01$), со стажем работы ($\kappa=0,45$, $p<0,01$), с общим холестерином (ХС) плазмы ($\kappa=0,45$, $p<0,01$), с липопротеидами низкой плотности (ЛПНП) ($\kappa=0,43$, $p<0,01$), с триглицеридами (ТГ) плазмы ($\kappa=0,25$, $p<0,01$), с индексом атерогенности (ИА) ($\kappa=0,41$, $p<0,01$), с наличием гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) ($\kappa=0,33$, $p<0,01$) и объемом талии ($\kappa=0,42$, $p<0,01$).

Заключение: Представленные данные свидетельствуют о высокой распространенности артериальной гипертензии среди сотрудников МВД, которые сравнимы с популяционными значениями. Наличие повышенного АД коррелировало с многими клинико-функциональными параметрами.

0026. БАГУЛЬНИК КАК ПЕРСПЕКТИВНОЕ АНТИОКСИДАНТНОЕ СРЕДСТВО ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ПАТОЛОГИЙ

М. А. Рыжикова, Д. М. Габитова

Башкирский государственный медицинский университет (Уфа, Россия)

Актуальность. Интенсификация перекисного окисления липидов (ПОЛ) имеет особое значение для функционирования системы органов дыхания, поскольку легкие и бронхи представляют собой крупную биологическую мембрану, постоянно контактирующую с кислородом и другими инициаторами свободнорадикального окисления (СРО) – озоном, окисью азота и др. Известно, что в развитии заболеваний легких, вызванных воздействием курения и промышленных загрязнителей, значительную роль играют процессы свободнорадикального окисления. Активация ПОЛ приводит к нарушению бронхиальной проводимости и является важным патогенетическим звеном хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и бронхиальной астмы (БА)¹⁻⁵. Все это обосновывает возможность применения антиоксидантов (АО) для коррекции этого процесса, особенно на ранних стадиях⁶⁻⁸. Перспективными АО являются препараты, изготовленные из растительного сырья (на основе природных флавоноидов)⁹⁻¹⁰.

Нами была исследована антиокислительная активность водного экстракта из побегов багульника болотного. Известные фармакологические свойства препаратов из багульника: отхаркивающее, противококлюшное, мочегонное, дезинфицирующее, антисептическое. Выделяясь через бронхи, летучие биологически активные соединения багульника оказывают умеренное местно-раздражающее действие на слизистые оболочки, в том числе бронхиальных желез. Отмечена высокая антимикробная активность препаратов из багульника¹¹. Данных об антиоксидантном воздействии препаратов из багульника не обнаружено.

Целью исследования является расширение области применения препаратов из побегов багульника, а также расширение арсенала антиоксидантных средств и поиск их среди фитопрепаратов (ФП). Сущность исследования заключается в изыскании новых средств природного происхождения для расширения ассортимента средств профилактики и лечения.

Условия эксперимента

Метод исследования основан на регистрации хемилюминесценции (ХЛ) биологического материала с использованием аппаратно-программного комплекса ХЛМ-003, состоящего из портативного хемилюминомера, процессорного блока и монитора¹². Оценивали интегральный показатель хемилюминесценции светосумму свечения, которая выражалась в условных единицах ($1 \text{ у.е.} = 3,06 \times 10^5$ квантов в сек.). Достоверными считались различия при $p<0,05$ и $p<0,001$ (использовали t-критерий Стьюдента-Фишера). Значения выражались в процентах от контрольного значения.

Для оценки влияния водного экстракта (ВЭ) из побегов багульника на процессы свободнорадикального перекисного окисления липидов (ПОЛ) использовали следующие модельные системы (МС): 1) система, где имитируется генерация активных форм кислорода (АФК) – на основе фосфатно-солевого буферного раствора (ФСБ) с цитратом натрия (2,5% раствор) с добавлением люминола (10^{-5} М), который резко повышает активность свечения; 2) система, где протекают реакции ПОЛ, состоящая из суспензии желточных липопротеидов, обладающая высокой окисляемостью; 3) модельная система сыворотки крови больных, страдающих ХОБЛ и БА (всего 40 пациентов). В модельные системы вносили 5% водные экстракты в различных дозах (0,2; 0,5 и 1,0 мл, что в пересчете на сухое вещество соответствует: 0,5 мг/мл; 1,25 мг/мл; 2,5 мг/мл). В качестве контрольных образцов служили модельные системы без ФП. Для оценки влияния на антиоксидантный статус организма 5% ВЭ из багульника вводили неинбредным белым мышам внутрижелудочно в течение 28 дней, один раз в сутки. Под эфирным наркозом у животных изолировали органы. Гомогенаты печени, сердца и мозга животных готовили на холоду ($+4^{\circ}\text{C}$). Для этого кусочки тканей весом 1 г отмывали от крови физиологическим

раствором, гомогенизировали в тefлоновом гомогенизаторе, вносили в 20 мл ФСБ с цитратом натрия и измеряли Fe²⁺-индуцированную ХЛ. Число опытов для каждой модельной системы составляло 25, в группах in vivo было по 20 особей (получающих ВЭ из багульника; контрольная группа – эквивалентное количество физиологического раствора). Условия содержания животных были одинаковыми для контрольной и опытной групп.

Результаты и обсуждение

Анализ результатов показывает, что при добавлении в модельные системы, где вырабатываются активные формы кислорода и протекают реакции перекисного окисления липидов, водного экстракта из побегов багульника происходит угнетение основного параметра ХЛ – светосуммы свечения. Все значения статистически значимы по сравнению с контролем.

В модельной системе сыворотки крови пациентов, страдающих хронической обструктивной болезнью легких и бронхиальной астмой, при добавлении ВЭ из багульника отмечался также выраженный антиоксидантный эффект, зависимый от дозы вводимого экстракта: если доза 0.2 мл снижала параметры свечения на 12 %, то увеличение дозы до 0.5 мл угнетало свечение в 1.5 раза (рис.1 б), а доза 1.0 мл снижала свечение в 1.7 раза (рис.1 в) по сравнению с контрольными образцами (рис. 1 а).

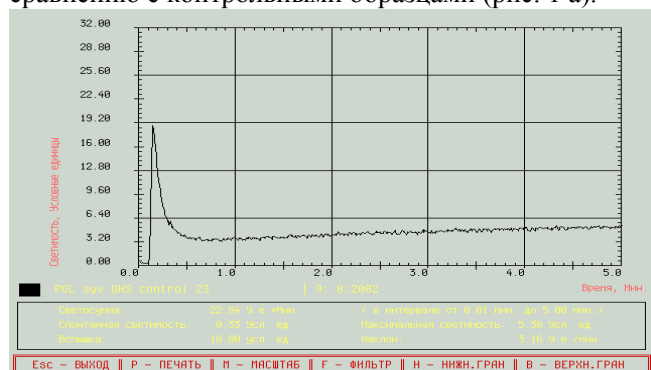


Рис. 1а. Контрольный образец (модельная система без фитопрепарата)

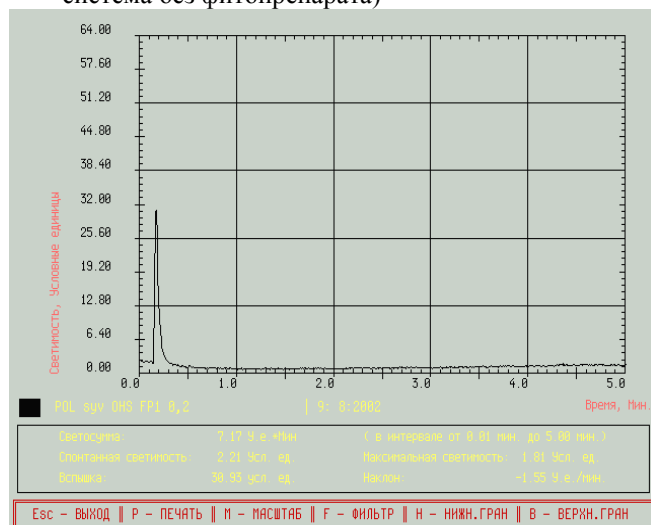


Рис. 1б. Водный экстракт из побегов багульника (доза ФП 1.25 мг /мл)

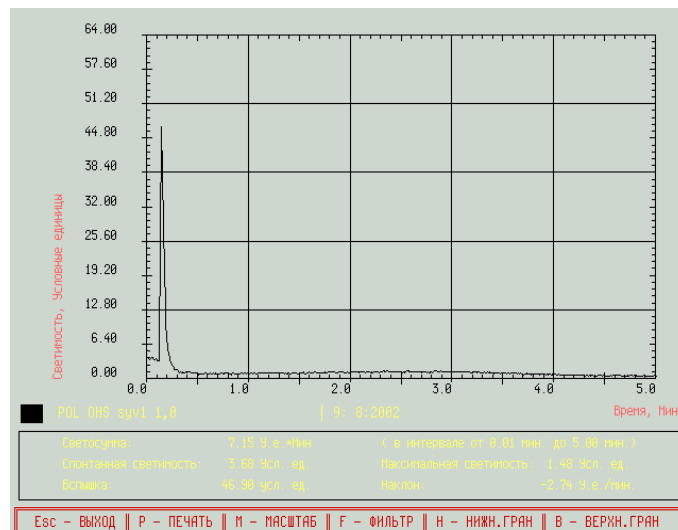


Рис. 1б. Водный экстракт из побегов багульника (доза ФП 2.50 мг /мл)

Рис. 1. Запись типичной картины влияния водного экстракта из побегов багульника на модельную систему “Сыворотка крови больных ХОБЛ и БА”

Как видно из таблицы, профилактическое курсовое введение ВЭ из багульника (в дозе 100 мг/кг массы животного) в модельном эксперименте на мышцах показало, что во всех тканях (печени, почек, мозга, сердца) происходило угнетение перекисного окисления липидов по сравнению с группой контрольных животных, не получавших экстракта. Все значения статистически значимы.

Таблица

Эффективность антиокислительного действия водного экстракта из побегов багульника на показатели хемилюминесценции гомогенатов тканей при курсовом введении животным.

Условия эксперимента	Гомогенат печени мышей (S свечения)	Гомогенат сердца мышей (S свечения)	Гомогенат мозга мышей (S свечения)
Доза ФП 100 мг/кг массы животного	62.16 ± 5.44 % *	58.94 ± 3.24 % *	46.21 ± 3.18 % *
Контроль (физ. раствор)	100 ± 5.78 %	100 ± 6.82 %	100 ± 7.26 %

S свечения – светосумма свечения (в процентах от контрольных значений)

* Наличие статистически достоверного различия между контролем и опытом (p<0.05).

Таким образом, на основании полученных результатов следует, что в различных модельных системах водный экстракт из побегов багульника оказывал прямое антиоксидантное действие, а при курсовом профилактическом введении лабораторным животным тормозил процессы перекисного окисления липидов в тканях, что обосновывает применение фитопрепарата из багульника в качестве эффективного антиоксидантного средства для профилактики и

лечения хронических бронхолегочных заболеваний, вызванных промышленными загрязнителями.

Список литературы

1. Величковский Б.Т. Новые представления о патогенезе профессиональных заболеваний легких пылевой этиологии // Пульмонология.- 1995.- № 1.- С. 6.
2. Бобырев В.Н. Свободнорадикальное окисление в патогенезе заболеваний, сопряженных со старением // Пат. физиол. и эксперим. терапия.- 1989.- № 6.- С. 90.
3. Варшавский Б.Я., Трубников Г.В., Галактионова Л.П. Оксидантно-прооксидантный статус больных бронхиальной астмой при ингаляционной и системной глюкокортикоидной терапии // Терапевтический архив.- 2003.- № 3.- С. 21.
4. Владимиров Ю.А., Арчаков А.И. // Перекисное окисление липидов в биологических мембранах.- М.: Наука, 1972. - 252 с.
5. Кокосов А. Н., Гольденберг Ю. М., Мищенко В. П. Перекисное окисление липидов и гемостаз на этапах формирования хронического бронхита и бронхиальной астмы // Пульмонология. – 1995.- № 1.- С. 38.
6. Fond R.N. Enthiology of asthma: A continuing review (8071 cases seen from 1970 -1980) // Ann. Allergy – 1983. –Vol. 50, № 1.- P. 47.
7. Сюрин С.А., Деревоедов А.А., Петреян В.П. Антиоксидантная терапия больных хроническим бронхитом с использованием микроэлемента селена // Пульмонология.- 1995.- № 1.- С. 43.
8. Селихова Л.Г. Антиоксидантная обеспеченность организма и свободнорадикальное окисление на этапах развития хронического бронхита и медикаментозная коррекция. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ленинград.- 1988.- 25С.
9. Палагина М.В., Дубняк Н.С., Дубняк И. Н. и др. Коррекция состояния органов дыхания препаратом солодки уральской при хронических заболеваниях кожи // Терапевтический архив.- 2003.- № 1.- С.63.
10. Рыжикова М.А., Габитова Д. М., Рысаева Д.Ф. и др. О возможности использования препаратов из корней солодки для коррекции свободнорадикальных патологий / Матер. I Всеросс. Бурденковской научн. конф. – Воронеж.- 2005. – С. 294.
11. Кукес В.Г. Фитотерапия с основами клинической фармакологии. // Справочник.. - М.: Медицина. – 1999. - С. 35.
12. Фархутдинов Р.Р., Лиховских В.А. Хемилюминесцентные методы исследования свободнорадикального окисления в биологии и медицине.- Уфа, 1995.- 92 С.

0027. АНАЛИЗ РАБОТЫ ВВК МСЧ МВД ПО РТ

М.В. Потапова, О.Р. Соколова

ФКУЗ МСЧ МВД России по Республике Татарстан
Реферат. ВВК МСЧ МВД по Республике Татарстан является медицинским экспертно-диагностическим подразделением медико-санитарной

части, предназначенной для проведения военно-врачебной экспертизы в МВД по Республике Татарстан в мирное и военное время. Под медицинским освидетельствованием понимается изучение и оценка состояния здоровья и физического развития граждан на момент освидетельствования с целью определения категории их годности к военной службе. Определение категории годности к военной службе является главной задачей военно-врачебной экспертизы.

THE ANALYSIS OF WORK OF THE MILITARY- MEDICAL COMMISSION MEDICAL UNIT OF MIA IN RT.

M.V. Potapova, O.R. Sokolova

Medical Unit of MIA in RT, Kazan, Russia.

Abstract. The military-medical commission Medical Unit of MIA in RT is a medical expert-diagnostic division of Medical Unit intended for carrying out the military-medical examination in MIA in peace and wartime. Physical examination is understood as studying and an estimation of a state of health and physical development of citizens at the moment of survey for the purpose of definition of a category of their validity to military service. Definition of a category of the validity to military service is the main task of military-medical examination.

История становления и развития военно-врачебной экспертизы (ВВЭ) как самостоятельного раздела медицинского обеспечения МВД и составной части государственной системы медицинской экспертизы в России связана с развитием государства. Первое исследование, посвященное врачебной экспертизе рекрутов в России, принадлежит И.В. Протасову. В своей работе "Начертание врачебного осмотра рекрутов, притворных и утаиваемых недугов и их обнаружение" он достаточно подробно дает рекомендации по медико-врачебному осмотру рекрутов. В 1806 г. было издано разработанное Главным по Военной Сухопутной Медицинской части инспектором лейб-хирургом, придворным врачом Яковом Виллие первое Наставление с Расписанием болезней, согласно которому впервые врачей стали привлекать к отбору новобранцев.

ВВК МСЧ МВД по Республике Татарстан является медицинским экспертно-диагностическим подразделением медико-санитарной части, предназначенной для проведения военно-врачебной экспертизы в МВД по Республике Татарстан в мирное и военное время, создана на основании приказа МВД СССР № 0410-1976 г. и МВД ТАССР № 099-1976 г.

Согласно штатному расписанию, утвержденному приказом МВД России от 30.12.2005г. № 1151, ВВК МСЧ МВД по Республике Татарстан имеет в своем составе отделение с дислокацией в г. Наб. Челны, ранее значившееся как Гарнизонная военно-врачебная комиссия (ГВВК).

Работа ВВК основывается на Конституции Российской Федерации, Постановление Правительства Российской Федерации от 25 февраля 2003 г. года №123 «Об утверждении положения о военно-врачебной экспертизе», приказ МВД России от 14 июля 2004 года №440 «О порядке проведения военно-врачебной экспертизы в органах внутренних дел и внутренних войсках МВД России», приказ МВД России от 14 июля 2010 года № 523, другие действующие нормативные акты Министерства внутренних дел Российской Федерации, Министерства Здравоохранения Российской Федерации, приказы и распоряжения МВД по Республике Татарстан.

ВВК является комплексной структурой медицинской службы, которая объединяет связанные и взаимодействующие между собой составные части:

1) военно-медицинскую организацию, представляющую систему использования сил и средств медицинской службы МВД в интересах военно-врачебной экспертизы, объединенных в регламентированную часть медицинской службы, действующие на основе определенных научных принципов и правил;

2) врачебно-экспертную практику, которая включает в себя повседневную работу по реализации задач, стоящих перед ВВЭ в условиях мирного и военного времени, в полном соответствии с меняющейся ситуацией;

3) военно-медицинскую науку: разрабатывает теории военно-врачебной экспертизы, критерии и качественные методы медицинского отбора в мирное и военное время, анализа деятельности.

Под медицинским освидетельствованием понимается изучение и оценка состояния здоровья и физического развития граждан на момент освидетельствования с целью определения категории их годности к военной службе.

Цель и задачи военно-врачебной комиссии:

1) организация и проведение медицинского освидетельствования;

2) определение категории годности граждан по состоянию здоровья к военной службе;

3) определение причинной связи увечий (ранений, травм, контузий), заболеваний;

4) определение годности граждан по состоянию здоровья к военной службе в учетных целях и на момент их увольнения с военной службы (осуществляется штатной ВВК).

5) разработка и решение проблем ВВЭ с научной позиции;

Все лица, свидетельствуемые ВВК МСЧ МВД по РТ осматриваются врачами: терапевтом, неврологом, офтальмологом, оториноларингологом, хирургом, дерматовенерологом и психиатром, женщины - врачом-гинекологом. При необходимости назначаются консультации врачей других специальностей (кардиолога, гастроэнтеролога, ревматолога, сосудистого хирурга и др.).

Кандидату, поступающему на службу в органы внутренних дел, необходимо предоставлять

амбулаторную карту из поликлиники, результаты исследований, справки и анализы, которые подтверждают состояние здоровья, даже если обследование и соответствующее лечение проводилось в частном лечебном учреждении, т.к. весь период службы неразрывно связан с достаточно высоким уровнем физических и эмоциональных нагрузок, риском получения травм и несоответствие показателей здоровья к требованиям физической подготовки и выносливости сотрудника может обернуться отрицательными последствиями. Здесь необходимо отметить еще одно обстоятельство, если в амбулаторной карте имеются заболевания, предположительно, препятствующие поступлению на службу в органы внутренних дел, не стоит их скрывать. Только после изучения представленных документов, проведения обязательных (а по необходимости и дополнительных) исследований, выносится заключение о годности к службе в органах внутренних дел. Необходимо отметить, что понятие "годен к военной службе" не является синонимом полного здоровья, поэтому наличие некоторых заболеваний и физических недостатков не является препятствием для поступления граждан на службу в органы внутренних дел.

При проведении военно-врачебной экспертизы оценивается степень нарушения функций организма, ведущая к снижению способности гражданина исполнять обязанности военной службы и его социальной адаптации.

Определение категории годности к военной службе является главной задачей военно-врачебной экспертизы.

Установленный полный клинический диагноз с учетом выраженности морфологических изменений, степени нарушения функций, тяжести и характера течения заболевания или увечья, наличия декомпенсации, стадии заболевания, его осложнений. Большое значение имеют клинический прогноз (ближайший и отдаленный), основанный на анализе результатов лечения, обратимости морфологических и функциональных нарушений, характера течения заболевания и его осложнений, частоты обострений.

Не при каждом заболевании современные методы объективного исследования позволяют достоверно оценить нарушение функций (например, при остеохондрозе позвоночника, плоскостопии, хроническом гепатите, циррозе печени и др.). В этих случаях степень выраженности анатомических изменений, выявляемых методами лучевой диагностики, пункционной биопсии и др., позволяет более точно определить клинический прогноз и прогноз заболевания в отношении исполнения лицом обязанностей военной службы (трудовой прогноз).

Существуют заболевания, при которых сам факт установления диагноза определяет неблагоприятный прогноз в отношении исполнения обязанностей военной службы и соответственно негодность к военной службе при медицинском

освидетельствовании (шизофрения, злокачественные опухоли, лейкозы, СПИД и др.).

В других случаях правильно установить прогноз в отношении военной службы и соответственно категорию годности к военной службе можно с учетом течения заболевания, стадии, тяжести, частоты рецидивов, обратимости имеющихся анатомических и функциональных нарушений (гипертоническая болезнь, бронхиальная астма, сахарный диабет, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический холецистит, хронический панкреатит), категория годности определяется в зависимости от частоты рецидивов заболевания, наличия осложнений или степени выраженности функциональных нарушений. Во всех случаях категория годности к военной службе оценивается комплексно с учетом всех имеющихся медицинских критериев, которые излагаются в пояснениях к статьям расписания болезней.

В отчетном году общее количество вынесенных ВВК МСЧ МВД по РТ заключений уменьшилось на 5,31% по сравнению с предыдущим годом и составило 7034 человек (в 2009 г. – 7429).

Цель нашего исследования: изучить динамику состояния здоровья у вновь поступающих на службу в органы МВД по РТ.

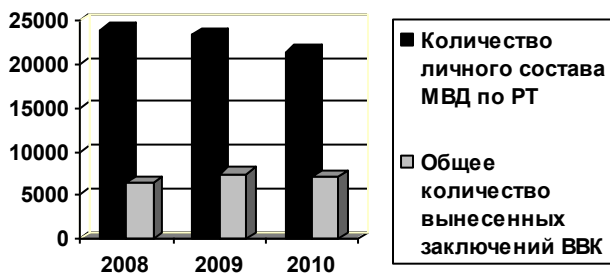
Медицинское освидетельствование.

В отчетном году общее количество вынесенных ВВК заключений уменьшилось на 5,31% по сравнению с предыдущим годом и составило 7034 человек (в 2009 г. – 7429).

Динамика численности личного состава МВД РТ и общего количества заключений ВВК за 2005-2009 годы представлена в таблице № 1.

Таблица № 1

Показатели	2008	2009	2010
1	4	5	6
Количество личного состава МВД по РТ	24029	23489	21447
Общее количество вынесенных заключений ВВК	6346	7429	7034



Общее количество вынесенных заключений ВВК отражает общий объем работы ВВК. Эта цифра включает в себя общее количество лиц,

освидетельствованных очно, количество лиц, не завершивших освидетельствование, количество освидетельствованных для определения степени тяжести увечий, а также итоговый показатель. В 2010 году освидетельствовано ВВК МСЧ МВД по РТ 32,7%, 2009 году 31,6%, 2008 26,4% от общего количества сотрудников. Несмотря на снижение численности сотрудников органов внутренних дел, отмечается рост числа лиц, проходящих медицинское освидетельствование на ВВК МСЧ МВД по РТ.

В структуре общего количества освидетельствованных ВВК преобладают сотрудники органов внутренних дел, их доля увеличилась в сравнении с предыдущим годом на 28,6%

(Таблица № 2).

Военно-врачебная экспертиза граждан, поступающих на службу в органы внутренних дел.

№ п/п	Динамика общего количества освидетельствованных и их структура по категориям	2008	2009	2010
		ВВК МВД по РТ	ВВК МВД по РТ	ВВК МВД по РТ
1	Общее количество освидетельствованных в процентах к предыдущему году	90,9	117,0	94,2
2	Структура освидетельствованных:			
3	Лица, поступающие на службу в органы внутренних дел	48,1	53,9	16,1
4	Лица, поступающие на военную службу по контракту во внутренние войска	-	-	-
5	Лица, поступающие в образовательные учреждения МВД РФ	7,0	8,7	7,7
6	поступающие в военно-образовательные учреждения МВД и МО России	-	-	-
7	Сотрудники органов внутренних дел	24,7	18,8	47,4
8	Военнослужащие внутренних войск	0,6	0,2	0,1
9	Прочие лица	19,6	18,4	28,7
	ИТОГО:	100,0	100,0	100,0

Примечание: в таблицу № 2 вошло общее количество освидетельствованных без учета лиц, не завершивших освидетельствование, и заключений ВВК, вынесенных заочно.

Количество поступающих на службу в органы внутренних дел в 2010 году уменьшилось на 37,8% и составило 16,1% от количества освидетельствованных лиц (14,6% от общего числа вынесенных заключений). Количество лиц, направленных на ВВК для определения годности при поступлении на службу в ОВД, было сокращено в связи с реформой МВД. Доля поступающих в образовательные учреждения МВД, в отчетном году составила 7,7%, что на 1% меньше по отношению к прошлому году.

Признано негодными из числа поступающих на службу, увеличилась в 2010 году – 17,1%, 2009 год – 13,3%. Увеличение показателей можно объяснить широким применением врачами ВВК современных методов инструментальной и лабораторной диагностики, высоким профессиональным уровнем врачей ВВК МСЧ МВД по РТ (Таблица № 3).

Для лиц, признанных негодными среди поступающих на службу в органы внутренних дел (на 100 освидетельствованных)

Таблица № 3

№	Регионы	2008	2009	2010
1.	МВД	12,7	11,9	12,8
2.	Приволжский	12,8	11,5	12,2
3.	ВВК МСЧ МВД по РТ	18,1	13,3	17,1

Структура заболеваний, по которым поступающие на службу в органы внутренних дел признаны негодными и временно негодными за последние 5 лет, представлена в таблице № 4.

Таблица № 4

№ П/П	Наименование классов заболеваний	Удельный вес признанных негодными %		
		2008г.	2009г.	2010г.
		ВВК МВД по РТ	ВВК МВД по РТ	ВВК МВД по РТ
	2	8	10	12
1.	Инфекционные и паразитарные заболевания	-	0,6	0,6
2.	Новообразования	0,2	0,8	0,6
3.	Болезни крови, кроветворных органов	0,2	0,6	-
4.	Эндокринные заболевания	8,0	10,6	4,5
5.	Психические расстройства		1,6	11,9
6.	Болезни нервной системы	7,5	7,6	13,6
7.	Болезни глаза	20,5	16,1	15,2
8.	Болезни уха	1,4	1,0	0,6
9.	Болезни системы	10,0	11,8	14,1

	кровообращения			
10	Болезни органов дыхания	0,4	1,2	-
11	Болезни органов пищеварения	13,0	15,3	9,6
12	Болезни кожи и подкожной клетчатки	3,0	3,5	3,4
13	Болезни костно-мышечной системы	20,1	21,6	19,2
14	Болезни мочеполовой системы	3,0	4,9	2,8
15	Врожденные аномалии	0,6	1,4	2,8
16	Травмы, отравления	0,4	1,2	1,1
17	Прочие	11,7	0,2	-
	ИТОГО	100	100	100

Ведущее место ежегодно занимают болезни костно-мышечной системы – 19,2% (в 2009г. – 21,6%), на втором месте болезни глаза и его придатков – 15,2% (в 2009г. – 16,1%), отмечается рост числа заболеваний системы кровообращения – 14,1% (в 2008г. – 10,0%, 2009г. – 11,8%). Значительно увеличилась доля психических расстройств в 2010 году – 11,9% (Рисунок № 2). Данный факт связан с проведением психо-физиологического исследования лицам, поступающим на службу, и выявлении скрытой негативной информации.

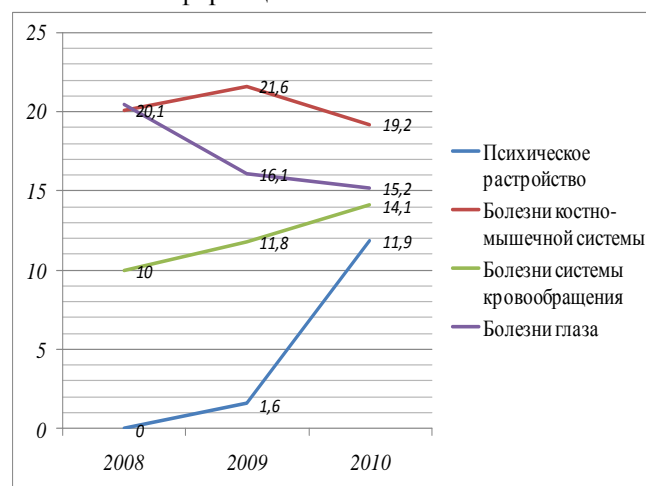


Рисунок № 2

Выводы

1. ВВК МСЧ МВД по Республике Татарстан обеспечивает ежегодно выполнение возложенных задач и функций.

2. Общий объём работы ВВК в 2010 г. незначительно снизился, в основном за счет поступающих в органы внутренних дел и образовательные учреждения МВД РФ в результате реформирования структуры МВД.

3. Несмотря на снижение числа освидетельствованных лиц вновь поступающих на службу в органы МВД по РТ, повысился уровень качества работы врачей ВВК их профессиональный уровень. Широкое применение диагностических исследований для постановки клинических диагнозов позволяет учитывать выраженность морфологических и функциональных изменений, определить клинический прогноз заболевания.

4. В 2010 г. все кабинеты ВВК МСЧ МВД по РТ подключены к ЕИТКС МВД России, информация о медицинском освидетельствовании военно-врачебной комиссией представлена на сайте МСЧ МВД по РТ, а так же на сервере штаба МВД по Республике Татарстан. Создан электронный ящик ВВК для обращений сотрудников и граждан, поступающих на службу, что позволило наладить обратную связь и улучшить качество медицинского освидетельствования Военно-врачебной комиссией.

5. Необходимо проводить систематическую работу по повышению квалификации врачей-специалистов. Продолжать изучение нормативных правовых и методических материалов по военно-врачебной экспертизе.

6. Продолжать разрабатывать критерии и качественные методы медицинского отбора, регулярный анализ деятельности ВВК.

Литература

1. Постановление Правительства Российской Федерации от 25 февраля 2003 года № 123 «Об утверждении положения о военно-врачебной экспертизе».

2. Приказ МВД России от 14 июля 2004 года № 440 «О порядке проведения военно-врачебной экспертизы в органах внутренних дел и внутренних войсках МВД России».

3. Приказ МВД России от 14 июля 2010 года № 523 «Об утверждении инструкции о порядке проведения военно-врачебной экспертизы и медицинского освидетельствования в органах внутренних дел Российской Федерации и внутренних войсках Министерства внутренних дел Российской Федерации».

4. 15. Ганишев А.В., Федорова Е.В., Балдецкий А.А. Военно-врачебная экспертиза при стенокардии // Методическое пособие, М., 2007. -27 с.

5. Козловская Г.Е., Чеканина О.А., Балдецкий А.А. Военно-врачебная в органах внутренних дел // Методические рекомендации, М., 2000. -9 с.

6. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. №5487-190. «Основы военно-врачебной экспертизы». Пособие для врачей под общей редакцией доктора мед. наук, профессора В.В. Куликова, 2001 г.

7. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. №5487-190. «Основы военно-врачебной экспертизы». Пособие для врачей под общей

редакцией доктора мед. наук, профессора В.В. Куликова, 2001 г.

0028. ЛИХОРАДКА НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА

**Л.Х. Сафаргалиева, Л.Ф. Байбулатова,
Ч.Н. Гарифуллина**

**Клинический госпиталь ФКУЗ МСЧ МВД России
по Республике Татарстан**

Лихорадка является частым поводом обращения к врачу, и в большинстве случаев установление диагноза не вызывает затруднений. Для длительно существующих фебрильных состояний когда лихорадка является основным симптомом, а тщательно проведенный диагностический поиск не позволяет уточнить диагноз, Petersdorf R.G. и Weeson P.V. в 1961 г. был предложен термин «лихорадка неизвестного происхождения» (ЛНП), критерием которой являются неоднократные подъемы температуры тела выше 38,3°C в течение более трех недель, если их причина остается невыясненной после недельного обследования больного в условиях стационара. Принято выделять 4 варианта ЛНП:

- 1) «классический»,
- 2) ЛНП на фоне нейтропении,
- 3) нозокомиальные ЛНП,
- 4) ЛНП, связанные с ВИЧ-инфекцией.

В основе развития классического варианта ЛНП обычно лежат достаточно распространенные заболевания с атипичным течением, что и затрудняет их диагностику. Наиболее частыми причинами являются инфекции (30-40%), злокачественные новообразования (7-30%) и системные заболевания соединительной ткани (13-22%), в 5-15% случаев причину лихорадки выявить не удастся. Лихорадка часто является первым и в течение длительного времени – единственным проявлением солидных опухолей и гемобластозов, в том числе и острого лейкоза в его прелейкемической фазе, когда изменения в периферической крови и даже костном мозге могут отсутствовать.

Клинический случай: Больной, 28 лет, не курит, занимается национальной борьбой, поступил в стационар 13.05.11 с жалобами на повышение Т тела до 39,0 С, сопровождающиеся головными болями в лобно-височной области, слабость. Заболел 25 апреля, когда повысилась Т до 38, появилась боль в спине, появление Т наблюдалось чаще во второй половине дня, снижалось после приема найза. На амбулаторном этапе 2 курса а/б терапии эффекта не давали.

Общее состояние удовлетворительное, положение активное, гиперстенического телосложения (индекс массы тела 32 кг/м², Т 37,8. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Язык влажный, чистый. Отеков нет. Легкие: Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Сердце: Тоны ритмичные, приглушены с ЧСС 84 в минуту, АД 110/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову 11*10*9 см. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Клинический анализ крови: Hb=146 г/л, Le=12,7*10⁹, Эр=5,19*10, п-3, с -20, Эо-4, Л -65, м-8, Тр - 235*10. За время нахождения в стационаре – лимфоцитоз сохранился.

Общий анализ мочи – н/ж, прозрачная, уд вес- 1027, рН– 5,0, белок- отр, глюкоза –отр, Лейк – 0-3 в п/зр, Эр – 0-1 в п/зр.

Биохимический анализ крови: общий билирубин – 12 мкмоль/л, глюкоза вен – 5,3, АЛТ – 64Е/л(N=4-12; на амбулаторном этапе были ещё выше), АЛТ-10Е/л(N=4-12), мочевины – 6,5 мл/л, остаточный азот – 29,5мг%, креатинин – 65 мкмоль/л, мочевины – 334 мкмоль/л, СРБ+, холестерин- 7,1 мкмоль/л.

Во время нахождения в стационаре АСТ снизилось до 18, АЛТ до 4 Е/л.

LE клетки не обнаружены.

Посев крови и мочи: на высоте лихорадки роста микроорганизмов не выявили.

Рентген ОГК без инфильтративных очаговых изменений.

РКТ ОБП: Гепатоспленомегалия. Портальная гипертензия. Дополнительные доли селезенки. Забрюшинная лимфаденопатия.

Колоноскопия: Хронический спастический сигмоидит I ст. акт.

УЗИ щитовидной железы – патологии нет.

АТ к АГ: эхинококков, описторхисов, токсокар, трихинел не выявлены.

ДНК к цитомегаловирусам не обнаружены.

ЭХО-КС умеренное увеличение полости левого предсердия. Небольшая митральная и трикуспидальная регургитация.

Кровь на малярийных плазмодий – отр. 3-кратно на высоте Т.

Рентгенография черепа: Рентгеновские признаки нарушения венозного оттока из полости черепа. Затылочная «шпора».

Рентгенография ППН: В норме.

Стернальная пункция: бласты – 0,5, промиелоциты – 1,0, миелоциты – 15,0, метамиелоциты – 8,0, п/я – 15,5, с/я – 20,0, эозинофилы – 4,5, базофилы : базофильные – 4,0, полихроматофильные – 9,0, оксифильные лимфоциты – 14,5, моноциты – 0,5, плазматические клетки – 1,5, лейкоциты – эритроциты – 3,1, ЖЭ – 0,2, И – 0.

ФГДС: Полип пищевода II тип. Эрозивный гастродуоденит, с гипертрофическим компонентом.

Был консультирован узкими специалистами: гематологом с проведением стеральной пункции; фтизиатром с постановкой пробы Манту; инфекционистом; невропатологом; эндокринологом; онкологом – патологии не выявлено.

За время нахождения в стационаре фебрильная температура сменилась на субфебрильную и чаще субфебрилитет наблюдается по вечерам.

Больной получал гепатопротекторы на фоне чего стали нормализовываться печеночные пробы. Выяснено, что больной принимал анаболики в течении 2х месяцев и через 2-3 дня после прекращения его применения заболел.

Был собран консилиум с участием профессора Сайфутдинова Р.Г.

Обсуждались следующие диагностические концепции:

1) Инфекционный генез.

2) Паранеопластический синдром.

3) Системное заболевание соединительной ткани или токсический гепатит на фоне приема анаболических препаратов.

Инфекционный генез был исключен на основании повторных анализов посевов крови и мочи, отрицательной серологической реакции на инфекции, малярию, туберкулез, отсутствие признаков инфекционного эндокардита по ЭХО-КС, отсутствие эффекта от а/б терапии.

Проведенный онкопоиск: рентгенография ОГК, ФГДС, РКТ ОБП, колоноскопия, УЗИ щитовидной железы. Данных за неопластический процесс нет.

Системное заболевание, также было маловероятным, т.к. СОЭ в норме, LE клетки, РФ отр, Антинуклеарные АТ не обнаружены.

Был выставлен диагноз: Токсический гепатит.

Продолжено лечение гепатопротектором. Больной был выписан под наблюдение участковой сети, продолжал прием гепатопротекторов.

В поликлинической сети был повторно консультирован всеми узкими специалистами - патологии не выявлено. Через 2 месяца после выписки нормализовались анализы (ОАК, АСТ, АЛТ).

По РКТ размеры печени и селезенки пришли к норме. Забрюшинные лимфоузлы исчезли.

Вероятнее всего изменения в организме больного и клиническую картину дали прием анаболических препаратов, развилась лейкомоидная реакция на токсическое вещество, которое проявилось в виде гепатоспленомегалии, увеличением забрюшинных лимфоузлов, лейкоцитоза с лимфоцитозом

Лейкомоидные реакции наблюдаются чаще всего при бактериальных и вирусных инфекциях, различных пищевых, лекарственных и других интоксикациях, гипернефроме, метастатическом карциноматозе, раке, сепсисе, коллаптозах, при различных соматических заболеваниях.

Литература:

1. Тейлор Р.Б. Трудный диагноз 1988г.

2. Салихов И.Г. Лихорадка неясного происхождения Казань 1993г.

3. Журнал «Земский врач» 2 – 2011.

4. «РМЖ» 5 -2010г.

0029. ПОДОСТРЫЙ ТИРЕОИДИТ

**Л.Х. Сафаргалиева, Р.Р. Ягфарова,
Ч.Н. Гарифуллина, И.А. Казакова**

**Клинический госпиталь ФКУЗ МСЧ МВД России
по Республике Татарстан**

Реферат. Разобран клинический случай подострого тиреоидита. Данное заболевание может симулировать заболевание другой этиологии. Нами представлены: этиология, патогенез, клиническая

картина, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение подострого тиреоидита.

Ключевые слова: подострый тиреоидит, щитовидная железа.

SUBACUTE THYROIDITIS

L.Kh. Safargaliyeva, R.R. Yagfarova, Ch.N.

Garifullina, I.A.Kazakova

**Clinical Hospital of Medico-Sanitary Department
of Ministry of Internal Affairs of Republic
of Tatarstan, Kazan, Russia**

Abstract. The clinical case of a subacute thyroiditis is examined. This disease can simulate any disease of thyroid gland of other aetiology. Here the aetiology, a pathogenesis, clinic, diagnostics, differential diagnostics and treatment of subacute thyroiditis is presented.

Key words: subacute thyroiditis, thyroid gland.

Подострый тиреоидит (подострый тиреоидит де Кервена, или гранулематозный тиреоидит) – длительно протекающий тиреоидит, характеризующийся десквамацией и дегенерацией тироцитов, замещающихся клетками соединительной ткани, наличием гигантских многоядерных клеток и гранулем, а также увеличением содержания в крови АТ к тиреоглобулину. Этиологическим фактором является вирусная инфекция (Коксаки, ЕСНО, аденовирусы, возбудители эпидемического паротита и др.), что подтверждается длительным продромальным периодом, эпидемическим характером и сезонной зависимостью (зима, осень). Подострый тиреоидит развивается через 3-6 недель после перенесенных вирусных инфекций. Проникая внутрь клетки, вирус вызывает образование атипичных белков, на которое организм реагирует воспалительной реакцией.

Клиническая картина. Остро появляется чувство недомогания, боли в области шеи с иррадиацией в ухо, усиливающиеся при глотании и движении. Температура поднимается до 38-39°, но может быть и субфебрильной. Железа увеличивается в размерах (при диффузном поражении), появляется чувство давления на передней поверхности шеи, нарастают слабость, потливость, нервозность, общее недомогание. С первых дней в клиническом анализе крови отмечается быстро нарастающее СОЭ – до 60-80 мм/ч – при нормальном или чуть повышенном содержании лейкоцитов без изменения в формуле крови. В течении заболевания можно выделить несколько стадий, во время которых имеются различные показатели лабораторных исследований. Так, в первой, острой стадии (длительность 1-1,5 месяцев) наблюдается повышенное содержание $\alpha 2$ -глобулинов, фибриногена и тиреоидных гормонов (возможен эутиреоз) в крови при сниженном захвате изотопа йода железой. Клинически могут быть симптомы тиреотоксикоза. Диссонанс между данными сканирования и клиническими симптомами объясняется тем, что воспаленная железа утрачивает способность фиксировать йод; в кровь же поступают

ранее синтезированные гормоны и тиреоглобулин вследствие повышенной проницаемости сосудов на фоне воспаления. Через 4-5 недель нарушение синтеза гормонов ведет к нормализации их уровня в крови, а затем и к понижению. Болезненность в железе уменьшается, остается лишь при пальпации. СОЭ по прежнему ускорена, сохраняется повышенное содержание $\alpha 2$ -глобулина и фибриногена. Понижение уровня тироксина и трийодтиронина активирует выброс тиреотропного гормона гипофизом и нарастание захвата изотопа йода щитовидной железой. Примерно к концу четвертого месяца с момента заболевания поглощение радиоактивного йода может быть повышенным при умеренно выраженных клинических симптомах, сухости кожи. Эти явления проходят самостоятельно, так как функция железы восстанавливается и наступает стадия выздоровления. Нормализуются размеры железы, исчезает боль, снижается СОЭ, приходят к норме показатели Т4, Т3 и ТТГ. При спонтанном течении на это требуется 6-8 месяцев, однако заболевание склонно к рецидивированию, особенно под воздействием неблагоприятных факторов (переохлаждение, переутомление, повторные вирусные инфекции).

Диагноз ставится на основании анамнестических данных, клинических симптомов, ускоренной СОЭ при нормальной формуле крови, низком поглощении радиоактивного йода щитовидной железой при одновременном высоком содержании тиреоидных гормонов в крови, наличии гигантских многоядерных клеток при пункционной биопсии, хорошем эффекте при лечении глюкокортикоидами.

Дифференциальная диагностика проводится с заболеваниями щитовидной железы и нетиреоидными заболеваниями, сопровождающимися болями в передней части шеи, уха, нижней челюсти: острый тиреоидит, флегмона шеи, кровоизлияние в кисту щитовидной железы, фарингит, эзофагит, средний отит, десневой и парадентальный абсцесс, диффузный токсический зоб, недифференцированный рак щитовидной железы, синдром височно-нижнечелюстного сустава.

Разбор клинического случая. Пациент Г., 1984г.р., находился на стационарном лечении в терапевтическом отделении с 15.02.11 по 01.03.11. Поступил в отделение с жалобами на боли в левой половине шеи, по передней поверхности шеи (слева от гортани), усиливающиеся при кашле, зевоте, повышении температуры тела до 39,1°C в течении 1 недели.

Из анамнеза настоящего заболевания установлено, что мужчина болен с 30.12.10. Заболел остро, после переохлаждения, поднялась температура тела до 39,1°C, болело горло. Лечился самостоятельно – колдрекс, местно полоскал горло фурациллином, смазывал раствором Люголя. 26 января обратился к ЛОР-врачу, был выставлен диагноз: острый фарингит, рекомендован клабакс 3 дня (температура нормализовалась). 07.02.11 вновь подъем температуры тела до 37,5, боли по передней поверхности шеи.

Обращается к терапевту, выставлен диагноз: ОРВИ. Хронический фарингит. 10.02.11 осмотрен неврологом – данных за неврологическую патологию нет. 15.02.11 был направлен на стационарное лечение в терапевтическое отделение.

При объективном осмотре: общее состояние пациента удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски. Отеков нет. Лимфатические узлы не увеличены. Зев чистый. При пальпации болезненность в левой половине шеи (в области щитовидной железы, на уровне гортани). ЧДД – 16 в минуту. Перкуторно: звук легочный. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердце: тоны ритмичные, приглушены. Пульс 70, ЧСС 70 уд/мин, АД-110/70 мм.рт.ст., Т-37,7 С. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 10*9*8 см. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Выставлен предварительный диагноз: «Острый тиреоидит?».

Динамика температуры: 37,7 - 37,4. - 37,3. - 37,2. - 37,0. - 36,8.

Данные лабораторных и инструментальных методов обследований

В динамике показателей общего анализа крови следует отметить повышение СОЭ в начале лечения с тенденцией к снижению на фоне лечения преднизолоном. (см. табл.)

Таблица 1

	лей к	эрит р	Гем огл	тро мб	СО Э	лим ф	мон	п	С	э
10. 02. 11	8,5	4,64	14,0	225	65	16,9				
14. 02. 11	7,0	4,68	14,1	232	53	18,1				
16. 02. 11	4,9	4,69	14,0	256	58	22,1	6,3	2	69	1
28. 02. 11	11,1	5,05	14,4	231	27	16,8	3,2	8	71	1

Амбулаторно в поликлинике были сделаны следующие исследования:

УЗИ щитовидной железы от 10.02.11: Щитовидная железа малых размеров, диффузно-гипоэхогенная. УЗИ ОБП от 10.02.11: УЗ-признаки незначительного выраженного диффузного изменения печени по типу гепатоза, липоматоза поджелудочной железы. Хронический холецистохолангит в стадии ремиссии. Увеличение размеров печени за счет левой доли на 1,3 см.

По данным биохимического анализа крови от 16.02.11 отмечается появление маркеров воспаления - С-реактивный белок положительный (++)

В анализе коагулограммы от 16.02.11 имеется повышение фибриногена А, фибриноген В положительный (+++), РФМК положительный.

По данным ЭКГ от 15.02.11: Синусовая аритмия 60-90 ударов в минуту. Нормальное положение ЭОС.

Пациент консультирован эндокринологом 15.02.11: Был выставлен предварительный диагноз: Подострый тиреоидит. АИТ? Рекомендовано дообследование: проведение тиреосцинтиграфии, анализ крови на гормоны щитовидной железы – ТТГ, Т4 свободный. Вопрос о назначении глюкокортикостероидов - только после получения результатов тиреосцинтиграфии и результатов гормонального профиля. Поэтому до 21.02.11 больной получал только НПВП (лем 7,5 мг).

Рентгенография шейного отдела позвоночника от 16.02.11: Без патологии.

Сцинтиграфия щитовидной железы была проведена 21.02.11, по данным которой - признаки диффузных изменений щитовидной железы с умеренным снижением общей накопительной функции (индекс захвата РФП = 0,7%).

Для уточнения функции щитовидной железы было проведено иммунологическое исследование на гормоны щитовидной железы (16.02.11): Т 4 св. – 13,98 пмоль/л (норма – 9,0-20,0), ТТГ – 4,829 мМЕ/мл (норма – 0,34-4,94).

После получения результатов назначенных исследований, пациент был повторно консультирован эндокринологом 22.02.11. и выставлен диагноз: Подострый тиреоидит, впервые выявленный.

Назначен курс преднизолона по схеме: 2 т*2т*2т – 2 недели, 2т*2т*1т – 7 дней, 2т*2т – 7 дней, с постепенной отменой.

За время лечения у пациента снизилась температура тела до 36,8, исчезли боли в левой половине шеи, в общем анализе крови – снижение скорости оседания эритроцитов до 27 мм/час (от 28.02.11). Пациент выписан в удовлетворительном состоянии для продолжения амбулаторного лечения у эндокринолога. Даны следующие рекомендации: избегать переохлаждений, санация хронических очагов инфекции; продолжить прием преднизолона по схеме с постепенной отменой; повторить ТТГ и АТ к ТПО через 6 месяцев.

Выводы: Диагноз поставлен на основании данных анамнеза (заболел через месяц после перенесённого ОРВИ), данных объективного обследования (боли по передней поверхности шеи, усиливающиеся при глотании), ускоренное СОЭ при нормальной формуле крови, диффузное снижение эхогенности по УЗИ щитовидной железы, снижение захвата РФП по данным тиреосцинтиграфии при нормальной функции щитовидной железы по данным тиреогормонов. Правильно и полно собранный анамнез, быстро и своевременно проведенные инструментальные и лабораторные исследования дали возможность точно поставить диагноз и начать эффективное лечение.

Литература

1. Лысенко И.М. Заболевания щитовидной железы. Тиреоидит. // Охрана материнства и детства. 2008. № 1-11. С. 33-44.
2. Ворохобина Н.В., Аль-Джадри М.Я., Крючкова З.В., Волкова Е.А., Кузьмина В.А. Клинические особенности подострого тиреоидита и методы его лечения. // Казанский медицинский журнал. 2007. Т. 88. № 6. С. 544-547.
3. Старкова Н.Г. Клиническая эндокринология – 1991 год – С. 151-152.

0030. БИОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КРОВИ У РАБОТНИКОВ ОАО «ТАТНЕФТЬ», СТРАДАЮЩИХ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Э.В. Трифонова, О.В. Рыжкова, Р.Г. Сайфутдинов, Р.К. Хаирова, З.З. Дегистова
МСЧ ОАО «Татнефть» и г. Альметьевска, ГБОУ ДПО КГМА МЗСР РФ, г. Казань, Россия

Цель исследования: проанализировать содержание в крови билирубина, холестерина, АлТ, АсТ при желчекаменной болезни у работников ОАО «Татнефть».

Материалы и методы: обследовано 870 женщин (65,5%) и 457 мужчин (34,5%). Средний возраст женщин - 46,6±0,9 лет, мужчин - 44,5±1,9 лет, P>0,05. Всем выполнено УЗИ гепатобилиарной системы, проведен ряд исследований (общий анализ крови, мочи, функциональные печеночные пробы, определение липидного спектра крови).

Результаты: ЖКБ выявлена у 159 (11,9%) обследованных (11 мужчин (2,4%) и 148 женщин (17%). Средний возраст составил 47,9±0,9 лет (мужчин 47,5±1,5 лет, женщин 48,2±0,6 лет, P>0,05).

Одиночный конкремент выявлен у 23 (14,5%) пациентов (у 5 мужчин (45%), у 18 женщин (12%). В 85,5% диагностированы множественные камни желчного пузыря (у 55% мужчин, у 88% женщин). Сократительная способность желчного пузыря - 23,4±0,9%. Уровень билирубина крови среди пациентов с калькулезным холециститом составил 8,4±0,5 ммоль/л (у мужчин - 8,5±0,2 ммоль/л, у женщин 8,6±0,7 ммоль/л, P>0,05); холестерина крови - 4,6±0,2 ммоль/л (у мужчин - 4,2±0,9 ммоль/л, у женщин - 4,9±1,4 ммоль/л, P>0,05); АлТ - 20,9±1,0 ед (у мужчин - 20,1±1,2 ед., у женщин - 25,7±1,6 ед., P<0,05); АсТ - 23,5±3,9 ед. (у мужчин - 20,1±0,5 ед., у женщин - 27,7±1,6 ед., P<0,05). Эти же показатели у больных без камней в желчном пузыре следующие: 9,5±0,5 ммоль/л; 4,8±0,1 ммоль/л; 27,8±2,2 ед; 23,2±1,5 ед., соответственно.

Выводы: 1. Не выявлена зависимость показателей холестерина и билирубина крови от пола. 2. Значения АлТ и АсТ достоверно выше у женщин, хотя и находятся в пределах нормы. 3. Содержание

билирубина крови у пациентов с ЖКБ ниже, чем у лиц без камней в желчном пузыре.

0031. БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ЛИТОТРИПСИИ ПРИ ЖКБ

Э.В. Трифонова, О.В. Рыжкова, Р.Ш. Агзамов, Т.В. Сайфутдинова, Р.Г. Сайфутдинов
Кафедра терапии ГБОУ ДПО КГМА МЗСР РФ, г. Казань, МСЧ ОАО «Татнефть»
и г. Альметьевска, Россия

Одним из методов нехирургического лечения камней желчного пузыря является экстракорпоральная литотрипсия.

Цель работы: оценить ранние и отдаленные последствия экстракорпоральной ударно-волновой литотрипсии при калькулезном холецистите.

Материалы и методы: в период с 1992 по 1994 годы экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия (ЭУВЛ) на аппарате АДАП ЛТ-02 (Франция) выполнена 67 больным желчекаменной болезнью (62 женщинам (90%) и 5 мужчинам (10%)) с давностью заболевания от 2 до 7 лет.

Всем пациентам проведено общеклиническое обследование, ультразвуковое сканирование органов гепатопанкреатобилиарной области, обзорная рентгенография органов брюшной полости.

Показаниями к ЭУВЛ были: 1) количество конкрементов не более 3 общим диаметром 0,5-2,5 см; 2) наличие рентгеногегативных холестериновых камней; 3) функционирующий желчный пузырь по данным динамической сонографии; 4) возможность позиционирования камней в фокусе ударных волн; 5) проходимость пузырного протока; 6) свободный от камней общий желчный проток.

Всем больным литотрипсия проведена в стационарных условиях, без специальной подготовки, в нескольких случаях с использованием премедикации ненаркотическими анальгетиками. Оценку эффективности фрагментации конкрементов осуществляли сразу после завершения литотрипсии, на следующий день, спустя 8-10 лет после лечения. Отдаленные результаты оценивались по данным ультразвукового сканирования и клиническим признакам.

Средний возраст пациентов составил 45,9±1,6 лет (женщин 46,0±1,6 лет, мужчин -44,0±12,5 лет, p>0,01). Индекс массы тела у женщин был достоверно выше (26,9±0,5 кг/м²) чем у мужчин (23,0±0,7 кг/м²), p<0,05).

У 38 пациентов (58%) обнаружен одиночный камень желчного пузыря диаметром 0,5 – 2,3 см, у 29 (42%) – множественные камни диаметром 0,3 – 1,7 см.

Результаты исследования. Всего проведено 111 сеансов ЭУВЛ (у 34 больных - 1 сеанс, у 25 – 2, у 5 – 3, у 3 – 4 сеанса). При этом фрагментация конкрементов достигнута у 64 человек. На вторые сутки у 6 (9%) больных желчный пузырь был освобожден от песка. Полная дезинтеграция

конкрементов с образованием фрагментов менее 0,2 см в диаметре зарегистрирована в 58 (86%) случаях. У 3 обследованных ЭУВЛ положительного эффекта не дала. В группе больных с единичными конкрементами эффективность дробления составила 86,5%, тогда как в группе с множественными камнями – 51%. В целом положительный результат ЭУВЛ достигнут в 95% случаях.

При проведении ЭУВЛ осложнения, связанные с влиянием ударных волн на ткани и органы, не зарегистрированы.

Спустя 10 лет нами были приглашены 67 ранее обследованных пациентов. Из них откликнулось 19 человек. Рецидивное камнеобразование в желчном пузыре отмечено у 10 больных (59%). При этом у 9 обследованных (90%) с единичным камнем до литотрипсии, при повторном обследовании выявлен множественный холелитиаз. В плановом порядке выполнена холецистэктомия 8 пациентам с множественными камнями желчного пузыря.

Выводы: положительный результат ЭУВЛ достигнут в 95% случаев. Однако спустя более длительный срок (8-10 лет) после литотрипсии отмечены ее низкая эффективность (5%), высокий процент множественного холелитиаза (59%), что заставляет более весомо оценить профилактические мероприятия рецидива камнеобразования.

0032. ЖЕЛЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ СРЕДИ РАБОТНИКОВ «ЕЛХОВНЕФТИ» ОАО «ТАТНЕФТЬ»

**Э.В. Трифонова, Р.Г. Сайфутдинов,
О.В. Рыжкова, Т.В. Сайфутдинова**

**Кафедра терапии ГБОУ ДПО КГМА МЗСР РФ,
г. Казань, МСЧ ОАО «Татнефть»
и г.Альметьевска, Россия**

Проблема желчекаменной болезни (ЖКБ) в последние годы приобрела особую актуальность. Распространенность ее в странах Европы составляет около 10%, хотя и колеблется в достаточно широком диапазоне - от 4-5% в Ирландии и Греции до 39% в Швеции.

Нами изучена частота встречаемости желчекаменной болезни среди работников нефтегазодобывающего управления (НГДУ) «Елховнефть» ОАО «Татнефть».

В медико-санитарной части ОАО «Татнефть» обследовано 223 пациента: 142 мужчины (73,7%) и 81 женщина (26,3%). Средний возраст составил $43,2 \pm 0,6$ лет (мужчин $41,4 \pm 0,8$ лет, женщин $46,4 \pm 0,9$ лет, $P < 0,01$). Верификация диагноза осуществлена с учетом клиники, лабораторных данных (билирубин крови и его фракции, холестерин крови, АлТ, АсТ и др.), результатов ультразвукового исследования (УЗИ).

В результате исследования оказалось, что у 14 женщин (17,3%) выявлены камни желчного пузыря. Средний возраст обследованных с ЖКБ составил

$48,2 \pm 2,6$ лет. В 67% случаев ЖКБ выявлялась у лиц умственного труда. У всех обнаружены множественные камни желчного пузыря. Диаметр их в среднем составил $9,5 \pm 2,9$ мм.

У 3 человек отмечались периодические приступообразные боли в правом подреберье. У 4 – сочетание болевого и диспептического синдромов. 7 пациентов не предъявляли жалоб, характерных для ЖКБ.

Уровень билирубина крови среди пациентов с калькулезным холециститом составил $8,5 \pm 0,5$ ммоль/л; холестерина крови – $4,6 \pm 0,3$ ммоль/л; АлТ – $31,3 \pm 8,5$ ед; АсТ – $28,8 \pm 8,7$ ед. Эти же показатели у больных без камней в желчном пузыре были следующие: $9,6 \pm 0,5$ ммоль/л; $4,8 \pm 0,1$ ммоль/л; $29,1 \pm 2,5$ ед; $27,9 \pm 2,2$ ед., соответственно. Обращает на себя внимание отсутствие различий в исследованных показателях, за исключением меньшего содержания билирубина крови у пациентов с ЖКБ.

При УЗИ длина желчного пузыря у обследованных с ЖКБ составила $61,6 \pm 6,6$ мм, ширина – $25,9 \pm 1,6$ мм; без камней желчного пузыря – $69,5 \pm 1,4$ мм и $26,7 \pm 0,6$ мм, соответственно. Эхогенная взвесь в полости желчного пузыря выявлена в 5 случаях.

Среди больных с ЖКБ явления стеатоза печени обнаружены у 11 пациентов (78,6%), утолщение стенок желчного пузыря – у 10 (71,4%), перетяжка и перегибы – у 1 (7,1%).

Таким образом, ЖКБ выявлена только у женщин (17,3%). Во всех случаях обнаружены множественные камни желчного пузыря. ЖКБ преобладает у лиц умственного труда (67%).

0033. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОНТАКТНОГО ХИМИЧЕСКОГО ЛИТОЛИЗА КАМНЕЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ МЕТИЛ-ТРЕТ-БУТИЛОВЫМ ЭФИРОМ

**Э.В. Трифонова
МСЧ ОАО «Татнефть» и г. Альметьевска**

Цель работы: оценить эффективность и отдаленные результаты контактного химического литолиза (КХЛ) камней желчного пузыря метил-трет-бутиловым эфиром (МТБЭ).

Материалы и методы: КХЛ проведен 5 женщинам с множественными (10-15) рентггеннегативными камнями желчного пузыря, отказавшимся от холецистэктомии. Чрескожная чреспеченочная пункция желчного пузыря выполнена им под рентген- и УЗИ-контролем. Лабораторные (общие анализы крови, мочи, биохимические показатели крови, желчи) и инструментальные (УЗИ, холецистография) исследования проводились до процедуры, в процессе растворения, спустя 2, 6, 9 месяцев после КХЛ.

Результаты: Средний возраст пациентов составил $43,2 \pm 0,3$ лет. Индекс массы тела – $29,3 \pm 0,5$ кг/м². Давность холелитиаза – $5,3 \pm 0,5$ лет. Средний диаметр конкрементов составил $12,3 \pm 0,8$ мм.

Сократительная функция желчного пузыря $23,8 \pm 0,4\%$. Длина желчного пузыря - $72,4 \pm 1,1$ мм, ширина - $29,9 \pm 0,9$ мм, толщина стенки - $4,1 \pm 0,5$ мм. Успешный литолиз отмечен у всех пациентов. Время полного растворения составило $12,3 \pm 0,6$ часов, для лечения требовалось от 7 до 12 дней. КХЛ длился $65 \pm 1,2$ минут в сутки (от 15 минут до 3 часов). У 3 (60%) пациентов в начале процедуры наблюдалось легкое головокружение и неприятный привкус во рту. Одна женщина предъявляла жалобы на сонливость. Изменений показателей крови и мочи в ходе лечения не зарегистрировано. Назначения антибактериальных препаратов не требовалось. После удаления катетера осложнений не отмечено. Всем пациентам для профилактики рецидива камнеобразования назначен препарат урсодезоксихолевой кислоты (урсосан) 15 мг/кг в сутки. При динамическом (лабораторном и инструментальном) наблюдении изменений анализов крови не отмечено. Конкрементов в полости желчного пузыря не было. У 1 женщины выявлен холестероз. Длина желчного пузыря составила $76,6 \pm 1,6$ мм, ширина - $32,3 \pm 1,4$ мм, толщина стенки - $2,7 \pm 0,8$ мм. Сократительная функция желчного пузыря $37,5 \pm 0,8\%$.

Выводы: 1) при растворении холестериновых камней желчного пузыря с использованием МТБЭ выявлена высокая литолитическая активность препарата.

2) не отмечено местнораздражающего, аллергенного действия, существенных побочных реакций.

3) после КХЛ сократительная функция желчного пузыря достоверно усилилась (до процедуры - $23,8 \pm 0,4\%$, после - $37,5 \pm 0,8\%$, $p < 0,001$).

0034. ПЕРЕНОСИМОСТЬ МЕТИЛ-ТРЕТ-БУТИЛОВОГО ЭФИРА

**Э.В. Трифонова, О.В. Рыжкова,
Р.Г. Сайфутдинов**

**МСЧ ОАО «Татнефть» и г. Альметьевска,
кафедра терапии ГБОУ ДПО КГМА МЗСР РФ,
г. Казань, Россия**

Цель исследования: оценить переносимость и побочные эффекты метил-трет-бутилового эфира (МТБЭ) *in vivo*.

Материалы и методы: контактный химический литолиз камней желчного пузыря (КХЛ) с использованием МТБЭ выполнен 5 женщинам с множественным холецистолитиазом, отказавшимся от холецистэктомии. Чрескожная чреспеченочная пункция желчного пузыря выполнена им под рентген- и УЗИ-контролем. Лабораторный (общие анализы крови, мочи, биохимические показатели крови, желчи) и инструментальный (УЗИ, холецистография) контроль проводился в течение всей процедуры.

Результаты: успешный литолиз отмечен у всех пациентов. Время полного растворения составило $12,3 \pm 0,6$ часов, для лечения требовалось от 7 до 12 дней. КХЛ длился $65 \pm 1,2$ минут в сутки (от 15 минут до 3 часов). У 3 (60%) пациентов в начале процедуры наблюдалось легкое головокружение и неприятный

привкус во рту. 1 женщина предъявляла жалобы на сонливость. Изменений показателей крови и мочи в ходе лечения не зарегистрировано. Толщина стенки желчного пузыря до КХЛ составила $2,6 \pm 0,4$ мм, в течение процедуры - $4,2 \pm 0,3$ мм, спустя 2 недели после растворения - $2,8 \pm 0,2$ мм. Назначения антибактериальных препаратов не требовалось. После удаления катетера осложнений не отмечено.

Выводы: при растворении холестериновых камней желчного пузыря с использованием МТБЭ выявлена высокая литолитическая активность препарата, его низкая токсичность, отсутствие аллергенного действия. МТБЭ не вызывает существенных побочных реакций. Под влиянием МТБЭ отмечено временное достоверное утолщение стенки желчного пузыря, при этом сократительная способность органа не нарушается. Метод технически прост, хорошо принимается пациентами.

0035. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПОСЛЕ КОНТАКТНОГО ХИМИЧЕСКОГО ЛИТОЛИЗА (КХЛ)

**Э.В. Трифонова, О.В. Рыжкова,
Р.Г. Сайфутдинов**

**Кафедра терапии ГБОУ ДПО КГМА
МЗСР РФ, г.Казань, МСЧ ОАО «Татнефть»
и г. Альметьевск, Россия**

Цель работы: оценить влияние метил-трет-бутилового эфира (МТБЭ) на сократительную способность желчного пузыря.

Материалы и методы: КХЛ проведен 5 женщинам с множественными (10-15) рентгеннегативными камнями желчного пузыря, отказавшимся от холецистэктомии. Сократительная способность желчного пузыря оценивалась по стандартной методике с сорбитом до процедуры, в процессе растворения, спустя 2, 6, 9 месяцев после КХЛ.

Результаты: Средний возраст пациентов составил $43,2 \pm 0,3$ лет. Индекс массы тела - $29,3 \pm 0,5$ кг/м². Давность холецистолитиаза - $5,3 \pm 0,5$ лет. Средний диаметр конкрементов - $12,3 \pm 0,8$ мм. Исходная сократительная функция желчного пузыря - $23,8 \pm 0,4\%$. Длина желчного пузыря - $72,4 \pm 1,1$ мм, ширина - $29,9 \pm 0,9$ мм, толщина стенки - $4,1 \pm 0,5$ мм. Успешный литолиз отмечен у всех пациентов. Время полного растворения составило $12,3 \pm 0,6$ часов, для лечения требовалось от 7 до 12 дней. КХЛ длился $65 \pm 1,2$ минут в сутки (от 15 минут до 3 часов). Назначения антибактериальных препаратов не требовалось. После удаления катетера осложнений не отмечено. Всем пациентам для профилактики рецидива камнеобразования назначен препарат урсодезоксихолевой кислоты (урсосан) 15 мг/кг в сутки. При динамическом наблюдении конкрементов в полости желчного пузыря не было. У 1 женщины выявлен холестероз. Длина желчного пузыря составила $76,6 \pm 1,6$ мм, ширина - $32,3 \pm 1,4$ мм, толщина

стенки – $2,7 \pm 0,8$ мм. Сократительная функция желчного пузыря $37,5 \pm 0,8\%$.

Выводы: после растворения холестериновых камней желчного пузыря с использованием МТБЭ сократительная функция желчного пузыря достоверно усилилась (до процедуры – $23,8 \pm 0,4\%$, после – $37,5 \pm 0,8\%$, $p < 0,001$).

0036. ФУНКЦИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Э.В. Трифонова, О.В. Рыжкова,
Р.Г. Сайфутдинов, Р.К. Хаирова, З.З. Детистова
Кафедра терапии ГБОУ ДПО КГМА
МЗ СР, г. Казань, МСЧ ОАО «Татнефть»
и г. Альметьевск, Россия

Цель работы - оценить функцию щитовидной железы у больных желчекаменной болезнью (ЖКБ).

Материалы и методы: УЗИ щитовидной железы выполнено 540 (354 (65,6%) женщинам и 186 (34,4%) мужчинам) больным ЖКБ. Средний возраст составил $46,6 \pm 0,7$ лет (у женщин – $46,1 \pm 0,3$ лет, мужчин – $46,9 \pm 0,9$ лет, $p > 0,05$). Определение уровня трийодтиронина (Т3), тироксина (Т4), тиреотропного гормона (ТТГ) и антител к тиреопероксидазе (АТ к ТПО) осуществляли иммуноферментным анализом микроплощечным методом на аппарате, автоматическом ридере и вошере фирмы «Bio-tek» (США) с использованием реагента «Алкор-био» (Россия).

Результаты: при УЗИ правой доли щитовидной железы зарегистрированы следующие параметры: длина – $43,2 \pm 0,6$ мм (у женщин – $43,6 \pm 0,8$ мм, у мужчин – $42,7 \pm 0,9$ мм, $p > 0,05$), толщина – $19,1 \pm 0,4$ мм (у женщин – $18,6 \pm 0,5$, у мужчин – $19,8 \pm 0,6$ мм, $p > 0,05$), ширина – $17,1 \pm 0,4$ мм (у женщин – $16,6 \pm 0,5$ мм, у мужчин – $17,9 \pm 0,7$ мм, $p > 0,05$); левой доли: длина – $42,2 \pm 0,8$ мм (у женщин – $41,9 \pm 1,2$ мм, у мужчин – $42,7 \pm 1,2$ мм, $p > 0,05$), толщина – $18,1 \pm 0,6$ мм (у женщин – $16,7 \pm 0,7$ мм, у мужчин – $20,1 \pm 0,9$ мм, $p < 0,05$), ширина – $16,5 \pm 0,8$ мм (у женщин – $15,6 \pm 0,6$ мм, у мужчин – $17,8 \pm 1,7$ мм, $p > 0,05$); размеры перешейка – $4,1 \pm 0,2$ мм (у женщин – $3,9 \pm 0,2$ мм, у мужчин – $4,3 \pm 0,4$ мм, $p > 0,05$). Уровень Т3 составил $1,6 \pm 0,1$ нмоль/л (у женщин – $1,5 \pm 0,1$ нмоль/л, у мужчин – $1,6 \pm 0,1$ нмоль/л, $p > 0,05$), Т4 – $94,3 \pm 2,3$ нмоль/л (у женщин – $95,5 \pm 2,6$ нмоль/л, у мужчин – $92,6 \pm 5,0$ нмоль/л, $p > 0,05$), ТТГ – $3,0 \pm 0,7$ мкМЕ/мл (у женщин – $3,8 \pm 1,0$ мкМЕ/мл, у мужчин – $1,5 \pm 0,2$ мкМЕ/мл, $p < 0,05$), АТ к ТПО – $36,9 \pm 15,7$ Е/мл (у женщин – $48,7 \pm 20,7$ Е/мл, у мужчин – $3,3 \pm 0,9$ Е/мл, $p < 0,05$).

Выводы: у женщин с ЖКБ отмечена дисфункция щитовидной железы: снижение ТТГ и повышение АТ к ТПО, что, возможно, является одной из причин большего распространения у них холелитиаза, чем у мужчин.

0037. ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА.

Г.В. Тухватуллина

Клинический госпиталь ФКУЗ МСЧ МВД
России по Республике Татарстан

Реферат. В данной статье отражены сведения об исследовании, позволяющем контролировать уровень глюкозы, оценивать углеводный обмен за длительный период времени и отдалять риск прогрессирования отдаленных осложнений диабета.

Клиническое значение определения гликозилированного гемоглобина (HbA1c)

Очень важно при ведении больных сахарным диабетом добиться оптимального содержания глюкозы в крови. Контроль уровня глюкозы в крови больной может проводить самостоятельно (портативными глюкометрами) или в лаборатории. Результат единичного определения глюкозы в крови показывает концентрацию глюкозы на момент взятия, поэтому сделать какие-либо предположения о состоянии углеводного обмена больного между измерениями не представляется возможным. Оценить углеводный обмен у больного за длительный период времени можно только измеряя концентрацию гликозилированного гемоглобина в крови, согласно рекомендациям Комитета по контролю за диабетом и его клиническими осложнениями (DCCT). По данным исследований, проводимых DCCT, было показано, что риск развития и прогрессирования отдаленных осложнений диабета 1 типа тесно связан со степенью эффективности контроля уровня гликемии, выраженного в содержании гликозилированного гемоглобина в крови.

Характеристика показателя.

Гликозилированный гемоглобин (употребляется также термин «гликированный гемоглобин») образуется в результате неферментативного присоединения глюкозы к N – концевым участкам β – цепей глобина гемоглобина A1 и обозначается как HbA1c. Концентрация HbA1c прямо пропорциональна средней концентрации глюкозы в крови. У здоровых концентрация HbA1c в крови от 4 до 6%, у больных сахарным диабетом его уровень в 2 – 3 раза выше (в зависимости от степени гипергликемии). Образовавшийся HbA1c аккумулируется внутри эритроцитов и сохраняется в течение всего срока жизни эритроцита. Полупериод циркуляции эритроцита в кровяном русле составляет 60 суток, таким образом, концентрация HbA1c отражает уровень гликемии пациента за 60 – 90 дней до исследования [2, 3]. Огромное число исследований с использованием традиционных методов измерения содержания глюкозы подтвердило взаимосвязь HbA1c и уровня гликемии пациента [12-14]. Результаты исследований, проведенных DCCT в 90-х годах, послужили основанием для подтверждения гипотезы о том, что уровень HbA1c отражает уровень глюкозы в

крови и является эффективным критерием при мониторинге больных сахарным диабетом.

Методов исследования гликозилированного гемоглобина в настоящее время существует много:

жидкостная хроматография

аффинная хроматография

электрофорез

колоночные методики

иммунологические методики

Оценка среднего содержания глюкозы в крови.

Средняя концентрация глюкозы (мг/100 мл) = $30,9 \times (\text{HbA1c}) - 60,6$, где: HbA1c – концентрация гликозилированного гемоглобина.

Проще говоря, изменение HbA1c на 1% соответствует изменению среднего содержания глюкозы на 30 мг/100 мл (1,7 ммоль/л).

Рекомендуемая частота проведения исследования

Американская Диабетическая Ассоциация рекомендует для пациентов, чья терапия была успешной (стабильный уровень углеводного обмена), проводить исследование HbA1c не реже 2-х раз в год, тогда как в случае изменения диеты или лечения следует увеличить частоту обследования до 4-х раз в год [7]. В Российской Федерации согласно Целевой Федеральной программе «Сахарный диабет» исследование HbA1c должно проводиться 4 раза в год при любом типе диабета

Интерпретация результатов исследования

Задачей сахароснижающей терапии при сахарном диабете является нормализация уровня глюкозы в крови. Интенсивное лечение предохраняет пациента от развития отдалённых осложнений, таких как ретинопатия, нефропатия и нейропатия или значительно отодвигает срок их клинического проявления. Если пациенты строго придерживаются режима, направленного на нормализацию углеводного обмена, частота возникновения ретинопатии снижается на 75%, нефропатии – на 35–36%, на 60% уменьшается риск полинейропатий.

Выводы

1. Исследование HbA1c позволяет оценить уровень гликемии у больного сахарным диабетом за 60 – 90 дней предшествующих исследованию.

2. Данное исследование даёт возможность проводить мониторинг течения заболевания и контролировать адекватность проводимого лечения.

3. Исследование HbA1c необходимо проводить для оценки риска развития осложнений у больного сахарным диабетом.

Литература

1. Дедов И.И., Шестакова М.В., Максимова М.А. Федеральная целевая программа «Сахарный диабет». // Москва, 2002, 84 С.

2. Питерс – Хармел Э., Матур Р. Сахарный диабет. Диагностика и лечение. // Практика, 2008.

3. Попова Ю.С. Сахарный диабет. // Крылов, 2008.

4. ADA. Implications of the United Kingdom Prospective Diabetes Study (Position Statement). // Diabetes Care 1999, (SI), 27-31.

5. ADA. Standards of Medical Care for Patients With Diabetes Mellitus (Position Statement). // Diabetes Care 1999, (SI), 32-41

6. ADA. Preconception Care of Women With Diabetes (Position Statement). // Diabetes Care 1999, (SI), 62-63.

7. ADA. Tests of Glycemia in Diabetes (Position Statement). // Diabetes Care 1999, (SI), 77-79.

8. Auxter S. Another Study Shows Laboratory Tests are Underutilized. // Clin Lab News 1998, 24(9): 24-5.

9. Bodor G., Little R., Garrett N. et al. Standardization of Glycohemoglobin Determinations in the Clinical Laboratory: Three Years Experience. // Clin Chem 1992; 38: 2414-18.

10. DCCT Research Group. The Effect of Intensive Treatment of Diabetes on the Development and Progression of Long – Term Complications in Insulin – Dependent Diabetes Mellitus. // Engl J Med 1993; 329: 977-86.

0038. ЭХОГРАФИЯ ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Г. Г. Файзуллина

**Клинический госпиталь ФКУЗ МСЧ МВД
России по Республике Татарстан**

Реферат. Работа посвящена вопросам эхографического выявления заболеваний желчевыводящей системы у пациентов клинического госпиталя. Рассмотрена особая роль эхографического метода исследования в диагностике бессимптомных поражений данного органа.

Ключевые слова: желчный пузырь, желчевыводящие протоки.

SONOGRAPHY IN LESIONS OF THE GALLBLADDER AND BILIARY DUCTS

G. G. Fayzullina

**Clinical hospital of Medico-Sanitary Department of
Ministry of Internal Affairs of Republic of Tatarstan,
Kazan, Russia**

Abstract. The work is devoted to the issues of sonography detection of diseases of the bile-excreting system in patients of clinical hospital. Considered a special role sonography research method in the diagnosis of asymptomatic lesions of the body.

Key words: the gallbladder, bile ducts.

В последние годы идет тенденция роста числа заболеваний желчного пузыря и желчных протоков. В ряду диагностических мероприятий по выявлению заболеваний желчевыводящей системы одно из главных мест занимает ультразвуковое исследование. Для этой методики обследования характерны высокая информативность, безболезненность, неинвазивность.

Основными показаниями к проведению этого исследования являются болевой абдоминальный синдром, диспепсический синдром, гепато- и спленомегалия, выявленные при физикальном осмотре, желтуха, асцит, изменения биохимических и серологических показателей, ассоциированных с заболеваниями печени и желчевыводящей системы, подозрение на наличие злокачественных новообразований и желчекаменной болезни.

Вместе с тем нередко при ультразвуковом обследовании выявляются различные изменения желчевыводящей системы без каких либо жалоб с нормальными показателями лабораторных исследований.

С помощью ультразвукового диагностического прибора "ACCUVIX V20" проводилось исследование желчного пузыря и желчевыводящих путей у пациентов с соответствующими показаниями к обследованию и у лиц, их не имеющих в течение 8 месяцев 2011 г. Обследуемый контингент составили аттестованные сотрудники МВД.

При ультразвуковом исследовании желчевыводящей системы оценивались:

1. Размеры желчного пузыря;
2. Форма желчного пузыря;
3. Толщина стенок желчного пузыря;
4. Плотность стенок желчного пузыря;
6. Наличие образований в полости желчного пузыря;
7. Диаметр общего желчного протока;
9. Толщина стенок общего желчного протока;
10. Наличие расширения внутрипеченочных желчных протоков.

Полученные результаты отражены в таблице 1.

Таблица 1

Результаты ультразвукового обследования желчного пузыря и желчевыводящих протоков

Орган	Данные ультразвукового исследования	Всего выявлено (кол-во)	В том числе без каких-либо жалоб и изменений данных лабораторных исследований	
			Кол-во	% от общего кол-ва выявленных
Желчевыводящая система	Конкременты	194	20	10,3
	Полипы	89	55	61,8

Необходимо отметить, что УЗИ позволяет не только получить детальные данные о структурных поражениях органов, но и проследить динамику выявленных изменений посредством повторных исследований на фоне проводимой в необходимых случаях медикаментозной терапии. С помощью эхографии также возможно оценить тенденцию развития хронических заболеваний в течение длительных периодов наблюдения сотрудников МВД.

Отсутствие лучевой нагрузки позволяет проводить контрольные исследования настолько часто, насколько того требует конкретная клиническая ситуация.

Полученные данные говорят о том, что в системе профилактики и ранней диагностики заболеваний желчного пузыря и желчевыводящих протоков ультразвуковое исследование является в настоящее время незаменимым при выявлении многих, в том числе и бессимптомных патологических изменений. Эхографические диагностические находки часто играют определяющую роль в тактике дальнейшего лечения таких пациентов, своевременность и адекватность которого служит залогом благоприятного исхода.

ВЫВОДЫ

1. УЗИ занимает центральное место среди диагностических методик при обследовании желчного пузыря и желчевыводящих протоков в системе мониторинга здоровья сотрудников МВД.

2. Установлена особая роль эхографического метода исследования в выявлении бессимптомных заболеваний желчевыводящей системы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Илясова Е.Б., Чехонацкая М.Л., Приезжева В.Н. Лучевая диагностика, 2009 г. - с. 189-203;
2. Ивашкин В.Т. Болезни печени и желчевыводящих путей, 2009 г., издательство М-Вести – с. 123-150;
3. Cann R.P. Gall bladder and biliary tree // Diagnostic Medical Sonography. - V.3. Abdomen / ed. by Kawamura D. M. - Philadelphia: J. B. Lippincott Co., 1992. - P. 151-198.

0039. ОДОНТОГЕННЫЕ ГАЙМОРИТЫ

М.Е. Федорова
ФКУЗ МСЧ МВД России
по Республике Татарстан

Реферат. Одонтогенный гайморит является осложнением несанированных зубов. Приводит к тяжелым осложнениям при несвоевременном лечении.

Ключевые слова: одонтогенный гайморит, альвеолярный край.

В зависимости от этиологии и патогенеза гайморитов различают: риногенные, гематогенные, травматические и одонтогенные пути инфицирования верхнечелюстной пазухи. Переход воспаления со слизистой оболочки носа наблюдается при остром насморке, гриппе. Гематогенный гайморит возможен при тифах, пневмонии, дифтерии, скарлатине и других общих инфекциях. Травматический гайморит возникает при огнестрельных и других повреждениях верхнечелюстной пазухи, иногда в результате нарушения целостности пазухи при удалении зуба. Возникновение одонтогенного гайморита связано с распространением инфекции со стороны больных зубов, чему способствуют анатомические особенности в виде близкого прилегания дна гайморовой пазухи к верхушкам корней зубов. В норме гайморова пазуха

расположена над луночками второго премоляра и первого и второго моляра. При расширении её сзади захватывается надлуночковая область третьего моляра (зуб мудрости), а кпереди – область первого премоляра и реже клыка. Расположенные в альвеолярном отростке корни зубов отделены от дна гайморовой пазухи костной перегородкой неодинаковой толщины у разных лиц; у одних она массивна, у других настолько тонка, что рельефы верхушек корней вдаются в полость, а иногда верхушки корней покрыты лишь надкостницей и непосредственно слизистой оболочкой полости. Такая интимная связь зубов с гайморовой пазухой делает понятным возникновение одонтогенного гайморита как осложнения в результате заболевания периапикальных участков зубов.

Особенно наглядно выступает роль одонтогенной инфекции, когда гранулирующий периодонтит или гранулема, разрушив костную перегородку между дном гайморовой пазухи и околоверхушечным пространством, вовлекает в процесс прилегающую к зубным ячейкам слизистую оболочку пазухи. В случае присоединения к этому риногенной инфекции процесс обостряется и принимает разлитой характер. Возможно распространение инфекции и через систему венозного сплетения, связывающего ткани альвеолярного отростка пародонта со слизистой оболочкой гайморовой пазухи.

В части случаев гайморит вызывает нагноившаяся околокорневая киста верхней челюсти, а также остеомиелит альвеолярного отростка и тела верхней челюсти.

Указанными выше анатомо-топографическими данными объясняются случаи возникновения свищей гайморовой пазухи, сообщающихся с полостью рта через лунку удаленного зуба. Незаживление при этом лунки обычно связано с наличием хронического процесса.

При одонтогенном гайморите основной упор делают на устранение причинного очага:

- 1.) удаление инфицированного зуба, вызвавшего воспаление гайморовой пазухи.
- 2.) промывание гайморовой пазухи раствором антисептиков;
- 3.) общее лечение: системная антибактериальная терапия.

В практике лечения одонтогенных гайморитов в системе клинического госпиталя МСЧ МВД РФ по РТ такие больные, как правило, попадают от отоларинголога поликлиники МВД в хирургическое отделение госпиталя для стационарного лечения. Лечение проводит ЛОР – врач совместно со стоматологом.

Таких больных за 2010 год в процентном отношении от всех больных с заболеваниями верхнечелюстной пазухи другой этиологии составляет около 3%.

По группам чаще всего болеют:

1	Патрульно-постовая служба	37%
2	Военнослужащие срочной службы	28%

3	Дорожно-патрульная служба	20%
4	Прочие	15%

Из принадлежностей к полу чаще болеют мужчины молодого возраста от 20 до 35 лет. В процентном отношении мужчины 80%, женщины 20%.

Выводы: своевременная санация полости рта, профилактические осмотры, диспансеризация, санация одонтогенных очагов, исключение переохлаждения поможет избежать такого заболевания как одонтогенный гайморит.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Ю.И. Бернадский, Н.И. Заславский «Одонтогенные гаймориты»1968г. с. 4-17;

0040. ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОТРУДНИКОВ ОВД В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ.

З.В. Фомина

Центр психофизиологической диагностики МСЧ МВД по Республике Мордовия

Служба в органах внутренних дел во всем мире традиционно относится к профессиональным видам деятельности, сопровождающимся высоким уровнем эмоционально-стрессовых нагрузок. В России с начала прошлого века интенсивность этих нагрузок в ОВД, особенно среди участников событий в Северо-Кавказском регионе, достигла предельных значений. Этому способствовало появление функций по выполнению несвойственных ранее правоохранительным органам *служебно-боевых* задач.

Анализ медицинских, психологических и социальных последствий показал, что уровень первичной заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения обусловлен психогенными воздействиями экстремальных факторов на сотрудников при выполнении оперативно-боевых задач в СКР. Были выявлены закономерности, обусловленные частотой (кратностью) и продолжительностью пребывания в СКР. Пропорционально числу выездов и длительности командировок в СКР растет заболеваемость среди сотрудников ОВД, число разводов их семей, а также число увольнений из ОВД.

Очевидно, что такие статистические данные доказывают необходимость разработки эффективных мероприятий по снижению отрицательных последствий выполнения оперативно-служебных задач в особых условиях. В связи с этим в МВД России подготовлена «Комплексная программа медико-психологического обеспечения сотрудников ОВД, выполняющих задачи на территории СКР», утвержденная Приказом МВД России №273 от 30.04.04 г.

Медико-психологическое обеспечение – это комплекс научно-методических, организационных и практических мероприятий, направленных на повышение профессионально-психологической устойчивости личного состава ОВД к кризисным и

экстремальным стрессовым ситуациям и преодолению их негативных последствий, возвращение к активной, продуктивной служебной деятельности и полноценной семейной жизни больных, раненых и травмированных сотрудников.

Главный принцип **психопрофилактики** в ОВД заключается в активном предупреждении возникновения функциональных, психических расстройств и неадекватных форм поведения. Это означает, что профилактика должна проводиться не только при обращаемости в ЛПУ, но и в виде регулярных осмотров специалистами ЛПУ, ЦПД, психологами подразделений ОВД. Возникновение необратимых патологических явлений необходимо прогнозировать, а главное – предупреждать их развитие.

Таким образом, одной из важнейших задач психопрофилактики является психофизиологический отбор сотрудников, направляемых для выполнения служебно-оперативных задач в экстремальных условиях. Процедура отбора носит многоступенчатый характер и направлена на изучение психологических и психофизиологических особенностей сотрудников. Получаемая при этом информация позволяет решать следующие **задачи**:

- составление психологического портрета кандидата, т.е. целостное описание личности;
- прогноз поведения кандидата в экстремальных условиях, т.е. в состоянии стресса или в ситуациях конфликта;
- анализ функциональных резервов организма - в том числе, состояние сердечно-сосудистой и центральной нервной систем.

Исходя из опыта работы по психофизиологическому отбору сотрудников на работу в экстремальных условиях, в частности, для участия в миротворческих операциях в СКР, можно выделить **набор требований** к личности кандидата. Это следующие психологические и профессионально важные качества.

1. Коммуникативные качества:

- 1) умение быстро устанавливать контакты с представителями других национальностей в условиях ограниченного владения языком;
- 2) умение налаживать эффективные деловые отношения;
- 3) способность к эмпатическому восприятию лиц других национальностей;
- 4) тактичность;
- 5) склонность к компромиссному и конструктивному поведению в ситуации конфликта (отсутствие соперничества и желания во что бы то ни стало настоять на своей точке зрения).

2. Интеллектуальные качества:

- 1) хорошая общеобразовательная подготовка;
- 2) быстрая обучаемость;
- 3) достаточный уровень психической выносливости;
- 4) гибкость мыслительных процессов;

5) повышенный уровень произвольного внимания, наблюдательности;

6) умение прогнозировать последствия своего поведения;

7) выраженные способности к анализу и обобщению информации;

8) умение принимать правильные решения в ситуации дефицита времени и неполной информации;

9) умение выбирать оптимальную тактику действий.

1. Мотивационно-ценностные особенности:

- 1) интерес к культуре других стран;
- 2) гуманистическая направленность;
- 3) достаточный уровень профессиональной заинтересованности.

2. Функциональное состояние организма:

- 1) хороший общий уровень физического состояния организма;
- 2) отсутствие отклонений в деятельности сердечно-сосудистой системы;
- 3) отсутствие соматических заболеваний.

Обобщая эти требования, можно сказать, что готовность к деятельности в особых условиях определяется прежде всего:

1. индивидуальными свойствами нервной системы
2. эмоциональной устойчивостью
3. функциональными (физиологическими) резервами организма

Индивидуальные качества проявляются в основных свойствах нервной системы - ее природные, врожденные особенности, влияющие на формирование индивидуальных различий, способностей и характера у человека.

Под эмоциональной устойчивостью понимается способность сохранять необходимое по длительности время оптимальный уровень работоспособности при воздействии сильных раздражителей.

Физиологические резервы – это выработанная в процессе эволюции адаптивная способность организма человека усиливать во много раз интенсивность своей деятельности по сравнению с состоянием относительного покоя в условиях воздействия экстремальных факторов. Суждение о физиологических резервах и уровне работоспособности может быть получено прежде всего при оценке системы кровообращения с учетом ее напряжения. Для чего используются специальные функциональные пробы – в частности, измеряются такие вегетативные показатели, как ЧСС и АД, в покое и при функциональной нагрузке (т.н. проба Мартине)

Деятельность сотрудников в экстремальных условиях связана со значительными физическими и еще более значительными нервно-эмоциональными нагрузками, а также осложнена воздействиями многочисленных неблагоприятных факторов окружающей среды. Следует выделить **патологические факторы экстремальной ситуации**, присутствующие в служебно-боевой деятельности в условиях вооруженного конфликта:

- 1) опасность для жизни;
- 2) психологическое воздействие
противоборствующей стороны;
- 3) недостаточная степень информированности о
противоборствующей стороне;
- 4) высокая интенсивность действий, в связи с
этим большие психологические и физические
нагрузки;
- 5) состояние ожидания боевых действий и
встречи с противоборствующей стороной;
- 6) неопределенность ситуации и невозможность
прогнозирования возможных действий нарушителей
общественного порядка;
- 7) длительное пребывание в условиях опасности;
- 8) необходимость применения оружия на
поражение;
- 9) вид трупов и обезображенных тел.

Эти обстоятельства существенно повышают вероятность развития у сотрудников тех или иных негативных изменений функционального состояния, проявляющихся в снижении уровня или срывах психической и психофизиологической адаптации. Что неизбежно проявляется в профессиональных ошибках, срывах, нарушениях профессиональной адаптации (таких, как нарушение трудовой дисциплины, злоупотребление алкоголем и т. п.), психических и психосоматических расстройствах.

Для профилактики этих явлений и предназначен психофизиологический отбор и последующий психофизиологический контроль сотрудников. Они препятствуют нахождению в экстремальных условиях лиц, чьи психологические и психофизиологические качества исходно не соответствовали требованиям профессии или перестали им соответствовать в связи с чрезмерными нагрузками службы, и у которых вероятность развития срывов адаптации особенно велика. Однако, огромные нагрузки зачастую приводят к тому, что мероприятия по психофизиологическому отбору и периодическому контролю работоспособности, их психологическая подготовка и поддержка оказываются недостаточными для профилактики нарушений, следствием чего являются снижение работоспособности, профессиональные срывы, нарушения здоровья. Такие явления имеют место даже у подготовленных сотрудников, чьи функциональные резервы изначально большие, но оказываются недостаточными для преодоления многочисленных стрессовых факторов.

В связи с этим, в зависимости от исходного состояния сотрудника, часто развивается декомпенсация механизмов адаптации той или иной степени выраженности.

Общие тенденции возникновения и развития нарушений подчинены закономерностям теории эмоционального стресса и психической адаптации. Согласно этим теориям вероятность развития и выраженность нарушений психической и психофизиологической адаптации в экстремальных условиях определяются восприятием угрозы, которая

обуславливает наличие и интенсивность переживаемого ими стресса. Это позволяет соотнести имеющиеся место неблагоприятные средовые воздействия с функциональными резервами и эффективностью адаптационных механизмов. В соответствии с этой закономерностью у человека с исходно большими адаптационными возможностями, имеющего необходимый опыт и подготовку, прошедшего специальный профессиональный отбор, эмоциональный стресс и нарушения адаптации могут вызвать только очень сильные раздражители. Напротив, у лиц, не имеющих специальной подготовки, не прошедших профессиональный (в том числе психофизиологический) отбор, с исходно слабыми адаптационными механизмами, даже незначительные и кратковременные стрессы вызовут срывы адаптации. В то же время срывы адаптации в ответ на сверхсильные длительные стрессорные факторы, как это часто имеет место у подготовленных и опытных сотрудников, является адекватной, хотя и крайне нежелательной реакцией, проявляющейся как в психической сфере, так и в нарушениях физического здоровья.

Наряду со сверхсильными стрессами, обусловленными в первую очередь опасностью для жизни и здоровья самих сотрудников и пострадавших граждан, усилиями по ликвидации этой опасности, снижению исходно высокого уровня адаптационных возможностей у сотрудников могут служить также травмы, токсические, радиационные, тепловые воздействия, нарушения режима труда и отдыха.

Согласно теории психической адаптации, признаками неэффективности функциональных адаптационных механизмов, повышенной вероятности или наступления декомпенсаций являются выраженные отклонения психологических и психофизиологических показателей от средних значений, особенно от границ нормы.

Если такие отклонения развиваются под влиянием остро или хронического эмоционального стресса, как правило, имеет место заострение присущих человеку личностных черт, которое может обуславливать неадекватные поведенческие реакции. Так, например, высокая активность может переходить в беспечность, неорганизованность, поверхностность анализа ситуации, неразборчивость контактов. Черты упорства, настойчивости и целеустремленности деформируются в раздражительность, обидчивость, напряженность в отношениях с окружающими и конфликтность, а признаки нестандартного мышления – в неадекватность оценок, интересов, способов принятия решений.

Закономерными являются депрессивные проявления в состоянии лиц с чертами эмоциональной неустойчивости, в повседневной жизни обнаруживающих повышенные активность и настроение.

Изменение личностных особенностей, связанные с эмоциональным стрессом, особенно хроническим, часто сочетаются со снижением показателей

внимания, памяти, стабильности и точности двигательных реакций, нарушениями вегетативного регулирования (АД, пульс, дисфункция внутренних органов). Данные нарушения могут усугубляться последствиями травм, интоксикаций (в частности, алкогольной) и иных воздействий, обуславливающих негрубые органические поражения ЦНС.

В экстремальных условиях даже у хорошо подготовленных, опытных сотрудников, особенно в начальный период, могут возникать кратковременные реакции, связанные с восприятием стрессогенных факторов боевой обстановки – заторможенность или наоборот, возбуждение, слабость, тошнота, сердцебиение. Но данные явления не следует воспринимать как срывы, они могут быть скорректированы мерами психологической поддержки, а при необходимости – фармакологическим препаратами.

Длительное воздействие стрессогенных факторов может вызывать истощение функциональных резервов, астенизацию организма. При этом снижается активность, настроение и работоспособность, повышается уровень тревоги, напряженность, неуверенность в себе. Могут возникать затруднения в принятии решений, анализе ситуации, вычлениении главного из множества обстоятельств. Увеличивается потребность в эмоциональном контакте с окружающими, в общении и поддержке. Истощение функциональных резервов проявляется также в ипохондрических тенденциях, в повышенном внимании к состоянию своего здоровья, стремлении максимально экономить усилия, что может выглядеть как проявления эгоизма. Появляются черты апатии, равнодушия к значимым проблемам. Иногда имеет место повышенное своеобразие мышления, проявляющееся в необычности восприятия, чудачестве, дурашливости, неадекватности эмоциональных реакций и логики принятия решений. Одним из главных принципов отношений с людьми становится стремление уйти от напряжения, конфликтов, иногда даже в ущерб работе. Моральные критерии оценки людей упрощаются.

Потребность любой ценой снизить напряжение и тревогу, расслабиться и восстановить силы может обуславливать неразборчивость контактов, злоупотребление алкоголем, снижение уровня дисциплины и т.п. Такое поведение у исходно высокоорганизованных, дисциплинированных специалистов является признаком переутомления.

Лица, склонные к такого рода серьезным проявлениям дезадаптации, должны изначально выявляться и максимально отсеиваться при проведении психофизиологического профотбора и контроля.

Для хорошо подготовленных, квалифицированных сотрудников, выполняющих оперативно-боевые задачи в экстремальных условиях, крайне не характерны грубые психические расстройства, существенно нарушающие восприятие

реальности, резко нарушающие поведение и дезорганизуящие их деятельность.

Существенное влияние на профессионально значимые психологические и психофизиологические качества сотрудников, а значит, и на их профессиональную пригодность, могут оказывать возрастные изменения, которые проявляются в заострении личностных черт, ухудшении внимания, памяти, скорости и точности двигательных реакций. Кроме того, у части сотрудников, достигших зрелого возраста, и с большим стажем работы может иметь место снижение самокритичности, требовательности к себе, появляться ощущение позволительности послаблений в отношении к службе и дисциплине, которые, по их мнению, недопустимы у более молодых сотрудников. Т. е. с возрастом могут наблюдаться явления так называемой профессиональной деформации.

В заключении хочется подвести итоги. Итак, работа сотрудников правоохранительных органов в особых, экстремальных условиях - это проверка человека на выносливость: физическую выносливость его организма, психологическую стойкость его личности в целом. Это работа для сильных духом и телом людей. И наша задача - задача медиков, психологов - отсеив слабых, выявить таких людей, которые способны нести службу в экстремальных условиях. Предупредить возможные негативные последствия стрессогенных условий и помочь преодолеть эти последствия в случае их появления, сохранить ваше здоровье. Чтобы ваша служба была долгой, успешной и эффективной.

0041. КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ

А.Г. Щербакова

ГОУ ВПО Казанский ГМУ

**Минздравсоцразвития Российской Федерации,
г. Казань, Россия**

Синдром вегетативной дисфункции характеризуется дисфункцией вегетативной нервной системы и функциональными нарушениями со стороны практически всех систем организма, преимущественно сердечнососудистой. Одними из малых аномалий развития сердца являются аномально расположенные хорды левого желудочка (АРХЛЖ) и пролапс митрального клапана (ПМК). В ряде случаев малые аномалии развития сердца являются основой кардиоваскулярной патологии.

Целью исследования явилось изучение распространенности ПМК и АРХЛЖ у молодых мужчин с синдромом вегетативной дисфункции.

Под наблюдением находился 41 юноша в возрасте от 17 до 23 лет, средний возраст 19,7±6,7лет, с синдромом вегетативной дисфункции.

Проводилось клинико-лабораторное обследование, электрокардиография, эхокардиография, суточное мониторирование ЭКГ.

У всех пациентов преобладали жалобы кардиального генеза: ощущения боли преимущественно в левой половине грудной клетки (73,1%), сердцебиения при физической нагрузке и психоэмоциональном напряжении (48,8%), перебои в работе сердца (22,0%). После проведения эхокардиоскопии у 22 человек (53,7%) выявлены АРХЛЖ, у 12 (29,3%) – ПМК умеренной степени, из которых у 5 человек не отмечено регургитации на митральном клапане, у 7 – умеренная регургитация на митральном клапане. У 8 пациентов с пролапсом митрального клапана выявлены и АРХЛЖ.

Таким образом, среди обследованных мужчин молодого возраста с синдромом вегетативной дисфункции регистрируется высокая частота аномально расположенных хорд левого желудочка – 53,7%, у 29,3% отмечается пролапс митрального клапана умеренной степени.

0042. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИНДРОМА ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ СРЕДИ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

А.Г. Щербакова

ГОУ ВПО Казанский ГМУ

Минздравсоцразвития Российской Федерации,

г. Казань, Россия

Функциональные расстройства сердечнососудистой системы занимают ведущее место среди всех нарушений деятельности внутренних органов, обусловленных расстройствами их регуляции. По некоторым данным, до 15 % больных кардиологических отделений стационаров страдают преимущественно функциональными нарушениями. Синдром вегетативной дисфункции характеризуется дисфункцией вегетативной нервной системы и функциональными нарушениями со стороны практически всех систем организма (в основном сердечнососудистой). Актуальность вегетативной дисфункции сопряжена со сложной социально-психологической ситуацией, имеющей место в нашей стране. Негативные изменения среды обитания человека, межличностных отношений, микросоциального окружения превышают адаптационные возможности человека, формируют популяционный риск вегетативных нарушений среди работоспособного населения.

Целью настоящего исследования явилось изучение частоты встречаемости вегетативной дисфункции среди лиц молодого возраста.

Проанализировано 70 обращений к врачу-кардиологу среди пациентов в возрасте от 18 до 30 лет (М/Ж=38/32). Всем проводилось клинико-лабораторное обследование, эхокардиоскопия, консультация невропатолога, 35 пациентам (50,0%) – холтеровское мониторирование ЭКГ, 25 (35,7%) –

суточное мониторирование артериального давления, 3 (%) – проба с дозированной физической нагрузкой.

У 20 (28,5%) человек выявлена артериальная гипертония, у 2 (2,6%) мужчин – ишемическая болезнь сердца, у 2 (2,6%) человек – врожденный порок сердца (дефект межжелудочковой перегородки в одном случае и открытый аортальный проток – в другом), у 3 (4,3%) – шейно-грудной остеохондроз. У 45 человек (64,3%) установлен синдром вегетативной дисфункции, причем у 2 пациентов на фоне врожденного порока сердца. В клинической картине вегетативной дисфункции отмечались ощущения боли преимущественно в левой половине грудной клетки (66,7%), сердцебиения при физической нагрузке и психоэмоциональном напряжении (46,7%), которым сопутствовали быстрая утомляемость (17,8%), нарушения сна (13,3%), головная боль (11,1%), изменение окраски лица (6,7%), затруднение при дыхании (44,4%).

Таким образом, отмечается высокая частота вегетативной дисфункции (64,3%) среди лиц молодого возраста, обращающихся к врачу-кардиологу.

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ И ТЕЗИСОВ ДЛЯ АВТОРОВ

в журнал и приложения
«ВЕСТНИК СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ
МЕДИЦИНЫ»

ISSN 2071-0240 (Print),
ISSN 2079-553X (On line)

1. Статья, набранная в текстовом редакторе Word, шрифт Times New Roman, 12, междустрочный интервал 1,5, форматирование по ширине, без переносов, в таблицах междустрочный интервал 1,0 должна быть напечатана на одной стороне листа формата А4. Поля: сверху 25 мм, снизу 20 мм, слева 30 мм, справа 15 мм. Стиль статей должен быть ясным и лаконичным.

2. В начале первой страницы статьи указывают (через пробел между ними):

1) ©, инициалы и фамилии всех авторов через запятую, год (например: © Н.Б. Амиров, А.А. Визель, З.М. Галеева, 2011)

2) код по УДК;

3) **НАЗВАНИЕ СТАТЬИ (ЗАГЛАВНЫМИ БУКВАМИ) на русском и английском языках;**

4) **имя, отчество и фамилию(и) автора(ов) полностью, после каждой фамилии указать ученую степень, ученое звание, занимаемую должность, полное название кафедры (подразделения), учреждения города, где работает(ют) автор(ы), контактный телефон или e-mail на русском языке и их перевод на английский язык;**

5) **реферат на русском языке (не более 850 знаков) и перевод реферата на английский язык;**

6) **ключевые слова, отражающие смысловую часть статьи (не более 6), на русском языке и их перевод на английский язык.**

7) **Принимаются к опубликованию статьи на английском языке, при этом должны быть выполнены все требования для русскоязычных статей, но с обратным переводом соответственно.**

3. Статья должна сопровождаться официальным направлением от учреждения, в котором выполнена работа, иметь визу научного руководителя, направление должно быть скреплено печатью учреждения, направляющего работу в редакцию журнала. Если работа представляется от нескольких учреждений, необходимо сопроводительное письмо, подтверждающее направление статьи для публикации в журнале, от каждого из них (необязательно, если нет конфликта интересов между учреждениями). В направлении можно указать, является ли статья диссертационной.

4. В конце статьи должны быть подписи всех авторов с указанием ученой степени и звания, полностью указаны фамилия, имя, отчество, место работы и должности всех авторов, контактный адрес, номер телефона и адрес электронной почты одного из авторов.

5. Высылать статью в печатном виде в 2-х экземплярах (статьи направляются на рецензирование)

и одновременно представлять статью в электронном виде на магнитном носителе (CD-R, CD-RW, флэш). **Файл называется по фамилии первого автора.** Если у первого автора несколько статей, то им присваиваются номера после фамилии, например: Амиров Н.Б.-1, Амиров Н.Б.-2 и т.д. Приветствуется направление фото первого автора в формате jpg.

6. Рубрификация журнала: Передовая статья. Оригинальные статьи (клинико-теоретические публикации). Обзоры. Лекции. Краткие сообщения. Рецензии. Дискуссии. Съезды, конференции, симпозиумы, общества. Из практического опыта. Юбилейные и исторические даты, история медицины. Экспериментальные исследования – клинической медицине. Клинические наблюдения и др.

Объем статей в рубрику «Оригинальные исследования» не должен превышать 15 страниц, число рисунков – не более 5-6. **Таблицы** должны быть построены наглядно, иметь название над таблицей, их заголовки должны точно соответствовать содержанию граф (междустрочный интервал в таблицах – 1). **Рисунки** должны иметь номер и название под рисунком. Текст: все части статьи (таблицы, рисунки и т.п.) должны быть приведены полностью в соответствующем месте статьи. Все цифры, итоги, проценты в таблицах должны быть тщательно выверены автором и должны соответствовать цифрам в тексте. В тексте необходимо указать ссылки на таблицы и рисунки и их порядковые номера. Статья должна быть тщательно отредактирована и выверена автором. Статьи объемом до 6-ти страниц редакцией могут быть размещены в рубрике «короткие сообщения».

Содержание статьи:

- **введение**, обосновывающее постановку задач исследования;

- **материалы и методы** исследования;

- **результаты** исследования;

- **обсуждение**;

- **закключение** (выводы);

- перечень цитируемой литературы.

Рисунки и таблицы входят в общий объем статьи.

7. **Название** статьи должно отражать основное содержание работы и **обязательно** должно быть представлено на **русском и английском языках**. **Реферат** (должен содержать не более 850 знаков) и **ключевые слова** (не более 6 слов) **должны быть** представлены на **русском и английском языках** (ключевые слова должны стоять после реферата).

8. В рубрику «Из практического опыта» принимаются статьи, освещающие оригинальный опыт авторов в медицинской практике. Объем статьи – не более 6 страниц машинописного текста.

9. Объем **обзорно-теоретических статей** и статей в рубрику «**Клинические лекции**» заранее согласовываются с редакцией журнала.

10. Библиографические ссылки в тексте статьи надо давать в квадратных скобках с указанием номера согласно списку литературы: *Пример: ...согласно данным [11]...*

В конце статьи приводится список литературы в соответствии с ГОСТом 7.1-2003 «Библиографическое описание документа» (для обзоров – не более 50, для оригинальных статей – не более 20 источников), в котором цитируемые авторы перечисляются в алфавитном порядке (сначала на русском, затем на иностранных языках). После фамилии автора (ов) указываются названия работ, место издания, издательство, год издания, номер тома и выпуск, страницы (от – до).

Примечание. Допускается порядок списка литературы по мере цитирования.

11. Краткие сообщения предоставляются объемом не более 1-4 страниц машинописного текста через 1 интервал **без** иллюстраций, таблиц и списка литературы, структурированные как тезисы: **Название – ЗАГЛАВНЫМИ БУКВАМИ. С новой строки – Фамилии И.О. автора(ов). С новой строки – Учреждение, Город, Страна. С новой строки через интервал – Цель исследования, материалы и методы, результаты и их обсуждение, выводы (заключение). При оформлении кратких сообщений в сокращенном виде редакция оставляет за собой право опубликовать их в приложении к журналу.**

12. Сокращения слов, имен, названий (кроме общепринятых сокращений физических мер, химических и математических величин и терминов) не допускаются. Единицы измерений должны быть приведены в системе СИ.

13. Редакция оставляет за собой право сокращать и редактировать присланные статьи (по согласованию с авторами). Не допускается направление в редакцию работ, напечатанных в других изданиях или направленных для печати в другие издания.

14. При формировании материалов конференций и съездов в Приложение к Журналу принимаются тезисы. Правила оформления тезисов такие же, как для коротких сообщений.

15. Уважаемые коллеги! В связи с тем, что статьи и сведения в статьях, публикуемых в научно-практическом журнале «Вестник современной клинической медицины», будут помещаться в ведущих российских и мировых библиографических и реферативных изданиях, в электронных информационных системах, включая распространение произведений посредством размещения их электронных копий в базе данных Научная Электронная Библиотека (НЭБ), представленной в виде научного информационного ресурса сети Интернет www.elibrary.ru; а также включаться в одну из трех систем цитирования Web of Science: Science Citation Index Expanded (база по естественным наукам), Social Sciences Citation Index (база по социальным наукам), Arts and Humanities Citation Index (база по искусству и гуманитарным наукам), авторы оригинальных статей предоставляют на безвозмездной основе редакции журнала права на использование электронных версий произведений и должны соблюдать

международные правила построения публикаций и резюме к ним. В структуру статей входят разделы: **Введение** (с указанием в конце его целей исследования). **Материалы и методы. Результаты. Обсуждение. Выводы.**

16. Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, возвращаются авторам без рассмотрения.

17. С аспирантов (единственный автор) за публикацию рукописей плата не взимается.

18. Правила оформления статей могут совершенствоваться в соответствии с требованиями ВАК – следите за изменениями на сайтах: www.kgmu.kcn.ru и www.hospitalmvdrt.ru, а также в последнем вышедшем номере журнала.

Статьи в печатном виде в 1-м экземпляре и на электронных носителях направлять по адресу: 420059, Казань ул. Оренбургский тракт, 132, в редколлегию журнала и по e-mail: vskmjournal@gmail.com, или zarina26@bk.ru, namirov@mail.ru, lordara@mail.ru,

По возникающим вопросам обращаться в редколлегию журнала: Амиров Наиль Багаувич (главный редактор), e-mail: namirov@mail.ru, Визель Александр Андреевич (заместитель главного редактора), e-mail: lordara@mail.ru, Галеева Зарина Мунировна (ответственный секретарь редколлегии), e-mail: zarina26@bk.ru.

Телефон редакции: +7 (843) 291 26 76, факс +7 (843) 277 88 84

Отдел рекламы ММЦ «Отель-Клиника»:
Амирова Рената Наилевна, г. Казань, ул. Горького, д.3-А, тел.: (843) 236 19 59, (843) 238 82 84; e-mail: renata1980@mail.ru

**THE BULLETIN OF CONTEMPORARY
CLINICAL MEDICINE
ISSN 2071-0240 (Print),
ISSN 2079-553X (On line)
THE RULES FOR ARTICLE REGISTRATION
FOR AUTHORS**

1. The article should be edited in Word, Times New Roman, letter size of 12, interval of 1,5, in width formatting, non carrying, interval in tables of 1 only on one side of the sheet. Printing fields should be 25 mm from top, 20 mm from the bottom, 30 mm from left, 15 mm from right. Non numbered pagers. Article style should be laconic and clear.

2. Please, register on the first page of article the followings: (through the blank):

1) © initials and surname of all authors, year (for example, ©N.B.Amirov, A.A.Vizel, Z.M.Galeeva, 2011)

2) Code of the UDC;

3) TITLE OF ARTIKLE (IN CAPITAL LETTERS) in Russian and English;

4) Names of authors (full); scientific degrees, position, full name of the department, institution, contact

phone number and e-mail address (in Russian and English);

6) Abstracts of the article in Russian (not more than 850 symbols) and English;

7) Key words in Russian (not more than 6) in Russian and English;

8) Article written in English are accepted for publishing (according to the same rules with the abstract and key words translated into Russian).

3. The article should be referred by official letter from Institution where the basic material for article was performed with stamp and signed by research director. If article referred from the few foundations letters of recommendation should be applied from each foundation. Please, mention if article reflects materials from thesis.

4. Each author of the article should sign in the end of the article and mention his full name, position and scientific degree in foundation, corresponding address with telephone number and e-mail address of one of the authors.

5. 2 copies of the article should be mailed to the Editorial Committee with electronic copy (floppy 3,5" 1,44 MB, CD-R, CD-RW). This copy should be named by first author. If the first author sends a few articles they will be consecutively numbered, for example: Amirov N.B.-1, Amirov N.B.-2, and so on. The direction of a photo of the first author in jpg format is welcomed.

6. Rubrication of articles collection: 1. Leading article. 2. Original articles (clinical and theoretical papers). 3. Surveys. 4. Lectons. 5. Brief information. 6. Reviews. 7. Discussions. 8. Conventions, symposiums, conferences, Meetings, Societies. 9. Jubilee dates, History of Medicine. 10. Clinical trials.

Volume of paper referring to "Original investigations" should not exceed 15 pages and numbers of pictures 5-6, tables must be set presentable, clearly titled, according to the text (with interval of 1). All parts of the text should be brought on it's own place. All figures and results, in tables must be thoroughly checked by authors and meet figures in text. All tables should be placed in the right order.

Article content:

- Introduction with aim and tasks of the investigation;
- Materials and methods;
- Results;
- Discussion;
- Conclusion (s);
- Refereeing Literature.

Pictures and tables are included in article volume.

7. The title of the article must reflect the content of the article and written in Russian and English. Abstract should not exceed ½ page (not more than 200 words) including Title and Key words, reflecting the main contents of investigation in Russian and English. Key words follows the Abstract.

8. In rubrication "From Practical experience" papers reflecting authors original experience in medical practice are accepted in volume of not more than 6 pages.

9. Short reviews should not exceed 1-2 pages without pictures, interval of 1, tables and literature made and abstracts. **TITLE.**

(new line) **Names of the athor(s).**

(new line) **Institution, city, country.**

(new line) **Aim of the study, materials and methods, results and discussion, conclusion.**

10. Volume of the articles of "theoretical review" and "Clinical lectons" suppose to be discussed with Editorial Committee beforehand.

11. Bibliographic references in text should be given in numbers in square brackets according to the list of the literature. *Example: according to the data [11]*

Literature list should be given in the end of the article (for Reviews not more than 50 sources, for Original papers not more than 20). Cited authors should be followed by alphabetical order (first in Russian, then in foreign languages (English). After authors names the title of the article, place of edition, editorial year, source volumes, numbers and pagers should be given. (in accordance with ГОСТ 7.1- 84 «Bibliographic description of documents»).

Note: List of the literature according to citation could be allowed.

12. Words, names and titles abbreviation (except terms, rates and values widely used in physics, chemistry, mathematic) not allowed. Measuring units ought to be in the C-system.

13. Editorial Committee keeps rights to reduce and edit articles (in coordination with authors). Articles already published or directed in (to) other Editions are not accepted.

14. Abstracts of the conferences and congresses are accepted to the Supplement of the Journal. Rules for the abstracts are the same as for the Brief Information.

15. Dear colleagues! Contents of published articles in ICDC collection will be located in worldwide known bibliographic editions and electronic information systems, that's why authors should keep international rules for registration of articles and abstracts. Papers should always consist of Introduction, Materials and Methods, Results, Discussion, Conclusion.

Abstracts in Russian and English should not exceed 200 words and consist of Title, authors names, Name of Foundation and Key words (in Russian and English, not more than 6).

16. Articles made out of required rules wouldn't be considered and returned back to authors.

17. Publication for post-graduate students is free.

Articles in electronic carrier should be directed to the following address: 420059, Kazan, Orenburgskiy tract, 132, e-mail: vskmjournal@gmail.com, namirov@mail.ru, lordara@mail.ru, zarina26@bk.ru. Phone +7 (843) 291 26 76, fax +7 (843) 277 88 84.

www.kgmu.kcn.ru , www.hospitalmvdrt.ru

Department of advertising: «Hotel-Clinic», 3-A, Gorkogo str., Kazan-city, Republic of Tatarstan, Russia 420015.

Renata N. Amirova, tel.: (843) 236 19 59, (843) 238 82 84; e-mail: renata1980@mail.ru

The rules of designing articles and theses for authors of journal and supplement «Bulletin of modern clinical medicine»

1. The article should be edited in Word, Times New Roman, letter size of 12, interval of 1,5, in width formatting, non carrying, interval in tables of 1 only on one side of the sheet of A4 format. Printing fields should be 25 мм from the top, 20 мм from the bottom, 30 мм from the left, 15 мм from the right. Article style should be laconic and clear.

2. At the beginning of the first page of the article it should be indicated the followings (through blank):

1) © **initials and surnames of all the authors through comma year** (for example: ©N.B. Amirov, A.A. Vizel, Z.M. Galeeva, 2011);

2) **code of the UDC**;

3) **title of article (IN CAPITAL LETTERS)** in Russian and English;

4) **names of authors (full)**; scientific degrees, position, full name of the department, institution, contact phone number and e-mail address (in Russian and English);

5) **abstracts** of the article in Russian (no more than 850 symbols) and English;

6) **key words** in Russian (no more than 6) and their translation into English;

7) **articles written in English** are accepted for publishing according to all the rules for articles in Russian, but with back translation correspondingly.

3. The article should be sent with the official letter from the institution in which the work was performed, signed by the supervisor of studies, with the stamp of the institution sending the article to the Editorial Board of the journal. If the work is submitted by several institutions a covering letter is required, from each of them confirming the submit of the article for publication in the journal (unnecessary if there are no conflicts of interests between the institutions). You may note in the letter if the article is a thesis.

4. Each author of the article should sign at the end of the article and mention his full name, position and scientific degree in institution, corresponding address with telephone number and e-mail address of one of the authors.

5. 2 copies of the typewritten article should be mailed for reviewing to the Editorial Board with electronic copy (CD-R, CD-RW, flash). **This file should be named by the first author.** If the first author sends several articles they will be consecutively numbered, for example: Amirov N.B.-1, Amirov N.B.-2, and so on. Sending of a photo of the first author in jpg- format is welcomed.

6. Rubrication of articles collections: Leading article. Original articles (clinical and theoretical papers). Surveys. Lectures. Brief information. Reviews. Discussions. Congresses, symposiums, conferences, meetings, societies. Anniversary and historical dates, history of

medicine. Clinical trials — for clinical medicine, clinical observations and etc.

Volume of articles referring to «Original investigations» rubric should not exceed 15 pages and number of pictures 5—6, **tables** must be set presentable, titled (interline interval in the tables — 1, all **illustrations** should be numbered and titled under. Text: all parts of article (tables, illustrations and etc.) should be presented in corresponding place of article. All figures, results, percentage in tables should be thoroughly checked by author and meet figures in text. It is necessary to show references to tables and illustrations and their ordinal numbers. Article should be thoroughly edited and checked by author.

Article content:

introduction grounding the formulation of tasks of investigation;

materials and methods of investigation;

results of investigation;

discussion;

conclusion(s);

list of cited literature.

Illustrations and tables are included in the general volume of article.

7. **The title** of the article must reflect the main content of paper and **necessarily** should be presented **in the Russian and English languages**. **Abstract** (should content no more than 850 symbols) and **key words** (no more than 6 words) **should be presented in the Russian and English languages** (key words should be put after abstract).

8. In rubrication «From practical experience» papers reflecting authors' original experience in medical practice are accepted. The volume of article is no more than 6 pages of typewritten text.

9. The volume of **review-theoretical articles** and articles to the rubric «**Clinical lectures**» should be agreed with journal Editorial Board beforehand.

10. Bibliographic references in the text of the article should be given in square brackets with numbers according to the list of literature. *Example*: ... according to the data [11] ...

At the end of the article the list of literature should be given in accordance with State Standard (ГОСТ 7.1—2003) «Bibliographic description of document» (for reviews — no more than 50, for original articles — no more than 20 resources), in which the cited authors are followed in alphabetical order (at first in Russian, then in foreign languages). After surname of author(s) the titles of the papers, place of edition, publishing house, editorial year, number of volume and issue, pages (from — to).

Note: Order of literature list according to citation could be allowed.

11. **Brief reports** should be given in volume no more than 1—2 pages of typewritten text without illustrations, tables and list of literature, structured as theses: **title — in CAPITAL LETTERS**. From new line — **surname, name of author(s)**. From new line — institution, city, country. From new line through interval — **aim of study**,

materials and methods, results and their discussion conclusion(s).

12. Abbreviations of words, names and titles (except generally accepted

abbreviations of physical, chemical and mathematic values and terms) are not allowed. Measuring units should be given in the SI-system.

13. Editorial Board keeps rights to shorten and edit received articles (in agreement with authors). Papers already published and sent for publishing to other publications are not accepted.

14. **In forming the materials of conferences and congresses as supplement to the Journal the theses are accepted.** Rules for the theses are the same as for brief reports.

15. **Dear colleagues!** As the articles and information in the articles, published in the scientific-practical journal «Bulletin of Modern Clinical Medicine», will be included in the leading Russian and world bibliographic and abstract publications, in electronic information systems, disseminated by means of putting their electronic copies in the data base of Scientific Digital Library (SDL), presented as scientific information resource of Internet: www.elibrary.ru, and also be included into one of the three systems of citation Web of Science: Science Citation Index Expanded (base on natural sciences), Social Sciences Citation Index (base on social sciences), Arts and Humanities Citation Index (base on Art and Humanities), the authors of original versions of articles free of charge, to keep international rules of constructing publications and summary to them. The structure of articles includes the following sections:

Introduction (showing at the end of it the aims of investigation). **Materials and methods. Results. Discussions. Conclusions.**

16. The articles made out of required rules will be returned back to authors without consideration.

17. Publication for **post-graduate students is free.**

18. **Rules** of articles design can be improved in accordance with requirements AAC. Follow the changes at: www.kgmu.kcn.ru and www.hospitalmvdrt.ru, and also in the last edition of the journal.

Articles in typewritten form in 2 copies and in digital carries should be sent to the following address: 420059, Kazan, Orenburgskiy tract, 132, to Editorial Board of journal and e-mail: vskmjournal@gmail.com namirov@mail.ru, lordara@mail.ru, zarina26@bk.ru.

For more information you may apply to Editorial Board of journal: Amirov Nail Bahauvich (editor-in chief), Vizel Alexander Andreyevich (deputy editor-in-chief), Galejeva Zarina Mounirovna (responsible secretary of Editorial Board.

Telephone of editorial office: +7(843)291-26-76, Fax: +7(843)277-88-84; www.kgmu.kcn.ru; www.hospitalmvdrt.ru

Department of advertising: «Hotel-Clinic», 3A, Gorkiy str., Kazan-city, Republic of Tatarstan, Russia 420015. Renata N. Amirova, tel.: (843)236-19-59, (843)238-82-84; e-mail: renata1980@mail.ru

ПОРЯДОК РЕЦЕНЗИРОВАНИЯ РУКОПИСЕЙ НАПРАВЛЯЕМЫХ НА ПУБЛИКАЦИЮ В НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОМ ЖУРНАЛЕ «ВЕСТНИК СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ»

1. Принимаются только рецензии от доктора наук – специалиста той области науки, которой посвящена статья, и не являющегося руководителем или консультантом диссертационного исследования автора статьи. Подпись доктора наук должна быть заверена гербовой печатью организации, в которой работает рецензент. К статье могут прилагаться рецензии нескольких докторов наук.

2. Все статьи оцениваются рецензентами по следующим параметрам:

- оригинальность статьи,
- значимость статьи,
- качество статьи,
- способ представления материала,
- адекватность цитируемых источников,
- степень соответствия рубрикам журнала.

Примерная структура рецензии на статью

В редакцию журнала
«Вестник современной клинической медицины»
«__»_____201__ г.

РЕЦЕНЗИЯ

на статью: <авторы, название>
Статья посвящена решению актуальной задачи <...>
В ней рассматривается <...>; предлагается <...>

По статье можно сделать следующие замечания <...>

Статья содержит новые результаты, представляет интерес для специалистов в области <...> и может быть рекомендована к публикации в научном журнале "Вестник современной клинической медицины". В случае отрицательного мнения рецензента о возможности публикации необходимо обоснование или рекомендации по доработке рукописи.

Должность, ученая степень, ученое звание
Подпись
Расшифровка подписи
Дата

О себе (рецензент) сообщаю:
Фамилия

Имя,
Отчество _____
Организация _____
Ученая
степень _____
Звание,
должность _____
E-mail _____@_____
служ.тел. (с кодом города) _____

Факс (с кодом города) _____ моб.
 тел. или дом. тел. _____
 Почтовый адрес (с индексом) _____

Личная подпись
 рецензента: _____

Уважаемые коллеги!

Направляя рецензию на статью для научного журнала "Вестник современной клинической медицины", Вы тем самым удостоверяете, что данная статья содержит новые интересные результаты и заслуживает публикации.

Редакция журнала благодарит вас за сотрудничество.

Информация о V (Юбилейной) Всероссийской ежегодной

научно-практической конференции с международным участием, с участием врачей Республики Татарстан и врачей медико-санитарных частей МВД РФ:

“Актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактики в общемедицинской практике”

Конференция состоится **19-20 октября 2012 г.** с 8-00 до 18-00 в культурном центре МВД по РТ им. Менжинского, по адресу г. Казань, ул. Карла Маркса, 26.

Организаторы конференции:

Министерство здравоохранения РТ,
 Управление здравоохранения г. Казани,
 МВД РФ, МВД по РТ,
 Медико-санитарная часть МВД России по РТ,
 Казанский государственный медицинский университет,

Кафедра общей врачебной практики КГМУ,
 ООО «Отель-клиника».

Оргкомитет конференции:

Председатель конференции – профессор кафедры общей врачебной практики КГМУ, заслуженный деятель науки и образования, академик РАЕ, Заслуженный врач РТ **Амиров Наиль Багаувич**.

Сопредседатель конференции – Зав.кафедрой фтизиопульмонологии КГМУ, профессор, академик АН РН, Заслуженный врач РТ **Визель Александр Андреевич**.

Начальник МСЧ МВД по РТ, полковник внутренней службы, к.м.н., профессор РАЕ, Заслуженный врач РТ **Потапова Марина Вадимовна**.

Секретарь конференции – доцент кафедры терапии КГМА, к.м.н., профессор РАЕ **Галеева Зарина Мунировна**.

Зав.кафедрой общей врачебной практики КГМУ, профессор, Заслуженный врач РТ **Сигитова Ольга Николаевна**.

Начальник клинического госпиталя МВД по РТ **Сабиров Ленар Фарахович**.

Начальник поликлиники МСЧ МВД по РТ, старший лейтенант внутренней службы **Хисамеев Рустем Шагитович**.

Начальник информационного центра МВД по РТ, подполковник внутренней службы **Нижельская Ирина Алексеевна**.

Заместитель начальника МСЧ МВД России по РТ, майор внутренней службы **Хабирова Лилия Мирсаитовна**.

Начальник организационно-методического и лечебно-профилактического отдела МСЧ МВД России по РТ, подполковник внутренней службы **Павлова Гульнара Шамильевна**.

Старший инспектор-врач МСЧ МВД России по РТ капитан внутренней службы **Гинятуллина Ляйсан Рафкатовна**

Заявки на участие в конференции, тезисы и статьи принимаются до 20.09.2012 г. :

в приемной начальника МСЧ МВД по РТ по адресу г. Казань, ул. Лобачевского, 13, тел. +7 (843) 291-36-87 или в приемной начальника клинического госпиталя МВД по РТ по адресу г. Казань, ул. Оренбургский тракт, 132, тел/факс +7 (843) 277-88-84.

Адрес проведения конференции: г. Казань, ул. Карла Маркса, 26. Культурный центр МВД по РТ им. Менжинского.

Контактные телефоны: (843) 277-88-84, **291-26-76**, 291-26-76, факс: 277-88-84,

e-mail: namirov@mail.ru, zarina26@bk.ru, lordara@mail.ru,

Будет выпущен очередной номер рецензируемого научно-практического журнала «Вестник современной клинической медицины» vskmjournal@gmail.com и приложение к журналу «Материалы конференции» (см. правила оформления статей и кратких сообщений для авторов на сайтах www.kgmu.kcn.ru и www.hospitalmvdrt.ru).

Программа конференции формируется и будет выслана дополнительно.

По всем вопросам согласования программы конференции обращаться к председателю конференции **Амирову Наилу Багаувичу**

контактные телефоны: +7 843 291 26 76 (служ.); +7 9053 130 111 (сот.);

e-mail: namirov@mail.ru

Информация для фирм-спонсоров конференции:

Спонсорский взнос составляет от 20 000 до 70 000 рублей. В рамках взноса возможны следующие мероприятия: размещение баннеров на сцене, 1-2 выставочных стола, размещение рекламы в журнале, организация викторин и лотереи. Проведение сателлитных симпозиумов.

Ниже приведены расценки с учетом налога.

20 000 – один выставочный стол

40 000 – 2 выставочных стола

60 000 – 2 выставочных стола + организация викторин и лотереи

70 000 – Генеральный спонсор – размещение баннеров на сцене, 2 выставочных стола, размещение рекламы в журнале, организация викторин и лотереи.

50 000 – Сателлитный симпозиум.

Победители викторин и лотереи будут награждаться в конце 1-го дня работы конференции.

Компании могут приготовить для участников конференции конкурсы вопросов и ответов, сюрпризы, сертификаты участника, награды за статьи в журнале и тезисы в сборнике конференции и т.д.

Расчетный счет для финансирования конференции

Полное наименование: Федеральное казенное учреждение здравоохранения «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел России по Республике Татарстан»

Краткое наименование: «ФКУЗ МСЧ МВД России по Республике Татарстан»

Источник финансирования: ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ВНЕБЮДЖЕТ

ИНН 1655104997, КПП 165501001

УФК по РТ р.счет 40503810200001000001 в ГРКЦ
НБ Респ. Татарстан банка России г. Казань

л/счет 03111822490

БИК 049205001

ОКПО 08811212

ОКОГУ 13110

ОКАТО 92401367000

ОКОПФ81

ОКФС-12

ОГРН 1061655009217

Код дохода: 18830399010010000180

Пожертвование

Учредительный документ: Устав

Электронная почта: Lechexp@mvdrt.ru

Начальник: Потапова Марина Вадимовна

Главный бухгалтер: Закирова Эльмира Равиленва

Альтернативный расчетный счет для спонсорского финансирования конференции и размещения рекламы в журнале «Вестник современной клинической медицины» представляет **ООО «Многопрофильный медицинский центр «ОТЕЛЬ-КЛИНИКА»**

Контактное лицо – Генеральный директор Наиль Багаувич Амиров

Контактный телефон: +7 9053 130 111 моб.

Реквизиты:

Общество с ограниченной ответственностью «ММЦ «ОТЕЛЬ-КЛИНИКА»

Фактический адрес:

420015 РТ г. Казань, ул. Горького, д.3.

Директор – Амиров Наиль Багаувич

моб. Тел.: +7 9053 130 111

ИНН 1657063658, КПП 165701001

Р/счет 40702810200000009476

в АКБ «ЭНЕРГОБАНК» БИК 049205770

К/счет 30101810300000000770

Главный бухгалтер:

Зимурова Ирина Алексеевна

Тел.: (843) 238-71-26 (раб.);

Моб.тел.: +7 905 317 45 16

Отдел маркетинга

и организации финансирования

конференции – ММЦ «ОТЕЛЬ-КЛИНИКА»:

Амирова Рената Наилевна,

г. Казань, ул. Горького, д.3-А,

тел.: (843) 236 19 59, (843) 238 82 84;

e-mail: renata1980@mail.ru

Алфавитный список авторов сборника:

Ф.И.О.	Стр.		
Агеев А.Г.	6	Рыжикова М.А.	42
Агзамов Р.Ш.	52	Рыжкова О.В.	52, 52, 53, 54, 55
Амиров Н.Б.	8	Сайфутдинов Р.Г.	52, 52, 53, 54, 55
Антонов Ю.А.	28, 29	Сайфутдинова Т.В.	52, 53
Бабичева О.С.	11, 25	Сафаргалиева Л.Х.	8, 48, 49
Байбулатова Л.Ф.	48	Секерко С.А.	22
Безносова О.Н.	12	Соколова О.Р.	44
Булатова Г.И.	40, 41	Сулейманова Л.Т.	19
Буренина И.А.	13	Трифопова Э.В.	52, 52, 53, 53, 54, 55
Бычкова Н.А.	13	Тухватуллина Г.В.	55
Волокитин В.М.	40, 41	Тютюнников С.В.	28, 29
Габитова Д. М.	42	Файзуллина Г. Г.	56
Габитова Д.М.	15, 17	Федорова М.Е.	57
Габитова Я.А.	15	Фомина З.В.	58
Галяви Р.А.	17	Фролова Э.Б.	13, 17
Ганиева Д.Н.	8	Хаирова Р.К.	52, 55
Ганцева Х.Х.	17, 19	Щербакова А.Г.	61, 62
Гараева Л.А.	8	Ягфарова Р.Р.	8, 49
Гарифуллина Ч.Н.	48, 49		
Герасимова О.В.	38		
Гилязова Э.А.	22		
Гимадеев Ю. Ф.	6		
Горелова Л.А.	13		
Гуляева Е.Н.	40, 41		
Гумерова Л.Д.	17		
Давхале Р.А.	6		
Детистова З.З.	13		
Драгунов В.В.	22		
Дымова О.И.	13		
Евстигнеев С.В.	22		
Елфимова И.А.	22		
Ильясова Т.М.	17		
Ишмухаметова А.Н.	22		
Казакова И.А.	49		
Каипова Э.Р.	22		
Каличкина Е.В.	11, 24, 25		
Камашева Г.Р.	25		
Кошелева Н.А.	26, 27, 27		
Кузякин Г.В.	28, 29		
Малиновская В.В.	29		
Мальшева Е.В.	8		
Мельникова В.А.	13		
Мифтахова А.И.	38		
Михопарова О.Ю.	17		
Москаленко Л.А.	30		
Павлова Г.Ш.	31		
Поздеева Э.Д.	19, 38		
Потапова М.В.	44		
Просекова Т.Ю.	40, 41		
Ребров А.П.	26, 27, 27		