

жалобами на повышение Т до 40°C, кашель с гнойной мокротой, ознобы, потливость, сердцебиение, одышку. В анамнезе – пневмония, бронхит. Клинический диагноз: Внебольничная бактериальная правосторонняя средне- и нижнедолевая пневмония, **тяжелое течение**. Осл. : Дыхательная недостаточность II степени. Миокардиодистрофия.

При исследовании крови по предлагаемой методике – содержание CD16+CD56+лимфоцитов 7% (менее 10%), уровень интерлейкина-8 в сыворотке крови – 60,32 пг/мл (менее 80 пг/мл). Прогноз в отношении течения заболевания **неблагоприятный**. На фоне проведенного лечения отмечено улучшение состояния, инфильтрация в легких разрешилась не полностью в течение 3 недель – **затяжная (медленно разрешающаяся) внебольничная пневмония**.

Пример 2.

Большой Р., 59 лет, поступил в стационар через 14 дней после начала заболевания с жалобами на сухой кашель, боли в левой половине грудной клетки, одышку при незначительной нагрузке, повышение Т до 40 °С, потливость, озноб, сердцебиение. В анамнезе – аппендэктомия, без вредных привычек. Клинический диагноз: Внебольничная бактериальная левосторонняя верхнедолевая пневмония, **тяжелое течение**. Осл.: Дыхательная недостаточность II степени. Миокардиодистрофия.

При исследовании крови по предлагаемой методике – содержание CD16+CD56+ лимфоцитов 7% (менее 10%), уровень интерлейкина-8 в сыворотке крови – 146,1 пг/мл (более 80 пг/мл). Прогноз исхода заболевания – **благоприятный**. На фоне проведенного лечения отмечено **выздоровление** в течение 3 недель.

Выводы

1. Маркерами неблагоприятного (затяжного) течения ВП являются клинические признаки – объемные поражения и тяжесть течения воспалительного процесса, выявление которых увеличивает риск нетипичного исхода более чем в 6 раз.

2. Сочетание тяжести течения внебольничной пневмонии с недостаточностью иммунного реагирования в виде снижения натуральных киллеров (НК-лимфоциты, CD16+CD56+) и уровня интерлейкина-8 у пациентов с тяжелой формой повышает степень прогнозирования риска развития затяжного течения заболевания до 13,5 раз.

3. Недостаточность иммунного реагирования в виде снижения натуральных киллеров (НК-лимфоциты, CD16+CD56+) менее 10% и уровня интерлейкина-8 менее 80 пг/мл у больных с тяжелой формой внебольничной пнев-

монии является ранним прогностическим неблагоприятным маркером развития затяжного течения заболевания, что необходимо учитывать при проведении лечебных и реабилитационных мероприятий.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Данциг И.И. Диагностика и дифференциальная диагностика туберкулеза легких и внелегочных локализаций. – СПб.: 1991. – С. 26-27.
2. ПАТ. №2294133. Ru. Способ оценки тяжести течения пневмонии / Е.А. Романченко, Е.П. Калинина, Н.С. Журавская, А.П. Кузьмин. Оpubл. 27.02.2007. Бюл. № 6.
3. Руднов В.А. Сравнительная оценка информационной значимости шкал тяжести состояния больных с внебольничной пневмонией, госпитализированных в ОРИТ / В.А. Руднов, А.А. Фисенко, А.В. Дрозд // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2007. – №4. – С. 330-336.
4. Синопальников А.И. Клинические рекомендации. Внебольничная пневмония у взрослых / под ред. А.Г. Чучалина, А.И. Синопальникова – М.: Издательство «Атмосфера», 2005. – 200с.
5. Скопинцев М.А. Влияние факторов воспаления на течение внебольничной пневмонии / М.А. Скопинцев, О.В. Петухова // Медицина в Кузбассе. – 2004. - № 5. – С. 95-96.
6. Джон Дж. Бартлетт. Инфекции дыхательных путей. Пер. с англ. М. – СПб.: ЗАО «Издательство БИНОМ» - «Невский диалект», 2000. – 192 с.

МЕНОПАУЗАЛЬНЫЙ СИНДРОМ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Безус Е.В., Ламакина В.Г., Дробот Е.В.
МУЗ Поликлиника №16 г. Краснодара,
Кубанский государственный медицинский университет
Краснодар, Россия

Нами было обследовано 38 женщин в возрасте от 51 до 58 лет, с давностью диагноза менопаузальный синдром от 1 до 4 лет (все были осмотрены гинекологом и терапевтом). Испытуемые отвечали на вопросы стандартизованной анкеты. Оценка степени тяжести менопаузального синдрома проводилась согласно величине модифицированного менопаузального индекса (ММИ) который включает в себя три субшкалы: нейровегетативных, обменно-эндокринных и психоэмоциональных нарушений.

Согласно результатам наших исследований легкая и средняя степень тяжести менопаузального синдрома встречалась с одинаковой частотой. Но при характеристике шкал, составляющих ММИ выявлено, что средняя степень тяжести нейро-вегетативных нарушений встречается в 3 раза чаще, чем средняя степень тяжести метаболических и психоэмоциональных нарушений. По шкале нейро-вегетативных нарушений всех женщин беспокоит повышение артериального давления, отёчность лица или век, головные боли, непереносимость жары, онемение и судороги нижних конечностей. 83% отмечали головокружения, 67% сердцебиение в покое кроме того 50% женщин жаловались на приливы жара \до 10 приступов в день\ . Анализ шкалы метаболических нарушений показал, что всех женщин в 100% беспокоят мышечно-суставные боли, в 67% случаев диагностировано ожирение причём в 50% это ожирение 2 ой степени. Сахарным диабетом страдали 17% женщин, жажда беспокоила 33%. Изучение шкалы психоэмоциональных нарушений свидетельствует, что наиболее часто женщин беспокоило нарушение памяти и лабильность настроения - в 83%, утомляемость в 67%, повышение аппетита в 50%. Из вышеизложенного следует, что в основном у женщин выражены нейровегетативные нарушения. Это предрасполагает к формированию и прогрессированию сердечно-сосудистой и эндокринной патологии.

Таким образом, климактерический синдром представляет серьёзную медико-социальную проблему. Для обеспечения непрерывности и преемственности в наблюдении за женщинами необходима этапная система оказания помощи совместно со смежными специалистами: врачами-терапевтами, кардиологами, неврологами, урологами, травматологами, эндокринологами.

ПОЛИПАРАМЕТРИЧЕСКОЕ КОРРЕКЦИОННОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ПРИ СТРЕССЕ

Булгакова О.С.

*Российский педагогический университет
им. А.И. Герцена
Санкт-Петербург, Россия*

Психогенные дисфункции нуждаются в методе коррекции, затрагивающем различные уровни воздействия. Комплексная коррекционная методика «Полипараметрического психофизиологического воздействия УПД-БОС-РТМ» включает в себя три уровня:

1. Психологическая коррекция – направлена на **установку позитивной доминанты (УПД)**. Акцент в работе психолога делается на радостных и успешных событиях прошедшей и настоящей жизни. В итоге через 15-25 сеансов в коре головного мозга формируется «центр позитивной доминанты», который играет защитную роль и уменьшает стрессогенное воздействие. 2. Психофизиологическая коррекция – широкоизвестный **метод адаптивной кардиозависимой биологической обратной связи (БОС)**, который способствует снижению избыточной функциональной активности коры головного мозга, нормализации вегетативного баланса и восстановлению респираторной синусовой аритмии. Регистрация дыхательной аритмии обладает значительным потенциалом для определения роли колебаний вегетативной нервной системы у здоровых людей. Во время воздействия привычного стресса наличие респираторной аритмии можно рассматривать в качестве надежного косвенного индекса парасимпатических влияний на сердце. 3. Физиологическая коррекция – **техника релаксационного массажа с элементами точечного (РТМ)**. Чем расслабленнее мышцы, тем меньше импульсов поступает от них в кору головного мозга. В применяемой методике с элементами точечного массажа нажим на активные точки (фэн-чи, да-дзуй, да-дзю, гао-хуань, суань-шу, мин-мень, гань-шу) повторяется с частотой примерно на 30% реже, чем скорость пульсовой волны. Таким образом, через дополнительный механизм тактильной обратной связи нормализуется сердечный ритм.

Все уровни воздействия применяются на каждом сеансе, который длится 1-1,5 часа. По практическим наблюдениям в среднем количество сеансов ограничивается числом 20-25. Подход строго индивидуален, встречи происходят 3-4 раза в неделю. Коррекционное воздействие одновременно на психологическом, психофизиологическом и физическом уровнях позволяет наиболее деликатно притормаживать сформированную «травматическую доминанту» в коре головного мозга, менее травматично изменять «гомеостаз нездоровья», наиболее щадяще проходить стадию «мигрирующей клинической картины» и наиболее эффективно корректировать различные психогенные дисфункции.