

мопластикой, пораженные участки кожи иссекались до фасции. Такой объем иссечения тканей позволял более тщательно производить гемостаз, а кожные лоскуты хорошо ложились и прилипали к фасции. Краевой остеонекроз развился только у 4 больных, случаев развития остеомиелита не было. Длительно незаживающие раны имели место у 2 больных, для закрытия которых они были повторно госпитализированы и оперированы. Средний срок стационарного лечения составил 24,4 дня, при этом 3 больных с изолированными поражениями передней поверхности большеберцовой кости были выписаны на 12-14 сутки после госпитализации. У больных этой группы достаточно длительно сохранялся визуальный дефект мягких тканей голени, обусловленный отсутствием подкожно-жировой клетчатки, но он не сказывался на функции конечности.

Заключение. Относительно лучшие результаты лечения больных второй группы позволяют рекомендовать раннюю некрэктомию с одномоментной аутодермопластикой при глубоких ожогах передней поверхности голени в качестве метода выбора. При сочетании данной травмы с поражениями других локализаций операции на голени нужно проводить в первую очередь.

Литература

1. Абугалиев К.Р. Хирургическая обработка длительно незаживающих ожоговых ран: сб. науч. тр. II Съезда комбустиологов России. – М., 2008. – С. 158-159.
 2. Альтшуллер Е.М., Запольной Г.П., Шрайнер С.А. и соавт. Лечение глубоких ожогов крупных суставов // Комбустиология на рубеже веков: материалы междунар. конгр. – М., 2000. – С. 132-133.
 3. Бобровников А.Э., Крутиков М.Г., Акименко А.Б. Остаточные длительно существующие ожоговые раны: сб. науч. тр. II Съезда комбустиологов России. – М., 2008. – С. 133-134.
 4. Гиматдинов Р.И., Зинатуллин Р.М., Хунафин С.Н. Тактика лечения глубоких ожогов нижних конечностей // Нижегородский медицинский журнал. Приложение: Комбустиология. – 2004. – С. 147.
 5. Дмитриев Д.Г., Ручин М.В. Хирургическое лечение ожогов с повреждением глубоких анатомических структур // Актуальные проблемы травматологии и ортопедии: материалы науч. конференции. Ч. II. Термическая травма. – Нижний Новгород. 2001. – С. 93-95.
 6. Куватов С.С., Смольников В.В., Гиматдинов Р.И. и соавт. Тактика лечения глубоких ожогов нижних конечностей: сб. науч. тр. II Съезда комбустиологов России. – М., 2008. – С. 170-171.
 7. Подурец Д.П., Фисталь Н.Н., Арефьев В.В. Хирургическое лечение обширных субфасциальных ожогов с обнажением костей голени: сб. науч. тр. II Съезда комбустиологов России. – М., 2008. – С. 173-175.
 8. Солошенко В.В., Фисталь Э.Я., Андреев О.В. и соавт. Ранняя некрэктомию как средство профилактики осложнений субфасциальных термических поражений // Нижегородский медицинский журнал. Приложение: Комбустиология. – 2004. – С. 177-178.
 9. Христо С.А. Превентивная хирургия при глубоких ожогах у детей // Комбустиология на рубеже веков: материалы международного конгресса. – М., 2000. – С. 156-157.
- Рыбдылов Данзан Доржиевич** – кандидат медицинских наук, начальник штаба ГО ЧС, МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. В.В. Ангاپова». 670042, г. Улан-Удэ, пр. Строителей, 1, тел. 45-13-98, т/факс 55-62-53, e-mail: bsmp@mail.ru
- Хитрихеев Владимир Евгеньевич** – Бурятский государственный университет, декан медицинского факультета, заведующий кафедрой госпитальной хирургии, доктор медицинских наук, профессор. Адрес: 670002, Улан-Удэ, Октябрьская, 36а, тел. раб. 44-82-55, e-mail: hitriheev@rambler.ru
- Rybdylov Danzan Dorzhievich** – candidate of medical sciences, chief of staff GO ChS, V.V.Angapov Municipal Clinical Hospital of First Aid. 670042, Ulan-Ude, etc. Builders, 1, tel. 45-13-98 t / fax 55-62-53, e-mail: bsmp@mail.ru
- Khitrkheev Vladimir Evgenevich** – Buryat State University, dean of medical faculty, head of department of hospital surgery, doctor of medical sciences, professor, Ulan-Ude, Oktyabrskaya str., 36a, tel. 44-82-55, e-mail: hitriheev@rambler.ru.

УДК 616.921.5

М.С. Ширапова, В.Б. Алексеев, Т.А. Сымбелова

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ГРИППА А (H1N1) И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ (по данным МУЗ «Городская инфекционная больница»)

В статье представлены данные анализа клинического течения гриппа А за 2009 и 2011 г. (январь-февраль). Дана эпидемиологическая характеристика пациентов. Определены принципы лечения больных с учетом тяжести состояния.

Ключевые слова: грипп, статистика, лечение.

M.S. Shirapova, V.B. Alekseev, T.A. Symbolova

CLINICAL TREND OF A FLU A (H1N1) AND TACTICS OF CONDUCTING PATIENTS
(according to the data of MUZ «Municipal Infectious Hospital»)

In the article the data of analysis of a clinical trend of a flu A in 2009 and in 2011 (for January-February) have been presented). The epidemiological characteristic of patients is given. The principles of treatment of patients, taking into account the heaviness their state have been defined.

Keywords: flu, statistics, treatment.

Введение. Грипп – вирусное заболевание, поражающее дыхательные пути и передающиеся воздушно-капельным путем или через загрязненные вирусом предметы. Эпидемии гриппа возникают с периодичностью 1-3 года, но эпидемические вспышки отмечаются ежегодно. Первая информация о случаях заболевания людей в Мексике гриппом А (H1N1), который тогда называли «свиным», поступила в конце апреля 2009 г. [1; 3].

Актуальность. Ввиду постоянной угрозы пандемии, высокой смертности и частоты осложнений, больших экономических потерь готовность к эпидемии – одна из важнейших задач здравоохранения. В Республике Бурятия подъем заболеваемости гриппом А (H1N1) был отмечен с октября по декабрь 2009 г., январь-февраль 2011 г.

Все возбудители гриппа подразделяются на три типа: А, В, С. Самая высокая патогенность у вируса типа А, характерной особенностью которого является изменение антигенных свойств двух поверхностных белков-гликопротеинов: гемагглютинина (Н) и нейраминидазы (N). Различают 12 серотипов гемагглютинирующих антигенов (H1-H12); 9 подтипов нейраминидазных антигенов (N1-N9) [2].

Цель: провести анализ клинико-эпидемиологического течения высокопатогенного гриппа А (ВГА) (H1N1) за 2009 г., за январь-февраль 2011 г., выявить зависимость тяжести течения заболевания от сопутствующих факторов.

Задачи: определить тактику ведения больных ВГА (H1N1).

Материал и методы исследования проводились клинически и путем обработки историй болезни с лабораторно подтвержденным диагнозом ВГА (H1N1). Учитывался возраст пациентов, социальный статус, вакцинация против сезонного гриппа. В анамнезе выясняли сопутствующие отягощающие факторы, такие как злоупотребление алкогольными напитками, беременность, ожирение, наличие хронических заболеваний, детский возраст до 5 лет, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез.

В городской инфекционной больнице (ГИБ)

в 2009 г. лабораторно подтвержденных случаев заболевания было отмечено 364 (2548 к/дн.). В 2011 г. лабораторно подтвержденных случаев заболевания было всего 37 (302 к/дн.).

В 2009 г. было 364 истории с лабораторно подтвержденным диагнозом: из них 175 – взрослых, 189 – детей. Работающие – 74, неработающие – 101, беременные – 37. Детей было: от 0 до 3 лет – 45, от 3 до 6 лет – 49, от 6 до 14 лет – 60, от 14 до 17 лет – 35.

ВГА осложненной пневмонией прошло 74 пациента, из них дети до 17 лет – 33, в том числе дети до 2 лет – 12. Взрослые ВГА с пневмонией – 41 пациент, работающие – 18, неработающие – 23. Пневмония у беременных – 9 человек.

В палаты ОРИТ было госпитализировано 13 больных: из них – 8 взрослых (6 женщин, 2 мужчин); беременных – 2; 3 детей (2 мальчика, 1 девочка).

В 9 случаях пациенты были не привиты в свое время от сезонного гриппа.

2 пациента были привиты, и в то же время у 1-го пациента поствакцинальный иммунитет сформироваться не успел (вакцинация была проведена за 3-4 дня до начала заболевания); другой пациент находился в очень тяжелом состоянии, вследствие иммунодефицита на фоне тубинфицирования и отсутствия противовирусной терапии на догоспитальном этапе. Отягощающие факторы были выявлены у 9 пациентов (7 взрослых и 2 детей): у взрослых такие, как злоупотребление алкогольными напитками (2), беременность (2), ожирение и впервые выявленный сахарный диабет (1), старческий возраст и наличие сопутствующих хронических бронхолегочных заболеваний (2); у детей – тубинфицирование (1), отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (недоношенность 2-3 степени, отсутствие грудного вскармливания – 1).

За январь-февраль 2011 г. из 37 случаев ВГА H1N1 был зафиксирован у 35 взрослых и 2 детей. Среди женщин беременных было 16, из них с пневмонией – 6. Тяжелое течение отмечено у 7 пациентов, средней степени тяжести – у 22, лег-

кое – у 8. В отделение реанимации было госпитализировано 7 больных, из них – 6 взрослых и 1 ребенок. Факторами риска явились: пожилой возраст, сахарный диабет, хроническая почечная недостаточность, курение, злоупотребление алкоголем, непроведенная иммунизация.

Число беременных, заболевших ВГА H1N1 в 2011 г., составило 44% общего числа взрослых, заболевших в 2009 г. было 21%.

Взрослые, заболевшие ВГА H1N1, в 2011 г. составили 92% общего числа пациентов, в 2009 г. – 48%.

Детей, заболевших ВГА H1N1 в 2011 г., составило 8% общего числа пациентов, в 2009 г. – 52%.

Начало заболевания всегда острое, основные симптомы продромального периода:

- синдром интоксикации;
- явления фаринготрахеита в 100%;
- присоединение миалгического синдрома

было отмечено в 45%.

С начала заболевания обращение за медицинской помощью происходило в среднем на 3-4 сутки заболевания.

Тактика ведения больных с ВГА H1N1:

- в первую очередь, обращать внимание на заболевших беременных, лиц с метаболическим синдромом (диабет, ожирение, гипертоническая болезнь, хронические заболевания сердечно-сосудистой системы, органов дыхания и т. п.), детей в возрасте до 5 лет, так как прогрессирование заболевания пойдет по наихудшему варианту;

- тщательный сбор эпидемиологического анамнеза, уточнение вакцинального статуса, постановка клинического диагноза;

- своевременное проведение специфической противовирусной терапии;

- своевременное назначение антибактериальной терапии при возникновении респираторных нарушений;

- патогенетическая терапия: проводится гормонотерапия глюкокортикоидостероидами (согласно стандартам лечения SARS);

- инфузионная терапия глюкозо-солевыми растворами с коррекцией электролитов крови в объеме физиологической потребности, при развитии бронхолегочных осложнений, поражении ЦНС – ограничение до 70% ФП;

- при возникновении синдрома ОДН или явлений гипоксической энцефалопатии (адинамия, заторможенность, сонливость или наоборот – психомоторное возбуждение) срочный перевод в палаты ОРИТ;

- пациентам с развившейся пневмонией, независимо от тяжести, проводить определение сатурации кислорода в периферической крови (так называемый кислородный пульс);

- при необходимости более раннее (при наличии показаний) проведение интраназальной оксигенотерапии (правильная постановка канюль) или неинвазивной вентиляции легких с назначением лекарственных средств через небулайзер. Перевод на УИВЛ только на основании строгих показаний (неэффективность предварительной оксигенотерапии, снижение на этом фоне сатурации кислорода ниже 90%-85%, нарастание ОДН и РДС в виде одышки свыше 30-38 экскурсий, цианоза слизистых; декомпенсированный метаболический ацидоз, нарастание явлений гипоксической энцефалопатии); – при купировании вышеперечисленных показаний незамедлительный перевод больного на спонтанное дыхание, т.е. экстубация.

- Бронхоскопия только по показаниям!

- Больные должны находиться на кровати с приподнятым головным концом (как минимум на 30%).

- Постоянный вибромассаж, смена положения тела.

Выводы

1. У пациентов, своевременно не обратившихся за медицинской помощью, не привитых от сезонного гриппа, имеющих сопутствующие факторы риска, заболевание протекало тяжелее.

2. Заболеваемость гриппом в сравнении с 2009 г. значительно снизилась.

3. У беременных болезнь протекала в средней и легкой степени тяжести.

4. Осложнениями были пневмония, а также развитие ОДН на фоне хронических бронхолегочных заболеваний.

5. Летальных исходов не было.

Литература

1. Грипп: руководство для врачей / под ред. Г.И. Карпухина. – СПб.: Гиппократ, 2001. – 360 с.

2. Медицинская микробиология, вирусология и иммунология: учебник / под ред. А.А. Воробьева. – М.: Мед. информ. агентство, 2004. – 691 с.

3. Системы здравоохранения и проблемы инфекционных заболеваний. Опыт Европы и Латинской Америки. – Richard Coker, Rifat Atun, Martin McKee. – ВОЗ, 2009. – 286 с.

Ширапова Марина Содномовна – кандидат медицинских наук, старший преподаватель кафедры ин-

фекционных болезней БГУ. Тел. 8914 6356314, e-mail: marina2007sh.

Алексеев Виктор Баторович – заместитель главного врача по лечебной работе городской инфекционной больницы, тел. 41-67-21.

Сымбелова Татьяна Аюшеевна – главный врач МУЗ «Городская инфекционная больница», тел. 41-67-21.

Shirapova Marina Sodnomovna – candidate of

medical sciences, senior lecturer, department of infectious diseases, Buryat State University. tel. 89146356314, e-mail: marina2007sh.

Alekseev Victor Batorovich – chief of medical care, MUZ Minicipal Infectious Diseases Hospital, tel.: 41-67-21.

Symbolova Tatyana Ayusheevna – head physician, MUZ Minicipal Infectious Diseases Hospital, tel.: 41-67-21.

УДК 618.146

**Т.Н. Чимитдоржиева, Л.М. Жовтун,
А.О. Занданов, А.П. Перинов, Л.Д. Цыцктуева**

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ И ИНФИЦИРОВАННОСТЬ ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА В НЕКОТОРЫХ РАЙОНАХ БУРЯТИИ

В статье представлены данные анализа заболеваемости раком шейки матки (РШМ) в Республике Бурятия за последние 6 лет. Представлен первый опыт изучения распространенности вируса папилломы человека (ВПЧ) среди женщин, обследуемых на наличие заболеваний, передающихся половым путем, среди которых были пациентки, страдающие фоновой и предраковой патологией шейки матки. Исследование продемонстрировало наличие высокого уровня инфицированности (31%) вирусом папилломы человека высококанцерогенного риска (ВКР). При этом наиболее распространенными типами являются HPV 16, 31, 33 типов.

Ключевые слова: рак шейки матки, заболеваемость, вирус папилломы человека.

**T.N. Chimitdorzhieva, M.L. Zhovtun,
A.O. Zandanov, A.P. Perinov, L.D. Tsytzyktueva**

THE ANALYSIS OF MORBIDITY OF CERVICAL CANCER AND GETTING INFECTION WITH THE HUMAN PAPILLOMA VIRUS IN SOME DISTRICTS OF THE REPUBLIC OF BURYATIA

In the article the data of analysis of morbidity of cervical cancer (CC) in the republic of Buryatia for the last 6 years have been presented. The first experience of studying the prevalence of human papilloma virus (HPV) among women has been presented. These women have been examined for the presence of sexually transmitted diseases, among them the patients who have been suffering of background and precancerous pathology of cervix. The research risk has shown highly cancerous risk (HCR) because of the high level of getting infection (31%) by human papilloma virus. The most common types are HPV of 16, 31, 33 types.

Keywords: cervical cancer, morbidity, human papilloma virus.

Актуальность и состояние проблемы.

Одной из актуальных проблем практической гинекологии является выявление и тщательный отбор больных с повышенным риском возникновения РШМ и контроль за их состоянием.

По распространенности среди онкологических заболеваний женщин репродуктивного возраста рак шейки матки (РШМ) занимает второе место в мире и в России. В последние годы наблюдается тенденция роста заболеваемости данной патологией в молодом возрасте – до 30 лет [5]. Стадийность и длительность развития цервикального рака позволяют применять скрининговую методику для выявления процесса на стадии предрака – цервикальной интраэпителиальной неоплазии (CIN). Традиционным методом скрининга цервикальной неоплазии в большинстве

стран мира являются мазки по Папаникалау.

Многолетний опыт показывает, что профилактические осмотры без применения цитологического исследования могут снизить частоту выявления далеко зашедшего РШМ, но не в состоянии выявить предрак (дисплазию) и предклинические формы рака. Реальное снижение показателей заболеваемости и смертности под влиянием скрининга достигается только при обязательном условии регулярного цитологического обследования большинства женской популяции (80%) в возрасте старше 20 лет.

По степени охвата женщин цитологическим скринингом лучше обстоит дело в европейской части страны. Меньшее развитие получили программы скрининга РШМ в Сибири и на Дальнем Востоке [2].