

АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ РОЖИ ПО ДАННЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ИКБ№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 ИКБ№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 рожке удельный вес достоверно превысил таковой при первичной рожке (соответственно 56 и 34%). На втором месте была социальная группа лиц, занимающихся физическим трудом, в меньшей степени работники умственного труда. Рожка 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 рожке. Анализ распределения заболеваемости установил достоверную активизацию эпидемического процесса рецидивирующей рожки 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 рожке в зрелом и пожилом возрасте.

При анализе факторов, способствующих развитию рожки были выявлены разнообразные провоцирующие причины, предшествующие развитию болезни. Наиболее значимым было нарушение целостности кожи (49%), при рецидивирующей рожке – 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, дипиридамо (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%, остеартропатия 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.

2. Пик операций на щитовидной железе, повлекших развитие гипотиреоза наблюдается в 41–60 лет.
3. Частота случаев послеоперационного гипотиреоза превалирует у жителей сельской местности.
4. Основным показанием для резекции щитовидной железы являются опухоли щитовидной железы.
5. Осложнения являются обязательным спутником послеоперационного гипотиреоза.

АНАЛИЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ РЕЗЕКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ПАРЕЗЫ, ПАРАЛИЧИ ГОРТАНИ

Емельянова А.М., Валеева А.Р.

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

Цель: статистическая обработка историй болезни, амбулаторных карт пациентов, имеющих осложнения после операций на щитовидной железе в виде парезов и параличей гортани на базе первой республиканской поликлиники г. Ижевска за 2009 г.

Методы исследования: ретроспективный анализ медицинской документации (истории болезни и амбулаторные карты) пациентов с послеоперационными осложнениями (парезы и параличи гортани).

Полученные результаты: динамика послеоперационных парезов гортани составила – 2007 г. 48 человек, 2008 г. 27 человек, 2009 г. 24 человека. Операции были проведены: 1-я РКБ 25%, РКОД 58,34%, МСЧ№3 16,66%. Время проведения операции: октябрь 2008 г. – 3 операции (12,5%), декабрь 2008 г. – 3 операции (12,5%), январь 2009 г. – 2 операции (8,33%), февраль 2009 г. – 2 операции (8,33%), март 2009 г. – 3 операции (12,5%), апрель 2009 г. – 2 операции (8,33%), май 2009 г. – 2 операции (8,33%), июнь 2009 г. – 1 операция (4,58%), июль 2009 г. – 1 операция (4,58%), август 2009 г. – 1 операция (4,58%), сентябрь 2009 г. – 2 операции (8,33%), октябрь 2009 г. – 2 операции (8,33%). Распределение по полу: мужчины – 16,67%, женщины 83,33%. Распределение по возрасту: работающие – 66,66%, пенсионеры – 33,34%. По месту жительства: городское население – 79,16%, сельское население – 20,84%. По локализации поражения: правый односторонний парез – 10 человек (41,66%), левый односторонний парез – 10 человек (41,66%), парез двусторонний – 4 человека (16,66%).

Заключение:

- 1) послеоперационные осложнения в виде парезов и параличей чаще наблюдаются у женщин;
- 2) частота случаев появления послеоперационных осложнений превалирует у городского населения;
- 3) основной контингент пациентов с послеоперационными осложнениями – работающее население;
- 4) чаще встречаются осложнения у больных, оперированных по поводу рака щитовидной железы;
- 5) частота встречаемости одностороннего повреждения гортанного нерва – 83,2%;
- 6) в связи с тем, что основная масса больных представляет группу активного работающего слоя населения, перед врачами стоит проблема предоперационной, интраоперационной профилактики повреждения гортанного нерва и качественной реабилитации больных после операции.

НАНОБАКТЕРИИ КАК НОВЫЙ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ АГЕНТ

Живаева Е.В., Крылова О.А., Быкова Л.П., Годовалов А.П.

ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава», Пермь, e-mail: just_diamond@list.ru

Нанобактерии (НБ) – новый фактор в развитии огромного числа заболеваний человека: от мочекаменной болезни и поликистоза почек до сердечно-со-

судистых заболеваний и рака. В своих работах исследователи придерживаются следующей точки зрения: НБ – не только живые организмы, но и активные участники патогенеза различных заболеваний. Однако до сих пор неясно являются ли они новой жизненной формой, ранее не выявленной бактерией наноразмера, или же являются неживой частицей.

Нанобактерии впервые были обнаружены в 1988 г. геологом Техасского университета Робертом Фольком (Robert F. Folk). Вскоре финский биолог О. Kajander обнаружил в фильтрате выращиваемой им культуры странную бактерию размером от 0,2–0,5 до 2,0 мкм, заключённую в каменную скорлупу. Он дал ей название *Nanobacterium sanguineum*, которое, несмотря на огромное количество фактов, подтверждающих её существование, не признано валидным таксономическим названием до сих пор.

НБ-атипичные грамотрицательные бактерии, образующие карбонат кальция (апатит) на стенках клеток. Их невозможно выделить обычными микробиологическими методами культивирования. Нанобактерии демонстрируют ряд эффектов при опытах на животных и *in vitro*, которые схожи с известными аномалиями при заболеваниях мочевыделительной системы. Например, введённые внутривенно, они являются ренотропными, вызывают апоптоз клеток эпителия почечных канальцев, которые выводятся с мочой. Также они обнаружены в 97% почечных камней. Могут оставаться жизнеспособными при температуре 90 °С в течение одного часа, устойчивы к дозе радиации 15 кГр и к 5%-му раствору NaCl. Их метаболизм в 10 000 раз медленнее, чем у обычных бактерий.

Однако многие эксперты считают, что эти маленькие частицы являются всего лишь самоагрегирующимися неорганическими кристаллами апатита. Нанобактерии необыкновенно похожи на преципитаты CaCO₃, приготовленные *in vitro*. Постепенное появление НБ-подобных частиц при инкубации в человеческой плазме, так же как и изменения в размерах и форме, может зависеть и объясняться вводом различных количеств CO₂ и NaHCO₃ – как, в принципе, и любыми другими условиями, влияющими на преципитацию CaCO₃. Да и моноклональные антитела, считавшиеся специфическими для нанобактерий, возможно, реагируют непосредственно с плазменным альбумином. Скептицизма экспертам добавляет и тот факт, что множество проведенных ПЦР так и не позволили выявить ДНК, спрятанную под довольно толстым слоем апатита.

Но работы некоторых учёных из разных стран (О. Kajander, 2009; N. Ciftcioglu, 2008; Akerman, 2009; Kumar, 2009; Sommer, 2010) доказывают обратное. На модифицированной по способу Дюльбекко среде Иглу (DMEM) нанобактерии растут и увеличиваются в числе, тогда как неорганические кристаллы апатита – нет. Они также различаются по размеру (НБ – 80–500 нм, апатит – от 2 нм до нескольких сантиметров) и по некоторым другим свойствам:

1. НБ имеют «клеточноподобную» структуру.
2. Являются хелатообразующими агентами.
3. Чувствительны к тетрациклину, аминогликозидам, нуклеиновым кислотам и синтетическим ингибиторам.
4. Адаптируются к физиологическим условиям.
5. Обладают инфицирующей способностью.

Таким образом, есть две противоположные точки зрения о существовании НБ: с одной стороны, экспериментальные данные подтверждают возможность их существования, с другой – отрицают. Необходимы дальнейшие исследования нанобактерий для изучения патогенеза таких заболеваний, как мочекаменная болезнь, поликистоз почек, кальцифицированные формы рака, воспаление простаты третьей степени, сахарного диабета второго типа, атеросклероза и некоторых других заболеваний.