

денного профилактического лечения трансформировалось в благоприятное (при проведении исследования по методике САН).

Результаты говорят о положительном эффекте проводимой терапии. Улучшение психоэмоционального статуса больных atopическим дерматитом под влиянием ТКЭС и даларгина объясняется стимуляцией опиоидэргических мезоденцефальных структур и пролонгированием специфического эффекта даларгина за счет эндоназального способа его введения. Эти процедуры способствуют выработке опиоидных пептидов – лейнкефалинов и бетаэндорфинов – гормонов, действие которых вызывает позитивные эмоции. Помимо этого, проведение профилактического лечения предотвратило возникновение очередного обострения патологического процесса у 12 больных, у 20 распространение кожных эфлюоресценций ограничилось возникновением atopических очагов на типичных местах (область локтевых и коленных сгибов, задне-боковая поверхность шеи), у 28 больных эритематозно-сквамозные очаги были не столь распространены, у остальных отмечалось обострение патологического процесса, аналогичное предыдущим. Своевременное назначение лечения с сеансами ТКЭС и эндоназальным введением даларгина ведет к уменьшению количества патологических высыпных элементов или их отсутствию в период сезонного или очередного обострения, улучшению психоэмоционального состояния больных. Это может послужить основанием для рекомендации и внедрения данного метода в практику в качестве противорецидивного.

Литература

1. Бутков Ю.С. // РМЖ. – 2002. – Т.10, №4. – С.176–180
2. Завьялов А.В., Силина Л.В. // Актуальные вопросы дерматотенерологии. – Курск, 2004. – С. 38–42.
3. Завьялов А.В. и др. Оценка изменения качества жизни и трансформация локального статуса у больных хронической идиопатической экземой под влиянием комплексного лечения. – Курск, 2005
4. Короткий Н.Г. и др. // Леч. врач. – 2000. – №10. – С.42–47.
5. Кубанова А.А. и др. // Consilium medicum. – 2004. – Т.6, №3. – С.167–173.
6. Федоров С.М. и др. // Рос. мед. ж. – 2003. – Т.9, №3. – С.153.

УДК 616-009.12; 616.12-008.331.1

ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ И КОРРЕКЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ НА ИОДДЕФИЦИТНОЙ ТЕРРИТОРИИ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

Н.Р. МОЛЛАЕВА*

Социально ориентированные программы. Оздоровительные программы должны включать меры по снижению уровня социальной напряженности в каждом конкретном населенном пункте как в форме специальных мероприятий по улучшению условий жизни и труда, так и информирование населения об экологической обстановке в регионе, используя источники, пользующиеся доверием у населения. Эффективное проведение социальных программ возможно лишь при условии межведомственного взаимодействия медицинских учреждений и учреждений, занимающихся работой с детьми, с местными органами управления, санитарно-гигиеническими службами и общественными организациями. При проведении социально ориентированной части программы профилактики и лечения психических расстройств у детей надо учитывать социальные факторы: многодетность семей, неполнота семей, бедность семей, близкородственные браки в семьях, в которых растут психически больные дети.

Первичная профилактика. Первичная профилактика психических расстройств на иоддефицитной территории с учетом установленного влияния недостатка иода на заболеваемость психическими расстройствами подразумевает в первую очередь профилактику иоддефицита. Возможно применение управляемой иодизации, предполагающей выявление групп населения, характеризующегося высоким риском развития иоддефицита. Важным компонентом управляемой иодизации является определение объема иодизации исходя из степени выраженности иоддефицита

конкретной территориальной единицы, возрастной потребности в иоде и особенностей питания в конкретном регионе. Изучение особенностей питания населения позволит выделить продукты, которые следует йодировать. Иодизация должна сочетаться с информированностью населения о влиянии йоддефицита и связанных с ним эндокринных расстройств на психическое здоровье детей, об основных проявлениях психических расстройств, о мерах профилактики и лечения психических расстройств.

Вторичная профилактика и реабилитация. С целью проведения активного выявления психически больных детей и детей из группы риска необходимо проведение профилактических осмотров детей из экологически неблагоприятных районов. В районах предгорья и равнины, где проживает преимущественно городское население, это возможно в детских поликлиниках или в школах. Необходимо активно привлекать к вторичной профилактике и лечению психических расстройств врачей соматических специальностей, в частности врачей-эндокринологов. В горных районах, где доступность медицинской помощи находится на низком уровне, необходимы регулярные выезды комплексных медицинских бригад, которые занимались бы как лечением, так и профилактикой психических расстройств. Результатом профилактических осмотров является выделение 3 групп детей: 1) детей, страдающих психическими расстройствами; 2) детей, находящихся на ранних стадиях формирования психических расстройств; 3) группы детей повышенного риска развития психических расстройств, характеризующиеся сочетанием нескольких факторов риска развития психических заболеваний, выявленных в настоящей работе. В отношении первой из этих групп должны применяться индивидуально ориентированные программы лечения. У детей с легкими астеническими проявлениями, не достигающими степени выраженности нозологических единиц, возможно профилактическое применение препаратов из группы адаптогенов и ноотропов. В отношении детей с повышенным риском развития психических расстройств должно проводиться наблюдение у психиатра и эндокринолога, при необходимости – обучение в специальных классах компенсирующего обучения, включение их в социально ориентированные программы.

Индивидуально ориентированные программы. В районах равнины и предгорья, где в школах предъявляются относительно высокие требования к детям, актуальным становится создание специальных классов для компенсирующего обучения детей, находящихся на более низком уровне психического развития. Наряду с учебным процессом должна проходить коррекция поведения, стимуляция эмоциональной, интеллектуальной и социальной активности. Индивидуально ориентированные программы должны включать также проведение симптоматической терапии в зависимости от клинической картины.

Основные группы препаратов, применяемые при психических расстройствах, связанных с йоддефицитом: отдельные витамины и поливитаминные комплексы; отдельные аминокислоты и аминокислотные комплексы (глицин, глутаминовая кислота, авитон и его модификации и др.); адаптогены (препараты элеутерококка, женьшеня, китайского лимонника, заманихи, левзеи и др.); седативные растительные препараты: валериана, пустырник, боярышник, мелисса, пассифлора, багульник, зверобой, шалфей; транквилизатор бензодиазепинового ряда фенибут, ноотропы (ноотропил, энцефабол, пантогам, церебрамин и др.)

УДК 616.61-002.3

ВУЛЬНЕРОСОРБЦИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА.

К.М. АРБУЛИЕВ*

Пилонефрит является одним из распространенных и тяжелых заболеваний в урологии. Он сопровождается интоксикацией организма, часто возникающим септическим шоком, при котором смертность достигает 60–92% [1]. Частота нефрэктомии в связи с гнойным процессом в почке достигает 25–50%, а послеоперационная летальность – 18,9–28,7% [2]. Внедрение в практику эффективных методов детоксикации организма – плазмафереза, плазмо-, гемосорбции крови и лазеротерапии [3] – открыли новые

* Кафедра детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии РМАПО, 117334, Москва, 5-й Донской проезд, д. 21а

* Кафедра урологии Дагестанской медицинской академии

возможности в лечении острого деструктивного пиелонефрита с септическим характером течения болезни. В этой связи мы обратили свое внимание на принципы сорбционной терапии для предотвращения поступления в кровь имеющихся в гное и раневой поверхности микроорганизмов, эндо- и экзотоксинов, т.е. использовать вальнеросорбцию. Гранулированные углеродные гемосорбенты типа СКН, Сугс, Симплекс, углеволоконистые материалы «Днепр» и «Ваулен», кремний-органические сорбенты на керамической основе и др. применяются для раневой сорбции [4]. Обычно вальнеросорбцию применяют для лечения инфицированных ран мягких тканей, флегмон. Это – так называемая поверхностная аппликационная сорбционная детоксикация [4, 6]. Однако возможности раневой сорбционной детоксикации этим не исчерпываются. Резервы метода раскрываются в методиках глубокой внутриполостной сорбции. Внутриполостная сорбция применяется для лечебного воздействия при гнойных процессах в глубоких ранах, при перитоните, абсцессах легких, печени [6]. Они не только удаляют, а извлекают токсические тканевые метаболиты, микробные клетки и бактериальные токсины из ран и раневых полостей. При прямом контакте сорбента с раневой поверхностью можно снизить число микроорганизмов в ране в 100-1000 раз по сравнению с традиционными перевязочными материалами. В эксперименте местное применение сорбентов позволяет затормозить развития генерализованной раневой инфекции и вдвое повысить выживаемость животных [5].

Для удаления гноя (абсцесс, карбункулы, гнойнички, пионевроз) из почки, паранефрального пространства до сих пор пользуются пассивными дренажами, хлорвиниловыми трубками, ватно-марлевыми дренажами, которые не контактируют с патологическими образованиями. Использование сорбентов в зоне нагноения почки теоретически оправдано. Полостная сорбция оптимизирует воздействие на источник эндогенной интоксикации при очагово-гнойном пиелонефрите (ОГП), каким является очаг гнойной деструкции в почке и окружающей ее клетчатке. В связи с тем, что лечение ОГП – задача активного удаления гноя, факторов протеолиза, мы начали применять дренажи-колоники с активированным углем, т.е. метод пиосорбции – вариант контактной гемосорбции, по определению Ю.М. Лопухина (патент № 2294771), воспользовавшись способностью активированного угля адсорбировать токсины и микроорганизмы по микропорам.

Материалы и методы. В урологической клинике Дагестанской государственной медицинской академии в 1997–2006 гг. нами проведено лечение 87 больных с осложненной формой ОГП. Всем больным проведено оперативное вмешательство.

В обследование при ОГП включены: общий анализ крови, мочи (определение фазы инфекционно-воспалительного процесса в почке); биохимический анализ крови; иммунологическое бактериологическое исследование мочи; УЗИ почек. Маркерами интоксикации были уровень средних молекул (СМП), лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), СОЭ.

Больные были разделены на 2 группы. 43 больных было в основной группе (ОГ), 44 – в контрольной группе (КГ). В ОГ для дренирования гнойных полостей применяли колонки-дренажи с активированным углем (вальнеросорбция), а в КГ – хлорвиниловый дренаж (табл. 1). Для определения влияния раневой полостной сорбции на показатели интоксикации после вскрытия абсцесса почки и паранефрита провели сравнительный анализ показателей. Динамику воспалительного процесса оценивали на 1-3, 7-9 и 14-21 сутки послеоперационного периода по следующим критериям: температура тела, уровень средних молекул (СМП), ЛИИ, лейкоцитоз, лейкоцитурия, бактериурия. Материалом для дренажа-колоники является крупноячеистая с Ø пор 2,5-4 нм капроновая сетка (или крупнопористая бязь в 15-20 см и Ø пор до 2,5 см) со введенной в середину перфорированной хлорвиниловой трубкой (от российской одноразовой системы для переливания крови), затем заполняют эти колонки активированным углем «симплекс» завязывают концы (рис. 1). Объем дренажа-колоники равен 50-60 см³. Стерилизация устройства длится 20 мин в автоклаве или 1 час в 2% растворе формалина. Активность угольного дренажа объясняется тем, что специально обработанные угольные гранулы имеет микропоры-капилляры, обеспечивающие всасывание микробов из взвеси жидкости и их удержание [7-8].

Степень интоксикации и тяжесть ОГП соответствовали глубине и распространенности гнойно-деструктивных изменений, развивающихся при обструкции мочеточника камнем. Выражен-

ность интоксикаций определялась тяжестью клинических проявлений заболевания и клинико-лабораторными биохимическими показателями, по которым можно было судить о степени поражения жизненно важных органов. На необходимость оперативного вмешательства указывало отсутствие эффекта от антибактериальной и детоксикационной терапии, проводимой на фоне катетеризации мочеточника, о чем говорила отрицательная динамика биохимических и лабораторных показателей. Проявилось это локальной болью в области почки, лихорадкой, сопровождавшейся ознобом, потливостью, дискинетическими расстройствами, а в тяжелых случаях – гемодинамическими нарушениями. Одним из условий благополучного исхода ОГП является эффективное применение детоксикационной терапии, форсированного диуреза. К сожалению, это не всегда адекватно устраняет токсическое поражение печени, септическую пневмонию, энцефалопатию. В этих случаях эфферентные методы, в т.ч. полостная сорбция угольными дренажами, оказались эффективными. Мы проводили сохраняющие почку операции (нефростомия, рассечение карбункулов, абсцессов почки и гнойного паранефрита).

Таблица 1

Очагово-гнойные формы пиелонефрита

Формы пиелонефрита	Число больных
Анастоматозный нефрит	16
Карбункул почки	15
Внутрипочечный абсцесс	7
Абсцесс почки и паранефрит	29
Урогематомы после операций на почке	4
Поликистоз почки	2
Солитарные кисты почки	2
Гнойные паранефриты	9
Итого	87

Таблица 2

Характер оперативных вмешательств при ОГП

Операции	Число оперированных	Умерло	Излечено
Вскрытие гнойничков, декапсуляция почки нефростомия	16		16
Рассечение карбункула, нефростомия	15		15
Вторичная нефрэктомия	15		
Вскрытие абсцесса почки нефростомия	7		7
Вскрытие абсцесса почки, паранефрита нефрэктомия	42	1	41
Вскрытие и дренирование нагноившихся кист почек	6		
Итого	87	1(2%)	86(98%)

При тяжелых состояниях больных камни мочеточников не удаляли. Немаловажным вопросом является возможность выполнения органосохраняющих операций при ОГП с прорывом гноя в паранефральную клетчатку. Таким больным мы проводили иссечение плотных кратерообразных краев вскрывшегося абсцесса, иссечение имбибированной прилежащей паранефральной клетчатки. Затем устанавливали дренажи-колоники наряду с обычным хлорвиниловым и силиконовым дренажом. Вводили два-три дренажа-колоники так, чтобы был контакт оболочек дренажей со стенками рассеченного абсцесса, карбункула, паранефрита по местам скопления гноя в окологломеральном пространстве.

Примерное расположение дренажей-колонок показано на рис. После установки дренажей через всю толщину мышц, подкожной клетчатки, кожу проводили ряд капроновых нитей (толстая рыболовная леска), с помощью которых края раны плотно сближали. Через сутки-двое после операции удаляли дренажи-колоники, которые уже насыщались токсичными компонентами раневого отделяемого. Для этого распускали длинные нити провизорных швов. Рана раскрывалась, удалялся дренаж-колонка или заменялся новым. В послеоперационном периоде угольные дренажи-колоники функционировали очень интенсивно. Исходное состояние больных существенно не отличалось ($P < 0,05$), но у больных ОГ в более ранние сроки достигалась нормализовалась температура, снизилась интоксикация (табл. 3).

Начальный уровень токсинов СМП у больных с ОГП превышал норму $0,14 \pm 0,120$ у.е. в 7 раз, в ОГ этот показатель был равен $0,82 \pm 0,11$, в КГ – $0,83 \pm 0,15$. У больных с ОГП при лечении с включением пиосорбции отмечается снижение уровня СМП к 3, 7 суткам соответственно на 32,5% и 47,5%, что опережает показа-

тели снижения СМП у больных КГ (30,2 и 34,9%). Исходный уровень ЛЛИИ у больных ОГ и КГ были высокими (5,7±0,05; P<0,05) превышая норму в 3 раза. У больных при вальнеросорбции отмечено уменьшение показателей ЛЛИИ, к 7 дню послеоперационного периода он составил 3,4±0,43 (P<0,05), а у больных КГ – 4,4±0,63 у.е.. У большинства степень лейкоцитурии уменьшилась до 8000 л. Через 2 недели число больных с лейкоцитурией уменьшилось до 4 (9,2%). Через 4 недели лечения уменьшилось и число больных с бактериурией (табл.4).

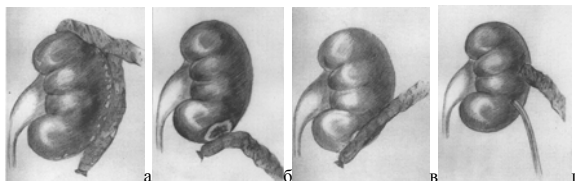


Рис. Колонки-дренажи установлены: а – по местам нахождения гнойников по их вскрытию; б – на месте иссечения карбункула почки; в – на месте иссечения карбункула и вскрытого паранефрита; г – колонка-дренаж введена в полость абсцесса, рядом виден нефростомический дренаж

Таблица 3

Сравнительный анализ показателей у больных с ОГП

	ОГ, n=43			КГ, n=44		
	1 день	7 день	14 день	1 день	7 день	14 день
СМП (у.е)	0,14±0,12 PL-0,05	0,12±0,04 PL-0,05	0,10±0,1 PL-0,05	0,42±0,1 PL-0,05	0,39±0,1 PL-0,05	0,3±0,06 PL-0,05
ЛЛИИ	5,7±0,021 PL-0,05	5,2±0,04 PL-0,05	3,4±0,43 PL-0,05	5,8±0,7 PL-0,05	5,4±0,83 PL-0,05	4,4±0,63 PL-0,05
СОЭ	48,3 ± 2,9 PL-0,05	31,2±2,6 PL-0,05	25,3±0,29 PL-0,05	46,4±2,6 PL-0,05	38,4±3,1 PL-0,05	28,2±2 PL-0,05

Таблица 4

Показатели гуморального звена иммунитета у больных ОГП

Лабораторные показатели	ОГ h=20		КГ h=20	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Т-лимфоциты	54,2±0,6%	79,2±2,1++	52,2±0,6%	66,±3,2%++
Абс. число	1,72	1,9	1,71	1,86
В-лимфоциты	5,9±0,3%	13,8±1,2%	0,3±5,9%	8±1,1%
Абс. число	0,13	0,26	0,17	0,19
IgA	0,84±0,3г/л	1,9±0,8г/л	0,82±0,3г/л	1,5±0,8г/л
IgG	7,8±0,8г/л	12,0±5,1г/л	7,8±0,8г/л	8,4±0,32г/л
IgM	0,85±1,5г/л	1,04±1,3г/л	0,85±1,5г/л	0,94±

++ – PLO,05±PLO,01

У больных с ОГП в обеих группах наблюдалось достоверное (P<0,05) снижение уровня Т-лимфоцитов, и В-лимфоцитов, что говорит о нарушении клеточного иммунитета из-за угнетающего влияния токсических веществ на тимусные лимфоциты, плазматические клетки и лимфоциты, вырабатываемые в костном мозге. В ОГ после начала раневой сорбции на 7 сутки уровень Т- и В-лимфоцитов составили соответственно 79,2% и 13,8% (P<0,05). Для КГ Т-лимфоциты – 66%, В-лимфоциты – 8%.

Выявлены изменения в гуморальном звене иммунитета P<0,05. Снижение уровня IgG было у 20 больных – 7,8±0,8 г/л. Это объясняется иммунодепрессивным воздействием токсических веществ на гуморальное звено иммунитета. Уровень IgA до операции составил 0,84±0,3 г/л, после лечения – 1,9±0,8 г/л; уровень IgG до лечения – 7,8±0,8 г/л, после лечения – 12,0±5,1 г/л.

Иммуноглобулин IgM сыворотки крови не имел достоверного изменения в процессе лечения. У больных КГ, леченных традиционно (табл. 4), отмечалось лишь незначительное улучшение показателей гуморального звена иммунитета, P<0,01.

Результаты. У больных ОГ при применении вальнеросорбции, последняя оказалась эффективной у 41 больного (85,3%) из 43. В КГ при дренировании хлорвиниловой трубкой лечение в 6 случаях (13,3%) было неэффективным. Антибактериальная и детоксикационная терапия, включая плазмаферез на фоне нефростомии и дренирования абсцесса хлорвиниловой трубкой, не привели к купированию ОГП. Состояние ухудшалось, нарастала интоксикация, что было показанием к вторичной нефрэктомии. Макроскопическое и гистологические исследования удаленных почек показало прогрессирование инфекционного воспаления в почке; 5 из этих больных затем выздоровели, но диабетик 67 лет умер от бактериотоксического шока.

Применение вальнеросорбции при ОГП ускоряет нормализацию общего состояния. Восстанавливается уродинамика пораженной почки, что позволяет в более ранние сроки удалить нефростомический дренаж. При этом у большинства больных ОГ рана зажила первичным натяжением в отличие от методики, когда дренирование полости абсцесса проводилось до 22-23 суток хлорвиниловой трубкой. Процент нефрэктомии у больных ОГ составил 5%, а у больных КГ – 12% при, летальности 2%. Положительные сдвиги в самочувствии больных с распространенной формой ОГП, оперированных с использованием вальнеросорбции, могут быть объяснены уменьшением всасывания токсинов и микробных тел в кровяное русло и снижением активности воспалительного процесса в почке и околопочечной клетчатке. Статистически достоверно повысился клиренс эндогенного креатинина (в ОГ – 86,7±4,8, в КГ – 66,3±3,9 мл/мин), уменьшился уровень мочевины в сыворотке крови, соответственно 5,34 и 12 мкмоль/л. В ОГ также положительная динамика показателей иммунитета.

Заключение. В лечении распространенных гнойно-деструктивных форм острого пиелонефрита оперативным вмешательствам принадлежит ведущая роль, это – своевременная люмботомия с ревизией почки, нефростомией со вскрытием и дренированием абсцесса почки и паранефрита. Использование полостного раневого диализа позволяет устранить интоксикацию, предупредить развития септических осложнений и сохранить почку как функционирующий орган. Лечебный эффект вальнеросорбции обусловлен как извлечением и оседанием токсинов и гноя на сорбенте, так и активным выведением их из раневого содержимого через микропоры сорбента из раны.

Литература

- 1.Пытель Ю.и др.Неотложная урология.– М., 1988.– С. 182.
- 2.Трапезников М.Ф. и др. // Современные принципы диагностики, профилактики и лечения инфекционно воспалительных заболеваний почек, мочевыводящих путей и половых органов.– М., 2007.– С. 158.
- 3.Лопаткин Н. Рук-во по урологии.– Т.2.– М., 1998.– 210 с.
- 4.Ерецяя Е.В. и др. // Клини.хир.– 1989.– № 4.– С. 32–34.
- 5.Саркисян А.П., Дуткович И.Г. // Эфферент. тер.– 2001.– № 1.– С. 19–22.
- 6.Коцадзе М.А. и др. // Эфферент. тер.– 1995.– № 2.– С. 38.

УДК 615; 616-085

КОМПЛЕКСНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ АЭРОФИТОТЕРАПИИ В САНАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Н.П. ФИРСОВА, Г.П. КОВАЛЕВА, Г.И. МОГУШКОВА*

Одни из первых письменных сведений об использовании благовоний принадлежат государству Шумер, которое существовало на территории современного Ирака за 3000 лет до н.э. В древнейших письменных памятниках Вавилона (XI в. до н.э.), унаследовавшего знания и культуру шумеров, встречается немало сведений об использовании растений в лечебных целях, в частности солодки, дурмана, белены. Уже тогда было отмечено, что солнечный свет отрицательно действует на лечебные свойства растений, поэтому сушить их следует в тени. Двери, окна помещений, в которых вавилоняне хранили лекарственные растения, обязательно выходили на север. Это положение сохранило свое значение и до настоящего времени. Хорошо известными были египетские ботанические сады с множеством душистых растений. Многие из них использовались в лечебных целях: лаванда, кориандр, гвоздика, ромашка, майоран, лилия, жасмин. Популярным было средство от сенной лихорадки, в состав которого входили сурьма, алоэ, мирра и мед. В Древнем Египте считали, что запах розы способен восстановить сон при переутомлении и нервозности. Чеснок давали рабам, строившим пирамиды, чтобы заболевания не препятствовали этой важной работе. В средние века были широко распространены так называемые «чепучинские сидения» – пребывание в камере с парами растений для лечения простуды и ревматизма. Ветки пихты, багульника разбрасывали в помещениях, где находились дети, больные ко-

* ФГУ «Санаторий «Загорские дали» Управления делами Президента РФ