

теле ЦВД на уровне $22,3 \pm 1,5$ мм вод.ст. признаков легочной гипертензии не обнаружено. Среднее давление в легочной артерии составило $17,7 \pm 0,8$ мм рт.ст., а ОЛС $303 \pm 15,7$ дин/см⁵.

В отличие от пациентов группы исследования у больных группы сравнения показатель ЦВД при проведении ИТТ достигал уровня $88,3 \pm 3,1$ мм вод.ст. Такому уровню ЦВД соответствовало среднее давление в легочной артерии $32,9 \pm 0,7$ мм рт.ст. и ОЛС $436,3 \pm 14,1$ дин/см⁵. То есть имела место легочная гипертензия, повышение общего легочного сосудистого сопротивления. При этом у больных группы сравнения при ЦВД более 30 мм вод.ст. обнаружены признаки легочной гипертензии более 20 мм рт.ст., увеличение легочного сосудистого сопротивления более 300 дин/см⁵, увеличение размеров ЛА, ЛП и ПЖ более 2,8 см, 3,3 и 2,7 см соответственно.

В процессе исследования обнаружена сильная и средняя прямая корреляционная связь между уровнями ЦВД и ДЛАСр. ($R=0,77$ ($P<0,01$)) и показателями ЦВД и ОЛС ($R=0,6$ ($P<0,01$)), соответственно.

Кроме того, мы провели сравнительную морфологическую оценку степени выраженности отека тканей основных жизненно важных органов умерших 90 больных при жизни получавших массивную ИТТ в РО (основная группа, в том числе и больные группы сравнения, кот орым при жизни проводилось ЭХОКГ) и 91 умерших больных, обнаруженных на месте происшествия и соответственно не получавших интенсивную терапию (контрольная группа). Пациенты обеих групп были сопоставимы по полу, возрасту, виду и характеру полученных травм.

Морфологическая оценка состояния тканей органов умерших больных основной и контрольной групп показала, что выраженный отек тканей площадью $45,2 \pm 1,8\%$ наблюдался у больных с показателем ЦВД при жизни в среднем $118,1 \pm 6,5$ мм вод.ст., умеренный отек площадью $23,0 \pm 0,5\%$ отмечен у лиц с уровнем ЦВД $89,9 \pm 2,8$ мм вод.ст., слабый отек – $8,3 \pm 0,4\%$ при ЦВД $58,1 \pm 3,8$ мм вод.ст. и отсутствие отека при $31,2 \pm 4,4$ мм

вод.ст. Различия по уровню ЦВД и площади отека в 3 подгруппах были статистически значимыми ($P<0,01$).

Таким образом, при показателях ЦВД более 30 мм вод.ст. выявлены признаки отека тканей органов (легкие, мозг, почки, печень и сердце) от слабого до выраженного при проведении морфологического исследования и легочной гипертензии по данным ЭХОКГ (ДЛАСр. более 20 мм рт.ст.). При этом между показателями ЦВД и площадью отека тканей органов (по данным морфометрии) выявлено наличие достоверных положительных корреляционных связей. Коэффициенты корреляции составили по легким $R=0,70$ (сильная зависимость), по головному мозгу $R=0,69$ (средняя зависимость), почкам $R=0,58$ (средняя зависимость), печени $R=0,57$ (средняя связь) и сердцу $R=0,51$ (средняя связь), ($p<0,01$). То есть, при высоких цифрах ЦВД повышается риск развития, в первую очередь, отека легких, головного мозга.

Из вышесказанного следует, что принятый сегодня в клинике нормальный уровень ЦВД 50-120 мм в вод.ст ставится под сомнение. По данным нашего исследования уровень ЦВД при проведении ИТТ (критические состояния) не должен превышать 30 мм вод.ст. Цифры ЦВД более 30 мм вод.ст могут привести к развитию легочной гипертензии и отеку тканей внутренних органов с летальным исходом.

Литература:

1. Рыбакова М.Г., Жидков К.П., Клечиков В.З. Клиническая патоморфология критических состояний // Архив патологии. – 2005. – Т.67, №5. – С. 41-48.
2. Аденский А.Д. Методика и техника исследования венозного давления // Венозное давление и значение его в клинике сердечно-сосудистых заболеваний. - Минск. - 1953. - С. 8-56.
3. Пермяков Н.К. Патология реанимации и интенсивной терапии. - Москва. «Медицина». 1985г.
4. Чибуновский В.А. Центральное венозное давление. Его роль при оценке кровообращения и в контроле инфузионной терапии. Методы его измерения. Алматы. 1991/2005г.

In present article haemodynamics questions by echocardiographic researches of heart, measurement of the central venous pressure in interrelation with morphological changes in tissues of internal organs of the died patients are considered at carrying out of infuzion-transfuzional therapy. It is established, that level CVP at carrying out of ITT (critical conditions) should not exceed 30 mm Hg. Level of CVP more than 30 mm Hg can lead to development of a pulmonary hypertension and a edema of internal organs tissues with a lethal outcome.

Бұл мақалада инфузионды-трансфузионды ем жүргізу кезінде қайтыс болған науқастардың ішкі мүшелерінің тіндерінің морфологиялық өзгерістері мен орталық венозды қысымды өлшеу арасындағы өзара байланыс пен жүректі эхокардиографиялық тексеру жолдары арқылы гемодинамика сұрақтары қарастырылады. ИТЕ жүргізу кезінде (критикалық жағдай) ОВҚ деңгейі 30 мм су бағанынан аспау қажеттігі бекітілген. ОВҚ көлемі 30 мм су бағанынан асса өкпе гипертензиясының дамуы мен ішкі мүшелер тіндерінің ісінуіне және өлімділікке әкелуі мүмкін.

УДК 616.228.7-08

ЛЕЧЕНИЕ УШНОГО ШУМА У ПАЦИЕНТОК В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ С КОХЛЕОВЕСТИБУЛЯРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Е.В. Есикова

Больница скорой медицинской помощи, г. Семей

В настоящее время во всем мире отмечается неуклонная тенденция к увеличению средней продолжительности жизни женщин. К 2000 году средняя продолжительность жизни женщин в развитых странах составляла приблизительно 75–80 лет, а в развивающихся странах — 65–70 лет. Каждая женщина имеет индивидуальный

возраст наступления менопаузы, который определяется наследственными, биологическими и средовыми факторами, и варьирует в довольно больших пределах: от 35 до 65 лет. При этом средний возраст менопаузы составляет 50–51 год. Таким образом, практически треть жизни женщины проходит после окончания менструаций. В свя-

зи с этим все более актуальной проблемой становится продление активной жизненной фазы у женщины постменопаузального возраста [1].

Климактерий (климакс, климактерический период) связан с возрастной перестройкой гипоталамической области головного мозга, приводящей к нарушению цикличности менструаций и прекращению репродуктивной способности женщины. В климактерии выделяют следующие фазы: переход к менопаузе (пременопауза), менопауза (последняя самостоятельная менструация, дата менопаузы устанавливается ретроспективно, после 12 месяцев отсутствия менструации), перименопауза (объединяет пременопаузу и 2 года после последней менструации), постменопауза (начинается с менопаузы и заканчивается в 65–69 лет). У 60–80% женщин климактерический период приобретает патологическое течение эстрогендефицитного состояния, и возникают так называемые климактерические расстройства [2]. В современных условиях становится крайне важным дальнейшее изучение физиологических и патологических процессов, возникающих в климактерическом периоде, что является основой для подбора оптимальных схем профилактики и лечения патологических состояний, характерных для этой категории женщин.

Основные клинические проявления климакса: вазомоторные, эмоционально-психические и вегетативные расстройства. Поводом для обращения к невропатологам у пациенток данной группы зачастую служат вестибуло-кохлеарные нарушения, основными проявлениями которых являются головокружение и ушной шум.

С данными жалобами мною были отслежены за период с января 2009 года по май 2010 года 48 женщин в возрасте от 48 до 60 лет. Длительность постменопаузы у пациенток в среднем составила $4,93 \pm 2,57$ лет. У всех больных диагностирована сенсоневральная тугоухость сосудистого генеза. Ушной шум беспокоил 40 пациенток, в том числе постоянный у 34 женщин, периодический у 6. Жалобы на шум с одной стороны предъявляли 3 женщины, с двух сторон – 37.

Помимо снижения слуха и ушного шума, пациентки жаловались на головокружение, усиливающееся при перемене положения тела, приливы, онемение в конечностях, сердцебиение, тревогу, бессонницу, раздражительность, колебания артериального давления. При объективном осмотре выявлены спонтанные вестибулярные симптомы, проявляющиеся горизонтальным спонтанным нистагмом раздражения, усиливающимся при ротации головы в сторону – у 25-ти пациенток, неустойчивостью в пробе Ромберга – у 28 пациенток. Следует отметить, что при проведении обследования у пациенток выявлена выраженная вегетативная симптоматика, как в покое, так и при вестибулярных нагрузочных пробах. Отмечалось усиленное потоотделение, сердцебиение, приступы головокружения. 11 пациенток во время и непосредственно после проведения вестибулярных проб жаловались на ощущение жара, тревогу, гипергидроз, что свидетельствует о выраженном вегетативном дисбалансе.

Обследование, проводимое данным пациентам, включало неврологический статус, пороговую и надпороговую аудиометрию, УЗ-доплерографию магистральных сосудов головы и шеи.

Известно, что кохлеовестибулярные нарушения могут быть проявлением вегетативной дистонии [3,4]. Результаты ряда исследований позволяют считать, что слуховые и вестибулярные расстройства, вероятно, связаны с нейродистрофическим процессом, развивающимся в организме при нарушениях адаптационно-трофической функции вегетативной нервной системы

[5]. Климактерические расстройства, связанные с дисбалансом в вегетативной нервной системе, объясняются экстрагенитальной локализацией рецепторов к эстрогенам и прогестерону, располагающихся, в частности, в головном мозге [5].

Наряду с препаратами вазоактивной группы базисным препаратом для купирования вестибулярных расстройств явился блокатор H_3 рецепторов Бетасерк (беттагистин дигидрохлорид) в дозировке 24 мг два раза в сутки в течение двух месяцев.

Важную роль в функционировании вестибулярных структур играет гистаминергическая система. Так, передача импульсации от вестибулярных рецепторов и вестибулярных ядер обеспечивается преимущественно гистаминергическими нейронами. Основным источником гистаминергической иннервации является задний гипоталамус, главным образом туберомамиллярное ядро, нейроны которого связаны практически со всеми структурами диэнцефальной области и конечного мозга, включая базальные ганглии и кору, а также со стволом и, в частности, с комплексом вестибулярных ядер. Гистаминергическая иннервация наиболее представлена в медиальном вестибулярном ядре. При периферических вестибулярных расстройствах наблюдается усиление спонтанной импульсации нейронов ипсилатеральных вестибулярных ядер, главным образом медиального. Одновременно отмечается снижение экспрессии рецепторов ГАМК, что ведет к преобладанию возбуждающих гистаминергических влияний. Кроме того, происходит увеличение плотности ГАМК-рецепторов в контралатеральном медиальном вестибулярном ядре. Гистаминергическая система также обеспечивает передачу возбуждения между вестибулярными ядрами и рвотным центром. Определенное значение в формировании связей вестибулярной системы имеет серотонинергическая, норадреналинергическая и дофаминергическая иннервация [5,6].

Беттагистин (Бетасерк) обладает способностью соединяться с рецепторами гистамина типа H_1 , которые заложены в нейрорецепторных клетках внутреннего уха. Он оказывает местное мощное стимулирующее действие, увеличивая высвобождение нейромедиаторов (гистамина) из нервных окончаний рецепторных клеток внутреннего уха в синапс. Нейромедиаторы действуют на прекапиллярные сфинктеры, вызывая вазодилатацию сосудов внутреннего уха, увеличивая проницаемость их и тем самым нормализуя внутрилабиринтное давление, то есть устраняя гидропс [7].

Кроме воздействия на рецепторы вестибулярных ядер, находящихся в стволе продолговатого мозга беттагистин оказывает влияние на рецепторы внутреннего уха. Препарат вызывает расширение артериол и капилляров внутреннего уха, что приводит к избирательному увеличению кровотока. Назначение беттагистина уменьшает частоту, выраженность и продолжительность приступов системного головокружения. Наряду с положительным влиянием на вестибулярную функцию на фоне лечения также отмечается улучшение слуха, что, по-видимому, связано с вазоактивным действием препарата [7,8,9].

При исследовании динамики слуха и вестибулярной функции к концу лечения установлено отсутствие жалоб на ушной шум у всех пациенток; нормализация статики и координации у 31 женщины, улучшение статики и координации – у 17 женщин; слух улучшился у 20 пациенток, как субъективно, так и по данным тональной пороговой аудиометрии. Субъективное уменьшение вегетативных проявлений отметили 46 пациенток, что проявлялось снижением выраженности гипергидроза, гиперемии кожи,

нормализацией эмоционального фона, исчезновением приступов удушья. Все больные отметили хорошую переносимость лечения. Побочных проявлений, аллергических реакций зарегистрировано не было.

Таким образом, особенностью течения кохлеовестибулярных расстройств у женщин в климактерическом периоде является наличие выраженных расстройств функции поддержания равновесия, ушного шума и вегетативных нарушений, снижения слуха.

Вывод: применение бетастерина (бетасерк) в суточной дозировке 48 мг в комплексном лечении женщин постменопаузального возраста с кохлеовестибулярными нарушениями позволило добиться положительной клинической динамики, нормализовать или уменьшить выраженность патологических симптомов заболевания, и тем самым, в подавляющем большинстве случаев, улучшить качество жизни пациенток.

Литература:

1. Балан В.Е., Зайдиева Я.З. Возможности коррекции климактерических расстройств негормональными средствами // Лечащий врач. – Май 2000. – №5–6. – стр. 24–27.
2. Сметник В.П., Кулакова В.И. Руководство по климатерию // М.: Медицинское информационное агентство, 2001. – 685с.

3. Вейн А.М., Дюкова Г.М., Данилов А.Б., Воробьева О.В., Шепелева И.П. Современные представления о синдроме вегетативной дистонии. // Неврологический вестник. – 1993. – Том XXV. – вып. 1–2 с.15–18.

4. Волков Ю.В., Исмагилов М.Ф. Вестибулярные головокружения у больных с вегетативными кризами и реабилитационные мероприятия при этих состояниях. // Неврологический вестник. Журн. Им. В.М.Бехтерева. – 1996. – Том XXVIII. – вып. 3–4. – с. 36–37

5. Ланцов А.А., Шустова Т.И., Вандышев А.М., Лотта Т.В. Адренергическая иннервация среднего и внутреннего уха человека. // Вестн. Оториноларингологии. – 2000. –с. 17–22

6. Вейн А.М. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение. – М.: Медицинское информационное агентство, 2000 г.

7. Гусев Е.И., Никонов А.А., Скворцова В.И. и др. Лечение головокружений препаратом Бетасерк у больных с сосудистыми и травматическими поражениями головного мозга // Журн. неврол. и психиатр. 1998. №11.

8. Лавров А.Ю. Применение Бетасерка в неврологической практике // Неврологический журнал №2, 2002., т. 6.

9. Абдулкеримов Х.Т., Марков И.С., Усачев В.И. Эффективность Бетасерка при вестибулярных нарушениях // Журн. неврол. и психиатр. 2002; 6 : 50–52.

Постменопаузальдық кезеңде кохлеовестибулярлықтың бұзылуы, емделушінің құлақ шуын емдеу

Статистикалық мәлімет бойынша, 60-80% әйелдер климакс кезінде патологиялық ағымда эстрогендефицит халде болады және климаксқа шалдығады. Осыған байланысты емделушілерді невропатологқа жүгінуі себебі вестибуло-кохлеардық бұзылуының жиілігінен, басты белгілері бас айналу және құлақ шуы болып табылады. Сонымен қоса патогенетикалық терапия дәрісі бетастерин (бетасерк) бір күндік дозасы 48 мг постменопаузальдық жастағы әйелдерге толық курстық емделуі кохлеовестибулярлық бұзылуы нормаға келтіріледі және аурудың патологиялық белгілерін азайтады, осыған орай емделушілердің тұрмыс жағдайы жақсарайды.

УДК 616.24-002.5

СТРУКТУРА КОНТИНГЕНТОВ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Г.Ф. Кассирова

Региональный противотуберкулезный диспансер, г. Семей

В условиях низкого уровня жизни населения развитие заболевания туберкулезом происходит значительно чаще как среди давно инфицированных лиц, так и среди лиц, недавно инфицированных. В связи с этим повышение эффективности лечения бактериовыделителей приобретает особенно большое значение. Излечение больных с бактериовыделением и наличием полости распада в легочной ткани является одним из важнейших факторов снижения заболеваемости к улучшению эпидемической ситуации с туберкулезом в целом (1-3).

Целью настоящего исследования явилось изучение клинической, социальной структуры и особенностей течения туберкулеза легких у больных, состоящих на диспансерном учете по поводу активного туберкулеза легких.

Материалы и методы

Материалом служили 78 взрослых больных, страдающих различными клиническими формами туберкулеза органов дыхания.

Программа обследования включала данные клинических, бактериологических и рентгенологических методов.

Результаты и обсуждение

Среди больных преобладали мужчины, составлявшие 62,8% (49 чел.) от всех больных. Большинство больных было в молодом возрасте, как среди женщин,

так и среди мужчин. Из 78 человек лица от 18 до 30 лет составили 12,8%, 31-40 лет – 19,2%, 41-50 лет – 44,9%, 51-60 лет – 16,7%; старше 60 лет – 6,4%. Как видно из вышеизложенных данных, заболевают туберкулезом лица работоспособного возраста, то есть в основном до 50 лет, составив 76,9% от всех больных. По социальному составу, среди заболевших, не работающие составили 61,5%, а на втором месте рабочие – 20,5%, студенты – 8,9%, пенсионеры – 6,4%, а инвалиды составили – 2,6%. В условиях неблагоприятной ситуации с туберкулезом особое значение имеют угрожаемые по возникновению и неблагоприятному течению туберкулеза контингенты, одним из которых являются хронические алкоголики. Среди наших 78 больных страдали бытовым пьянством и хроническим алкоголизмом 20 человек (25,6%). Среди клинических форм у больных преобладала инфильтративная – 51,3%, а из других – очаговый туберкулез составил 10,3%, диссеминированный – 8,9%, фиброзно-кавернозный – 21,8%, плеврит как основное заболевание – 7,7%. Из 78 больных выявлены при профилактических осмотрах 29,5%, а по обращаемости – 70,5%. По субъективным данным, при поступлении в стационар жаловались на повышение температуры 53,8%, на одышку – 21,8%, на кашель со слизистой мокротой в незначительном количестве – 48,7%, на потливость – 44,9%, на боль в грудной клетке жаловались