

АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ РОЖИ ПО ДАННЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ИКБМ №4 Г. УФА

Евдокимова А.Б., Хунафина Д.Х., Галиева А.Т.

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава РФ», Уфа,
e-mail: asadullina75@mail.ru

Нами проанализированы 45 историй болезни больных рожой, находившихся на стационарном лечении в диагностическом отделении ИКБМ №4 г. Уфы за 2009 год. Из них 26 (57,7%) с первичной рожой, 7 (15,5%) с повторной и 12 (26,8%) с рецидивирующей формами заболевания. Распределение больных по социальным группам показало, что наиболее многочисленной была группа пенсионеров, и при рецидивирующей рожой удельный вес достоверно превысил таковой при первичной рожой (соответственно 56 и 34%). На втором месте была социальная группа лиц, занимающихся физическим трудом, в меньшей степени работники умственного труда. Рожья чаще локализовалась на нижних конечностях, преобладая у больных рецидивирующей формой. В большинстве случаев развивалась эритематозная форма (60%), геморрагические формы развивались в 20% случаев при первичной и в 15% при рецидивирующей рожой. Анализ распределения заболеваемости установил достоверную активизацию эпидемического процесса рецидивирующей рожой в осенне-зимний период года с максимумом заболеваемости в октябре, а первичной – в летне-осенний период с максимумом заболеваемости в августе. Анализ возрастной группы заболевших выявил наибольшее вовлечение лиц старших возрастных групп – 60 лет и старше (51%), а при первичной – 50-59 лет (68%), что свидетельствует о преимущественной реализации индивидуальной предрасположенности к рожой в зрелом и пожилом возрасте.

При анализе факторов, способствующих развитию рожой были выявлены разнообразные провоцирующие причины, предшествующие развитию болезни. Наиболее значимым было нарушение целостности кожи (49%), при рецидивирующей рожой – переохлаждение и стрессовые ситуации (40%). Фоновые заболевания (лимфостаз, микоз стоп, хронические заболевания артерио-венозной системы нижних конечностей, хронические очаги ЛОР-органов) чаще преобладали среди больных рецидивирующей формой заболевания. На первом месте – микоз стоп (51%), на втором – лимфостаз конечностей, варикозная болезнь (40%), на третьем – переохлаждение, травматизация кожи (9%).

АНТИАГРЕГАНТЫ В ПРАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Елисеев Р.Н., Миронченко С.И.

Харьковский национальный медицинский университет,
Харьков, e-mail: tana_zv@list.ru

Одной из наиболее актуальных проблем современной медицины продолжают оставаться тромбозы и тромбоемболии, которые играют ключевую роль в развитии различных сердечно-сосудистых осложнений. Тромбоемболизм в его современной трактовке – это заболевание, характеризующееся тромбообразованием на стенке вен или артерий с сужением или «закупоркой» их просвета в результате роста тромба или перемещения его фрагментов дистальнее кровотока. Определяющую роль в нарушении реологических параметров крови играет агрегационное состояние тромбоцитов и эритроцитов.

В настоящее время в качестве средств профилактики тромбообразования применяются лекарственные препараты, оказывающие влияние на разные звенья системы гемостаза, как раздельно, так и в различных сочетаниях. При этом неотъемлемой частью

патогенетической терапии заболеваний сердечно-сосудистой системы является именно антиагрегационная терапия. Из дезагрегантов к наиболее известным, применяемым в практической медицине, относятся ацетилсалициловая кислота, клопидогрель, тиклопидин, дипиридамола (курантил), бутадион, антуран, индометацин (метиндол), папаверин, клофибрат, пармидин и др. Данные средства уменьшают функциональную активность тромбоцитов, в первую очередь – их способность к агрегации. Механизмы действия антиагрегантов обусловлены способностью препаратов нарушать метаболизм арахидоновой кислоты, повышать внутриклеточный уровень циклического АМФ (цАМФ), изменять состояние цитоплазматической мембраны тромбоцитов и др. Блокада агрегации может быть достигнута за счет ингибирования эффектов тромбоксана А₂ (ингибитор циклооксигеназы – ацетилсалициловая кислота), АДФ (блокаторы АДФ-рецепторов – тиенопиридины – клопидогрель и тиклопидин) или нейтрализацией П₂/П₃а гликопротеиновых рецепторов тромбоцитов (антагонисты П₂/П₃а гликопротеиновых рецепторов – абиксимаб, эптифибатид и тирофибан).

Таким образом, профилактика тромбозов и тромбоемболий, являющихся ключевым моментом в развитии сердечно-сосудистых патологий, с помощью антиагрегантных препаратов является определяющим направлением в лечении больных в терапевтической и хирургической практике.

АНАЛИЗ ОТСРОЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Емельянова А.М.

Ижевская государственная медицинская академия,
Ижевск, e-mail: hvorenkoff@yandex.ru

Цель исследования: статистическая обработка историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в эндокринологическом отделении ГУЗ «Первая республиканская клиническая больница» в 2008 г. с диагнозом послеоперационный гипотиреоз.

За период январь – декабрь 2008 г. в эндокринологическом отделении 1-я РКБ с диагнозом послеоперационный гипотиреоз находилось 62 человека. Из них 86% – женщины, 14% – мужчины. Средний возраст пациентов составил 50,5 лет. 46% – городские жители, 54% – сельские. При этом 43% поступивших являются жителями г. Ижевска, 13% – жители Игринского района, 10% – жители г. Воткинска. Среди заболевших на 1 месте – работающие лица – 49%, на втором – инвалиды 31% и на третьем месте – пенсионеры по возрасту 17%.

Основными заболеваниями щитовидной железы, при которых выполнялись операции, являлись: узловой зоб в целом 69%, который включает диффузный токсический зоб, многоузловой зоб, диффузно-узловой зоб, мелкоузловой зоб, опухоли щитовидной железы – 26,9%, гипертиреоз – 3,8%. По степени тяжести послеоперационного гипотиреоза преобладает тяжелая степень – 70%, средняя степень тяжести – 30%. По состоянию компенсации: декомпенсированная – 67%, субкомпенсированная – 4%, компенсированная – 29%. Послеоперационный гипотиреоз проявляется энцефалопатией – 60%, на втором месте – полинейропатией – 43,3%, на третьем – гипопаратиреозом – 39,2%, из других осложнений отмечаются миопатия – 20%, остеоартропатия и судороги – 13,3%, АИТ остатков щитовидной железы – 10%, по 6,6% – послеоперационная плексопатия, эндокринная офтальмопатия, дисгормональная кардиомиопатия.

Выводы:

1. Послеоперационный гипотиреоз чаще наблюдается у женщин.