

Постоянно наблюдается амбулаторно, лечится стационарно (г. Алматы, г. Тараз). Базисной терапии придерживается, принимает: конкор 1,25 мг, престариум 1,75 мг, фуросемид, дигоксин 0,25 мг. Последнее стационарное лечение с 25.09.12 по 09.10.12 в НИИ К и ВБ с диагнозом: дилатационная кардиомиопатия. ХСН III. ФК IV. Рекомендовано: проведение ресинхронизирующей терапии (CRT-D). Anamnesis vitae: Аллергии – отрицает. Гемотрансфузии, туберкулез, кожно-венерологические заболевания, вирусный гепатит-отрицает. Вредные привычки – курит до 10 сигарет в день (стаж 33 года). Наследственность не отягощена. Status praesens – общее состояние тяжелое за счет. Сознание ясное. Питание – пониженное. Грудная клетка – астеническая. Кожные покровы, видимые слизистые – бледные. Тургор кожных покровов сохранен. В легких – дыхание ослабленное везикулярное, хрипов нет. ЧДД-19 раз в мин. Границы относительной тупости сердца-правая – на 1,5 см снаружи от правого края грудины, левая – по передне-подмышечной линии в 6 м/р, верхняя – во 2 межреберье. Auscultation – тоны сердца приглушены, ритм правильный с ЧСС 110 раз в мин., пульс – 100 в мин, АД – 70/40 мм.рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Диурез – без особенностей. Стул – склонность к запорам (1 раз в 2 дня). Отеки отсутствуют. Сон поверхностный. План обследования: ОАК, ОАМ, К, Na, АСТ, АЛТ, билирубин, мочевины, креатинин, ЭКГ, ЭхоКГ.

Лабораторные методы исследования.

ОАК от 22.10.12 – лейкоциты – $11 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ-11. ОАМ от 22.10.12 – белок-следы, лейкоциты-до 40 в поле зрения, цилиндры гиалиновые – 1-2, зернистые – 2-3, эритроциты в большом количестве. Биохимический анализ крови 22.10.12 – мочевины – 29 (2,3-8,3), креатинин – 236 (45-115), АлаТ – 106, АсаТ – 93, глюкоза – 8 ммоль/л. Кардиомаркеры от 22.10.12 – тропонин I-0,293, от 26.10.12 – тропонин I-35,106, 31.10.12 – тропонин I-0,6. Коронароангиография от 04.03.12 – тип коронарного кровотока – сбалансированный. ЛКА – без обструктивных поражений, ОВ – без обструктивных поражений, ПКА – без обструктивных поражений. На ЭхоКГ от 23.10.12 – КДР – 6,8 см (норма 3,7-5,6); КСР – 5,7 см (норма – 2,5-3,6); стенка аорты уплотнена. Створки клапанов умеренно кальцинированы по краям, раскрытие не ограничено. Дилатация всех полостей сердца. Гипокинез МЖП. Глобальная сократительная функция снижена. Регургитация на МК II ст, на ТК I-II ст, на ЛК- I-III ст. Пункция плевральной полости с обеих сторон (06.11.12) – слева удалено 600 мл, справа 150 мл жидкости геморрагического характера.

Рентгенография ОГК – заключение – хронический бронхит, пневмосклероз. На ЭКГ от 22.10.12 – синусовая тахикардия с ЧСС 115 в мин, полная блокада ЛНПГ, признаки гипертрофии обоих желудочков. На ЭКГ от 22.10.12 (через 6 часов от момента поступления) – полная АВ блокада с ЧЖС 37 в мин. В связи с чем 22.10.12 – установлен временный ЭКС с ЧСС 70 в мин, амплитуда 2,0 вт. Консультация невропатолога от 29.10.12 – прогрессирующая дисциркуляторная энцефалопатия смешанного генеза. Рекомендовано – преднизолон 60 мг в/в, FDP 50,0 мл в/в кап, актовегин 5,0 мл в/в.

Консультация аритмолога- дилатационная кардиомиопатия. Полная блокада ЛНПГ. Преходящая полная АВ блокада с пресинкопе. ХСН III. ФК IV. Низкая ФВ 32%. Рекомендовано – имплантация CRT-D. Проведение ресинхронизирующей терапии – Имплантация CRT-D.

01.11.12-проведена операция – «Имплантация ЭКС Lumax 340 HF CRT-D, SN-60658206S». Предсердный электрод Setrox S 53, SN-PJN 2907507. Правожелудочковый электрод Linox Smart SD 65116, SN-10474930. Левожелудочковый электрод Cogox OTW-S-75-BP, SN-25090484. Порог стимуляции предсердий 0,6 вт, импеданс 659 Ом.

Порог стимуляции правого желудочка 0,8 вт, импеданс 965 Ом.

Порог стимуляции левого желудочка 0,7 вт, импеданс 884 Ом. 01.11.12. На момент выписки: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. В легких – дыхательные везикулярные, хрипов нет. ЧДД-16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный с ЧСС 70 в 1 мин. АД-100/70. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Отеков нет. Послеоперационная рана чистая, сухая, заживает первичным натяжением. Швы сняты на 7-е сутки после операции. Выписывается с улучшением на дальнейшее восстановительное лечение в кардиореабилитационное отделение в ГКБ

1. Рекомендации:

1) Наблюдение у кардиолога по месту жительства.

2) Контроль частоты и ритмичности пульса, ЭКГ в динамике.

3) Соблюдение диеты с ограничением соли, жидкости и жиров животного происхождения.

4) Исключить влияние сильного магнитного поля, УВЧ, электрофорез и ЯМР томография противопоказаны.

5) Умеренные физические нагрузки.

6) Повторный осмотр аритмолога в ГКЦ через 3 и 6 мес.

7) ИФА на вирусные гепатиты через 1 и 3 мес.

8) Предуктал MR 35 мг 1 т*2 р в день, 3 мес.

9) Фозикард 10 мг 0,25 т 1 р утром под контролем АД, длительно.

10) Альдарон 100 мг 2 р (8.00. и 11.00.), длительно, под контролем электролитов крови.

Выводы:

1) Дилатационная кардиомиопатия (ДКМП) представляет собой состояние, при котором способность сердца качать кровь снижается из-за увеличения и ослабления левого желудочка, главной насосной камеры сердца.

2) частота заболеваний дилатационной кардиомиопатией от 3 до 10 случаев на 100 000 человек.

Список литературы

1. Sinagra G, Mestroni L, Camerini F. The classification of cardiomyopathies. *Cardiomyopathies* 2009; p.3–8.
2. Мухарьямов Н.М., Попович М.И., Затушевский И.Ф. Дилатационная кардиомиопатия. Кишнев: «Штинца», 1996; 158 с.
3. Амосова Е.Н. Кардиомиопатии. Киев: «Книга Плюс», 1999; 421 С.4.
4. Кушаковский М.С. Хроническая застойная сердечная недостаточность. Идиопатические миокардиопатии. – СПб: «Фолиант», 1998, 320 – С. 5.
5. Национальные рекомендации по диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности // Сердечная недостаточность, №6, 2003.
6. Моисеев В.С., Сумароков А.В., Стяжкин В.Ю. Кардиомиопатии. М.: Медицина, 2000. – 176 с.

ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТАВА ЖЕЛЧНЫХ КАМНЕЙ И СПОСОБОВ ИХ РАСТВОРЕНИЯ

Азатыан К.А., Алексеев А.В., Зубарева Г.М.

ГБОУ ВПО «Тверская ГМА Минздрава России», Тверь, e-mail: azatyan.kyaram@yandex.ru

Согласно проведенным исследованиям, в настоящее время по частоте возникновения желчнокаменная болезнь выходит на первое место среди заболе-

ваний пищеварительной системы. В России частота желчнокаменной болезни находится на уровне средневропейских показателей – около 10%. Заболева-

емость населения Тверской области по отдельным классам болезней: болезни органов пищеварительного тракта (таблица и диагр. 1).

Болезни органов пищеварения

Год	2000	2005	2007	2008	2009	2011
Тыс. чел.	37431	35032	44461	46076	58037	55380

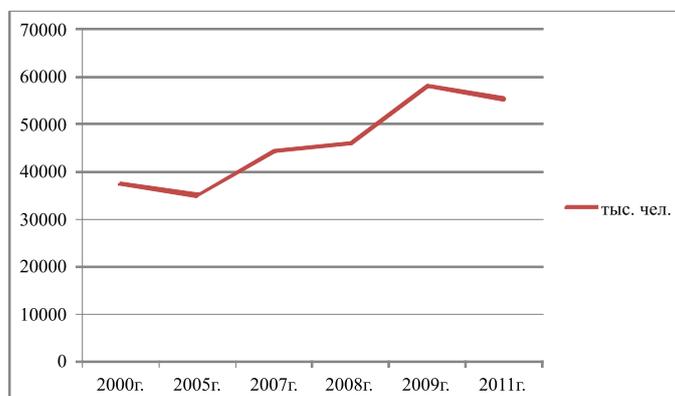


Диаграмма 1

Заболеваемость населения (по основным классам болезней) по некоторым регионам Центрального Федерального округа в 2010 году: в Тверской области на 1000 населения всего: 922,9, из них 40,8 – болезни органов пищеварительного тракта, т.е. 4,42%. [1] Отметим только, что это лишь число зарегистрированных случаев желчнокаменной болезни (ЖКБ). В большинстве случаев болезнь на начальных стадиях протекает бессимптомно и обнаруживается случайно при ультразвуковом исследовании органов брюшной полости по поводу сопутствующего заболевания. Поэтому, реальное число больных ЖКБ значительно больше. Течение ряда заболеваний сопровождается холелитиазом. При циррозах печени желчные камни выявляют у 30% больных. Высказывается мнение, что лица с HbsAg имеют повышенный риск образования желчных камней. Заболевания тонкой кишки с локализацией патологического процесса в терминальном отделе приводят к нарушению энтерогепатической циркуляции желчных кислот и, как следствие, к дисхолии. При болезни Крона с преимущественной локализацией в терминальном отделе тонкой кишки частота камнеобразования достигает 26,4%. При этом нет различия в частоте формирования желчных камней между мужчинами и женщинами, а также характерной для ЖКБ возрастной зависимости [16]. На степень риска камнеобразования влияют локализация и обширность резекции тонкой кишки по поводу различных заболеваний. Субтотальная и тотальная гемиколэктомия также увеличивает риск образования желчных камней. При синдроме нарушенного всасывания тяжелой степени

(глутеновая энтеропатия, резекции тонкой кишки, болезнь Крона и др.) изменяются все основные виды обмена, в том числе и всасывание желчных кислот, что способствует камнеобразованию.

После 40 лет желчные камни находят у 32% женщин и 16% мужчин, при этом в 30% случаев отмечают инфицирование желчи. В основе камнеобразования лежит нарушение равновесия между стабилизаторами желчи (желчные кислоты и лецитин) и количеством растворенных в ней веществ (карбонат кальция, билирубин и холестерин). Матрицей для камнеобразования являются белки желчи, кристаллы холестерина или билирубина. Одним из наиболее значимых и идентифицированных пронуклеаторов является муцин-гликопротеиновый гель. Следует отметить, что в норме муцин постоянно секретируется слизистой оболочкой желчного пузыря, однако его секреция повышается при наличии литогенной желчи. К белкам, ускоряющим осаждение холестерина, кроме муцина относят N-аминопептидазу, кислый α1-гликопротеин, иммуноглобулины, фосфолипазу C; к антинуклеаторам – аспирин и другие НПВС. Аполипопротеины A1 и A2 замедляют осаждение холестерина. При этом похудание сопровождается увеличением содержания муцина и кальция в пузырной желчи и тем самым способствует образованию желчных камней. [2, 6, 7, 16]

Желчные камни – плотные конкременты, образующиеся в желчном пузыре и желчных протоках. Они бывают размером от песчинки (рис. 1) до куриного яйца (рис. 2).



Рис. 1. Множественные, мелкие желчные камни смешанного типа



Рис. 2. Множественные, крупные желчные камни с темным ядром



Рис. 3. Множественные, крупные желчные камни однородной структуры

В центре камня в большинстве случаев находится холестерин, реже – слущенный эпителий стенки пузыря, пропитанный солями кальция, магния, пигментом и белками [6, 9].

По составу желчные камни делятся на холестериновые, пигментно-холестериновые, сложные холестерино-пигментные-известковые, пигментные и известковые [10].

Холестериновые камни состоят в основном из холестерина с незначительной примесью белка, извести и пигментов. Эти камни чаще округлой формы, белесовато-желтоватого цвета, гладкие, легкие, плавают в воде, легко горят и сгорают без остатка. Чистый холестериновый камень может превратиться в пигментно-холестериновый и холестерино-пигментно-известковый, однако центральная часть его всегда состоит из чистого холестерина. Сложные холестерино-пигментно-известковые камни – наиболее частый вид желчных камней. Они имеют цвет от белесовато-сероватого до черного. Ядро их состоит из пигментов и холестерина. Пигментные камни чаще всего образуются вследствие застоя желчи в печени, внепеченочных желчных путях. Они множественные, мелкие, диаметром до 1-1,5 см, мягкой консистенции, на разрезе гомогенны, буровато-черного цвета. Зачатки этих камней образуются во внутрипеченочных желчных ходах в виде белковой основы, желчных пигментов и незначительной примеси известковых солей [8, 9]. Известковые камни – плотные белесоватые бугристые образования. Эти камни встречаются очень редко [6, 7, 8, 9].

Известно, что желчные камни обладают кумулятивными свойствами, т.е. способны накапливать вещества, содержащиеся в окружающей среде даже в незначительных количествах [2, 8]. В настоящее время в подавляющем большинстве случаев диагностирования желчнокаменной болезни назначается оперативное лечение, и конкременты, изъятые из желчного пузыря, становятся доступными для исследования лишь по прошествии операции, поэтому их химическому анализу практически не уделяется внимания. В то же время, их состав мог бы служить дополнительным диагностическим тестом при определении характера нарушения обмена веществ и определения постоперативного лечения прооперированных пациентов, что может помочь в поиске новых, нехирургических методов лечения или предотвращения желчнокаменной болезни.

К числу веществ, способных растворять выпадающие в водных средах осадки, а также предотвращать их выпадение, относятся комплексоны. [11] Химические и физические свойства комплексонов хорошо изучены, однако мало исследована их биологическая активность.

Комплексоны – органические вещества (главным образом аминокполикарбоновые кислоты и их соли),

образующие с ионами металлов стойкие водорастворимые комплексы.

Комплексы с ионами кальция, магния и других металлов безвредны для человека и других живых существ и растворимы в воде. Самым известным из комплексонов является этилендиаминтетрауксусная кислота (ЭДТУК). В последние десятилетия наряду с ЭДТУК в возрастающих масштабах используется ее более новый экологически безопасный аналог – этилендиаминдигидратная кислота (ЭДДЯК).

На первом этапе представленного исследования была предпринята попытка растворения желчных камней в растворах комплексонов: ЭДТУК и ЭДДЯК, подщелоченных NaOH до pH=5,6. Навески желчных камней, по внешнему виду отнесенных к трем разным типам, помещали в 0,05М растворы ЭДТУК и ЭДДЯК (рис. 4).



Рис. 4. Желчные камни в растворах комплексонов: 1.1, 1.2, 1.3 – раствор ЭДТУК; 2.1, 2.2, 2.3 – раствор ЭДДЯК

Как и предполагалось, холестерино-пигментные камни ни через 7 дней, ни через месяц не претерпели видимых изменений (рис. 5).



Рис. 5. Холестерино-пигментные камни в растворах ЭДТУК (1.1) и ЭДДЯК (2.1) через месяц

Уменьшились в размерах или распались на части лишь смешанные камни со значительной минеральной составляющей (рис. 6).



Рис. 6. Смешанные камни в растворах ЭДДЯК(2.2, 2.3) через месяц

При этом возник вопрос о том, какова частота образования конкрементов с неорганической составляющей и какие металлы, способные хелатироваться комплексонами, входят в их состав. С этой целью по стандартным методикам была определена зольность образцов желчных камней тридцати пациентов, прооперированных в Первом хирургическом отделении Областной клинической больницы (ОКБ) г. Твери в октябре 2010 года.



Рис. 7. Зольные остатки желчных камней

Зольность образцов представлена на диаграмме 2.

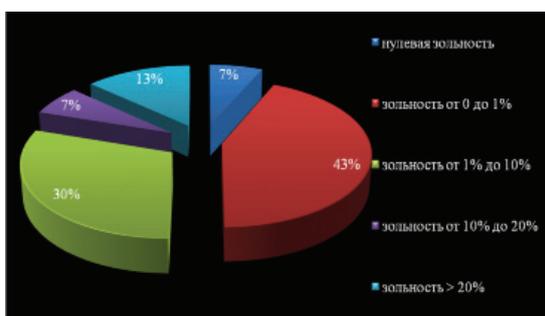


Диаграмма 2. Уровень зольности образцов желчных камней (ω, %)

Зольные остатки (рис. 7) были растворены в концентрированной азотной кислоте и проанализированы методом комплексометрического титрования на содержание Ca^{2+} , Mg^{2+} [12]. Конкременты с высоким содержанием Ca^{2+} , Mg^{2+} были растворены в растворе лимонной кислоты. Растворимость желчных камней смешанного типа с высоким содержанием минеральной составляющей в растворе лимонной кислоты оказалась выше чем в растворах комплексонов, но в то же время раствор лимонной кислоты имеет сильноокислую среду (рН), поэтому его использование в качестве растворителя не представлялось возможным для растворения желчных камней у больных ЖКБ.

Лимонная кислота, являющаяся естественным метаболитом и важнейшим звеном цикла тканевого дыхания, давно известна и хорошо изучена. В присутствии кальция лимонная кислота образует с ним устойчивый комплекс – цитрат кальция, который растворим в воде, и легко усваивается организмом человека. Выведение кальция и его соединений, магния и других металлов из состава камней приводит к их распаду [2, 3].

Быстрый метаболизм и поглощение тканями лимонной кислоты, сильноокислая рН среды раствора, большая потребность в ней других тканей – делают невозможным доставку лимонной кислоты до печени и желчного пузыря для растворения желчных камней, поэтому она не могла использоваться ранее для эффективного лечения ЖКБ.

Предлагаемая нами, липосомальная форма лимонной кислоты позволяет доставить лимонную кислоту практически в неизменном виде до клеток печени и, соответственно, до желчи. Липосомальные препараты представляют собой липидные везикулы размером порядка 100 нанометров из одного или нескольких слоев фосфолипидов, содержащие действующее лекарственное начало и водную фазу. Липосомы относятся к системам пассивной адресной доставки, так как обладают высокой тропностью (более 80%) к органам ретикулоэндотелиальной системы (РЭС), т.е. к печени и селезенке. Такая форма позволяет применять препарат как через желудочно-кишечный тракт (ЖКТ), так и парентерально, так как не меняет рН среды, защищает слизистые ЖКТ от кислой среды лимонной кислоты за счет фосфолипидной оболочки.

При любом виде введения (перорально или парентерально), липосомы стремительно доставляют вещество в тропные органы (печень – через 15 мин.) и постепенно распадаются уже в клетках органа, что обеспечивает быстрое и пролонгированное действие вещества. В клетке печени липосома распадается и высвобождает лимонную кислоту. Часть лимонной кислоты используется непосредственно самой клеткой для процессов клеточного метаболизма, часть – поступает в желчь и с ней в желчный пузырь. Также, часть фосфолипидов, образующих липосомы, при распаде в клетках печени не разрушаются, а встраиваются в поврежденные участки клеточной стенки, обеспечивая тем самым гепатопротекторный эффект, обновляют клеточную стенку, достраивают поврежденные участки.

Массовые доли металлов (%), обнаруженных в желчных камнях с зольностью >1%, (№ 16–№ 30) представлены на диаграмме 3.

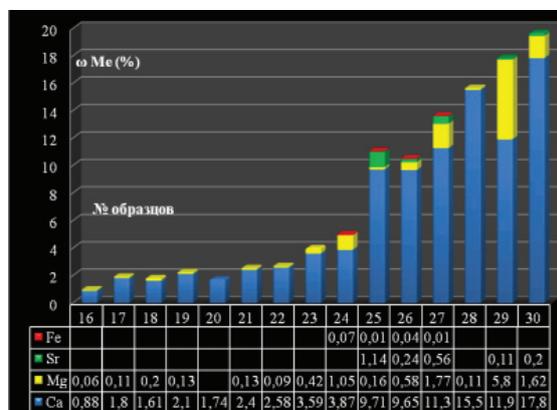


Диаграмма 3. Содержание металлов в желчных камнях с зольностью >1%

Образцы с зольностью >10% были проанализированы на содержание Sr^{2+} . Присутствие Ca^{2+} было обнаружено в 28 образцах из 30-ти, Mg^{2+} – в 27, Sr^{2+} – в 5-ти. Все 28 образцов с зольностью >0 были проанализированы на содержание железа. Этот металл был обнаружен и количественно определен фотометрически (фотометр КФК-3) в форме роданидного комплекса лишь в 4-х образцах желчных камней. В конкрементах из всех 4-х обнаруженных металлов преобладает Ca^{2+} , в меньшем количестве содержится Mg^{2+} . В конкрементах с высокой зольностью содержится десятые доли процента Sr^{2+} (лишь в 1-м образце >1%), что может служить доказательством гипотезы о выведении части Sr^{2+} , поступающего с пищей (0,8-3 мг/сут.) не только через почки, но и с желчью.

[4] По-видимому, в некоторых случаях желчные камни могут кумулировать Sr^{2+} .

Железо, обнаруженное в 4-х образцах, содержится в сотых долях процента.

На следующем этапе исследования был проведен анализ органической составляющей камней с помощью методов ИК-спектроскопии (инфракрасной спектроскопии). Инфракрасная спектроскопия с использованием специального прибора (Thermo scientific iS10 Nicolet с приставкой Smart iTR с кристаллом ZnSe) является одним из методов исследования состава сложных многокомпонентных веществ, биосубстратов и биологических жидкостей которые не требуют предварительной длительной подготовки исследуемой пробы.

Образцы высушенных желчных камней растирали в агатовой ступке до получения однородной смеси (рис. 8).



Рис. 8. Растертый в агатовой ступке желчный камень

Полученные на спектрах пики совмещены с возможным химическим составом. Анализ спектров показал (рис. 9) наличие холестерина, характеризующегося большими растяжениями полос O-H групп

3365,4 cm^{-1} , C-H валентные колебания 2933 cm^{-1} , СН симметричное растяжение CH_2 2899 cm^{-1} , СН симметричное растяжение CH_2 2865 cm^{-1} , СН изгиб CH_2 1462 cm^{-1} связан с деформацией кольца холестерина. Кальция билирубинат имеет характерные полосы 1254 cm^{-1} , это характерные растяжения СОС, ССН в плоскости изгиба 1222.5 cm^{-1} . Пики на 984 свидетельствуют о наличии виниловых полимеров, например, билирубина. Наличие апатитов характеризуется пиками 1228 cm^{-1} . Апатиты относятся к классу фосфатов. Карбонаты кальция – 1438 cm^{-1} , СО изгиб в CaCO_3 – 838 cm^{-1} . Карбонаты кальция имеют три естественных полиморфных состояния: кальцит (1438 cm^{-1}), арагонит (699 cm^{-1}), фатерит (740 cm^{-1}). Фосфаты – 1248 cm^{-1} . Наличие амид I подтверждается в области 1650 cm^{-1} , амид II 1544 cm^{-1} . Наличие Амидных связей, свидетельствует о присутствии в составе исследуемой пробы белковых структур. Спектральные характеристики моногидрата оксалата кальция найдены в камнях на 882 cm^{-1} [13, 15]. Полученные спектры дают возможность охарактеризовать желчные камни по преобладанию в их составе тех или иных веществ и разработать в дальнейшем приемлемую тактику консервативного лечения ЖКБ.

Так, например, при больших пиках холестерина на спектре целесообразно использовать для консервативной терапии ЖКБ препараты производных желчных кислот (ХДХК, ДХК). А при наличии пиков минеральных компонентов консервативная терапия этими препаратами противопоказана. Исходя из вышесказанного, разработка липосомальной формы лимонной кислоты – как растворителя желчных камней смешанного типа, откроет в будущем широкие возможности для консервативного лечения ЖКБ при диагностировании минеральных и смешанных камней со значительной минеральной составляющей.

Концентрация вещества определяется по площади пика [14].

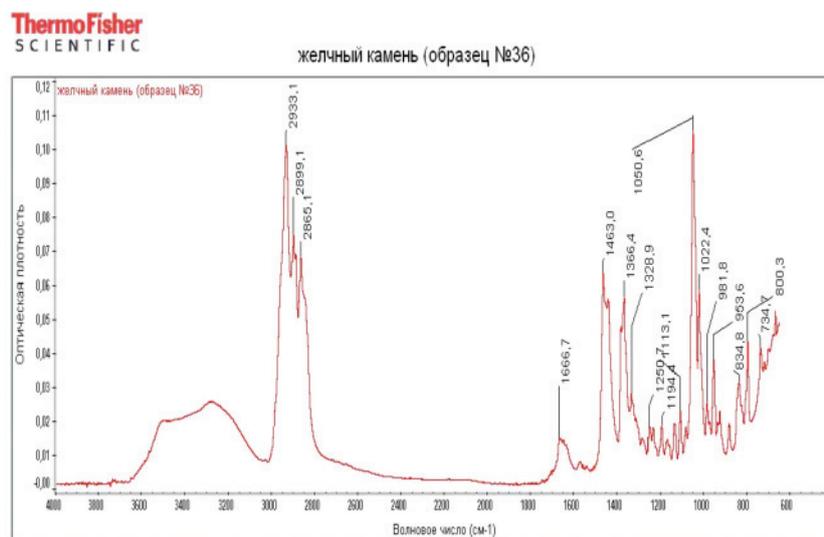


Рис. 9. инфракрасный спектр образца желчного камня № 36 с обозначенными пиками.
Число сканов пробы: 64. Число сканов сравнения: 64. Разрешение: 4,000 cm^{-1} . Усиление: 8,0. Скорость зеркала: 0,4747.
Диафрагма: 80,00. Проведена коррекция базовой линии

Таким образом, 50% проанализированных нами желчных конкрементов с зольностью <1% – холестериновые камни. Их образование связано с нарушением холестеринового обмена в организме. Консервативное лечение при таком типе ЖКБ возможно

препаратами производных желчных кислот. Неорганическая составляющая желчных камней помимо Ca^{2+} и Mg^{2+} может содержать ионы Fe и Sr, что может служить доказательством теории о кумулятивных свойствах желчных камней и гипотезы о выведении

Сг не только через почки, но и через билиарный тракт. Способность комплексонов растворять минеральную составляющую желчных камней может быть исследована в качестве одного из компонентов препарата для консервативного лечения ЖКБ при камнях смешанного типа со значительной минеральной составляющей. Растворяющая способность лимонной кислоты при воздействии на желчные камни смешанного типа с незначительной минеральной составляющей может быть использована для разработки препарата липосомальной формы лимонной кислоты с пассивной адресной доставкой лимонной кислоты до органов РЭС (печень и селезенка) и ее преимущественной концентрацией в печени и соответственно в желчи. Создание такого препарата позволит использовать консервативную терапию при большом числе случаев ЖКБ со смешанным типом камней и существенно уменьшит число оперативных вмешательств по поводу ЖКБ.

Разработка и исследования липосомальной формы лимонной кислоты – предмет следующего этапа исследований в этом направлении.

ОСОБЕННОСТИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С УЗЛОВЫМИ ФОРМАМИ ЗОБА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Акимов А.А., Карпушина Т.В., Стяжкина С.Н.
 Республиканская клиническая больница, Ижевск,
 e-mail: akimov04@yandex.ru

Актуальность исследования. Развитие общества на любом этапе, социальные и экономические преобразования будут эффективны при осознании, что ценность здоровья является неотъемлемым компонентом удовлетворенности качеством жизни населения. Наличие здорового населения является важным потенциалом Государства, обеспечивающим трудовые ресурсы, которые, влияют на экономику и обороноспособность страны, дальнейшие перспективы его развития. Состояние здоровья определяется как усилиями самих граждан, так и ответственностью государственных институтов и систем общества, обязанных заботиться об общественном и индивидуальном здоровье.

Цель работы: выявить особенности иммунологического и психоэмоционального статуса у пациентов с узловыми формами зоба в раннем послеоперационном периоде и их коррекция.

Материалы и методы исследования: выборка данных больных из первичной медицинской документации за октябрь – декабрь 2012 года и проведен анализ иммунологического статуса и психоэмоционального состояния 55 пациентов, находящихся на лечении в хирургическом отделении первой Республиканской клинической больницы с узловыми формами зоба до операционного лечения и в раннем послеоперационном периоде. Дополнительно к стандартным методам использовали иммунологическое исследование крови (Т и В лимфоциты, медиаторы иммунного воспаления и т.д.). Для определения психоэмоционального состояния использовали тест Спилберга.

Результаты: при обследовании клеточного и гуморального иммунитета выявлено у пациентов с узловыми формами зоба снижение показателей иммунологической защиты. Отмечено снижение фагоцитарной активности нейтрофилов на 23-27%, Т-хелперов и Т – супрессоров на 12-15%, иммуноглобулинов А, М, G на 7-13%. Снижение иммунитета являлось спутником частых респираторных

инфекций, бронхитов, ангин у больных с узловыми формами зоба, а так же наличие в анамнезе аллергических и аутоиммунных заболеваний у ряда больных (крапивница,аллергический дерматит, псориаз, экзема), у некоторых больных в послеоперационном периоде отмечался аллергический отек гортани, обострение атопического дерматита. Психологические факторы являются одним из компонентов сложного комплекса патогенетических факторов, которые определяют развитие узлового зоба. У 45% обследованных пациентов работа связана с эмоциональными нагрузками (следователи, работники МВД, частные предприниматели, преподаватели, бухгалтера и т.п.) 33% пациентов связывают появление заболевания с перенесенным психоэмоциональным стрессом (гибель и болезнь родственников или близких, увольнение с работы и т.п.). Психические расстройства, появляющиеся или обостряющиеся на фоне узлового зоба, усугубляют тяжесть состояния больного. При обследовании психоэмоционального статуса у больных с узловыми формами зоба выявлена высокая тревожность (более 50% пациентов имели итоговый балл более 46 по шкале Спилберга).

Выводы: у пациентов с узловыми формами зоба выявлено снижение показателей иммунологической защиты, выявлена высокая тревожность психического состояния, что требует определенной коррекции. Мы рекомендуем в предоперационном периоде применение пациентами с узловыми формами зоба иммуномодуляторов и антидепрессантов, что приведёт к улучшению качества жизни в послеоперационном периоде и уменьшению послеоперационных осложнений.

ПРЕВЕНТИВНО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ КОГНИТИВНОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ИНСУЛЬТА

Бабий Д., Клименок О., Бержаппарова С., Киспаева Т.Т.
 Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, e-mail: klimenok_12@mail.ru

Проблема когнитивной реабилитации больных в остром периоде церебрального инсульта (ЦИ) продолжает оставаться актуальной как для неврологов, так и для специалистов смежных дисциплин, являясь одной из актуальных проблем современной неврологии вследствие высокого риска формирования сосудистой деменции среди пациентов, перенесших ЦИ. Снижение продолжительности и качества жизни данной категории больных на последующих этапах восстановления является немаловажным медико-биологическим и социально-экономическим аспектом вышеуказанной проблемы [5-7].

Целью исследования явилось изучение влияния ранней когнитивной реабилитации на нейродинамические параметры когнитивной сферы у больных в остром периоде церебрального инсульта.

Объект и методы исследования. Объектом исследования явились больные в ясном сознании с впервые возникшим церебральным ишемическим инсультом. Критериями исключения пациентов из исследования явились: 1. Наличие депрессии по шкале депрессии Гамильтона ниже 18 баллов. 2. Наличие острых и хронических (в стадии декомпенсации) заболеваний внутренних органов. 3. Наличие (как со слов пациента, так и его родственников) мнестических, аттенциальных и других жалоб до инсульта либо на момент включения и во время проведения исследования. 4. Другие заболевания нервной системы, сопровождающиеся когнитивными нарушениями (ал-