



ISSN: 1819-0901  
Medicina v Kuzbasse  
Med. Kuzbasse

# Медицина в Кузбассе



РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ  
Основан в 2002 году

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР  
А.Я. ЕВТУШЕНКО

**Издатель:**

НП «ИД Медицина  
и Просвещение»

**Адрес:**

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

**Шеф-редактор:**

А.А. Коваленко

**Научный редактор:**

Н.С. Черных

**Макетирование:**

А.А. Черных  
Т.С. Ахметгалиева  
И.А. Коваленко

**Директор:**

С.Г. Петров

**Отпечатано:**

ООО «АНТОМ», 650004,  
г. Кемерово, ул. Сибирская, 35

**Тираж:** 1500 экз.

Журнал распространяется по подписке  
Розничная цена договорная

## РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Агаджанян В.В., Барбараш Л.С., Ивойлов В.М.,  
Колбаско А.В., Разумов А.С. - ответственный секретарь,  
Подолужный В.И. - зам. главного редактора, Чурляев Ю.А.,  
Шипачев К.В.

## РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Ардашев И.П. (Кемерово), Барбараш О.Л. (Кемерово),  
Брюханов В.М. (Барнаул), Бураго Ю.И. (Кемерово), Гале-  
ев И.К. (Кемерово), Глушков А.Н. (Кемерово), Громов К.Г. (Ке-  
мерово), Гукина Л.В. (Кемерово), Ефремов А.В. (Новосибирск),  
Захаренков В.В. (Новокузнецк), Золоев Г.К. (Новокузнецк),  
Копылова И.Ф. (Кемерово), Криковцов А.С. (Кемерово), Но-  
виков А.И. (Омск), Новицкий В.В. (Томск), Селедцов А.М. (Ке-  
мерово), Сытин Л.В. (Новокузнецк), Тё Е.А. (Кемерово), Ус-  
тьянцева И.М. (Ленинск-Кузнецкий), Царик Г.Н. (Кемерово),  
Чеченин Г.И. (Новокузнецк), Шмидт И.Р. (Новокузнецк), Шра-  
ер Т.И. (Кемерово).

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

Материалы журнала включены в Реферативный Журнал и Базы данных ВИНТИ РАН

# ОГЛАВЛЕНИЕ:

## ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

<b>Е.А. Те, К.В. Штерн</b> МЕДИЦИНСКАЯ УСЛУГА С ПОЗИЦИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОНЯТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ .....	3
---	---

## ЛЕКЦИЯ

<b>В.Г. Богданов, Н.Б. Беркович</b> ПЛАСТИКА ВЛАГАЛИЩА .....	7
---	---

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

<b>В.В. Вавин, Н.В. Мингалев</b> ВЛИЯНИЕ МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ МЕКСИДОЛОМ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ ГНОЙНЫМИ РИНОГЕННЫМИ ПОЛИСИНУСИТАМИ НА СОСТОЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ КРОВИ .....	13
---	----

<b>Е.Ю. Плотникова, Н.А. Дидковская, В.Н. Золотухина</b> ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ДО И ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ В СТРУКТУРЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДА КЕМЕРОВО .....	17
--	----

<b>В.П. Вавилова, А.М. Вавилов, И.А. Нечаева, О.А. Вайман</b> ПЕРСПЕКТИВА СОВМЕСТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ И ИХ РОДИТЕЛЕЙ .....	22
---	----

<b>Н.В. Ухтина, А.М. Селедцов, Л.М. Волгин, В.В. Городничев, И.В. Иванец</b> К ВОПРОСУ ОБ АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ С ИСХОДОМ В АМНЕСТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ .....	26
--	----

<b>Т.А. Визило, Е.Ю. Плотникова, А.Д. Визило</b> ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ .....	29
--	----

<b>Е.П. Юркин, Д.С. Кривоносов, Э.П. Землянухин, Н.И. Тарасов</b> МЕТОДЫ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ КАРДИОВЕРСИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ, ОСЛОЖНЕННЫМИ ПАРОКСИЗМОМ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ, В ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ МИОКАРДА .....	35
---	----

<b>А.А. Марцияш, В.И. Андреева, Л.А. Ласточкина, Е.А. Вострикова, Н.И. Тарасов</b> ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2 В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ .....	39
---	----

## КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

<b>В.Г. Богданов</b> СТЕРЕОТАКСИЧЕСКИЕ КООРДИНАТЫ ПЕРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ МУЖЧИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИНЫ МЕЖСПАЕЧНОЙ ЛИНИИ .....	42
---	----

## УКАЗАТЕЛИ

УКАЗАТЕЛЬ СТАТЕЙ, ОПУБЛИКОВАННЫХ В ЖУРНАЛЕ «МЕДИЦИНА В КУЗБАССЕ» ЗА 2007 ГОД .....	44
ИМЕННОЙ УКАЗАТЕЛЬ ЖУРНАЛА «МЕДИЦИНА В КУЗБАССЕ» ЗА 2007 ГОД .....	46

## МЕДИЦИНСКАЯ БИБЛИОТЕКА

НОВЫЕ КНИГИ .....	48
-------------------	----



Е.А. Те, К.В. Штерн

Кемеровская государственная медицинская академия,  
МУЗ Городская клиническая стоматологическая поликлиника № 3,  
г. Кемерово

# МЕДИЦИНСКАЯ УСЛУГА С ПОЗИЦИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОНЯТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Обсуждается, что решение вопросов, связанных с оценкой качества медицинской помощи, рассматривается обычно с использованием понятия «медицинская услуга». Оценивая деятельность лечебно-профилактических учреждений по предоставлению медицинских услуг лишь в юридическом и экономическом аспектах, можно прийти к выводу, что таковая деятельность является разновидностью предпринимательской. Однако коммерческая составляющая в рассматриваемом случае второстепенна. Руководящие принципы медицины – этика, деонтология, гуманизм, бесспорно, являются важнейшими составляющими регулирования отношений по оказанию медицинских услуг.

*Ключевые слова: медицинская услуга, медицинская помощь, медицинская этика и деонтология.*

The process of problems solving related to the medical care quality estimation utilizes the term of «medical service». The estimation of medical institutions activities with juridical and economical aspects only, can lead to the decision that those kinds of activities are belongs to the entrepreneurship. Nevertheless, commercial part of the question in given case is of minor importance. It goes without saying that main ruling principals of medicine like humanism, ethics and deontology still remain most important in regulation of relations in medical service.

*Key words: medical service, medical care, medical ethics, deontology.*

В настоящее время право становится основным регулирующим началом в различных областях повседневной жизни. Это затронуло и здравоохранение. А поскольку медицина перестает казаться недоступной правовому регламентированию, то и бесплатная медицинская помощь, и платные медицинские услуги, предоставляемые учреждениями здравоохранения, оцениваются с точки зрения имущественной ответственности.

Более доступным для оценки надлежащего качества медицинской помощи является понятие «медицинская услуга». Международным стандартом (TSO) и национальными стандартами (ГОСТ) рекомендовано следующее определение качества медицинской помощи. Качество – это совокупность свойств и характеристик услуг, которые определяют их способность удовлетворять установленным или предполагаемым требованиям. Таким образом, признаки качества медицинской помощи проявляют себя посредством медицинской услуги.

Медицина никогда не была безвозмездной. Более того, она является дорогой: и по себестоимости, и по реализации конечного продукта. Таким продуктом является все та же медицинская услуга.

Во всем мире широко обсуждается вопрос о том, что бурное развитие медицинской науки и техники

не только обуславливает новые успехи и надежды, но и заставляет перестраивать систему медицинской помощи населению, вынуждает к пересмотру некоторых норм не только врачебной тактики, но и этических, и деонтологических основ. Некоторые экономисты рассуждают о том, что в наше время меняется содержание даже такого основополагающего понятия, как гуманизм медицины, что его следует заменить рационализмом.

Решение целого ряда практических вопросов в здравоохранении и правоприменительной практики требует ответа на следующий вопрос: может ли быть отнесена медицинская деятельность по предоставлению медицинских услуг к деятельности предпринимательской?

Мохов А.А. и Мелихов А.В., рассуждая на эту тему, делают вывод, что медицинская деятельность по общему правилу (т.е. деятельность по оказанию медицинских услуг) является частным и особым случаем предпринимательской деятельности [1]. Однако уместно будет подчеркнуть и негативную сторону такого решения.

Медицинская этика, деонтология и гуманизм – известные руководящие принципы медицины, истоки которых уходят в глубокое прошлое, наполненное яркими, порой драматическими событиями.

Известный советский хирург-онколог Н.Н. Петров, развивший учение о гуманизме и деонтологии в медицине, блестяще разработанное два столетия тому назад Н.И. Пироговым, писал: «Основная задача всякой медицинской деонтологии лежит в том, чтобы постоянно напоминать медицинским работникам, что медицина должна служить пользе больных людей, а не больные люди пользе медицины. На первый взгляд, такие напоминания просто излишни — до такой степени дело ясно само собой. Однако опыт показывает, что подобные напоминания важны не только в медицине, но и во всех отраслях человеческой деятельности, ибо любые специалисты слишком легко и часто переоценивают роль своей специальности, забывая о тех, кому она должна служить» [2].

Определенные деонтологические нормы и правила, конечно, присущи и другим профессиям. Однако трудно найти такой вид деятельности человека как медицина, где врач «держит в руках» жизнь и здоровье человека. Известна крылатая фраза: «*Medicina fructuosior ars nillae*» («Медицина самое благородное из всех искусств»).

Большинство авторитетных врачей избегают применять термин медицинские услуги применительно к области здравоохранения, равно как и медицинский корпус, говоря о клинической медицине, не относит свою профессиональную деятельность к предоставлению услуг. Основная причина, на наш взгляд, заключается в слове услуга, которое ассоциируется со сферой коммерческой деятельности, связанной, как известно, с систематическим извлечением прибыли.

Нередко определению понятий помогает уяснение сущности соответствующего термина как такового, т.е. в его обычном звучании. В этой связи следует отметить, что, например, в словарях русского языка слово «услуга» имеет довольно много значений. При этом основным в одном словаре, а в другом словаре — единственным, является следующее объяснение: «услуга — это действие, приносящее пользу другому». В данном случае, таким образом, все сводится к двум связанным между собой элементам: цели, которой услуга служит («помощь», «польза»), и средством достижения этой цели (совершение тем, кто предоставляет услугу, действия). Объединение обоих элементов является, таким образом, необходимым для выделения соответствующего понятия [3].

Можно согласиться с авторами, которые отмечают, что понятие «услуга» в российском праве имеет довольно размытые границы, толкуется учеными и практиками по-разному и обладает множеством смысловых оттенков [4].

Мы позволим себе выделить основные критерии, характеризующие услуги, которые считаются достаточно определенными:

1. Предметом услуг являются соответствующие действия, а не их овеществленный результат.
2. Предоставление услуг неотделимо от деятельности лица, предоставляющего услуги.

3. С точки зрения лица, оказывающего услугу, соответствующее действие представляет собой «работу», а для того, кому (в чьих интересах) она совершается — «услугу».

Раскроем подробнее с комментариями.

1. Общий признак, свойственный различного рода услугам (п. 1 ст. 779 ГК РФ), заключается в том, что их предметом являются, как правило, соответствующие действия, а не их овеществленный результат, в частности оказание медицинской помощи, проведение консультаций и т.п. Однако в некоторых случаях услуга (например, оказание медицинской помощи) может привести к определенному овеществленному результату: изготовлению и установке имплантата, зубного протеза и т.п. Достижение такого овеществленного результата неразрывно связано с проведением различного рода медицинских обследований, хирургического, медикаментозного лечения, и составляет с ними определенное единство [5].
2. Главную особенность договоров по оказанию услуг, в отличие от договоров на выполнение работ, составляет то, что предоставление услуг неотделимо от деятельности лица, предоставляющего услуги. Последний эффект такой деятельности не выступает в виде определенного осязаемого материализованного результата, как это имеет место в подрядных договорах, а состоит в самом предоставлении услуги [6].
3. Ни одна из статей ГК РФ, использующих понятие «услуга», не имеет в виду сделать это в отрыве от действия, сводя все именно к льготам и преимуществам. Напротив, всюду в Кодексе речь идет об услуге, именно как об определенном действии. При этом, с точки зрения лица, оказывающего услугу, соответствующее действие представляет собой «работу», а для того, кому (в чьих интересах) она совершается, — «услугу». В результате есть основания признать, что разграничение договоров путем противопоставления «работы» «услуге» оказывается безуспешным [3].

Сторонами правоотношения возмездного оказания услуг являются исполнитель и заказчик. В рассматриваемом случае оказания медицинских услуг исполнителем может выступать как физическое, так и юридическое лицо. Заказчиком в этом договоре выступает обычно гражданин, однако не исключено участие в этом качестве и юридического лица, например, в случае заключения договора организацией по медицинскому обслуживанию своих работников.

Таким образом, можно установить критерии, характеризующие услугу, которые считаются достаточно определенными, и очертить круг источников юридических норм, регулирующих эти отношения. Теперь можно ответить на вопрос: почему медицинская услуга — понятие, неотделимое от института Медицины, и является видом медицинской помощи?

Международный документ ВОЗ (1994 г.) «Основы концепции прав пациента в Европе: общие положения» в разделе 7 «Определения», содержит следующее объяснение: «Медицинская помощь: лечеб-

ные, сестринские или связанные с ними услуги, оказываемые производителями медицинских услуг и лечебно-профилактическими учреждениями. Производители медицинских услуг: врачи, сестры, дантисты и представители других медицинских профессий».

Основным законом, устанавливающим правовые, организационные и экономические принципы в здравоохранении нашей страны являются «Основы Законодательства РФ об Охране Здоровья граждан». Законодатель, в статье 37.1 (введена Федеральным законом от 29.12.2006 № 258-ФЗ), давая характеристику организации осуществления медицинской помощи, выделяет ее виды: первичная медико-санитарная помощь, скорая медицинская, неотложная медицинская, специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь. Необходимо отметить, что Приказом Минздравсоцразвития РФ от 09.03.07 № 156 «О порядке организации медицинской помощи по восстановительной медицине» выделен и такой вид медицинской помощи, как восстановительная медицина [7].

Пункт 10 статьи 30 Основ Законодательства РФ об Охране Здоровья граждан РФ указывает, что «при обращении за медицинской помощью пациент имеет право на получение медицинских и иных услуг в рамках программ добровольного медицинского страхования». Следовательно, для любого гражданина реализация права на получение им медицинских услуг становится возможной при обращении за медицинской помощью.

Очевиден вывод, что понятие медицинская помощь является родовым, и включает в себя такие виды, как первичная медико-санитарная помощь, скорая медицинская, неотложная медицинская, специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь, восстановительная медицина, а также предоставление медицинских услуг.

Переходя к обсуждению внутреннего содержания медицинской услуги, раскроем, чем еще, помимо коммерческой составляющей, наполнена деятельность учреждений здравоохранения по предоставлению медицинских услуг, равно как и любых других видов медицинской помощи.

Когда говорят о медицине, как об одной из свободных профессий, имеется в виду и огромная ответственность, с которой связана работа врача, и большая степень независимости решений (диагностических, терапевтических, прогностических), и трудность регламентации деятельности административными, юридическими средствами.

В отношениях между медиками, между врачом и пациентом также слишком много этических моментов, поэтому оправдано существование в ряде стран так называемых врачебных кодексов (Герма-

ния, Австрия, США, Франция и др.). Примером проникновения этических норм в отечественное законодательство служит закрепление клятвы врача в отдельной статье Основ законодательства об охране здоровья граждан. Интересным и требующим отдельного рассмотрения является практика Этических комитетов России, дающих от своего имени заключения по вопросам этики в области охраны здоровья граждан (п. 19 ст. 5 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан). К одному из источников этической регуляции поведения медицинского корпуса следует отнести «Этический кодекс Российского врача».

Многие авторы подчеркивают, что более тонкий контроль медицинской деятельности осуществляется все-таки этикой и медицинской деонтологией [8]. Основные положения медицинской этики, изложенные Гиппократом, сохраняющие актуальность в настоящее время, гласят: «*Non posse» («Не навреди»)*. Всякое лечение, все рекомендации врача должны быть направлены на благо больного, приносить ему пользу.

Международный кодекс медицинской этики (1949 г.), разработанный Всемирной Врачебной Ассоциацией в дополнение к Женевской Декларации Прав Человека, в первом своем положении предписывает врачу всегда поддерживать самый высокий уровень профессиональной готовности. Второе по важности морально-этическое предписание следующее — врач должен заниматься своим делом, не руководствуясь мотивом извлечения прибыли.

Раскрывая вопрос, чем же еще, кроме коммерческой составляющей, наполнена деятельность по предоставлению медицинских услуг, равно как и любых других видов медицинской помощи, можно согласиться с мнением ряда ученых-юристов, считающих, что право, биоэтика и деонтология, бесспорно, являются важнейшими нормативными системами регулирования отношений в сфере здравоохранения [8].

Подводя итоги наших рассуждений, следует признать, что, рассматривая вопросы оказания медицинской помощи в правовом или коммерческом аспекте, справедливо использование понятия медицинской услуги.

Реализация прав граждан на получение медицинских услуг осуществляется при обращении за медицинской помощью. Предоставление медицинских услуг невозможно отдельно от лечебно-профилактической деятельности медицинских учреждений. Нельзя рассматривать данный вид деятельности в отрыве от института Медицины. В противном случае приходится противопоставлять предпринимательскую деятельность клинической медицине, врачебному мышлению с его опытом и психологическим подходом к пациенту.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Мохов, А.А. Деятельность по оказанию медицинских услуг – разновидность деятельности предпринимательской /Мохов А.А., Мелихов А.В. //Медицинское право. – 2006. – № 2. – С. 38-42.

2. Деонтология в медицине: В 2 т. Т. 1. Общая деонтология /Белоусов О.С., Бочков Н.П., Бунятян А.А. и др. /под ред. Б.В. Петровского. – М.: «Медицина», 1988. – 352 с.
3. Брагинский, М.И. Договорное право: Книга 3: Договоры о выполнении работ и оказании услуг /Брагинский М.И., Витрянский В.В. – М., 2002. – 572 с.
4. Степанов, Д.И. Услуги как объект гражданских прав /Степанов Д.И. – М., 2005. – 145 с.
5. Комментарии к Гражданскому Кодексу Российской Федерации (часть вторая) /под ред. О.М. Козырь, А.Л. Маковского, С.А. Хохлова. – МЦФР, 1996. – 779 с.
6. Луць, В.В. Зобов'язальне право /Луць В.В. – Київ, 1998. – 684 с.
7. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 09.03.2007 № 156 «О порядке организации медицинской помощи по восстановительной медицине» (Зарегистрировано в Минюсте РФ 30.03.2007).
8. Сергеев, Ю.Д. Биоэтика – нетрадиционный источник медицинского права /Сергеев Ю.Д., Мохов А.А. //Медицинское право. – 2006. – № 2. – С. 24-28.



#### ПОСЛЕДСТВИЯ НЕДОСЫПА

Без полноценного сна жить нормально нельзя. Во-первых, человек, который спит менее семи часов, чувствует себя хуже, так как происходит нарушение работы сердца, желудка, кишечника и процесса обмена веществ. Во-вторых, происходит набор лишних кило, ведь если человек проводит всю ночь на ногах, то он должен в это время чем-то питаться. А вот если бы он спал, то набивать желудок ему бы не пришлось, потому что во время сна происходит синтез гормонов, подавляющих чувство голода. Ну, а в-третьих, умственные способности при отсутствии нормального сна также ухудшаются – дело здесь в ослаблении памяти, которое мешает хорошо соображать. Вот такие выводы были сделаны после исследования физиологии сна учеными из госпиталя университета Регенсбурга в Баварии. Так что, для результативной работы нам нужен, как минимум, семи-часовой сон.

По материалам журнала MensHealth.  
Источник: [www.piluli.kharkov.ua](http://www.piluli.kharkov.ua)

В.Г. Богданов, Н.Б. Беркович

*Кемеровская государственная медицинская академия,  
Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии,  
г. Кемерово*

## ПЛАСТИКА ВЛАГАЛИЩА

**Б**ольные, которых оперируют по поводу отсутствия влагалища, могут быть разделены на три группы. Первую, наиболее многочисленную группу, составляют женщины с выраженными вторичными половыми признаками. Большинство из них пропорционального телосложения, женственны и изящны. Принадлежность этих особей к женскому полу подтверждается данными исследования полового хроматина и кариотипа (XX). Имеются хорошо развитые яичники, которые обнаруживаются при чревосечении, в процессе кольпопоза.

Вторая группа, значительно меньшая, — женщины с нарушением половой дифференцировки. Среди этих больных имеются особи с ложным мужским гермафродитизмом. Внешне их тело имеет женское строение с развитыми молочными железами. Однако в области больших половых губ, в паховых областях или в брюшной полости располагаются яички. Отмечается низкое содержание полового хроматина. Хромосомный набор XY. У многих из этих больных имеется слепо заканчивающееся влагалище, вполне пригодное для половой жизни. Реже отмечается аплазия влагалища, и больные нуждаются в операции.

Наконец, встречаются больные с кариотипом XY, гипертрофией клитора, гирсутизмом. Молочные железы, влагалище у них отсутствуют. Половые железы располагаются в складках неразвившейся мошонки, паховых каналах или брюшной полости. Анатомическое строение наружных половых органов, уретры и промежности имеет особенности: наружное отверстие уретры открывается несколько ниже, чем обычно, область входа во влагалище выражена недостаточно, промежность низкая. Расстояние от наружного отверстия уретры до наружного отверстия заднего прохода составляет не более 1,5 см, что существенно затрудняет расщепление ректовезикальной клетчатки и увеличивает риск ранения соседних органов во время операции.

**Кольпопоз** — операция по созданию искусственного влагалища. В современных условиях основной методикой является операция одноэтапного брюшинного кольпопоза.

С конца XIX века предложен ряд методов и их модификаций создания искусственного влагалища: от простого расщепления ректопузырного пространства до применения ауто- и гетеротрансплантатов.

Первую операцию по поводу отсутствия влагалища произвел в 1810 году G. Dupuytren (цит. по А.Г. Курбановой, 1983), который, пытаясь избавить женщину от страданий при нарушении оттока менструальной крови, связанного с отсутствием влагали-

ща, сформировал ход в промежутке между мочевым пузырем и прямой кишкой, и опорожнил гематометру. Операции подобного рода оканчивались неудачей, так как, несмотря на бужирование и введение протезов, ложе вновь созданного влагалища не успевало покрыться эпителиальной выстилкой до того, как происходило его сморщивание и рубцевание.

Далее для выстилки созданного канала влагалища предлагались различные методики с использованием аутотрансплантата (кожа, плодные оболочки, оболочки кишечника, брюшины).

В случаях применения кожи в виде аутотрансплантата часто возникали осложнения, связанные с некрозом или отторжением кожного лоскута, а также сморщиванием вновь образованного влагалища. Кроме того, на пересаженной коже продолжался рост волос, что требовало предварительной их эпиляции электрокоагуляцией игольчатым электродом.

Делались попытки использовать для эпителизации влагалища стенку серозной цистаденомы яичника, плодные оболочки. Эффективность этих операций была невысокой.

С конца XIX века для кольпопоза стали использовать кишечную трубку. Имелись различные методики операций с применением прямой и тонкой кишок. Однако большое количество осложнений ограничивало эти операции. Кроме того, в пересаженной тонкой кишке продолжалась секреция, и больные сильно страдали от этого. В настоящее время кольпопоз из прямой и тонкой кишок, как правило, не применяется.

Следующим этапом было использование сигмовидной кишки для создания влагалища. В 1932 году М.С. Александров выполнил эту операцию, создав двустольное влагалище. В 1949 году Е.Е. Гиговский детально разработал операцию однорукавного кольпопоза из сигмовидной кишки, которая иногда производится и в наше время.

Возможность тяжелых осложнений значительно снижает ценность этих хирургических вмешательств, поэтому естественны попытки хирургов разработать более простые и безопасные операции. Это особенно важно, так как операции производят по относительным показаниям.

Первая попытка использовать в качестве пластического материала тазовую брюшину принадлежит Д.О. Отту. С тридцатых годов прошлого столетия стали производить кольпопоз с помощью брюшины малого таза. В настоящее время это один из основных методов создания искусственного влагалища у больных с аплазией влагалища и матки.

При всех методах оперативного лечения аплазии влагалища первым этапом является создание вертикального тоннеля между мочевым пузырем и прямой кишкой для ложа будущего влагалища (рис. 1).

Малые половые губы широко разводятся в стороны. Затем в области входа во влагалище скальпелем делают разрез длиной 3-4 см. Разрез должен быть таким, чтобы была рассечена не только слизистая оболочка, но и фасция, т.е. достаточно глубоко (1-1,5 см). После вскрытия фасциальной пластики можно введением двух пальцев, продвигая их строго вверх, расслоить клетчатку между мочевым пузырем и прямой кишкой до брюшины малого таза.

Возможен другой прием. После рассечения входа во влагалище, вводя зеркало все глубже, расслаивают клетчатку между мочевым пузырем и прямой кишкой, помогая при этом корнцангом. Брюшина тазового дна несколько провисает и просматривается как тонкая пластинка бледно-желтого цвета. Если удается попасть точно в слой, то расслоение ткани происходит без большого труда, вся процедура занимает несколько минут. Если же разрез сделан слишком близко к прямой кишке, то, расслаивая ткань, можно легко ранить прямую кишку.

Рану на кишечнике зашивают, а затем продолжают операцию. При низведении брюшины она закрывает рану на кишке, это будет способствовать заживлению. Так же поступают при ранении мочевого пузыря. После зашивания раны операцию заканчи-

вают по заранее намеченному плану. В мочевом пузыре оставляют постоянный катетер на 5-7 дней.

В случае ранения кишечника больной следует назначить жидкую пищу, но клизму не ставить, т.е. вести больную так же, как после зашивания ректовагинальных свищей. При ранении соседних органов обязательна антибактериальная терапия.

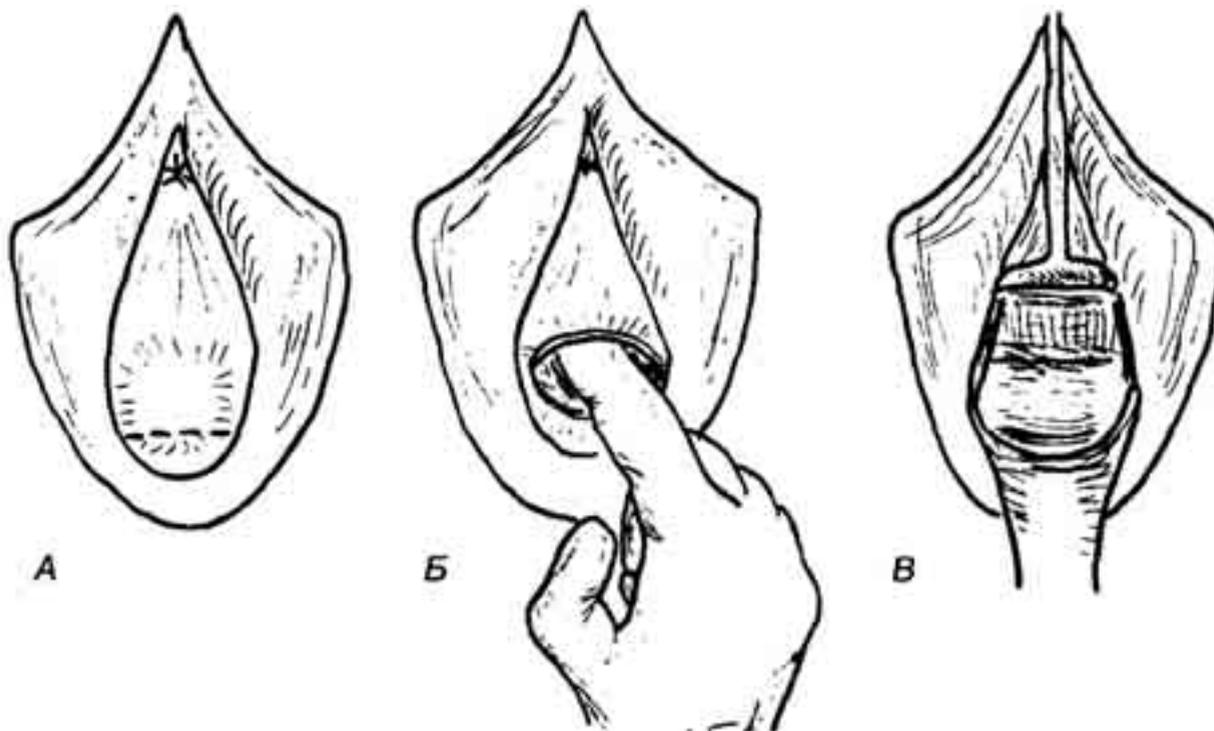
### КОЛЬПОПОЭЗ ИЗ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ ПО М.С. АЛЕКСАНДРОВУ

Ложе будущего влагалища создается описанным выше способом. На втором этапе осуществляют поперечное надлобковое чревосечение. Резецируют отрезок сигмовидной кишки длиной 20-25 см. Пройдемость кишечника восстанавливают наложением анастомоза конец в конец. Затем просвет кишки на участке резекции зашивают с обеих сторон, и кишку перегибают пополам. Брыжейку кишки предварительно надрезают до корня, но необходимо следить, чтобы не нарушалось ее кровоснабжение. С помощью марлевой полоски через отверстие, сделанное в брюшине малого таза, кишку проводят в ложе влагалища. Брюшную полость зашивают послойно.

На третьем этапе кишку вытягивают до области входа во влагалище, рассекают в продольном направлении, и подшивают к области входа во влагалище.

Рисунок 1

Образование хода между мочевым пузырем и прямой кишкой при аплазии влагалища: А - разрез слизистой преддверья влагалища в поперечном направлении; Б - расслоение пузырно-прямокишечной клетчатки тупым путем; В - образование хода между мочевым пузырем и прямой кишкой до брюшины прямокишечно-маточного углубления



В настоящее время кольпопоз сигмовидной кишки наиболее часто производят в модификации Е.Е. Гиговского.

### КОЛЬПОПОЭЗ ИЗ ОТРЕЗКА СИГМОВИДНОЙ КИШКИ ПО Е.Е. ГИГОВСКОМУ

На втором этапе (рис. 2) резецируют отрезок сигмовидной кишки в ее наиболее подвижной части на протяжении 10-12 см. С дистальной стороны брыжейку надрезают почти до корня, чтобы создать большую подвижность трансплантата. С проксимальной стороны вполне достаточно подсесть брыжейку на протяжении 3 см. Сначала рассекают серозный покров брыжейки, а затем, тщательно следя за гемостазом и перевязывая сосуды, — клетчатку.

После рассечения брыжейки дистальный конец резецированной кишки зашивают наглухо двухрядным швом. На нижний конец кишки накладывают кисетный шов из крепкой шелковой лигатуры с погружением ее внутрь слизистой оболочки. За шелковые лигатуры резецированную кишку низводят в ложе влагалища. Надо следить, чтобы брыжейка не перекрутилась, и не нарушилось кровоснабжение кишки. При резекции необходимо, чтобы одна сосудистая арка осталась на трансплантате. Перед низведением кишки в брюшине малого таза делают разрез над выпячивающим ее корнцангом. Разрез должен иметь достаточную длину (3-4 см). Трансплантат целиком следует ввести в ложе влагалища. Купол его соединяют с брюшиной малого таза. Прокходимость кишечника восстанавливают наложением анастомоза конец в конец или бок в бок. Брюшную полость зашивают наглухо. Если у хирурга есть сомнения в асептичности операции, то лучше оставить в брюшной полости дренаж.

На третьем этапе (рис. 3) кисетный шов на дистальном конце кишки распускают. Просвет кишки обрабатывают дезинфицирующим раствором и отдельными швами подшивают кишку к области входа во влагалище. Больные нуждаются в тщательной предоперационной подготовке, такой, какая проводится перед операцией на кишечнике. Это очень важно, чтобы обеспечить успех операции и избежать осложнений.

Операция кольпопоза из сигмовидной кишки по методу Гиговского создает полноценное влагалище, пригодное для половой жизни, резецируется значительно меньший отрезок кишки, чем при операции Александрова. На всю жизнь остается пограничное кольцо между слизистой оболочкой кишки и областью входа во влагалище.

Замещения слизистой оболочки кишки слизистой и эпителием влагалища так, как при других методах кольпопоза, не происходит.

При наличии матки шейку ее вшивают в купол созданного влагалища. Наблюдались случаи, когда у женщины возникала беременность. Родоразрешение при доношенной беременности производили путем кесарева сечения.

Рисунок 2

Чревосечение. Резецирован отрезок сигмовидной кишки и прикреплен к тампону. Прокходимости кишки восстановлена наложением анастомоза конец в конец



Рисунок 3

Сигмовидная кишка пришита к преддверью влагалища



При операции создания искусственного влагалища из сигмовидной кишки возможно применение механического шва с помощью сшивающих аппаратов.

### КОЛЬПОПОЭЗ ИЗ ТАЗОВОЙ БРЮШИНЫ

При кольпопозе из тазовой брюшины удачно и без технически сложных приемов решается вопрос

о кровоснабжении пластического материала, в послеоперационном периоде не возникает тяжелых осложнений.

#### Техника операции по С.Н. Давыдову

Первым этапом является создание вертикального канала между мочевым пузырем и прямой кишкой, который туго заполняют марлевым тампоном.

На втором этапе производят лапаротомию. Центр рудимента матки прошивают, за лигатуру рудимент отводят кпереди. Становится хорошо заметной выпуклость в области прямокишечно-маточного углубления, образованная введенным со стороны ложа влагалища тампоном. По выпуклости брюшины в поперечном направлении делают разрез длиной 4-5 см. Тампон извлекают. Ассистент вводит во влагалище ложкообразное зеркало. На передний, задний и боковые участки брюшины хирург накладывает четыре лигатуры. Ассистент со стороны ложа влагалища поочередно протягивает лигатуры и подводит брюшину к входу во влагалище. Края брюшины подшивают к слизистой оболочке входа во влагалище узловыми швами.

Третий этап заключается в создании верхнего купола влагалища, который, кроме того, должен отсоединить брюшинную полость от влагалища. Для этого используют рудимент матки с булавовидными расширениями, брюшину подвешивающих связок и переднюю поверхность прямой кишки. Потягивая за лигатуру, складывают пополам фиброзно-мышечный рудимент матки. Обе половины его сшивают между собой, захватывая также булавовидные расширения по краям рудимента. Затем сшивают между собой листки брюшины, покрывая подвешивающие связки. Надо следить за тем, чтобы нижний отрезок сигмовидной кишки не сдавливался. Брюшную полость зашивают послойно.

Метод трехэтапного брюшинного кольпопоза должен применяться в тех случаях, когда по каким-либо причинам (наличие дистопированной почки затрудняет отсепаровку брюшины, затруднен поиск брюшины малого таза) нельзя использовать одноэтапный кольпопоз. При этом всегда можно перейти на чревосечение и закончить операцию по методу С.Н. Давыдова.

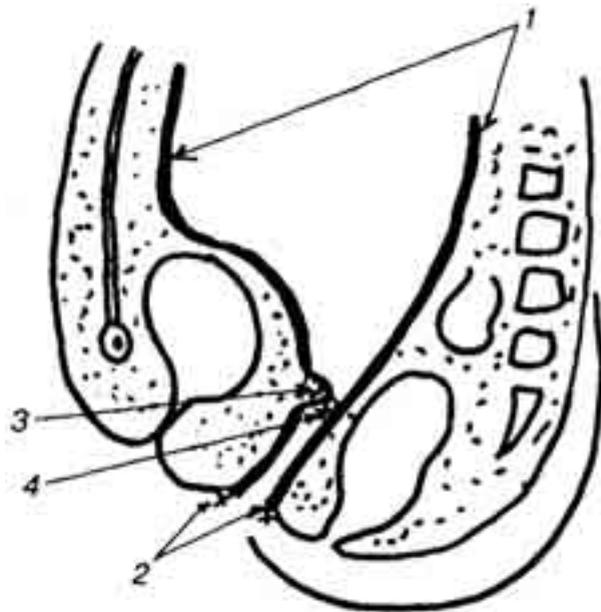
Кроме того, если хирург не уверен, что сумеет провести операцию одноэтапным методом, то следует сразу планировать ее как трехэтапный кольпопоз. Одноэтапный кольпопоз значительно сокращает время операции, но требует от хирурга больших навыков, в отсутствие которых не следует, во что бы то ни стало, пытаться производить эту операцию.

#### Одноэтапный брюшной кольпопоз по методу Е.В. Кравковой и А.Г. Курбановой (рис. 4)

Ложе для будущего влагалища создают между мочевым пузырем и прямой кишкой, производя достаточно широкую отсепаровку тазовой брюшины от окружающих тканей. Обнаруженную тазовую брюшину захватывают длинными зажимами, вскрывают, низводят к области входа во влагалище. Затем, ис-

Рисунок 4

Схематическое изображение операции одноэтапного брюшинного кольпопоза: 1 - брюшина, 2 - низведенные края брюшины фиксируются отдельными швами к входу во влагалище, 3 - рудиментарная матка, 4 - формирование купола влагалища с помощью рудиментарной матки



пользуя рудимент матки, со стороны влагалища создают купол наложением 3-4 швов (рис. 5).

Успех и длительность операции одноэтапного кольпопоза из тазовой брюшины зависят от:

- 1) правильного места разреза преддверия влагалища,
- 2) умения войти в нужный слой между мочевым пузырем и прямой кишкой,
- 3) умения найти брюшину прямокишечно-маточного углубления.

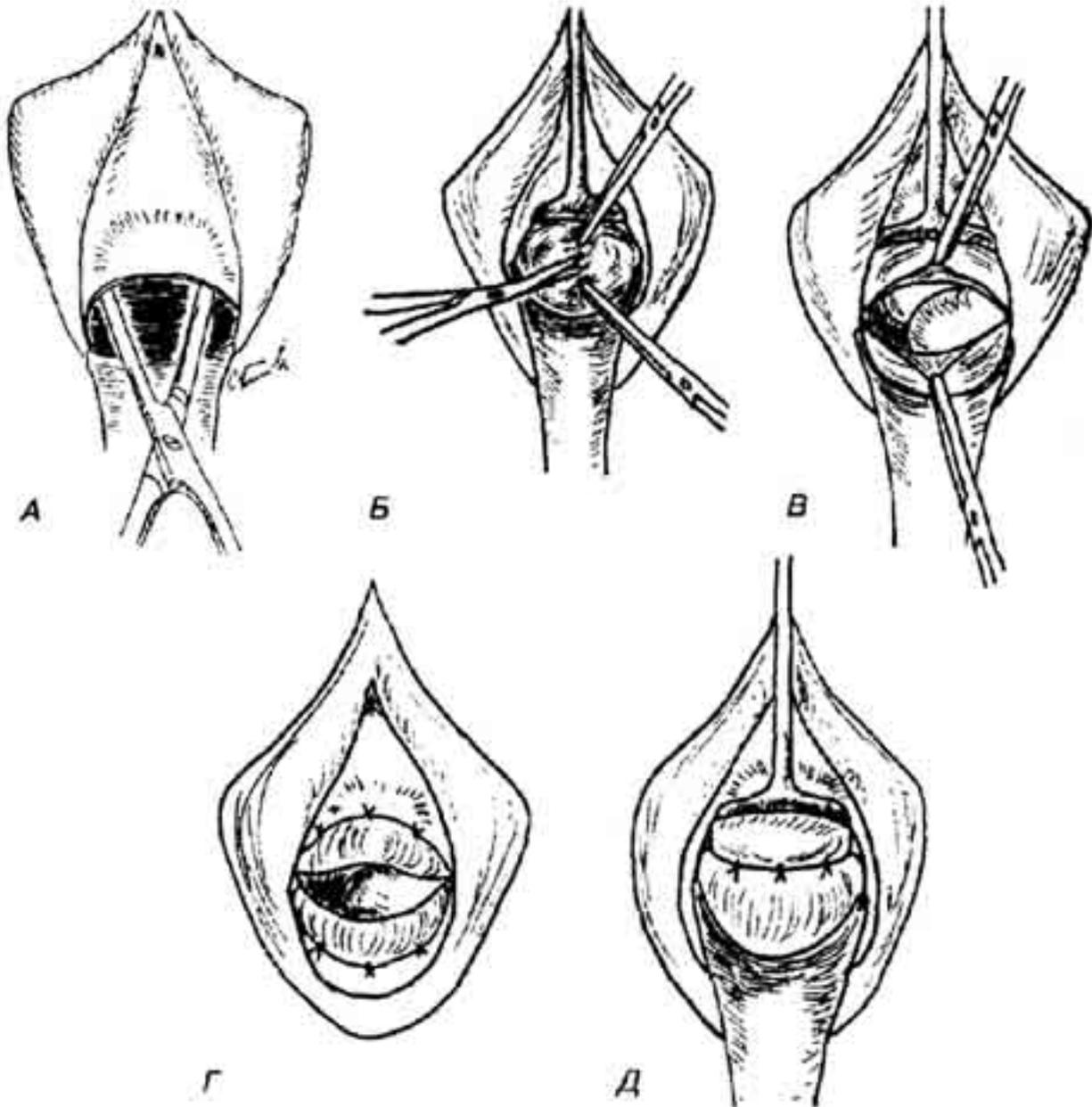
Вскрытие тазовой брюшины является наиболее сложным, ему способствует лапароскопия. При освещении области малого таза со стороны брюшной полости образуется «светящееся окно», что дает возможность обнаружить брюшину и вскрыть ее. Кроме того, лапароскопия облегчает формирование купола влагалища (рис. 6). Для этого можно накладывать швы со стороны брюшной полости эндоскопическим путем.

Используя тазовую брюшину, создают полноценное влагалище, пригодное для половой жизни. После эпителизации влагалище претерпевает такие же циклические изменения, как и нормальное. В нем создается кислая среда. При определении степени чистоты влагалища выявляются палочки Додерлейна. Это свидетельствует о том, что физиологические условия искусственного влагалища очень близки к нормальным.

При кольпопозе из тазовой брюшины одноэтапным методом объем хирургического вмешательства невелик, поэтому длительность операции сокраща-

Рисунок 5

Одноэтапный брюшинный кольпопоз: А - создание туннеля между мочевым пузырем и прямой кишкой тупым путем, Б - вскрытие брюшины прямокишечно-маточного углубления, В - вид после вскрытия брюшины прямокишечно-маточного углубления, Г - низведение брюшины до преддверия влагалища и фиксирование ее отдельными швами, Д - формирование купола влагалища за счет рудиментарной матки



ется и составляет, как правило, 30-45 минут. На 14-18-й день после операции женщины могут начинать половую жизнь. Если этого не происходит, в течение 2 месяцев, во избежание заращения вновь созданного влагалища, рекомендуется ежедневное использование искусственного фаллоса.

Необходимо отметить, что хирургические вмешательства по поводу пороков развития половых органов должны выполняться опытными гинекологами-хирургами, так как все они имеют нетипичный характер.

### БЕСКРОВНЫЙ МЕТОД КОЛЬПОПОЭЗА

Шерстиев В.Ф. (1967) предложил специальный кольпоэлонгатор и разработал методику бескровного кольпопоза, которая заключается в создании искусственного влагалища путем постепенного растяжения кожи преддверия влагалища в течение 20-25 дней с помощью этого аппарата.

В первый день лечения производят 1-2 сеанса с экспозицией 5-10 минут силой давления 0,5 кг. Постепенно с каждым днем экспозицию и число сеан-

сов увеличивают. К 20-25-му дню экспозицию процедуры доводят до 60-80 минут, число сеансов — до 3-4 в сутки, силу давления — до 5 кг.

В первую неделю вытяжение кожи преддверия влагалища происходит очень быстро (на 5-6 см в глубину), затем медленнее. Каких-либо болезненных ощущений больные не отмечают. К 20-25-му дню образуется искусственное влагалище глубиной 10-11 см, позволяющее свободно вводить влагалищные зеркала и выполнять бимануальное влагалищное исследование.

Однако бескровный кольпопоз не всегда дает благоприятный эффект. Он незаменим в тех случаях, когда имеются противопоказания к хирургическому лечению.

Следует упомянуть о естественном бескровном кольпопозе. Это состояние возникает у некоторых женщин с аплазией влагалища и матки без операции при регулярной половой жизни. Длительное и систематическое вдавливание сплошной перегородки сразу за входом во влагалище расслаивает ткани и создает ход длиной до 6-8 см в глубину. Обычно пациентки не жалуются на невозможность половой жизни. Они обращаются к врачу в связи с отсутствием менструации и беременности, в хирургическом лечении не нуждаются.

Рисунок 6  
Одноэтапный брюшинный кольпопоз  
с лапароскопическим ассистированием.  
Формирование купола влагалища



#### ПРОФЕССИЯ – СУРРОГАТНАЯ МАТЬ

Суррогатная мать – женщина, которая вынашивает и рождает искусственно зачатого ребенка для бесплодной пары. Половые клетки для этого берут у генетических родителей. За услугами харьковских суррогатных матерей обращаются, по большей части, пары из других стран. Суррогатная мама зарабатывает около пяти тысяч долларов плюс ежемесячные пособия на здоровое питание и т.д. Как и сколько платить маме, решают генетические родители. Часть договаривается только на единоразовую сумму, часть – еще и на месячное пособие.

27-летняя Виктория суррогатной мамой была уже два раза. Впервые она решилась на суррогатное материнство четыре года назад – в тот раз она выносила и родила двоих детей для своих близких друзей. Виктория сейчас воспитывает собственную 6-летнюю дочь, которая очень часто просит братика или сестричку. Виктория говорит, что на последних месяцах беременности по программе суррогатного материнства она была вынуждена посылать дочь к бабушке – как объяснить дочке, «куда делся живот». О том, что она зарабатывает суррогатным материнством, Виктория скрывает и от близких.

Источник: [www.sana-med.com.ua](http://www.sana-med.com.ua)

В.В. Вавин, Н.В. Мингалев

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,  
г. Новокузнецк*

# ВЛИЯНИЕ МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ МЕКСИДОЛОМ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ ГНОЙНЫМИ РИНОГЕННЫМИ ПОЛИСИНУСИТАМИ НА СОСТОЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ КРОВИ

Проведено лечение 78 больных острыми полириносинуситами. Из них, 39 получали традиционное лечение и 39 – дополнительно местное лечение 5 % мексидолом. Установлено, что при развитии острого гнойного риносинусита возникает угнетение ферментативного и неферментативного звеньев антиоксидантной системы. При комплексной терапии, включающей местное лечение 5 % мексидолом, отмечена выраженная положительная динамика всех показателей собственной антиоксидантной системы, по сравнению с группой, получавшей стандартное лечение.

**Ключевые слова:** *острый гнойный риногенный полисинусит, антиоксидантная система, местное лечение, мексидол.*

Treatment of 78 patients acute purulent polyrhinosinusitis is carried out. From them 39 received traditional treatment and 39 in addition local treatment of 5 % mexidol. It is established, that at development acute purulent polyrhinosinusitis there is an oppression enzymatic and not enzymatic parts of antioxidation systems. At the complex therapy including local treatment of 5 % mexidol, expressed positive dynamics of change of all parameters own antioxidation systems is marked, in comparison with group receiving standard treatment.

**Key words:** *acute purulent polyrhinosinusitis, antioxidation system, local treatment, mexidol.*

Риносинуситы занимают одно из ведущих мест в патологии верхних дыхательных путей [1, 2]. Несмотря на успехи, достигнутые в настоящее время в области лечения риносинуситов, заболеваемость ими неуклонно растет. Удельный вес госпитализированных больных с этим заболеванием ежегодно увеличивается на 1,5-2 % [3].

Изучение острого гнойного риносинусита сохраняет свою актуальность, в связи с нерешенностью многих вопросов в их этиопатогенезе и лечении [1, 4].

В последние годы активно изучается участие процессов перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты в патогенезе различных патологических состояний. Доказана важная роль этих процессов в развитии острого воспаления и перехода его в хроническую форму. Поэтому возникает необходимость разработки способов коррекции системы антиоксидантной защиты слизистой оболочки и всего организма. Это позволит преодолеть избыточ-

ное перекисное окисление липидов, отягощающее течение воспаления при риносинусите, оказывающее провоспалительное дисметаболизующее и повреждающее действие, углубляющее нарушение иммунного статуса [5, 6, 7, 8, 9].

**Цель исследования** – изучить влияние местной антиоксидантной терапии мексидолом в составе комплексного лечения больных острыми гнойными риногенными полисинуситами на состояние системы антиоксидантной защиты крови.

## МАТЕРИАЛЫ

Работа основана на результатах лечения и обследования 78 больных острыми гнойными риногенными полисинуситами, среднетяжелым и тяжелым течением, – 42 мужчины и 36 женщин, средний возраст  $30 \pm 9,8$  лет. Из них, 39 пациентов получили

традиционное лечение острого гнойного риносинусита (группа I), 39 человек — дополнительно местное лечение 5 % мексидолом 2 раза в сутки (группа II). Длительность заболевания до поступления в стационар и начала лечения составляла 5-14 дней, чаще (45 %) 7-8 дней.

При постановке диагноза учитывали данные жалоб, анамнеза, объективного обследования, клинического анализа крови, рентгенографии и СКТ околоносовых пазух, эндоскопического осмотра полости носа жесткими риноскопами.

Интоксикационный синдром в I группе до лечения как тяжелый оценивался у 18 человек, средней степени тяжести — у 17, не выражен (удовлетворительное состояние) — у 4 больных. Схожие проявления интоксикационного синдрома наблюдались до начала лечения и во II группе: тяжелое — у 19 больных, средней тяжести — у 16, удовлетворительное состояние — у 4 пациентов. Тяжесть состояния пациентов оценивали по выраженности воспалительной реакции «белого» ростка крови и степени лихорадки [10].

Всем больным до начала и на 5-е сутки лечения производили забор крови для биохимического исследования состояния антиоксидантной защиты крови. Дополнительно, для определения референтных значений изучаемых показателей, были обследованы 40 доноров-добровольцев (контрольная группа), показатели антиоксидантной системы крови которых приняты за норму (таблица).

**Таблица**  
**Изменение показателей антиоксидантной системы крови в процессе лечения острого гнойного риногенного полисинусита**

Показатель	Контроль (n = 40)	Группа I (n = 39)	Группа II (n = 39)
Общая антиоксидантная активность плазмы крови, % (M ± m)			
До лечения	8,03 ± 1,65	5,34 ± 0,73*	5,28 ± 0,73*
3 сутки лечения		5,89 ± 0,74*	6,02 ± 0,75*
5 сутки лечения		6,66 ± 0,57*	7,13 ± 0,89*
Активность каталазы эритроцитов, % (M ± m)			
До лечения	75,12 ± 4,10	66,19 ± 4,08*	66,43 ± 3,69*
3 сутки лечения		68,04 ± 2,97*	69,17 ± 2,53*
5 сутки лечения		70,19 ± 2,44*	74,23 ± 4,01
Активность супероксиддисмутазы эритроцитов, % (M ± m)			
До лечения	45,8 ± 2,13	37,27 ± 1,48*	37,92 ± 1,09*
3 сутки лечения		38,45 ± 1,35**	40,23 ± 1,81*
5 сутки лечения		40,56 ± 1,04**	44,75 ± 2,5

Примечание: \* p < 0,05 - статистически достоверные отличия от показателя в контрольной группе.

Ввиду наличия показаний, всем пациентам обеих групп, в процессе лечения выполнены манипуляции по дренированию пораженных пазух. Также лечение заключалось в проведении антибактериальной терапии, десенсибилизирующая терапия — в виде антигистаминных средств. Дополнительно проводилось лечение методом перемещения 1 раз в день, анемизация слизистой оболочки полости носа декон-

гестантами — 3-4 раза в день, аспирация содержимого пазух через естественные соустья под эндоскопическим контролем. В I группе выполняли промывание дренированных пазух через катетеры физиологическим раствором хлорида натрия в объеме 200 мл с последующим введением 10 мл 1 % диоксида 2 раза в день. Больным II группы, после эвакуации содержимого путем промывания через катетер 200 мл физиологического раствора хлорида натрия, внутривоздушно вводили 5 % мексидол в объеме 10 мл дважды в сутки.

Исследование антиоксидантной системы крови заключалось в определении общей антиоксидантной активности плазмы крови по степени ингибирования аскорбат- и ферроиндуцированного окисления твина-80 до малонового диальдегида [11].

Имеющиеся в настоящее время данные о зависимости между антиоксидантной активностью тканей, повреждаемых патологическим процессом, и антиоксидантной активностью эритроцитов [12] позволяют рассматривать эритроциты как удобную модель, отражающую антиоксидантный статус других клеток организма. Поэтому мы сочли целесообразным определить активность супероксиддисмутазы и каталазы эритроцитов.

Активность каталазы эритроцитов определяли методом, в котором перекись водорода образует с молибденом перекисные соединения желтой окраски, интенсивность которой зависит от количества в растворе перекиси водорода, не разрушенной каталазой [11]. Активность супероксиддисмутазы эритроцитов определяли методом, в котором нитросиний тетразолий восстанавливается супероксидными радикалами, которые образуются при реакции между феназинметасульфатом и восстановленной формой никотинамиддинуклеотида. Образование нитроформазана, продукта восстановления нитротетразолия, блокируется наличием в пробе супероксиддисмутазы. Активность супероксиддисмутазы определяли на основании количества нитроформазана [11].

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ВЫВОДЫ

Исследуя общую антиоксидантную активность плазмы крови (таблица), у пациентов обеих групп мы выявили ее низкий уровень на 1-е сутки исследования. Так в I-й группе до начала лечения она была 5,34 ± 0,73 %, а во II группе — 5,28 ± 0,75 %, что было достоверно ниже, чем в группе контроля — 8,03 ± 1,65 % (p < 0,05).

При проведении стандартной терапии острого гнойного риносинусита, на 5-е сутки общая антиоксидантная активность крови продолжала быть низкой — 6,66 ± 0,57 % (p < 0,05). Полученные данные указывают на недостаточные собственные резервные возможности организма противостоять липопероксидационному стрессу, либо их истощение. При использовании местной антиоксидантной терапии мексидолом в комплексе лечения острого гной-

ного риносинусита, на 5-е сутки произошло более значимое повышение уровня общей антиоксидантной активности крови ( $7,13 \pm 0,89 \%$ ), чем в группе, получавшей только стандартное лечение, но она оставалась ниже контрольных показателей ( $8,03 \pm 1,65 \%$ ).

Таким образом, при включении в комплексное лечение местной антиоксидантной терапии мексидолом выявлено более значимое ( $p < 0,05$ ) повышение уровня общей антиоксидантной активности плазмы крови больных острыми гнойными риносинуситами. Это указывает на положительное влияние данной терапии на дефицит естественных неферментативных факторов антиоксидантной защиты.

Активность каталазы эритроцитов крови больных острым гнойным риносинуситом была ниже, чем в группе контроля ( $75,12 \pm 4,10 \%$ ). В первой группе она была снижена ( $p < 0,05$ ) на протяжении всего исследования и выросла с  $66,19 \pm 4,08 \%$  на первые сутки лечения до  $70,19 \pm 2,44 \%$  ( $p < 0,05$ ) на пятые. У пациентов II-й группы на первые и третьи сутки заболевания регистрировали низкий уровень ( $p < 0,05$ ) активности каталазы эритроцитов (соответственно,  $66,43 \pm 3,69 \%$  и  $69,17 \pm 2,55 \%$ ). На 5-е сутки исследования при комплексном лечении с местной терапией 5 % мексидолом этот показатель приблизился к нормальным значениям ( $74,23 \pm 4,01 \%$ ), чего не прослеживается в I-й группе.

При определении активности супероксиддисмутазы эритроцитов крови пациентов с острым гнойным риносинуситом отмечено ее значительное снижение на 1-е сутки исследования (в I-й группе —  $37,27 \pm 1,48 \%$ , во II-й группе —  $37,92 \pm 1,09 \%$ ), по сравнению с данными контрольной группы —  $45,8 \pm 2,13 \%$  ( $p < 0,05$ ). На фоне стандартной схе-

мы лечения уровень ее активности продолжал быть ниже, чем в контроле, на протяжении всего исследования (на 5-е сутки лечения —  $40,56 \pm 1,04 \%$ ;  $p < 0,05$ ). Во II-й группе активность супероксиддисмутазы эритроцитов крови увеличивалась интенсивней, чем в I-й ( $p < 0,05$ ) и приблизилась к норме на 5-е сутки лечения —  $44,75 \pm 2,50 \%$ .

Данные, полученные в ходе исследования активности каталазы и супероксиддисмутазы эритроцитов крови больных острыми гнойными риносинуситами, доказали их снижение при развитии данной патологии. В процессе стандартной терапии наблюдается медленная положительная динамика повышения активности этих ферментов, которая к 5-м суткам лечения не достигает нормальных значений. При проведении комплексной терапии острого гнойного риносинусита с местным применением мексидола обнаружена более выраженная положительная динамика повышения активности каталазы и супероксиддисмутазы эритроцитов крови, с достижением нормального уровня на 5-е сутки лечения.

Таким образом установлено, что при развитии острого гнойного риносинусита возникает угнетение ферментативного и неферментативного звеньев антиоксидантной системы. Стандартное лечение данной патологии приводит к медленному повышению этих показателей, что пролонгирует явления дефицита эндогенных факторов антиоксидантной защиты. При комплексной терапии, включающей местное лечение 5 % мексидолом, отмечена выраженная положительная динамика всех показателей собственной антиоксидантной системы, по сравнению с группой, получавшей стандартное лечение. Это указывает на положительное влияние местной антиоксидантной терапии на состояние системы антиоксидантной защиты.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Пискунов, Г.З. Клиническая ринология – 2-е изд. /Г.З. Пискунов, С.З. Пискунов. – М.: МИА, 2006. – 560 с.
2. Рязанцев, С.В. Принципы этиопатогенетической терапии острых синуситов. – 2-е изд. /С.В. Рязанцев, Н.Н. Науменко. – СПб., 2006. – 42 с.
3. Пискунов, Г.З. Клиническая ринология /Г.З. Пискунов, С.З. Пискунов. – М.: Миклош, 2002. – 390 с.
4. Гаращенко, Т.И. Алгоритмы рациональной антибиотикотерапии осложненных синуситов у детей /Т.И. Гаращенко, М.Р. Богомильский, О.А. Стребкова //Российская ринология. – 2002. – № 2. – С. 108-111.
5. Бакулина, Л.С. Нарушение процессов свободно-радикального окисления в формировании острого гнойного среднего отита и перехода его в хроническую форму воспаления /Л.С. Бакулина //Российская оториноларингология. – 2005. – № 5. – С. 29-32.
6. Величковский, Б.Т. Свободнорадикальное окисление как звено срочной и долговременной адаптации организма к факторам окружающей среды /Б.Т. Величковский //Вестник РАМН. – 2001. – №6. – С. 45-51.
7. Влияние местного лечения препаратами супероксиддисмутазы на уровни активных форм кислорода в крови больных риносинуситами /В.И. Линьков, Л.А. Гребенщикова, Т.А. Пичукова и др. //Российская оториноларингология. – 2005. – № 5. – С. 65-67.
8. Пичукова, Т.А. Эффективность препаратов супероксиддисмутазы в лечении больных риносинуситами /Т.А. Пичукова, В.И. Линьков, Б.А. Парамонов //Российская оториноларингология. – 2005. – № 5. – С. 92-95.

9. Klebanoff, S.J. Oxygen metabolism and the toxic properties of phagocytes /S.J. Klebanoff //Ann. Intern. Med. – 1989. – Vol. 93. – P. 480-489.
10. Малышев, В.Д. Интенсивная терапия /В.Д. Малышев.– М.: Медицина, 2002. – С. 121, С. 280-293.
11. Галактионова, Л.П. Состояние перекисного окисления у больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки /Л.П. Галактионова, А.В. Молчанов, С.А. Ельчанинова //Клиническая лабораторная диагностика. – 1998. – №6. – С. 10-14.
12. Использование показателей оксидантного и антиоксидантного статуса для лабораторного мониторинга сердечно-сосудистых и легочных заболеваний /Б.Я. Варшавский, С.А. Ельчанинова, Л.П. Галактионова и др. //Клиническая лабораторная диагностика. – 1999. – № 9. – С. 17.



#### СЕКРЕТ ЗАВИТКОВ

Сбылась мечта тех, кто хочет иметь кудрявую шевелюру. Вам не придется теперь часами сидеть в парикмахерской или укладывать волосы изо дня в день. Недалек тот день, когда кудрявым можно будет стать практически как по мановению волшебной палочки.

Сейчас стать таким можно с помощью гормонов и химических препаратов, но еще немного, и Вам не надо будет применять небезопасных для здоровья препаратов, все будет еще проще. Этим человечество обязано исследователям из Франции, обнаружившим, что волосяная луковица у тех, кто носит кудрявую шевелюру, имеет загнутую форму, а у людей с прямыми волосами, соответственно, прямую. Знание этих особенностей позволит французским ученым справиться с проблемой мужчин с кудрявой бородой – псевдофолликулезом, при котором происходит врастание волос в кожу после бритья, сопровождающегося воспалением этого участка лица.

По материалам журнала MensHealth.  
Источник: [www.piluli.kharkov.ua](http://www.piluli.kharkov.ua)

Е.Ю. Плотникова, Н.А. Дидковская, В.Н. Золотухина  
 Кемеровская государственная медицинская академия,  
 г. Кемерово

# ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ДО И ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ В СТРУКТУРЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДА КЕМЕРОВО

Проведен анализ заболеваемости органов пищеварения у жителей города Кемерово за 2004–2006 годы. Заболевания органов пищеварения в структуре общей заболеваемости занимают пятое место и составили 8,3 %, 8,1 % и 8,3 %, в том числе выявленные впервые – 2,4 %, 2,1 % и 2,7% за период 2004–2006 гг., соответственно. Общая заболеваемость по обращаемости коррелирует с заболеваемостью с временной утратой трудоспособности. Структура госпитализированной заболеваемости, и по удельному весу, и по койко-дням, выводит патологию билиарного тракта и поджелудочной железы на первое место среди патологии пищеварительной системы.

*Ключевые слова: органы пищеварения, желчнокаменная болезнь, холецистэктомия.*

In a review of the digestive disease among residents of the city of Kemerovo for 2004–2006. Diseases of the digestive system in the structure of the overall morbidity and took fifth place were 8,3 %, 8,1 % and 8,3 %, including those identified for the first time – 2,4 %, 2,1 % and 2,7 % for the period 2004–2006, respectively. The overall incidence of frequent correlates with disease with a temporary disability. Structure hospitalizirovannoy morbidity and weight and bed-days displays pathology biliarnogo tract and pancreas in the first place among the pathology of the digestive system.

*Key words: bodies gastrointestinal tract disease, cholecystectomy.*

Патология билиарного тракта является актуальной для современной медицины проблемой. В последнее десятилетие, как в России, так и за рубежом, несмотря на определенные успехи терапии, связанные с появлением на фармакологическом рынке новых эффективных средств для коррекции функциональных расстройств органов пищеварения, отмечается отчетливая устойчивая тенденция к росту заболеваемости желчевыводящей системы. Так, согласно данным научного прогнозирования, в ближайшие 15–20 лет в мире заболеваемость болезнями пищеварительной системы возрастет, по крайней мере, на 30–50 % за счет увеличения числа болезней, в основе которых лежат стрессовые, дискинетические, метаболические механизмы. Данные тенденции характерны и для патологии желчевыводящей системы. По данным литературы, распространенность болезней желчного пузыря и желчных путей в Москве среди взрослого населения за последние 10 лет стала почти в 2 раза выше, чем по России. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) значительно «помолодела»

и встречается не только в молодом, но и в раннем детском возрасте. Болезнь стала появляться довольно часто не только у женщин, но и у мужчин. В настоящее время показатели распространенности болезней желчевыводящих путей колеблются от 26,6 до 45,5 на 1000 населения.

Болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей (холецистит, желчнокаменная болезнь, дисфункция) являются одними из наиболее распространенных заболеваний органов пищеварения. Свойственное им разнообразие клинических проявлений, длительность течения, затяжные обострения обуславливают частую обращаемость больных за медицинской помощью. Значение данной патологии определяется не только медицинскими, но и социальными аспектами, в связи с частой выявляемостью в наиболее трудоспособном возрасте, высокими показателями утраты трудоспособности. Ранняя диагностика и лечение заболеваний желчевыводящей системы имеют большое клиническое значение из-за возможности трансформации функциональных нарушений в желчевыводя-

щей системе в органическую патологию — хронический холецистит и желчнокаменную болезнь, что происходит в результате нарушения коллоидной стабильности желчи и присоединения воспалительного процесса. Интерес к проблеме объясняется также частым вовлечением в патологический процесс смежных органов (печени, поджелудочной железы, желудка и двенадцатиперстной кишки) и возникновением тяжелых осложнений, ведущих к инвалидизации.

Нами был проведен анализ заболеваемости органов пищеварения у жителей города Кемерово за 2004-2006 годы.

Заболевания органов пищеварения в структуре общей заболеваемости занимают пятое место после болезней системы кровообращения, органов дыхания, травм и отравлений, болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани. За период 2004-2006 гг. заболевания органов пищеварения составили 8,3 %, 8,1 % и 8,3 %, в том числе выявленные впервые 2,4 %, 2,1 % и 2,7 % в 2004, 2005 и 2006 гг., соответственно.

Далее был проведен анализ структуры патологии органов пищеварения за последние три года (табл. 1 и 2), в том числе с временной утратой трудоспособности (табл. 3).

Общая заболеваемость по обращаемости коррелирует с заболеваемостью с временной утратой трудоспособности. В общей структуре патологии заболеваемость органов пищеварения с временной утратой трудоспособности также занимает пятое место.

Данные о среднем пребывании на больничном листе пациентов с патологией органов пищеварения

и структуры заболеваемости с временной утратой трудоспособности отражены в таблицах 4 и 5.

Средние сроки временной нетрудоспособности при патологии билиарного тракта и поджелудочной железы не выше, чем при язвенной болезни, что, по-видимому, обусловлено высокой оперативной активностью в отношении ЖКБ (24,3 %) за последние годы. К 2006 г. она уменьшилась, по сравнению с 2004 г., по причине высокой выявляемости данной патологии и активной ее санации.

В случаях и днях нетрудоспособности на первое место выходят болезни гепатобилиарного тракта. В этой подгруппе определяющими являются болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей (табл. 6).

Структура госпитализированной заболеваемости, и по удельному весу, и по койко-дням, выводит патологию билиарного тракта и поджелудочной железы на первое место среди всех заболеваний пищеварительной системы. Она представлена на рисунках 1 и 2.

Основным методом лечения ЖКБ является холецистэктомия. Данные по оперативной активности при ЖКБ представлены на рисунке 3.

У 25 % перенесших холецистэктомию больных сохраняются или появляются через некоторое время абдоминальные боли и диспепсические расстройства, требующие лечения. Адекватная терапия больных зависит от правильного понимания патогенеза клинических симптомов, развивающихся после холецистэктомии. Особенности их формирования связаны, с одной стороны, с нарушениями в обмене холестерина, присущими желчнокаменной болезни, с

**Таблица 1**  
Количество жителей г. Кемерово с заболеваниями органов пищеварения (по обращаемости)

Нозологические формы	2004 год		2005 год		2006 год	
	Всего	Диагноз установлен впервые	Всего	Диагноз установлен впервые	Всего	Диагноз установлен впервые
Всего	46102	5387	44006	4664	49848	6024
Гастриты, дуодениты	11374	617	11122	580	13134	955
Язвенная болезнь желудка и ДПК	8801	521	7870	423	7858	665
Болезни печени	1997	132	1782	89	2005	165
Болезни желчного пузыря и ЖВП	9596	524	8952	524	10112	673
Болезни поджелудочной железы	4942	117	4958	129	6195	339
Всего по классам	556081	223202	546405	217381	594253	220441

**Таблица 2**  
Структура патологии органов пищеварения жителей г. Кемерово (на 100 случаев патологии ЖКТ)

Наименование классов и отдельных болезней	2004 год		2005 год		2006 год	
	Всего	Диагноз установлен впервые	Всего	Диагноз установлен впервые	Всего	Диагноз установлен впервые
Гастриты, дуодениты	24,7	11,5	25,3	12,4	26,3	15,8
Язвенная болезнь желудка и ДПК	19,1	9,7	17,9	9,1	15,8	11,0
Болезни печени	4,3	2,5	4,0	1,9	4,0	2,8
Болезни желчного пузыря и ЖВП	20,8	9,7	20,3	11,2	20,3	11,2
Болезни поджелудочной железы и др.	11,2	2,8	12,4	4,7	12,4	5,6

**Таблица 3**  
**Заболеваемость органов пищеварения с временной утратой трудоспособности жителей г. Кемерово (на 100 работающих)**

Причина нетрудоспособности	2004 год		2005 год		2006 год	
	Случаи	Дни	Случаи	Дни	Случаи	Дни
Болезни органов пищеварения, в т.ч.:	2,0	27,7	1,9	26,9	1,9	26,2
- язвенная болезнь желудка и ДПК	0,4	8,9	0,4	8,7	0,39	8,5
- гастриты, дуодениты	0,3	3,3	0,3	3,8	0,3	3,6
- болезни печени, билиарного тракта, поджелудочной железы	0,6	13,0	0,7	12,8	0,62	12,6

**Таблица 4**  
**Среднее пребывание жителей г. Кемерово с патологией органов пищеварения на больничном листе (в днях)**

Причина нетрудоспособности	2004 год	2005 год	2006 год
Болезни органов пищеварения, в т.ч.:	14,0	13,9	13,7
- язвенная болезнь желудка и ДПК	20,1	20,1	20,1
- гастриты, дуодениты	11,2	11,1	11,1
- болезни печени, билиарного тракта, поджелудочной железы	18,97	18,7	16,8

**Таблица 5**  
**Структура заболеваемости с временной утратой трудоспособности жителей г. Кемерово с патологией органов пищеварения**

Причина нетрудоспособности	2004 год		2005 год		2006 год	
	Случаи	Дни	Случаи	Дни	Случаи	Дни
Болезни органов пищеварения, в т.ч.:	100	100	100	100	100	100
- язвенная болезнь желудка и ДПК	20,3	27,0	15,8	25,6	15,8	25,2
- гастриты, дуодениты	15,2	10,1	15,7	11,1	15,9	11,1
- болезни печени, билиарного тракта, поджелудочной железы	25,4	36,8	31,6	38,2	31,7	38,5

**Таблица 6**  
**Структура заболеваемости гепатобилиарного тракта жителей г. Кемерово (на 100 случаев)**

Заболевания	2004 год	2005 год	2006 год
Болезни печени	30,4	29,5	29,3
Болезни ЖВП	69,6	70,5	70,7
в т.ч. ЖКБ	24,3	23,9	25,3

другой, — тем обстоятельством, что патологический процесс протекает в новых анатомо-физиологических условиях, т.е. при отсутствии желчного пузыря.

Известно, что удаление желчного пузыря по поводу калькулезного холецистита не избавляет больных от обменных нарушений, в том числе от печеночно-клеточной дисхолии, которая сохраняется и после операции. У большинства больных после хо-

лецистэктомии определяется литогенная желчь с низким холатохолестериновым коэффициентом. Выпадение физиологической роли желчного пузыря, а именно концентрация желчи в межпищеварительный период и выброс ее в двенадцатиперстную кишку во время еды, сопровождается нарушением пассажа желчи в кишечник и расстройством пищеварения.

В результате формируются дискинезии сфинктера печеночно-поджелудочной ампулы, желчного и панкреатического протоков (сфинктера Одди), а деконъюгированные желчные кислоты обуславливают развитие диареи. Таким образом, у больных с удаленным желчным пузырем имеющиеся клинические проявления могут быть связаны с изменением химического состава желчи, нарушенным пассажем ее в двенадцатиперстную кишку, дискинезией сфинктера Одди, а также с избыточным бактериальным ростом в кишечнике, синдромами мальдигестии и мальабсорбции, дуоденитом и другими патологическими нарушениями в системе пищеварения.

Патологические состояния, которые наблюдаются у больных после холецистэктомии, можно разделить на 3 группы:

- функциональные расстройства сфинктера Одди — повышение тонуса сфинктера холедоха или панкреатического протока, либо общего сфинктера, в результате потери функционирующего желчного пузыря;
  - билиарная гипертензия с наличием органических препятствий току желчи, при наличии которой у 5-20 % больных выявляются рецидивный или резидуальный холедохолитиаз, у 11-14 % — стеноз большого дуоденального сосочка, у 6,5-20 % — стриктуры желчных протоков и желчеотводящих анастомозов, у 0,1-1,9 % — избыточная культя пузырного протока;
  - сопутствующие заболевания, развившиеся до оперативного вмешательства или после него. Основными из них являются хронический панкреатит, дискинезия двенадцатиперстной кишки, синдром раздраженного кишечника, дуодениты, язвенная болезнь, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.
- Таким образом, предположить, что речь идет о дисфункции сфинктера Одди, можно в следующих ситуациях:
- наличие болей в эпигастральной области у больных, перенесших холецистэктомию, в случаях, если не выявляются другие причины, способные объяснить их происхождение (сопутствующие заболевания, структурные изменения билиарных и панкреатических протоков);

Рисунок 1

Структура госпитализированной заболеваемости ЖКТ

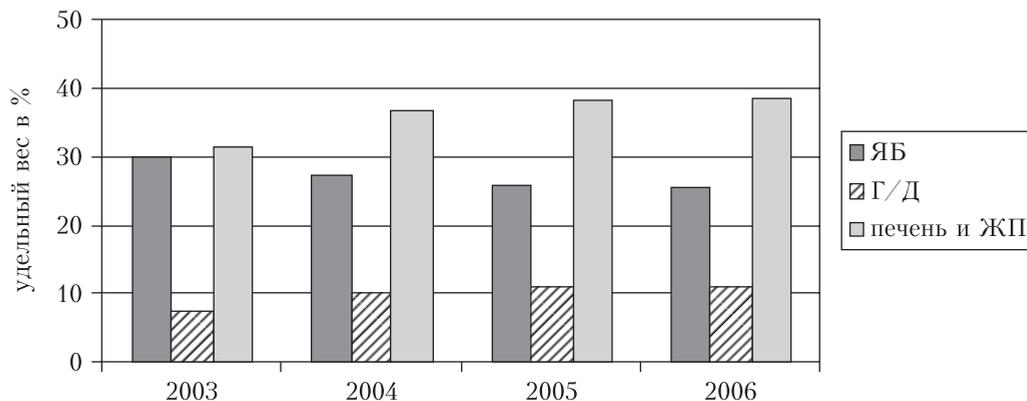


Рисунок 2

Госпитализированная заболеваемость в койко-днях

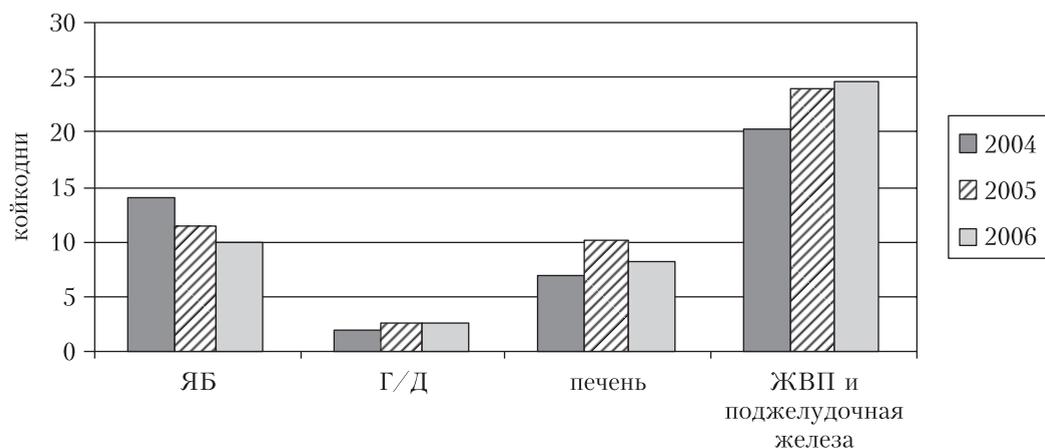
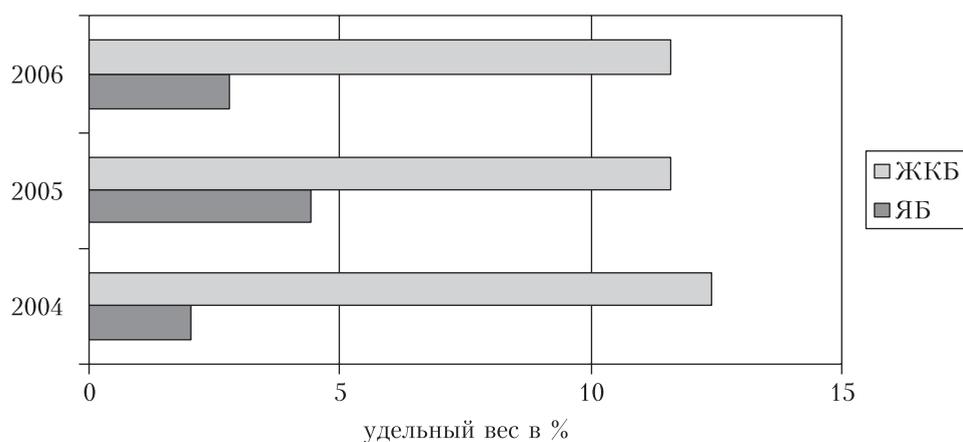


Рисунок 3

Оперативная активность по ЖКБ и язвенной болезни



- наличие идиопатического рецидивирующего панкреатита;
- при рецидивирующих билиарных коликах у больных с наличием неизмененного желчного пузыря и холедоха и при нормальном составе пузыря желчи.

Цель лечения больных, перенесших холецистэктомию — восстановить нормальное поступление желчи и панкреатического секрета из билиарных и панкреатических протоков в двенадцатиперстную кишку. Задачи лечения: нормализовать химический состав желчи, восстановить проходимость сфинктера Одди,

восстановить нормальный состав кишечной микрофлоры, нормализовать процессы пищеварения и моторику тонкой кишки для профилактики дуоденальной гипертензии.

Для профилактики образования желчных сладжей или камней во внепеченочной билиарной системе рекомендуется:

- ограничение (но не полное исключение) приема продуктов, содержащих холестерин (жиры животного происхождения) и жирные кислоты (жиры, прошедшие термическую обработку свыше 100°C – жареные продукты);
- регулярный 4-6-кратный прием пищи;
- медленное снижение массы тела. При использовании низкокалорийных диет (2110 кДж/сут и ниже), голодании, проведении шунтирующих операций необходимо дополнительное назначение урсодезоксихолевой кислоты в дозе 10 мг/кг в сутки;
- добавление в пищевой рацион пищевых волокон, содержащихся в продуктах растительного происхождения, или пищевых добавок (отруби и др.). При этом овощи, фрукты, травы лучше использовать после термической обработки (отварные, запеченные). Отруби могут применяться в виде готовых завтраков (каша, хлеб) и патентованных препаратов;
- обеспечение ежедневного стула.

Медикаментозное лечение дисфункции сфинктера Одди направлено на снятие спазма гладкой мускулатуры последнего. С этой целью используется ряд препаратов, обладающих спазмолитическим эффектом. Продолжительность лечения составляет 5-7 дней. Целесообразность использования данных препаратов обусловлена их способностями:

- связывать органические кислоты, что приводит к уменьшению осмолярности кишечного содержимого и прекращению тока жидкости в просвет кишки;
  - повышать интрадуоденальный уровень рН, что создает условия для нормальных процессов пищеварения;
  - связывать деконъюгированные желчные кислоты, что уменьшает секреторную диарею и их повреждающее действие на слизистую оболочку;
  - уменьшать всасывание антибактериальных препаратов, что повышает их концентрацию в просвете кишки и усиливает антибактериальный эффект, а также уменьшает побочные действия препаратов.
- Таким образом, своевременная и правильная оценка клинической симптоматики, развивающейся у больных после операции холецистэктомии, дает возможность подобрать адекватную терапию и, в результате, существенно улучшить качество жизни пациентов с заболеваниями гепатобилиарной системы.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Григорьева, И.Н. Желчнокаменная болезнь (патогенез, диагностика, клиника и лечение) /И.Н. Григорьева. – Новосибирск, 2004. – 77 с.
2. Постхолецистэктомический синдром: диагностика и лечение /П.Я. Григорьев, Н.А. Агафонова, И.П. Солуянова и др. //Лечащий врач. – 2004. – № 4. – С. 29-34.
3. Диагностика и лечение заболеваний желчевыводящих путей: Учебное пособие /под ред. Маева И.В. – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2003. – 96 с.
4. Ильченко, А.А. Желчнокаменная болезнь /А.А. Ильченко. – М.: «Анахарсис», 2004. – 200 с.
5. Мараховский, Ю.Х. Желчнокаменная болезнь: современное состояние проблемы /Ю.Х. Мараховский //РЖГК. – 2003. – № 1. – С. 81-92.
6. Хазанов, А.И. Постхолецистэктомический синдром. Диагностика и лечение внутренних болезней /А.И. Хазанов. – М.: «Медицина», 1992. – Т. 3. – С. 291-300.

### РЕАКЦИЯ НА НЕПРАВДУ

**Все мы иногда говорим неправду – просто так или преследуя свои конкретные цели. Об этом может так никто и не узнать, но вот только собственный желудок не проведешь. Как показали исследования, проведенные в Техасском университете – когда человек произносит слова, даже минимально не соответствующие правде, его желудок начинает активно «возмущаться» в прямом смысле этого слова.**

**В общем, не любит желудок обмана и, зная эту особенность человеческого организма, ученые собираются изобрести детектор лжи нового поколения, основанный на реакции желудка.**

По материалам журнала MensHealth.  
Источник: [www.medplaneta.ru](http://www.medplaneta.ru)

В.П. Вавилова, А.М. Вавилов, И.А. Нечаева, О.А. Вайман

Кемеровская государственная медицинская академия,

МУЗ Детская клиническая больница № 7,

г. Кемерово

# ПЕРСПЕКТИВА СОВМЕСТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ И ИХ РОДИТЕЛЕЙ

Представлена эффективность проведения современных реабилитационных мероприятий у 280 детей в возрасте 5–7 лет, часто болеющих острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ), проходивших курс реабилитации индивидуально, и 120 детей того же возраста и той же патологии, получавших реабилитацию одновременно с матерью. Отслежено влияние различных немедикаментозных методов реабилитации на показатели неспецифических факторов защиты и местного иммунитета слизистой верхних дыхательных путей, эмоциональный статус (уровень тревожности) матери и ребенка. На фоне всех методов реабилитации нормализовались показатели местного иммунитета (лизоцим, фагоцитирующая активность нейтрофилов, IgA), но максимальная продолжительность результата (6 месяцев) отмечена после квантовой терапии. Одновременная реабилитация матери и ребенка позволяет пролонгировать полученный эффект.

*Ключевые слова: часто болеющие дети, немедикаментозная реабилитация, заболеваемость.*

There was represented the effectiveness of modern rehabilitation activities among 280 children at the age of 5–7 years old, often sick with acute respiratory virus infections and taking the course of rehabilitation individually, and 120 children of the same age with the same pathology, taking rehabilitation simultaneously with mothers. There was revealed the influence of different non-medical rehabilitation methods upon the indications of non-specific defence factors and of local immunity of upper respiratory ducts mucous, emotional status (anxiety level) of mothers and child: on the phone of rehabilitation methods local immunity indications (lizocym, phagocytum activity of neutrophils, IgA) were normalized, but maximal lasting of result (6 months) was marked after quantum therapy. The effect achieved after transcranial electrostimulation, lasts longer than after speleoclimatotherapy. The simultaneous rehabilitation of mother and child allows to prolong the achieved effect.

*Key words: often sick children, non-medical rehabilitation, sick rate.*

На сегодняшний день основным направлением в ведении детей, часто болеющих острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ), являются реабилитационные мероприятия, направленные на улучшение качества жизни, снижение уровня заболеваемости [1, 2, 3]. При проведении реабилитационного воздействия широко используются современные немедикаментозные технологии, поскольку реабилитация занимается коррекцией плохо поддающихся лекарственной терапии «хронических», а потому ухудшающих «качество жизни», состояний [4, 5]. Различные виды немедикаментозной реабилитации у часто болеющих детей оказывают неодинаковый эффект [6, 7].

**Цель исследования** – изучить эффективность современных реабилитационных мероприятий у детей, реабилитировавшихся индивидуально, и у детей, получавших реабилитацию одновременно с матерью.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Мы наблюдали 445 детей в возрасте 5–7 лет, входящих в группу часто и длительно болеющих детей и посещающих детские дошкольные образовательные учреждения. В зависимости от вида немедикаментозной реабилитации, были выделены следующие группы: транскраниальная электростимуляция (ТЭС), спелеоклиматотерапия (СКТ), квантовая терапия, и контрольная группа (45 детей), получавшая симптоматическую терапию в период заболевания ОРВИ (табл. 1).

В каждой группе выделялась подгруппа, где дошкольники проходили реабилитационный курс одновременно с высокотреховой матерью, поскольку высокий уровень тревожности матери способствует проявлению гиперопеки с ее стороны по отношению к ребенку и развитию частых стрессов у него. Посколь-

**Таблица 1**  
**Распределение детей по группам в зависимости от вида реабилитации**

	Транскраниальная электростимуляция	Спелеокли- матотерапия	Квантовая терапия	Всего
Реабилитация ребенка	75	71	134	280
Реабилитация матери и ребенка одновременно	37	31	52	120
Итого:	112	102	186	400

ку это неизбежно ведет к угнетению реакций неспецифической резистентности и местного иммунитета, то реабилитационные мероприятия целесообразно проводить не только ребенку, но и его матери [8].

В качестве методов контроля применяли лабораторно-инструментальные методы исследования:

- иммунологическое исследование: метод радиальной иммунодиффузии по G. Mancini – SIgA, IgA, IgG;
- определение неспецифических факторов защиты нефелометрическим способом по методу В.Г. Дорофейчук;
- назоцитограмма (А.Я. Осин, Л.А. Матвеева);
- исследование уровня тревожности по методике Темпла-Амена-Дорки у дошкольников, по Спилбергу – у матерей.

Обследование проводилось перед началом курса лечения, контроль – на 14-й день от начала реабилитации, через 3 месяца и 6 месяцев.

Полученные результаты исследований были обработаны на персональном компьютере типа AMD Sempron 2800 с использованием пакета программ Microsoft Excel – анализ данных (описательная статистика). Достоверными считались отличия при  $p < 0,05$ .

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

На фоне ТЭС-терапии достоверно снижался уровень тревожности ( $p < 0,001$ ), улучшались концентрационные способности. Эффект реабилитации сохранялся до 3-х месяцев. Достаточный уровень местного иммунитета (SIgA) сохранялся в течение 3-х месяцев ( $p < 0,001$ ). Неспецифические факторы защиты (лизоцим, ФАН) изменялись достоверно ( $p < 0,001$ ) и в течение всего периода наблюдения оставались на уровне эпизодически болеющих детей. Уровень заболеваемости снижался в 1,5 раза.

На фоне проведения СКТ также отмечено достоверное снижение уровня тревожности ( $p < 0,001$ ). Результативность терапии сохранялась на протяжении 3-х месяцев. В назоцитограмме восстанавливался мукоцилиарный транспорт, достоверно снижался уровень нейтрофилов. Показатели местного иммунитета (SIgA) улучшались и сохранялись в течение 1 месяца. Неспецифические факторы защиты – лизоцим, фагоцитарная активность нейтрофилов (ФАН) – сохранялись на уровне эпизодически болеющих детей в течение 6 месяцев. Уровень заболеваемости снижался в 1,5 раза.

При применении квантовой терапии отмечено достоверное улучшение мукоцилиарного транспорта, снижение уровня нейтрофилов до возрастной нормы, активация местного иммунитета (SIgA) и неспецифических факторов защиты (лизоцим). Результаты сохранялись в течение 6 месяцев. В посеве выявлена достоверная элиминация *Staphylococcus aureus*. Результативность терапии сохранялась на протяжении 3-х месяцев. Уровень заболеваемости снижался в 1,6 раза.

Для улучшения сотрудничества матери и ребенка, нормализации эмоционального фона дети получали различные виды немедикаментозной реабилитации совместно с высокотрещоужной матерью.

Проводя сравнительный анализ динамики показателей в группе детей, получавших ТЭС одновременно с матерью, и детей, реабилитировавшихся без матери, отмечено следующее. Эффект от реабилитационных мероприятий (нормализация SIgA, уровня тревожности) при одновременной реабилитации сохраняется до 6 месяцев ( $p < 0,01$ ).

Оценивая результативность спелеоклиматотерапии в группе детей, получавших реабилитацию вместе с матерью, отмечено следующее. Нормализация неспецифических факторов защиты (ФАН), местного иммунитета (SIgA) достоверно отличались от показателей детей, реабилитировавшихся без матери ( $p < 0,01$ ), пролонгированный результат сохранялся до 3-х месяцев. Благоприятный эмоциональный фон (средний уровень тревожности) сохранялся до 6 месяцев.

При одновременном назначении матери и ребенку квантовой терапии отмечено, что показатели неспецифических факторов защиты и местного иммунитета достоверно улучшаются, результативность сохраняется до 6 месяцев. Результаты, полученные при индивидуальной реабилитации ребенка, не отличаются от данных группы дошкольников, реабилитировавшихся вместе с матерью.

Сравнивая результативность различных методов немедикаментозной реабилитации, можно отметить следующее. Лизоцим достоверно ( $p < 0,001$ ) увеличивался во всех группах, по сравнению с исходным, и оставался таким на протяжении всего периода наблюдения (6 месяцев). Фагоцитарная активность нейтрофилов достоверно увеличивалась по сравнению с исходными данными ( $p < 0,001$ ). При индивидуальной реабилитации после транскраниальной электростимуляции результат сохранялся 3 месяца, после спелеоклиматотерапии – менее 1 месяца, а при проведении совместного курса реабилитации матери и ребенку пролонгированный эффект усиливался.

На секреторный иммуноглобулин при индивидуальной реабилитации самый продолжительный эффект (6 месяцев) оказывала квантовая терапия, а самый кратковременный (сразу после реабилитации) – спелеоклиматотерапия. В условиях реабилитации матери и ребенка уровень секреторного иммуноглобу-

лина на фоне транскраниальной электростимуляции оставался достаточным до 6 месяцев, а на фоне спелеоклиматотерапии — до 3-х месяцев.

На состояние эмоционального фона (уровень тревожности) при индивидуальной реабилитации достоверно положительно влияла транскраниальная электростимуляция, при этом группа пациентов со средним

уровнем тревожности являлась ведущей на протяжении всего периода наблюдения (6 месяцев), после 3-х месяцев отмечена тенденция к снижению числа среднетревожных пациентов (табл. 2).

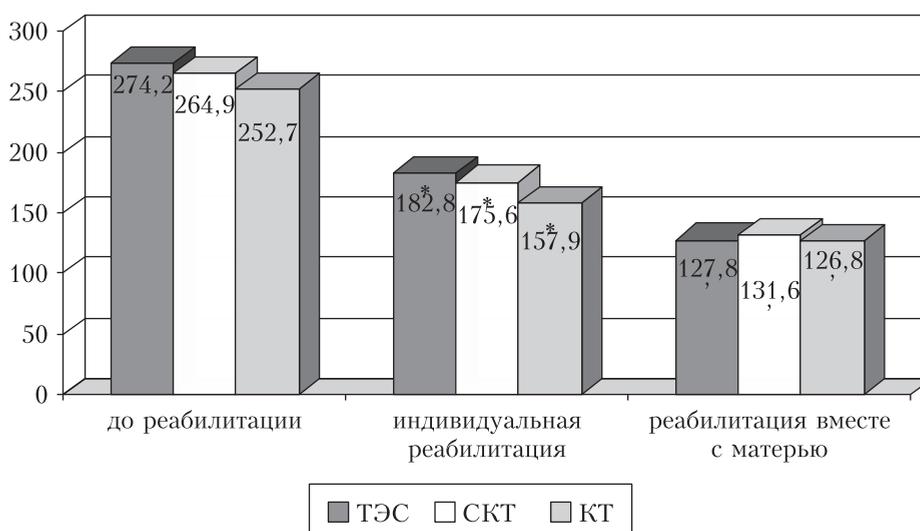
На фоне спелеоклиматотерапии при индивидуальной реабилитации результативность сохранялась в течение 3-х месяцев, при проведении реабилитации

**Таблица 2**  
**Уровни тревожности у часто болеющих детей, получавших реабилитационные мероприятия индивидуально (1 группа) и одновременно с матерью (2 группа)**

	Уровень тревожности					
	высокий		средний		низкий	
	1 группа	2 группа	1 группа	2 группа	1 группа	2 группа
ЭБД	13,5 ± 3,4		86,5 ± 6,4		-	
Транскраниальная электростимуляция						
Исходные	66,7 ± 6,4	67,6 ± 5,2	30 ± 6,2	29,7 ± 4,7	3,3 ± 1,6	2,7 ± 1,4
через 14 дней	10 ± 6,4'	10,8 ± 5,6	86,7 ± 6,2	86,5 ± 6,5	3,3 ± 1,6	2,7 ± 1,4
через 3 месяца	12,3 ± 5,9	10,8 ± 5,6	84,4 ± 6,5	86,5 ± 6,3	3,3 ± 1,6	2,7 ± 1,4
через 6 месяцев	15,8 ± 6,2'	13,5 ± 4,5*	79,9 ± 6,1*	83,8 ± 6,4*	3,3 ± 1,6	2,7 ± 1,4
Спелеоклиматотерапия						
Исходные	56 ± 6,4	62,2 ± 5,3	37,3 ± 4,6	32,4 ± 4,5	38,6 ± 6,2	6,7 ± 2,1
через 14 дней	16 ± 5,4	13,5 ± 4,4	78,7 ± 6,4	83,8 ± 6,2	31,3 ± 6,2	5,3 ± 1,8
через 3 месяца	22,7 ± 5,3	18,9 ± 4,6	72 ± 6,5	78,4 ± 6,3	36,7 ± 6,1	5,3 ± 1,8
через 6 месяцев	50,7 ± 5,8	40,5 ± 5,5?	44,0 ± 4,1?	56,8 ± 6,4???	37,5 ± 6,4	5,3 ± 1,8
Квантовая терапия						
Исходные	60,8 ± 6,3	61,5 ± 5,6	32,7 ± 5,4	32,8 ± 4,7	6,5 ± 2,8	5,7 ± 1,4
через 14 дней	62,4 ± 6,4	65,4 ± 5,3	30,6 ± 5,6	28,9 ± 6,5	7 ± 2,7	5,7 ± 1,4
через 3 месяца	61,3 ± 6,4	61,8 ± 5,6	32,2 ± 5,7	32,5 ± 6,3	6,5 ± 2,8	5,7 ± 1,4
через 6 месяцев	61,8 ± 6,3	63,5 ± 4,5	31,7 ± 5,7	30,8 ± 6,4	6,5 ± 2,8	5,7 ± 1,4

Примечание: \* - достоверность различий (P < 0,001) между транскраниальной электростимуляцией и спелеоклиматотерапией; ' - достоверность различий (P < 0,001) между квантовой терапией и транскраниальной электростимуляцией.

**Рисунок**  
**Динамика заболеваемости у детей, получавших реабилитационные мероприятия индивидуально и совместно с матерью**



Примечание: \* - достоверность различий (p < 0,001) между исходными данными и результатами индивидуальной реабилитации, ' - достоверность различий (p < 0,01) между результатами индивидуальной реабилитации и реабилитации совместно с матерью.

онных мероприятий одновременно матери и ребенку результат реабилитации сохранялся достоверно дольше ( $p < 0,01$ ).

Исходный уровень заболеваемости как в группах, получавших реабилитацию индивидуально, так и в группах, реабилитировавшихся вместе с матерями, был одинаков (рис.). После проведения немедикаментозного курса в группе индивидуальной реабилитации уровень заболеваемости снизился в 1,5 раза, по сравнению с исходными данными. Там, где пациенты получали реабилитацию одновременно с мате-

рю, уровень заболеваемости снижался в 2,1 раза, что является статистически значимым ( $p < 0,01$ ) как при сравнении с исходными данными, так и при сравнении с показателями пациентов, реабилитировавшихся индивидуально.

Таким образом, назначение реабилитационных мероприятий одновременно матери и ребенку увеличивает по времени эффект реабилитации, положительно влияя на показатели неспецифических факторов защиты и местного иммунитета слизистых верхних дыхательных путей и снижая уровень заболеваемости.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Макарова, А.Ю. Оценка состояния здоровья младших школьников в образовательных учреждениях г. Москвы /А.Ю. Макарова, С.Б. Александровский //Матер. IX Конгресса педиатров России. – М., 2004. – С. 263.
2. Мифтахова, М.З. Опыт оздоровления часто болеющих детей /М.З. Мифтахова, Г.В. Мифтахова, М.К. Гизатуллина //Казанский медицинский журнал. – 2000. – Том LXXXI, № 1. – С. 56-57.
3. Наседкин, А.Н. Лазеры в оториноларингологии /А.Н. Наседкин, В.Г. Зенгер. – М., 2000. – 140 с.
4. Мониторинг здоровья детей в условиях ДОУ /М.А. Потанина, Н.Е.Санникова, М.А.Сырочкина и др. //Матер. IX Конгресса педиатров России. – М., 2004. – С. 342.
5. Bergman K.C., Waldman R.H. //Rev. Infect. Dis. – 1988. – N 10. – P. 939-950.
6. Квантовая терапия в комплексном лечении часто болеющих детей с хроническим аденоидитом /Вавилова В.П., Гаращенко Т.И., Перевошикова Н.К. и др. – М.: ЗАО «МИЛТА-ПКП ГИТ», 2003. – 56 с.
7. Всероссийская научно-практическая конференция по квантовой терапии. 6-я /Материалы. – М., 2003.
8. Вавилова, В.П. Научное обоснование системы здоровьесберегающих технологий у детей в учреждениях образования /В.П. Вавилова: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Екатеринбург, 2003. – 36 с.



### НАГРУЖАЙТЕ СЕБЯ В МЕРУ!

**Активные занятия спортом хороши, когда организм еще молод, и человек способен выкладываться до предела – ему все нипочем. Однако с возрастом организму становится все труднее и труднее переносить такие нагрузки.**

**Кардиологи из США пришли к мнению, что люди после 40 лет должны придерживаться среднего или умеренного режимов тренировок, так как в этом возрасте самое благотворное действие на сердечно-сосудистую систему оказывают именно такие нагрузки. Им будет вполне достаточно занятий в спортзале в течение 1,5–2 часов каждую неделю и получасовых прогулок каждый день. Доктора рекомендуют людям, перешедшим сорокалетний рубеж, ни в коем случае не переусердствовать при выполнении упражнений.**

По материалам журнала **MensHealth**.  
Источник: [www.piluli.kharkov.ua](http://www.piluli.kharkov.ua)

Н.В. Ухтина, А.М. Селедцов, Л.М. Волгин, В.В. Городничев, И.В. Иванец

Кемеровская государственная медицинская академия,  
Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии,  
Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница,  
г. Кемерово

## К ВОПРОСУ ОБ АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ С ИСХОДОМ В АМНЕСТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

В статье обсуждается клиническое содержание алкогольных психозов с исходом в амнестический синдром, особенности и типы течения этих расстройств. Рассмотрены некоторые схемы лечения, проанализирована их результативность.

**Ключевые слова:** амнестические и когнитивные расстройства, корсаковский психоз, энцефалопатия, деменция.

In article the clinical contents alcoholic psychosis with outcome in amnesic syndrome, modern features and types of current amnesic of frustration is discussed. Some circuits of treatment amnesic of frustration are considered, the results of treatment are analyzed.

**Key words:** amnesic, cognitive disorders, psychosis of Korsakov, encephalopathy, dementia.

За 11 месяцев текущего года в отделении неотложных состояний КОКПБ были пролечены 1078 больных, перенесших металкольные психозы, из них 1,7 % (18 человек) составили больные, перенесшие алкогольные психотические расстройства с исходом в амнестический синдром (амнестические расстройства, корсаковский психоз) по МКБ-10.

Средний возраст больных составил 56 лет. Давность алкоголизма до 10 лет – 2 больных (11 %), от 10 до 20 лет и более 20 лет – по 8 человек (по 44,5 %). По нашим данным, 12 больных (67 %) поступили в КОКПБ впервые, из них 50 % ранее состояли на учете у наркологов по поводу люцидного алкоголизма, наблюдались у неврологов по поводу ишемии головного мозга, полинейропатии.

Высшее образование – у 3 больных (17 %), средне-специальное – у 7 (39 %), среднее – у 2 (11 %), неполное среднее – у 6 больных (33 %). Пенсионерами являются 7 человек, из остальных больных трудоспособного возраста работал лишь один (электриком, имея высшее техническое образование). Семейное положение: только 4 больных (22 %) живут с женами или сожительями, остальные семью утратили: 11 больных (61 %) одиноки, а трое (17 %) находятся на иждивении родственников. Неблагоустроенные жилищные условия имеют 10 больных (61 %).

Из общего числа больных, перенесших металкольные психозы с исходом в амнестический син-

дром, у трети больных (6 человек), наблюдалась клиника корсаковского психоза.

Корсаковский амнестический психоз относят к алкогольным энцефалопатиям, развивающимся, как правило, в динамике 3 стадии алкоголизма с затяжными, продолжающимися месяцами запоями, либо при непрерывном употреблении спиртных напитков на фоне снижающейся толерантности [1]. Одной из причин в развитии корсаковского амнестического психоза является дефицит тиамина. Действие алкоголя связано, главным образом, с замещением в рационе питания продуктов, содержащих тиамин, но также обусловлено увеличением потребности организма в витаминах группы В, которые необходимы для обмена углеводов, поставляемых самим алкоголем, а также нарушениями абсорбции витаминов в ЖКТ [2, 3]. Большую роль в развитии энцефалопатии играет низкое качество спиртных напитков, чаще всего суррогаты, крепленые вина и спиртосодержащие жидкости, имеющие достаточно высокую токсичность [4].

В настоящее время корсаковский или алкогольный полиневритический психоз не всегда сопровождается полиневритами в классической форме «алкогольного паралича», описанного С.С. Корсаковым [5, 6].

Во всех наблюдаемых нами случаях психотическому эпизоду предшествовали ощущения слабости, онемения в нижних конечностях, нарушения походки, только в одном случае диплопия. После массив-

ной и длительной (около месяца) интоксикации развивался тяжелый алкогольный делирий.

Доминирующим психическим нарушением на prodromальном этапе являлась астения с преобладанием слабости, безразличием к окружающему, пассивностью, бессилием, малоподвижностью. Одними из постоянных жалоб в этот период были жалобы на нарушение сна, резкое снижение аппетита вплоть до полной анорексии. Делирий, как правило, начинался с появления тревожного настроения, наплыва ярких представлений, гиперестезий, отвлекаемостью внимания. В дальнейшем у больных появлялись зрительные иллюзии, парейдолии, высказывания становились все более и более непоследовательными. Парейдолии сменялись зрительными галлюцинациями, чаще сценopodobными.

Для возникающих делириозных состояний была характерна бедность иллюзорных и галлюцинаторных расстройств без какой-либо делириозной ситуации, статичность и однообразие зрительных обманов. Вербальные и тактильные галлюцинации были необильны, а аффективные нарушения монотонны и лишены оттенков и напряженности.

Двигательное возбуждение больных ограничивалось пределами постели. Появлялись хореоформные, атетеозоподобные гиперкинезы, появлялся так называемый признак «обирания»: больные стягивали с себя какие-то нити, ловили что-то в воздухе, натягивали и стягивали с себя простыню. Такого рода движения были бессвязны и порой недостаточно координированы.

В 2-х случаях корсаковский психоз развивался постепенно. На фоне неврологической симптоматики в течение месяца родственники замечали неадекватное поведение:

*Больной Е. подходил к сыну, будил его в институт, хотя сын уже давно работает, искал давно умерших родственников. Рассказывал, что сам был на рыбалке, в отделении говорил, что учится на 3-м курсе института.*

*Больной К. уходил из дома, не мог найти дорогу обратно, утверждал, что работает, живет с женой, хотя на самом деле на пенсии и живет один.*

После прояснения сознания выявлялись типичные амнестические расстройства: фиксационная амнезия, дезориентировка в месте и времени, ложные воспоминания (конфабуляции). В течение некоторого времени наблюдались эпизоды делириозного помрачения сознания в вечерние и ночные часы, инсомния, нарушения физиологических отправлений.

Психические симптомы всегда сочетались с неврологическими и соматическими. В 100 % случаев заключение невролога подтверждало наличие энцефалополлиневропатии, вестибулоатактического синдрома.

Данные электроэнцефалографии выявляли значительные изменения микроструктурного и регуляторного характера, выраженную дисфункцию регулирующих неспецифических структур мозга.

При алкогольных энцефалопатиях особенно выражены сопутствующие соматические заболевания:

общая дистрофия наблюдалась у 28 % больных, патология печени — в 100 % случаев (из них, хронический гепатит смешанной этиологии — у 37 %), анемия — у 22 %, хронический бронхит — у 33 %, атеросклероз аорты, церебральных сосудов, кардиосклероз, артериальная гипертензия — у 39 %, хроническая ишемия головного мозга — у 11 %, хронический гастрит, энтероколит — около 50 %.

В связи с грубыми метаболическими нарушениями, снижением иммунитета, в процессе лечения двое больных перенесли пневмонию, один — обострение туберкулезного процесса. Переломы конечностей отмечены у четырех человек. Улучшение соматического состояния способствовало регрессирующему течению энцефалопатических расстройств.

*Больной М, 45 лет, ранее трижды переносил металкольный психоз. После длительного запоя поступил с явлениями делириозного помрачения сознания. В течение 3-х недель состояние больного определялось тяжелым делирием (был дезориентирован в месте и времени, без выраженного эмоционального аффекта, обирался, что-то тянул изо рта, периодически с кем-то переговаривался). В дальнейшем в течение 11 недель состояние больного определялось энцефалопатией с делириозными эпизодами в ночное время и амнестическими расстройствами (явления фиксационной амнезии). В соматическом статусе больного превалировала выраженная астения, нарушения трофики тканей (пролежни), железодефицитная анемия, кардиомиопатия, хронический гепатит смешанной этиологии, хронический гастрит, энтерит. Себя не обслуживал, наблюдались явления вегетативной дисфункции. Проводилось лечение ноотропами, курсовое лечение витаминами. В процессе лечения улучшилось и соматическое состояние больного. Улучшение соматического состояния коррелировало с обратным развитием явлений энцефалопатии: стал ориентироваться в отделении, более активным, смотрел телепередачи, расстройства памяти не выявлял, интересовался сроками выписки. Состояние больного к моменту выписки определялось психоорганическим синдромом, астеническим вариантом, с легкими когнитивными расстройствами, снижением уровня суждений и умозаключений.*

Все больные получали стандартную схему лечения: ноотропы, курсовое лечение витаминами группы В, РР. Курс лечения составил, в среднем, 16 недель.

Четверо больных (22 %) получали лечение препаратом нейропротективного действия — Акатинол Мемантин, являющимся селективным блокатором NMDA-глутаматных рецепторов. Механизм действия его связан с модулированием глутаматэргической передачи, которая опосредует кортико-кортикальные и кортико-субкортикальные взаимосвязи в головном мозге. Препарат назначался с 4-й недели стандартного лечения по рекомендуемой схеме (терапевтическая доза 20 мг). Спустя 3 недели лечения поведение становилось более упорядоченным, нормализовались сон и физиологические отправления.

Курс лечения Акаатином Мемантином составил 7,5 недель. Средняя длительность курса лечения — 11,5 недель. По окончании лечения двое больных вернулись к своей обычной жизни (улучшились когнитивные способности, память, повседневная активность). Одному больному определена 2-я группа инвалидности, один больной сменил место жительства, катамнестические сведения не известны.

Другая, большая, часть больных (14 человек или 77 %) получали стандартную рекомендуемую схему лечения: ноотропы, курсовое лечение витаминами группы В, РР. Курс лечения составил 14 недель. Неблагоприятный исход (алкогольная деменция) наблюдался в 14 % случаев (2 человека), им определена 1-я группа инвалидности. У остальных больных отмечалось улучшение когнитивных процессов, их состояние определялось более или менее выраженным психоорганическим синдромом.

Таким образом, корсаковский психоз и амнестический синдром наблюдаются преимущественно у людей трудоспособного возраста. Для возникающих делириозных состояний характерна бедность иллюзорных и галлюцинаторных расстройств без какой-либо делириозной ситуации, статичность и однообразие зрительных обманов. Вербальные и тактильные галлюцинации необильны, а аффективные нарушения монотонны и лишены оттенков и напряженности. В

двигательном возбуждении преобладают стереотипные действия. После прояснения сознания выявляются типичные амнестические расстройства: фиксационная амнезия, дезориентировка в месте и времени, ложные воспоминания (конфабуляции). Заболевание может приводить к крайне неблагоприятному исходу — алкогольной деменции. Наличие в клинической картине амнестического синдрома преходящих делириозных включений можно рассматривать как благоприятный прогностический признак. В большинстве наблюдаемых нами случаев амнестический синдром носит регрессирующий тип течения. Улучшение соматического состояния способствует регрессирующему течению проявлений энцефалопатии.

Применение нового нейропротективного препарата Акаатиол Мемантин сокращает время пребывания в стационаре. Терапевтический эффект наблюдается, в среднем, спустя 3 недели от начала приема препарата с нормализации сна, вегетативных функций, повышения повседневной активности и упорядоченности поведения.

Необходима дальнейшая разработка более эффективных схем лечения мнестических расстройств в структуре алкогольно-токсической энцефалопатии, что позволит улучшить качество лечения, сократить сроки пребывания в стационаре таких больных, и снизить первичный выход на инвалидность.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Ramayya, A. Increasing incidence of Korsakoff psychosis in the East End of Glasgow /Ramayya A., Jauhar P. //Alcohol and alcoholism. — 1997. — N 32. — P. 281-285.
2. Дамулин, И.В. Деменция при дефицитарных состояниях и алкоголизме /Дамулин И.В. //Неврологический журнал. — 2005. — Т. 10, № 5. — С. 4-8.
3. Дамулин, И.В. Неврологические расстройства при алкоголизме /Дамулин И.В. //Неврологический журнал. — 2004. — Т. 9, № 2. — С. 4-10.
4. Морозов, Г.В. Алкоголизм: Руководство для врачей /Морозов Г.В., Рожнов В.Е., Бабаян Э.А. — М.: «Медицина», 1983. — С. 254-255.
5. Кузнецова, Ц.В. Клиника алкогольных энцефалопатий с грубыми интеллектуально-мнестическими нарушениями /Кузнецова Ц.В. //Социальная и клиническая психиатрия. — 2003. — Т. 13, № 1. — С. 70-76.
6. Энтин, Г.М. Лечение алкоголизма /Энтин Г.М. — М.: «Медицина», 1990. — С. 259-261.

### ЧТО ЗА НАПАСТЬ?

**Наши болезни напрямую связаны с нашими мыслями и чувствами по отношению к себе и миру. Иначе как объяснить полученные учеными из Германии данные о зависимости эпилепсии от общего эмоционального фона?**

**Ученые утверждают, что причиной этого недуга является ни что иное, как депрессивное состояние. До этого считалось, что депрессия — это следствие болезни, а не ее причина. Самым неприятным фактом является то, что при наличии депрессии вкупе с эпилепсией риск самоубийства возрастает в четыре раза. Да, невеселая что-то картина получается.**

**По материалам журнала MensHealth.  
Источник: [www.medplaneta.ru](http://www.medplaneta.ru)**

Т.А. Визило, Е.Ю. Плотникова, А.Д. Визило  
 ФГ ЛПУ Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров,  
 г. Ленинск-Кузнецкий  
 Кемеровская государственная медицинская академия,  
 г. Кемерово

## ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ

Проведено клиническое неврологическое исследование вегетативной нервной регуляции 35 человек в возрасте от 20 до 45 лет с последствиями черепно-мозговых травм и 25 человек группы контроля. При хронической посттравматической энцефалопатии, наиболее частым последствием черепно-мозговых травм, преобладали клинические синдромы: вегетативной дисфункции (80 %), астенический (75 %), ликвородинамических нарушений (30 %), церебрально-очаговый (23 %). Часто выявляли сочетание 2 (у 60 % обследованных), 3 и более (у 30 %) синдромов. Медикаментозное лечение с включением курса атаракса оказывало эффективное влияние на синдром вегетативной дисрегуляции и астенический синдром, достоверно уменьшало нарушения приспособительной активности у этой группы больных.

**Ключевые слова:** черепно-мозговая травма, вегетативная дисфункция, атаракс.

A clinical study of neurological and autonomic nervous regulation of 35 people aged 20 to 45 years with the effects of craniocerebral injuries, and 25 people control group. In chronic post-traumatic encephalopathy, the most frequent consequence of craniocerebral trauma, dominated clinical syndromes: vegetative dysfunction (80 %), asthenic (75 %), likvorodinamic violations (30 %), cerebrovascular Temple (23 %). Often, a combination identified 2 (60 % surveyed), 3 or more (30 %) syndromes. Medically treated with the inclusion rate Ataraks has effective influence on dizregulation vegetative syndrome, asthenic syndrome and reliably reduce violations adaptive activity of this group of patients.

**Key words:** craniocerebral trauma, micropropagation dysfunction, ataraks.

Лечение и реабилитация больных с последствиями черепно-мозговой травмы (ЧМТ) — одна из важнейших медико-социальных проблем [1]. Это связано с увеличением частоты встречаемости ЧМТ вследствие роста числа дорожно-транспортных происшествий, экстремальных видов спорта, расширения зон военных конфликтов.

Ежегодно ЧМТ регистрируется у 2-4 человек на 1000 жителей, причем среди получивших травму преобладают лица молодого трудоспособного возраста. Совершенствование интенсивной терапии и успехи нейрохирургии привели к существенному снижению летальности у этой категории больных и поставили на первое место проблему лечения травматической болезни головного мозга. Наиболее важны в социальном и экономическом отношении последствия ЧМТ, поскольку они могут приобрести хронический характер, ухудшая качество жизни пациентов, снижая их трудоспособность и приводя нередко к стойкой инвалидизации. Программа лечения и медицинской реабилитации пациентов с последствиями ЧМТ, осо-

бенно трудоспособного возраста, должна подбираться индивидуально, с учетом патоморфологических, клинических и личностных особенностей пациента.

Сегодня существует большое число препаратов [2] с мощным анксиолитическим, по существу противотревожным, действием, но среди них очень мало так называемых небензодиазепиновых атарактидов, к которым относится гидроксизина гидрохлорид (атаракс).

Вейн А.М. предлагает схему возникновения соматических заболеваний через активацию психическими факторами вегетативно-эндокринной системы: стрессор → стресс → симпатическая активация → гормональная активация → нарушения тканевого обмена → соматические заболевания [3]. К сожалению, устранить стрессорные факторы не всегда возможно. Сегодня необходимо думать о том, как сделать человека «стрессоустойчивым», как снизить его чувствительность к стрессу. С этой целью возможно использование психотерапевтических воздействий и психотропных средств. Атаракс оказывает положительное

влияние на неспецифические невротические феномены, когнитивные функции, легко комбинируется с другими препаратами, поэтому может с успехом включаться в комплексную программу лекарственной терапии самых различных заболеваний.

Длительное время в клинической и экспериментальной фармакологии шла гонка за мощными препаратами, анксиолитическое и седативное действие которых превосходило бы известные препараты. В результате целый ряд средств, который показан в психиатрической практике, оказался непригоден для лечения пограничных состояний. И только теперь становится понятна необходимость пристального изучения препаратов, подобных атараксу, наделенному не только анксиолитическим действием, но и вегетонормализующим. Атаракс как анксиолитический и вегетотропный препарат, снимает психические проявления стресса на уровне парасимпатической и симпатической активности. Он является средством профилактики многих соматических заболеваний.

**Цель работы** — исследование и коррекция психо-вегетативных нарушений с последствиями черепно-мозговых травм.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 35 человек в возрасте 20-45 лет с последствиями ЧМТ. Контрольную группу составили 25 пациентов аналогичного пола и возраста без ЧМТ в анамнезе. Проводили клиническое неврологическое и исследование вегетативной нервной регуляции.

Больные прошли тщательное клиническое обследование по общепринятой в неврологической клинике схеме. Длительность периода от момента получения травмы составила от 1 года до 10 лет. По тяжести травмы обследуемые распределились следующим образом: последствия нетяжелых травм мозга (сотрясение и ушиб легкой степени) были представлены в 7 случаях (20 %), ушиб средней степени тяжести — 24 случая (68,3 %), ушиб тяжелой степени, проникающее ранение и сдавление головного мозга — 4 случая (11,7 %). Из числа обследованных исключали лиц, у которых помимо ЧМТ была диагностирована соматическая патология или другие заболевания ЦНС.

При изучении функции вегетативной нервной системы использовался метод математического анализа сердечного ритма по Баевскому Р.М., который наиболее полно отражает состояние адаптационно-компенсаторных механизмов целостного организма [4, 5, 6]. Вычислялись показатели, характеризующие активность различных звеньев вегетативной нервной системы: Мо — мода (гуморальный канал центральной регуляции сердечного ритма); АМо — амплитуда моды (центральное нервное звено симпатической регуляции); ВР — вариационный размах (автономное, парасимпатическое звено). Оценивался спектральный состав ритма сердца: ДВ — дыхательные волны (средняя мощность спектральной функции с

периодом 0,15-0,35 Гц/сек<sup>2</sup>, характеризует активность автономного контура регуляции, преимущественно парасимпатических влияний), МВ1 — медленные волны 1 порядка (средняя мощность спектральных функций при 0,05-0,15 Гц/сек<sup>2</sup>, характеризует активность центрального контура регуляции, преимущественно симпатических влияний), МВ2 — медленные волны второго порядка (средняя мощность спектральных функций при 0,004-0,05 Гц/сек<sup>2</sup>, характеризующие нарушение гуморального уровня регуляции). Вычислялись интегральные показатели (индексы), характеризующие соотношения первичных показателей: ИН — индекс напряжения (отражает степень централизации управления ритмом сердца); ИВР — индекс вегетативного равновесия (соотношение активности симпатического и парасимпатического звеньев); КОП — индекс ортостатической пробы (направленность и степень изменения функционирования вегетативной нервной системы, преимущественно симпатического ее отдела). Общая оценка активности регуляторных систем (ПАРС) проводилась по суммарному эффекту регуляции, функции автоматизма, вегетативному гомеостазу, устойчивости регуляции и активности подкорковых систем. ПАРС — является интегральным показателем, отражающим общую реакцию организма на воздействие факторов окружающей среды.

Также использовалась таблица Вейна-Соловьевой, которая сочетает в себе регистрацию жалоб, анамнеза, субъективных и объективных симптомов с последующей балльной оценкой каждого показателя и вычислением вероятности преобладания симпатического или парасимпатического отделов вегетативной нервной системы.

После тщательного обследования каждому больному в комплексе лечения назначался препарат Атаракс по 12,5 мг 2 раза, утром и в обед, и 25 мг на ночь в течение 7 дней, затем по 25 мг 2 раз в день утром и вечером 20 дней.

Полученные данные обрабатывались при помощи оригинальной компьютерной программы «Corveg» (свидетельство об официальной регистрации № 200061883 от 08.09.00 Российского Агентства по патентам и товарным знакам). Оценивалась достоверность различий абсолютных и относительных показателей с использованием коэффициента t Стьюдента для трех уровней значимости — 5 %, 1 %, 0,1 %.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Наиболее частым последствием ЧМТ являлась хроническая посттравматическая энцефалопатия, которая в настоящее время рассматривается как динамический процесс с склонностью к прогрессивному течению. У больных посттравматической энцефалопатией мы наблюдали следующие клинические синдромы: вегетативной дисфункции (80 %), астенический (75 %), ликвородинамических нарушений (30 %), церебрально-очаговый (23 %). Обычно у больного отмечалось несколько синдромов, различных по харак-

теру и степени выраженности, ведущим считали тот синдром, клинические проявления которого, субъективные и объективные, были наиболее выражены и доминировали в период госпитализации. У 60 % больных выявлены симптомы двух синдромов, у 30 % — трех и более.

В периоде отдаленных последствий ЧМТ состояние декомпенсации наступало под влиянием различных внешних факторов: переутомления в условиях выполнения профессиональной деятельности, при значительном увеличении умственных и физических нагрузок, перепадах барометрического давления, изменении погоды, климатических условий, интеркуррентных заболеваниях, после длительного эмоционального напряжения, алкоголизации, а также при повторных ЧМТ.

Синдром вегетативной дистонии наблюдался у 28 пациентов (80 %) и характеризовался преходящим повышением или понижением артериального давления, синусовой тахикардией, нарушениями терморегуляции (преходящим субфебрилитетом, термоасимметриями). У больных наблюдались пароксизмальные состояния по типу симпатико-адреналовых или ваго-инсулярных кризов, чаще по смешанному типу. При неврологическом исследовании обращали на себя внимание признаки, указывающие на лабильность или даже извращенность вегетативной иннервации. Больные легко краснели или бледнели, у них наблюдались потливость или сухость кожи, гиперсаливация или сухость во рту. При этом иногда отмечалось отсутствие адекватных вегетативных реакций на внешние раздражения. Например, потливость появлялась на холоде, а сухость кожи — во время жары. При осмотре отмечался акроцианоз конечностей, гипергидроз, изменения дермографизма.

У 26 пациентов (75 %) в клинической картине имел место астенический синдром, проявлявшийся жалобами на быструю истощаемость и утомляемость, повышенной чувствительностью к дополнительным нагрузкам. Больные испытывали постоянные или перемежающиеся головные боли, причем типичным было возникновение или усиление головных болей в процессе работы, во время утомительного разговора, при перемене погоды, езде в трамвае или автомашине. Пациенты также предъявляли жалобы на снижение памяти, повышенную утомляемость, ослабление или утрату способности к продолжительному умственному напряжению. Для пациентов были характерны трудности в сосредоточении внимания и выполнении интеллектуальных задач, эмоциональная лабильность, полиморфные проявления вегетативной дистонии, ипохондрия. При травматической астении характерным нарушением па-

мяти являлось снижение ее на текущие события. При использовании таких методов исследования памяти, как «заучивание 10 слов» и «воспроизведение текстов», выявлялись мнестические расстройства в форме снижения опосредованной, смысловой памяти и механического запоминания, и уменьшения объема кратковременной памяти.

У 11 человек (30 %) выявлен синдром нарушений ликвородинамики, наиболее часто в виде посттравматической гидроцефалии. Пациенты предъявляли жалобы на распирающие головные боли, чаще в утренние часы, тошноту, иногда с рвотой на высоте головной боли, головокружения, нарушения походки.

У 6 пациентов (18 %) ведущим в клинической картине являлся церебрально-очаговый синдром с двигательными нарушениями в форме параличей и парезов, соответствующими двигательным нарушениям изменениями чувствительности в виде анестезии или гипестезии, признаками поражения черепных нервов, корковыми очаговыми расстройствами.

После проведенного медикаментозного лечения (1-я группа больных) и медикаментозного лечения с включением курса атаракса (2-я группа) проведен анализ изменений клинико-неврологической симптоматики больных. Результаты представлены в таблице 1.

Как видно из таблицы, медикаментозное лечение не оказывало существенного влияния на нарушения приспособительной активности больных, хотя уменьшало выраженность клинических проявлений большинства синдромов. Медикаментозное лечение с включением курса атаракса оказывало эффективное влияние на синдром вегетативной дисрегуляции, астенический синдром, и достоверно уменьшало нарушения приспособительной активности у этой группы больных.

Проведен анализ результатов выполнения больными нейропсихологических тестов. После медикаментозного лечения результаты выполнения нейропсихологических тестов достоверно не изменились. После медикаментозного лечения с применением курса атаракса достоверно уменьшилось среднее время выполнения пробы Шульте. Отмечено увеличение аккуратности при выполнении пробы Бурдона и теста

**Таблица 1**  
Влияние медикаментозного лечения и медикаментозного лечения с включением курса атаракса на клинико-неврологическую

Синдромы	Медикаментозное лечение		Медикаментозное лечение с курсом атаракса	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Церебрально-очаговый	1,19 ± 0,2	1,11 ± 0,2	1,19 ± 0,2	1,11 ± 0,2
Ликвородинамических нарушений	0,73 ± 0,1	0,68 ± 0,1	0,73 ± 0,1	0,68 ± 0,1
Астенический	1,29 ± 0,1	1,13 ± 0,1	1,29 ± 0,1	1,13 ± 0,1
Вегетативной дисрегуляции	1,73 ± 0,2	1,61 ± 0,2	1,73 ± 0,2	1,61 ± 0,2
Нарушение приспособительной активности	1,81 ± 0,3	1,75 ± 0,3	1,81 ± 0,3	1,75 ± 0,3

Примечание: \* - достоверность различий ( $p < 0,05$ ) с контролем.

Крепелина, что выразилось в статистически значимом уменьшении количества допускаемых ошибок. Количество строк, прорабатываемых пациентом, существенно не изменилось как в пробе Бурдона, так и в тесте Крепелина. Зафиксировано достоверное увеличение речевой активности больных по результатам каждого из трех субтестов пробы: увеличилось количество слов при выполнении пробы на свободные ассоциации, на называние глаголов и на называние растений. Уменьшилось количество допускаемых ошибок в каждом из трех субтестов. Для анализа динамики показателей памяти были взяты результаты первого, последнего непосредственных воспроизведений и отсроченного воспроизведения. Была отмечена статистически значимая положительная динамика всех вышеперечисленных показателей: увеличилось количество слов при первом, последнем непосредственном и отсроченном воспроизведении.

При частотном анализе ритма сердца в группе отмечалось усиление симпатического влияния по всем показателям. А в активном ортостазе наблюдалось сохранение адекватного симпатического и парасимпатического ответов. Интегральный показатель частотного спектра на фоне лечения улучшался. При спектральном анализе сердечного ритма сохранялась тенденция усиления симпатического влияния по всем

видам волн. Индексы регуляторных систем вегетативной нервной системы достоверно указывали на преобладание симпатических влияний в покое и в активном ортостазе.

При оценке вегетативного тонуса достоверно чаще встречалась ваготония ( $p < 0,05$ ), что не является характерным для обследуемой группы пациентов. Вегетативная реактивность достоверно чаще была асимпатикотонической и гиперсимпатикотонической ( $p < 0,05$ ).

Проведенные нами исследования указывают на тенденцию к ваготонии у пациентов с последствиями черепно-мозговых травм в покое. Известно, что преимущественное преобладание тонуса, реактивности и обеспечения деятельности симпатического отдела вегетативной нервной системы является компенсаторным усилением адаптивных механизмов и указывает на стремление организма к сохранению гомеостаза, что не наблюдалось у исследуемых пациентов.

При оценке общей активности регуляторных систем достоверно отличались характеристики ПАРС в активном ортостазе. В 40 % случаев было выявлено функциональное напряжение, в 22,9 % – перенапряжение адаптации регуляторных систем (ПАРС).

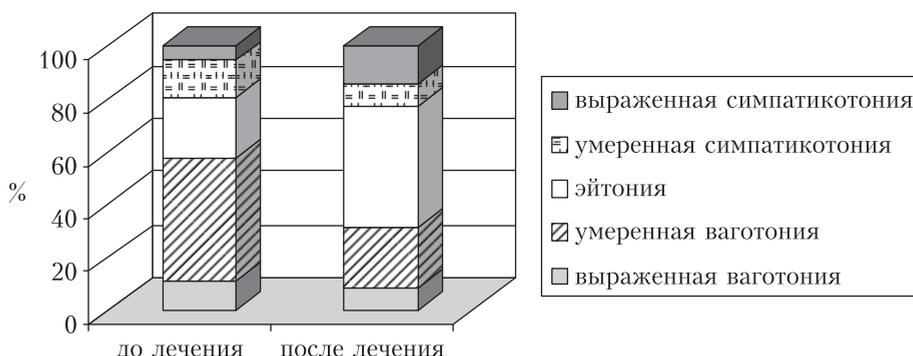
На фоне приема атаракса при исследовании функции вегетативной нервной системы в динамике от-

**Таблица 2**  
**Динамика математического анализа сердечного ритма при лечении у пациентов с последствиями ЧМТ (M ± m)**

Показатели	Контроль (n = 25)		Пациенты (n = 35)			
			до лечения		после лечения	
	лежа	стоя	лежа	стоя	лежа	стоя
Амо	18,7 ± 0,24	22 ± 0,64	25,7 ± 0,43	28,5 ± 0,87	30,6 ± 0,56**	35,15 ± 0,94**
BP	0,33 ± 0,01	0,29 ± 0,01	0,24 ± 0,01	0,25 ± 0,01	0,20 ± 0,01*	0,6 ± 0,01**
КОП	1,86 ± 0,22		2,26 ± 0,21		2,19 ± 0,25	
VLF	0,41 ± 0,04	0,17 ± 0,01	0,28 ± 0,01	0,30 ± 0,01	0,21 ± 0,01**	0,23 ± 0,01**
LF	0,42 ± 0,02	0,35 ± 0,01	0,26 ± 0,01	0,25 ± 0,01	0,24 ± 0,01	0,19 ± 0,01
MF	0,29 ± 0,03	0,47 ± 0,01	0,19 ± 0,014	0,14 ± 0,01	0,15 ± 0,01*	0,11 ± 0,01*
ИН	31,79 ± 3,42	47,37 ± 4,88	97,27 ± 12,3	176,29 ± 14,6	233,4 ± 28,7**	305,3 ± 31,5*
ИВР	55,7 ± 6,33	63,24 ± 5,91	150,8 ± 15,7	204,38 ± 19,5	323,5 ± 29,6**	334,3 ± 34,5*

Примечание: Амо - амплитуда моды, BP - вариационный размах, КОП - коэффициент ортопробы, VLF - напряжение дыхательных волн, LF - напряжение медленных волн первого порядка, MF - напряжение медленных волн второго порядка, ИН - индекс напряжения регуляторных систем, ИВР - индекс вегетативного равновесия; достоверность различий (\*  $p < 0,01$ ; \*\*  $p < 0,001$ ) до и после лечения.

**Рисунок 1**  
**Исходный вегетативный тонус больных с ЧМТ до и после лечения**



мечалось улучшение парасимпатической регуляции в покое и симпатической регуляции при нагрузке — при частотном и спектральном анализах ритма сердца (табл. 2).

На фоне лечения атараксом нами было отмечено достоверное ( $p < 0,001$ ) улучшение вегетативного тонуса в сторону вегетативного равновесия (эйтонии) (рис. 1). Также достоверно ( $p < 0,001$ ) улучшалась вегетативная реактивность (рис. 2).

На фоне лечения атараксом достоверно улучшилось и общее состояние регуляторных систем за счет уменьшения степени их функционального напряжения, что можно расценить как нормализацию адаптационных возможностей вегетативной нервной системы. Эти положительные изменения были менее выражены в состоянии покоя (рис. 3) и достоверно ( $p < 0,001$ ) более выражены в активном ортостазе (рис. 4).

Рисунок 2



Рисунок 3



Рисунок 4



Результаты проведенного исследования показывают, что применение Атаракса значительно улучшает самочувствие пациентов с последствиями черепно-мозговой травмы за счет хорошего анксиолитического эффекта и нормализации функции вегетативной нервной системы по типу симпатизации ее в покое и нормализации вегетативных влияний

при нагрузке. При этом происходит нормализация адаптационных функциональных систем организма пациентов с последствиями черепно-мозговой травмы. Мы рекомендуем использование этого препарата как в комплексном лечении, так и в виде монотерапии по 50 мг в сутки (по 25 мг утром и вечером) сроком не менее 30 дней.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Никифоров, А.С. Клиническая неврология. В 3 томах. Т. II /А.С. Никифоров, А.Н. Коновалов, Е.И. Гусев. – М., 2002. – 792 с.
2. Александровский, Ю.А. Пограничные психические расстройства /А.Ю. Александровский. – М.: Медицина, 1993.
3. Вейн, А.М. Классификация вегетативных нарушений /А.М. Вейн //Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1988. – № 10(88). – С. 9-12.
4. Жемайтите, Д.И. Взаимодействие парасимпатического и симпатического отделов вегетативной нервной системы в регуляции сердечного ритма /Д.И. Жемайтите, Г. Воронецкас, Е.Н. Соколов //Физиология человека. – 1985. – № 3(11). – С. 448.
5. Кришкопайтис, М.И. Унификация классификации моторных нарушений /М.И. Кришкопайтис. – М., 2003.
6. Кубергер, М.Б. Кардиоинтервалография /М.Б. Кубергер //Вопросы охраны материнства и детства. – 1984. – № 3. – С. 7-10.



### КАК УСКОРИТЬ ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ

**Если вы повредили себе руку или ногу, то унывать ни в коем случае не стоит. Известно, что оптимисты выздоравливают намного быстрее, чем пессимисты.**

**Исследователи из британского Университета Бата рекомендуют, рассматривая себя в зеркале, делать упор не на травмированный участок тела, например, левую ногу, а на здоровую правую. При этом надо постоянно повторять себе, что травмированная нога в короткие сроки придет в норму и будет такой же, как правая. Это должно подействовать, ведь исследователи проверили эту информацию на своих пациентах с травмами конечностей – они проделывали вышеописанную процедуру перед зеркалом и выздоравливали намного скорее.**

**По материалам журнала MensHealth.  
Источник: [www.medplaneta.ru](http://www.medplaneta.ru)**

Е.П. Юркин, Д.С. Кривоносов, Э.П. Землянухин, Н.И. Тарасов  
 Кемеровская государственная медицинская академия,  
 Городская клиническая станция скорой медицинской помощи,  
 г. Кемерово

# МЕТОДЫ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ КАРДИОВЕРСИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ПАРОКСИЗМОМ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ, В ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ МИОКАРДА

Проведено сравнение догоспитальной электроимпульсной терапии (ЭИТ) и фармакологической кардиоверсии (ФКВ) амиодароном у больных с острым коронарным синдромом (ОКС), осложненным пароксизмом фибрилляции предсердий (ПФП). На две группы были рандомизированы 148 пациентов: 79 больных подвергли ЭИТ, 69 больным вводили амиодарон. В первый час от начала лечения ЭИТ оказалась в 1,75 раза эффективнее ФКВ; использование ЭИТ на ДГЭ способствовало более раннему восстановлению синусового ритма, лучшей профилактике и купированию тяжелой сердечной недостаточности по сравнению с ФКВ. В группе применения догоспитальной ЭИТ отмечали меньшие объемы полостей ЛЖ, размеры ЛП по сравнению с группой ФКВ. Ограничение ишемического повреждения миокарда при раннем восстановлении синусового ритма ЭИТ обусловило меньший процент ИМ в этой группе.

*Ключевые слова:* фибрилляция предсердий, кардиоверсия.

There was the comparison of prehospital electroimpulse therapy (EIT) and pharmacological cardioversion (PCV) with amiodaron at patients with hard failure syndrome, complicated by paroxysm of atrium cordis fibrillation. The study included 148 patients with randomization into 2 groups: 79 patients were exposed to EIT; 69 patients had amiodaron initiation. For the first hour from the treatment beginning EIT had more efficiency (1,75) than PCV; EIT on prehospital level assisted to early rehabilitation of sinus rhythm, better prophylaxis and hard failure disease reduction compared with PCV. In the group of prehospital EIT using there was noted less volumes cavity of left ventricle, less sizes of left atrium cordis compared with PCV group. Restriction of ischemic myocardium damage in earl sinus rhythm rehabilitation of EIT caused less percent of HF in this group.

*Key words:* atrium cordis fibrillation, cardioversion.

При инфаркте миокарда (ИМ) частота фибрилляции предсердий (ФП) составляет от 10 до 16 % и возникает, как правило, в первые 24 часа. ФП чаще наблюдается у больных с обширным ИМ, передней его локализацией, как прогностически неблагоприятный признак прогрессирования сердечной недостаточности (СН). Кроме того, сохраняющаяся длительное время ФП при ИМ яв-

ляется самостоятельным фактором, ухудшающим коронарный кровоток, за счет уменьшения времени диастолы, и повышающим нагрузку на миокард [1].

В условиях госпитального этапа необходимость в кардиоверсии (КВ) может быть экстренной, когда тахикардия сопровождается острой СН, гипотонией, и срочной — при стабильной гемодинамике. Риск развития тромбоэмболических осложнений на-

иболее низкий, если аритмия длится не дольше 48 часов. Частота ФП уменьшается, а эффективность КВ увеличивается у пациентов, получавших ТЛТ и гепарин [2].

Восстановления синусового ритма при ФП можно достигнуть с помощью лекарственных средств или электроимпульсной терапии (ЭИТ). В повседневной практической деятельности фармакологическая кардиоверсия (ФКВ) более популярна, чем электрическая, поскольку ее проще выполнить. Вместе с тем, ФКВ имеет ряд существенных недостатков: кардиодепрессивное действие, повышенный риск развития желудочковой тахикардии, выраженная гипотензия. ЭИТ более эффективна, но требует соответствующей аппаратуры, профессионального и опытного подхода к ее выполнению.

Эффективность и безопасность ФКВ и ЭИТ при ФП в крупных рандомизированных исследованиях прямо не сравнивались, однако следует учитывать, что, чем раньше предпринята попытка восстановления ритма, тем в большей степени можно рассчитывать на эффективность как восстановления ритма, так и предупреждения нарастания СН и тромбоэмболических осложнений [3].

В современных Российских и зарубежных руководствах представлены рекомендации по применению экстренной кардиоверсии у больных с ПФП при обострении ИБС, в том числе и при стабильных показателях гемодинамики [1, 3]. Вместе с тем, в повседневной практической деятельности предпочтение, как правило, отдается ФКВ, несмотря на меньшую ее эффективность и большую частоту побочных эффектов, в том числе и проаритмических. Чаще всего это происходит вследствие не всегда оправданных опасений, переоценки противопоказаний.

Учитывая, что большая часть лекарственных препаратов, используемых с целью восстановления синусового ритма при различной кардиальной и некардиальной патологии, не может быть использована при остром коронарном синдроме (ОКС) и ИМ в частности, в современной практике для купирования ПФП на догоспитальном этапе (ДГЭ) препаратом выбора является амиодарон [4]. Использование других антиаритмических препаратов, вследствие их выраженной проаритмической и кардиодепрессивной активности, у больных с ОКС не рекомендуется. Отсутствие четких алгоритмов для врачей скорой медицинской помощи при лечении ПФП и литературных данных, основанных на практическом использовании ЭИТ при ОКС на ДГЭ, ограничивает использование этого метода.

**Целью настоящего исследования** явилось изучение эффективности и безопасности догоспитальной ЭИТ в сравнении с ФКВ у больных с ОКС, осложненным ПФП, в первые 6 часов от развития симптомов.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включили 148 пациентов в возрасте от 53 до 72 лет с ОКС, осложненным ПФП,

в первые 6 часов от начала развития симптомов. Критериями исключения из исследования явились: наличие тромбоэмболических осложнений в анамнезе, непереносимость препаратов для атаралгезии (сибазон, фентанил), непереносимость и другие противопоказания для введения амиодарона. Пациентам с ОКС, осложненным ПФП и признаками нарушения гемодинамики, проводили ЭИТ на основании существующих алгоритмов, однако в исследование больных этой категории не включали, в связи с отсутствием возможности сравнения с ФКВ.

Пациенты были рандомизированы на две группы: 79 больных (группа С) подвергли ЭИТ, у 69 больных (группа Д) антиаритмическую терапию выполняли струйным введением амиодарона 300 мг за 10 минут с последующим медленным капельным внутривенным введением 300 мг амиодарона и 200 мл 0,9 % раствора натрия хлорида в стационаре. При неэффективности догоспитальной ЭИТ начальной силой тока 50 Дж, проводили повторную ЭИТ с увеличением силы тока до 100 и 200 Дж. При сохраняющейся ФП антиаритмическую терапию проводили амиодароном в условиях стационара. При неэффективности ФКВ в группе Д также проводили ЭИТ в условиях стационара. Сравнимые группы не различались по возрасту, полу, сопутствующей АГ, нозологическим единицам, приведшим к ПФП, на момент включения в исследование.

Эффективность кардиоверсии оценивали по проценту больных с восстановленным ритмом через 1 час, 24 часа, 14 дней от начала лечения; в сравниваемых группах регистрировали время до восстановления синусового ритма. Влияние различных методов кардиоверсии на течение ОКС оценивали по тяжести поражения миокарда (процент установленного диагноза ИМ в стационаре), госпитальной летальности и количеству новых коронарных событий (рецидивы ИМ, повторные ПФП), тяжести СН (клинически и инструментально). Безопасность методов оценивали по количеству связанных с терапией осложнений и побочных эффектов.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследуемые методы кардиоверсии на ДГЭ не отличались по частоте развития осложнений. Относительно высокий процент осложнений объясняется, вероятно, не столько проведением кардиоверсии, сколько течением самого заболевания.

Число больных с восстановленным синусовым ритмом через 1 час от начала терапии в группах С и Д составило 70 человек (88,6 %) и 35 человек (50,7 %), соответственно. В течение первых суток наблюдения успешная кардиоверсия была отмечена еще у 2 (2,5 %) и 22 (31,9 %) больных в группах С и Д, а к концу госпитального периода синусовый ритм был восстановлен у 73 пациентов (92,4 %) группы С и 60 больных (87 %) группы Д.

В группе Д потребность двух- и трехкратного применения ЭИТ с увеличением силы тока до 100 и

200 кДж отмечали у 10 и 17 пациентов (12,7 % и 21,5 %), из них у 9 больных ритм на догоспитальном этапе восстановлен не был. Анализ среднего времени до восстановления ритма среди пациентов с эффективной в первые 24 часа кардиоверсией выявил достоверно меньшее значение этого показателя в группе ЭИТ: 16,7 минут против 129,5 минут ( $p < 0,01$ ). Пациентов с восстановлением ритма позднее суток не включали в анализ среднего времени эффективной КВ, так как у них, более вероятно, антиаритмическое действие связано с назначением насыщающей дозы амиодарона в стационаре. Таким образом, в первый час от начала лечения ЭИТ в 1,75 раза эффективнее ФКВ; использование ЭИТ для купирования ПФП на ДГЭ способствует более раннему восстановлению синусового ритма у пациентов с ОКС. Применение у всех пациентов с момента госпитализации насыщающей дозы амиодарона и, при неэффективности догоспитальной кардиоверсии, ЭИТ позволило увеличить процент восстановления синусового ритма до 92,4 % и 87 % в группах Д и С ( $p > 0,05$ ).

Не регистрировали достоверных различий между исследуемыми группами по показателям летальности, рецидивов ангинозных приступов и потребности в ЧКВ за госпитальный период. Ранее восстановление синусового ритма методом ЭИТ на ДГЭ способствовало лучшей профилактике и купированию тяжелой (выше II ФК) сердечной недостаточности по сравнению с ФКВ.

В первые сутки повторные пароксизмы ФП чаще регистрировали в группе ЭИТ, что связано, вероятно, с относительно меньшим насыщением амиодароном по сравнению с пациентами группы ФКВ. В более поздние сроки на протяжении госпитального этапа группы по количеству повторных пароксизмов ФП достоверно не различались.

В группе применения ЭИТ на ДГЭ отмечали достоверно меньшие объемы полостей ЛЖ, меньшие размеры ЛП по сравнению с группой ФКВ. Фракция выброса у пациентов обеих групп значимо не различалась.

Меньшая степень дилатации ЛЖ и ЛП объясняется, вероятно, ранним восстановлением правильной последовательности сокращения, адекватного его диастолического наполнения, меньшей нагрузкой на миокард и, как следствие, меньшим ишемическим его повреждением.

Ограничение ишемического повреждения миокарда при раннем восстановлении синусового ритма ЭИТ на ДГЭ обусловило меньший процент ИМ в этой группе к концу ГЭ. В группе С (ФКВ) чаще регистрировали течение зубец-Q-образующего ИМ к концу госпитализации: 16 (23,2 %) против 11 (13,9 %) в группе Д ( $p = 0,023$ ).

## ОБСУЖДЕНИЕ И ВЫВОДЫ

Полученные результаты, прежде всего, следует рассматривать с позиции безопасности использования ЭИТ для купирования ПФП при ОКС с уче-

том противопоказаний и адекватном контроле основных витальных функций. Кроме того, учитывая ограниченный перечень лекарственных препаратов, рекомендованных для восстановления синусового ритма или урежения ЧСС как на догоспитальном, так и на госпитальном этапах, применение ЭИТ при ОКС можно считать методом выбора. Последние литературные источники и данные собственных наблюдений показывают, что наибольший риск развития тромбоэмболических осложнений при кардиоверсии возникает при длительности пароксизма ФП более 24 часов. В этой связи в условиях стационара, если пациент госпитализирован не позднее 24 часов от начала развития ПФП, с целью его купирования, как правило, выполняется ЭИТ.

Казалось бы, в условиях современного оснащения кардиологических бригад СМП и возрастающей квалификации врачей этот метод можно было бы использовать намного шире, в том числе и на ДГЭ. Однако пока этого не произошло. Наибольшие опасения, и это вполне очевидно, вызывают у врачей желудочковые аритмии, на которые направлены основные усилия по их купированию и профилактике. Суправентрикулярным аритмиям и ПФП уделяется меньше внимания, и зачастую пациентов доставляют в стационар, ограничиваясь введением обезболивающих средств, либо после безуспешного лечения амиодароном.

Следует отметить, что летальность у больных ИМ, осложненным фибрилляцией предсердий, значительно выше средней (Сыркин, 2006) и достигает 28 %, по данным R. Noris, B. Sing. Возникновение ПФП связывают, преимущественно, с левожелудочковой недостаточностью и растяжением стенок ЛП при обширном повреждении миокарда ЛЖ. Вместе с тем, своевременно не купированная и продолжающаяся тахисистолия на фоне ФП ухудшает коронарный кровоток за счет укорочения диастолы ЛЖ, увеличения нагрузки на миокард, и способствует распространению зоны повреждения. В этой связи, при обсуждении полученных результатов о безопасности быстрого купирования ПФП электроимпульсной терапией на ДГЭ, этот метод можно рассматривать с позиции одного из способов ограничения зоны ишемического повреждения миокарда в комбинации с антитромботической и коронароактивной терапией.

Полученные нами результаты подтверждают преимущество ЭИТ, по сравнению с ФКВ, по влиянию на показатели объемов ЛЖ и размеров ЛП через 2 недели наблюдения, что связано с воздействием на основные причины и механизмы развития ФП, как проявления сердечной недостаточности и, как следствие, более благоприятным течением ОКС, меньшей частотой развития в стационаре тяжелой сердечной недостаточности. Не выявлено достоверного влияния догоспитальной ЭИТ на количество рецидивов приступов стенокардии в течение госпитального этапа, госпитальную летальность, что, несомненно, требует отдельного изучения с использованием ЭИТ в комбинации с методами предупреждения и коррекции коронарной и сердечной недостаточности.

Вместе с тем, это не должно служить фактором, ограничивающим применение ЭИТ у больных ОКС на догоспитальном этапе в первые 6 часов от развития симптомов при учете противопоказаний, адекватной анальгезии, мониторинговании ЭКГ, контроле АД.

Таким образом, раннее восстановление синусового ритма методом ЭИТ на догоспитальном этапе у

пациентов с ОКС, осложненным пароксизмом фибрилляции предсердий, способствует ограничению ишемического повреждения миокарда, более благоприятному течению заболевания по сравнению с больными, подвергнутыми фармакологической кардиоверсии амиодароном, не увеличивая количества догоспитальных и госпитальных осложнений.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Руководство по скорой медицинской помощи /Багенко С.Ф., Верткин А.Л., Мирошниченко А.Г., Хубутия М.Ш. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – С. 79-85.
2. Диагностика и лечение фибрилляции предсердий: российские рекомендации /Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – Приложение. – М., 2005. – С. 10-14.
3. Семиголовский, Н.Ю. О лечении больных с мерцанием предсердий (размышления о международных рекомендациях) /Семиголовский Н.Ю. – Трудный пациент. – 2006. – Т. 4, № 4. – С. 3-6.
4. Медикаментозная терапия больных с мерцанием предсердий /Преображенский Д.В., Сидоренко Б.А., Батыралиев Т.А. и др. //Consilium medicum. – 2002. – Т. 4, № 3. – С. 164-174.



### ЗАГЛЯНИ В СЕБЯ

У каждого из нас наверняка найдется несколько «пунктиков», которые другим могут быть непонятными. Причины не совсем нормального поведения кроются в наших страхах и фобиях. Вот несколько странностей, к которым даны пояснения специалистов. Желание всегда быть на стороже во избежание случайностей, заранее все делать и ко всему готовиться, испытывают неуверенные в себе люди, их пугает негативная оценка со стороны окружающих. Для тех, кто все время опаздывает, характерно стремление быть замеченным окружающими. Отсутствие последовательности в действиях, откладывание дел в «долгий ящик» присуще тем, кто боится ошибиться, сделать что-то не так, неправильно. Излишняя педантичность, проявляющаяся в многократной перепроверке сделанного, свидетельствует о желании иметь стопроцентный контроль над всем происходящим. Тот, кто отличается излишней чистоплотностью (чистюли), хочет властвовать безраздельно, возможно, что такой человек – это потенциальный тиран. Ну а фаталисты, любящие всяческие гороскопы и гадания, как правило, являются инфантильными людьми.

По материалам журнала MensHealth.  
Источник: [www.medplaneta.ru](http://www.medplaneta.ru)

А.А. Марцияш, В.И. Андреева, Л.А. Ласточкина, Е.А. Вострикова, Н.И. Тарасов  
 Кемеровская государственная медицинская академия,  
 Кардиологический диспансер,  
 г. Кемерово

## ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2 В АМБУЛАТОРНО- ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Прямая связь между качеством жизни и интенсивностью заболевания существует не всегда, так как оно во многом определяется субъективными представлениями больного о тяжести своего заболевания, Качество жизни пациентов с сахарным диабетом 2 типа зависит от множества факторов, зачастую оно зависит от диагностических, лечебных мероприятий, иногда обусловлено ятрогенными факторами.

*Ключевые слова: сахарный диабет 2 типа, качество жизни.*

Direct connection between life quality and disease intensity is not ever, because it often determined subjective view of patient about his disease severity. Patients life quality with pancreatic diabetes of type 2 depends on multitude factors, often depends on diagnostic, treatment measures, sometimes conditioned by iatrogenic factors.

*Key words: pancreatic diabetes of type 2, life quality.*

Современные позиции определяют целью врачебной деятельности не только продление и поддержание жизни, но и в том, чтобы сделать ее, по возможности, более счастливой и продуктивной, во всяком случае, не омрачать ее [1, 2, 3]. Для пациента не менее, а подчас и более, важно ощущение своего жизненного благополучия, как в физическом, так и в психологическом аспектах [4, 5]. Действительно, если поддержание жизни и ее продление связано с длительными, частыми госпитализациями, тяжелыми лечебными и диагностическими мероприятиями, ограничениями физической активности, чувством удовлетворения жизнью зачастую отсутствует [6, 7].

Значение определения качества жизни связано с двумя основными обстоятельствами. Во-первых, прямая связь качества жизни с интенсивностью болезни существует не всегда, так как оно во многом определяется субъективными представлениями больного о тяжести своего заболевания, реальной или мнимой, а также о возможных ее последствиях. Во-вторых, нередко оценка эффективности лечения врачом и пациентом не совпадают.

На уровень качества жизни влияют многие факторы. Его нарушения могут быть следствием самой болезни, ее диагноза, лечения и профилактики, наблюдения и контроля за проводимым лечением [2, 5].

Влияние болезни на качество жизни очевидно при клинически выраженных проявлениях, вызывающих

субъективные и объективные нарушения состояния здоровья, снижение функциональных возможностей и физиологических функций. В данных случаях степень изменения качества жизни пропорциональна степени интенсивности болезни. Иная ситуация может быть при бессимптомно протекающих заболеваниях [8, 9]. В данных случаях не диагностированная болезнь может не влиять на качество жизни. Выявление такого заболевания, если диагноз становится известен больному, играет отрицательную роль, вызывая модификацию образа жизни пациента. Иногда только после установления диагноза у больного появляются те или иные неприятные ощущения, которые ранее не наблюдались. Речь идет о, так называемом, «ярлычном эффекте», который выражается в более осторожном и внимательном отношении к своему здоровью и определенном ухудшении качества жизни [5].

Адекватное эффективное лечение, устраняя симптомы болезни и повышая функциональные возможности больного, в большинстве случаев улучшает качество жизни. Однако, лечение может быть и неблагоприятным фактором, вызывающим новые нежелательные симптомы, ухудшая самочувствие и снижая жизненные функции [10]. Особенно это можно отнести к хроническим заболеваниям, протекающим скрыто. Так, лечение сахарного диабета 2 типа у больных с невысоким уровнем гликемии имеет, главным образом, профилактическое значение в связи с тем, что направлено на предупреждение возможных ос-

ложнений. Лечение таких пациентов — всегда практическая и этическая проблема. Действительно, очевидные проявления болезни отсутствуют, уровень гликемии не отражается на качестве жизни, риск развития осложнений невысок. Вместе с тем, сам факт лечения, требующий изменения распорядка дня, стиля жизни, питания, привычек, необходимости приема лекарств и посещения врача, уже оказывает негативное влияние на качество жизни [1, 3, 5].

Другая проблема — это побочные эффекты препаратов, возникающие при длительном лечении почти у 1/3 больных. Проявление побочных эффектов и отрицательное влияние лекарственных средств на качество жизни являются важными причинами отказа больных от продолжения лечения, т.е. ведут к нарушению терапевтического «сотрудничества» (compliance) больного и врача, что, естественно, неблагоприятно [2].

Учитывая вышеизложенное, **целью настоящего исследования** явилось изучение распространенности факторов риска у больных сахарным диабетом 2 типа, показателей качества жизни и осведомленности пациентов о симптомах гипогликемии.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследование включены 72 больных сахарным диабетом (СД) 2 типа, наблюдавшихся в условиях поликлиники. Пациенты заполняли специально разработанную нами анкету, в которую входили: паспортная часть, анамнестические данные и методика определения качества жизни (КЖ) «Ноттингемский профиль здоровья».

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Все пациенты были женщины в возрасте  $54,2 \pm 8,5$  лет, анамнез заболевания составил, в среднем,  $15,7 \pm 6,8$  лет. Анализ факторов риска (ФР), на наш взгляд, представляет определенный интерес. Так, из 52 больных (72,2 %) с избыточной массой тела только 28 человек (53,8 %) знали о лишнем весе и только 15 (53,6 %) из них соблюдали диету. Из всех соблюдавших диету 93 % пациенток знали о влиянии диеты на течение СД.

Курили 6 больных (8,3 %), о негативной роли курения на течение СД знали только 4 (66,7 %) из них. Употребляли алкоголь 12 больных (16,7 %), знали о влиянии алкоголя на течение СД лишь 5 человек (41,7 %). Занимались оздоровительной физкультурой (ходьба, бег, лыжи, бассейн, утренняя зарядка, аэробика) 15 пациенток (20,8 %), о положительной роли физической активности на течение СД — 44 пациентки (61,1 %). Регулярно принимали сахароснижающие препараты 61 пациент (84,7 %), о роли регулярного приема препаратов знали 65 человек (90,3 %), регулярно принимали другие препараты 37 больных (51,4 %). Отягощенная наследственность по СД была у 31 больного (43,1 %).

Отмечено сочетание нескольких факторов риска у одного пациента: так, один ФР отмечен у 14 больных (19,4 %), два ФР — у 26 (36,1 %), три и более ФР — у 31 (43,1 %). Из 72 больных 43 человека (59,7 %) имели сопутствующую артериальную гипертонию (АГ).

Рассматривая проблему качества жизни выявлено, что состояние здоровья оказывает влияние на следующие стороны жизни пациентов: на ведение домашнего хозяйства — 54 %, на участие в общественной жизни — 33 %, на полноценный отдых — 42 %, на домашнюю жизнь (взаимоотношения с другими членами семьи) — 13 %, на работу (выполнение оплачиваемого труда) — 31 %, на любимые занятия, увлечения — 17 %, на половую жизнь — 5,3 %. Настоящее исследование выявило исходно низкое качество жизни по показателям: «сон», «энергичность», «физическая активность», «болевые ощущения», «социальная изоляция».

Больные диабетом 1 типа, которые получают терапию инсулином, вероятно, имеют более высокий риск развития гипогликемии по сравнению с теми, кто находится на диете или пероральных сахароснижающих средствах. Однако частота развития симптомов гипогликемии, возникающих у больных СД 2 типа, позволяет предположить недостаточную осведомленность пациентов данной категории о возможности развития этого состояния. Так, только 79 % больных имели адекватную осведомленность о симптомах гипогликемии, недостаточную осведомленность имели 16 % больных, совершенно не были осведомлены о симптомах гипогликемии 5 % пациентов.

Наличие в анамнезе трех и более факторов риска сопровождалось достоверно худшим качеством жизни, в отличие от больных, имевших один или два ФР ( $P < 0,05$ ). Больные, имеющие в анамнезе артериальную гипертонию, имели достоверно более низкое качество жизни, нежели пациенты без АГ ( $P < 0,05$ ). Кроме того, эти пациенты чаще отмечали симптомы гипогликемии, что обусловлено, вероятно, диабетогенной активностью ряда антигипертензивных препаратов, таких как тиазидовые диуретики и бета-блокаторы, которые приносят свой вклад в развитие диабета.

## ВЫВОДЫ:

1. Качество жизни имеет особое отношение к диабету, во-первых, из-за высокой стоимости лечения данных больных, во-вторых, из-за того, что диабет является хроническим заболеванием с острыми и поздними осложнениями, а также предполагает активное участие больного в управлении своим заболеванием. Показатель КЖ дает ценную информацию о симптомах заболевания и может повлиять на лечебные мероприятия.
2. Частота развития симптомов гипогликемии позволяет предположить недостаточную информированность пациентов о столь грозном проявлении заболевания. Самыми частыми причинами гипогликемии являются:

ликемии являются: неадекватное потребление пищи, избыточная физическая нагрузка, употребле-

ние алкоголя, все вместе взятые факторы и взаимодействие лекарств.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Андреева, Г.Ф. Изучение качества жизни у больных гипертонической болезнью /Андреева Г.Ф., Оганов Р.Г. //Терапевтический архив. – 2002. – № 1. – С. 8-16.
2. Гиляревский, С.Р. Проблемы изучения качества жизни в современной медицине /Гиляревский С.Р., Орлов В.А. – М., 1992. – 65 с.
3. Кательницкая Л.И., Лужецкая И.В., Тренева Г.О. //Российский кардиологический журнал. – 2001. – № 4. – С. 57-62.
4. Березин, Ф.Б. Методика многопрофильного исследования личности /Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Рожанец Р.В. – М., 1976.
5. Померанцев, В.П. Диагноз, лечение и качество жизни /Померанцев В.П. //Клиническая медицина. – 1989. – № 9. – С. 3-8.
6. Визир, В.А. Влияние длительного применения эналаприла, лозартана и их комбинации на качество жизни больных с застойной сердечной недостаточностью /Визир В.А., Березин А.Е. //Терапевтический архив. – 2002. – № 1. – С. 52-55.
7. Влияние особенностей личности на процесс восстановительного лечения больных ИБС после аортокоронарного шунтирования /Замотаев Ю.Н., Косов В.А., Кремнев Ю.А., Антошина И.Н. //Вопросы курортологии. – 2001. – № 6. – С. 7-10.
8. Новик, А.А. Оценка качества жизни больного в медицине /Новик А.А., Матвеев С.А., Ионова Т.И. //Клиническая медицина. – 2000. – № 2. – С. 10-14.
9. Качество жизни у больных инфарктом миокарда /Померанцев В.П., Хадзегова А.Б., Айвазян Т.А., Васюк Ю.А. //Кардиология. – 1996. – № 3. – С. 70-73.
10. Yudkin, J.S. Hypertension and non-insulin-dependent diabetes. Chicken, egg, tablets, or insulin resistance /Yudkin J.S. //Br. Med. J. – 1991. – N 303. – P. 730-731.



### ФОСФОЛИПИДЫ – «НОВЫЙ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЙ МАРКЕР»

**Фосфолипиды плазмы являются независимым предиктором сердечно-сосудистых исходов у мужчин с острым коронарным синдромом.**

**Yet Erdal Cavusoglu (SUNY Downstate Medical Center, Бруклин, Нью-Йорк, США) изучили прогностическую значимость общего уровня холин-содержащих фосфолипидов у 193 мужчин с острым коронарным синдромом, направленных на коронароангиографию. Затем за мужчинами проспективно наблюдали в течение 2 лет. Исследователи показали, что уровень фосфолипидов плазмы является независимым предиктором сложной конечной точки смертности от всех причин, фатального или нефатального инфаркта миокарда и инсульта (отношение шансов 0,66).**

**Am J Cardiol 2007; 12: 1739-1743.**

**Источник: Cardiosite.ru**

В.Г. Богданов

Кемеровская государственная медицинская академия,  
Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии,  
г. Кемерово

# СТЕРЕОТАКСИЧЕСКИЕ КООРДИНАТЫ ПЕРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ МУЖЧИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИНЫ МЕЖСПАЕЧНОЙ ЛИНИИ

Развитие стереотаксической нейрохирургии [1-6] требует от морфологов для безопасности операций уточнения позиции тех или иных внутримозговых образований в зависимости от некоторых параметров человека. Нами предпринята попытка определить зависимость стереотаксических координат (СК) передней мозговой артерии (А) мужчин от длины межспаечной линии (Са-Ср), как наиболее часто используемого ориентира.

ные артерии, а затем — на плаву с добавлением поваренной соли. Препараты были разделены на 3 группы: с короткой Са-Ср (23 мм и меньше) — 5 мозгов, со средней Са-Ср (24-28 мм) — 105, с длинной Са-Ср (29 мм и больше) — 13 мозгов. Стереотаксические координаты привязывались к середине интеркомиссуральной линии, через которую проводились три взаимно перпендикулярных плоскости, до которых и измерялось расстояние от выбранных точек А (табл.).

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Материалом для исследования послужили 123 препарата большого мозга, взятых у мужчин, умерших не от мозговой патологии. Фиксация производилась формалином, в начале — в полости черепа через сон-

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Результаты исследования СК А в зависимости от длины Са-Ср мужчин представлены в таблице, где жирным шрифтом выделены статистически различимые цифры.

Таблица  
Стереотаксические координаты передней мозговой артерии в зависимости от длины межспаечной линии мужчин относительно нулевой точки системы Са-Ср, мм ( $X \pm S_x$ )

Координаты	Длинная			Средняя			Короткая			
	X	Y	Z	X	Y	Z	X	Y	Z	
Z <sub>5</sub> :	справа	1,0 ± 0,3	31,5 ± 2,2		0,6 ± 0,1	29,0 ± 0,5		0,6 ± 1,0	26,0 ± 1,5	
	слева	-0,6 ± 0,3	<b>33,2 ± 2,0</b>		-0,7 ± 0,1	<b>28,0 ± 0,5</b>		-1,4 ± 0,8	<b>26,0 ± 1,7</b>	
Z <sub>0</sub> :	справа	0,8 ± 0,2	37,7 ± 2,4		0,4 ± 0,1	35,2 ± 0,7		0,0 ± 0,9	31,0 ± 2,5	
	слева	-0,4 ± 0,3	<b>40,0 ± 1,8</b>		-0,8 ± 0,1	<b>34,2 ± 0,7</b>		-1,2 ± 0,7	<b>30,6 ± 2,4</b>	
Z <sub>5</sub> :	справа	0,7 ± 0,2	43,0 ± 1,5		0,9 ± 0,1	<b>41,5 ± 0,6</b>		0,2 ± 0,8	<b>36,4 ± 2,1</b>	
	слева	-0,4 ± 0,4	<b>44,3 ± 1,5</b>		-0,6 ± 0,1	<b>41,0 ± 0,6</b>		-0,6 ± 0,6	<b>36,4 ± 2,0</b>	
Y <sub>передний</sub> :	справа	<b>0,5 ± 0,2</b>	46,2 ± 1,4	10,1 ± 1,1	<b>1,2 ± 0,1</b>	45,3 ± 0,5	<b>9,2 ± 0,4</b>	<b>2,4 ± 1,0</b>	44,8 ± 3,0	<b>13,8 ± 1,6</b>
	слева	-0,5 ± 0,3	47,6 ± 1,6	<b>9,5 ± 1,1</b>	-0,4 ± 0,1	44,7 ± 0,4	<b>9,1 ± 0,4</b>	0,6 ± 1,0	44,8 ± 3,2	<b>14,0 ± 1,5</b>
Y <sub>30</sub> :	справа	1,0 ± 0,2		20,8 ± 1,4	0,8 ± 0,1		21,3 ± 0,5	1,6 ± 0,4		21,2 ± 1,1
	слева	-0,4 ± 0,2		21,8 ± 1,5	-0,7 ± 0,2		21,8 ± 0,5	-0,6 ± 0,7		21,4 ± 0,7
Y <sub>15</sub> :	справа	0,8 ± 0,2		25,1 ± 1,6	1,0 ± 0,1		<b>25,6 ± 0,5</b>	1,2 ± 0,2		<b>28,4 ± 1,2</b>
	слева	-0,8 ± 0,3		26,1 ± 1,7	-1,1 ± 0,2		26,3 ± 0,5	-1,0 ± 0,3		26,6 ± 1,9
Z <sub>вышшая</sub> :	справа	0,8 ± 0,2	5,6 ± 2,1	<b>28,0 ± 1,7</b>	1,0 ± 0,1	9,0 ± 0,9	<b>29,2 ± 0,7</b>	1,2 ± 0,2	7,2 ± 1,8	<b>33,0 ± 1,6</b>
	слева	-1,6 ± 0,8	5,5 ± 2,7	29,9 ± 1,8	<b>-1,4 ± 0,2</b>	7,7 ± 0,9	29,7 ± 0,6	<b>-1,0 ± 0,0</b>	4,6 ± 4,1	30,8 ± 1,6
Y <sub>0</sub> :	справа	0,9 ± 0,2		25,6 ± 1,8	1,0 ± 0,1		25,6 ± 0,6	1,4 ± 0,2		29,4 ± 1,2
	слева	-0,9 ± 0,3		25,9 ± 1,5	-1,1 ± 0,2		25,8 ± 0,5	-1,0 ± 0,0		27,0 ± 1,7
Y <sub>-15</sub> :	справа	0,9 ± 0,1		21,9 ± 1,4	1,3 ± 0,1		21,9 ± 0,7	1,2 ± 0,2		22,2 ± 1,4
	слева	-1,2 ± 0,3		22,5 ± 2,1	-1,3 ± 0,2		22,2 ± 0,7	-1,6 ± 0,2		22,2 ± 1,4

Как видно из таблицы, между препаратами с длинной и средней Са-Ср имелось 5 различий, а между другими группами — по 6. Причем, с увеличением длины межспаечной линии мужчин, фронтальные координаты увеличивались, а горизонтальные уменьшались. Соответственно этому располагалась и передняя мозговая артерия, занимая в начале своего хода медиальное положение, а затем — латеральное.

Коэффициенты корреляции между длиной Са-Ср и СК А мужчин колебались от 0,001 (Х вышего колена правой артерии) до 0,18 (те же в нулевой горизонтали). Низкая корреляция была также с абсциссами левого сосуда в  $Z_0$  (0,16) и  $Z_{-5}$  (0,12).

Полученные результаты дадут возможность нейрохирургам учитывать индивидуальные параметры человека при стереотаксическом наведении канюли к интратримозговому образованию.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Haraguchi, K. Stereotactic removal and thrombolysis of intracerebral hematoma /Haraguchi K., Houkin K. //Nippon Rinsho. — 2006. — N 64, Suppl. 8. — P. 361-363.
2. High-capacity adenoviral vector-mediated reduction of huntingtin aggregate load in vitro and in vivo /Huang B., Schiefer J., Sass C. et al. //Hum. Gene Ther. — 2007. — N 18(4). — P. 303-311.
3. Myers, B. Involvement of amygdaloid corticosterone in altered visceral and somatic sensation /Myers B., Dittmeyer K., Meerveld B.G. //Behav. Brain Res. — 2007. — N 181(1). — P. 163-167.
4. Digital map of posterior cerebral artery infarcts associated with posterior cerebral artery trunk and branch occlusion /Phan T.G., Fong A.C., Donnan G., Reutens D.C. //Stroke. — 2007. — N 38(6). — P. 1805-1811.
5. Rossi, A. A telerobotic haptic system for minimally invasive stereotactic neurosurgery /Rossi A., Trevisani A., Zanotto V. //Int. J. Med. Robot. — 2005. — N 1(2). — P. 64-75.
6. Teixeira, M.J. Dorsal root entry zone lesions for treatment of pain-related to radiation-induced plexopathy /Teixeira M.J., Fonoff E.T., Montenegro M.C. //Spine. — 2007. — N 32(10). — P. 316-319.



### СМС-ЗАВИСИМОСТЬ

Вы часто проверяете, не пришли ли новые сообщения на Ваш мобильный телефон? Вот британцы, например, делают это с завидной регулярностью, подчас они способны оторваться от серьезного разговора только ради того, чтобы просмотреть СМС.

А их собеседники в такой ситуации чувствуют себя обиженными — 90 % жителей Британии не нравится, когда их визави делают паузу в разговоре, чтобы уделить внимание своему мобильнику. Данные исследования, проведенного психологами из Британии, дают повод задуматься о серьезности проблемы. Даже пребывая на отдыхе, 62 % британцев не забывают проверять свой телефон на наличие новых сообщений; тут же отвечают на них 50 %; ну и отвлечься от важной беседы, и даже от совещания на работе, для ответа на СМС могут 21 % британцев. По мнению тех же психологов, как электронные, так и СМС-сообщения, вполне могут вызвать у человека стресс.

По материалам журнала MensHealth.  
Источник: [www.medplaneta.ru](http://www.medplaneta.ru)

# УКАЗАТЕЛЬ СТАТЕЙ, ОПУБЛИКОВАННЫХ В ЖУРНАЛЕ «МЕДИЦИНА В КУЗБАССЕ» ЗА 2007 ГОД

## ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

- ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, СВЯЗАННОГО СО ЗДОРОВЬЕМ** /М.С. Котов, В.И. Подолужный ..... 3 (15)  
**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАХОВЫХ ГРЫЖ** /М.С. Котов, В.И. Подолужный ..... 3 (7)  
**ЧТО ДАЕТ СОКРАЩЕНИЕ ЧИСЛА БОЛЬНИЧНЫХ КОЕК: ОПЫТ ЕВРОПЕЙСКИХ СТРАН** /В.В. Агаджанян ..... 1 (3)

## ЛЕКЦИЯ

- ИСТОРИЯ ЭТАПНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА ПУТЕМ ЛАПАРОСТОМИИ**  
(К 23-ЛЕТИЮ ПЕРВОЙ ЛАПАРОСТОМИИ В КУЗБАССЕ) /А.П. Торгунаков, С.А. Торгунаков ..... 1 (8)  
**ОТ ЦИТОБЛАСТА ДО ГЕНОМА (К 170-ЛЕТИЮ СОЗДАНИЯ КЛЕТОЧНОЙ ТЕОРИИ)** /В.Р. Богданов ..... 3 (3)  
**ПЛАСТИКА ВЛАГАЛИЩА** /В.Г. Богданов, Н.Б. Беркович ..... 4 (7)

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

- ВЛИЯНИЕ МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ МЕКСИДОЛОМ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ**  
**БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ ГНОЙНЫМИ РИНОГЕННЫМИ ПОЛИСИНУСИТАМИ**  
**НА СОСТОЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ КРОВИ** /В.В. Вавин, Н.В. Мингалев ..... 4 (13)  
**ВЛИЯНИЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ РАБОЧЕЙ СМЕНЫ НА ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЕЙ ВОЗДЕЙСТВИЯ**  
**ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ РАБОТАЮЩИХ** /Н.О. Гурьянова, С.А. Максимов ..... 2 (19)  
**ВЛИЯНИЕ ПРОМЫШЛЕННЫХ ЗАГРЯЗНЕНИЙ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА НА СОМАТИЧЕСКОЕ**  
**ЗДОРОВЬЕ ШКОЛЬНИКОВ Г. КЕМЕРОВО** /С.А. Максимов, К.С. Волобуева, С.Ф. Зинчук, М.С. Куракин ..... 2 (35)  
**ГЕЛЬМИНТОЗЫ НАСЕЛЕНИЯ КУЗБАССА** /Л.В. Начева, О.И. Бибиц, Т.Е. Старченкова, М.В. Додонов ..... 1 (22)  
**ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ГЛАЗАМИ ХИРУРГА** /А.П. Торгунаков ..... 2 (6)  
**ГИСТОХИМИЧЕСКОЕ ВЫЯВЛЕНИЕ НАДФН-ДИАФОРАЗЫ И ГЛЮКОЗООКСИДАЗЫ**  
**НА ПОВЕРХНОСТИ ЭКСТРАГИРОВАННЫХ ЗУБОВ** /В.Р. Богданов, В.В. Семенов, П.И. Крехнова ..... 3 (23)  
**ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ДО И ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ В СТРУКТУРЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ**  
**ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДА КЕМЕРОВО** /Е.Ю. Плотникова, Н.А. Дидковская, В.Н. Золотухина ..... 4 (17)  
**К ВОПРОСУ ОБ АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ С ИСХОДОМ**  
**В АМНЕСТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ** /Н.В. Ухтина, А.М. Селедцов, Л.М. Волгин, В.В. Гордничев, И.В. Иванец ..... 4 (26)  
**КИШЕЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ВЫЗЫВАЕМЫЕ МИКРОБАМИ: ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ**  
**И ЛЕЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ КУЗБАССА** /Н.Н. Зинин-Бермес, Л.П. Осипова, В.А. Громова ..... 2 (41)  
**КЛАССИФИКАЦИЯ АНОМАЛИЙ ЛЕВОЙ ПОЧЕЧНОЙ ВЕНЫ И ВОЗМОЖНОСТИ**  
**ФОРМИРОВАНИЯ ЛЕВОСТОРОННЕГО РПВА** /Ю.И. Кривов, А.П. Торгунаков ..... 3 (35)  
**КОМБИНИРОВАННАЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ**  
**АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА: ЭФФЕКТИВНОСТЬ**  
**И БЕЗОПАСНОСТЬ, ВЛИЯНИЕ НА МЕТАБОЛИЗМ, ЭНДОТЕЛИАЛЬНУЮ И ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ**  
**ФУНКЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА** /Ю.И. Нестеров, И.Н. Бондарева, А.Т. Теплягин, О.В. Полтавцева ..... 1 (30)  
**МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СТРУКТУР ФАЦИИ СЫВОРОТКИ КРОВИ:**  
**ОБОСНОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В БИОМЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ** /С.А. Максимов ..... 3 (41)  
**МЕТОДЫ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ КАРДИОВЕРСИИ У БОЛЬНЫХ**  
**ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ПАРОКСИЗМОМ**  
**ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ, В ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ**  
**ИШЕМИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ МИОКАРДА** /Е.П. Юркин, Д.С. Кривоносов, Э.П. Землянухин, Н.И. Тарасов ..... 4 (35)  
**МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКОГО САМООЧИЩЕНИЯ ВОДЫ**  
**РЕКИ ТОМИ И ЕЕ ТОКСИЧНОСТИ** /Н.Н. Зинин-Бермес, В.А. Громова, Л.П. Осипова ..... 2 (29)  
**НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ВЗАИМОСВЯЗИ ОБРАЗОВАНИЯ И ЗДОРОВЬЯ** /Н.А. Барбараш, О.Л. Барбараш ..... 1 (12)  
**ОБЩИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ РЕГИОНАРНОГО КРОВОТОКА**  
**ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПЛЮСНЕВЫХ КОСТЕЙ** /И.П. Ардашев, В.Н. Дроботов, К.С. Казанин,  
А.А. Капустин, В.В. Калашников, В.Вл. Калашников, А.В. Иванов, М.В. Истомин ..... 3 (32)  
**ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ**  
**ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ** /Т.А. Визилю, Е.Ю. Плотникова, А.Д. Визилю ..... 4 (29)

<b>ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2 В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ /А.А. Марцияш, В.И. Андреева, Л.А. Ласточкина, Е.А. Вострикова, Н.И. Тарасов</b> . . . . .	4 (39)
<b>ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЙСТВИЯ ТРИКЛАБЕНДАЗОЛА НА ОРГАНЫ И ТКАНИ ФАСЦИОЛЫ ПЕЧЕНОЧНОЙ /О.И. Бибик, Л.В. Начева</b> . . . . .	3 (19)
<b>ПЕРСПЕКТИВА СОВМЕСТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ И ИХ РОДИТЕЛЕЙ /В.П. Вавилова, А.М. Вавилов, И.А. Нечаева, О.А. Вайман</b> . . . . .	4 (22)
<b>ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ /Д.Ю. Кувшинов</b> . . . . .	2 (32)
<b>ПРОВЕДЕНИЕ НАУЧНО ОБОСНОВАННОГО ОТБОРА И СОСТАВЛЕНИЕ ПЕРЕЧНЯ СОВРЕМЕННЫХ ВЫСОКОЭФФЕКТИВНЫХ СРЕДСТВ КОНТРАЦЕПЦИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДОВ РАЦИОНАЛЬНОГО ФАРМАЦЕТИЧЕСКОГО МАРКЕТИНГА /Н.А. Лукина, Ю.С. Родина, В.И. Черняева, Е.В. Уткин, М.В. Пономарева</b> . . . . .	3 (27)
<b>РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПАТОЛОГИИ И АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПЛОДА ПО ДАННЫМ ПРЕНАТАЛЬНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО СКРИНИНГА В ТРЕТЬЕМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ /О.А. Михайлуц, А.П. Фокин</b> . . . . .	1 (18)
<b>СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ НАРУЖНОГО ОТВЕРСТИЯ УРЕТРЫ В СТАЦИОНАРНЫХ И АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ /В.И. Саламанов, А.Г. Лихачев</b> . . . . .	2 (39)
<b>СУБАКРОМИАЛЬНАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА /И.П. Ардашев, О.А. Стаценко, В.П. Носков, Т.Н. Стариков, М.В. Шмулевич, А.Г. Бояринов, А.С. Федоров</b> . . . . .	2 (13)
<b>УРОВЕНЬ МУТАЦИЙ ХРОМОСОМ В ЛИМФОЦИТАХ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ДЕТЕЙ-ПОДРОСТКОВ ИЗ ГОРНОЙ ШОРИИ С УЧЕТОМ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО И ЭТНИЧЕСКОГО ФАКТОРОВ /В.Г. Дружинин, А.В. Шабалдин, А.В. Мальцев, Т.А. Головина, В.Р. Ахматьянова</b> . . . . .	2 (24)
<b>ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЮСНЕВЫХ КОСТЕЙ /И.П. Ардашев, В.Н. Дроботов, К.С. Казанин, В.В. Калашников, В. Вл. Калашников, С.Ю. Лоскутников, А.В. Иванов, М.В. Истомин</b> . . . . .	1 (37)
<b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БОТП ПРИ ЗАПОЛНЕНИИ ОСТАТОЧНЫХ КОСТНЫХ ПОЛОСТЕЙ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ НИЖНИХ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ /Н.И. Лобанова, Г.Ф. Киселев, В.П. Кирейчук, Т.С. Ткаченко, Т.И. Коновалова</b> . . . . .	3 (39)

## ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

<b>МЕДИЦИНСКАЯ УСЛУГА С ПОЗИЦИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОНЯТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ /Е.А. Те, К.В. Штерн</b> . . . . .	4 (3)
---	-------

## СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

<b>ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ БЕРЕМЕННОЙ, ОСЛОЖНЕННЫЙ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНЫМ КОЛИТОМ /В.С. Пекельная</b> . . . . .	1 (44)
<b>СЛУЧАЙ ВНЕДРЕНИЯ МОЛОТКА В ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА /В.С. Старых</b> . . . . .	1 (41)

## ОБМЕН ОПЫТОМ

<b>СЛУЧАИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА /А.М. Назаренко, Б.Ю. Суслов</b> . . . . .	3 (46)
--	--------

## ДИСКУССИЯ

<b>ОБЩЕСТВО И РЕФОРМА /Е.В. Лишов</b> . . . . .	2 (3)
---	-------

## КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

<b>КАРЕН ХОРНИ О НАДЕЖДАХ НЕВРОТИЧЕСКИХ ЛЮДЕЙ /Н.Н. Ростова</b> . . . . .	2 (44)
<b>РЕПАРАТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ПОЧКИ /Б.П. Даровский</b> . . . . .	2 (45)
<b>СТЕРЕОТАКСИЧЕСКИЕ КООРДИНАТЫ ПЕРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ МУЖЧИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИНЫ МЕЖСПАЕЧНОЙ ЛИНИИ /В.Г. Богданов</b> . . . . .	4 (42)

## ЮБИЛЕЙ

<b>СЛОВО О КОЛЛЕГЕ. 47 ЛЕТ НА СЛУЖБЕ ЕЕ ВЕЛИЧЕСТВА ИНФЕКЦИИ</b> . . . . .	2 (47)
---	--------



# ИМЕННОЙ УКАЗАТЕЛЬ ЖУРНАЛА «МЕДИЦИНА В КУЗБАССЕ» ЗА 2007 ГОД

<b>А</b>		КАЛАШНИКОВ В.ВЛ. .... 1 (37), 3 (32)
АГАДЖАНЯН В.В. .... 1 (3)		КАПУСТИН А.А. .... 3 (32)
АНДРЕЕВА В.И. .... 4 (39)		КИРЕЙЧУК В.П. .... 3 (39)
АРДАШЕВ И.П. .... 1 (37), 2 (13), 3 (32)		КИСЕЛЕВ Г.Ф. 3 .... (39)
АХМАТЪЯНОВА В.Р. .... 2 (24)		КОНОВАЛОВА Т.И. .... 3 (39)
<b>Б</b>		КОТОВ М.С. .... 3 (7), 3 (15)
БАРБАРАШ Н.А. .... 1 (12)		КРЕХНОВА П.И. .... 3 (23)
БАРБАРАШ О.Л. .... 1 (12)		КРИВОВ Ю.И. .... 3 (35)
БЕРКОВИЧ Н.Б. .... 4 (7)		КРИВОНОСОВ Д.С. .... 4 (35)
БИБИК О.И. .... 1 (22), 3 (19)		КУВШИНОВ Д.Ю. .... 2 (32)
БОГДАНОВ В.Г. .... 4 (7), 4 (42)		КУРАКИН М.С. .... 2 (35)
БОГДАНОВ В.Р. .... 3 (3), 3 (23)		
БОНДАРЕВА И.Н. .... 1 (30)		<b>Л</b>
БОЯРИНОВ А.Г. .... 2 (13)		ЛАСТОЧКИНА Л.А. .... 4 (39)
<b>В</b>		ЛИХАЧЕВ А.Г. .... 2 (39)
ВАВИЛОВ А.М. .... 4 (22)		ЛИШОВ Е.В. .... 2 (3)
ВАВИЛОВА В.П. .... 4 (22)		ЛОБАНОВА Н.И. .... 3 (39)
ВАВИН В.В. .... 4 (13)		ЛОСКУТНИКОВ С.Ю. .... 1 (37)
ВАЙМАН О.А. .... 4 (22)		ЛУКИНА Н.А. .... 3 (27)
ВИЗИЛО А.Д. .... 4 (29)		
ВИЗИЛО Т.А. .... 4 (29)		<b>М</b>
ВОЛГИН Л.М. .... 4 (26)		МАКСИМОВ С.А. .... 2 (19), 2 (35), 3 (41)
ВОЛОБУЕВА К.С. .... 2 (35)		МАЛЬЦЕВ А.В. .... 2 (24)
ВОСТРИКОВА Е.А. .... 4 (39)		МАРЦИЯШ А.А. .... 4 (39)
		МИНГАЛЕВ Н.В. .... 4 (13)
		МИХАЙЛУЦ О.А. .... 1 (18)
<b>Г</b>		
ГОЛОВИНА Т.А. .... 2 (24)		<b>Н</b>
ГОРОДНИЧЕВ В.В. .... 4 (26)		НАЗАРЕНКО А.М. .... 3 (46)
ГРОМОВА В.А. .... 2 (29), 2 (41)		НАЧЕВА Л.В. .... 1 (22), 3 (19)
ГУРЬЯНОВА Н.О. .... 2 (19)		НЕСТЕРОВ Ю.И. .... 1 (30)
		НЕЧАЕВА И.А. .... 4 (22)
		НОСКОВ В.П. .... 2 (13)
<b>Д</b>		
ДАРОВСКИЙ Б.П. .... 2 (45)		<b>О</b>
ДИДКОВСКАЯ Н.А. .... 4 (17)		ОСИПОВА Л.П. .... 2 (29), 2 (41)
ДОДОНОВ М.В. .... 1 (22)		
ДРОБОТОВ В.Н. .... 1 (37), 3 (32)		<b>П</b>
ДРУЖИНИН В.Г. .... 2 (24)		ПЛОТНИКОВА Е.Ю. .... 4 (17), 4 (29)
		ПОДОЛУЖНЫЙ В.И. .... 3 (15), 3 (7)
<b>З</b>		ПОЛТАВЦЕВА О.В. .... 1 (30)
ЗЕМЛЯНУХИН Э.П. .... 4 (35)		ПОНОМАРЕВА М.В. .... 3 (27)
ЗИНИН-БЕРМЕС Н.Н. .... 2 (29), 2 (41)		
ЗИНЧУК С.Ф. .... 2 (35)		<b>Р</b>
ЗОЛОТУХИНА В.Н. .... 4 (17)		РОДИНА Ю.С. .... 3 (27)
		РОСТОВА Н.Н. .... 2 (44)
<b>И</b>		
ИВАНЕЦ И.В. .... 4 (26)		<b>С</b>
ИВАНОВ А.В. .... 1 (37), 3 (32)		САЛАМАНОВ В.И. .... 2 (39)
ИСТОМИН М.В. .... 1 (37), 3 (32)		СЕЛЕДЦОВ А.М. .... 4 (26)
		СЕМЕНОВ В.В. .... 3 (23)
<b>К</b>		СТАРИКОВ Т.Н. .... 2 (13)
КАЗАНИН К.С. .... 1 (37), 3 (32)		СТАРЧЕНКОВА Т.Е. .... 1 (22)
КАЛАШНИКОВ В.В. .... 1 (37), 3 (32)		СТАРЫХ В.С. .... 1 (41)

СТАЦЕНКО О.А. ....	.2 (13)	<b>Ф</b>	
СУСЛОВ Б.Ю. ....	.3 (46)	ФЕДОРОВ А.С. ....	.2 (13)
		ФОКИН А.П. ....	.1 (18)
<b>Т</b>		<b>Ч</b>	
ТАРАСОВ Н.И. ....	.4 (35), 4 (39)	ЧЕРНЯЕВА В.И. ....	.3 (27)
ТЕ Е.А. ....	.4 (3)	<b>Ш</b>	
ТЕПЛЯКОВ А.Т. ....	.1 (30)	ШАБАЛДИН А.В. ....	.2 (24)
ТКАЧЕНКО Т.С. ....	.3 (39)	ШМУЛЕВИЧ М.В. ....	.2 (13)
ТОРГУНАКОВ А.П. ....	.1 (8), 2 (6), 3 (35)	ШТЕРН К.В. ....	.4 (3)
ТОРГУНАКОВ С.А. ....	.1 (8)	<b>Ю</b>	
<b>У</b>		ЮРКИН Е.П. ....	.4 (35)
УТКИН Е.В. ....	.3 (27)		
УХТИНА Н.В. ....	.4 (26)		

#### СИСТЕМНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ СТИМУЛИРУЕТ АТЕРОСКЛЕРОЗ

Системное воспаление, ассоциированное с такими состояниями как ревматоидный артрит, ускоряет прогрессирование атеросклероза.

Американские ученые (Сан-Антонио, США) измеряли толщину интимы-медии сонных артерий у 631 пациента с ревматоидным артритом. Анализ полученных данных показал, что увеличение толщины интимы-медии сонных артерий было ассоциировано с продолжительностью анамнеза ревматоидного артрита, причем эта взаимосвязь была независимой от других факторов риска атеросклероза. Недостатком данного исследования являлось отсутствие группы сравнения, что ограничивало возможности оценки взаимосвязи между артритом и атеросклерозом.

Авторы пришли к заключению, что пациенты с артритом с большей продолжительностью заболевания характеризуются более выраженным атеросклерозом, чем пациенты того же возраста, но с меньшим анамнезом ревматоидного артрита, что предполагает способность ревматоидного артрита стимулировать прогрессирование атеросклероза.

Atherosclerosis 2007; 195: 354-360.

Источник: Cardiosite.ru



## ИЗ НОВЫХ ПОСТУПЛЕНИЙ В КЕМЕРОВСКУЮ ОБЛАСТНУЮ НАУЧНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ БИБЛИОТЕКУ

### ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

1. Вестник Кузбасского научного центра. Актуальные вопросы здравоохранения: проблемы и перспективы реализации приоритетного национального проекта «Здоровье»: материалы пятой гор. науч.-практ. конф. 24-25 апреля /ред. В.В. Агаджанян [и др.]. – Кемерово, 2007 – Вып. № 5. Т.1. – 360 с.; Т.2. – 204 с. (Шифр ОНМБ 614.2(063) В38).
2. Габуева, Л.А. Механизмы эффективного финансирования в здравоохранении /Л.А. Габуева; под общ. ред. В.И. Стародубова. – М.: МЦФЭР, 2007. – 288 с. – (Б-ка журн. «Здравоохранение», 3-2007. – Б-ка ЛПУ). (Шифр ОНМБ 614.2 Г12).
3. Должностные инструкции работников ЛПУ. Управление персоналом ЛПУ: регламент-папка. – М.: МЦФЭР, 2007. – 240 с. (Шифр ОНМБ 614.2 Д64).
4. Ефремова, О.С. Медицинские осмотры работников организаций /О.С. Ефремова. – М.: Альфа-Пресс, 2007. – 168 с. (Шифр ОНМБ 614.21 Е92).

### МЕДИЦИНСКАЯ ВИЗУАЛИЗАЦИЯ

5. Лучевая диагностика заболеваний молочных желез: руководство для врачей /под ред. Г.Е. Труфанова; Воен.-мед. акад. – СПб.: ЭЛБИ-СПб., 2006. – 232 с. (Шифр ОНМБ 618.19-073.75 Л87).
6. Прокоп, М. Спиральная и многослойная компьютерная томография: в двух томах: учебное пособие /М. Прокоп, М. Галански. – М.: МЕД-пресс-информ, 2006 – Т.1. – 416 с.; Т.2. – М., 2007. – 712 с. (Шифр ОНМБ 616-073.756.8 П80).
7. Терновой, С.К. Лучевая маммология: руководство для врачей /С.К. Терновой, А.Б. Абдураимов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 128 с. (Шифр ОНМБ 618.19-073 Т35).

### ОБЩАЯ ПАТОЛОГИЯ. ТЕРАПИЯ. ДИАГНОСТИКА

8. Бова, А.А. Функциональная диагностика в практике терапевта: руководство для врачей /А.А. Бова, Ю.-Я.С. Денещук, С.С. Горохов. – М.: МИА, 2007. – 240 с. (Шифр ОНМБ 616-072/073(035) Б72).
9. Клинические рекомендации. Стандарты ведения больных. Вып. 2. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 1376 с. (Шифр ОНМБ 616.1/9(083.13) К49).

### КАРДИОЛОГИЯ

10. Актуальные проблемы сердечно-сосудистой патологии: материалы Регион. науч.-практ. конф. с междунар. участием (23-25 сентября 2006) – Кемерово, 2006. – 234 с. (Шифр ОНМБ 616.1(063) А43).
11. Дедов, И.И. Сахарный диабет и артериальная гипертензия: руководство для врачей /И.И. Дедов, М.В. Шестакова. – М.: МИА, 2006. – 344 с. (Шифр ОНМБ 616.12-008.331.1 Д26).
12. Кардиология: клинические рекомендации. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 640 с. (Шифр ОНМБ 616.12(083.13) К21).
13. Хэмптон, Дж.Р. Атлас ЭКГ: 150 клинических ситуаций: пер. с англ. /Дж.Р. Хэмптон. – М.: Мед. лит., 2007. – 320 с. (Шифр ОНМБ 616.12-073.97 Х99).

### ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

14. Иммунология и аллергология для ЛОР-врачей: руководство для врачей /Д.К. Новиков, Л.Р. Выхристенко, П.Д. Новиков и др. – М.: МИА, 2006. – 512 с. (Шифр ОНМБ 616.21(035) И53).
15. Пальчун, В.Т. Воспалительные заболевания глотки: руководство для врачей /В.Т. Пальчун, Л.А. Лучихин, А.И. Крюков. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 288 с. – (Б-ка непрерыв. образования врача). (Шифр ОНМБ 616.32(035) П14).

### БОЛЕЗНИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

16. Букуп, Клаус. Клиническое исследование костей, суставов и мышц: тесты – симптомы – диагноз /К. Букуп. – М.: Мед. лит. 2007. – 320 с. (Шифр ОНМБ 616.71-071 Б90).
17. Ковалев, Ю.Н. Болезнь Рейтера /Ю.Н. Ковалев, В.А. Молочков, М.С. Петрова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 224 с. (Шифр ОНМБ 616.72-002 К56).

### НЕВРОЛОГИЯ

18. Избранные лекции по неврологии: учебное пособие /под ред. В.Л. Голубева. – М.: Эйдос Медиа, 2006. – 624 с. (Шифр ОНМБ 616.8(075) И32).
19. Кадыков, А.С. Хронические сосудистые заболевания головного мозга (дисциркуляторная энцефалопатия): руководство для врачей /А.С. Кадыков, Л.С. Манвелов, Н.В. Шахпаронова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 224 с. (Шифр ОНМБ 616.831-002(035) К13).

### ХИРУРГИЯ

20. Иммуитет в хирургии /И.П. Назаров, Ю.С. Винник, П.В. Сарап и др. – Красноярск, 2006. – Т. 1. – 2006. – 288 с.; Т. 2. – 2006. – 336 с. (Шифр ОНМБ 617-089 И53).
21. Эстетическая хирургия при грыжах и нарушениях формы живота /В.М. Тимербулатов, О.С. Попов, В.О. Сорокина и др. – Уфа: Вилли Окслер, 2006. – 126 с. (Шифр ОНМБ 617.55-007.43 Э87)

### ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

22. Кански, Джек Дж. Клиническая офтальмология: систематизированный подход /Д.Д. Кански; под ред. д-ра мед. наук В.П. Еричева. – М.: Логосфера, 2006. – 744 с. (Шифр ОНМБ 617.7 К19).
23. Сайдашева, Э.И. Избранные лекции по неонатальной офтальмологии /Э.И. Сайдашева, Е.Е. Сомов, Н.В. Фомина. – СПб.: Нестор-История, 2006. – 272 с. (Шифр ОНМБ 617.7-053.31 С14).
24. Спэлтон, Д.Дж. Атлас по клинической офтальмологии /Д.Дж. Спэлтон, Р.А. Хитчинг, П.А. Хантер; пер. с англ. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 724 с. (Шифр Ф.6 617.7(084.4) С-74).

## КЕМЕРОВСКАЯ ОБЛАСТНАЯ НАУЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ БИБЛИОТЕКА

✉ 650061 г. Кемерово, пр. Октябрьский, 22;  
☎ (8-3842) 52-19-91 (директор), 52-89-59 (абонемента),  
52-71-91 (информ.-библиогр. отдел); Факс (8-342) 52-19-91;

E-mail: medibibl@kuzdrav.ru  
http://www.kuzdrav.ru/medlib  
☎ 8-18; суббота – 9-17; выходной день – воскресенье.