В работе проанализированы результаты мониторинга 48 больных с различными психоневрологическими расстройствами до (фон) и в динамике суточной и курсовой монофармакотерапии препаратами АУРОРИКС, ПРОДЕП и ТАНАКАН. В качестве ЭЭГ нормы были взяты данные обследования 96 здоровых испытуемых. Регистрация ЭЭГ проводилась на приборе «Энцефалан-131-1» фирмы «Медиком» (Таганрог) по восьми отведениям (лобные, височные, теменные и затылочные) симметрично с обоих полушарий мозга. Математический анализ оцифрованных ЭЭГ данных осуществляли с помощью пакета программ PARSUN. Первичной компьютерной обработке подвергались 208 признаков (векторов), формируемых из спектральных характеристик 8 отведений на частотах от одного до 26 Гц. Затем с помощью МШ они преобразовывались в двумерные вектора (точки), косвенно характеризующие дискретные ФС мозга. В качестве критерия мониторинга эффективности лечения были приняты изменения координат этих точек и их расстояния (по модулю) до ЭЭГ нормы.

Полученные результаты свидетельствуют о правомерности использования МШ для ЭЭГ мониторинга ФС психоневрологических больных и даже индивидуального прогнозирования эффективности монофармакотерапии на ее ранних этапах.

ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ У ПРОМЫШЛЕННЫХ РАБОЧИХ

Махонько М.Н.
Государственный медицинский университет, Саратов

Болезни органов дыхания занимают 1-ое место в структуре заболеваемости и 4-ое место в структуре смертности населения Российской Федерации. В производстве синтетических моющих средств (СМС) заняты тысячи работающих, причем их число в дальнейшем будет возрастать. В связи с этим вопросы профессиональной патологии в этой отрасли химической промышленности приобретает еще большую значимость. Важно, что изменения функции внешнего дыхания не соответствуют наличию жалоб, анамнестических данных, что связано с незаинтересованностью пациентов в выявлении заболеваний, которые могут явиться основанием для смены места работы. Экономический ущерб, связанный с заболеваемостью обструктивной формой хронического бронхита, определяется тем, что трудопотери, обусловленные его обострениями, составляют примерно 2/3 всех трудопотерь от хронических неспецифических заболеваний легких.

Малые дозы вредных химических веществ формируют в организме адаптивные, в первую очередь неспецифические, реакции физиологических систем. Так, при анализе заболеваемости с временной утратой трудоспособности рабочих предприятий, изготавливающих СМС, отмечается значительный процент гипертрофических процессов и катаральных изменений слизистой оболочки верхних дыхательных путей. Доказано, что у курящих и контактирующих с промышленными поллютантами хронический бронхит развивается в 20 раз чаще, чем у некурящих и протекает тяжелее. Особенность клинического течения профессионального бронхита при отсутствии осложнений заключается в длительности латентного периода, скудности симптоматики, эндоскопических и морфологических изменениях слизистой оболочки бронхов. За последние годы в структуре профессиональной заболеваемости отмечается рост частоты профессионального бронхита, который у большинства больных осложняется эмфиземой легких, пневмосклерозом, развитием дыхательной недостаточности и легочно-сердечной недостаточности I - II степени, иногда приводит к инвалидизации.

К обязательным диагностическим методам хронического бронхита, помимо физикальных, относятся определение функции внешнего дыхания, анализ крови, цитологическое исследование мокроты, рентгенологическое исследование, электрокардиограмма. В настоящее время наиболее информативным является контроль фагоцитоза методом хемилюминесценции, что позволяет определять реакционноспособные метаболиты кислорода. Иммунные сдвиги характеризуются повышением специфического иммуноглобулина Е, титров специфических антител клеточного и гуморального типа к промышленным аллергенам.

Существенным является раннее выявление начальных признаков заболевания и своевременное рациональное трудоустройство вне контакта с производственными аллергенами, а также осуществление мер индивидуальной профилактики и социальной защиты с целью снижения сенсибилизирующего действия СМС в условиях производства (постоянное ношение респиратора, ношение спецодежды, закрывающей руки и ноги работающих, а также ингаляции с десенсибилизирующими средствами в конце рабочей смены). Важное значение в профилактике аллергии от воздействия СМС, имеют предварительные и периодические медицинские осмотры.

ИЗ ОПЫТА КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОГО КОНТРОЛЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ И ВЫХАЖИВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ И ВЫРАЖЕННЫМ ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Медведева Н.И.
Родильный дом г.Таганрог

Основной причиной возникновения гемолитической болезни новорожденного является усиление гемолиза эритроцитов. Чаще всего - это иммунизация вследствие резус-конфликта или конфликта по системе АВО.

Поскольку у плода и новорожденного метаболизм билирубина имеет свои особенности (снижена ферментативная активность в эритроцитах, несовершенны механизмы конъюгации в печени), то при явлениях изоиммунизации, усиленном разрушении эритроцитов накапливается непрямой билирубин, который окрашивает кожу ребенка в желтый цвет с лимонным оттенком (признаки желтухи) и является токсичным и опасным, так как легко проникает в

клетки Ц.Н.С. и может вызвать билирубиновую энцефалопатию.

В лабораторных показателях прогрессирует билирубинемия (непрямая фракция), снижаются гемоглобин, эритроциты, гематокрит. Нарастает ретикулоцитоз, снижается количество общего белка, что требует интенсивного лечения.

С целью своевременной интенсивной терапии в Родильном доме на протяжении многих лет проводится контроль за беременными женщинами с O(I) группой крови и родильницами с Rno(-) отрицательной принадлежностью.

При поступлении в родильный стационар и рождении ребенка проводятся исследование лабораторией: на группу крови, Rho – фактор, наличие антител (по показаниям), а также проводится мониторинг: билирубина, эритроцитов, ретикулоцитов, общего белка.

Примером гемолитической желтухи новорожденного (тяжелой формы) может служить следующий случай:

Мать Н.Н.М.: 1959 года рождения, роды II срочные, группа крови O(I), Rno(-) отрицательная, Rho – конфликт с подшиванием кожного лоскута, хроническая внутриутробная инфекция, раннее излитие околоплодных вод, гипоксия плода.

Родившийся ребенок: вес 2 кг 900 грамм, рост 49 см., группа крови O(I), Rno(+) положительный. Диагноз при рождении: острая гипоксия, риск ГБН.

Лабораторные данные:

Hb 201г/л
Er $6{,}0 \cdot 10^{12}$

Ц.в.п. 1,0

Ht 55%
Тромбоциты $2{,}2 \cdot 10^{11}$

L $15{,}6 \cdot 10^{9}$
ретикулоциты 2,1%
глюкоза 3,0 мм/л
э–п – с – л – м
0 – 3–54–40 – 3

Билирубин: прямой – 0, (из пуповины)
непрямой – 28,7 мкм/л.
Через 4 часа – Билирубин:
прямой – 0, (из вены):
непрямой – 77,6 мкм/л.
Почасовой прирост по «Билитесту» 11,8.
Через 6 часов - Билирубин:
прямой – 0, (из вены):
непрямой – 84,0 мкм/л.

Hb 182 г/л
Er $5{,}5 \cdot 10^{12}$
Ц.в. п. 0,9

L $10{,}8 \cdot 10^{9}$
Ретикулоциты– 3,0%
э – п – с –л– м
0 – 4–56–32 – 8

Отмечается нарастание: анемиии (снижение Hb, Er), билирубина (непрямого) и ретикулоцитов. Типичная «триада» для гемолитических состояний.

Ребенку выставлен диагноз: гемолитическая болезнь новорожденного (ГБН) по Rho – фактору. Желтушная форма.

Учитывая большой почасовой (более 5) прирост билирубина по «Билитесту» и нарастание билерубина в сыворотке крови показано заменное переливание крови (ЗПК): 450 мл O(I) Rno(-) отрицательной.

Также назначена антибактериальная терапия.

Билирубин:	до ЗПК	после ЗПК
	прямой 0	прямой 0
	непрямой 84,0 мкм\л	непрямой 49,0мкм\л

Общий анализ мочи в норме.

Продолжается мониторинг лабораторных показателей.

Через 10 часов от ЗПК отмечается почасовой рост билирубина по «Билитесту» на 6,1, в сыворотке крови непрямой билирубин в течение 5 часов нарастает от 193,0 до 256,0 мкм/л.

Учитывая тяжелое клиническое течение и лабораторные данные, было принято решение провести сеансы плазмофереза (ПФ) с частичным ОЗПК на базе детского реанимационного отделения.

После 2-х кратного сеанса ПФ с частичным ОЗПК, инфузионной терапии отмечается улучшение лабораторных показателей.

Билирубин
прямой 4,7 мкм/л
непрямой160,0 мкм/л
Мочевина 4,7 ммоль/л
Глюкоза 4,0 ммоль/л
Общий белок 58 г/л

Hb 118 г/л
Er $3{,}75 \cdot 10^{12}$
Ц.в. п.
Ht ц. 38%,
п. 36%

Однако, показатели красной крови остаются низкими в силу проведенной манипуляции.

Для дальнейшего лечения ребенок был переведен в отделение второго этапа выхаживания, где в течение 12 дней продолжалась дезинтоксикационная, симптоматическая терапия, фототерапия на фоне сбалансированного питания.

Продолжался лабораторный контроль за биохимическими и клиническими показателями.

На 19 сутки от момента рождения после тяжелой формы ГБН в удовлетворительном состоянии без признаков билирубиновой энцефалопапии ребенок был выписан домой с последующими рекомендациями.

Так, диагностический лабораторный контроль, современная тактика лечения позволили избежать осложнений тяжелой формы ГБН.

Второй из описываемых случаев связан с оказание интенсивной помощи при выхаживании маловесных новорожденных.

Новорожденные с низкой и экстремально низкой массой при рождении составляют группу наивысшего риска перенатальных потерь и инвалидности.

В связи с этим, клинико-лабораторный мониторинг каждого родившегося досрочно ребенка, имеет особое значение, как в плане прогноза, так и в плане качества оказываемой помощи.

С целью современной интенсивной терапии и выхаживания маловесных новорожденных в Родильном доме на протяжении многих лет проводится обследование беременных женщин, начиная с этапа женской консультации.

При поступлении в Родильный стационар и рождении ребенка проводятся исследования лабораторией на группу крови, Rh-фактор, наличие антител (по показаниям), а также проводится мониторинг

КОС (pCO_2, pO_2, ph)
(кщс)
электролитов (K^+, Na^+, Ca^{++}, Cl^-)
эритроцитов
гемоглобина
тромбоцитов
ретикулоцитов
общего белка
билирубина.

Причиной рождения маловесных новорожденных могут быть: отягощенный акушерско - гинекологический анамнез, экстро-генитальная патология у женщины, высокий риск внутриутробной инфекции.

В нашем наблюдении заслуживает внимания также следующий случай рождения ребенка с экстремально низкой массой и успешного его исхода: женщина М.М.Н. в возрасте 23г., беременность II 26-27 недель, роды первые, поступила в Родильный дом с угрозой выкидыша.

Выявлено: дородовое кровотечение в результате отслойки нормально расположенной плаценты с проявлением хронической фетоплацентарной недостаточности.

В анамнезе: анемия I степени, ФПН кольпит, минoплазмоз.

В результате оперативного родоразрешения родилась девочка массой 980г, рост 36 см. Состояние экстремально недоношенного ребенка оценивалось как очень тяжелое в связи с наличием признаков дыхательной недостаточности, отечного и выраженного геморрагического синдрома.

Ребенку постоянно проводился лабораторный мониторинг. Отмечался с рождения сдвиг КОС (кислотно-основного состояния) в сторону ацидоза

ph 7,22 ↓
pCO_2 50,9 ↑
pO_2 31 ↓↓ ,
гемоглобин снижен до 104 г/л,
гематокрит 49%,
умеренное снижение тромбоцитов до $1{,}7*10^{11}$,
свертываемость крови 260

наблюдается тенденция к гипогликемии: глюкоза 2,0 ммоль/л.

На протяжении 3-х суток ацидоз сохраняется, насыщение кислородом низкое, но не уменьшается, анемия сохраняется:

Hb 160 г/л	Na^+	142,8
Ht 48%	K^+	5,0 ммоль/л
лейкоциты в N	Ca^{++}	0,56
сдвига в Z-формуле нет	Cl^-	1,06

Желтуха без резких колебаний:
билирубин: пр. – нет, непр. – 126 моль/л,
моча в N.

Постоянный контроль за содержанием Hb, общего белка, билирубина, показателей КОС (КЩС) электролитов в динамике в сочетании с мониторным контролем P_s. АД, сатурации O_2 позволили своевременно проводить интенсивную терапию:

гемостатическую,
антибактериальную,
парентеральное и интеральное питание на фоне ИВЛ, СДППД.

На 9 сутки при стабильных лабораторных показателях:

<u>КОС</u> – ацидоз сохраняется
Hb – 160 г/л
Z $10{,}2*10^9$
x_r $5{,}45*10^{12}$

Э-П-С-Л-М
0-6-57-30-7

<u>ОАМ</u>
белок 0,033г/л желтуха не нарастает
Z 3-4 в ч/зр.
x_r 1-2 в ч/зр.
эпителий – знач. кол-во

и стабильном состоянии (с тенденцией улучшения) для дальнейшего лечения ребенок был переведен в отделение 2 ИОНН, где в течение 12 дней продолжалась дезинтоксикационная, антибактериальная, симптоматическая, фототерапия на фоне сбалансированного питания.

Лабораторный мониторинг продолжался. На 21 сутки с момента рождения после состояния глубокой недоношенности с весом 1200 г был выписан домой с последующими рекомендациями.

Доказательством адекватного лечения на фоне клинико-лабораторного контроля явилось – прибавка массы тела ребенка за 1-й месяц до 250 г (при норме до 170-180), за 2-й месяц – 950 г.

Для успешной организации медицинской помощи в нашем Родильном доме используется основной принцип: тесная связь и преемственность в работе врачей-неонотологов, акушер-гинекологов и врачей-лаборантов.

В данном описанном случае этот принцип был нами успешно использован.