

**Материалы
научно-практической
конференции молодых
ученых**

Новосибирск, 2009 г.

Федеральное медико-биологическое агентство России

Федеральное государственное учреждение

«Сибирский окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства»

**Материалы
научно-практической
конференции молодых
ученых**

**Под общей редакцией
Л.П.Радченко**

Новосибирск, 2009

УДК
ББК
М

Материалы научно-практической конференции молодых ученых / Под общей редакцией Л.П.Радченко, Новосибирск: ООО «Альфа Виста», 2009. - 98 с.

В сборнике представлены результаты исследований, проведенных молодыми сотрудниками ФГУ «Сибирский окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства», активно занимающихся научно-исследовательской работы, а так же работы авторов из других городов.

Материалы представляют интерес для врачей разных специальностей.

Работы опубликованы в авторской редакции.

Содержание

М. В. Аброськина, И.А.Бикбова, В.С.Ондар ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ РАВНОВЕСИЯ В НОРМЕ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С УЧЕТОМ СОМАТОТИПА

Е. Н. Баранова ИНТЕГРАТИВНО-АДАПТИВНЫЕ РЕАКЦИИ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕСВОБОДНОГО АКСИАЛЬНО-ПАХОВОГО КОЖНОГО ЛОСКУТА ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ЭКСТРАКТА ИЛОВОЙ СУЛЬФИДНОЙ ГРЯЗИ

Т.А.Берген, А.Ю.Летягин, А.П. Дергилев МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА.

Е.И.Буевич, Е.Ф.Котовщикова, В.Ф.Чудимов, Е.Н.Пенькова, Синяговская Н.Г. МУТАЦИЯ ГЕНОВ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ МЕЗЕНХИМАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИИ У ЛИЦ С ВЕНОЗНОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ АНГИОДИСТОНИЕЙ

Е.В.Герасимова НЕТРАДИЦИОННОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА «АНДРОГЕЛЬ» У АНДРОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

А.П.Дергилев, А.А.Еркович, И.Н.Печурина, Е.В.Герасимова, А.Г. Карнаухов ПРИМЕНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ОПРЕДЕЛЕНИИ СТРУКТУРНОГО СОСТОЯНИЯ ФИБРОПЛАСТИЧЕСКИХ БЛЯШЕК ПРИ БОЛЕЗНИ ПЕЙРОНИ

А.П. Дергилев, Я.Л.Манакова, А.А.Ильин МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

А.П.Дергилев, Я.Л. Манакова, Н.В.Шангурова, Е.Н.Филатова ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКОПОЛЬНОЙ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ГИНЕКОЛОГИИ

А.П.Дергилев, Я.Л.Манакова, Н.А.Хрущева МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

К.А.Есипова, В.М.Чернышев СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СИБИРСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА

П.Ю. Зверев, С.А. Королева ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОТЕКТИВНОГО УРОВНЯ АНТИТЕЛ СОТРУДНИКОВ ФГУ «СОМЦ ФМБА России», ВАКЦИНИРОВАННЫХ ПРОТИВ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА (1998-2004гг.).

Капранова М.Б., Карнаухов А.Г., Дергилев А.П., Захарова Н.Ф., Бородач А.В., Сударкина А.В. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕФЕКОГРАФИИ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ПАТОЛОГИИ АНОРЕКТАЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ И МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА

Катерлина И.Р., Насонова Н.В., Мартинович М.В., Изранов В.А. ЗНАЧЕНИЕ ВЕЛИЧИНЫ СООТНОШЕНИЯ ДОЛЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ОРГАНА

А.Г. Катковская, В.Н. Горчаков ЛИМФОТРОПНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ КОРРЕКЦИИ В ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ

Королева С.А., Анохин С.И., Зеунова Н.А., Латышева Т.В., Гилинский М.А. ИЗМЕНЕНИЯ МЕТАБОЛИЗМА СЕРОТОНИНА У ДИАЛИЗНЫХ ПАЦИЕНТОВ.

О.О.Крашенинникова ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ 3D/4D ДИАГНОСТИКИ В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИКЕ

Лапина Е.Ю. КОГНИТИВНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ КАК НЕОБХОДИМЫЙ ЭТАП РАЗВИТИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ТОМСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Манакова Я.Л., Дергилев А.П. Возможности использования низкопольной магнитно-резонансной томографии в диагностике черепно-мозговой травмы и ее отдаленных последствий

Мартинович М.В., Изранов В.А., Катерлина И.Р. ОПТИМИЗАЦИЯ РАБОТЫ ВРАЧА УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ПРАКТИКЕ МНОГОПРОФИЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ АРМ

Нонукова И.В., Чернышев В.М., Виблая И.В. СОВРЕМЕННЫЕ ПОХОДЫ К
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
СЕЛЬСКИМ ЖИТЕЛЯМ (на примере республики Алтай)

Ондар В.С., Ляпин А.В., Аброськина М.В. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ
ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДОВ КОРРЕКЦИИ РАВНОВЕСИЯ С БИОЛОГИЧЕСКОЙ
ОБРАТНОЙ СВЯЗЬЮ У БОЛЬНЫХ С ЦЕНТРАЛЬНЫМИ ГЕМИПАРЕЗАМИ

И.И.Паутов, А.П.Дергилев ВОЗМОЖНОСТИ НИЗКОПОЛЬНОЙ МАГНИТНО-
РЕЗОНАНСНОЙ ХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ И ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА

Сазонов Д.В., Малкова Н.А., Рябухина О.В. ИММУНОСУПРЕССИВНАЯ ТЕРАПИЯ
БЫСТРО ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА МИТОКСАНТРОНОМ В
СОЧЕТАНИИ С МЕТИЛПРЕДНИЗОЛОНОМ

Строганова И.М. ВНЕДРЕНИЕ «СПОСОБА ДИАГНОСТИКИ СКРЫТОЙ
ЦЕРЕБРОСУДУИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗИРУЮЩИМ
АТЕРОСКЛЕРОЗОМ СОННЫХ АРТЕРИЙ» В ПРАКТИКУ ОТДЕЛЕНИЯ
ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ТОМСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ФГУ «СОМЦ ФМБА
РОССИИ»

Хрущева Н.А., Малкова Н.А., Желунцина И.П. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БОЛЕВЫХ
СИНДРОМОВ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ

С. А. Чернигина ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «РЕМИКЕЙД» У
РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Чистякова В.А., Родионова А.А., Цыхмистрова Т.Н., Катаева Н.Г. ЭФФЕКТИВНОСТЬ
ЗЕРКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И МЕТОДА ОРТЕЗИРОВАНИЯ КИСТИ В КОМПЛЕКСЕ
ДВИГАТЕЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ

О.А. Якубенко, А.В. Бородач, А.П. Дергилев, Г.А. Бойко, Н.Ф. Захарова.
ВОЗМОЖНОСТИ ЧРЕЗПРОМЕЖНОСТНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В
ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ ТАЗОВОГО ДНА У ЖЕНЩИН

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ РАВНОВЕСИЯ В НОРМЕ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С УЧЕТОМ СОМАТОТИПА

М. В. Аброськина, И.А.Бикбова, В.С.Ондар

Согласно статистическим данным, жалобы на головокружение и нарушение равновесия встречаются в 5-10% случаев в деятельности врача общей практики. В клинике нервных болезней данная патология занимает 2 место (после головной боли) и составляет около 20%, при этом частота головокружения увеличивается с возрастом и достигает 30 и более процентов в популяции лиц старше 65 лет [3]. Не вызывает сомнений актуальность изучения функции поддержания равновесия и баланса тела, как основного механизма адекватной ориентации и взаимодействия человека с окружающей средой. Нарушение в поддержании вертикального положения тела может спровоцировать падение и привести в дальнейшем к появлению страха перед самостоятельной ходьбой, ограничению двигательной активности и, в конечном счете, к значительному снижению качества жизни, нередко являясь основной причиной инвалидизации [1, 2]. Как известно, поддержание равновесия - процесс динамический, зависящий не только от полноценной интегративной работы соматосенсорной, вестибулярной, зрительной систем и комплекса регуляторных когнитивных функций, но и от биомеханических параметров, играющих важную роль в деятельности стато-локомоторной системы. На поддержание постуральных статических синергий оказывают существенное влияние такие биомеханические параметры, как рост, вес, диаметр таза (клиническая база), длина нижних конечностей и другие [4]. Соответственно, в условиях патологии при составлении реабилитационных программ, направленных на восстановление функции равновесия, должны быть учтены антропометрические особенности пациента.

Целью исследования являлось определение особенностей функционирования постуральной системы в норме у лиц молодого возраста с учетом антропометрических данных.

В группу исследования вошли 43 клинически здоровых обследуемых в возрасте от 20 до 25 лет, европеоидной расы, из них: мужчин – 14, женщин – 29. Среди мужчин наиболее часто встречались соматотипы: грудной грацильный – у 4 (29%), брюшной – 4 (29%), неопределенный – 4 (29%); среди женщин преобладали лица субатлетического – 16 (55%), стенопластического – 6 (20%) и неопределенного – 5 (17%) соматотипов.

В 100% случаев оценивались: состояние прикуса, опорно-двигательного аппарата, моторная асимметрия мозга (право-леворукость/ногость). При оценке лабораторных и инструментальных методов исследования у пациентов патологии обнаружено не было. Клинически состояние равновесия оценивалось с помощью следующих шкал в баллах: тест устойчивости стояния (STANDING BALANCE, по R. Bohannon, 1989; D. Wade, 1992) и тест оценки двигательной активности у пожилых (FUNCTIONAL MOBILITY ASSESSMENT IN ELDERLY PATIENTS, по M. Tinetti, 1986) и составило 4 и 24 балла, что соответствует норме [5, 6]. Всем обследованным было проведено антропометрическое исследование, направленное на выявление объективных признаков конституционального строения (по В. П. Чтецову, 1978). Объективная оценка состояния равновесия была произведена с помощью методов компьютерной стабилотрии (КС) (МБН – биомеханика, Россия). При проведении КС стопы устанавливались по европейскому варианту в положении «глаза открыты», длительность регистрации составила 51 секунду. Функция равновесия оценивалась по следующим общепринятым показателям: R_x , R_y – расстояние между общим центром масс (ОЦМ) обследуемого и расчетным ОЦМ во фронтальной и сагиттальной плоскостях соответственно, S – средняя площадь, L – общая длина стабилотриграммы, v – средняя скорость смещения ОЦМ обследуемого за время исследования. Описание выборки производили с помощью подсчета медианы и интерквартильного размаха в виде 25 и 75 перцентилей. Статистическую значимость различий между выборками оценивали по непараметрическому

критерию Манна-Уитни. Статистический анализ осуществляли в пакете прикладных программ Statistica 6,0 (StatSoft Inc., 2003).

Показатели КС у лиц молодого возраста с учетом конституциональных особенностей приведены в таблицах 1 и 2.

Как следует из представленных данных, были выявлены следующие особенности стато-локомоторной системы у мужчин: имеется тенденция к достоверности различий между большим L и v у брюшного соматотипа по сравнению с меньшими L и v грудного-грацильного соматотипа. Статистически значимых различий между показателями функции равновесия у других соматотипов выявлено не было.

Как следует из представленных данных, были выявлены следующие особенности функции равновесия у женщин: **имеется статистически значимая разница показателя Ry между лицами субатлетического и пикнического соматотипов.** Ry в норме у женщин субатлетического соматотипа меньше, чем Ry у женщин пикнического соматотипа. Имеется тенденция к достоверности различий показателя Ry между женщинами пикнического, стенопластического и неопределенного соматотипов. Также имеется тенденция к достоверности различий показателя Rx между лицами субатлетического и стенопластического соматотипов и показателя S между неопределенным и пикническим соматотипами. Достоверных различий между показателями функции равновесия у других соматотипов выявлено не было.

У женщин пикнического соматотипа наблюдается выраженное смещение ОЦМ в сагиттальной плоскости (рис. 1б), что подтверждается достоверно высоким Ry. По сравнению с лицами субатлетического соматотипа (рис.1а), для которых характерна малая амплитуда колебаний ОЦМ в сагиттальной плоскости.

Таблица 1.

Особенности состояния равновесия в зависимости от соматотипа у мужчин

Показатели КС	Грудной - грацильный	Брюшной	Неопределенный
Rx (мм)	3.46 [-2.54 - 8.32]	-2.67 [-7.01 - 5.62]	-3.62 [-5.78 - (-1.46)]
Ry (мм)	-21.845 [-28.825 - (-12.945)]	-13.21 [-34.39 - (-5.39)]	-8.43 [-17.69 - 0.83]
S (мм ²)	254.075 [204.94 - 360.42]	295.8 [196.79 - 318.62]	275.26 [214 - 336.52]
V (мм/с)	7.225 [6.555 - 9.385]	10.85 [8.76 - 12.09]	8.26 [7.29 - 9.23]
L (мм)	368.31 [334.24 - 478.3]	552.79 [446.23 - 616.41]	421.15 [371.76 - 470.54]

Таблица 2.

Особенности состояния функции равновесия в зависимости от соматотипа у женщин

Показатели КС	Субатлетический	Пикнический	Стенопластический	Неопределенный
Rx (мм)	-1.31 [-3.69 - 1.37]	-3.84 [-6.68 - (-0.99)]	-6.65 [-9.46 - (-1.88)]	0.52 [-2.48 - 1.16]
Ry (мм)	-19.81* [-29.52 - (-16.69)]	-1.48* [-6.14 - 3.18]	-21.94 [-29.63 - (-16.01)]	-20.08 [-34.62 - (-18.38)]
S (мм ²)	273.46 [191.4 - 328.32]	156.96 [141.04 - 172.87]	277.69 [142.8 - 391.37]	262.6 [242.78 - 367.48]

V (мм/с)	7.6 [5.91 – 9.22]	7.21 [6.05 – 8.36]	6.15 [5.9 – 8.34]	7.06 [5.8 – 7.75]
L (мм)	387.12 [301.26 – 469.96]	367.36 [308.57 – 426.14]	313.57 [300.61 – 425.07]	360.07 [295.88 – 394.87]
Примечание: $p < 0,05$ - * Точное значение p для R_y 0,022516				



Рис 1. Графическое изображение КС у женщин субатлетического (А) и пикнического соматотипов (Б).

Нами планируется дальнейшее продолжение исследования с целью выявления достоверных особенностей функции равновесия у лиц с другими соматотипами.

Таким образом, все обследованные входят в группу нормы, клинически здоровы и устойчивы. Выявленное нами различие в функции равновесия между лицами субатлетического и пикнического соматотипов объясняется, по нашему мнению, следующими антропометрическими особенностями: крайним содержанием жирового компонента в сочетании с широкой клинической базой и низким ростом у пикников.

Полученные результаты состояния стато-локомоторной системы у лиц молодого возраста с учетом антропометрических данных имеют, по нашему мнению, большое значение для расширения представлений о центральных механизмах организации пострурального контроля. В клинике нервных болезней полученные особенности функции равновесия могут учитываться для решения диагностических, прогностических и социально-экспертных задач при органических и функциональных поражениях ЦНС. Не менее важна роль полученных данных в нейрореабилитации для разработки индивидуальных программ с учетом соматотипирования.

Литература:

1. Афанасьева Е.В. Клинико-диагностические аспекты оценки состояния равновесия при начальных стадиях дискуляторной энцефалопатии: автореф. дис. на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. г. Красноярск, 2004г., 26с.
2. Белова А.Н., Щепетова О.Н. Руководство по реабилитации больных с двигательными нарушениями. – М.: МБН, 1999. – 437 с.
3. Камчатнов П.Р. Современные возможности ведения пациентов с синдромом головокружения // Фарматека. – 2007. - №12. – с. 39 – 43.
4. Скворцов Д.В. Стабилметрия. – М.: Антидор, 2000. – 192 с.
5. Bohannon R.W. Correlation of low limb strengths and other variables with standing performance in stroke patients // Physiotherapy. – Canada, 1989. - P. 198 – 202.
6. Tinetti M. Identifying mobility dysfunctions in elderly patients // JAMA. – 1988. - № 259. – P. 1058.

ИНТЕГРАТИВНО-АДАПТИВНЫЕ РЕАКЦИИ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕСВОБОДНОГО АКСИАЛЬНО-ПАХОВОГО КОЖНОГО ЛОСКУТА ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ЭКСТРАКТА ИЛОВОЙ СУЛЬФИДНОЙ ГРЯЗИ

Е. Н. Баранова

Выполнение операций по пересадке васкуляризированных тканевых комплексов широко используется в хирургической практике. В настоящее время паховый лоскут в несвободном варианте применяется в различных областях медицины для закрытия дефектов тыла кисти, в экспериментальной микрохирургии, а также тканевой инженерии для размещения биологического реактора (W. Morrison, 2004). Преимуществами этого типа лоскутов являются, прежде всего, наличие осевого сосудисто-нервного пучка, а также минимальный косметический ущерб донорской зоны после взятия трансплантата.

Актуальность вопроса состоит в том, что практическое здравоохранение не обеспечено в полной мере эффективными биостимулирующими препаратами, а применяемые средства имеют ряд серьезных побочных эффектов, для их синтеза и приготовления часто необходимо зарубежное сырье.

Целью данного исследования стало установление характера влияния различных форм выпуска экстракта иловой сульфидной грязи на морфофункциональное состояние несвободного аксиально-пахового кожного лоскута. В эксперименте предполагается использование половозрелых беспородных белых крыс-самок с первоначальной массой 200-230 г., полученных из вивария СибГМУ.

Впервые будет проведено исследование по выявлению влияния экстракта иловой сульфидной грязи на морфофункциональное состояние трансплантированных сложных комплексов тканей, под руководством заведующего кафедрой гистологии, цитологии и эмбриологии СибГМУ д.м.н., профессора Логвинова С.В. и доцента кафедры гистологии, цитологии и эмбриологии СибГМУ к.м.н. Малиновской И.С.

Предполагается изучить тканевые механизмы интеграции и адаптации нервных элементов несвободного аксиально-пахового кожного лоскута в норме и при воздействии различных форм с экстрактом иловой сульфидной грязи и возможность применения в пластической и реконструктивной хирургии, гистологии, анатомии, патофизиологии.

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА.

Т.А.Берген, А.Ю.Летягин, А.П. Дергилев

Введение. В настоящее время отмечается увеличение количества артроскопических оперативных вмешательств на коленном суставе. Посредством магнитно-резонансной томографии (МРТ) можно оценить адекватность оперативного лечения, прогноз заболевания, наличие послеоперационных осложнений и повторных травматических повреждений. Учитывая, что клинические проявления в оперированном суставе зачастую нивелированы, роль МРТ в послеоперационном периоде выходит на первый план.

Основной целью настоящего исследования являлась разработка критериев МР-томографической диагностики оперированного коленного сустава для оценки его структур после оперативного лечения.

Материал и методы. Нами было обследовано 100 пациентов после проведенного оперативного вмешательства на коленном суставе. Имели место следующие типы оперативного вмешательства:

1. парциальная менискэктомия латерального мениска,
2. парциальная менискэктомия медиального мениска,
3. парциальная менискэктомия двух менисков,

4. оперативное лечение болезни Гоффа,
5. пластика передней крестообразной связки.

Из 25 человек, направленных на повторную артроскопию, у двух человек травматолог решил воздержаться от повторной артроскопии в связи со слабыми клиническими проявлениями и отказом пациентов от оперативного лечения. У остальных 23 человек по результатам МР-томографии была произведена артроскопия.

Результаты исследования.

По результатам проведенной МРТ в оперированном суставе присутствовали следующие изменения:

После парциальной менискэктомии латерального мениска:

1. разрыв капсулы сустава – 1 человек,
2. разрыв внутренней поддерживающей связки надколенника, перелом надколенника – 1 человек,
3. разрыв медиального мениска – 4 человека.

После парциальной менискэктомии медиального мениска:

1. разрыв передней крестообразной связки вследствие повторной травмы – 1 человек,
2. остеохондральное повреждение – 1 человек,
3. разрыв культы мениска – 4 человека,
4. разрыв регенерата культы мениска – 1 человека.

При парциальной менискэктомии двух менисков:

1. разрыв культы медиального мениска – 2 человека,
2. разрыв культы латерального мениска – 1 человек,
3. иссечение рубцов крыловидных складок – 2 человека.

После пластики передней крестообразной связки:

1. киста латерального мениска – 1 человек,
2. разрыв медиального мениска – 2 человека,
3. кистозные изменения трансплантата – 3 человека, из них, как уже было отмечено, у двоих пациентов от повторной артроскопии отказались,
4. разрыв трансплантата передней крестообразной связки – 1 человек.

Выводы. Самые частые повторные артроскопии были проведены после операций на менисках. В случае патологии менисков при проведении повторной артроскопии после результатов МРТ диагноз совпал в 100% случаев. Также при остеохондральных повреждениях и болезни Гоффа диагноз был подтвержден у всех пациентов.

Пластика передней крестообразной связки - травматичная и трудоемкая операция, частым осложнением которой является несостоятельность трансплантата, и, как следствие, повторная травматизация структур сустава. При проведении повторной артроскопии диагноз совпал в 71,4% случаев. В остальных 28,6% случаях артроскопия не проводилась.

Точность диагностики оперированного коленного сустава при МРТ по результатам нашей работы составила 92%.

Для МР-томографической оценки анатомических особенностей оперированного коленного сустава по нашему мнению наиболее важно:

1. изучить анатомические особенности неоперированного коленного сустава при проведении МР-томографии,
2. разработать методику исследования оперированного коленного сустава,
3. определить основные МР- томографические критерии для диагностики патологических изменений в оперированном коленном суставе,
4. определить МР- томографические показания к повторному оперативному лечению,
5. провести дифференциальную диагностику между послеоперационными изменениями и патологическими изменениями.

МУТАЦИЯ ГЕНОВ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ МЕЗЕНХИМАЛЬНОЙ ДИСПАЗИИ У ЛИЦ С ВЕНОЗНОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ АНГИОДИСТОНИЕЙ

Е.И.Буевич, Е.Ф.Котовщикова, В.Ф.Чудимов, Е.Н.Пенькова, Синяговская Н.Г.

Цель работы: Изучить частоту встречаемости генетических дефектов – в генах системы свертывания крови у больных мезенхимальной дисплазией (МД), венозной церебральной ангиодистонией.

Материалы и методы: Обследовано 45 больных. Молекулярно-генетическое тестирование ДНК выполнялось методом ПЦР и включало исследование полиморфизма пяти генов: фактора V (Arg506Gln или мутация FV Leiden), протромбина – FII (20210 G/A), метилентетрагидрофолатредуктазы MTHFR (Ala 222Val), проконвертин - F VII (Arg353Gln), ингибитора активатора плазминогена – PAI-I (675 4G/5G).

Результаты: Наличие полиморфизмов компонентов системы гемостаза выявлено у 67,8% больных. Наиболее часто встречается сочетание дефектов метилентетрагидрофолатредуктазы MTHFR (Ala 222Val) и ингибитора активатора плазминогена – PAI-I (675 4G/5G). У всех этих больных отмечалось повышение уровня гомоцистеина в крови.

Заключение: У больных с МД выявлена высокая частота генетических полиморфизмов компонентов системы гемостаза с нарушениями в тромбоцитарном и коагуляционном его звеньях.

НЕТРАДИЦИОННОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА «АНДРОГЕЛЬ» У АНДРОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Е.В.Герасимова

«Андрогель» - препарат тестостерона, применяемый для лечения андрогенодефицитных состояний у мужчин при недостаточности эндогенного тестостерона, сопровождаемыми снижением либидо, нарушением эректильной функции, потерей мышечной массы и т.д.

«Андрогель» - гель для наружного применения и классическими местами нанесения этого препарата являются область плеча, надплечья и область живота.

Мы начали использовать препарат в несколько иных, нетрадиционных направлениях:

в качестве вспомогательного средства при консервативной терапии у пациентов с эндотелиальной дисфункцией легкой и средней степени тяжести; у пациентов с болезнью Пейрони при проведении консервативной терапии; в качестве вспомогательного средства в предоперационной подготовке андрологических пациентов:

- протезирование полового члена;
- корпоропластика при различных видах искривления полового члена;
- операции по удлинению полового члена;
- реконструктивно-пластические операции при гипоспадии.

А также в качестве вспомогательного средства в послеоперационной реабилитации андрологических пациентов при вышеперечисленных видах оперативных вмешательств.

Способы применения препарата «Андрогель» заключались в следующем: нанесение препараты на чистую, сухую кожу полового члена путем втирания; нанесение препарата с использованием ультразвуковой терапии; повязки с «Андрогелем» в послеоперационном периоде.

Препарат «Андрогель» использовался вне зависимости от возраста пациента, (возраст пациентов варьировал от 16 до 67 лет), и вне зависимости от уровня общего и свободного тестостерона в крови пациентов.

Препарат наносился по 1,5 г в сутки, ежедневно, на чистую, сухую кожу полового члена.

При консервативной терапии длительность использования препарата была 15 дней, а при оперативных вмешательствах срок применения препарата составлял 30 дней (15 дней до оперативного вмешательства, и 15 дней в качестве послеоперационной реабилитации пациента).

Результаты наблюдений после применения препарата « Андрогель» при консервативной терапии оказались следующими: повышение количества баллов в анкете МИЭФ-5 после курса терапии в среднем на 2,73 балла; улучшение показателей тестов с вазоактивными препаратами; улучшение кровотока по магистральным сосудам полового члена (при сравнительной оценке результатов УЗ-доплерографии сосудов полового члена до и после лечения); сокращение времени размягчения бляшек Пейрони (по сравнению с группой пациентов, которые не применяли «Андрогель»); улучшение качества эрекции (субъективная оценка пациентов).

Также нами было замечено усиление локального капиллярного кровотока поверхностных тканей полового члена (визуальная оценка при проведении оперативного вмешательства); ускорение процессов репарации тканей, вживления лоскутов после пластических операций в результате улучшения локального кровообращения; сокращение сроков послеоперационной реабилитации как результат пред- и послеоперационного применения препарата «Андрогель».

ПРИМЕНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ОПРЕДЕЛЕНИИ СТРУКТУРНОГО СОСТОЯНИЯ ФИБРОПЛАСТИЧЕСКИХ БЛЯШЕК ПРИ БОЛЕЗНИ ПЕЙРОНИ

А.П.Дергилев, А.А.Еркович, И.Н.Печурина, Е.В.Герасимова, А.Г. Карнаухов

Введение. Болезнь Пейрони или фибропластическая индурация полового члена - доброкачественное заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся образованием фибропластических бляшек на белочной оболочке полового члена, вызывающих его деформацию во время эрекции. Искривление может быть настолько сильным, что приводит к невозможности ведения нормальной половой жизни. Болезнь начинается с локального воспалительного процесса, который впоследствии переходит в хроническую стадию, во время которой формируется фиброзная бляшка, являющаяся причиной стабильной эректильной деформации. В определении тактики лечения ведущим является вопрос о стадии заболевания. При острой стадии показано только консервативное лечение. Оперативное лечение, заключающееся в иссечении бляшки и последующей пластике дефекта белочной оболочки, может проводиться только при хронической стадии.

Материал и методы. Лучевое исследование проведено 29 пациентам урологического отделения, госпитализированным по поводу фибропластической индурации полового члена (болезни Пейрони). Возраст пациентов варьировал от 19 до 73 лет.

На первом этапе лучевого исследования всем больным выполнялось ультразвуковое исследование (УЗИ) на аппарате "ALOCA 1700" с использованием поверхностного линейного датчика с частотой 7,5МГц с цветным доплеровским картированием в состоянии детумесценции и после медикаментозной индукции эрекции (папаверином или каверджектом). На втором этапе лучевого исследования по показаниям выполнялось рентгеновское исследование с внутрикавернозным введением контрастного вещества. Кавернозография проводилась на рентгеновском аппарате BACCARA в прямой и косой (в 3/4) проекциях, используемых также при уретрографии. Магнитно-резонансная томография (МРТ) проводилась на томографе OPART производства фирмы TOSHIBA с напряженностью магнитного поля 0,35 Тесла. Сканирование проводилось при фармакологически вызванной эрекции.

Результаты исследования. При УЗИ полового члена изучались локализация фиброзной бляшки, ее структура, размеры, протяженность поражения белочной оболочки и состояние кавернозных тел. При проведении фармакодоплерографии сосудов полового члена определялись характеристики артериального и венозного кровотока, взаимоотношение фиброзной бляшки с дорзальными артериями полового члена, глубокой дорзальной и огибающими венами, рассчитывалась площадь сечения кавернозных тел. К относительным недостаткам УЗИ при исследовании пациентов с болезнью Пейрони можно отнести субъективизм, выраженную зависимость результата исследования от класса аппарата и квалификации специалиста.

При проведении кавернозографии после создания фармакологически индуцированной эрекции, внутрикавернозно вводилось рентгенконтрастное вещество, после чего выполнялись серийные снимки. Фармакокавернозография позволяла определить степень кальцификации бляшки, ее размеры, характер и степень выраженности деформации кавернозных тел, особенности распределения контрастного вещества в ткани кавернозных тел (признаки кавернозного фиброза). При необходимости изучения особенностей и степени выраженности патологического венозного сброса исследование дополнялось кавернозометрией, для чего в кавернозное тело вводилась специальная сосудистая игла с широким просветом. Затем с помощью роликового насоса в кавернозное тело нагнетался физиологический раствор со скоростью от 80 до 300мл/мин (в зависимости от степени патологического венозного сброса). При достижении эрекции в кавернозное тело вводилось контрастное вещество, затем выполнялись рентгенограммы, на которых отчетливо визуализировались пути патологического венозного сброса. Относительными недостатками рентгенологических методик являются необходимость применения ионизирующего излучения и суммационный характер изображения.

При проведении МРТ синтезировались T1- и T2-взвешенные изображения в трех стандартных плоскостях. Было исследовано 8 пациентов. На томограммах отчетливо дифференцировалась структура кавернозных тел, фиброзные бляшки, их взаимоотношения с белочными оболочками и кровеносными сосудами. Относительным недостатком МРТ при исследовании пациентам с болезнью Пейрони является достаточно большое время исследования, превышающее продолжительность индуцированной эрекции.

Выводы. Опыт нашей работы доказывает необходимость применения комплексного лучевого исследования пациентов с фибропластической индурацией полового члена, включающего ультразвуковые, рентгенологические методики и МРТ. Предварительные результаты показывают целесообразность изучения возможностей разных методов лучевой диагностики при исследовании пациентов с болезнью Пейрони с целью максимально точного определения степени выраженности морфологических и функциональных изменений полового члена. Только комплексное лучевое исследование в сочетании с клиническими данными позволяет с достаточно высокой степенью достоверности прогнозировать перспективы консервативного лечения, определять показания к оперативному вмешательству и его объем.

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

А.П. Дергилев, Я.Л.Манакова, А.А.Ильин

Введение. Эпидемиологические исследования, проведенные в нашей стране и за рубежом, свидетельствуют о достаточно высокой распространенности заболеваний височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) в различных группах населения. По данным различных авторов, частота суставных поражений в популяции составляет от 2 до 50%, а среди пациентов, обращающихся за стоматологической помощью, доходит до 70-95%.

Среди поражений ВНЧС наибольшую часть занимают патологические процессы,

связанные с возникновением структурных нарушений в его мягкотканых элементах – суставном диске и внутрисуставных связках, которые в условиях естественной контрастности невозможно визуализировать при традиционном рентгенологическом исследовании и компьютерной томографии.

Впервые визуализация мягкотканых структур сустава стала возможной при использовании магнитно-резонансной томографии (МРТ).

Материал и методы. С начала 2006 года исследования ВНЧС мы начали выполнять на низкопольном магнитно-резонансном томографе OPART производства фирмы TOSHIBA с напряженностью магнитного поля 0,35 Тесла. В течение 3 лет было проведено исследование 43 пациентов с различными формами поражения сустава. Диагностические возможности низкопольного томографа позволили отчетливо визуализировать мягкотканые структуры сустава и диагностировать развивающиеся в них морфологические изменения.

Результаты исследования. На T1-взвешенных изображениях суставной диск и внутрисуставные связки выглядят как четко отграниченные от окружающих тканей, изоинтенсивные с ними по сигналу гомогенные структуры с гипоинтенсивным контуром. Суставной диск имеет форму двояковогнутой линзы, расположенной между головкой нижней челюсти и задней поверхностью суставного бугорка. Место прикрепления к диску задних внутрисуставных связок представлено тонкой вертикальной гипоинтенсивной полоской, кзади от которой визуализируются задние диско-височная, диско-челюстная связки и межсвязочное пространство, составляющие биламинарную зону. На T1-взвешенных изображениях определяются признаки остеоартроза в виде деформации суставной поверхности головки нижней челюсти и очагов остеоэрозивных изменений в виде участков с гипоинтенсивным сигналом.

На Pd-взвешенных изображениях суставной диск имеет гипоинтенсивный сигнал, что позволяет более отчетливо дифференцировать его от окружающих анатомических структур. Внутрисуставные связки на Pd-взвешенных изображениях отчетливо не визуализируются. Применение Pd-взвешенных изображений позволяет диагностировать реактивный синовит и посттравматический гемартроз.

На T2-взвешенных изображениях суставной диск также имеет гипоинтенсивный по сравнению с окружающими его структурами сигнал, но контрастность его по сравнению с Pd-взвешенными изображениями ниже. Жидкость в суставе на T2-взвешенных изображениях диагностируется отчетливо. При ее наличии суставной диск визуализируется, определяются его форма и расположение. При отсутствии жидкости в полости сустава на T2-взвешенных изображениях диск дифференцируется нечетко. Особенностью T2-взвешенных изображений является отчетливая визуализация на них линий перелома, костных отломков, микрокистозной перестройки структуры субхондральных отделов головок нижней челюсти.

При проведении исследований суставов у 31 пациента были выявлены различные формы внутренних нарушений, у 3 пациентов найдены признаки механических повреждений и посттравматических изменений, у 4 пациентов были определены признаки воспалительных изменений, у 1 пациента диагностирован первичный остеоартроз, у 1 пациентки обнаружено метастатическое опухолевое поражение сустава. У 3 пациентов патологических изменений в ВНЧС при проведении МРТ мы не выявили.

Выводы. Несмотря на большой объем информации, получаемый при клиническом обследовании пациентов с различными видами внутренних нарушений ВНЧС, проведение МРТ для определения расположения и особенностей смещаемости диска при движении нижней челюсти, является фактором, оказывающим решающее влияние на выбор тактики лечения. Наша работа доказала возможность полноценного лучевого исследования ВНЧС на низкопольном томографе у пациентов с внутренними нарушениями. По результатам работы мы рекомендуем при исследовании пациентов с внутренними нарушениями применять T1- и Pd-взвешенные изображения, позволяющие выявлять структурные изменения суставного диска, внутрисуставных связок, реактивный синовит и вторичный остеоартроз. При механических повреждениях ВНЧС целесообразно использование T1- и T2-взвешенных

изображений, позволяющих визуализировать переломы мышечного отростка, гемартроз, повреждения суставного диска, внутрисуставных связок и биламинарной зоны. При опухолевом поражении сустава тактику МРТ необходимо выбирать с учетом характера выявляемых в процессе исследования морфологических изменений.

ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКОПОЛЬНОЙ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ГИНЕКОЛОГИИ

А.П.Дергилев, Я.Л. Манакова, Н.В.Шангурова, Е.Н.Филатова

Введение. Выбор оптимальной тактики лучевого исследования органов малого таза с получением максимально полной и достоверной информации об имеющейся патологии существенно облегчает диагностику гинекологических заболеваний. Магнитно-резонансная томография (МРТ) позволяет уточнить анатомию органов малого таза, точно определить характер, локализацию и распространенность патологического процесса, его взаимосвязь с соседними органами.

Материал и методы. В течение 2007-2008 годов нами была проведена МРТ органов малого таза 67 женщинам в возрасте от 18 до 69 лет, поступившим в ФГУ "СОМЦ Росздрава" для оперативного лечения. Исследования проводились на низкопольном магнитно-резонансном томографе OPART производства фирмы TOSHIBA с напряженностью магнитного поля 0,35 Тесла. Сканирование проводилось с обязательным получением Т2-взвешенных изображений в 3 стандартных плоскостях и Т1-взвешенных изображений в коронарных плоскостях. В случае затруднения трактовки МР-томографической картины дополнительно синтезировались томограммы, полученные в режимах STIR и MYUR. При недостаточной информативности исследования в условиях естественной контрастности для дифференциальной диагностики с онкологическими заболеваниями использовались гадолинийсодержащие препараты.

Результаты исследования. Наиболее часто среди гинекологических заболеваний встречались миома матки (29 наблюдений) и эндометриоз (27 наблюдений). В 11 случаях были выявлены другие нозологические формы – злокачественные опухоли, аномалии развития, локальные воспалительные процессы.

Миома матки – самая распространенная опухоль малого таза, имеющая солидное строение. Обычно узлы располагаются в пределах миометрия. МР-томографическая симптоматика миомы матки характеризовалась наличием образований округлой формы с четкими границами, имеющих изоинтенсивный на Т1- и гипоинтенсивный на Т2-взвешенных и полученных в режиме STIR изображениях сигнал за счет содержания гладкомышечной и фиброзной ткани. МРТ позволила четко определить локализацию миомы (субсерозная, интерстициальная, субмукозная), взаиморасположение их с брюшиной, соотношение с полостью матки, наличие в них вторичных дегенеративных изменений.

Эндометриоз занимает одно из ведущих мест в структуре гинекологической заболеваемости женщин репродуктивного возраста. Эндометриозные гетеротопии выявляются в структуре миометрия, в ретроцервикальной клетчатке, яичниках, любых органах малого таза и брюшной полости. При проведении МРТ были выявлены различные формы эндометриоза: аденомиоз, ретроцервикальный эндометриоз с поражением стенки прямой кишки, эндометриозные кисты, эндометриоз задней стенки влагалища и ректовагинальной перегородки, эндометриоз мочевого пузыря. МР-томографические проявления эндометриоза более разнообразны. При аденомиозе в миометрии выявлялись участки неравномерного расширения эндометрия, полиморфные участки с аномальной, повышенной или пониженной на Т2-взвешенных изображениях интенсивностью сигнала, располагающиеся в различных отделах миометрия. При распространении патологического процесса на прилежащие органы (мочевой пузырь, влагалище, прямую кишку) определялись патологические изменения их стенок, наличие в клетчатке малого таза патологического

субстрата с изоинтенсивным на T1- и изогиперинтенсивным на T2-взвешенных изображениях сигналом.

Как в сочетании с другими заболеваниями, так и изолированно, при МРТ выявляются кистозные изменения яичников. Особенностью метода является возможность достаточно достоверного определения характера содержимого жидкостных образований яичников по характеру сигнала. Для кист, заполненных жидкостью с минимальным количеством примесей, типично наличие содержимого с гипоинтенсивным на T1- и гиперинтенсивным на T2-взвешенных изображениях сигналом. В случаях формирования эндометриоидных кист, кровотечений в их полость, дермоидных кист, характер сигнала от их содержимого изменяется – прежде всего, в сторону повышения его интенсивности на T1-взвешенных изображениях.

Выводы. Результаты нашей работы подтвердили высокую информативность низкопольной МРТ в диагностике миом матки, различных форм эндометриоза и подтвердили целесообразность использования метода в предоперационном исследовании женщин, страдающих различными гинекологическими заболеваниями.

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

А.П.Дергилев, Я.Л.Манакова, Н.А.Хрущева

Введение. Диагностика и лечение рассеянного склероза (РС) одна из актуальных проблем неврологии. Заболевание поражает в основном лиц молодого возраста и является одной из наиболее частых причин инвалидизации в неврологической практике. Для проведения адекватной терапии необходима ранняя диагностика возникающих в веществе мозга морфологических изменений. Не менее важной является проблема выявления активных очагов при обострении и прогрессировании заболевания.

Единственным методом диагностики, позволяющим прижизненно неинвазивно выявлять очаги повреждения в веществе мозга, является магнитно-резонансная томография (МРТ). В настоящее время в крупных лечебных учреждениях, специализирующихся на лечении больных РС, в основном используются средне- и высокопольные МР-томографы. Целью нашей работы явилось уточнение возможностей низкопольной МРТ в диагностике РС.

Материал и методы. В течение 2007-2008 годов в кабинете МРТ ФГУ "СОМЦ Росздрава" на низкопольном МР-томографе OPART производства фирмы TOSHIBA с напряженностью магнитного поля 0,35 Тесла было обследовано 274 пациента, находящихся на стационарном лечении в неврологическом отделении стационара и/или наблюдающихся в Округном центре рассеянного склероза. Среди них было 122 (44,5%) мужчины и 152 (55,5%) женщины в возрасте от 12 до 71 года.

Результаты исследования. При проведении исследования мы разработали алгоритм, который включает ряд последовательно синтезируемых серий томограмм. Обязательным условием полноценного исследования мы считаем синтез изображений в режиме FLAIR (с подавлением сигнала от жидкости), позволяющих отчетливо визуализировать очаги демиелинизации, независимо от их расположения по отношению к желудочкам мозга и субарахноидальным пространствам. Отчетливое выявление очагов повреждения в мозолистом теле возможно при получении T2-взвешенных томограмм в сагиттальной плоскости, которые мы также считаем необходимым включить в алгоритм исследования. Для точной диагностики свежих очагов демиелинизации и обострения воспалительного процесса в старых очагах необходимо проведение исследования с получением T1-взвешенных изображений до и после введения гадолинийсодержащего контрастного препарата.

При проведении МРТ наиболее часто выявлялись перивентрикулярно субэпендимарно расположенные очаги. Реже определялись очаги в полушариях мозжечка и стволовой части мозга. В большинстве случаев характерным было наличие полиморфизма очагов, с тенденцией к преобладанию очагов овальной формы, расположенных длинником перпендикулярно к стенке бокового желудочка и к мозолистому телу. Размеры очагов колебались в пределах 5-10мм. Для выявляемых при МРТ очагов демиелинизации соблюдалась закономерность, заключающаяся в преобладании изо- и изогипоинтенсивного сигнала на T1- и в различной степени гиперинтенсивного сигнала на T2-взвешенных и полученных в режиме FLAIR изображениях.

При длительно протекающем РС у пациентов выявлялись признаки дегенеративного процесса. Отмечалось расширение желудочковой системы (преимущественно боковых и III желудочков) за счет лейкоатрофических изменений, расширение субарахноидального пространства и межизвилистых борозд за счет субкортикальной и кортикальной атрофии.

Исследование с контрастированием было выполнено нами у 219 пациентов (79,9% случаев). Из них у 29 пациентов были выявлены признаки активности патологического процесса. Свежие очаги демиелинизации характеризовались диффузным накоплением препарата по всему его объему, для обострения воспалительного процесса в старых очагах более типично кольцевидное накопление препарата по его периферии.

Из 274 пациентов, исследованных нами для выявления РС или наблюдения за его течением, в 195 случаях (71,2%) либо диагноз РС был подтвержден, либо были выявлены динамические изменения. В остальных случаях признаков РС выявлено не было. У пациентов диагностировались сосудистые, опухолевые заболевания, аномалии развития. В 27 случаях при проведении МРТ патологических изменений в головном мозге нами не найдено.

Выводы. Полученные данные подтверждают высокую информативность МРТ в диагностике РС и доказывают возможность использования низкопольных томографов для диагностики демиелинизирующих заболеваний и динамического наблюдения за их течением.

СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СИБИРСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА

К.А.Есипова, В.М.Чернышев

Одной из составляющей эффективного реформирования здравоохранения является успешное внедрение различных форм стационарзамещающих технологий (СЗТ) при оказании медицинской помощи населению, в т.ч. дневных стационаров (ДС) при амбулаторно – поликлинических учреждениях, а так же коек дневного пребывания (КДП) в больничных учреждениях.

Проведенный нами анализ обеспеченности населения перечисленными выше видами медицинской помощи в динамике, свидетельствует о том, что она составляла в 2008 году в целом по Сибирскому федеральному округу (СФО) 16,01 на 10000 населения. При этом в 5 регионах (республики Алтай, Хакасия, Иркутская, Кемеровская, Омская области) она выше, чем в СФО, а в 7 – ниже (табл. 1).

Наиболее развиты СЗТ в Кемеровской области, где они составляют 23,48 на 10000 населения. Далее следуют республики Алтай (22,67) и Хакасия (21,36). При этом в Кузбассе около 80% представлены местами в ДС при поликлиниках, что обусловлено тем, что подавляющее большинство жителей территории проживают в городах. А вот СЗТ в республиках в основном оказывается в стационарах: Алтай – 66,2, а в Хакасии – 65,0%. Это связано с тем, что для этих целей стали активней использовать участковые больницы и не занятые выполнением государственного заказа койки центральных районных больниц.

Таблица 1.

Обеспеченность койками дневного пребывания и местами в ДС при амбулаторно-поликлинических учреждениях в СФО (2007-2008гг.)

	Койки дневного пребывания при больничных учреждениях			Места в ДС при амбулаторно- поликлинических учреждениях			Всего мест в ДС при стационарах и амбулаторно-поликлинических учреждениях		
	2007г.	2008г.	Отклонения 2008/2007(%)	2007г.	2008г.	Отклонения 2008/2007 (%)	2007г.	2008г.	Отклонения 2008/2007 (%)
СФО, всего:	5,9	6,66	+12,9	9,70	9,35	- 3,61	15,6	16,01	+ 3,27
Республика Алтай	16,2	15,02	-7,28	5,3	7,65	+ 44,33	21,5	22,67	+ 5,44
Республика Бурятия	3,68	3,22	- 2,84	10,68	8,6	- 19,48	14,36	11,82	- 17,69
Республика Тыва	7,19	5,00	- 30,46	11,05	8,75	-20,91	18,24	13,75	- 24,62
Республика Хакасия	14,2	13,8	- 2,8	6,74	7,56	+ 12,17	20,94	21,36	+ 2,05
Алтайский край	3,04	3,8	+25,0	7,40	7,95	+ 7,43	10,44	11,75	+ 12,55
Забайкальский край	8,64	9,67	+0,35	4,5	5,13	+14,0	13,14	14,80	+ 5,02
Красноярский край	6,6	7,38	+11,82	5,44	6,1	+ 12,13	12,04	13,48	+ 11,96
Иркутская область	11,11	11,42	+2,88	5,34	5,64	+ 5,62	16,75	17,06	+ 1,85
Кемеровская область	1,19	4,71	в 4 раза	18,74	18,77	+ 0,16	19,93	23,48	+ 17,8
Новосибирская область	4,85	3,9	- 19,59	13,58	9,02	- 33,57	18,43	12,92	- 29,9
Омская область	7,55	8,45	+11,92	9,47	10,26	+ 8,34	17,02	18,71	+9,93
Томская область	3,71	3,91	+5,39	10,49	10,84	+ 3,34	14,2	14,75	+ 3,87

В динамике в некоторых регионах произошли по сравнению с 2007 годом существенные изменения. В трех из них количество мест сократилось на 17-29% (республики Бурятия и Тыва, Новосибирская область), а в девяти увеличилось от 1,85 (Иркутская область) до 17,8% (Кемеровская область).

Койки дневного пребывания составили в целом по округу в 2008 году 41,6% от всех видов стационарзамещающих видов медицинской помощи. Наибольшее их количество, в расчете на 10000 населения, развернуто в республиках Алтай (15,02) и Хакасии (13,80), а так же в Иркутской области (11,42) по ранее указанной причине, где их удельный вес составляет 67,1%, 64,1 и 66,9%, соответственно

Наименьшее количество КДП в 2008 году было в Республике Бурятия (3,22) и Алтайском крае - 3,8 на 10000 населения, а удельный вес их составил 27,2% и 32,3%.

Прирост КДП в Сибирском федеральном округе составил 12,9%. В Кемеровской области он был 4-кратным, в Алтайском крае на 25% и почти на 12% в Красноярском крае и Омской области. Наиболее заметное сокращение произошло в Республике Тыва – 30,5%.

Значительные колебания в обеспеченности местами в ДС отмечены в 2008 году. В среднем по СФО она составила 9,35 на 10000 населения, т.е. 58,4% от общего количества мест, отнесенных к СЗТ. По сравнению с 2007 годом оно уменьшилось на 3,6%.

Наибольшая обеспеченность местами в ДС отмечена в Кемеровской – 18,77 на 10000 населения, в Омской (10,26) и Томской (10,84) областях, что составляет 79,9%, 54,9 и 73,5%, соответственно, от общего количества мест, отнесенных к СЗТ. Наименьшая – в Забайкальском крае (5,13) и Иркутской области (5,64) или 34,7% и 33,1% среди всех СЗТ. В некоторых территориях произошел заметный прирост их. Так, в Республике Алтай он составил 44,3%, в Забайкальском крае – 14,0%, более 12% в Республике Хакасия и Красноярском крае. Заметное сокращение мест в ДС отмечено в Новосибирской области (33,6%) и Республике Тыва (20,9%)

Заключение. Имеющиеся выраженные колебания, как в обеспеченности СЗТ субъектов Федерации в Сибирском федеральном округе, так и в динамике их количества в течение двух лет, свидетельствует об отсутствии научно-обоснованной нормативной базы для формирования заказа на эти виды медицинской помощи, определения реальной потребности в ней. Наиболее существенное влияние оказывает отсутствие достаточной экономической (материальной) заинтересованности ЛПУ в развитии СЗТ. До сегодняшнего дня сохраняется неоднозначное, достаточно субъективное отношение к СЗТ со стороны организаторов здравоохранения.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОТЕКТИВНОГО УРОВНЯ АНТИТЕЛ СОТРУДНИКОВ ФГУ «СОМЦ ФМБА России», ВАКЦИНИРОВАННЫХ ПРОТИВ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В в 1998-2004гг

П.Ю. Зверев, С.А. Королева

Острота современной эпидемической ситуации с вирусным гепатитом В (ГВ) требует активизации работы по профилактике данной инфекции. Отечественный и зарубежный опыт свидетельствует, что главная роль в борьбе с НВ-вирусной инфекцией сегодня принадлежит вакцинопрофилактике. Высокая иммунологическая и эпидемиологическая эффективность генноинженерных вакцин против ГВ до нас была показана рядом исследователей. Особенно актуальна иммунопрофилактика гепатита В среди медицинских работников.

Как и в других лечебных учреждениях г.Новосибирска основная часть сотрудников ФГУ «СОМЦ ФМБА России» (Центр) была вакцинирована в конце 90-х годов. Ревакцинацию медицинским работникам, в том числе работающим с кровью, не проводили.

В 2008 году проведена работа по выявлению круга лиц подлежащих ревакцинации против ГВ. Обследовано 117 сотрудников Центра, вакцинированных против ГВ в 1998-2004 гг. для определения уровня антител. Основная часть персонала из числа обследованных вакцинирована в 1999 и 2002гг (39 и 45 человек соответственно).

Работа проводилась специалистами клинической лаборатории стационара Центра. Для исследований использовался набор для качественного и количественного определения антител к HBs – антигену вирусного гепатита В. Производитель – ЗАО «Вектор БЭСТ». Результаты исследований оценивались на основании рекомендаций ВОЗ: «протективным является уровень концентрации антител HBs – 10 мМЕ/мл».

По результатам обследования установлено:

1. Около 47% персонала имеет протективный уровень антител (рис. 1);

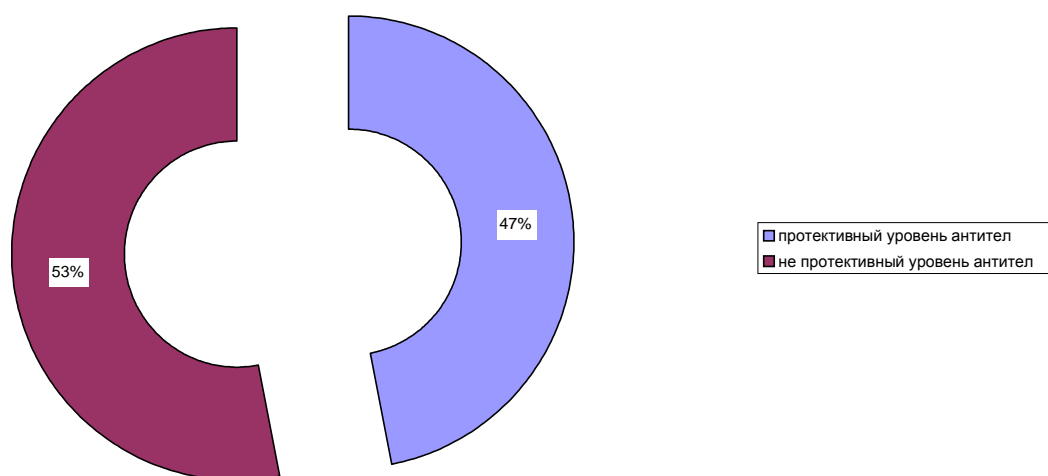


Рис. 1 Доля выявления лиц с протективным уровнем антител к вирусному гепатиту В среди сотрудников ФГУ "СОМЦ ФМБА России" вакцинированных 1998-2004 гг.

2. Протективный уровень антител сохраняется в равной степени как у молодого так и лиц старшего возраста (рис. 2).

3. Доля выявления лиц с протективным уровнем антител среди сотрудников вакцинированных более 5 лет назад остается высокой (от 40 до 55%);

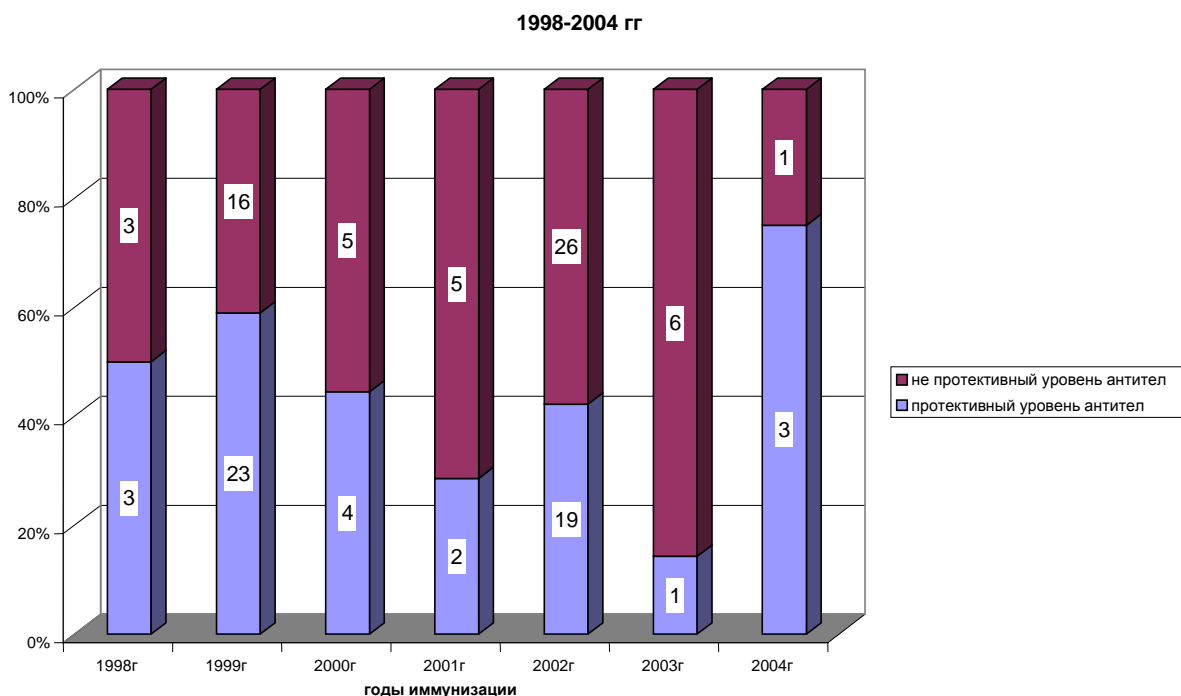


Рис. 2 Доля выявления лиц с протективным уровнем антител среди

Вывод:

1. Перед ревакцинацией рекомендовать исследование уровня антител к HBs – антигену вируса гепатита В.
2. Ревакцинировать целесообразно лиц, имеющих непротективный уровень антител;
3. При сроках первичной вакцинации от 5 до 10 лет протективный уровень антител сохраняется у 47% вакцинированных.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕФЕКОГРАФИИ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ПАТОЛОГИИ АНОРЕКТАЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ И МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА

Капранова М.Б., Карнаухов А.Г., Дергилев А.П., Захарова Н.Ф., Бородач А.В.,
Сударкина А.В.

Введение. Нарушения аноректальных функций относятся к важным клиническим проблемам, оказывающим выраженное специфическое влияние на качество жизни. По литературным данным основными причинами, приводящими к аноректальным дисфункциям, являются послеродовые нарушения тазового дна (66% случаев), возрастная инволюция (30 % случаев), тяжелый физический труд, тупая травма живота, патология толстой кишки, поясничного отдела позвоночника (примерно в 3% случаев) и наследственная предрасположенность (примерно 1% случаев). По данным разных авторов 10-20% пациентов, обращающихся за медицинской помощью в гастроэнтерологические клиники, имеют аноректальные дисфункции. Среди всех колопроктологических пациентов 80-90% предъявляют жалобы, связанные с нарушением функции тазового дна. Пациенты обращаются, как правило, с неспецифическими симптомами: запоры, недержание кала, мочи, боль при дефекации. Эти изменения в различных вариантах сочетаются с опущением и выпадением органов малого таза. Выявление морфологических изменений у таких пациентов

затруднено, данные физикального обследования во многих случаях являются сомнительными.

В стационаре ФГУ "СОМЦ Росздрава" для точной диагностики функциональных изменений и объективизации структурных нарушений аноректальной области в качестве рентгенологического исследования прямой кишки применяется дефекография. Эта методика позволяет оценить функцию мышц анального сфинктера, аноректальных и элеваторных мышц, морфометрические параметры формы, размеров и расположения прямой кишки в расслабленном и напряженном состоянии.

Методика дефекографии используется в мировой практике со второй половины XX столетия. В России дефекография была внедрена в клиническую практику ФГУ "ГНЦ колопроктологии Росмедтехнологий" с конца 90-х годов прошлого столетия.

Материал и методы. В стационаре ФГУ "СОМЦ Росздрава" с 2004 года при патологии тазового дна выполняются оперативные пластические вмешательства. Для уточнения характера функциональных и морфологических изменений при планировании оперативного лечения в 2006 году под руководством сотрудников кафедры общей хирургии Новосибирского государственного медицинского университета была внедрена методика дефекографии.

В ФГУ "СОМЦ Росздрава" дефекография выполняется в модификации Phillips и Edwards (1966). Применяемый вариант исследования прост в применении. Прямая кишка ретроградно заполняется бариевой взвесью. При расслабленной прямой кишке выполняются рентгенограммы в прямой и боковой проекциях. При напряжении мышц тазового дна (натуживании и втягивании прямой кишки) выполняются рентгенограммы в боковой проекции.

В течение 2006-2008 годов нами выполнено 43 дефекографии. Из них в 39 случаях были диагностированы различные патологические изменения, у 4 пациентов отклонений от нормы выявлено не было.

Результаты исследования. Среды найденных патологических изменений в 10 случаях было выявлено опущение прямой кишки, в 26 случаях - опущение прямой кишки с ректоцеле различной степени, полное выпадение прямой кишки и матки диагностировано в 3 случаях.

Из числа 39 пациентов с выявленными при дефекографии патологическими изменениями оперативное лечение было показано в 16 случаях. В силу ряда организационных, юридических и субъективных причин только в 6 случаях было проведено оперативное лечение, включающее пластику тазового дна. Полученные результаты рентгенологического исследования позволили более точно спланировать объем пластического оперативного пособия. Рентгенологический диагноз подтвердился в 100% случаев.

В результате оперативного вмешательства качество жизни пациентов значительно улучшилось, исчезли жалобы, связанные с актом дефекации.

В послеоперационном периоде 3 пациентам было выполнено контрольное рентгенологическое исследование. В 1 случае дефекография выполнялась через 2 месяца после операции по поводу полного выпадения прямой кишки, в 2 случаях - через 3,5 и 6 месяцев после операции по поводу ректоптоза III степени в сочетании с ректоцеле III степени. По данным рентгенологического исследования было констатировано удовлетворительное морфофункциональное состояние тазового дна и прямой кишки.

Выводы. Предварительные результаты нашей работы позволяют сделать вывод, что диагностика патологии прямой кишки и тазового дна должна быть комплексной. Среди применяемых диагностических процедур дефекография является одним из наиболее показательных методов и обязательно должна включаться в план обследования пациентов с патологией аноректальных функций и мышц тазового дна.

ЗНАЧЕНИЕ ВЕЛИЧИНЫ СООТНОШЕНИЯ ДОЛЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ОРГАНА

Катерлина И.Р., Насонова Н.В., Мартинович М.В., Изранов В.А.

Врачам, работающим на ультразвуковых (УЗ) аппаратах в повседневной работе приходится ориентироваться не только на размеры щитовидной железы (ЩЖ), но и на симметричность её контрлатеральных долей [1, 2, 3]. В настоящее время ультразвуковая морфометрическая оценка степени асимметрии ЩЖ является весьма неразработанным вопросом. В научной литературе имеются описания более менее симметричности органа с акцентом на более крупную правую долю, без оценки её степени симметрии\асимметрии в норме и при патологии.

Цель исследования. Изучить морфометрические параметры ЩЖ с позиций асимметрии в норме и при патологии (на модели аутоиммунных заболеваний - диффузно-токсического зоба (ДТЗ) в стадии декомпенсации и аутоиммунного тиреоидита (АИТ) с исходом в гипотиреоз).

Материалы и методы. Исследование выполнено в рамках научного направления лаборатории антропологии АНО ВПО "Новый сибирский институт" по изучению структурно-функциональной асимметрии ЩЖ при использовании программы компьютерного протоколирования результатов ультразвукового исследования (УЗИ), модифицированной на базе лаборатории прикладных технологий данного института.

Обследовано 103 взрослых человека (диаграмма 1). Группа 1 – здоровые (без тиреоидной патологии, с гормонально подтверждённым состоянием эутиреоза) 45 (44%) человек (31 женщина и 14 мужчин), средний возраст $44,70 \pm 1,57$ (от 23 до 62) года; соотношение женщин и мужчин 2,1:1; средний возраст женщин $46,70 \pm 1,88$ (от 23 до 62) лет; средний возраст мужчин $40,43 \pm 2,57$ (от 25 до 58) лет. Группа 2 - больные с верифицированным диагнозом ДТЗ в стадии декомпенсации, с признаками гормонально подтверждённого гипертиреоза – 26 (25%) человек (16 женщин и 10 мужчин); средний возраст $46,04 \pm 2,13$ (от 18 до 66) лет; соотношение женщин и мужчин 1,5 : 1; средний возраст женщин $43,56 \pm 2,80$ (от 18 до 54) лет; средний возраст мужчин $49,64 \pm 3,12$ (от 33 до 66) лет. Группа 3 - больные с клинически установленным, гормонально подтверждённым АИТ с исходом в гипотиреоз – 32 (31%) человека (28 женщин и 4 мужчин); средний возраст $51,87 \pm 1,56$ (от 30 до 70) лет; соотношение женщин и мужчин 9,3 : 1; средний возраст женщин $52,36 \pm 1,67$ (от 30 до 70) лет; средний возраст мужчин $47,33 \pm 3,84$ (от 43 до 55) лет (рисунок 1).

УЗИ ЩЖ проводили в режиме реального времени на стационарных ультразвуковых сканерах Acuson-128 и Phillips EnVisor Version B.O.I. линейными датчиками с частотой 7,5 МГц в стандартном двухмерном режиме. Определяли линейные размеры долей, перешейка ЩЖ, оценивали общий объём ЩЖ (ОЩЖ), объём каждой из долей (правой – ОПД, левой – ОЛД) по общепринятой методике, предложенной J.Brun et al. в 1981г. При УЗИ оценивали также асимметрию размеров долей ЩЖ. За увеличение объёма ЩЖ принимали объём ЩЖ у женщин, превышающий 18 мл, у мужчин – 25 мл, согласно международным нормативам (ВОЗ, 2001), без очаговой патологии.

Статистический анализ. Использовали: пакет прикладных программ SPSS-11,5; количественные данные представлены в виде среднего значения M и ошибки среднего m - ($M \pm m$); тест Колмогорова-Смирнова; однофакторный дисперсионный анализ (t-критерий Стьюдента); непараметрический теста Манна - Уитни для двух независимых выборок; для зависимых выборок был применен непараметрический тест Вилкоксона; критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался меньше 0,05.

Результаты. Выявлено, что усреднённый объём правой доли ЩЖ достоверно больше объёма левой - у всех обследованных, $p < 0,001$ (таблица 1). Причём отмечено, что разница долей ЩЖ не одинакова в группах обследованных. Таким образом, имеются

различия в пропорциях долей ЩЖ как в норме, так и при аутоиммунной тиреоидной патологии, из чего следует наличие различной степени асимметрии ЩЖ. Для определения закономерности асимметрии ЩЖ нами было введено понятие величины соотношения объёмов долей ЩЖ, вычисляемое простым математическим отношением величины объёма правой доли к величине объёма левой доли (ОПД:ОЛД). В использованной программе компьютерного протоколирования результатов УЗИ [4] данная величина автоматически вычисляется после определения величины объёма долей ЩЖ (Рис. 2). Проведён анализ данной величины в группах обследованных. Достоверная минимальная величина соотношения долей ЩЖ определена в группе больных АИТ с исходом в гипотиреоз (1,33) в сравнении со здоровыми (1,50), $p=0,008$. Причём, достоверная разница данной величины подтверждена у женщин двух групп (1,36 и 1,52 соответственно, $p=0,034$). В группе больных ДТЗ величина соотношения долей больше, в сравнении со здоровыми (1,57 и 1,5 соответственно) (табл. 2, график 1).

Выводы. Впервые установлена степень морфологической асимметрии ЩЖ в норме и показана её сопряженность с функцией органа. ЩЖ в состоянии эутиреоза сопряжена с определенной закономерностью асимметрии долей, что выражается величиной соотношения их объёмов, равной в среднем 1,50 (ОПД:ОЛД=1,50). Состояние гипотиреоза достоверно сопряжено с нивелировкой признаков морфологической асимметрии ЩЖ (ОПД:ОЛД=1,33). Состояние гипертиреоза сопровождается усугублением морфологической асимметрии (ОПД:ОЛД=1,57).

Впервые полученные данные о соотношении долей ЩЖ (ОПД:ОЛД) могут послужить основой для пересмотра представлений об относительной симметрии ЩЖ и использования его как параметра, отражающего тиреоидный статус организма и способного служить в качестве маркера субклинического гипотиреоза.

Приложения

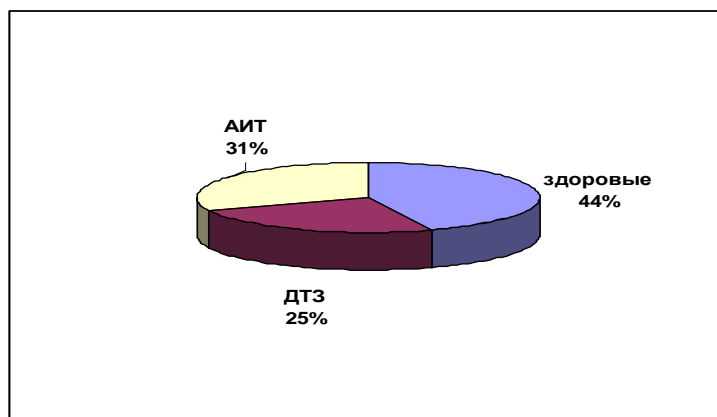


Рис. 1 Категории обследованных

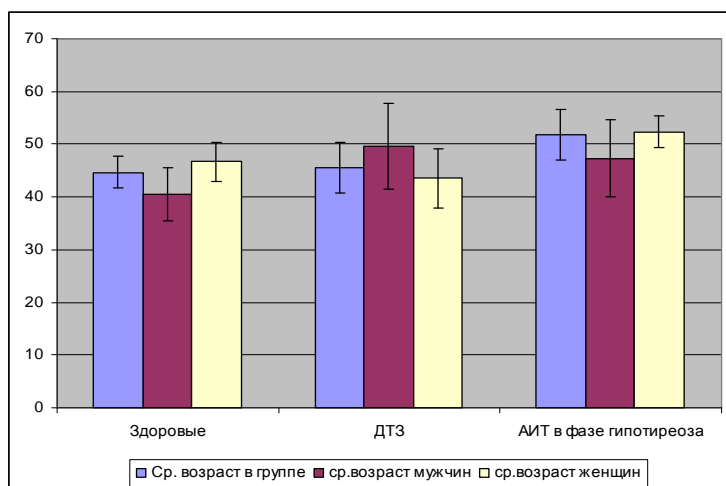


Рис. 2 Возраст обследованных.

Таблица 1

Значения общего объёма, объёма долей ЩЖ (мл) МДИ, по данным УЗИ

Группы	Здоровые	ДТЗ	АИТ исходом гипотиреоз	с в
n	45	26	32	
ОЩЖ	15,69 (13,73-17,65)	43,95 (31,39-56,51)	18,04 (12,26-22,46)	
ОПД	9,34◆◆◆ (8,03-10,65)	23,72*** (16,98-30,46)	9,38○ (13,47-22,61)	
ОЛД	6,30◆◆◆ (5,57-7,03)	17,36*** (12,26-22,46)	8,58○ (7,20-11,56)	

Примечание: М-среднее; ДИ-доверительный интервал; ОЩЖ – объём ЩЖ; ОПД – объём правой доли ЩЖ; ОЛД – объём левой доли ЩЖ; ◆ p<0,001 - достоверность различий объёмов долей ЩЖ у здоровых; * - p<0,001 - достоверность различий объёмов долей ЩЖ при ДТЗ; ○ - p=0,05 - достоверность различий объёмов долей ЩЖ при АИТ с исходом в гипотиреоз.

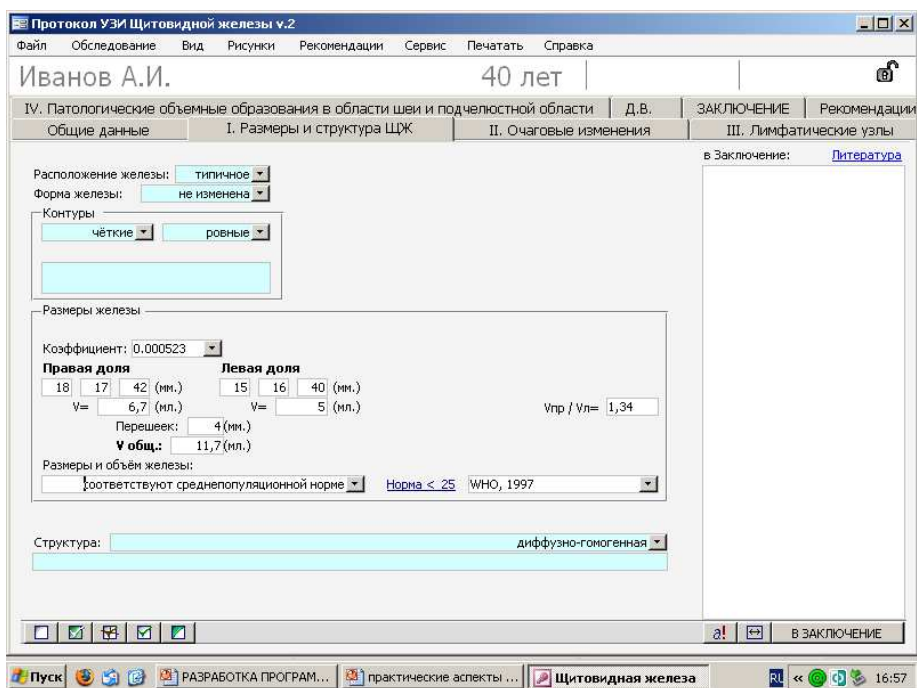


Рис.3. Автоматизированное формирование описания на примере поля «Размеры и структура щитовидной железы (ЩЖ)» Протокола УЗИ Щитовидной железы.

Таблица 2
Соотношение величины объёмов долей щитовидной железы (ОПД :ОЛД)

группы	здоровые	ДТЗ	АИТ исходом гипотиреоз	с в
n	45	26	32	
	M±m	M±m	M±m	
группа	1,50±0,09**	1,57±0,22	1,33±0,17**	
мужчины	1,49±0,09	1,45±0,10	1,11±0,10	
женщины	1,52±0,08●	1,65±0,29	1,36±0,14●	

Примечание: ОПД – объём правой доли щитовидной железы; ОЛД – объём левой доли щитовидной железы; * - $p=0,008$ - достоверные различия соотношения долей ЩЖ в сравнении со здоровыми; ● – $p=0,034$ - достоверные различия соотношения долей ЩЖ у женщин с АИТ в сравнении со здоровыми.

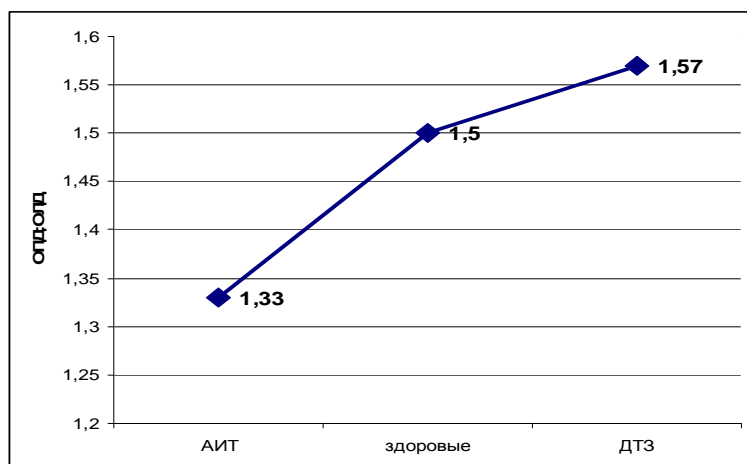


Рис. 4. Величина соотношения долей ЩЖ

Литература:

1. Абрамов В.В., Абрамова Т.Я. Асимметрия нервной, эндокринной и иммунной систем. – Новосибирск: Наука. Сибирская издательская фирма РАН, 1996.
2. Катерлина И.Р., Соловьёва И.Г., Рымар О.Д., Абрамов В.В., Изранов В.А. Выявление параллелей между структурной асимметрией щитовидной железы и параметрами высшей нервной деятельности у пациентов с патологией органа. // Балтийский журнал современной эндокринологии. Тезисы докладов – 2008. - № 1 (Приложение) – С.79;
3. Катерлина И.Р., Соловьёва И.Г., Рымар О.Д., Насонова Н.В., Изранов В.А., Абрамов В.В. Функциональная асимметрия и морфофункциональные параметры щитовидной железы у больных с аутоиммунным тиреоидитом. // Балтийский журнал современной эндокринологии. Тезисы докладов – 2008. - № 1 (Приложение) – С.79-80;
4. Изранов В.А., Боярова О.В., Горбунова Е.В., Абдуллаев Н.А. использование компьютерного протокола ультразвукового исследования молочных желёз для стандартизации оценки эхографических симптомов и степени выраженности ФКМ. // Ультразвуковая и функциональная диагностика / Приложение. Сборник тез. докл. III съезда врачей ультразвуковой диагностики Сибири (Барнаул, 5-7.10.2005). – 2005. – С.29.

ЛИМФОТРОПНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ КОРРЕКЦИИ В ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ

А.Г. Катковская, В.Н. Горчаков

Введение: вопросы профилактики, лечения и реабилитации остаются весьма актуальными для практической медицины из-за отсутствия оптимальных способов коррекции, сводящих к минимуму возможность рецидива заболевания. Патология желудочно-кишечного тракта попадает в сферу интересов представителей самых разных медицинских дисциплин. В настоящей работе сделана попытка объединения гастроэнтерологии с одной из быстро развиваемой наук – лимфологией. В медицинской практике, как правило, не учитываются существующие знания о лимфатической системе, как инструмента обеспечения дренажа и детоксикации эндоэологического пространства.

Актуальность: патология органов желудочно-кишечного тракта широко распространена среди населения промышленных стран. В среднем 2% населения земли страдает нарушением перистальтики кишечника (запор). Этому способствует наличие большого числа этиологических факторов, включая малоподвижный образ жизни, прием

лекарств, нерациональное питание и т.д. Нарушение моторной активности толстого кишечника приводит к развитию аутоинтоксикации. Чем длительнее заболевание, тем выражение синдром интоксикации. В ответ на интоксикацию происходит формирование полиорганной дисфункции, в том числе и лимфоидной системы. В этом большую помощь могут оказать лимфотропные технологии и методы эндоэкологической реабилитации.

Цель исследования: оценить эффективность методов эндоэкологической реабилитации при СРК с гипомоторной функцией и с синдромом общей интоксикации, исходя из динамики клинических симптомов на фоне лечения, а так же состояния лимфоидной ткани толстого кишечника.

Материалы и методы исследования:

1. Экспериментальная часть.
2. Клиническая часть.

Исследование в клинических условиях лимитируется трудностями методического характера и именно в эксперименте более целесообразно изучение механизмов развития патологии и возможностей ее коррекции.

Экспериментальная часть: в эксперименте на белых крысах создана фармакологическая модель гипокинетического запора. Объектом исследования являются стенка толстой кишки, аппендикс, регионарный лимфатический узел. Экспериментальная модель гипокинетического варианта синдрома раздраженной кишки создавалась путем приема имодиума в дозе 0,2 мг/кг в течение 14 дней. После создания патологии исследовался этап реабилитации в условиях лимфотропной коррекции и без неё. На каждый срок исследования приходилось не менее 20 животных в контрольной и подопытных группах.

Таблица

Количество животных, использующихся в эксперименте

группы	Сроки исследования, сутки			
	0	7	14	21
Контроль	20			
СРК (имодиум)		20	20	20
СРК + КЭР		20	20	20

Результаты экспериментального исследования

В физиологических условиях лимфатический узел имеет преобладание корковых структур над мозговым веществом.

1. При замедлении перистальтики имитирующее синдром раздраженной кишки (запор), отмечено статистически увеличение площади лимфоидных узелков в 1,38 раза и уменьшение площади паракортекса в 1,44 раза в сравнении с контрольными показателями, уменьшение мозгового синуса.

2. После отмены препарата имодиума имеет место замедление темпов восстановления структуры и функции лимфатического узла в динамике наблюдения.

3. В период реабилитации на фоне лимфотропной коррекции происходит более быстрое восстановление структуры лимфатического узла.

Клиническая часть: проведено клиническое исследование у пациентов с гипомоторной функцией при СРК, протекающего с наличием болевого синдрома, изменением частоты стула (менее 1 раза в 3-ое суток), изменением формы стула (твердый, «овечий»), с давностью болезни – 12 недель за последние 12 месяцев, с наличием симптомов общей интоксикации (слабость, головная боль, раздражительность, снижение работоспособности). Количество пациентов – 20 человек, в возрасте от 24 до 70 лет (женщины от 24 до 47 лет – 13 человек, от 48 до 70 – 7 человек). Всем пациенткам в течение 7 дней проводилась гидроколонотерапия (3-процедуры через день) с ручным массажем

брюшной стенки, введением минеральной воды «Архыз», негазированной и теплой в количестве 0,5 литра, «Биовестина» в количестве 25 мл. В течение последующих 14 дней женщины следовали рекомендациям по сбалансированному питанию, ЛФК с «дыхательной» гимнастикой усиливающей лимфомассаж органов брюшной полости, принимали «Лимфовит» (сбалансированная комбинация биофлавоноидов усиливающая действие друг друга антиоксидантов растительного происхождения в сочетании с точно рассчитанным комплексом пищевых волокон) по 5 грамм за 30 минут до еды, «мукофальк» (семена подорожника) по 1 пакету 3 раза в день. Общий курс лечения составлял 21 день.

Критерием эффективности служила динамика клинических симптомов в процессе лечения.

Высокой степенью эффективности считалось – исчезновение всех клинических симптомов, умеренной – уменьшение отдельных клинических симптомов, минимальной – отсутствие динамики основных симптомов или их отрицательная динамика.

Кроме того, у 9 пациенток исследовали кал на дисбактериоз до лечения, и после лечения, что позволило оценить влияние гидроколонтотерапии на микрофлору кишечника.

Результаты исследования и выводы: динамика клинических симптомов после 7-ми дней лечения у пациенток в возрасте от 24 до 47 лет считалась высокой степени эффективна, т.к. наблюдался самостоятельный, регулярный, мягкий стул без болевого синдрома на 8-ые сутки и удерживался на протяжении 21-го дня лечения, а также уменьшение общих симптомов интоксикации. В возрасте от 48 лет до 70 наблюдалось уменьшение отдельных клинических симптомов – наличие мягкого, но малопродуктивного стула 1 раз в 2 дня, иногда сопровождающегося метеоризмом и чувством неполного опорожнения кишечника. Сохранялась сниженная работоспособность. Отсутствие динамики основных симптомов не наблюдалось. При анализе кала на дисбактериоз получены следующие данные: у 5 женщин независимо от возраста до лечения выявлены изменения микрофлоры кишечника и восстановление после 21 дня лечения до нормальных показателей. У 3-х пациенток (28, 38 и 45 лет) микрофлора кишечника при патологических показателях до лечения, оставалась без изменения после окончания основного курса.

Выводы: 1. частота обращений пациентов с гипомоторной функцией при СРК -0 женщины молодого возраста. 2. Комплекс эндозкологической реабилитации в сочетании со стандартной терапией позволяет восстановить моторно-эвакуаторную функцию кишечника за 21 день и способствуют снижению симптомов эндотоксикоза. 3. При дифференциальном подходе гидроколонтотерапия может быть использована в общей программе эндозкологической реабилитации, как лимфодетоксикация и протекция лимфатической системы толстого кишечника. Получены новые данные о структурной организации лимфоидной ткани толстой кишки в эндозкологической реабилитации.

ИЗМЕНЕНИЯ МЕТАБОЛИЗМА СЕРОТОНИНА У ДИАЛИЗНЫХ ПАЦИЕНТОВ.

Королева С.А., Анохин С.И., Зеунова Н.А., Латышева Т.В., Гилинский М.А.

Высокий уровень серотонина (5-ОТ) плазмы может быть опасен для жизненных процессов на периферии и в центральных отделах организма. Существуют три процесса, ограничивающих уровень серотонина в крови. 1) 5-ОТ может поглощаться тромбоцитами, концентрируясь в плотных гранулах, откуда он может высвобождаться при агрегации тромбоцитов. В гранулах 5-ОТ недоступен для метаболизации моноаминоксидазой (МАО-А), превращающей 5-ОТ в 5-гидроксииндолуксусную кислоту (5-ГИУК). 2) 5-ОТ может связываться с транспортными белками крови. 3) Свободный 5-ОТ быстро удаляется из плазмы клетками эндотелия или разлагается ферментами. В норме уровень 5-ОТ крови не достигает значений, влияющих на сердечно-сосудистую систему. Но при превышении нормальной концентрации 5-ОТ оказывает выраженный сосудосуживающий или

расширяющий эффекты, может активировать тромбоциты и (или) вызвать их агрегацию, способствуя образованию тромбов. Он также стимулирует митогенез.

Метаболические эффекты накопления 5-ОТ и его метаболита 5-ГИУК могут играть роль в этиопатогенезе атеросклероза, усугублении гипертензии, развитии гипертензии, вызванной эритропоэтином, и вносить вклад в развитие коагулопатий, характерных для больных хронической почечной недостаточностью (ХПН). Накопление 5-ГИУК у больных ХПН играет роль в развитии состояний гиперкоагуляции или гипокоагуляции при истощении системы, а также в формировании инсулинрезистентности при ХПН 4-й и 5-й стадий.

Нами были обследованы 16 пациентов с ХПН-4, находящихся на программном гемодиализе. Количественное определение 5-ОТ и 5-ГИУК в богатой и бедной тромбоцитами плазме (БогТП и БедТП) проводилось методом высокоэффективной жидкостной хроматографии с электрохимической детекцией. Пробы крови забирались до процедуры гемодиализа, через 2 часа и по окончании.

По нашим данным, уровень 5-ОТ БогТП до диализа значительно снижен по сравнению с контролем (52 ± 7 против 342 ± 39 нг/мл). Напротив, концентрация 5-ГИУК многократно повышена (208 ± 16 против $6 \pm 0,7$ нг/мл в контроле). Наши данные по 5-ГИУК хорошо согласуются с литературными (Malyszko et al., 1993; Sebekova et al., 2001). Следует отметить, что через 2 часа диализа уровень 5-ОТ у большинства пациентов практически не меняется (53 ± 7 нг/мл). В то же время концентрация 5-ГИУК падает вдвое (102 ± 6 нг/мл). По окончании гемодиализа уровни 5-ОТ и 5-ГИУК остаются практически неизменными (55 ± 6 и 99 ± 14 нг/мл).

В нашем исследовании уровень 5-ОТ до диализа снижен значительно сильнее по сравнению со снижением, описанным в литературе (в 6-7 раз по сравнению с 2-кратным у авторов). Это может быть связано с тем, что исследованная нами группа пациентов характеризовалась более тяжелым состоянием со значительным выходом 5-ОТ из тромбоцитов и метаболизацией его в 5-ГИУК. Концентрация 5-ОТ в БедТП у наших пациентов составила 16 ± 5 нг/мл, что вдвое превышало значения контроля, представленные в литературе, но не достигала патологических значений. Некоторое снижение концентрации 5-ОТ в БогТП обнаруживалось у больных ХПН ранее (Sebekova et al., 2001), но в нашем случае снижение было весьма значительным и высокодостоверным.

Эффект гемодиализа в отношении 5-ОТ по группе пациентов был незначимым. Более того, следует отметить, что у некоторых пациентов концентрация 5-ОТ после диализа несколько возросла. Вариативность значений 5-ОТ может определяться степенью деградации тромбоцитов с превращением 5-ОТ в 5-ГИУК или высвобождением 5-ОТ из системы с белком-транспортером. 5-ГИУК влияет на течение многих биологических процессов. Накопление 5-ГИУК при ХПН искажает транспорт альбуминами многих веществ и ингибирует утилизацию глюкозы. В этом плане диализ оказывает положительное действие (снижает уровень 5-ГИУК вдвое).

По данным литературы (Barisic I. et al., 2004), у 63% пациентов с ХПН развивается коморбидная депрессия, ассоциируемая со снижением уровня тромбоцитарного 5-ОТ (хотя уровень 5-ОТ снижен у 100% больных). У пациентов с относительным повышением уровня 5-ОТ могут проявляться признаки тревоги. Наши данные говорят о том, что гемодиализ не приведет к усугублению подобных симптомов.

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ 3D/4D ДИАГНОСТИКИ В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИКЕ

О.О.Крашенинникова

Объемное (трехмерное и четырехмерное) изображение формируется в режимах FreeHand 3D обычными датчиками (восстановление объемной структуры поверхностей тканей и восстановление объемной структуры сосудов в режиме энергетического доплера) и при помощи трехмерного датчика (в статическом режиме (3D УЗИ) и трехмерное УЗИ в реальном времени (4D УЗИ или Live 3D™).

Формирование изображения происходит во фронтальной, поперечной и продольной плоскостях. Получение трехмерных изображений возможно в режимах серой шкалы, цветного и энергетического доплера.

При 3D/ 4D ультразвуковом сканировании возможно применение различных режимов и технологий обработки трехмерного изображения.

Режимы оптимизация представления трехмерного ультразвукового изображения с помощью специальных частотных фильтров: (Maximum mode-режим, Minimum mode-режим, X-ray mode, Surface mode), позволяют более четко визуализировать различные по плотности структуры ткани.

Для более детального изучения объемных изображений применяются такие технологии как: MSV™ (Multi-Slice View™ или мультислайсинг); See-Thru™ ;

MagiCut™; Oblique View; VCT (Volume Computer Tomography); VOCAL™; Dynamic MR™ и пр.

Перечисленные технологии и режимы сканирования позволяют проводить послойный анализ исследуемых структур, детальное изучение сканированного органа или образования, более точно определить его месторасположение, объем, кровоснабжение, взаимосвязь с прилегающими органами и структурами, получить более контрастное изображение исследуемой структуры.

В режимах -3D/ 4D ультразвуковом на аппарате Medison Accuvix XQ можно записывать изображения и видеофильмы на жесткий диск аппарата и проводить ретроспективный анализ полученной информации. Также можно записать изображения на электронном носителе. SonoView™ - система архивации и дальнейшего просмотра статических и динамических ультразвуковых эхограмм позволяет проводить измерений в архиве.

Трех- четырехмерная эхография значительно расширяет диагностические возможности ультразвукового метода обследования и дает возможность для его дальнейшего развития и усовершенствования.

КОГНИТИВНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ КАК НЕОБХОДИМЫЙ ЭТАП РАЗВИТИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ТОМСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Лапина Е.Ю.

Цель: повышение качества восстановительного лечения пациентов с заболеваниями центральной нервной системы в Томской больнице.

Задачи. Применение нейропсихологических методов для решения вопросов, касающихся собственно дифференциальной топической диагностики, оценки динамики состояния высших психических функций и для их восстановления в рамках реабилитации больных с локальными поражениями головного мозга.

Актуальность. Отечественная нейропсихология впервые заявила о принципиальной возможности восстановления нарушенных психических функций путем перестройки функциональных систем, на которых они базируются, замены нарушенных звеньев сохранными. В настоящее время разработаны и внедрены в практику новые методы оценки эффективности различных способов восстановительного обучения (Л.С.Цветкова, В.М.Шкловский). Результаты практической работы по восстановлению речевых функций свидетельствуют о высокой эффективности этих методов (в 70-80% по данным Института неврологии РАМН). В Институте нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко РАМН разработаны

методы направленного восстановления мнестических функций (О.А. Кроткова, 1982). Достигнуты определенные успехи в восстановлении интеллектуальной деятельности, получены доказательства возможностей целенаправленного воздействия и на эмоционально-личностные качества больных с локальными поражениями мозга. Практическая работа по восстановлению нарушенных психических функций с помощью нейропсихологических методов проводится в ряде медицинских учреждений нашей страны, в том числе в неврологическом отделении Енисейской клинической больницы СОМЦ. Несомненно, что нейропсихологические методы диагностики локальных поражений головного мозга и методы восстановления нарушенных психических функций, основанные на современных нейропсихологических представлениях о системной динамической локализации высших психических функций, выдержали длительную и всестороннюю проверку практикой. Как в России, так и за рубежом прослеживается тенденция к расширению спектра их применения при возникновении патологических изменений в работе мозга.

Заключение. В нашей больнице уже в течение трех лет проводится работа по двигательной и речевой реабилитации больных перенесших мозговые инсульты. С каждым годом возрастает количество пролеченных пациентов, большинство из них получают повторные курсы терапии. Улучшается оснащение больницы диагностическим оборудованием и специальными пособиями по работе с моторикой. Всё это способствует достижению успешных результатов восстановительного лечения. Логика развития диктует внедрение в практику нейропсихологических методов с целью коррекции нарушенных функций головного мозга в комплексном воздействии на больного и максимально возможной дальнейшей адаптации. Это позволит повысить качество нейрореабилитации и наиболее полно охватить все звенья в цепи мероприятий по восстановлению пациентов перенесших мозговые инсульты. Дальнейшее продвижение в этом направлении будет иметь безусловное значение для расширения контингента обслуживаемых больных, страдающих различными неврологическими заболеваниями. Например, применение клинической нейропсихологии к решению таких вопросов как прогноз развития системно-атрофических процессов, сенильной деменции, профилактическое и лечебное воздействие, направленное на компенсацию (или стабилизацию) дефицитарности психических функций, обусловленной атрофическими и дисгемическими процессами и изменениями метаболизма в нервной ткани.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НИЗКОПОЛЬНОЙ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ И ЕЕ ОТДАЛЕННЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ

Манакова Я.Л., Дергилев А.П.

Введение. По своему медико-социальному значению черепно-мозговая травма (ЧМТ) остается одной из актуальнейших проблем современной медицины. Это связано с возрастающей частотой и тяжестью повреждений, сложностью диагностики, высокими показателями летальности и инвалидизации. Частота встречаемости ЧМТ в среднем составляет 3-4 на 1000 человек населения и по данным Всемирной организации здравоохранения, возрастает в среднем на 2% в год.

Причины черепно-мозгового травматизма значительно разнятся в зависимости от социальных, географических, погодных, демографических и иных факторов. Так, например, в США первое место занимает автомобильная травма, на Тайване - мотороллерная, в Шотландии - падения, в России - нападения и т.д.

В течении ЧМТ выделяют три базисных периода: острый, промежуточный и отдаленный. В основе патогенеза лежит взаимодействие травмирующего субстрата и реакций защиты - в остром периоде; рассасывание и организация повреждений и дальнейшее развитие компенсаторно-приспособительных процессов – в промежуточном; завершение или

сосуществование местных и дистантных дегенеративно-деструктивных и регенеративно-репаративных процессов – в отдаленном периоде.

Временная протяженность периодов варьирует, главным образом, в зависимости от клинической формы ЧМТ: острого от 2 до 6 недель, промежуточного – от 2 до 6 месяцев, отдаленного – при клиническом выздоровлении- до 2 лет, при прогрессивном течении не ограничена.

Последствия ЧМТ – эволюционно predetermined и генетически закрепленный комплекс процессов в ответ на повреждение головного мозга и его покровов.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) в настоящее время, наряду с компьютерной томографией является одним из наиболее эффективных методов лучевой диагностики ЧМТ в остром и промежуточном периодах, а также позволяет оценить степень повреждения головного мозга в отдаленном периоде.

Материал и методы. Клинический материал работы основан на опыте обследования 137 пациентов с различными видами ЧМТ. Возраст пациентов варьировал в пределах от 7 до 72 лет, соотношение мужчин и женщин составило 4:1. МР-томографическое исследование пациентам с различными видами ЧМТ проводилось на томографе OPART производства фирмы Toshiba, оснащенный сверхпроводящим магнитом с напряжённостью магнитного поля 0,35Тесла. При обследовании пациентов использовалась головная катушка, синтезировались T1-, T2-взвешенные и полученные в режиме FLAIR изображения в аксиальных, сагиттальных и коронарных плоскостях. Непосредственное сканирование проводилось с постоянным интерактивным анализом врачом предварительных данных в реальном режиме времени для вероятного видоизменения диагностического протокола.

Результаты исследования. Наиболее малочисленную группу в нашем исследовании, что обусловлено структурой стационара и особенностями работы кабинета МРТ, составили пациенты в остром периоде ЧМТ – 13 пациентов (9,5%).

В промежуточном периоде у 51 пациента (37,2%) нами диагностированы травматические внутричерепные гематомы из них: внутримозговые - 4, эпидуральные - 10, субдуральные –26; контузионные очаги I- и II-типа – 11 пациентов.

При исследовании 73-х пациентов (53,3%) в отдаленном периоде ЧМТ выявлены полиморфные патологические изменения в веществе головного мозга: деформации желудочковой системы, расширение субарахноидального пространства, арахноидальные и порэнцефалические кисты, зоны глиозно-кистозной дегенерации, посттравматические и посттравматические дефекты черепа.

Участки посттравматических изменений в веществе больших полушарий наиболее часто локализовались в лобных долях - у 64 пациентов в 46,7% наблюдений, как наибольших по объему и особо подверженных ударной и противоударной травме. Второй по частоте зоной травматических повреждений явились височные доли – у 54 пациентов в 39,4% случаев, вследствие анатомических особенностей височной кости, а также подверженности височных долей к повреждению по механизму противоудара при первичном воздействии механической энергии любой локализации. В теменных долях патологические изменения визуализировались только у 15 пациентов в 11% случаев. Реже всего изолированное травматическое повреждение диагностировано в затылочных долях – у 4 пациентов в 2,9% наблюдений, что обусловлено их небольшим объемом и амортизирующей ролью намета мозжечка. Множественная локализация контузионных очагов встречалась в нашем исследовании у 7 пациентов в 5,1% случаев.

Выводы. МРТ является эффективным методом диагностики острой ЧМТ и ее отдаленных последствий, позволяет определить характер, локализацию и объем повреждения головного мозга, обоснованно сформулировать показания к хирургическому вмешательству и оценить вопросы медико-социальной экспертизы.

ОПТИМИЗАЦИЯ РАБОТЫ ВРАЧА УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ПРАКТИКЕ МНОГОПРОФИЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ АРМ

Мartiнович М.В., Изранов В.А., Катерлина И.Р.

В настоящее время в практике врача ультразвуковой диагностики многопрофильного учреждения в целях оптимизации рабочего процесса, стандартизации методик проведения и результатов исследования востребовано автоматизированное рабочее место (АРМ).

Часто производители программного обеспечения при его разработке и совершенствовании делают акцент на особенностях производства, соблюдении стандартов менеджмента качества, исключительных особенностях, функциональных возможностях своего продукта [1].

В то же время пользователь медицинского программного обеспечения в многопрофильном учреждении – это часто медицинский работник без опыта использования компьютерной техники, и его интересует, насколько комфортной будет его работа, насколько просто и быстро будет получен результат [2]. И это противоречие не всегда разрешается в пользу «конечного» потребителя – пациента поликлиники или клиента медицинского центра.

При разработке программ компьютерного протоколирования результатов ультразвукового исследования (УЗИ) авторами реализуется следующая основная идея, позволяющая повысить качество и скорость работы при сохранении особенностей индивидуального опыта врача: «просто, быстро, точно, индивидуально». Рассмотрим, как в рамках поставленных задач по разработке прикладного программного обеспечения (ПО) актуализируется эта идея.

Краткое описание разрабатываемого продукта: это компьютерные программы для протоколирования результатов медицинских исследований. Построенные на базе MS Access, эти программы позволяют автоматизировано вводить, редактировать, распечатывать, хранить и обрабатывать результаты различных (в основном УЗИ) исследований, как на самых современных компьютерах, так и на компьютерах стандартной производительности.

The screenshot shows a software window titled "Протокол УЗИ Молочной железы v. 2". The interface includes a menu bar with options like "Файл", "Обследование", "Вид", "Рисунки", "Рекомендации", "Сервис", "Печатать", and "Справка". Below the menu, the patient's name "Иванова Н.П." and age "45 лет" are displayed, along with a date field "день ОМЦ 22". A tabbed interface is visible with tabs for "Общие данные", "I. Уз анатомия", "II. Симптомы мастопатии", "III. Солитарные кисты", and "IV. Узловые образования". The "Общие данные" tab is active, showing fields for "ФИО" (Иванова Н.П.), "Пол" (Ж), "Дата п/м" (25.10.2008), "Дата" (15.11.2008), "Возраст" (45), "День ОМЦ" (22), and checkboxes for "постменопауза?", "физиологическая аменорея", and "анеморея". There are also dropdown menus for "Учрежд.", "Специалист" (eg), and "Аппарат". A "Название протокола" field is set to "УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ". A "Дополнительно" button is located at the bottom right. The status bar at the bottom shows "ЗАПИСЬ" and "из 21 [395]".

Рис. 1. Стандартность внешнего вида АРМ на примере поля «Общих данных» Протокола УЗИ Молочной железы.

Итак:

«ПРОСТО»

- Внешне программы имеют стандартный вид программ Windows, что значительно облегчает освоение, разные программы пакеты выглядят одинаково (Рис.1);
- для пользования программой необходимы начальные навыки пользования клавиатурой и мышью компьютера; в принципе, пользователю достаточно ввести ФИО пациента и выбрать мышкой необходимые симптомы;
- разработчиками подготовлены стандартные формулировки большинства, в том числе, сложных, случаев; в то же время, для упрощения и индивидуализации работы можно пополнить перечень таких формулировок;
- автоматизированная формулировка заключений позволяет по указанным симптомам предложить пользователю для утверждения формулировку заключения с предполагаемым диагнозом (Рис.2);
- автоматизированное построение описаний по указанным симптомам подразумевает, что после нескольких кликов мышью по списку симптомов пользователь получит в отчет подробное связанное их описание;
- для краткого отчета – ничего лишнего; при получении краткого отчета симптом, который имеется в бланке заключения, но не указан при заполнении, не выводится в отчет исследования

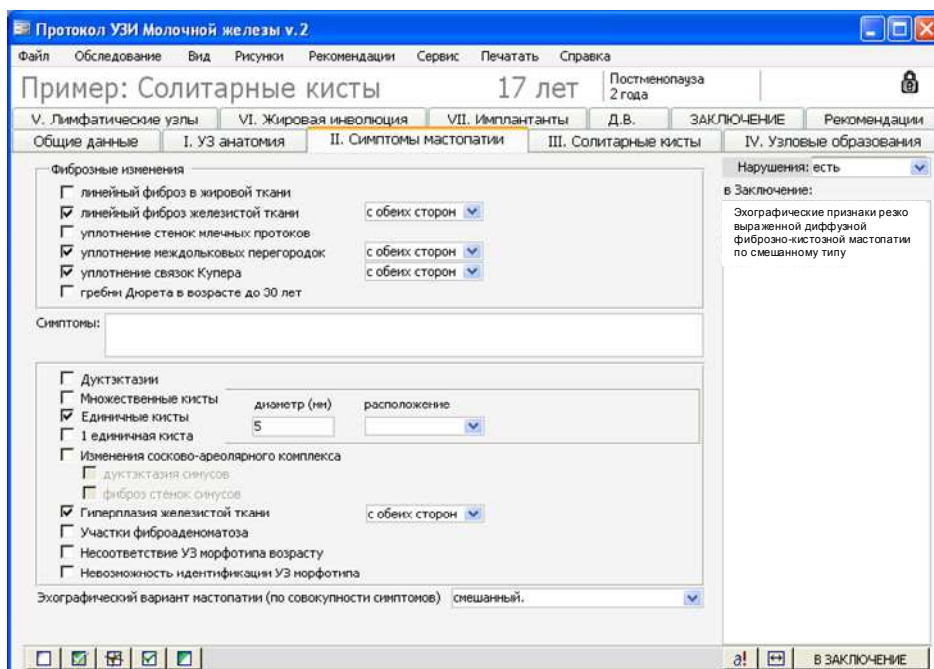


Рис. 2. Автоматическое формирование заключения на примере поля «Симптомов мастопатии» Протокола УЗИ Молочной железы (в Заключение).

- для подробного отчета – подробное описание; при получении подробного отчета нажатие одной кнопки создаст полное подробное описание в один или несколько абзацев (Рис.3);

«БЫСТРО»

- программы содержат пополняемые библиотеки формулировок (формулировки могут быть практически неограниченной длины, включать в себя отдельные слова, предложения, абзацы) – одним кликом мыши в отчет вводится текст из библиотеки;
- предустановленные значения для НОРМЫ;
- автоматизированная формулировка заключений не требует ввода с клавиатуры;

- автоматизированное построение описаний по указанным симптомам;
- при создании подробного отчета – введите «нестандартные» симптомы и нажмите одну кнопку – и получите полное подробное описание в один или несколько абзацев;

- Вы экономите время, если пациент пришел еще раз или проходит несколько исследований, – все его персональные данные автоматически копируются в новый протокол;
- Введенные данные в автоматизированном режиме могут быть выведены в табличный процессор MS Excel для последующей статистической или иной обработки, в том числе для научных целей.

«ТОЧНО»

- пополняемая библиотека формулировок позволяет точно отразить специфику проводимых вами исследований;
- готовый набор симптомов снижает вероятность ошибки;
- автоматизированный контроль перед распечаткой отчета позволяет избежать грубых просчетов при вводе симптомов;
- визуальный контроль перед распечаткой отчета позволяет при необходимости вернуться к вводу данных без вывода на печать;
- возможность хранить видеофайлы и файлы изображений позволяет передать их клиенту, например, в распечатанном виде (на стандартном принтере), а также, при необходимости, вернуться к ним в спорных случаях или при повторном обращении.

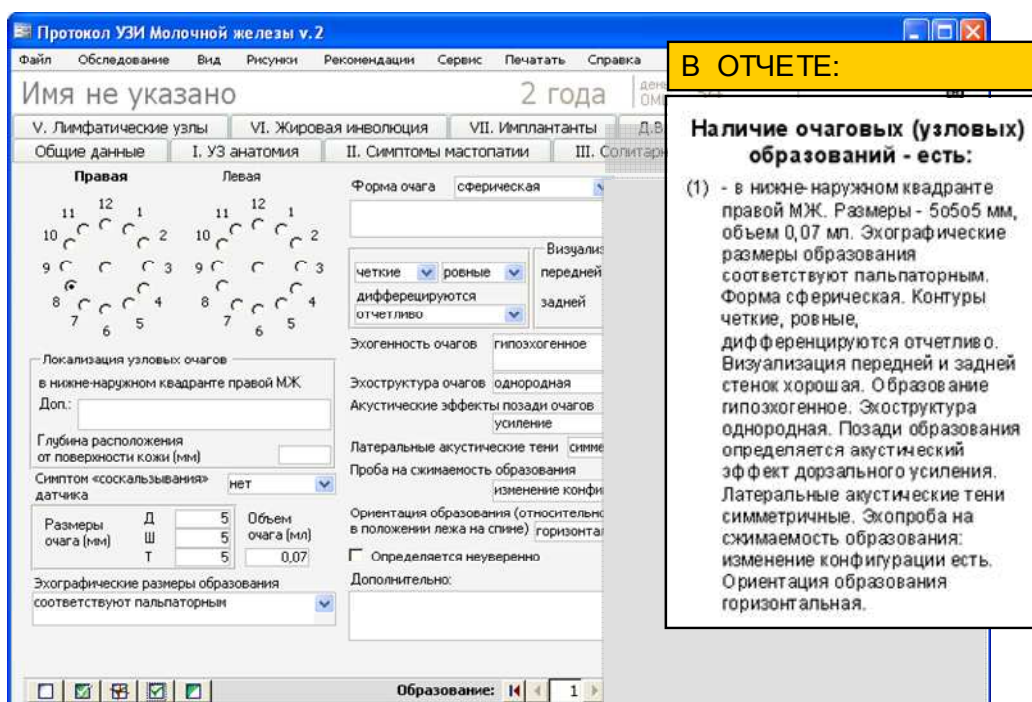


Рис. 3. Автоматизированное формирование описания на примере поля «Очаговых образований» Протокола УЗИ Молочной железы.

«ИНДИВИДУАЛЬНО»

- Вы можете выбрать один из имеющихся внешних видов отчета или настроить его по желанию;
- Вы можете использовать нестандартные формулировки в библиотеке формулировок;
- Вы можете вводить нестандартные симптомы вместо стандартных;
- Вы можете указывать нестандартную дополнительную информацию в специально подготовленных для этого разделах программы;

- мы можем разработать для Вас Вашу уникальную программу протоколирования.

По мнению авторов, предложенные подходы сделают работу конечного пользователя комфортной, быстрой, эффективной, снизят процент ошибок, обусловленных человеческим фактором, позволят пользователю проявить себя в качестве специалиста со своей индивидуальностью. Тем самым у руководителей медицинских учреждений при использовании данной программы имеется возможность одновременно унифицировать и индивидуализировать отчетность, контролировать качество и объем работ, не приглашая профессионального программиста для разработки и настройки системы. Одновременно, пациент получит на руки читабельный отчет о проведенном исследовании, содержащий всю необходимую информацию для дальнейшего медицинского сопровождения выявленного состояния.

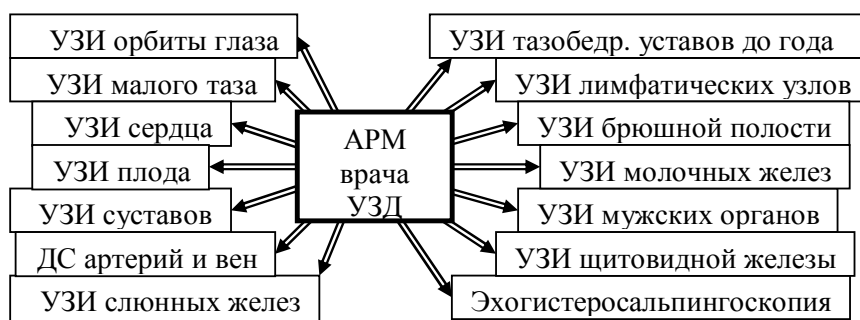


Рис. 4. Структура АРМ врача УЗД.

Данная программа востребована и при научных исследованиях. Так, например, модификация программы была использована при исследовании щитовидной железы (ЩЖ) у здоровых и больных с аутоиммунной тиреоидной патологией с акцентом на асимметрию долей методом ультразвуковой визуализации. Выражение асимметрии, принятое как математическое соотношение величины объёмов долей ЩЖ в данном исследовании, выводилось на экран автоматически при заполнении окошек параметров долей ЩЖ (ширины, толщины, длины) и/или величины объёмов (правой и левой долей, общего объёма ЩЖ с заданным коэффициентом вычисления). Полученные данные позволяют предложить пересмотр представлений об относительной симметрии долей ЩЖ и сделать выводы диагностического характера [3,4].

Таким образом, в настоящее время Программа разработана, содержит пакет Протоколов УЗИ (Рис.4), удобна, апробирована и установлена в медицинских учреждениях города и за его пределами, она может легко «подстраиваться» и дополняться под запросы потребителя из-за «живого» контакта с разработчиками.

Литература:

1. Электронная серия "Практическая медицина Сибири" - Центр очно-заочного образования ГОУ ВПО НГМУ Росздрава, СД.

2. Изранов В.А., Боярова О.В., Горбунова Е.В., Абдуллаев Н.А. использование компьютерного протокола ультразвукового исследования молочных желёз для стандартизации оценки эхографических симптомов и степени выраженности ФКМ. // Ультразвуковая и функциональная диагностика / Приложение. Сборник тез. докл. III съезда врачей ультразвуковой диагностики Сибири (Барнаул, 5-7.10.2005). – 2005. – С.29.

3. Катерлина И.Р., Соловьёва И.Г., Рымар О.Д., Абрамов В.В., Изранов В.А. Выявление параллелей между структурной асимметрией щитовидной железы и параметрами высшей нервной деятельности у пациентов с патологией органа. // Балтийский журнал современной эндокринологии. Тезисы докладов – 2008. - № 1 (Приложение) – С.79;

4. Катерлина И.Р., Соловьёва И.Г., Рымар О.Д., Насонова Н.В., Изранов В.А., Абрамов В.В. Функциональная асимметрия и морфофункциональные параметры щитовидной железы у больных с аутоиммунным тиреоидитом. // Балтийский журнал современной эндокринологии. Тезисы докладов – 2008. - № 1 (Приложение) – С.79-80.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОХОДЫ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКИМ ЖИТЕЛЯМ

(на примере республики Алтай)

И.В.Нонукова, В.М.Чернышев, И.В.Вибляя
(гг.Горно-Алтайск, Новосибирск, Новокузнецк)

Охрана здоровья является одним из основных прав, гарантированных гражданам Российской Федерации Конституцией страны независимо от национальной принадлежности, вероисповедания, политических взглядов, места проживания и т.д.

Совершенствование системы здравоохранения – одно из коренных условий успешной реализации стратегии социально-экономического развития страны, а улучшение состояния здоровья населения – важнейшая цель этой стратегии. Модернизация российского здравоохранения призвана повысить доступность и качество медицинской помощи для широких слоев населения на основе рационализации использования ресурсов отрасли и возрождения профилактической направленности в здравоохранении.

Вместе с тем до настоящего времени организация оказания медицинской помощи сельскому населению вызывает серьезные затруднения, которые обусловлены многими факторами, в т.ч. и низкой плотностью населения, значительной удаленностью части жителей села от ЛПУ и т.д. Социально-экономические преобразования в 90-х годах прошлого столетия и начале 21-го века, ограничили доступность МП сельскому населению, не улучшили качества и не повысили уровень ее организации. В связи с этим, как на федеральном уровне, так и в субъектах Российской Федерации принят ряд мер, направленных на решение этой проблемы.

Оказание медицинской помощи сельскому населению должно основываться на системном подходе и быть направлено на рационализацию использования сил и средств отрасли. В связи с реализацией Федерального закона от 06.10.2003 №131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» изменились взаимоотношения и подчиненность субъектов системы здравоохранения (рис. 1). В конечном счете, конкретно определены как ответственность, так и полномочия субъектов сельского здравоохранения, порядок оплаты их деятельности, т.е. созданы благоприятные условия для внедрения подушевого финансирования, которое заинтересовывает ЛПУ в расширении профилактической направленности в их работе.

Подушевое финансирование при условии полного фондодержания напрямую заинтересовывает в неформальной организации профилактики заболеваний, расширении менее затратных стационарзамещающих видов медицинской помощи и предполагает реализацию принципа «деньги следуют за пациентом», на основе внутриучрежденческого хозрасчета.

При расчете подушевого норматива для формирования бюджета ЦРБ в обязательном порядке необходимо учитывать факторы, оказывающие влияние на стоимость медицинских услуг (это возрастной состав и плотность населения, удаленность района от республиканского центра, наличие транспортных коммуникаций, связывающих их и др.).

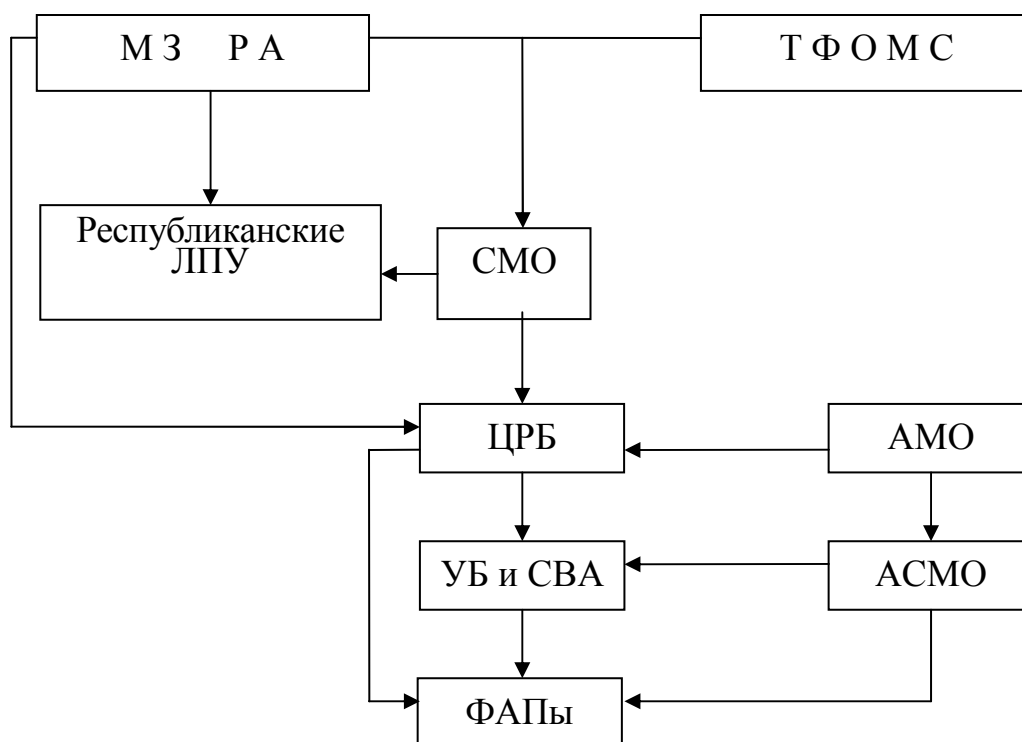


Рис.1. Структура и схема взаимодействия субъектов сельского здравоохранения РА.

АМО – администрация муниципального образования, АСМО – администрация сельского муниципального образования, МЗ РА – министерство здравоохранения Республики Алтай, СВА – сельская врачебная амбулатория, СМО – страховые медицинские организации, ТФОМС – территориальный фонд ОМС, УБ – участковая больница, ФАП – фельдшерско-акушерский пункт, ЦРБ – центральная районная больница.

Подушевое финансирование и наделение функцией полного фондодержания центральных районных больниц (ЦРБ), станет более эффективным, если будет использован внутриучрежденческий хозрасчет (рис. 2), который позволит рационализировать распределение заработанных средств между подразделениями и на этой основе оптимизировать структуру учреждения. Центральные районные больницы являются теми учреждениями, в которых использование экономических методов является наиболее перспективным и эффективным.

Среди системных изменений необходимо отметить реструктуризацию здравоохранения, которая тесно связана с расширением объема медицинской помощи (МП), оказываемой на догоспитальном этапе, в частности, в дневных стационарах. В итоге за последние 5 лет количество коек в дневных стационарах и дневного пребывания в ЛПУ Республики Алтай (РА) увеличилось в 1,63 раза, а пролеченных в них больных почти в три раза.

Часть коек в стационарах ЦРБ и участковых больниц (УБ) была перепрофилирована в медико-социальные, софинансирование их осуществляет служба социальной защиты. Ежегодно такую помощь получают в РА около 2 тыс. человек. Экономия для здравоохранения составила более 6 млн. рублей в год и была направлена на лечение основной группы больных.

Развертывание медико-социальных коек позволило решить ряд проблем, в т.ч. способствовало снижению социальной напряженности среди населения, обеспечило комплексность и преемственность на всех этапах медико-социальной помощи, взаимосвязь в работе учреждений здравоохранения и социального обеспечения.

В 2003 году началась организация обще врачебных практик (ОВП) и к 2006 году их количество достигло 14, что составляет почти 9% от всей участковой службы. Прирост их в республике за 4 года превысил темпы по Сибирскому федеральному округу (СФО). Как показала практика, внедрение ОВП было вполне оправданным, особенно в УБ и сельских врачебных амбулаториях (СВА), что позволило получить положительные результаты.

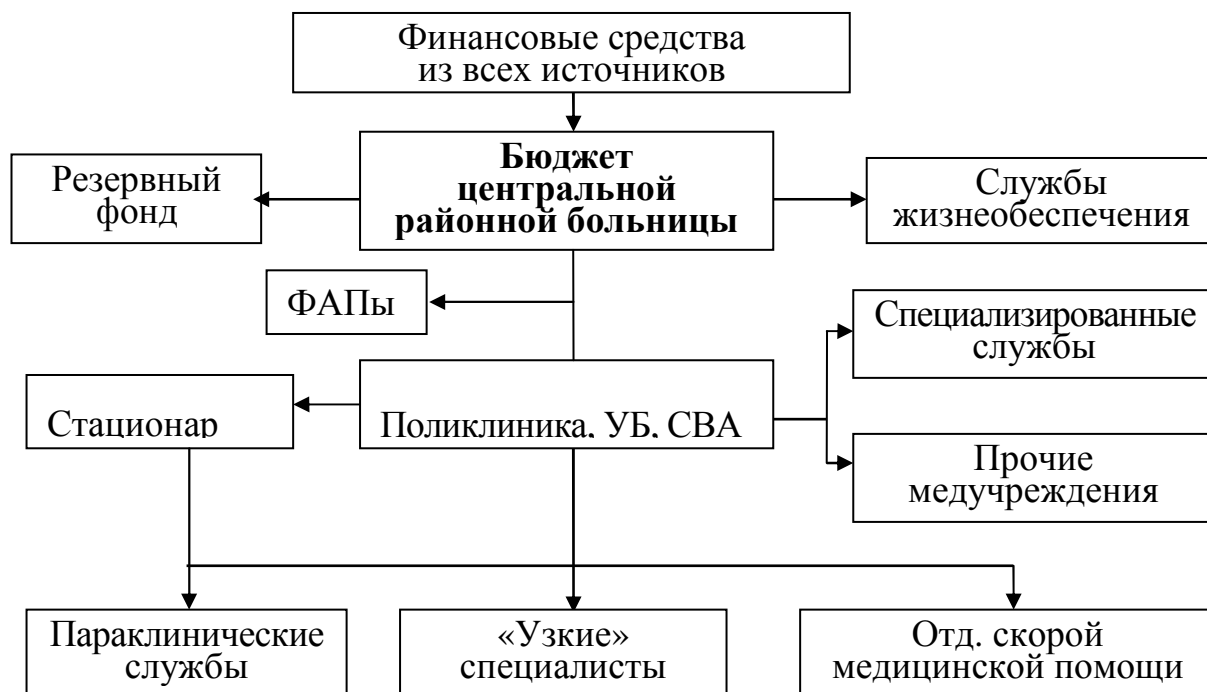


Рис. 2. Схема движения финансов в центральной районной больнице в условиях внутриучрежденческого хозрасчета при подушевом финансировании и полном фондодержании

За период с 2002 по 2006 годы активизировалась выездная работа. Количество выездов бригад специалистов возросло на 70%, количество выехавших специалистов на 65, осмотренных лиц на 80%.

С целью увеличения доступности специализированной медицинской помощи сельскому населению в условиях низкой плотности населения, труднодоступности некоторых населенных пунктов и рационального использования финансовых средств, возросло число выездов специалистов Республиканского центра медицины катастроф в районы республики на 22%, в том числе санитарной авиацией на 26%.

Кадровая политика в здравоохранении РА включает в себя три взаимосвязанных направления:

- планирование и оптимизация численности и структуры кадров;
- совершенствование подготовки кадров;
- управление человеческими ресурсами здравоохранения.

За период с 2002 по 2006 год на контрактной основе в медицинские высшие учебные заведения направлено более 200 человек, в т.ч. выпускников сельских школ около 140.

В настоящее время очень важное значение для здравоохранения имеет информационно-методическое обеспечение как управления отраслью, так и деятельностью отдельного ЛПУ.

В связи с этим перед главными специалистами РА поставлена и решается задача максимального обеспечения, как ЛПУ, так и отдельных сотрудников необходимыми методическими рекомендациями, прежде всего в соответствии с основными направлениями

приоритетного национального проекта «Здоровье». В первую очередь, совершенствование первичной медико-санитарной службы, снижение смертности среди лиц трудоспособного возраста, обеспечение приоритетности профилактической направленности в работе ЛПУ и др. За последние годы подготовлено и утверждено на уровне Минздрава РА более десятка методических рекомендаций. В том числе по профилактике, раннему выявлению и лечению артериальной гипертензии, туберкулеза, онкологических заболеваний.

Заключение. Проведенные в последние 6-8 лет преобразования в здравоохранении республики, 74% населения которого проживает в сельской местности, позволили значительно повысить качество и доступность медицинской помощи жителям региона.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДОВ КОРРЕКЦИИ РАВНОВЕСИЯ С БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗЬЮ У БОЛЬНЫХ С ЦЕНТРАЛЬНЫМИ ГЕМИПАРЕЗАМИ

Ондар В.С., Ляпин А.В., Аброськина М.В.

Введение: Ежегодно в России происходит более 450 тысяч инсультов. Нарушения равновесия, ограничивающие функциональные возможности, выявляются у 83% больных перенесших инсульт, вне зависимости от его типа [Черникова Л. А., 2004]. У 38% пациентов в течение года после инсульта регистрируется как минимум 1 падение, у 3% с переломом конечностей [Kerse N., 2008]. Как известно, при синдроме центрального гемипареза происходит изменение паттерна ходьбы, с увеличением времени шага и экскурсии таза со смещением общего центра давления на «здоровую» конечность, снижением мышечной силы, амплитуды и скорости постуральных реакций на стороне пареза [Marigold D.S., 2008]. Чаще всего ходьба при синдроме центрального гемипареза характеризуется уменьшением амплитуды сгибания коленного и подошвенного сгибания голеностопного суставов, что обусловлено повышением мышечного тонуса в паретичной конечности. Важной особенностью ходьбы пациентов является пространственное игнорирование на паретичной стороне, что также усугубляет нарушение баланса тела [Haart de M., 2004].

Цель исследования: оценка целесообразности использования методов коррекции равновесия с помощью программ реабилитации на основе биологической обратной связи (БОС) у пациентов с синдромом центрального гемипареза.

Материалы и методы: В группу исследования вошли пациенты с синдромом центрального гемипареза после перенесенного ОНМК или черепно-мозговой травмы (от 22 до 73 лет, из них мужчин было 12 человек, женщин 8), пациентов с правосторонним центральным гемипарезом было 10, пациентов с левосторонним центральным гемипарезом 10.

В качестве методов исследования использовались: оценка неврологического статуса, физикальное обследование, клиническая оценка функции равновесия по шкале Berg Balance Scale, оценка функции ходьбы по шкале Dynamic Gait Index, оценка повседневной жизнедеятельности по шкале Barthel Index, объективная оценка состояния равновесия и функции ходьбы проводилась методами компьютерной стабилometрии и постурографии до и после курса тренировок.

Занятия на комплексе МБН-биомеханика проводились пациентам, которые могли самостоятельно стоять в течение 3 минут. Продолжительность тренировок составляла от 20 до 30 минут. Целью тренировок пациентов с синдромом центрального гемипареза являлось смещение центра тяжести в сторону паретичной конечности: приближение реального центра тяжести к «идеальному». Реабилитационный курс прошли 12 пациентов (8 мужчин и 6 женщин).

Комплекс Smart Equitest Balance Manager использовался для коррекции равновесия пациентам с более выраженными нарушениями баланса тела, вследствие центрального гемипареза. Тренинг с БОС проведен 8 пациентам (2 женщины и 6 мужчин) 3 из которых не

могли самостоятельно стоять. Для коррекции равновесия использовались серии упражнений по принципу реабилитации, ориентированной на выполнение конкретных задач, продолжительность курса реабилитации составляла 7-10 занятий.

Одновременно с занятиями по программе биологической обратной связи пациенты получали медикаментозное лечение, приводились занятия в костюме проприоцептивной коррекции, кинезиотерапия, физиолечение, массаж. Но тренировки по программе БОС, в основном, начинались в последние 10 – 14 дней пребывания больного в стационаре.

Описание выборки производили с помощью подсчета медианы и интерквартильного размаха в виде 25 и 75 перцентилей. Статистическую значимость различий между выборками оценивали по непараметрическому критерию Манна-Уитни. Статистический анализ осуществляли в пакете прикладных программ Statistica 6,0 (StatSoft Inc., 2003).

Результаты: После проведения курса занятий по программе биологической обратной связи по данным компьютерной стабилотрии отмечилось существенное приближение «реального центра тяжести» к «идеальному» в сагиттальной и, что особенно значимо, во фронтальной плоскостях ($p < 0,05$) Рис 1, Рис. 2. Значения количественных показателей уменьшились и приблизились к нормативным Табл. 1.

При проведении повторной постурографии, по сравнению с первичным обследованием, определялось уменьшение смещения общего центра масс в сторону здоровой конечности (приближение к идеальному центру давления), увеличение общей оценки состояния равновесия ($0,05 < p < 0,1$) и увеличение участия голеностопной стратегии поддержания равновесия Табл. 2.

По результатам оценки функционального состояния равновесия с помощью шкал отмечалось статистически значимое уменьшение риска падений по шкале Dynamic Gait Index ($p < 0,05$), улучшение статического и динамического баланса тела по шкале Balance Scale и увеличение объема навыков самообслуживания и уменьшение зависимости от постороннего ухода по шкале Barthel Index ($p < 0,05$).

Таблица 1.

Результаты компьютерной стабилотрии пациентов с синдромом центрального гемипареза.

Показатели компьютерной стабилотрии	Результаты обследования до курса реабилитации	Результаты обследования после курса реабилитации
X (мм)	23,55 [15.9 – 28.86]*	12.71 [2.11 – 19.31]*
Y (мм)	-15.99 [-24.88 – (-9.92)]	-15.52 [-27.64 – (-4.66)]
S (мм)	777.56 [529.85 – 950.570]	802.61 [560.66 – 1066.8]
V (мм)	16.0 [11.84 – 19.38]	15.21 [12.77 – 18.07]

Таблица 2.

Результаты компьютерной постурографии пациентов с синдромом центрального гемипареза.

Показатели компьютерной постурографии	Результаты обследования до курса реабилитации	Результаты обследования после курса реабилитации
Общая оценка равновесия (% от нормы)	93.3 [89.0 – 93.67]^	91.6 [87.3 – 92.0]^
Стратегия поддержания равновесия	93.9 [91.0 – 98.0]	94.3 [94.0 – 97.3]

(%)		
Угол отклонения реального центра масс пациента от идеального центра масс по оси абсцисс (в градусах)	0.67 [-1.83 – 0.97]	-0.47 [-0.7 - 0.3]
Угол отклонения реального центра масс пациента от идеального центра по оси ординат (в градусах)	0.37 [-0.43 – 0.87]	0.56 [0.5 – 0.9]
Примечание: $p < 0,05$ - *; ^ - тенденция к статистически значимым различиям ($0,05 < p < 0,1$)		



Рис. 1. Графическое отображение результатов компьютерной стабилотрии до курса лечения.

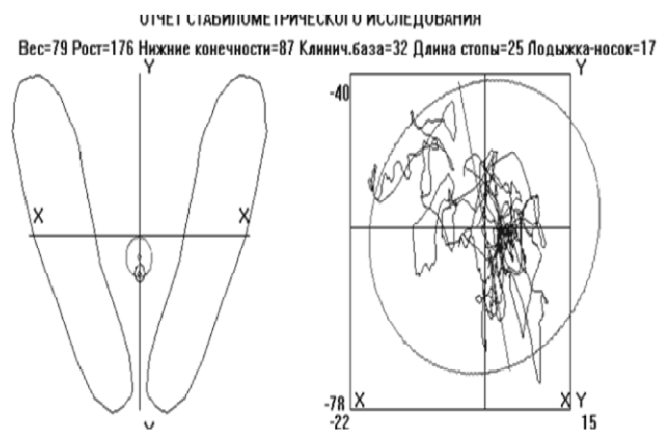


Рис. 2. Графическое отображение результатов компьютерной стабилотрии после курса лечения.

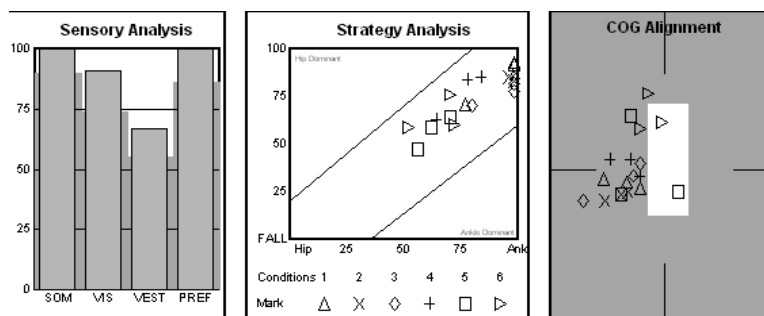


Рис. 3. Графическое отображение результатов компьютерной постурографии до курса лечения.

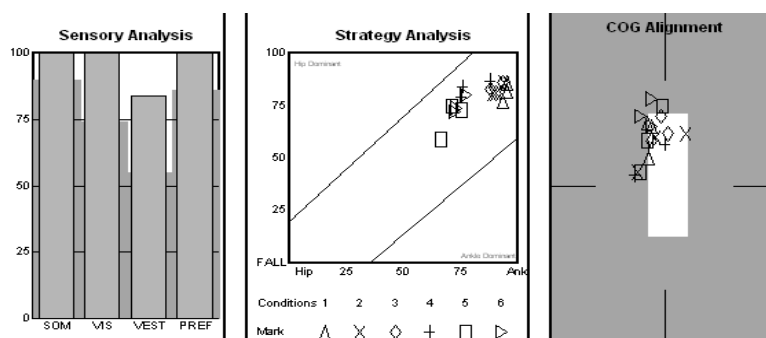


Рис. 4. Графическое отображение результатов компьютерной постурографии после курса лечения.

Выводы: Таким образом, программы нейрореабилитации на основе принципа биологической обратной связи оказывают выраженное положительное влияние на двигательную функцию и функцию равновесия, а также снижают риск падения пациентов с синдромом центрального гемипареза. Данная методика может быть использована в комплексном восстановительном лечении больных.

На данный момент наша работа продолжается, в дальнейшем мы планируем ввести группу сравнения и группу контроля в исследование, а также внедрить новые авторские методики для диагностики степени нарушения ходьбы при синдроме центрального гемипареза.

ВОЗМОЖНОСТИ НИЗКОПОЛЬНОЙ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ И ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА

И.И.Паутов, А.П.Дергилев

Введение. Область желчевыводящих путей и панкреатического протока во все времена считалась довольно трудной для исследования. Для визуализации данной области было предложено множество различных способов – непрямая холецистография и холангиография, прямая чрезпеченочная холангиография (ЧПХГ), эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ), ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ). Несмотря на революцию, которую произвело в медицине появление КТ и МРТ, "золотым стандартом" для диагностического поиска в этой области до сих пор считается ЭРХПГ, заключающаяся во

введении рентгеноконтрастного вещества в общий желчный проток через Фатеров сосочек с заполнением желчевыводящих путей и панкреатического протока. Эта процедура позволяет не только получить довольно точную визуальную диагностическую информацию, но и выполнить лечебно-диагностические процедуры хирургического характера – папиллосфинктеротомию, литоэкстракцию, биопсию с последующим гистологическим исследованием. Однако метод является инвазивным и часто вызывает осложнения, такие как панкреатит, холангит, кровотечение, перфорация, встречающиеся, по мнению различных авторов, в 1-4,95% случаев.

МРТ включает в себе множество достоинств всех вышеперечисленных методов и практически лишена их недостатков. Безусловным достижением МРТ является появление магнитно-резонансной холангиопанкреатографии (МРХПГ) – относительно нового и на данный момент наиболее перспективного и приоритетного диагностического метода исследования, основанного на получении T2-взвешенных изображений, позволяющего получить, изолированное изображение желчевыводящих путей и панкреатического протока без использования контрастного вещества.

Материалы и методы. Исследования проводились на магнитно-резонансном томографе OPART производства фирмы TOSHIBA с напряженностью магнитного поля 0,35 Тесла. Применялась импульсная последовательность быстрого улучшенного спин-эхо – Fast Advanced Spin Echo (FASE), TR=10000ms, TE=240ms, flip angle=90, flop angle=140. В режиме 3D в зависимости от объема зоны исследования и конституциональных особенностей пациента синтезировались изображения толщиной 2мм с использованием матрицы 256x256 и полем зрения 35x35см с последующей их реконструкцией в режиме Maximum Intensity Projection (MIP). Сканирование проводилось в положении пациента лежа на спине с периодической задержкой дыхания, использовались катушки Medium Flexible QD Body или Large Flexible QD Body. Синтезировались томограммы в косых коронарных плоскостях, планирование проводилось по аксиальным срезам. Исследование проводилось натощак. МРХПГ проводилась в дополнение к традиционной магнитно-резонансной томографии, включающей получение T1- и T2-взвешенных изображений. За период с января по ноябрь 2008 года включительно в кабинете МРТ МРХПГ была выполнена 30 пациентам (10 мужчин и 20 женщин) в возрасте от 17 до 82 лет, средний возраст обследуемых составил 54,3 года.

Результаты. Патологические изменения были выявлены у 20 пациентов. Из них 9 пациентов ранее перенесли холецистэктомию. У 17 пациентов наблюдались признаки билиарной и панкреатической гипертензии различной степени выраженности в виде расширения желчных и панкреатического протоков, обусловленной опухолями головки поджелудочной железы, большого дуоденального сосочка, печени, опухолью Клатцкина, псевдотуморозным панкреатитом, поствоспалительными рубцовыми изменениями протоков, холедохо- и вирсунголитиазом, холангитом, стенозом гепатикодуоденоанастомоза. У 4 пациентов определялись конкременты в желчном пузыре. У 1 пациента было выявлено кистозное расширение общего печеночного протока неясного генеза. По одному разу встречались гипотония желчного пузыря, S-образная деформация желчного пузыря и низкое слияние пузырного и общего печеночного протоков. У 7 пациентов не было выявлено каких-либо изменений.

Выводы. Использование методики МРХПГ на низкопольных магнитно-резонансных томографах позволяет получить довольно достоверную информацию о патологии данной области, сопоставимую с данными, представленными на томографах большей напряженности. Особенности получения достоверной информации на низкопольных аппаратах нуждаются в дальнейшем изучении, так как большинство медицинских учреждений в нашей стране оборудованы именно низкопольными магнитно-резонансными томографами. Представляется чрезвычайно важной задачей оптимизация методики выполнения МРХПГ для более полного изучения ее возможностей в диагностике заболеваний желчевыводящих путей и панкреатического протока.

ИММУНОСУПРЕССИВНАЯ ТЕРАПИЯ И БЫСТРО ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА МИТОКСАНТРОНОМ В СОЧЕТАНИИ С МЕТИЛПРЕДНИЗОЛОНОМ

Сазонов Д.В., Малкова Н.А., Рябухина О.В.

Рассеянный склероз (РС) – хроническое, прогрессирующее заболевание центральной нервной системы, проявляющееся рассеянной неврологической симптоматикой. Обычно заболевание начинается в молодом возрасте и практически неизбежно ведет к инвалидизации.

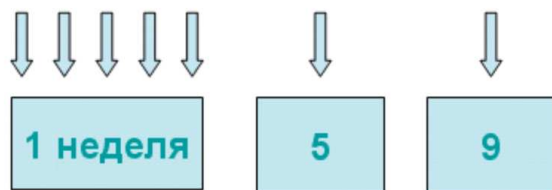
В лечении РС можно выделить два направления: лечение обострений и терапия, направленная на изменение течения заболевания. К первому направлению терапии относятся кортикостероиды (метилпреднизолон, дексаметазон, преднизолон, препараты АКТГ) и плазмаферез, который используется при тяжёлых затяжных обострениях. Второе направление лечения РС – препараты, изменяющие течение рассеянного склероза. В первую очередь к ним относятся препараты, уменьшающие частоту обострений при ремиттирующем и вторично-прогредиентном с обострениями течении РС: β -интерфероны и глатирамера ацетат. Другая группа препаратов патогенетической терапии – препараты, замедляющие быстрое прогрессирование необратимого неврологического дефицита, в том числе при первичном прогрессировании. В большинстве своём это препараты ряда цитостатиков: циклофосфан, азатиоприн, метотрексат, кладрибин, митоксантрон.

В последние годы всё более широкое применение в терапии быстро прогрессирующего и резистентного к терапии РС находят так называемые «цитостатики второго поколения» – синтетические противоопухолевые препараты, которые обладают узконаправленным действием на иммунокомпетентные клетки, такие как кладрибин и митоксантрон. Они имеют меньше побочных эффектов по сравнению с препаратами первого поколения и лучше переносятся больными. Наиболее применяемой на сегодняшний день является терапия быстро прогрессирующего РС митоксантроном в сочетании с метилпреднизолоном.

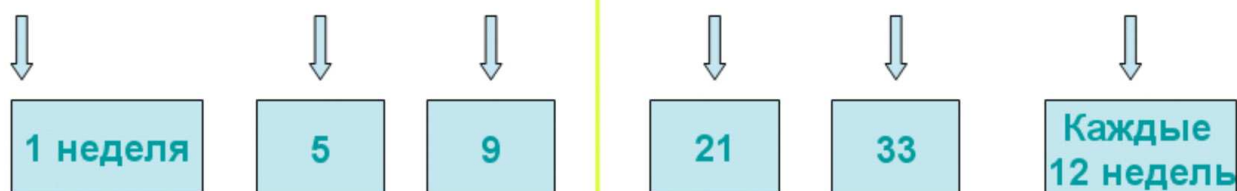
Материалы и методы.

На настоящий момент под нашим наблюдением находится 60 больных РС, соотношение мужчин и женщин в исследуемой группе было 1:1,4. Женщины составили 58,3% всех больных (35 человек), мужчины 41,7% (25 человек). Средний возраст больных на момент обследования был $32,48 \pm 1,12$ года (от 19 до 50 лет). В возрасте от 19 до 35 лет – 42 человека (70%), старше 35 лет – только 30%. По типу течения в исследуемой группе преобладали больные со вторично-прогрессирующим РС: 41 человек (68% от общего числа), больные с ремиттирующим, ремиттирующе-прогрессирующим и первично-прогрессирующим РС составили соответственно 8 человек (13%), 7 человек (12%) и 4 человека (7%).

МЕТИЛПРЕДНИЗОЛОН 1000 мг в/в



МИТОКСАНТРОН 10 мг/м² в/в (максимально 140 мг/м² за 2-3 года)



Индукционная фаза

Поддерживающая фаза

Рис. 1. Протокол иммуносупрессивной терапии «Митоксантрон + Метилпреднизолон» при быстро прогрессирующем рассеянном склерозе.

В отношении дебюта РС было установлено, что средний возраст начала болезни у наших больных – $24,73 \pm 0,95$ года. Наиболее раннее начало было отмечено в 7-летнем возрасте (по анамнезу), самое позднее в 43 года. У основной массы больных РС дебютировал в возрасте от 21 до 40 лет (типичный возраст дебюта РС) – 34 человека (56,67%). Раннее начало (до 20 лет) было зафиксировано у 21 человека (35%). Позднее начало (старше 40 лет) выявлено у 5 больных (8,33%). Наиболее типичным временем дебюта был возраст от 21 до 30 лет, в котором болезнь начиналась у 28 больных (46,67%).

Длительность болезни к началу ИСТ составила в среднем $7,86 \pm 0,84$ лет, причем наименьшая была один год, а наибольшая – 29 лет. Абсолютное большинство больных имели продолжительность болезни 10 лет и менее – 46 человек (76,67%), внутри этой группы распределение по конкретным цифрам длительности заболевания было относительно равномерным.

По шкале EDSS Куртцке большинство больных имели балл 6,0 – 20 человек (33,33%), по 8 человек (13,33%) имели балл 4,5 и 7,0, 7 (11,67%) человек – балл 5,5, по 5 человек (8,33%) – балл 4,0 и 5,0, 4 человека (6,67%) – балл 6,5, 2 человека (3,33%) – балл 7,5 и 1 человек (1,67%) – балл 3,5

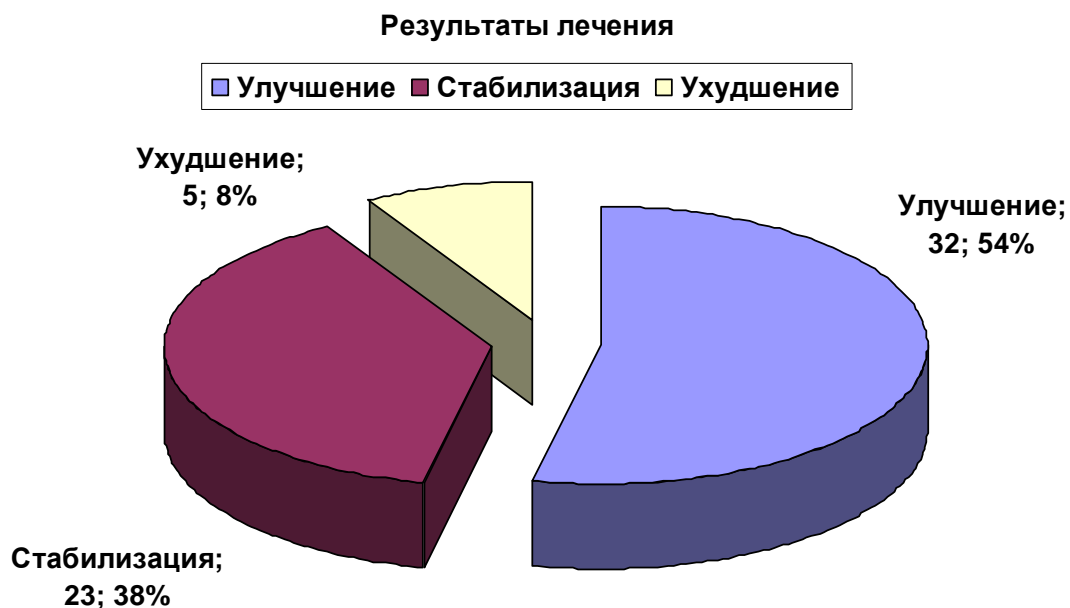


Рис. 2. Эффективность иммуносупрессивной терапии по протоколу «Митоксантрон + Метилпреднизолон».

По степени инвалидизации на момент начала терапии исследуемая группа больных была разделена следующим образом: 46 больных имели умеренную степень инвалидизации (до 6,0 баллов включительно), 14 больных имели тяжёлую степень инвалидизации (более 6,0 баллов), больных с лёгкой степенью инвалидизации (3,0 балла и менее) в исследуемой группе не было.

Оценку эффективности терапии в нашем исследовании мы проводили с использованием показателей EDSS до начала исследования, перед каждым курсом терапии и после её завершения. В качестве метода нейровизуализации мы использовали МРТ головного мозга с контрастированием (омнискан).

В нашем Центре иммуносупрессивная терапия по протоколу «Митоксантрон + Метилпреднизолон» проводится с 2002 г. Нами используется следующая схема иммуносупрессивной терапии: 1 курс включает введение 10 мг на м² поверхности тела внутривенно капельно митоксантрона и 5 г. метилпреднизолона. 2 и 3 курсы – 10 мг на м² митоксантрона и 1 г метилпреднизолона. В дальнейшем проводится монотерапия митоксантроном в прежней дозе с интервалом 8-12 недель. Рекомендуемое количество курсов терапии стандартного протокола составляет 10-12 введений митоксантрона (рис. 1).

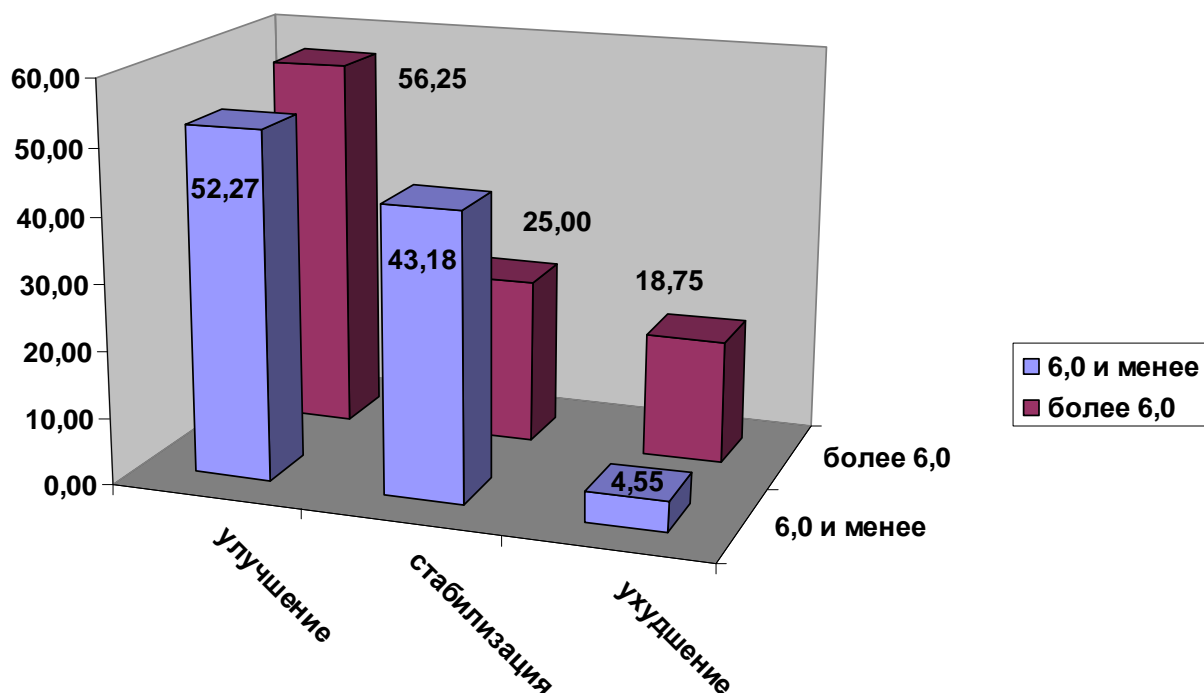


Рис. 3. Эффективность иммуносупрессивной терапии по протоколу «Митоксантрон + Метилпреднизолон» в зависимости от степени тяжести по EDSS.

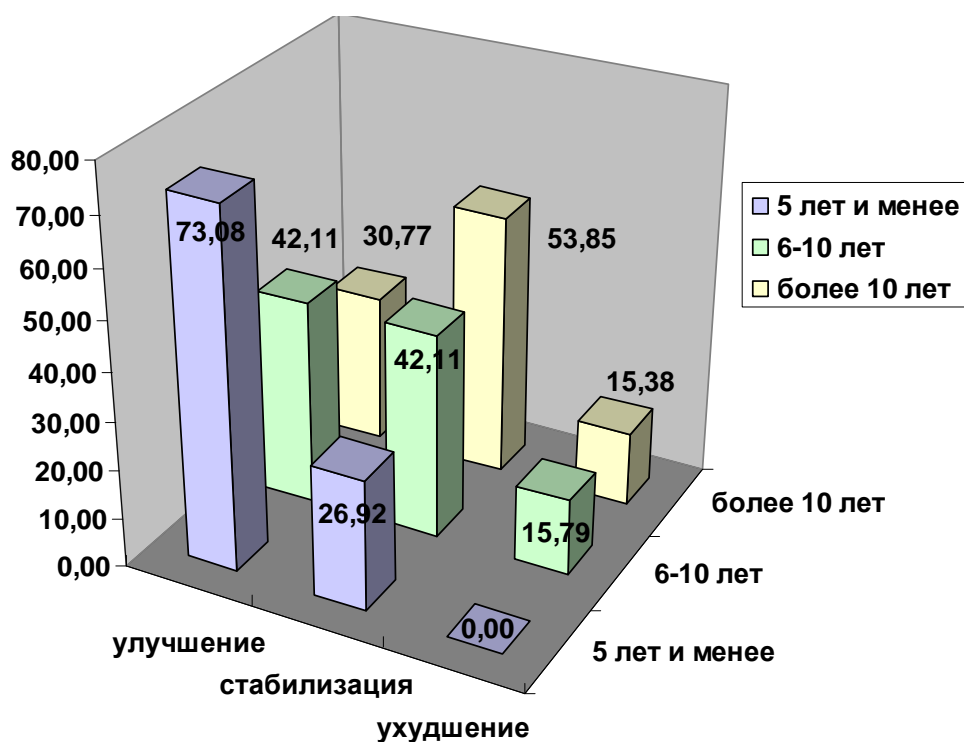


Рис 4. Эффективность иммуносупрессивной терапии по протоколу «Митоксантрон + Метилпреднизолон» по длительности заболевания к началу ИСТ.

Результаты и обсуждение.

Эффективность лечения, оцениваемая по изменению показателей инвалидизации по шкале EDSS до начала терапии и после её завершения, была следующей; с улучшением – 54% (32 больных), со стабилизацией состояния – 38% (23 больных), с ухудшением – 8% (5 больных) (рис. 2).

Поскольку больные имели различную степень инвалидизации по EDSS и стаж заболевания на момент включения в программу ИСТ, нами была проведена оценка эффективности лечения в зависимости от этих показателей.

Вся группа больных была разделена на две подгруппы: подгруппа со средней степенью тяжести по шкале EDSS (6,0 баллов и менее) составила 44 человека; подгруппа с тяжёлой инвалидизацией по EDSS (более 6,0 баллов) составила 16 человек (рис. 3). Между двумя подгруппами не было статистических различий в количестве больных с улучшением (56,25% и 52,27% соответственно), однако, количество больных с ухудшением было значительно меньше в группе со средней степенью тяжести (4,55% против 18,75% в группе с тяжёлой инвалидизацией).

По длительности заболевания группа больных была разделена на три подгруппы: первую составили больные со стажем заболевания 5 лет и менее (26 человек), вторую – от 6 до 10 лет (19 человек), третью – более 10 лет (13 человек) (рис. 4). В результате значимых различий между второй и третьей подгруппами не было обнаружено, в то время как в группе больных с длительностью заболевания 5 и менее лет не было ни одного случая ухудшения состояния по шкале EDSS, а количество больных с улучшением было больше в 1,7 раза по сравнению со второй, и в 2,4 раза по сравнению с третьей группами (73,08% против 42,11% и 30,77% соответственно).

Выводы.

1. У большинства больных (92%) на фоне терапии митоксантроном в сочетании с метилпреднизолоном после быстрого прогрессирования отмечается улучшение или стабилизация состояния по шкале EDSS.

2. Наилучший эффект иммуносупрессивная терапия митоксантроном в сочетании с метилпреднизолоном даёт у больных с небольшим стажем заболевания (до 5 лет) и со средней степенью инвалидизации по шкале EDSS (3,0-6,0 баллов).

Таким образом, использование митоксантрона в сочетании с метилпреднизолоном позволяет затормозить прогрессирование иммунопатологического процесса в центральной нервной системе, в большом проценте случаев добиться улучшения или стабилизация состояния больных с быстро прогрессирующим РС.

ВНЕДРЕНИЕ «СПОСОБА ДИАГНОСТИКИ СКРЫТОЙ ЦЕРЕБРОСОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ СОННЫХ АРТЕРИЙ» В ПРАКТИКУ ОТДЕЛЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ТОМСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ФГУ «СОМЦ ФМБА РОССИИ»

Строганова И.М.

Актуальность. Проблема ишемического инсульта и поиск эффективных средств и методов лечения больных с нарушениями мозгового кровообращения различной степени выраженности на протяжении последних десятилетий является приоритетной в практическом здравоохранении во всех странах мира. Нами доказана роль гиперкапнической гипоксии в повышении толерантности головного мозга к ишемии, а

тренирующее воздействие гиперкапнического гипоксического стимула способствует увеличению дилатационного компонента цереброваскулярного резерва.

С целью изучения гемодинамического резерва и адаптационных возможностей сосудов головного мозга у больных с острыми и хроническими нарушениями мозгового кровообращения, артериальной гипертонией предлагаем внедрить «Способ диагностики скрытой церебрососудистой недостаточности у больных со стенозирующим атеросклерозом сонных артерий» (авт. Дудко В.А, Соколов А.А., Ворожцова И.Н., Астанина И.А. Шарова И.М.), патент на изобретение № 2194986 от 20.12.2002г. в практику отделения функциональной диагностики Томской больницы ФГУ «СОМЦ РЗ». А также внедрить гипоксические-гиперкапнические тренировки для лечения больных с хронической ишемией головного мозга и реабилитации больных перенесших острое нарушение мозгового кровообращения.

Тренировки гиперкапнической гипоксией в течение 14-30 дней планируем проводить с использованием гипоксикатора-капникатора, разработанного на кафедре патологической физиологии функциональной и ультразвуковой диагностики АГМУ (г.Барнаул) под руководством профессора Куликова В.П.

В сотрудничестве с ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН планируем использовать следующие инструментальные методы исследования: ультразвуковое исследование магистральных артерий головы, исследование дисфункции эндотелия, ЭХО-КГ, МРТ -сосудистая программа, исследование функции внешнего дыхания, суточное мониторирование АД, суточное мониторирование ЭКГ, исследование когнитивных функций с помощью эндогенных вызванных потенциалов Р-300, электроэнцефалография, реоэнцефалография.

Резистентность к экзогенному дефициту кислорода и избытку углекислого газа формируется в результате адаптогенного эффекта циркуляторной и тканевой гипоксии по мере течения атеросклеротического поражения артерий. Циклы тренировочных воздействий с дыханием гипоксической гиперкапнической газовой смесью повышают качество приспособительных реакций в условиях хронического гипоксического синдрома.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ

Хрущева Н.А., Малкова Н.А., Желуницина И.П.

Введение. Основными симптомами при рассеянном склерозе являются двигательные расстройства и нарушения координации. Однако болевые синдромы у таких больных встречаются тоже довольно часто. Проведённые в этой области исследования показывают, что около 2/3 пациентов с рассеянным склерозом на определённом этапе развития заболевания испытывают боль, причём не менее 1/3 из них считают её самым серьёзным симптомом своей болезни (Stenager E. et al., 1991, 1992).

Боль является одним из первых симптомов рассеянного склероза в 8-23 % случаев (Stenager E. et al., 1991). Существуют такие характерные болевые синдромы, появление которых заставляет предполагать у пациента диагноз рассеянного склероза. Это симптом Лермитта и тригеминальная невралгия у молодых лиц (особенно двухсторонняя). Структура болевых синдромов, связанных с рассеянным склерозом, неоднородна. Согласно современной классификации (Гусев Е.И. и соавт., 1997; Шмидт Т.Е. и соавт., 2003), принято выделять нейропатические, соматогенные, висцерогенные и психогенные боли. *Нейропатическая боль* связана с аутоиммунным воспалением и процессами демиелинизации в структурах нервной системы, ответственных за проведение и восприятие болевых импульсов. Медиаторы воспаления при этом играют важную роль в возникновении таких симптомов, как гиперестезия и аллодиния (Moalem G. et al., 2005). Нейропатические боли при рассеянном склерозе могут протекать по типу острых, простреливающих болей

(невралгия тройничного нерва, с. Лермитта, псевдорадикулярные боли) или по типу стойких болей с чувством жжения и ломоты (наиболее часто это болезненная дизестезия в конечностях) (Шмидт Т.Е., 2001). *Соматогенные боли* связаны с нарушениями мышечного тонуса, патологическими позами, неправильным двигательным стереотипом, длительной иммобилизацией, а также с развитием артрозов и остеопороза (Гусев Е.И. и соавт., 1997; Шмидт Т.Е. и соавт., 2003). Эти боли, как правило, чётко локализованы и обусловлены импульсами из опорно-двигательного аппарата. Сюда относятся болезненные мышечные спазмы, боли в суставах конечностей, боли в позвоночнике. Показано, что признаки остеохондроза позвоночника появляются у пациентов с рассеянным склерозом достоверно раньше, чем в группе сравнения (Гусев Е.И. и соавт., 1997). Это связывают с неврологическим дефицитом, ускоряющим дистрофические процессы в позвоночнике. Существует также предположение, что аутоиммунная агрессия при рассеянном склерозе направлена не только против миелина, но и против костной, хрящевой и мышечной тканей (Гусев Е.И. и соавт., 1997). *Висцерогенные боли* возникают при активации ноцицепторов в стенках полых органов при тазовых расстройствах (запоры, задержка мочи). *Психогенные боли* в чистом виде встречаются редко. Они развиваются на фоне депрессии или тревожного состояния при большой длительности болезни и связаны со снижением болевой толерантности (Гусев Е.И. и соавт., 1997). К таким болям можно отнести в первую очередь головные боли напряжения.

Предыдущие исследования не выявили зависимости болевого синдрома от пола, возраста, в котором развился рассеянный склероз и особенностей клинического течения заболевания (Moulin D.E. et al., 1989; Archibald C.J. et al., 1994; Fryze W. et al., 2002). Частота болевых синдромов возрастает с увеличением продолжительности болезни и, особенно, с нарастанием неврологического дефицита (Stenager E. et al., 1992, 1995). Боли чаще беспокоят женщин, чем мужчин (68% и 32% соответственно) (Fryze W. et al., 2002). У пациентов с болевыми синдромами чаще определяются очаги демиелинизации в спинном мозге (Fryze W. et al., 2002). Пациенты с болевыми синдромами имеют более выраженный когнитивный дефицит, более высокий балл по EDSS и большую степень социальной дезадаптации (Archibald C.J. et al., 1994).

Недостаточно проведено доказательных исследований по эффективности лекарственных препаратов, пока не разработано общепринятых терапевтических подходов к лечению боли при рассеянном склерозе. Назначают трициклические антидепрессанты, противосудорожные средства, нестероидные противовоспалительные препараты. При этом только 50 % пациентов, получающих противоболевую терапию; оценивают эффективность её как 90% и выше (Fryze W. et al., 2002). Показано, что пациенты, страдающие хроническими болями, значительно чаще ищут альтернативные методы лечения рассеянного склероза (Stenager E. et al., 1992).

Целью нашего исследования было изучение распространенности и структуры болевых синдромов среди пациентов, наблюдающихся в Центре РС.

Материал и методы.

Мы опросили 43 человека с достоверным диагнозом рассеянного склероза (21 мужчину и 22 женщины), средний возраст пациентов составил 36,7 лет (от 20 до 56 лет), с прогрессирующим типом течения рассеянного склероза было 37 человек и 6 человек – с ремитирующим. Стаж болезни в среднем - 8,4 года (от 0,5 до 34 лет). Пациенты получали иммуносупрессивную терапию или курс кортикостероидов в стационаре.

Пациентам с достоверным диагнозом рассеянного склероза предлагалось ответить, испытывают ли они болевые ощущения, описать их характер и локализацию, оценить их интенсивность боли по Визуальной Аналоговой Шкале (ВАШ). Все пациенты были осмотрены клинически, всем проведены общеклинические лабораторные анализы и дополнительные инструментальные методы обследования – по показаниям. Критериями исключения были боли, не имеющие четкой связи с рассеянным склерозом (абдоминальные

боли при обострении язвенной болезни желудка или 12-перстной кишки, при цистите, мигренозные головные боли).

Результаты. Болевые ощущения выявлены у 26 человек, что составляет 60,5 % от всех опрошенных (рис.1).

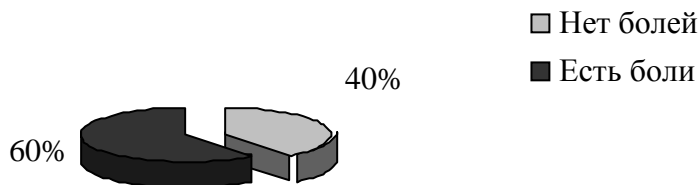


Рисунок 1.

Среди пациентов с болевыми синдромами женщин было на треть больше, чем мужчин (16 женщин и 10 мужчин).

По патогенетическому принципу болевые синдромы у наших больных распределить можно было лишь условно, так как у многих обнаруживалось сочетание разных типов боли с преобладанием какого-то одного (рис.2).

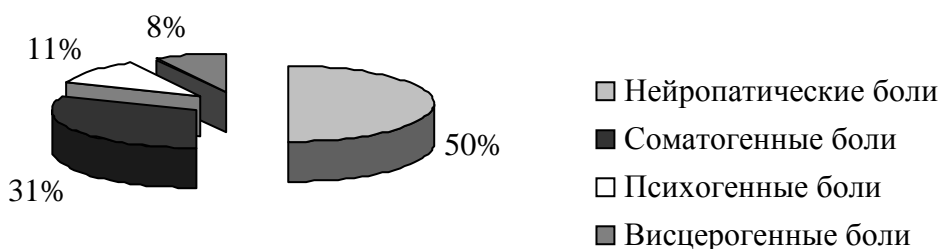


Рисунок 2.

У половины больных (8 женщин и 5 мужчин) отмечены нейропатические боли. В основном это были болезненные дизестезии в конечностях. У одной женщины такие боли сочетались с афферентным парезом. Тригеминальных, псевдорадикулярных болей, а также симптома Лермитта не было ни у кого.

Соматогенные боли зарегистрированы у 8 больных (6 женщин и 2 мужчин). Эти боли чаще локализовались в ногах и/или вдоль позвоночника с чувством стягивания в мышцах и были связаны, как правило, с нарастанием мышечного тонуса.

Головные боли напряжения (как вариант психогенных болей) имели место у троих мужчин. Висцерогенные боли испытывали две пациентки на фоне задержек мочеиспускания и запоров.

Интенсивность боли по ВАШ была в среднем оценена в 5,8 баллов (от 2 до 10). Замечено, что пациенты с нейропатической болью оценивают её интенсивность по ВАШ от 3 до 10 баллов (в среднем 6,4 балла). Это больше, чем интенсивность соматогенной боли: от 3 до 8 (в среднем 5,1 баллов). Средняя оценка интенсивности головной боли напряжения по ВАШ составила 4,6 баллов (от 2 до 8), а интенсивность висцерогенных болей в среднем составила 6,25 балла (4 и 8,5). Сравнительная оценка боли по ВАШ представлена на рисунке 3.

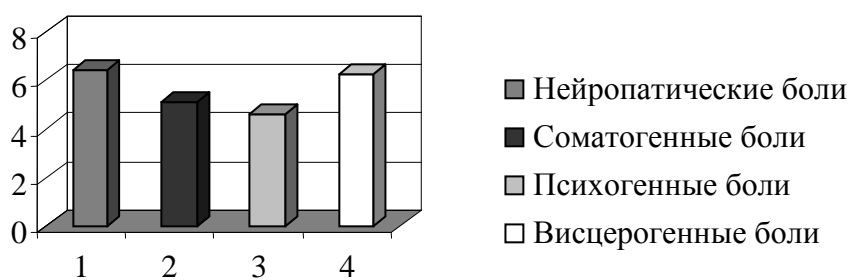


Рисунок 3.

Выводы. Проведённое нами исследование распространённости и структуры болевых синдромов показало, что около 60% наших больных рассеянным склерозом страдают хроническими болями, что согласуется с данными литературы. Также мы выявили большую частоту болевых синдромов среди женщин, чем среди мужчин (62 % и 38% соответственно). Самый частый вид боли среди наших больных – это дизестезии в конечностях как вариант нейропатических болей. Интенсивность их выше средней (6,4 балла по ВАШ). Это довольно стойкие боли, которые сохраняются у некоторых пациентов годами. Вторыми по частоте оказались соматогенные боли в нижней части спины и ногах. Это чётко локализованные боли средней интенсивности (5,1 балл по ВАШ), стихающие в некоторой степени на фоне лечения. Головные боли напряжения, как вариант психогенных болей, выявлены лишь у 3 больных. Это боли с интенсивностью ниже средней (4,6 балла по ВАШ), но весьма стойкие. Ещё у двух больных головные боли напряжения сопровождали нейропатические боли. Висцерогенные боли были всего у двух женщин, но это довольно сильные ощущения, оцениваемые в среднем на 6,25 баллов по ВАШ. Причем боли в мочевом пузыре оказались интенсивнее, чем боли при запорах (8,5 и 4 балла по ВАШ соответственно).

Таким образом, боли часто сопровождают течение рассеянного склероза, неизбежно причиняя дополнительные страдания этим пациентам. Проблема усугубляется тем, что пока не разработаны схемы лечения болевых синдромов у больных рассеянным склерозом. Всё это объясняет необходимость дальнейшего изучения механизмов возникновения болей и поиска эффективных методов противоболевой терапии у наших пациентов.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «РЕМИКЕЙД» У РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

С. А. Чернигина

Воспалительные (аутоиммунные) ревматические заболевания относятся к числу распространенных и тяжелых форм патологии человека. Они могут быстро приводить к инвалидности, а нередко и к уменьшению продолжительности жизни пациентов. Неблагоприятный жизненный прогноз определяется прогрессирующим поражением внутренних органов, связанным как с тяжестью самого патологического заболевания, которое плохо контролируется противовоспалительными препаратами, так и токсическим воздействием этих препаратов. Причины возникновения большинства воспалительных ревматических болезней остаются неизвестными, но основные механизмы патогенеза многих из них изучены достаточно подробно. Это послужило основанием для разработки концепции «патогенетической» терапии. К числу «патогенетических» относят большое число разнообразных по химической структуре и фармакологическим свойствам лекарственных средств (глюкокортикоиды, цитотоксические препараты и др.), которые объединяет способность подавлять воспаление и патологическую активацию системы

иммунитета. Особое значение в патогенезе многих хронических воспалительных заболеваний человека придают фактору некроза опухоли (ФНО) – α -наиболее хорошо изученному представителю группы так называемых «провоспалительных» цитокинов. ФНО- α играет важную роль в противоинфекционном иммунитете и рассматривается как ключевой медиатор системного воспаления. ФНО- α проявляет многочисленные «провоспалительные» эффекты, которые имеют фундаментальное значение в иммунопатогенезе воспалительных ревматических заболеваний и особенно ревматоидного артрита (РА). Установлено, что при РА именно неконтролируемая гиперпродукция этого цитокина лежит в основе развития воспаления. Имеются данные об участии ФНО- α в патогенезе и других ревматических болезнях: болезни Бехтерева, псориатической артропатии. Все это вместе взятое позволяет предположить, что именно ФНО- α является ключевым медиатором иммуновоспалительного процесса при многих ревматических заболеваниях, а следовательно и наиболее важной мишенью для «антицитокиновой» терапии. Первыми внедренными в клиническую практику моноклональными антителами к ФНО- α , разрешенными для лечения РА и других воспалительных заболеваний, являются химерные моноклональные антитела –Инфликсимаб (Ремикейд)

Преимуществами инфликсимаба перед стандартными базисными противовоспалительными препаратами (БПВП) являются быстрое развитие эффекта и более низкая частота побочных явлений, требующие прерывания лечения. У большинства больных на фоне лечения инфликсимабом замедляется (или приостанавливается) прогрессирование суставной деструкции, не зависимо от динамики клинических показателей

В 2008 г на базе терапевтического отделения ФГУ СОМЦ РОСЗДРАВА

проведено лечение препаратом Ремикейд троих пациентов в объеме двух инфузий в счет федерального бюджета. Из них -2 пациента с д-зом РА, 1- с д-зом: болезнь Бехтерева.

Первый пациент -Телягов Е.А. 21 г. Д-з: Болезнь Бехтерева: ювенильный идиопатический хронический артрит с трансформацией в анкилозирующий спондилоартрит с системными проявлениями: нефропатия (мин. протеинурия, лейкоцитурия, эритроцитурия)

XПН-0 ,двусторонний сакроилеит III, акт-1, HLA B 27 (+), НФС -1

Пациент болеет с 1999г, когда появились жалобы на боли, ограничение движений в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, в коленных суставах, лечился нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП). Постепенно заболевание прогрессировало: появилось ограничение движений в грудном и шейном отделах позвоночника, лихорадочный синдром. Обследовался и лечился в Институте клинической иммунологии, где был верифицирован д-з: б-нь Бехтерева, назначена базисная терапия метатрексат 10мг в неделю, преднизолон 5мг в сутки. (2006г). Не смотря на проводимую терапию, заболевание прогрессировало, сохранялась активность воспалительного процесса, боли, ограничение движений во всех отделах позвоночника, тазобедренных суставах. Комиссией по отбору больных ревматическими заболеваниями на дорогостоящие виды лечения было принято решение о назначении пациенту препарата Ремикейд 3-5 мг на кг веса.

Пациенту проведено 2 инфузии препарата Ремикейд (200мг и 345мг) с перерывом в 2 недели. Инфузии препарата перенес хорошо, осложнений не было. После 1-ой инфузии Ремикейда отмечалось улучшение: уменьшение болей, увеличение объема движений в пояснично-крестцовом, грудном отделах позвоночника. Пациент продолжал принимать метатрексат 10мг в нед. и преднизолон 5мг в сут. В дальнейшем сохранялась положительная динамика течения заболевания, снижение лабораторной активности.

Пациент был выписан в удовлетворительном состоянии. Рекомендовано: продолжить инфузии Ремикейда через 6 недель, затем каждые 8 недель, метатрексат 10 мг в нед., постепенное снижение дозы преднизолона.

Пациент Прищепов Н.Г. 68 лет. Д-з: Ревматоидный артрит, полиартрит, серопозитивный, с системными проявлениями (сенсомоторная нейропатия, лихорадка), акт-3, Р-3, НФС -2. Гормонзависимость. Вторичный системный остеопороз на фоне основного заболевания.

Болен с 1992г. Диагноз верифицирован в 1994г. Лечение НПВС, амбулаторно и в стационаре, базисную терапию не принимал. Резкое ухудшение в состоянии в январе 2007г.- проводилось частое внутрисуставное введение ГКС, с кратковременным эффектом. В августе 2007г в связи с высокой активностью проведена терапия метипредом 500мг в/в кап № 3, начата базисная терапия метатрексатом 10 мг/нед., на этом фоне отмечается некоторая стабилизация состояния, но сохраняется гормонзависимость (принимает преднизолон 10мг в сут). В связи с этим пациенту была показана терапия препаратом Ремикейд по 200 мг на одно введение по схеме: недели 0,2,6,14 и т.д. каждые 8 недель. Пациент поступил в терапевтическое отделение в мае 2008г. с целью проведения 2-х инфузий Ремикейда с интервалом в две недели. При поступлении предъявлял жалобы на утреннюю скованность более 40 мин, боли, ограничение движений в межфаланговых суставах кистей, лучезапястных, локтевых, коленных суставах общую слабость. Число болезненных суставов (ЧБС) -28 , оценка боли по ВАШ (визуальная аналоговая шкала) -50. После проведения 1 – ой инфузии Ремикейда (200 мг) было отмечено уменьшение болевого синдрома, скованности. В дальнейшем после проведения 2-ой инфузии Ремикейда и при параллельном приеме метатрексата 10мг в неделю и преднизолона 10мг в день было отмечено улучшение общего состояния, прекращение болей и скованности в суставах. Выписан с рекомендациями: продолжить инфузии Ремикейда по схеме: через 4 недели, далее через каждые 8 недель, прием метатрексата 10мг в неделю, преднизолон 10мг в день с последующей постепенной отменой. В дальнейшем пациент поступал в отделение на 3, 4, 5-е инфузии Ремикейда, в динамике было отмечено отсутствие утренней скованности, болевого синдрома в суставах, улучшение общего состояния. Пациент постепенно отменил преднизолон. Достигнута лабораторная ремиссия.

Третья пациентка – Иншакова В.В. 53лет. Поступила в отделение в июне 2008г. Д-з: Ревматоидный полиартрит, серопозитивный, с системными проявлениями : анемия, сенсорно-моторная нейропатия, акт-2ст, Р-3 ст, нфс-2 ст. Дебют суставного синдрома с 26 лет, был обнаружен РФ, диагностирован РА. В лечении применялись препараты золота, ГКС, с 2000г. - базисная терапия в виде монотерапии метатрексатом, лефлюнамидом, а, также комбинированная терапия (метатрексат + лефлюнамид) в терапевтических дозах – на фоне лечения сохранялась высокая клинико-лабораторная активность заболевания. Пациентке был назначен Ремикейд в комбинации с метатрексатом. На базе нашего отделения проведено 2 в/венные инфузии Ремикейда по 300мг (интервал в 2 недели) с параллельным введением в/м метатрексата 10 мг в неделю. Инфузии Ремикейда пациентка перенесла без осложнений. Отмечалось улучшение общего состояния, уменьшения интенсивности болевого синдрома в суставах, скованности, хотя по лабораторным данным сохранялась активность воспалительного процесса: СОЭ-42 мм/ч, Нб-105 г/л. Пациентка выписана с рекомендациями: продолжить инфузии Ремикейда по схеме 3-я –через 4-недели, далее 1 раз каждые 8 недель в течение 1-2-х лет. Продолжить прием метатрексата 10 мг в нед. с обязательным мониторингом профиля безопасности.

Таким образом, терапия Инфликсимабом (Ремикейдом) в комбинации с метатрексатом при лечении РА и болезни Бехтерева высокоэффективна, позволяет добиться ремиссии и является методом выбора у пациентов с тяжелым быстро прогрессирующим ревматическим заболеванием, для которого характерна быстрая инвалидизация и в целом неблагоприятный прогноз.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЗЕРКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И МЕТОДА ОРТЕЗИРОВАНИЯ КИСТИ В КОМПЛЕКСЕ ДВИГАТЕЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ

Чистякова В.А., Родионова А.А., Цыхмистрова Т.Н., Катаева Н.Г.

Введение

Вследствие перенесенного инсульта около 80% пациентов становятся инвалидами, примерно 55% пострадавших не удовлетворены качеством жизни, и лишь менее 15% выживших могут вернуться к своей работе (Иванова Г.Е., Поляев Б.А., Герасименко М.Ю., 2007). Основной причиной инвалидизации являются двигательные и речевые нарушения. Как правило, восстановление функции кисти является самым сложным и длительным процессом в ходе проводимых реабилитационных мероприятий. В основе нарушения движений в кисти лежит развитие динамической контрактуры в сгибателях кисти и пальцев в результате патологически повышенного мышечного тонуса, что препятствует восстановлению активных движений в мышцах антагонистах.

Цель работы

Оценить эффективность зеркальной терапии и метода ортезирования кисти в восстановлении функции руки в комплексе двигательной реабилитации постинсультных больных.

Материалы и методы

Пациентам после перенесенного инсульта, поступившим в стационар в восстановительный и резидуальный периоды, назначался комплекс двигательной реабилитации, который включал в себя помимо стандартных методов (массаж, электростимуляция, теплолечение, лечебная гимнастика) зеркальную терапию и ортезирование кисти. С использованием данного комплекса реабилитации пролечено 10 больных. Для оценки степени двигательных нарушений проводилось полное неврологическое обследование с определением степени пареза по 6-балльной системе оценки двигательных нарушений, разработанной в НИИ неврологии РАМН, исследованием мышечного тонуса по шкале Ашфорта. Для оценки мелкой моторики руки использовался тест с девятью колышками (А.Н. Белова, О.Н. Щепетова). Зеркальная терапия проводилась ежедневно в комплексе лечебной физкультуры. Индивидуально изготовленный кистевой ортез одевался тоже ежедневно после всего комплекса реабилитационных мероприятий на 3 часа, а также на ночь. Курс лечения составлял 21 день, после чего проводилось контрольное обследование.

Результаты исследования

В результате проведенного наблюдения выявлено, что при применении зеркальной терапии в ранний восстановительный период после перенесенного инсульта отмечается увеличение объема движений в руке, существенно сокращается время при исследовании теста с девятью колышками, происходит снижение мышечного тонуса в сгибателях кисти и пальцев. В резидуальный период инсульта отмечено значительное снижение мышечного тонуса в руке во время занятий, что повышает их эффективность и облегчает работу инструктора ЛФК. Сочетание зеркальной терапии и метода ортезирования кисти дает хорошие результаты при наличии динамической контрактуры пальцев кисти, которая чаще имеет место в позднем и резидуальном периоде инсульта.

Выводы

В комплексе двигательной реабилитации как в восстановительный, так и в резидуальный периоды перенесенного инсульта целесообразно применение зеркальной терапии, которая способствует наиболее лучшему восстановлению функции руки. Метод ортезирования кисти, особенно в сочетании с зеркальной терапией эффективен при наличии динамической контрактуры пальцев кисти. Кроме того, возможно применение этого метода в раннем восстановительном периоде для предотвращения нарастания спастичности мышц

кисти. Метод ортезирования кисти прост в использовании, может применяться в домашних условиях, что повысит эффективность реабилитационных мероприятий.

ВОЗМОЖНОСТИ ЧРЕЗПРОМЕЖНОСТНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ ТАЗОВОГО ДНА У ЖЕНЩИН

О.А. Якубенко, А.В. Бородач, А.П. Дергилев, Г.А. Бойко, Н.Ф. Захарова.

Актуальность темы. Более 30 % женщин старше 50 лет, нередко, и женщины репродуктивного возраста, предъявляют жалобы, связанные с нарушением функций тазовых органов, оказывающие выраженное влияние на качество жизни. Опущение тазовой диафрагмы, опущение и выпадение прямой кишки, пролапсы наружных и внутренних половых органов более чем в 40 % случаев сочетаются с дисфункцией тазовых органов.

Диагностические потребности колопроктологов, занимающихся проблемами тазового дна, реализуются сегодня, преимущественно эндоскопическими и рентгеноконтрастными методами исследования органов и тканей данной области. Рентгенологическая дефекография позволяет выявить морфологические и функциональные изменения прямой кишки, оценить функции сфинктера и элеваторных мышц, но предполагает лучевую нагрузку на врача и пациента. Динамическая МР томография, хотя и предоставляет изображение анатомических структур таза с высоким разрешением, дорога, не очень доступна и предполагает использование внутрианального датчика. Эндоанальная ультрасонография не дает комплексной оценки органов и тканей тазового дна, не удобна для выполнения функциональных проб с натуживанием и втягиванием мышц промежности. Ультразвуковая чрезпромежностная динамическая ультрасонография - новый перспективный метод диагностики расстройств тазового дна женщин, по нашим данным, не используемый в России. Метод используется в кабинете УЗИ стационара с января 2008 года.

Цель работы: Анализ возможностей Динамической чрезпромежностной ультрасонографии (ДЧУ) в диагностике патологии тазового дна женщин.

Материалы и методы. Ультразвуковые исследования проводились на сканере экспертного класса MEDISON ACCUVIX QX 2007 года выпуска, с использованием мультисекторных линейного и трансвагинального конвексного датчиков. Для защиты головки излучателя использовался латексный презерватив. Период исследования: с января по октябрь 2008 года. Проанализировано 35 историй болезни женщин в возрасте от 19 до 81 года. Средний возраст: 50 ± 10 лет. В 53% случаев ДЧУ проводилось пациенткам хирургического отделения в период подготовки к плановому оперативному лечению. В 47 % случаях обследовались пациентки других отделений, преимущественно гастроэнтерологического, с жалобами на нарушения функций тазовых органов. Все пациентки осмотрены колопроктологом, гинекологом, по показаниям – урологом. Всем выполнена колоноскопия, иригоскопии с дефекографией, УЗИ органов брюшной полости и малого таза.

Подготовка пациента: утром до исследования - стул или очистительная клизма, полный мочевого пузыря. Проведение чрезпромежностного УЗИ после оперативного лечения в области малого таза рекомендовалось не раньше, чем через 2 недели после операции.

Краткое описание методики: Промежность пациентки изучалась в положении на левом боку, датчиком, помещенным по средней линии тела в области истинной промежности (область между задней комиссурой влагалища и заднепроходным отверстием). В покое получали изображение мягких тканей и мускулатуры тазового дна, копчика, лонного сочленения, ректовагинальной перегородки, ануса, влагалища, мочевого пузыря и уретры с проведением необходимых измерений. Затем для контрастирования ампулы прямой кишки в задний проход вводилось до 50 мл ультразвукового геля (при помощи шприца Люэра).

После введения геля достоверно лоцировалась ампула прямой кишки. Вторым этапом проводилось динамическое исследование с использованием функциональных проб: движение компонентов переднего и заднего отделов тазового дна изучались при проведении проб с натуживанием (проба Вальсальвы) и втягиванием мышц промежности.

Контрастирование ампулы прямой кишки гелем и наполнение мочевого пузыря позволяют измерять параметры, используемые в методике рентгеновской дефекографии и эвакуационной цистоуретрографии:

- величину аноректального и заднего уретровезикального углов;
- глубину ректоцеле; глубину цистоцеле;
- ширину, длину, форму уретры в покое и при натуживании;
- расстояние от стенки прямой кишки до лобково – копчиковой линии.

Анализ результатов.

При проведении ДЧУ выявлены эхопризнаки следующей патологии:

1. Свищи- полные ректовагинальные свищи – 7 случаев; неполный ректальный свищ - 4 случая (из них 1 случай заднего трансфинктерного ректального свища; неполный влагалищный свищ – 5 случаев).
2. Воспалительные изменения - инфильтрат мягких тканей тазового дна – 2 случая; абсцесс мягких тканей – 1 случай; поствоспалительные фиброзные изменения мягких тканей тазового дна и стенки прямой кишки – 3 случая.
3. Признаки стриктуры анального канала и гипертрофии мышечного слоя прямой кишки - 2 случая.
4. Врожденное отсутствие сфинктеров прямой кишки - 1 случай.
5. Ректоптоз - 9 случаев.
6. Ректоцеле – 16 случаев.
7. Цистоцеле - 9 случаев.

На данном этапе исследования больше оценивалась возможность выявления вышеперечисленной патологии при ультразвуковом исследовании, чем точность выполнения измерений. Т.к. ультразвуковые критерии нормы при чрезпромежностном сканировании тазового дна не разработаны.

После проведенного обследования двадцати двум пациенткам выполнено оперативное лечение, четырнадцати из них – по программе высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП): реконструктивно- восстановительные вмешательства на толстой кишке и промежности. Интраоперационные данные патологии тазовых органов совпали с данными УЗИ. Десяти пациенткам рекомендовано оперативное лечение в плановом порядке. Из них по программе ВМП – семи пациенткам

Четырем пациенткам проведено ДЧУ, как контроль результатов оперативного лечения по программе ВМП: при исследовании четко лоцировалось положение сетчатых трансплантатов, используемых при промежностной пластике. При контрастировании прямой кишки гелем возможна оценка восстановления нормальной функции органа. .

Выводы.

1. Динамическое чрезпромежностное ультразвуковое исследование может эффективно использоваться для диагностики патологии тазового дна и оценки результатов хирургического лечения.
2. Необходима разработка четких ультразвуковых критериев стадий ректоптоза, ректоцеле, цистоцеле.

Преимущества ДЧУ:

- возможность комплексной оценки органов и мягких тканей тазового дна;
- динамический осмотр в реальном времени, с применением функциональных проб (Вальсальвы и т. д.), доплеровских режимов для оценки кровоснабжения органов;
- неинвазивность, безболезненность, безопасность для пациента;
- отсутствие лучевой нагрузки на врача и пациента;

- относительно низкая себестоимость, небольшое время для проведения исследования (в сравнении с рентгеноконтрастными исследованиями (дефекографией, цистографией) и МРТ тазового дна;
- возможность контроля результатов хирургического лечения с комплексной оценкой послеоперационной анатомии и функций органов тазового дна.

Перспективы:

1. Разработка четких критериев нормы в ДЧУ путем исследование до 50 здоровых женщин, без признаков патологии тазовых органов с проведением всех необходимых измерений.

2. Доработка метода ультразвуковой дефекографии, ультразвуковых критериев оценки функциональных проб;

3. Оценка возможности использования ДЧУ для диагностики энтероцеле, перитонеоцеле, ректоанальной инвагинации (предполагается использование контрастирования петель тонкого кишечника гастрोगрафином, сульфатом бария или физиологическим раствором).

4. Оценка эффективности использования в комплексе ДЧУ ультразвуковых датчиков с возможностью объемной реконструкции в реальном времени (3D – 4D сканирование).

5. Разработка критериев оценки функции мышц тазового дна, сфинктеров заднего прохода с использованием датчика с фазированной решеткой 5 -7 МГц и тканевого доплера.