

4. Недостатки рентгенографии жестким излучением. Техника рентгенографии жестким излучением. Источник: [http://meduniver.com/Medical/lucchevaia\\_diagnostika/51.html](http://meduniver.com/Medical/lucchevaia_diagnostika/51.html) MedUniver.

5. Сазонов В.В. Восстановление телеизмерительной информации на фоне аддитивных помех // Надежность и качество: Труды международного симпозиума. – Пенза: Пенз. гос. ун-т, 2012. – Т. 2. – С. 381–383.

6. Терновой С.К. Лучевая диагностика и терапия: учебное пособие / С.К. Терновой, В.Е. Синицын. – 2010. – 304 с.

7. Форсайт Дж., Малькольм М., Моулер К. Машинные методы математических вычислений: пер. с англ. – М.: Мир, 1980. – 279 с.

8. Хофер Матиас Компьютерная томография – Базовое руководство: Изд. Медицинская литература, 2008. – 208 с.

### КОРЬ: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Ким А.А., Колмогорова Е.Л., Дауленова А.

*Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда,  
e-mail: kolmogorova\_el@mail.ru;*

*Областная инфекционная больница, Караганда*

Корь – высоко контагиозное острое вирусное инфекционное заболевание с воздушно-капельным механизмом передачи, вызываемое РНК-содержащим вирусом кори [3].

В 1919 г. была предложена серопротекция кори путём введения человеческой сыворотки, в результате чего снизилась смертность от этого заболевания, наводившая ужас на людей всего мира. В 1967 г. в России под руководством А.А. Смородинцева была создана живая коревая вакцина (ЖКВ), которая используется и по сей день в программе обязательной плановой вакцинации.

Программа по элиминации кори, разработанная ВОЗ, которая заключается в вакцинировании с охватом населения не ниже 95% на местном и национальном уровне, является одной из самых эффективных средств по борьбе с корью. Однако в некоторых странах продолжают наблюдаться вспышки кори, включая крупномасштабные вспышки.

На сегодняшний день, Республика Казахстан входит в 14 стран мира, где количество случаев кори превышает 1000 случаев в год, как у детей, так и у взрослых пациентов [2, 3, 4, 6].

В подавляющем большинстве случаев заболевание протекает с характерной лихорадкой, катаральным воспалением слизистых оболочек глаз, носоглотки и верхних дыхательных путей, специфическими высыпаниями на слизистой оболочке рта и пятнисто-папулезной сыпью на коже [5]. Летальность при кори связана с осложнениями данного заболевания. Осложнения при кори могут появиться в любом периоде заболевания. Чаще они связаны с присоединением вторичной микрофлоры и развитием отитов, ларингитов, ларинготрахеитов, пневмоний и др. Осложнения со стороны нервной системы – энцефалиты и серозные менингиты [1].

Представляет интерес следующее клиническое наблюдение.

Пациент М., 19 лет, студент медицинского университета поступил в Областную инфекционную больницу города Караганды в экстренном порядке 19.04.2014 года с жалобами на повышение температуры до 41,2°C, сухой кашель, першение и боль в горле, отсутствие аппетита, тошноту, однократную рвоту, слабость, головную боль, сыпь на лице. Со слов больного, заболевание началось внезапно 2 дня назад (17.04.2014), с повышения температуры тела до 40°C, головной боли и рвоты. Пациент принимал самостоятельно парацетамол, терафлюс кратковременным положительным эффектом. Но через 2–3 часа температура тела вновь повышалась. 19.04.2014 состояние заметно ухудшилось, появилась пятнисто-папулезная сыпь на лице.

При поступлении состояние оценено как средней степени тяжести за счет интоксикационного и катарального синдромов. При объективном осмотре: яркая гиперемия и выраженная пастозность лица с синюшно-багровым оттенком. Склерит. Двухсторонний катаральный конъюнктивит. Носовое дыхание затруднено за счет отека слизистой носа и небольшого слизисто-серозного отделяемого. В ротоглотке – яркая разлитая гиперемия, рыхлость задней стенки глотки и миндалин, на внутренней поверхности щек энантема в виде пятен Бельского – Филатова – Коплика. На коже лица ярко розовая пятнисто-папулезная сыпь, на неизменном фоне, склонная к слиянию. Периферические лимфатические узлы (передние шейные, задние шейные, затылочные) размером с фасоль, плотно-эластичной консистенции, чувствительные. Температура тела 39,6°C. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные, тахикардия. Живот мягкий, безболезненный. Стул кашицеобразный без патологических примесей. Диурез в норме. В общем анализе крови и мочи патологии не выявлено.

Было назначено лечение: полупостельный режим, диета № 13, орошение ротоглотки раствором регидрона 4–6 раз в сутки, гроприносин по 1,0 3 раза в день, амброксол 30 мг 3 раза в день, лоратадин 10 мг 1 раз в день, глазные капли сульфацил натрия 0,1% по 1 капле 3 раза в день, а также с дезинтоксикационной целью – инфузионная терапия в виде 5% раствора глюкозы 800 мл. В процессе лечения в период с 19.04 по 22.04.2014 г. общее самочувствие пациента в динамике без ухудшения. Сыпь распространилась на туловище и верхние конечности. Температура тела держалась на фебрильных цифрах. В последующие сутки состояние пациента улучшилось. Температура нормализовалась. Сыпь стала менее яркой, появился аппетит, уменьшились боли в горле. Но с 24.04.2014 г. общее состояние резко ухудшилось. Вновь отмечается повышение температуры тела до 39,8°C. Появились сухой надсадный кашель, осиплость голоса, боль за грудиной. Усилилась пастозность

лица. Сыпь стала интенсивной, яркой, с геморрагическим компонентом. Аускультативно ослабление дыхания в нижней доле правого легкого. Одышка. ЧДД – 28 в минуту. С диагностической целью пациенту назначена обзорная рентгенография органов грудной клетки. По результатам рентгенографии от 24.04.2014 г. – правосторонняя нижнедолевая пневмония. В общем анализе крови от 25.04.2014: признаки воспаления – лейкоцитоз (лейкоциты –  $17 \cdot 10^9/\text{л}$ ), со сдвигом лейкоцитарной формулы влево (палочкоядерные нейтрофилы –  $8 \cdot 10^9/\text{л}$ ). Пациенту выставлен диагноз: Корь, период высыпаний, тяжелое течение. Осложнения: Острый ларинготрахеит. Острая правосторонняя нижнедолевая пневмония. ДН I. Учитывая развившееся осложнение заболевания пациенту в лечении назначена антибактериальная терапия в виде в/м цефазолина 1,0 мл 3 раз в день, в/в левофлоксацина 500 мг 1 раз в день, бронхолитики, ингаляции с эуфилином. Пациент получал антибактериальную терапию в течение 7 дней.

На фоне проведенного лечения состояние пациента стало улучшаться. Температура тела нормализовалась. Сыпь постепенно регрессировала с образованием отрубевидного шелушения и пигментации светло-коричневого цвета. При контрольной обзорной рентгенограмме органов грудной клетки – пневмония в стадии рассасывания. В контрольном общем анализе крови и мочи без патологии. Выписан с улучшением на 14 сутки с остаточными явлениями в виде небольшого кашля с мокротой и сыпи в стадии пигментации.

Описанный клинический случай подтверждает, что корь на современном этапе у взрослых протекает в среднетяжелой и тяжелой форме с развитием осложнений. Соответственно для уменьшения заболеваемости корью среди взрослого населения необходимо проводить обязательную плановую ревакцинацию.

#### Список литературы

1. Атлас инфекционных заболеваний / Роналд Т.Д. Эмонд, Филипп Д. Уэлсби, Х.А.К. Роуланд; пер. с англ. под ред. В.В. Малеева, Д.В. Усенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.
2. Всемирная Организация Здравоохранения. Информационный бюллетень Апрель 2015 г.
3. Клинический протокол диагностики и лечения Республики Казахстан «Корь» от 12 декабря 2014 года
4. Совместный приказ и.о. Председателя Агентства Республики Казахстан по защите прав потребителей от 18 июля 2014 года № 195 и Министра здравоохранения Республики Казахстан от 18 июля 2014 года № 402 О проведении мероприятий по элиминации кори, краснухи и профилактике синдрома врожденной краснухи в Республике Казахстан на 2014–2015 годы
5. Ющук Н.Д.; под ред. Венгеров Ю.Я. Инфекционные болезни: Нац. рук-во ред. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
6. Lucy Breakwell, PhD et al. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) Measles Outbreak Associated with Vaccine Failure in Adults – Federated States of Micronesia, February–August 2014. October 2, 2015 / 64(38);1088-1093.
7. Number of Reported Measles Cases with onset date from Feb 2015 to Jul 2015 (6M period) Data source: surveillance DEF file. Data in HQ as of 7 September 2015.

### МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ ПРИ АДЕНОМАХ ГИПОФИЗА. ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ И КОНТРОЛЬ ЛЕЧЕНИЯ

<sup>1</sup>Лукьяненко П.И., <sup>1</sup>Усов В.Ю.,  
<sup>2</sup>Ворожцова И.Н., <sup>2</sup>Цыров Г.И., <sup>2</sup>Гудкова Т.Н.

<sup>1</sup>НИИ «Кардиологии», Томск,  
e-mail: Lukans@yandex.ru;  
<sup>2</sup>Сибирский государственный медицинский университет Минздрава РФ, Томск

В основу классификации аденом гипофиза положены четыре основных принципа – размеры, направление и характер роста, гистологическое строение и гормональная активность. Современные аспекты классификации аденом претерпели некоторые изменения. В частности, аденомы гипофиза стали делить на микроаденомы (диаметр аденомы до 10 мм) и макроаденомы (диаметр более 10 мм). Некоторые авторы предлагают выделять аденомы среднего диаметра (10–20 мм) [12], и только опухоли более 20 мм относить к макроаденомам [8].

Среди всех опухолей гипофиза наиболее часто встречаемые – лактотропные аденомы – или пролактиномы, они составляют 29% всех опухолей гипофиза, причем процент этот увеличивается до 47%, есть учитывать не чистые пролактиномы, а их смешанный, полигормональный характер [8]. Важность выделения пролактином чрезвычайно важна, поскольку они могут влиять на репродуктивную функцию как у мужчин, так и у женщин, вызывая снижение потенции у первых и бесплодие у вторых. Эта важность возрастает не только с точки зрения эндокринологии, репродуктивной медицины и гинекологии, но и с позиций кардиологии и нейрохирургии. Так в последнее время появились работы, указывающие на взаимосвязь гиперпролактинемии и ожирения, а также некоторые пусковые механизмы гипертензии, активация которых происходит у больных с гиперпролактинемией через ренин-ангиотензин – альдостероновый механизм [6].

Магнитно-резонансная томография (МРТ) в настоящее время является основным методом в диагностике аденом гипофиза [2, 4, 8, 13].

**Целью настоящего исследования** было изучить возможности магнитно-резонансной томографии в диагностике пролактином и аденом гипофиза у больных артериальной гипертензией на этапах терапевтического и хирургического лечения, а также отработать оптимальные подходы и протоколы в проведении МРТ, её кратность в зависимости от размеров выявляемых образований.

**Материал и методы.** Исследование проводилось на низкопольном магнитно-резонансном томографе «Magnetom-Open» фирмы Siemens с напряженностью магнитного поля 0,2 Тл с использованием стандартных T1-T2