

сутки, аскорбиновую кислоту 1500 мг в сутки. В лечении большинства применялись внутривенная и местная лазеротерапия.

Иммунотерапия проводилась как дополнительный фактор в основной группе больных и включала иммуномакс по 200 ед. в/м через день №3, далее перерыв 7 дней и повторяли курс. Для коррекции нарушения регионарной гемодинамики и микроциркуляции вводили гепарин-сульфаты: сулодексид (Вессел Дуэ Ф). Сулодексид назначали внутримышечно или внутривенно по 600–1200 ЛПЛ (липопротеинлипазо-высвобождающих единиц), однократно, с последующим переходом на капсулы в течение 30–70 дней и более по 1–2 капсулы 2 раза в день. Из таблетированных форм больные в основном получали ингибиторы циклооксигеназы (аспирин), тиаенопиридины (тиклопедин). Местное лечение гнойных ран у всех больных являлось одним из важных компонентов лечения плантарных язв. В фазе экссудации использовали мази, выполненные на основе полиэтиленоксидов, обладающих мощным осмотическим действием – левомеколь, антисептики: йодофоры (йодовидон, йодопирон), неадгезивные повязки: ургосорб, инадин, актисорб плюс, гидроальгинатную повязку Silversel с серебром. Во 2-й фазе раневого процесса с целью стимуляции репаративного процесса на этапе подготовки раны к пластическому ее закрытию применяли гидрополимеры – тиелле, тиелле плюс, гидроколлоидные повязки альгоплак, липидоколлоидная (урготул), повязки на основе коллагена – промогран.

ИРП в основной группе накладывали только после стихания активного инфекционного процесса в глубоких тканях.

Во время активного инфекционного процесса и раннем послеоперационном периоде (после резекций плюснефалангового сустава или после пластики местными тканями) разгрузку вели с помощью постельного режима или кресла-каталки. После наложения ИРП в ближайшие сроки больные выписывались на амбулаторное лечение, с явкой 1 раз в 5–7 дней. На каждом приеме иссекались вновь нарастшие гиперкератические края язв.

Результаты. Использование ИРП позволило более полноценно разгрузить пораженную конечность, местное лечение ран атравматическими повязками дало возможность более быстрого заживления язв. В основной группе у всех удалось заживить язвы при поверхностных язвах передней части стопы без пластики местными тканями, заживление произошло в среднем за 40 дней (28–62), а в контрольной группе язвы заэпителизовались за 63 дня (42–84). (Пациенты с поверхностными язвами лечились амбулаторно). В области пятки в основной группе некротические язвы размером 5,0×4,0 см зажили за 174 дней (165–183). В контрольной группе у одного пациента язва размером 3,0×4,0 см заэпителизовалась за 220 дней, у другого сократилась на 60%. (так как большой периодический наступал на область пятки).

При глубоких язвах с повреждением костной ткани и без, где производилась пластика местными тканями, язвы зажили в основной группе в среднем за 30 дней (26–34), в контрольной – за 32 дня (28–36). В послеоперационном периоде у всех больных в основной группе разгрузка проводилась с помощью ИРП в течение 2 мес., в дальнейшем применялась ортопедическая обувь, через 6 месяцев после выписки из стационара рецидива язв не отмечалось. В контрольной группе у одного больного на месте послеоперационного рубца вновь открылась язва. При сопоставлении результатов лечения у наших больных оказалось, что заживление трофических язв наиболее удачно достигается в основной группе, что отчасти можно связать с использованием комплексного подхода в лечении плантарных трофических язв. Анализ проведенных нами исследований показал, что сроки заживления язв можно сократить только при том условии, когда на раннем этапе производится полноценная хирургическая обработка язв, с иссечением краёв и дна язв, в случае вовлечения в гнойный процесс костной ткани – вначале должна производиться некрэксвестерэктомия с иссечением стенок, дна язв и деструктивной костной ткани, в дальнейшем после стихания воспалительного процесса и появлении краевой эпителизации – повторная хирургическая обработка раны, дерезекция костной ткани до здорового участка, пластика местными тканями. Разгрузка стоп должна производиться в обязательном порядке. Использование ИРП позволяет в более короткие сроки заживить язвенные дефекты и предупреждает развитие осложнений. Комплекс адекватных медикаментозных, хирургических и других методов лечения является залогом успеха в лечении больных сахарным

диабетом с длительно незаживающими трофическими язвами плантарной поверхности стоп.

Оптимального для всех пациентов метода разгрузки, видимо, не существует. Некоторые язвы не требуют разгрузки или заживают при минимальном уменьшении нагрузки на них (это скорее исключение, чем правило). У части пациентов полное заживление трофической язвы может быть достигнуто с применением традиционных методов. Но часто ИРП оказывается единственным приемлемым средством разгрузки. Эффективность ИРП выше, чем при других методах разгрузки конечности.

Литература

1. Брискин Б. С. и др. // Хир.– 1999, №10.– С. 53–56.
2. Crausaz S. // Diabetic Medicine.– 1988.– Vol. 5.– P. 771–775.
3. Международное соглашение по диабетической стопе.– М.: Берг, 2000.– 96 с.
4. Boulton A.J.M. // Diabetic Medicine.– 1996.– Vol. 13.– P. 12–16.

УДК: 615.831:616.24-002.5

КОЛЛАПСОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕЭФФЕКТИВНО ПРОЛЕЧЕННЫХ БОЛЬНЫХ ДЕСТРУКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

А.Р. САЛМАХАНОВ, Г.К. ГУСЕЙНОВ, М.А. МУТАЛИМОВ*

Актуальность лечения больных деструктивными и лекарственно-устойчивыми формами туберкулеза легких не снижается, а растет [3,4,6]. Пациенты, у которых не удалось добиться прекращения бактериовыделения и закрытия полостей распада, являются наиболее эпидемиологически опасными, переход процесса в хроническую форму у них почти неизбежен, если не предпринимать мер [2, 6]. Ежегодно остается недолеченным и переходят в число хроников 30–40% впервые выявленных больных туберкулезом легких [5, 6, 8], а излечение больных с хроническими деструктивными формами составляют от 17,7 до 21,4% [8].

Одним из методов лечения таких больных является искусственный пневмоторакс (ИП) и пневмоперитонеум (ПП) [1, 5, 7].

Цель – изучение эффективности применения ИП и ПП у больных, без явного эффекта принявших курс химиотерапии.

Под нашим наблюдением находилось 97 больных деструктивным туберкулезом легких в возрасте от 20 до 55 лет. Мужчин – 61 (62,8%), женщин – 36 (37,1%). У больных были следующие клинические формы туберкулеза легких: инфильтративный – у 49 (50,5%), кавернозный – у 27 (27,8%), диссеминированный – у 9 (9,2%), фиброзно-кавернозный – у 12 (12,4%). Каверны диаметром до 2 см были у 34 (35,0%), от 2 до 4 см – у 49 (50,5%), 4 см и более – у 14 (14,4%). Контрольную группу составили 93 больных, лечившихся повторно антибактериальными препаратами. По полу, возрасту, клиническим формам были рандомизированы с больными основной группы. Химиотерапия больных обеих групп проводилась индивидуально с учетом побочных реакции на предыдущих этапах и лекарственной чувствительности микобактерий (МБТ) к антибактериальным препаратам. Полирезистентность наблюдалась у 14,8% больных основной группы и у 19,4% – контрольной, множественная лекарственная устойчивость – 29,4% пациентов основной и 22,7% контрольной групп.

ИП применен у 37 (38,1%), ПП – у 54 (55,6%), ИП + ПП – у 6 (6,2%) больных основной группы. У 12 больных ПП наложен после неэффективности ИП из-за плевральных спаек. Сроки и длительность наложения ИП и ПП зависели от локализации и распространенности процесса, динамики его рассасывания под воздействием химиотерапии и варьировали от 6 до 12 недель. В период формирования газового пузыря плевральные сращения выявлены у 32, при этом у 20 они единичны и у 12 – массивные. Субплевральное расположение полости и сопутствующие ему свежие, рыхлые плевральные спайки не всегда являлись препятствием для формирования газового пузыря и эффективности ИП.

Приведем один из характерных примеров рационального применения ИП в лечении деструктивного туберкулеза легких.

Больная Р-ова Р., 32 лет поступила на лечение 20.04.05 с диагнозом инфильтративный туберкулез верхней доли левого легкого в фазе распада, МБТ+. Туберкулезом легких болен 12 месяцев. Лечение до госпитализации получала амбулаторно прерывисто, нерегулярно из-за непереносимо-

сти химиопрепаратов. Через два месяца получен рост МБТ с устойчивостью к S, R. Рентгенологически (Рис. 1) слева субплерально определяется полость диаметром 3,8 см. с плотными широкими инфильтрированными стенками, мелкие фокусы и участки инфильтрации.

При поступлении в стационар наблюдались симптомы интоксикации: фебрильная температура, кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты, одышку, боли в левой половине грудной клетки, общая слабость. Общий анализ крови: снижение Hb-103г/л, Эр – $3,0 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты – $9,7 \cdot 10^9/л$, Э – 3, П – 4, С – 67, Л – 20, М – 10, СОЭ – 37 мм/мин.



а) Рентгенограмма в прямой проекции



б) Томограмма верхней доли левого легкого (срез – 6 см)

Рис. 1 (а, б) На рентгеномограмме (срез 6 см) от 15.04.05 слева в верхней доле субплерально определяется полость диаметром 4,2 см с плотными широкими инфильтрированными стенками, мелкие фокусы и участки инфильтрации

Лечение начато с применением пяти антибактериальных препаратов (изониазид – внутривенно, этамбутол, пиразинамид, протионамид, ПАСК) на фоне патогенетической и дезинтоксикационной терапии. АБП вводились в виде аэрозолей. После улучшения состояния больной и нормализации гематологических показателей на пятой неделе химиотерапии наложен ИП. На контрольной рентгенограмме через 12 дней (рис.2) сформирован газовый пузырь, от коллабированного легкого к париетальной плевре тянется лентовидная спайка. ИП поддерживался 3 месяца, объем вводимого газа – 500 мл. Бактериовыделение прекратилось через 2 месяца лечения ИП. По данным рентгенологической картины заживление деструктивных изменений наступило через 3 месяца. После роспуска ИП рентгенологически от 30.08.05 г. в верхней доле левого легкого определяется небольшой участок фиброза (рис.3). Больная выписана домой в хорошем состоянии.



Рис. 2 Томограмма (срез 6 см) от 23.05.05 г. той же больной. Сформирован селективно-положительный ИП на фоне лентовидных плевральных сращений, коллапс 1/3, несмотря на спайки удается создать полный пневмоторакс. Каверна уменьшилась до 2 см

Это наблюдение подтверждает возможность при рыхлых плевральных сращениях сформировать полный селективно-положительный ИП. В табл. проведено сравнение данных комплексного лечения больных с давностью наблюдения 1–6 лет.



Рис. 3 Рентгенограмма той же больной от 20.08.05 г. Слева в верхней доле определяются единичный фиброз и мелкие очаги высокой интенсивности, полость не контурируется

Таблица

Сроки и частота нормализации показателей у больных в основной и контрольной группах

Группа больных	МБТ+	Прекращение бактериовыделения			Полости	Закрытие полости распада		
		<3 мес.	<6 мес.	<10 мес.		<3 мес.	<6 мес.	<10 мес.
Основная абс.	97	21	69	86	97	14	53	70
%	100	21,6	71,1	88,6	100	14,4	54,6	72,1
Контроль абс.	93	9	31	55	93	-	13	24
%	100	9,6	33,3	58,6	100	-	13,9	25,8

В основной группе прекращение бактериовыделения по данным микроскопии отмечалось через 3 месяца у 21 (21,6%) больных, через 6 месяцев – у 69 (71,1%), а к 10 месяцам – у 86 (88,6%). В контрольной группе больных, получавших только химиотерапию, у 9 (9,6%) отмечалось абациллирование мокроты через 3 месяца, у 31 (33,3%) – через 6 месяцев, у 55 (59,1%) – к 10 месяцам. Та же закономерность отмечено в сроках закрытия полостей распада. Заживление деструктивных изменений в легких по данным рентгенологического исследования через 3 месяца лечения в основной группе определялось у 14 (14,4%) больных, в контрольной – к этому времени полости сохранялись у всех больных. Через 6 месяцев разрыв стал еще больше – у 53 (54,6%) и 13 (13,9%) соответственно. К десяти месяцам полости распада не определялись у 70 (72,1%) больных основной и лишь у 24 (25,8%) больных контрольной групп. Закрытия полостей распада у больных основной группы, лечившихся ИП и ПП было установлено у 70 (72,1%). У пациентов группы сравнения, лечившихся только противотуберкулезными препаратами, показатель закрытия каверн в легких составлял 25,8% (24 из 93 пациентов), т.е. более чем в 2 раза меньше. У больных основной группы ИП и ПП в 11,3% случаев по показателю прекращения бактериовыделения и в 27,8% – по показателю закрытия каверн в легких оказался неэффективным. Основной причиной неэффективности лечения в этих случаях были выраженные и массивные плевральные сращения, и большие ригидные каверны. Эти изменения в легких создавали условия для длительного сохранения каверн и бактериовыделения. Даже в этих ситуациях у больных в первые 4-6 месяца исчезли симптомы интоксикации, нормализовалась формула крови, они прибавили в массе и их субъективное состояние оценивалось как удовлетворительное. При рентгеномографическом исследовании изменения в коллабированном легком имели тенденцию к частичному рассасыванию и уплотнению. Обобщая вышеизложенное, можно заключить, что применения ИП и ПП в лечении больных с повторным курсом химиотерапии повышает эффективность лечения более чем в 2 раза.

Выводы. Применение ИП и ПП на фоне химиотерапии повышает эффективность у ранее лечившихся больных. К 10 месяцам лечения прекращение бактериовыделения достигнута у 88,6% больных, закрытие полостей распада – у 72,1% (в контроле – 59,1% и 25,8%). ИП и ПП должен быть методом выбора в лечении больных деструктивным туберкулезом легких и с множественной лекарственной устойчивостью. Наличие спаек и сращений не всегда являются препятствием к формированию газового пузыря и коллабирования пораженного участка легкого.

Литература

1. Багдасарян Т.Р. и др. // Пробл. туб.– 2006.– №8.– С.23–26.

2. Бобырева М.Г. и др. // Туберкулез в России год 2007.– М., 2007.– С.460.
3. Борисов С.Е., Соколова Г.Б. // Consilium medicum, 2001.– т.3.– №12.– С.595–602.
4. Ерохин В.В. // Пробл. туб.– 2004.– № 8.– С.3–6.
5. Мотус И.Я. и др. // Пробл. туб.– 2005.– № 12.– С.22–26.
6. Перельман М.И. и др. Туберкулез в Российской Федерации 2006 г. Аналитический обзор основных статистических показателей по туберкулезу, используемых в Российской Федерации.– М., 2007.– С.191.
7. Чуканов В.И. и др. Туберкулез сегодня.– М., 2003.– С.266.
8. Шилова М.В., Хрулева Т.С. // Пробл. туб.– 2005.– №3.– С. 3–11.

УДК 616.895.4-053

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО СОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА НА УРОВЕНЬ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ-ВЫНУЖДЕННЫХ ПЕРЕСЕЛЕНЦЕВ

Е.Г. КОРОЛЮК, С.В. ЖУКОВ*

Хронический социальный стресс (ХСС) – это стресс, имеющий специфическую причину развития и касающийся не любого живого организма, не любого человека, а только дееспособного индивида. Возникающие под влиянием социального стресса отрицательные изменения происходят у наиболее социализированных лиц (подростки, лица трудоспособного возраста). Изменения, возникающие в организме под влиянием ХСС, не ограничиваются чрезмерной нейрогормональной реакцией и вызываемыми ею патологическими процессами, а касаются всех классов болезней (Величковский Б.Т., 2006). Причин возникновения ХСС у подростков существует несколько. Это и резкое снижение уровня жизни семьи, завышенные социальные требования к ребенку (учебная нагрузка, секции и кружки), изменение микросоциального окружения при переезде ребенка в другую школу, алкоголизм одного из родителей, развод родителей и как следствие этого изменение микросоциального статуса подростка в школьном коллективе. Одной из типичных причин формирования ХСС у подростков является вынужденная миграция семьи ребенка в связи с возникновением осложненной чрезвычайной ситуации (ОЧС – боевые действия). Сложная демографическая ситуация в самой России и длительная социально-экономическая и политическая нестабильность на прилегающих территориях привели к значительному потоку лиц, вырванных из привычных этнокультурных и микросоциальных условий.

Цель работы – изучение закономерностей реализации негативного влияния осложненной ЧС на формирование здоровья подростков, прибывших из зоны ОЧС.

Обследовано 106 подростков в сроки: через 1, 2, 5 и 10 лет после пребывания ребенка в зоне ОЧС. У 15 детей удалось проследить динамику вегетативной регуляции по данным вариационной пульсометрии и нагрузочных проб. При изучении динамики социально-средового анамнеза, выделили три группы факторов: материально-бытовые условия, внутри- и внесемейные микросоциальные взаимоотношения.

В первый год после прибытия из зоны ОЧС абсолютное большинство подростков испытывают дискомфорт, обусловленный потерей имущества семьи. В течение первого полугодия с момента эвакуации из зоны ОЧС вынужденным переселенцам компенсируется потеря жилья и имущества, но для ребенка 3-6 лет потеря привычного окружения, любимых игрушек и резкое изменение статуса семьи является психотравмирующим фактором. Через два года после пребывания в зоне ОЧС более чем у половины обследованных сохраняются жалобы на потерю имущества (в т.ч. личного) и жилья, в то время как обеспечение одеждой и игрушками находится на достаточно высоком уровне. В этот же период под воздействием рассказов взрослых появляются новые воспоминания о том, что до трагедии у ребенка... было всего много, и мы жили очень хорошо... «Материальная помощь и компенсационные выплаты государства, получаемые семьей вынужденного переселенца воспринимаются как незначительная компенсация. Учитывая, что большинство обследованных ранее проживали в сельской местности или поселках город-

ского типа, со слабо развитой инфраструктурой, можно сказать, что на второй год с момента прибытия из зоны ОЧС у ребенка полностью формируются новые воспоминания о благополучной жизни до ОЧС. Через 5 и 10 лет после пребывания в зоне ОЧС от 1/4 до 1/3 респондентов отмечают утрату имущества, как основной психотравмирующий фактор. Большинство считает, что они ограничены в доступе к источникам информации по сравнению с представителями коренного населения.

Микросоциальные контакты и взаимодействия так же претерпевают значительную эволюцию в течении первых десяти лет с момента пребывания ребенка в зоне ОЧС. Если в первый год с момента ОЧС для ребенка характерно экстравертивное поведение, преимущественно направленное во внесемейное окружение, то через 5 лет после пребывания в зоне осложненной ЧС вектор межличностных взаимоотношений у подростка направлен в сторону внутрисемейного микросоциального окружения. Количество внесемейных микросоциальных контактов максимально в течении первого года с момента пребывания подростка в зоне ОЧС. Для этого периода так же характерно наличие большого числа друзей, наличия общих интересов со сверстниками, стремление к контактам с коренным населением, позитивное восприятие взаимоотношений со сверстниками ($p < 0,001$). Через два года после прибытия из зоны ОЧС количество микросоциальных контактов во внесемейном окружении значительно снижается, взаимоотношения со сверстниками характеризуются как негативные, ограничиваются контакты с коренным населением; однако, ценность общения со сверстниками остается высокой. Через 5 лет с момента пребывания ребенка в зоне осложненной ЧС происходит полное выключение подростка из общественной жизни. Более 80% опрошенных имеют менее 2 длительных микросоциальных контактов (друзья), общие интересы со сверстниками отсутствуют, взаимоотношения с одноклассниками характеризуются негативизмом, частыми конфликтами. В этот период респонденты начинают избегать контакта с местным населением. Происходит формирование моноэтнической подростковой группы. Отношение к пребыванию в школе нейтральное или негативное. Аналогичные тенденции сохраняются и через десять лет после прибытия из зоны ОЧС. Внутрисемейные микросоциальные взаимоотношения также претерпевают значительные изменения. В первый год с момента пребывания ребенка в зоне ОЧС 45% респондентов отмечают повышенное внимание к себе со стороны родителей. В это же время частота ежедневных внутрисемейных конфликтов максимальна ($p < 0,001$).

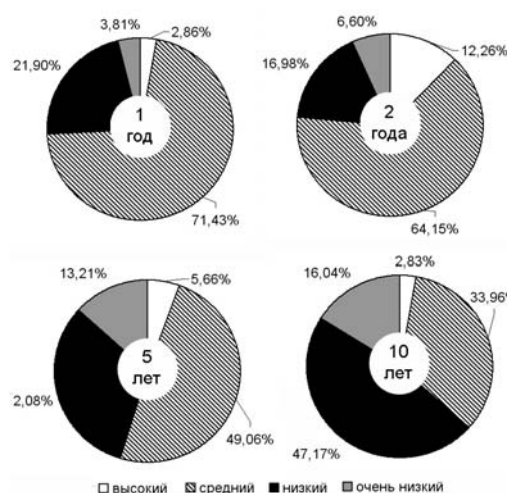


Рис. Динамика уровня резистентности у подростков, прибывших из зоны ОЧС ($1^\circ = 3,6\%$)

Более половины опрошенных расценивали наказание со стороны родителей как несправедливое. Учитывая, что вектор межличностных отношений в данный промежуток времени направлен на внесемейное окружение, следует предположить, что в 1-й год после пребывания в зоне ОЧС происходит компенсаторное превалирование внесемейной социализации. Через 2 года около половины детей отмечают, что родители уделяют им недостаточно внимания, частота ежедневных конфликтов снижается в 3 раза; большинство детей конфликтует с родителями не-

* Тверская ГМА