

**Материалы III научно-практической конференции  
«Медицинская наука и образование в Павлодарском регионе»**

В данной группе пациентов в 100% случаев были выявлены УЗИ-признаки жирового гепатоза, а именно высокая эхогенность печени, дистальное затухание эхосигнала в ряде случаев, грубость структуры печени в сравнении с нормой, обеднение сосудистого рисунка, в 15% случаев спленомегалия и портальная гипертензия.

Во всех возрастных группах было выявлено закругление правого контура печени, в виде выраженной сглаженности и до полуокружности в старших возрастных группах, а именно с 35-лет и выше.

С учетом литературных данных и результатов нашего исследования полагаем,

что признак закругления правого контура печени, в частности правого угла выше 75°, можно считать одним из достоверных фактов диагностики жирового гепатоза, даже на ранних стадиях стеатоза печени.

В процессе работы над данной темой в 50% случаях было выявлено наличие при НЖБП спленомегалии и портальной гипертензии без сопутствующей гепатомегалии, что свидетельствует о снижении качества диагностики диффузных изменений паренхимы печени.

В процессе исследования выявлена группа пациентов в количестве 41 человек разных возрастных групп (таблица 2).

**Таблица 2.**

Возраст (лет)	Женщины	Мужчины
19-34	8	5
35-60	10	9
61 и старше	3	6
Всего	21	20

Из них женщин 21 (51,2%), мужчин 20(48,8%), с диффузными изменениями структуры печени, а именно огрубление структуры, изменение эхоплотности с тенденцией к повышению и снижению в ряде случаев, со сглаженностью правого нижнего угла печени и с симптомом полуокружности правого угла печени, со спленомегалией и портальной гипертензий, без дистального затухания эхосигнала и высокой эхоплотности печени наиболее характерные жировому гепатозу. Поэтому данная группа была расценена нами, как вовремя не диагностированная группа стеатоза печени,

уже осложненная УЗИ-признаками стеатогепатита с декомпенсацией.

**Выводы.** Ультразвуковой метод исследования в виду широкого спектра получаемой информации доступности и быстроты выполнения исследования должен применяться первым. Выделение лучевых синдромов позволяет стандартизировать как визуальную оценку лучевых изображений, так и протоколирования их результатов, что облегчает последующую интерпретацию полученных данных и снижает уровень субъективизма в оценке изображений.

**ПРИМЕНЕНИЕ МЕКСИДОЛА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ  
ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ**

**Нурмакина С.К.**

**Поликлиника №1, г. Экибастуз**

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) - экологически опосредствованное хроническое воспалительное заболевание респираторной системы с преимущественным

поражением дистальных отделов дыхательных путей, паренхимы легких и формированием эмфиземы; характеризуется развитием сначала частичной обратимой, а в

итоге – необратимой бронхиальной обструкции (1).

По данным последних лет, распространенность заболевания среди лиц старше 40 лет составляет 10,1%. ХОБЛ занимает второе место среди неинфекционных процессов, лидирует по показателям числа дней нетрудоспособности и инвалидности. ХОБЛ является единственным заболеванием, при котором летальность продолжает увеличиваться и, согласно оценке ВОЗ, в 2030 г. будет занимать 3-е место (2).

Мексидол – ингибитор свободно-радикальных процессов, перекисного окисления липидов. Изменяет физико-химические свойства клеточной мембраны. Улучшает энергосинтезирующую функцию митохондрии и энергетически обмен в клетке, стимулируя прямое окисление глюкозы по пентозофосфатному шунту, повышая уровень восстановленных нуклеотидов и тем самым усиливает антиоксидантную защиту клетки, стабилизируя уровень эндогенных антиоксидантов.

**Цель работы.** Изучение клинической эффективности мексидола у больных ХОБЛ в период обострения заболевания и на протяжении одного месяца наблюдения в амбулаторных условиях.

**Материалы и методы.** Обследовано 11 больных ХОБЛ в возрасте 46-64 года. Длительность заболевания у больных ХОБЛ была более 5 лет. ОФВ I колебался в пределах 45-65 % от должных величин, что соответствовало 2-3 степени тяжести. Среди обследованных преобладали мужчины, длительность табакокурения колебалась от 15-25 лет. Обследованные пациенты принимали на фоне стандартизированной терапии мексидол в условиях дневного стационара по следующей схеме: 200 мг. (5% раствор в ампулах по 2 мл) внутримышечно дважды в день в течение 10 дней. В последующем переходили на пероральный

прием мексидола по 250 мг (2таблетки) 2 раза в день в течение 3-х недель.

**Методы исследования.**

Общеклинические, ЭКГ, спирометрия.

**Результаты.** Оценка результатов исследования свидетельствуют о том, что у подавляющего большинства 8 (78,9%) пациентов улучшилось самочувствие в первые 2-3 дня. Особенностью эффекта мексидола было то, что больше отмечали улучшение самочувствия на каждое введение препарата. На 3-4 сутки уменьшилась частота приступов кашля, к концу недели мокрота отходила свободно и одновременно снижалось количество суточного объема выделяемой мокроты. На 10 сутки показатели спирометрии значительно улучшились. Прирост ОФВ I в среднем на 70 мл, ЖЕЛ на 13,4%. Характер изменений ЖЕЛ, ОФВ I позволяет сделать вывод о том, что подобная динамика рассматриваемых показателей обусловлено, прежде всего, выраженным противовоспалительным действием мексидола. Наблюдение в течение года показало снижение частоты обострения и только 3 больных были госпитализированы.

**Выводы.** Применение мексидола на амбулаторно-поликлиническом этапе наблюдения и лечения позволило улучшить показатели функции внешнего дыхания, уменьшить число обострений и госпитализаций, что указывает на необходимость применения в лечении ХОБЛ с целью профилактики.

**Литература:**

1. Шмелев Е.И. ХОБЛ и сопутствующие заболевания. Пульмонология 2007; 2; 5-9
2. Чучалин А.Г. (ред.). Респираторная медицина. М.: ГЭОТАР-Мед.; 2007, том 1.