

Выводы

Изучение уровня распространенности поведенческих факторов риска позволяет нам сформировать научно-обоснованную профилактическую деятельность, направленную на снижение риска развития хронических неинфекционных заболеваний и улучшения здоровья населения Гомельской области.

УДК 616.831-001.31:615.27

КОРРЕКЦИЯ ТЕРАПИИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ НА ФОНЕ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

Палковский О. Л.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) по своему медико-социальному значению является актуальной проблемой современной медицины. Частота встречаемости ЧМТ в Республике Беларусь в среднем составляет 3–4 на 1 тыс. населения, в структуре инвалидности при неврологических заболеваниях ЧМТ составляют 12–14 % [1, 2].

Внебольничные пневмонии (ВП) относятся к числу наиболее распространенных острых инфекционных заболеваний. Распространенность внебольничных пневмоний в Республике Беларусь в последние годы составляет в среднем 4 на 1000 населения, из них 6–9 % ВП являются аспирационными [3].

Эмоксипин как производное 3-оксипиридина относится к простейшим гетероциклическим аналогам ароматических фенолов и в этой связи проявляет антиоксидантные и антирадикальные свойства, что и является предпосылкой к применению при состояниях, сопровождающихся активацией процессов свободно-радикального окисления, как универсального повреждающего фактора [2].

Цель работы

Определение динамики тяжести состояния пациентов, при применении эмоксипина в комплексной терапии ЧМТ на фоне ВП.

Материал и методы

В зависимости от применения препаратов с антиоксидантными свойствами была выделена исследуемая группа А, в которую вошли пациенты с ЧМТ средней степени тяжести и ВП с оценкой степени тяжести состояния при поступлении по шкале АРАСНЕ II 12–14 ($n = 26$), не получавшие эмоксипин. Исследуемую группу Б составили пациенты с ЧМТ средней степени тяжести и ВП с оценкой степени тяжести состояния при поступлении по шкале АРАСНЕ II 12–14 ($n = 22$), получавшие внутривенно эмоксипин в дозе 300 мг/сут. Контрольную группу составили пациенты с ЧМТ средней степени тяжести с оценкой степени тяжести состояния при поступлении по шкале АРАСНЕ II 10–12 баллов ($n = 24$). Группы пациентов были сопоставимы по полу, возрасту, индексу массы тела ($p > 0,05$) статистический анализ проводился с использованием программного пакета STATISTICA 6.0. Для определения нормальности распределения использовался тест Колмогорова – Смирнова (при $p \geq 0,05$ распределение считалось нормальным и расчеты проводились с использованием t-критерия Стьюдента). При наличии ненормального распределения, расчеты проводились с использованием непараметрического критерия Манна–Уитни, для описательной статистики в таких случаях вычислялись медиана (Me) и интерквартильный размах (значения 25-го и 75-го перцентиля).

Результаты и обсуждение

Для определения клинической эффективности терапии с применением эмоксипина состояние пациентов оценивалось с использованием интегральной шкалы оценки тяжести состояния и прогноза исхода заболевания АРАСНЕ–II, шкалы диагностики и

оценки тяжести пневмонии (шкалы ДОП), шкалы ком Глазго, а также рассчитывались средние сроки терапии в стационаре для пациентов, получавших и не получавших эмоксипин [4]. При обработке результатов оценки состояния пациентов с помощью теста Холмогорова–Смирнова выявлено нормальное распределение.

При поступлении сумма баллов пациентов группы А составляла в среднем $12,7 \pm 0,67$, группы Б — $12,8 \pm 0,79$ ($t = 0,41$, $p = 0,68$, разница статистически незначима). К концу 3-х суток после начала терапии наблюдается положительная динамика в группах: сумма баллов в группе А — $7,27 \pm 1,31$, в группе Б — $5,77 \pm 1,23$ ($t = -4,05$, $p < 0,001$, разница статистически значима) (рисунок 1).

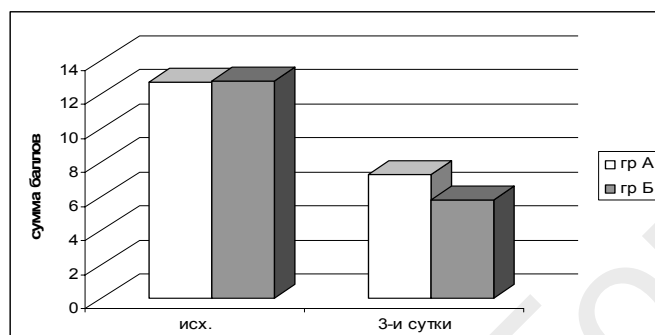


Рисунок 1 — Динамика тяжести состояния пациентов исследуемых групп (шкала АРАСНЕ-II)

Оценка неврологического статуса с применением шкалы ком Глазго не выявила значимых различий в состоянии пациентов. На момент поступления неврологический статус пациентов обеих групп не различался: группа А — $10,2 \pm 0,49$ баллов, группа Б — $10,4 \pm 0,66$ баллов ($t = 1,03$, $p = 0,3078$, разница статистически незначима), что наблюдалось и на 3-и сутки: группа А — $13,35 \pm 0,98$ баллов, группа Б — $13,86 \pm 0,99$ ($t = 1,82$, $p = 0,076$, разница статистически незначима) (рисунок 2). Данную ситуацию можно объяснить объективно более медленным восстановлением неврологических симптомов по сравнению с общим состоянием и динамикой разрешения пневмонии.

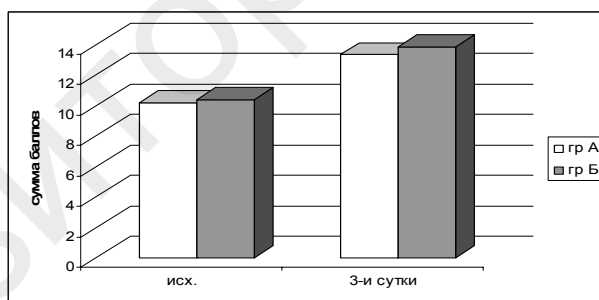


Рисунок 2 — Динамика неврологического статуса пациентов исследуемых групп

Тяжесть течения пневмонии оценивалась с помощью шкалы ДОП, с учетом температуры тела пациента, формулы крови, респираторного индекса (PaO_2/FiO_2), бронхиальной секреции и рентгенографии легких. Оценивалась динамика состояния в сумме баллов по вышеназванным показателям. При поступлении сумма баллов в среднем составляла: для пациентов группы А — $6,77 \pm 0,65$ балла, группы Б — $6,77 \pm 0,6$ (отсутствие статистически значимых различий $t = 0,019$, $p = 0,98$). На 3-и сутки у пациентов группы А в среднем определялось $3,58 \pm 0,76$ балла, в группе Б — $2,82 \pm 0,66$ ($t = -3,65$, $p < 0,001$, разница статистически значима) (рисунок 3).

Случаев летального исхода ни в одной из групп не зарегистрировано. При рассмотрении сроков проводимой в стационаре терапии, выявлено некоторое сокращение длительности госпитализации в группе пациентов, получавших эмоксипин. Так, в среднем, длительность терапии пациентов группы А составила $11,9 \pm 1,4$ дня, группы Б — $10,7 \pm 1,1$ ($t = -3,9157$, $p = 0,0042$, разница статистически значима).

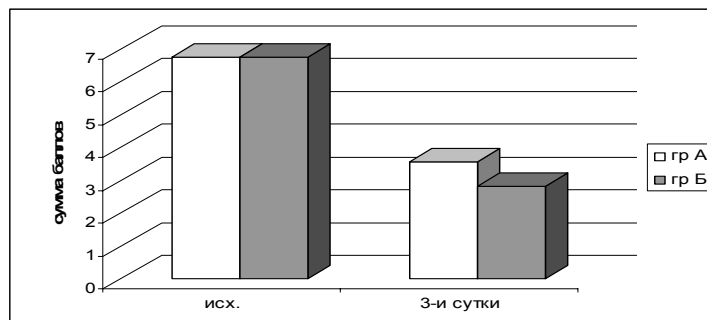


Рисунок 3 — Динамика тяжести состояния пациентов исследуемых групп (шкала ДОП)

Выводы:

1. Полученные данные говорят о повышении эффективности комплексной терапии с использованием эмоксипина. Интегральные показатели тяжести состояния пациентов, выраженные в сумме баллов по шкалам АРАСНЕ-II и ДОП, показывают более значимую динамику в группе пациентов, получавших эмоксипин (средние значения меньше на 20,6 % и 21,3 % соответственно), по сравнению с пациентами, эмоксипин не получавшими.

2. Изменение неврологического статуса в группе Б также имело тенденцию к более быстрой нормализации (сумма баллов по шкале Глазго в среднем на 3,8 % выше, но разница статистически недостоверна).

3. При сравнении сроков госпитализации, в группе Б значения были в среднем на 10,1% меньше.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анестезиология и интенсивная терапия / под общ. ред. Б. Р. Гельфанда. — М., 2006. — 575 с.
2. Дюмаев, К. М. Антиоксиданты в профилактике и терапии патологий ЦНС / К. М. Дюмаев, Т. А. Воронина; под ред. К. М. Дюмаева. — М., 1995. — 272 с.
3. Никитин, А. В. Антибиотики как регуляторы механизмов воспалительных реакций организма при инфекционном процессе / А. В. Никитин // Антибиотики и химиотерапия. — 1998. — № 9. — С. 3–9.
4. Bergeron, M. Hypoxia-ischemia, but not hypoxia alone, induces the expression of heme oxygenase-1(HSP32) in new born rat brain / M. Bergeron, D. M. Ferriero, H. J. Vreman // Cerebral blood flow and metabolism. — 1997. — Vol. 17, № 36. — P. 647–658.

УДК 616.36-004-036.22-036.88:614.876

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ПРИЧИН СМЕРТИ БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗАМИ ПЕЧЕНИ

(По данным госрегистра лиц, пострадавших от катастрофы на ЧАЭС)

Пальцев И. В., Романьков Л. В., Зубко Н. Е., Праведный А. А.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Государственное учреждение

«Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Хронические заболевания печени по своей социальной и медицинской значимости занимают одно из ведущих мест в патологии человека и относятся к заболеваниям, характеризующимся широкой распространенностью, тенденцией к росту и высоким уровнем в структуре смертности [2]. Одним из наиболее тяжелых заболеваний является цирроз печени (ЦП), уступающий по тяжести только онкологической патологии, но имеющий значительно более широкую распространенность. Число пациентов с ЦП неуклонно растет во всех странах. За время интенсивного изучения проблемы ЦП многочисленными исследователями раскрыты многие вопросы этиологии, патогенеза, течения и исходов данного за-