

циональных нарушений у больных является установление онкологического диагноза. Известная тяжесть физических страданий, высокий процент смертности, осложнения болезни, последствия оперативных вмешательств, инвалидность, снижение качества жизни, наряду с недостаточной осведомленностью пациентов о возможностях современных методов лечения делают факт осознания болезни катастрофичным для психики.

Вместе с тем, онкологические центры не имеют разработанных алгоритмов диагностики аффективных расстройств и сервисной модели оказания психиатрической и психологической помощи пациентам. Многие интернисты, в том числе и врачи-онкологи, рассматривают депрессивное настроение и суицидальные высказывания пациентов, как «нормальную» психологическую реакцию личности на заболевание. Последствия недооценки значимости тревоги и депрессии у онкологических пациентов могут быть очень тяжелыми. В частности, установлено негативное воздействие аффективных нарушений на показатели выживаемости и адаптационные возможности больных.

Раннему выявлению аффективных нозогенных расстройств при злокачественных новообразованиях может способствовать обследование больных с использованием психометрической Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (ГШТД, Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983).

Цель исследования: оценка степени выраженности тревожных и депрессивных симптомов у больных раком толстого кишечника с помощью ГШТД.

Материал и методы.

Были обследованы 22 пациента в возрасте от 53 до 80 лет (14 мужчин и 8 женщин), поступившие в специализированное онкологическое отделение ГKB №40 для оперативного лечения злокачественных новообразований толстой кишки. Больным был предложен самоопросник ГШТД, который содержит две шкалы (по 7 вопросов), выявляющих невротические тревогу и депрессию. Суммарный показатель по каждой из шкал при отсутствии патологии составляет 7 баллов, для сомнительных случаев - 8-10 баллов, для достоверного диагноза - 11 и более баллов.

Результаты исследования.

Из 22 пациентов, прошедших тестирование, 2 - показали отсутствие патологии, 5 - субклинически выраженную депрессию и тревогу, 15 пациентов - клинически выраженные расстройства (средние баллы по шкалам: тревога - 15 ± 3 , депрессия - 17 ± 4).

Выводы.

Таким образом, применение психометрической шкалы - самоопросника ГШТД, является эффективным методом раннего распознавания пограничных аффективных расстройств у больных с раком толстой кишки. Использование ГШТД в качестве пилотного скрининга депрессии и тревоги позволяет диагностировать эмоциональные нарушения у данного контингента больных и обеспечить оказание им своевременной психиатрической помощи.

ПЕДИАТРИЯ

ВЛИЯНИЕ ЭУБИОТИКОВ НА СОСТОЯНИЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРИ ПНЕВМОНИИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКИМ ШОКОМ

К.Т. Азимова

Самаркандский ГМИ, Узбекистан
Самаркандский ф-л РНЦ экстренной медпомощи

Изучение состава микробиоценоза кишечника у детей раннего возраста при пневмонии, осложненной инфекционно-токсическим шоком, представляется важной и актуальной проблемой для разработки эффективных методов коррекции нарушений микроэкологии.

Целью работы явилось изучение особенностей клинического течения пневмонии, осложненной инфекционно-токсическим шоком в зависимости от состояния микробиоценоза кишечника и степени эндотоксемии.

Состав микрофлоры кишечника в динамике заболевания изучался по методике посева испражнений, разработанной Р.В. Эпштейн-Литвак, Ф.А. Вильшанской в модификации М.А. Ахтамовой с соавт.

Обследовано 48 детей раннего возраста, больных пневмонией, осложненных инфекционно-токсическим шоком, находившихся на лечении в отделении II экстренной педиатрии Самаркандского филиала республиканского научного Центра экстренной медицинской помощи. 20 больных (1 группа) находились на традиционном лечении и 24 детей (2 группа) получали дополнительно эубиотики.

Тяжесть течения пневмонии коррелировала с видом вскармливания и частотой наличия преморбидного фона. У 62,5% больных диагностирован рахит, у 79,2% - гипотрофия, у 4,2% - паратрофия, у 20,8% - атопический дерматит. У всех больных диагностирована анемия различной степени тяжести. У больных, находящихся на смешанном и искусственном вскармливании, а также на фоне преморбидных состояний пневмония протекала тяжелее и чаще в 2,1 раз. У 2-ой группы больных пневмонией, осложненной инфекционно-токсическим шоком, которым на фоне традиционного метода лечения назначались эубиотики, общее состояние улучшалось на $4,2 \pm 0,5$ сутки, температура нормализовалась на 5-й день, цианоз кожи и слизистых исчез к концу 4-х суток. Купирование дыхательной и сердечной недостаточности при назначении коррегирующей биоценоз терапии происходило на седьмой день ($7,6 \pm 0,7$ и $7,1 \pm 0,5$ соответственно). В этой группе симптомы эндотоксемии - срыгивание, рвота и жидкий стул при назначении эубиотики исчезали на $5,1 \pm 0,4$, $2,9 \pm 0,2$ и $4,8 \pm 0,4$ сутки соответственно, что оказалось ($P < 0,01$, $P < 0,001$, $P < 0,001$) быстрее,

чем в 1 группе больных, получавших традиционное лечение. Эффективность проводимого лечения в конечном итоге проявилась длительностью пребывания больных в стационаре, составив у детей 2-ой группы $8,4 \pm 0,3$ койко-дня, тогда как у больных первой группы было $10,1 \pm 0,8$ койко-дней ($P < 0,01$). Сокращение сроков лечения больных, получавших эубиотики во 2 группе, несомненно, является отражением ускоренной нормализации микробиоценоза кишечника по сравнению с больными 1 группы, что является результатом применения эубиотиков. При микробиологическом исследовании микрофлоры кишечника у детей 2 группы, получавших эубиотики при выписке из стационара в кишечном содержимом формирование биоценоза кишечника приближается к нормальной аутофлоре. На фоне сохраненного уменьшения уровня анаэробов, количество *Bifidobacterium* и *Lactobacillus* возросло на три порядка и достигло приближения к нормальному уровню – до 10^7 - 10^8 микробных клеток 1 г кала, снизилось количественное содержание *Staphylococcus aureus* и *epidermidis* в 100 раз, *Proteus* и *Candida* до 10^2 - 10^3 , а содержание *E.coli* достигло 10^4 - 10^5 микробных тел.

Таким образом, применение эубиотиков на фоне традиционной терапии предотвращает патологическую колонизацию кишечника и симптомы эндотоксемии, способствует сокращению сроков лечения у детей раннего возраста при пневмонии, осложненной инфекционно-токсическим шоком.

ЛЕКАРСТВЕННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ С ПОЗИЦИЙ ПЕДИАТРА СТАЦИОНАРА

М.Ж. Ашурова, А.А. Абдусаламов

Самаркандский ГМИ, СФ РНЦЭМП, Узбекистан

В настоящее время стало небезопасно проводить лекарственную терапию из-за случаев фальсификации препаратов, проникновения на фармацевтический рынок Республики Узбекистан по частным каналам препаратов сомнительного качества, самолечения и ятрогений. Определенный вклад, на наш взгляд, вносит в снижение безопасности лекарственной терапии и рекламная агрессия через СМИ, допускаемая некоторыми фармацевтическими кампаниями.

Цель исследования: в настоящей работе предпринята попытка оценки ситуации по лекарственной безопасности с точки зрения целесообразности, необходимости и безопасности.

Материал и методы. Аналитический материал взят из мониторинга деятельности сельских врачебных пунктов (СВП), проводимого в Самаркандском филиале РНЦЭМП с 2009 года.

Результаты исследований.

Анализ показал, что определенный вклад в то, что ежегодно в мире умирает более 4 млн детей в возрасте до одного месяца, в основном в течение первой «критической» недели жизни, вносится за счет неадекватной помощи во время и после рождения. Выполнение Декларации Миллениума осуществимо при условии

коренного изменения сознания в критической массе специалистов в области репродуктивного здоровья. Примеры успешного решения этой проблемы в сельских родовспомогательных учреждениях Республики Узбекистан доказывают правильность такого пути в условиях ограниченных ресурсов.

Одним из путей решения проблемы является обеспечение врачей, акушеров и медицинских сестер современной с точки зрения научно доказательной медицины литературой, такой например, как «Решение проблем новорожденных. Руководство для врачей, медицинских сестер и акушеров», однако, мы считаем, подобная литература должна быть представлена специалистам на государственном языке.

Согласно материалам, полученным нами, полипрагмазия широко распространена в практике ведения новорожденных, что небезразлично для формирования иммунитета ребенка.

Регистрация принадлежности к территориальному СВП позволяет проводить мониторинг для выявления дефектов педиатрического обслуживания на догоспитальном этапе. О не надлежащем качестве оказываемых педиатрических услуг на догоспитальном этапе со стороны специалистов СВП свидетельствуют такие индикаторы, как полиморбидность: абсолютное большинство детей имели при поступлении несколько заболеваний. Высокий удельный вес среди поступающих часто болеющих детей. Многие дети поступали после длительной не адекватной и безуспешной амбулаторной терапии с элементами полипрагмазии. Определенный вклад в ухудшение здоровья детей вносит такое явление, как лечение, в том числе и антибиотиками, проводимое без назначений врача. Инициаторами такой практики являются в основном мамы, обосновавшие свой выбор методов лечения предшествовавшим опытом. Из анамнеза поступающих на стационарное лечение детей удается выявлять свидетельства недостаточного качества патронажа, а в единичных случаях не удавалось выяснить территориальную принадлежность к СВП и родители могли не знать даже название своего СВП.

Отмечается рост числа обращений по поводу медикаментозной аллергии у детей, в том числе с такими кожными проявлениями, как крапивница, отек Квинке, буллезный эпидермолиз.

Таким образом, мониторинг качества ведения детей на участке врачами СВП позволяет улучшать ситуацию при установлении преемственности между стационаром и территориальными СВП, количество которых в настоящее время по Самаркандской области составляет около 400.

ПРОЛОНГИРОВАННАЯ НЕОНАТАЛЬНАЯ ГИПЕРЕБИЛИРУБИНИЯ И МАРКЕРЫ МЕМБРАННОЙ ПАТОЛОГИИ

Н.Т. Бобоева

Самаркандский ГМИ, г. Самарканд, Узбекистан

E-mail автора: shaxjaxon@yahoo.com