

усиление голосового дрожания, жёсткое или бронхиальное дыхание, затемнение на рентгенограмме органов грудной клетки в проекции поражённого участка лёгкого), лейкоцитоза со сдвигом лейкоцитарной формулы влево и увеличения СОЭ, с преобладанием местных симптомов над общими.

АБП, вызываемые чаще всего микоплазмой пневмонии (*Mycoplasma pneumoniae*), хламидией пневмонии (*Chlamydia pneumoniae*), легионеллой (*Legionella*) и вирусами; атипичные пневмонии начинаются с симптомов острого респираторного вирусного заболевания; при них преобладают непродуктивный кашель, боли в горле, артралгии, миалгии, головная боль, желудочно-кишечные расстройства, а СУЛП появляется лишь через несколько дней от начала заболевания, и общие симптомы преобладают над местными; при увеличенной СОЭ возможно нормальное содержание лейкоцитов или даже лейкопения.

Возбудитель заболевания у наблюдавшихся в стационаре пациентов

был идентифицирован только у одного пациента с АБП (посмертно) - *Chlamydia pneumoniae*; у остальных клинически можно было предполагать хламидийную или микоплазменную этиологию заболевания (5 человек), грипп (7 человек) и другую острую респираторную вирусную инфекцию (10 человек). У трёх пациентов с ТБП из мокроты высеивался *Streptococcus pneumoniae*, у одного - *Klebsiella pneumoniae*.

На догоспитальном этапе из всех 27 пациентов двое лечились только нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) и «домашними» средствами. Все остальные наряду с этим принимали полусинтетические пенициллины (амоксциллин или аугментин).

В связи с нарастанием лихорадки и выявлением СУЛП физикально и/или рентгенологически пациенты были госпитализированы в сроки от 3 до 11 суток от начала заболевания. У 11 из них на момент госпитализации клинически были признаки острой дыхательной недостаточности (ОДН) I степени и у одного — II степени.

В стационаре всем 27 пациентам были назначены, наряду с другими препаратами, β-лактамы антибиотиками внутривенно инфузионно: цефтриаксон (9-ти пациентам), цефепим (6-ти пациентам), цефоперазон (одному пациенту) по 2,0 г в сутки, амоксициллин/клавуланат (8-ми пациентам) или ампициллин (4-м пациентам) по 1,2 г в сутки.

На фоне назначенного лечения состояние пациентов ухудшалось: нарастали лихорадка, симптомы интоксикации и ОДН; у 22 пациентов рентгенографически выявлено увеличение объёмов поражения лёгких в виде появления новых отдельных очагов инфильтрации или в виде распространения имевшейся одно- или двусторонней полисегментарной инфильтрации: т то у 4-х пациентов при ухудшающемся общем состоянии рентгенологически отмечено существенное уменьшение интенсивности и объёма инфильтрации и у одного - полное её исчезновение.

Соответственно клинической картине терапия антибиотиками изменена.

Двум пациентам пенициллины были заменены цефалоспорины; двум другим, получавшим цефалоспорины, вместо них назначен меропенем. У этих четырёх пациентов (все - с клинической АБП) развились симптомы ОРДС и ИТШ, осложнившихся желудочными кровотечениями из острых язв и/или эрозий, что потребовало проведение ИВЛ и интенсивной синдромной терапии, оказавшихся неэффективными. Летальные исходы наступили на 7, 12, 13 и 16 сутки стационарного лечения (дни от начала заболевания, соответственно - 14, 15, 19 и 23).

У трёх умерших патологоанатомически определялась субтотальная пневмоническая инфильтрация, морфологическим субстратом которой была преимущественно или сплошь *моноклеарная* инфильтрация. У одного (см. выше, случай описан в начале работы) макроскопически пневмонической инфильтрации вообще не обнаружено и лишь гистологически в одном из участков лёгкого в альвеолах был обнаружен скудный лейкоцитарно-серозный экссудат.

Во всех этих четырех случаях, завершившихся летальным исходом, были выражены морфологические признаки ОРДС, послужившего причиной смерти.

Двадцати пациентам с АБП и всем трём - с ТБП вместо β-лактамов антибиотиков назначен азитромицин по 500 мг в сутки внутривенно инфузионно *в сочетании с преднизолоном* по 30 мг в сутки внутривенно или по 10-20 мг в сутки внутрь на 3-5 дней. Состояние всех этих пациентов резко улучшалось на вторые-третьи и полностью нормализовалось на шестые-восьмые сутки от начала такого лечения.

Все эти факты и позволили автору прийти к заключению, что не тяжёлая пневмония, а применявшиеся для её лечения бета-лактамы антибиотиками явились причиной ОРДС.

Важным историческим фактом, свидетельствующим в пользу выводов автора, является то, что впервые состояние, названное как «влажное лёгкое» (один из вариантов некардиогенного отёка лёгких), а сегодня называемое как острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС), впервые описано в 1946 году на опыте американской военной медицины во Второй мировой войне [2]. Не известно, получали ли тогда погибшие от отёка лёгких после торакальной травмы первый β-лактамовый антибиотик — пенициллин, но он тогда уже широко применялся, и исключить вероятность его применения невозможно.

Кроме того, другие варианты некардиогенного отёка лёгких (при высотной болезни и другие) были известны задолго до 1946 года, но упоминаний о «влажном лёгком» среди них нет: о нём не упоминает ни один из великих патологоанатомов прошлого - ни Рудольф Людвиг Карл Вирхов (Rudolf Ludwig Karl Virchow), ни Карл Рокитански (Carl von Rokitansky), ни другие.

Литература

1. Скипский И.М. Бета-лактамы антибиотиками как вероятная причина острого респираторного дистресс-синдрома / Скипский И.М., Ефимов Н.В. // Казанский мед. Журнал. - 2012. - № 3. - С. 550-553.
2. Brewer L. A. The wet lung in war casualties // Ann. Surg. - 1946. - Vol. 123. - № 3. - P. 343-362.

Третьякова Н. Ю.¹ Котляров Е. В.²

¹Аспирант, Ханты-Мансийская государственная медицинская академия; ²Доктор медицинских наук, профессор, Ханты-Мансийская государственная медицинская академия

РАЗРАБОТКА И ВНЕДРЕНИЕ ПРОЕКТА «ОСТЕОПОРОЗ И ВЫРАЖЕННОСТЬ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА»

Аннотация

В статье рассмотрено – выявление частоты возникновения остеопороза у пациенток раком молочной железы фертильного возраста, связь со степенью выраженности болевого синдрома при остеопорозе для необходимости своевременного назначения препаратов, препятствующих развитию остеопороза и, как следствие, приводящих к уменьшению боли и улучшению качества жизни женщин.

Ключевые слова: рак молочной железы, болевой синдром, остеопороз.

Tretyakova N. Y.¹, Kotlyarov E. V.²

¹Postgraduate student; ²MD, Khanty-Mansiysk State Medical Academy

OSTEOPOROSIS AND SEVERE PAIN PATIENTS WITH BREAST CANCER OF REPRODUCTIVE AGE

Abstract

In article - revealing the incidence of osteoporosis in breast cancer patients of childbearing age, the relationship with the severity of pain in osteoporosis need for timely administration of drugs that prevent the development of osteoporosis and as a consequence, lead to a decrease in pain and improved quality of life for women.

Keywords: breast cancer, pain, osteoporosis.

Боль в костях, в позвоночнике, крупных и мелких суставах нередко сопровождают больных раком молочной железы на протяжении длительного времени, которые возникают в процессе лечения и не прекращаются в периоде диспансерного наблюдения. Патогенез развития болевого синдрома у больных раком молочной железы, прежде всего, обусловлен явлениями остеопороза, а причиной развития метаболических нарушений костной структуры является результат воздействия большого количества факторов, в том числе химиотерапии и гормонотерапии, хирургической кастрации, которые являются важными методами лечения рака молочной железы. Все методы лечения приводят к искусственной менопаузе, на фоне чего усиливается болевой синдром, характерный для остеопороза [1, 2].

На сегодняшний день проблема потери костной ткани в результате противоопухолевого лечения рака молочной железы является актуальной проблемой при эндокринной терапии, химиотерапевтическом лечении и хирургической кастрации. В литературе описывается больше данных по теме остеопороз и, как следствие, возникновение патологических переломов при метастазах в кости. Остеопороз является серьезным нежелательным явлением, отрицательно влияющим на качество жизни онкологических больных в первую очередь за счет болевого синдрома, который носит постоянный характер [3, 4].

При диспансерном наблюдении за пациентками с раком молочной железы, наиболее частой жалобой является боль в крупных и мелких суставах, костях конечностей и позвоночника. Онколог обследует больную раком молочной железы, состоящую на учете, по стандартам на наличие местного рецидива и отдаленных метастазов. При наличии жалоб на боли в костях и суставах женщины чаще направляют к ревматологу, где их обследуют и назначают соответствующее лечение.

Основное назначение исследования, ее цель - анализ взаимосвязи остеопороза у больных раком молочной железы фертильного возраста с выраженностью болевого синдрома и повышение эффективности диагностики остеопороза.

В исследование включены больные раком молочной железы в возрасте от 30 до 50 лет и группа сравнения этого же возраста. Пациенткам с раком молочной железы проводится обследование до назначения специфического лечения, после неoadьювантной химиотерапии и через полгода после проведенного лечения с учетом иммуногистохимического анализа опухоли.

Будет проведен поэтапный мониторинг факторов риска в каждой группе до внедрения программы и после проведения программы, соответственно в сравнении с контрольной группой.

Обследование включает в себя анализ крови на маркеры формирования костной ткани - остеокальцин, кальцитонин, щелочная фосфатаза; маркеры состояния обмена - паратгормон, тиреотропный гормон, кальций и фосфор, а также маркеры резорбции костной ткани - деоксипиридолин. Определение степени болевого синдрома у больных раком молочной железы по Мак-Гилловскому болевому опроснику и по классификации болевого синдрома. Проведение остеоденситометрии у данной категории больных и группы сравнения.

При анализе небольшой группы больных после наступления менопаузы, связанной с химиотерапией, овариэктомией при положительных эстрогеновых и прогестероновых рецепторах, применения гонадотропин-рилизинг гормона гипофиза, а также применения гормонотерапии уже через шесть месяцев после проведенного специфического лечения по основному заболеванию, у пациенток появляются боли в костях, позвоночнике и суставах, утренняя скованность в теле, умеренная болезненность при пальпации по ходу позвоночника, трубчатых и плоских костей и суставов. При обследовании выявлена остеопения и остеопороз у данной категории больных.

Таким образом, приведенные немногочисленные сведения позволяют предполагать значительную распространенность остеопороза у онкологических больных раком молочной железы фертильного возраста, а также совместное назначение остеопоретической терапии при комплексном лечении онкологических больных.

Литература

1. Снеговой А. В. Проблема остеопороза на фоне антиэстрогенной и антиандрогенной терапии. // Практическая онкология. Т.12 №3 – 2011. – Т.12 № 3. – С. 136-145.
2. Под редакцией Переводчиковой Н. И., Стениной М. Б. Лекарственная терапия рака молочной железы. М.: Практика, 2014. С. 181-207.
3. Ронзин А. В. Особенности течения и фармакотерапии остеопороза у онкологических больных: Автореф. дис. канд. мед. наук. – Москва, 2009. – 20 с.
4. Диагностика остеопороза [Электронный ресурс] URL: http://bono-esse.ru/blizzard/Gun/Menopauza/osteoporoz_4.html (дата обращения 02.10.2013).
5. Климакс и остеопороз [Электронный ресурс] URL: <http://www.health-ua.org/fag/travmatologiya-i-ortopediya/124.html> (дата обращения 31.08.2013).

Ураков А.Л.¹

¹Академик РАЕ, профессор, доктор медицинских наук, Ижевская государственная медицинская академия
КАКОВ МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ МАНАГИ (ОТВАРА ТРАВЫ КОНОПЛИ В МОЛОКЕ)

Аннотация

Показано, что жидкий экстракт травы дико растущей конопля (каннабиса или марихуаны) «Cannabis sativa», называемый в среде наркоманов России «манага» или «молочище», вызывает одурманивающее действие из-за наличия в ней каннабиноидов, включая тетрагидроканнабинол, которые относятся к галлюциногенам. Манагу наркоманы готовят кустарным способом путем отваривания листьев и соцветий конопля в молоке. Через 30 – 60 минут после приема внутрь взрослым наркоманом от 1-2 ложек до 1-2 стаканов «манаги» человек начинает ощущать головокружение, слабость во всем теле, слуховые и зрительные галлюцинации, теряет координацию в движениях и способность к правильному мышлению. Эти изменения оцениваются внешне как наркотическое опьянение, которое сохраняется около 6 часов или более этого и может быть продлено за счет повторного применения манаги.

Ключевые слова: наркотики, конопля, каннабис, марихуана, манага, каннабиноиды, тетрагидроканнабинол.

Urakov A.L.¹

¹Academician of RANS, doctor of Medical Sciences, professor, Izhevsk State Medical ACADEMY
WHAT IS THE MECHANISM OF ACTION OF MANAGA (BROTH HERBS HEMP IN MILK)

Abstract

It is shown that the liquid herb extract wild growing hemp (cannabis or marijuana) «Cannabis sativa», called by addicts Russia «managa» or «moloche» causes narcotic effect due to the presence of cannabinoids, including tetrahydrocannabinol, which belong to the hallucinogenic compounds. The managa addicts prepare artisanal by boiling leaves and inflorescences hemp milk. After 30 - 60 minutes after admission into adult drug addict from 1-2 spoons to drink to 1-2 glasses of «managa» he starts feeling dizziness, weakness throughout the body, auditory and visual hallucinations, loses the coordination of movements and ability to correct thinking. These changes are assessed externally as drug intoxication, which remains about 6 hours or more and may be extended by the repeated application of managa.

Keywords: drugs, cannabis, hemp, marijuana, managa, cannabinoids, tetrahydrocannabinol.

В последние годы в среде наркоманов стал применяться наркотик под названием «манага» (она же молочище). Манага – это жаргонное название незаконно приготовленного кустарным способом отвара травы (стеблей, листьев и соцветий) дико растущей