

не выявлено достоверных различий показателей по данным УЗИ. Проведенный параметрический анализ выявил, что нарушения показателей УЗИ в режиме ЦДК достоверно чаще встречались у больных с РН по сравнению с ПМР и у пациентов с РН С и D степени по сравнению с РН А и В степени: по показателю турбулентности кровотока, при РН А и В степени по сравнению с ПМР – по всем показателям, кроме локации редких, истонченных, деформированных сосудов. У большинства больных с РН по ЦДК кровотоков был резко обеднен (78,8%), не прослеживался до капсулы почки. У детей с гипоплазией почки (100%) кровотоков прослеживался до капсулы почки. При сравнении показателей доплерографии у здоровых детей, больных с ПМР без ренального поражения и детей с рефлюкс-нефропатией установлено, что у больных с рефлюкс-нефропатией показатели внутривисцеральной гемодинамики характеризовались достоверным снижением скоростных показателей и индексов резистивности относительно группы детей с ПМР по показателям Vs, Vd, Ri, и детей контрольной группы – по показателям Vs, Vd, Ri, Pi. Наиболее информативным для ранней диагностики РН является показатель диастолической скорости: так, у больных с РН А и В ст $Vd=5,94\pm 0,99$ мм/сек, тогда как у детей с ПМР $Vd=10,7\pm 1,68$ мм/сек, $p<0,05$. Нами выявлено снижение скоростных показателей при РН. Способность максимальной систолической скорости (Vs) к повышению сохранена в 50% случаев при РН А-В степени и в 27,3% - при 2-сторонней РН, минимальной диастолической (Vd) – только в 3,5% случаев при 2-сторонней РН, индекса резистентности (Ri) – в 40% при РН А и В степени, 25% - при 2-сторонней РН, при гипоплазии почки индекс резистентности оставался в пределах нормы (100%), пульсационного индекса (Pi) – в 33,3% при РН А и В степени, 9,1% при РН С и D степени, 33,3% при 2-сторонней РН. Таким образом, нами установлены достоверные различия в характеристике показателей внутривисцеральной гемодинамики у детей с гипоплазией почки, ПМР и РН. Выявлена зависимость гемодинамических показателей от степени тяжести и локализации процесса.

Для раннего выявления РН и риска ее прогрессирования необходимо при диспансеризации детей с синдромом «малой» почки проводить комплексный клиничко-параклинический мониторинг с определением микроальбуминурии, показателей внутривисцеральной гемодинамики, функционального состояния почек и уровня артериального давления по результатам суточного мониторирования.

ПОЛИПАТИИ ЧЕЛОВЕКА – КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ СЛОЖИВШЕЙСЯ НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В РОССИИ

Ефремов О.Т., Каунова С.Г.

ПНИЛ «Патологическая анатомия и клиника полипатий» ЦМТ ЮУНЦ РАМН, ЦПАО АНО «МСЧ АГ и «ОАО ММК», Россия

По нашему мнению, существующий порядок государственного, статистического учета патологий, заболеваемости и смертности в России не может ни в коей мере соответствовать создавшемуся неблагоприятному положению со здоровьем населения Российской Федерации, оценке заболеваемости и смертности, а так же формирующимся в системе финансовым взаиморасчетам.

Нами предпринята попытка на основании анализа патологоанатомических протоколов оценить состояние с терминальной заболеваемостью больных в городе Магнитогорске, лечившихся в 4 городской, муниципальной больнице и стационаре АНО «МСЧ АГ и «ОАО ММК», работавших и не работавших на Магнитогорском металлургическом комбинате. Для этой цели была модернизирована система учёта в рамках, созданной в нашем лечебном учреждении группы компьютерных программ, объединенных в единую систему «Контроля технологического процесса по специальности гистология и патологическая анатомия». Изучены протоколы за 2002 - 2007 годы. За это время проведено 1108 аутопсий умерших в указанных выше лечебных учреждениях. Количество полипатий составило от 63, 1% до 72, 7%. Среди умерших от полипатий преобладали мужчины. Пик смертности от полипатий работавших на ММК пришелся на возраст 50-60, не работавших на ММК 60-70 лет. Количество куривших на момент смерти по данным составляло 22,9%, причем работавших на комбинате 17,9. Злоупотребляли алкоголем на момент смерти по данным историй болезни, протоколам аутопсий и катамнестическим данным, полученных от родственников: работавших на ММК 19, не работавших 96 умерших. Зарегистрированная длительность сочетания заболеваний составила от 1 года до 10 лет, распределение по длительности в таблице: что довольно показательно и говорит о низком уровне диспансеризации населения. Основными осложнениями (непосредственная причина смерти) приведшими больных к биологической смерти явились: тромбоэмболия легочного ствола и его ветвей –14,8%; гемотампонада желудочков мозга 7,8%; гемотампонада полости перикарда 7,07%; пневмония 3,55%; фатальная фибрилляция желу-

дочков 7,80%; сердечно-сосудистая недостаточность с отёком лёгких и асистолией 12,68%; легочно-сердечная недостаточность 3,55%; интоксикация и полиорганная недостаточность 8,52%. По нашим данным среди непосредственных причин смерти при полипатиях лидирует тромбоэмболия системы легочного ствола. Больше всего протоколов с 2-мя зарегистрированными. Отмечено, при наличии в составе полипатии хронической обструктивной болезни лёгких и сочетании её с различными формами ишемической болезни сердца (острой и хронической, преобладание мужчин – 80% случаев, значительно реже подобное сочетание этих заболеваний зарегистрировано у женщин – 20%). Возрастной ценз колеблется от 40 до 90 лет и более. Но более 50% случаев связано с трудоспособными, курившими индивидами в возрасте 40-60 лет. В изученном материале в составе полипатий хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ) фигурировала в качестве ведущего заболевания в 35 случаях, в составе полипатии при инфаркте миокарда в 163 случаях, при других формах хронической, ишемической болезни сердца в 84 случаях смерти. Основными непосредственными причинами смерти при подобных сочетаниях являлись пневмония, бактериально-токсический шок, легочно-сердечная недостаточность, сердечно-сосудистая недостаточность, тромбоэмболия системы легочного ствола, интоксикация и полиорганная недостаточность. Полученные данные свидетельствуют о наличии особенностей танатогенеза при различных формах сочетании хронической обструктивной болезни лёгких и различных формах ишемической болезни сердца. По-видимому, в данных случаях играют роль следующие факторы: замедление градиента скорости перфузии крови через миокард при повышении давления в полости правого желудочка и полости правого предсердия; особенности развития склеротических изменений в правом предсердии и правом желудочке; особенности ремоделирования желудочков сердца при ишемической болезни сердца и хронической обструктивной болезни лёгких; особенностями развития при данной сочетанной патологии (в особенности при инфаркте миокарда) стэннинга и гипертонии миокарда; особенности и выраженность пластической недостаточности миокарда при ХОБЛ и ИБС. В 12 случаях верифицирован клиницистами и патологоанатомами хронический алкоголизм в качестве основного, ведущего заболевания. Полученные данные свидетельствуют о том, что смерть от различных форм алкогольной болезни поражает людей преимущественно в самом работоспособном возрасте 41-60 лет. Установлено, что от различных форм алкогольной болезни в 97% случаев погибают мужчины. Так же установлено длитель-

ность пагубного употребления алкоголя (данные катамнестического опроса родственников) составляет от 5 до 20 лет. Чаще всего в качестве основного заболевания в протоколах фигурируют алкогольная кардиомиопатия, и затем в порядке убывания частотного ряда алкогольный цирроз печени, алкогольный панкреатит, острая токсическая энцефалопатия, острый алкогольный гепатит гепатоцеллюлярными некрозами, синдром Мэллори – Вейса. Существенной разницы в том, работал или не работал умерший на ММК не отмечено. В качестве непосредственной причины смерти при данном сочетании болезней в изученных случаях определены следующие: сердечно-сосудистая недостаточность, пневмония, бактериально-токсический шок, острая анемия, интоксикация с полиорганной недостаточностью.

В 52 % случаев полипатий с наличием указаний в диагнозе на различные формы алкогольной болезни имелись комбинированные заболевания, где в качестве фоновых, сочетанных и конкурирующих заболеваниях выступали различные формы хронической ишемической болезни сердца, хронической обструктивной болезни лёгких, гипертоническая болезнь и артериальная гипертензия (чаще всего обусловленная хроническим пиелонефритом). В остальных случаях имелся мультикаузальный генез смерти. Кроме этих, выше перечисленных случаев, в 43 протоколах имелись указания на различные формы алкогольной болезни, включённые в полипатии в качестве второго, третьего и четвертого заболеваний. Наиболее часто встречающимися заболеваниями в составе полипатии с различными формами алкогольной болезни выявлены следующие: инфаркт миокарда, инфаркт головного мозга, кровоизлияние в вещество головного мозга, гипертоническая болезнь и симптоматическая артериальная гипертензия, сахарный диабет, хроническая обструктивная болезнь лёгких, онкологические заболевания, ожирение 3-4 стадий, различные формы хронической ишемической болезни сердца (атеросклеротическая болезнь сердца, постинфарктный кардиосклероз и аневризма сердца, ишемическая кардиомиопатия).

Таким образом полученные данные свидетельствуют о значительной составляющей множественности заболеваний в статистике смерти.

Обращает на себя внимание что более 60% летальных полипатий приходится на трудоспособное население в возрасте 40-60 лет.

По нашему мнению медицинское свидетельство о смерти не может быть первичным документом, для использования при анализе полипатий, так как его рубрики (особенно Б) могут содержать разные по значению формы данные. Это могут быть и промежуточная причина смерти, одно из заболеваний включённых в полипатию и одно из тяжёлых (не смертельных и смертельных) осложнений и т. п.

Мы считаем, что для разработки причин смертности и заболеваний у людей, необходимо в качестве первичных документов в настоящее использовать только стационарные истории болезней, амбулаторные карты и в особенно протоколы патологоанатомических исследований. Но это не возможно без применения современных сетевых компьютерных технологий и соответствующих программ. Мы считаем, что назрела необходимость применения новой модифицированной формы «Медицинского свидетельства о смерти», поскольку применяющаяся в настоящее время устарела и получаемы при обработки их аналитические данные не могут служить основой для современного, адекватного планирования финансовых затрат для нужд здравоохранения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. В.И. Дмитриев, А.Д. Соломонов, М.М. Балыгин Изучение множественных причин смерти - важный шаг к пониманию современного состояния смертности населения. ФГУ Кардиологический, научно производственный комплекс Росздрава РФ, Краевой медицинский, информационно-аналитический центр, Ставрополь Здравоохранение Российской Федерации, 2,2006 год, стр 17-21.
2. Мишнёв О.Д. Основные вопросы организации патологоанатомической службы Материалы научно-практической конференции-семинара ведущих патологоанатомическими отделениями лечебно-профилактических учреждений Уральского федеративного округа «Актуальные вопросы организации патологоанатомической службы, патологоанатомической диагностики и экспертизы», Магнитогорск 2004 г, стр. 1.
3. Коваленко В.Л., Москвичёва М.Г., Кокшаров В.Н., Димов П.Г. Принципы стандартизации работ и услуг по специальности патологическая анатомия Материалы научно-практической конференции-семинара ведущих патологоанатомическими отделениями лечебно-профилактических учреждений Уральского федеративного округа «Актуальные вопросы организации чской службы, патологоанатомической диагностики и экспертизы», Магнитогорск 2004 г, стр. 42
4. Ивакина В.Н., Никольский А.В. , Дмитриев В.И. Методика учёта и анализа причин смерти. М.1978 .
5. Заратьянц О.В., Кактурский Л.В. Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов. Справочник-М.: «Медицинское информационное агентство», 2008 г.

ФИТОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Осипов П.Г.,
Степченко О.И.
*Белгородская областная клиническая больница
Святителя Ирасафа,
Белгород, Россия*

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) представляет собой специфические гистопатологические изменения, характеризующиеся гиперплазией стромальных и эпителиальных клеток простаты, неразрывно связанные со старением (7).

По данным Н.Е.Савченко ДГПЖ выявляется при аутопсиях у 70% мужчин в возрасте 61-70 лет и до 80% у мужчин от 70 до 80 лет (5). В связи с этим проблема выбора метода лечения больных ДГПЖ является наиболее актуальной в наше время, так как частота ее прогрессивно растет с возрастом и увеличением продолжительности жизни мужского населения планеты (10,11).

В 1990 году Лерог доказал, что устранение динамического компонента инфравезикальной обструкции опосредовано блокадой α_1 -адренорецепторов (12).

Поэтому, одним из наиболее современных и эффективных методов лечения больных неосложненной ДГПЖ является применение селективных α_1 -адреноблокаторов (1,3,4,7,8,9).

В лекарственной терапии ДГПЖ с непостоянным успехом используются препараты различных групп: альфа-адренолитики (празозин, фентоламин, омник), цитомедины (простатилен, эпителиамин, биоглобин), антибиотики (леворин), гормональные препараты (сустанон-250, раверон, депостат), антиэстрогены (ипертрофан), антиандрогены (агаптон, флуцином), ингибиторы 5-альфа-редуктазы (пермиксон, проскар), растительные производные (трианол, простаплант, аденолфорте, уртика-плюс, гентос), ферментативные препараты (вобензим «комплекс сильных ферментов»). При столь обильном фармакологическом выборе научно обоснованных рекомендаций по использованию того или иного препарата нет.

Цель и задачи исследования:

Изучить влияние фитотерапии на комплексное лечение пациентов с синдромом нижних мочевых путей.

Материалы и методы:

В исследование включены 45 пациентов в возрасте 61-75 лет. Нами определены факторы, лежащие в основе синдрома нижних мочевых путей (СНМП) у обследованных пациентов. Так, СНМП обусловлен хроническим простатитом (ХП) (12,9%), ДГПЖ в сочетании с ХП (70,1%), а