

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
АСТРАХАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ
СБОРНИК**

АСТРАХАНЬ 2017

УДК: 61 (061)
ББК: 54.1
А 43

Редакционная коллегия:

- О.А. Башкина, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой факультетской педиатрии (ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России);
- О.В. Рубальский, доктор медицинских наук, профессор, академик РАЕН, заведующий кафедрой микробиологии и вирусологии (ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России);

Актуальные вопросы современной медицины: материалы II Международной конференции Прикаспийских государств (г. Астрахань, 5-6 октября 2017 г.). – Астрахань: Изд-во Астраханского ГМУ, 2017. – 238 с.

Сборник составлен по итогам работы II Международной конференции Прикаспийских государств «Актуальные вопросы современной медицины», состоявшейся в г.Астрахани 5-6 октября 2017 г.

Издание предназначено для научных и педагогических работников, аспирантов, ординаторов с целью использования в научной работе и учебной деятельности. Ответственность за аутентичность и точность ссылок, имен, названий и иных сведений, а также за соблюдение законов об интеллектуальной собственности несут авторы публикуемых материалов.

ISBN 978-5-4424-0277-3

Печатается по решению редакционно-издательского отдела

© Коллектив авторов, 2017

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Материалы II Международной конференции Прикаспийских государств

СБОРНИК

Технический редактор – Нигдыров В.Б.

Подписано в печать 28.09.2017г.

Гарнитура Times New Roman Формат 60x84 1/16

Уч. изд. лист – 27,9.

Заказ № 4361. Тираж 80 экз.

ISBN 978-5-4424-0277-3

Издательство Астраханского государственного
Медицинского университета
414000, гор. Астрахань, ул. Бакинская 121

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Абдуллаева Д.Г.</i> ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ В УСЛОВИЯХ ЖАРКОГО КЛИМАТА.....	3
<i>Алиева А.А., Галимзянов Х.М., Макашова В.В., Черенова Л.П., В.В. Василькова Л.П., Егорова Е.А., Горева О.Н, Лисина О.А., Иргазиева Г.К.</i> ФЕРМЕНТАТИВНАЯ АКТИВНОСТЬ НЕЙТРОФИЛОВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С ЕСТЕСТВЕННОГО ТЕЧЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ БИОХИМИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ.....	5
<i>Андреева М. В., Юдин С. А.</i> ВЛИЯНИЕ ТЭС-ТЕРАПИИ НА АДАПТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ ПОСЛЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ.....	7
<i>Арипходжаева Г.З., Рашидова С.А.</i> К ВОПРОСУ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОДХОДА К КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С.....	8
<i>Ахметова А.И., Клейменова Е.Б., Назаренко Г.И., Яшина Л.П.</i> СИСТЕМЫ ПОДДЕРЖКИ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ КАК СПОСОБ МЕНЕДЖМЕНТА ЗНАНИЙ И ПОВЫШЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИМ РУКОВОДСТВАМ НА ПРИМЕРЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА.....	10
<i>Балабанова Л. А., Камаев С.К., Имамов А. А., Ситдикова И. Д.</i> ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА УСЛОВИЙ ТРУДА И СОЦИАЛЬНО-БЫТОВЫХ ФАКТОРОВ С ПОЗИЦИИ ВЛИЯНИЯ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ РАБОТНИКОВ МАШИНОСТРОЕНИЯ.....	13
<i>Барков С.Ю., Годовалов А.П.</i> НЕКОТОРЫЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ЛЮДЕЙ ПРИ СПОРТИВНОМ ПИТАНИИ.....	15
<i>Бедлинская Н.Р., Галимзянов Х.М., Мирекина Е.В., Аракельян Р.С., Алиева А.А., Горева О.Н.</i> ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АСТРАХАНСКОЙ РИККЕТСИОЗНОЙ ЛИХОРАДКИ НА ТЕРРИТОРИИ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ.....	16
<i>Безрукова Д. А., Богданьянц М. В., Акмаева Л. М., Петрова Н. В.</i> ПАТОЛОГИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ В ПРИКАСПИЙСКОЙ ЗОНЕ.....	18
<i>Белан Э.Б., Садчикова Т.Л., Панина А.А.</i> ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОТИВОКОРЕВОВОГО ПОСТВАКЦИНАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.....	20
<i>Бердовская А.Н., Попко И.А.</i> КРАНИОСПИНАЛЬНАЯ ОПУХОЛЬ У ДЕВОЧКИ.....	22
<i>Богданьянц М.В., Джумагазиев А.А., Безрукова Д.А., Усаева О.В., Акмаева Л.М., Райский Д.В., Чершембеева Э.С.</i> ВЛИЯНИЕ ДОМАШНЕГО ПИТАНИЯ НА ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....	23

<i>Боев И. А.</i> ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ФЛЕГМОН ЧЕ- ЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛА- СТИ.....	25
<i>Бойко В.В.</i> КОРТИКАЛЬНЫЙ СЛОЙ ТЕЛА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ МОЛЯРОВ У МУЖЧИН ПЕРВОГО И ВТОРОГО ПЕРИОДОВ ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА ПРИ ЧАСТИЧНОЙ ВТОРИЧНОЙ АДЕНТИИ.....	27
<i>Бурова Н.А., Жаркин Н.А., Ярыгин О.А., Лемякин Е.В., Шатилова Н.В., Путнина А.И.</i> АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ОСНОВНЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ПАЦИЕНТОК ВОЛГОГРАДСКОГО РЕГИО- НА.....	29
<i>Вавило Н.В., Годовалов А.П.</i> ВЛИЯНИЕ ГИДРОКСИЛЬНОГО РАДИКАЛА НА ОКИСЛИТЕЛЬНУЮ МОДИФИКАЦИЮ БЕЛКА СЫВОРОТКИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ЗДОРОВЫХ ДОНОРОВ.....	30
<i>Вознюк М.А., Титаренко Ю.Б.</i> ИЗМЕНЕНИЯ ФЕТАЛЬНОГО ГЕМОГЛОБИНА ПРИ ЦИРРОЗАХ ПЕЧЕНИ С СИНДРОМ ГИ- ПЕРСПЛЕНИЗМА.....	32
<i>Вязовая И.В., Сергиенко Д.Ф., Ихсанов С.Д.</i> ЧАСТОТА И СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ДЕТЕЙ АСТРА- ХАНСКОГО РЕГИОНА.....	34
<i>Гасанов К.Г., Жидовинов А.А., Коннова О.В. , Смольев Ю.А.</i> СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЭХИНОКОККОЗА У ДЕТЕЙ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ....	35
<i>Гурина Л.Н., Ерохина И.А., Детинкина И.Н., Детинкин Д.О.</i> СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ВРОЖДЕННОМ ИХТИОЗЕ В ПЕРИОДЕ НОВОРОЖ- ДЕННОСТИ.....	37
<i>Гуцин М.О.</i> О ВЗАИМООТНОШЕНИЯХ УСЛОВНО ПАТОГЕННЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ С <i>LACTO- BACILLUS</i> SPP. В ВАГИНАЛЬНОМ БИОТОПЕ СУБФЕРТИЛЬНЫХ ЖЕНЩИН.....	39
<i>Гейвандова Э.С.</i> НОВЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ.....	40
<i>Демидов А.А., Башкина О.А., Ильенко Т. Л. , Старичкова С.З.</i> АНАЛИЗ АКТИВНОСТИ НЕЙТРОФИЛОВ КРОВИ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ.....	42
<i>Джувальяков П.Г., Богомолов Д.В., Путинцев В.А., Збруева Ю.В.</i> ОБОЩЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО ПРОБЛЕМЕ УСТАНОВЛЕНИЯ ТЕМПА СМЕРТИ ПО МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ДАННЫМ.....	44
<i>Жаркин Н.А., Стаценко М.Е., Бурова Н.А.</i> ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ У БЕРЕМЕННЫХ.....	46
<i>Жукова О.В., Руина О.В.</i> КЛИНИКО-ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЙ И ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ АНТИМИКРОБНОЙ ТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ В СТАЦИОНАРЕ РЕГИ- ОНА.....	48

<i>Зайцева Т.Н.</i> СКОЛИОЗ У ДЕТЕЙ: НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ.....	52
<i>Зенков А.Л., Сирип Д.О.</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛЕТОЧНОГО СОСТАВА ПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ И ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА КРЫС ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ.....	55
<i>Ибрагимова Д.Т., Мирхаликова Д.И.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ИНФЛЮЦИД ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОРВИ У ДЕТЕЙ	56
<i>Игамова С.С., Шамсиев Ж.А., Юсупов Ш.А., Махмудов З.М.</i> ПРОТИВОГИПОКСИЧЕСКАЯ И АНТИОКСИДАНТНАЯ ТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ В УСЛОВИЯХ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА.....	57
<i>Изосимов В. В., Умеров Э. Э., Гривенко С. Г.</i> НОВЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ВЕНОЗНОГО ГЕНЕЗА И ОЦЕНКА ИХ ЭФФЕКТИВНОСТИ.....	58
<i>Зоева А.Р.</i> ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.....	60
<i>Кадыков А.М., Черникина О.Г.</i> ДИНАМИКА АКТИВНОСТИ НЕЙТРОФИЛОВ И МОНОЦИТОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ.....	61
<i>Каменева О.П.</i> КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ДЕТСКОГО ГАСТРОЭНТЕРОЛОГА В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ.....	64
<i>Карташева Н.В., Олонцева Е.В., Бакулова В.Б., Черкасова Н.А., Эм И.Т., Харченко Л.В., Гарин А.В.</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА БАДДА – КИАРИ В ПРАКТИКЕ КАРДИОЛОГА.....	66
<i>Касьмова Е.Б., Башкина О.А.</i> ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ УРОВНЯ ФЕРРИТИНЕМИИ У БОЛЬНЫХ С ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ.....	68
<i>Касьянова Т.Р., Тимошенко Н.В.</i> ИЗМЕНЕНИЕ НЕКОТОРЫХ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА И ИХ СВЯЗЬ С СОДЕРЖАНИЕМ В КРОВИ ЭНДОТЕЛИНА-1 ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ.....	69
<i>Караваев В.Е., Философова М.С., Лихова И.Н.</i> ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПРИ ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ И ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ.....	71
<i>Касимо И.А., Шаджалилова М.С., Шаисламова Г.С.</i> СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ДИАРЕИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	74

<i>Кильдиярова Р.Р., Чернышова, Кононова Н.Ю.</i> КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ ФОРМЫ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА.....	75
<i>Кимирилова О. Г., Харченко Г. А.</i> ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПАРОТИТ У ПОДРОСТКОВ.....	77
<i>Кириллова Т.С.</i> ЯЗЫК КАК ОСНОВА НЕЙРО-ЛИНГВИСТИЧЕСКОГО ПРОГРАММИРОВАНИЯ.....	79
<i>Кирилочев О.О.</i> АВС/VEN АНАЛИЗ КАК МЕТОД ПОВЫШЕНИЯ РАЦИОНАЛЬНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ.....	80
<i>Кирилочев О.О.</i> КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ВОЗМОЖНОСТИ КОНТРОЛЯ АНТИХОЛИНЕРГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ.....	82
<i>Кошелева О.Н.</i> НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕЧИ ВРАЧА.....	83
<i>Конончук А.А.</i> ПРОЯВЛЕНИЕ ВЕТРЯНОЧНОГО ЭНЦЕФАЛИТА У ДЕТЕЙ.....	85
<i>Кругликова А.В.</i> РУДИМЕНТЫ И АТАВИЗМЫ: РАЗВИТИЕ МЫШЦ, ДВИГАЮЩИХ УШНУЮ РАКОВИНУ У ЧЕЛОВЕКА.....	87
<i>Ковалев М.И., Ищенко А.И., Ковалева А.М., Приходько А.В., Исаев А.А., Потапов И.В.</i> ПЕРСПЕКТИВЫ СОТРУДНИЧЕСТВА КЛИНИКИ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ СЕЧЕНОВСКОГО УНИВЕРСИТЕТА И ГЕМАБАНКА ПО СБОРУ И ИСПОЛЬЗОВАНИЮ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ПУПОВИННОЙ КРОВИ.....	90
<i>Ковалева А.М., Ищенко А.И., Ковалев М.И., Шилов И.П., Алексеев Ю.В., Иванов А.В., Румянцев В.Д., Вознесенский В.И., Поминальная В.М.</i> ЛЮМИНЕСЦЕНТНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И РАКА ШЕЙКИ МАТКИ.....	91
<i>Ковалева А.М., Ищенко А.И., Ковалев М.И., Олейников В.А., Чистяков А.А., Алексеев Ю.В., Вознесенский В.И., Поминальная В.М., Иванов А.В.</i> ПРИМЕНЕНИЕ СПЕКТРОСКОПИИ КОМБИНАЦИОННОГО РАССЕЯНИЯ (РАМАНОВСКОЙ СПЕКТРОСКОПИИ) ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ.....	93
<i>Колоколов В.А., Ратьева И.А.</i> ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ ПОЛИСОРБОМ И ПРОБИОТИКАМИ.....	95
<i>Красовский В.С.</i> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ В ХИРУРГИИ.....	96
<i>Куликов А.Г., Урусова В.Н, Агеева А.И., Кочеткова Н.А.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДИК ОЗОНОТЕРАПИИ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АНГИОПАТИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	99

<i>Куликов А.Г., Агеева А.И.</i> СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ КРИОТЕРАПИИ И МАГНИТОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПО ПОВОДУ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА.....	101
<i>Куликов А.Г., Максимов В.А., Кочеткова Н.А.</i> ОЗОН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ И САХАРНОГО ДИАБЕТА.....	102
<i>Куликов А.Г., Урусова В.Н., Кочеткова Н.А., Агеева А.И.</i> ОБЩАЯ МАГНИТОТЕРАПИЯ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ.....	103
<i>Кульбаева М. М., Исмаилова А.О., Сагиев З. А., Алыбаев С. Д., Мусагалиева Р. С.</i> ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ ШТАММОВ <i>V. CHOLERAЕ</i>, ВЫДЕЛЕННЫХ ОТ ЛЮДЕЙ И ОБЪЕКТОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ В КАЗАХСТАНЕ В 1982-2015 ГГ.....	106
<i>Лебедева О.В, Ткачева Н.В, Чикина Т.А., Чечухин В.М., Лапеко С.В., Ажкамалов С.И.</i> ПРИЧИНЫ И ИСХОДЫ НЕОНАТАЛЬНЫХ СУДОРОГ.....	108
<i>Левина Т.А., Аракельян Р.С., Галимзянов Х.М.</i> ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ МАЛЯРИЙНОЙ СТАНЦИИ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ (95 лет со дня организации).....	110
<i>Лендов А.О.</i> ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ЭМОКСИПИНА НА УРОВЕНЬ ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНА ГИПОФИЗА В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ГИПОКИНЕЗИИ.....	113
<i>Лендов А.О.</i> ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ЭМОКСИПИНА НА УРОВЕНЬ ГОРМОНОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ГИПОКИНЕЗИИ.....	114
<i>Мальшиева И.П., Акмаева Л.М.</i> ОЖИРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ.....	116
<i>Майлян Э. А.</i> АССОЦИАЦИИ ПОЛИМОРФИЗМА RS9594759 ГЕНА <i>TNFSF11</i> С МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТЬЮ ПОЯСНИЧНЫХ ПОЗВОНКОВ L1-L4 У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗУ.....	118
<i>Мамедов И.Г., Вешнева С.А., Удочкина К.Н., Шановалова Д.А., Абрамов А.А.</i> АНАЛИЗ МЕДИЦИНСКОЙ АКТИВНОСТИ РАБОТНИКОВ СУДОСТРОИТЕЛЬНЫХ И СУДОРЕМОНТНЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ ГОРОДА АСТРАХАНИ.....	119
<i>Месхи Н.Т., Жидовинов А.А., Гужвина Е.Н., Нигматуллина Э.Р., Стомпель Д.Р.</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ.....	121
<i>Мирошников А.Е., Жаркин Н.А.</i> АКУШЕРСКИЙ АУДИТ НА ОСНОВЕ 10-ГРУППОВОЙ КЛАССИФИКАЦИИ М.РОБСОНА.....	123

<i>Михайлов С.Н., Шаршавина Г.П., Лебедева Г.В., Чернов В.А., Зацепина Н.В.</i> ФИЗИЧЕСКАЯ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ КАРДИОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ОБЛАСТНОМ ЦЕНТРЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ.....	124
<i>Михайлов С.Н., Грищенко Л.В., Лебедева Г.В., Чернов В.А., Мешков С.Г.</i> ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПО ДАННЫМ АНКЕТИРОВАНИЯ ДО И ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК У КАР- ДИОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.....	126
<i>Никешин Н.Н., Формалев Л.В.</i> ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ТЕРРИТОРИИ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ.....	128
<i>Николаева Е.В., Ткачев И.В., Шлакин Ю.А., Мамедов А.Э., Смирнов С.М.</i> МУЛЬТИСПИРАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ С БОЛЮСНЫМ КОНТРАСТИ- РОВАНИЕМ В ДИАГНОСТИКЕ И ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ПЛАНИРОВАНИИ ПРИ АТРЕЗИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ.....	130
<i>Островецких О.П., Метелкин И.А., Бухарцева Н.В.</i> НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА В КОМПЛЕКСЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТОВ АДЕМЕ- ТИОНИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ АЛКОГОЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА.....	131
<i>Петрашенко И.И., Паникова Т.Н.</i> СРАВНЕНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИЧЕСКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ.....	134
<i>Полянина Э.З., Батырева З.З., Ерачин И.И., Козин А.И., Кузьмина О.Н.</i> МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПОСЛЕДОВ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ.....	136
<i>Понамарева А.А., Чикина Т.А., Галкина Н.Н.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА, ПРОВЕДЕННОГО В ГБУЗ АО «КЛИНИЧЕСКИЙ РОДИЛЬНЫЙ ДОМ».....	138
<i>Попов Е.А., Андросюк Н.Г., Красовская В.И., Гальцев С.С., Хилова Л.Н., Рудан Е.В., Григорьева Ю.Г., Садвакасова Н.Р., Костина Р.Р., Колесникова О.В.</i> РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ.....	140
<i>Рымко В.А., Осипова-Егорова Е.А., Конюх Е.А.</i> КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ФРАНЦУЗСКОГО ТИПА: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ.....	142
<i>Рыжкова О.А., Стрельцова Е.Н., Сайфулин М.Х., Попова Н.А., Аверенкова Н.С.</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ВОЗБУДИТЕЛЯ В УСЛОВИЯХ АСТРАХАНСКОГО РЕГИОНА.....	143
<i>Савенкова Н.Д., Джумагазиев А.А., Безрукова Д.А., Райский Д.В.</i> ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ РБ У ДЕТЕЙ.....	146
<i>Салий М.Г., Ткаченко Л.В., Селина Е. Г.</i> РОЛЬ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В ФОРМИРОВАНИИ ГИПОТАЛАМИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ.....	148

<i>Самотруева М.А., Ясенявская А.Л., Сергалиева М.У., Киселева А.А., Чабанова В.Г.</i> ВЛИЯНИЕ ЭКСТРАКТА ТРАВЫ АСТРАГАЛА ЛИСЬЕГО НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЫ В УСЛОВИЯХ ИНФОРМАЦИОННОГО СТРЕССА.....	150
<i>Самотруева М.А., Ясенявская А.Л., Мурталиева В.Х., Киселева А.А., Чабанова В.Г.</i> ВЛИЯНИЕ СЕМАКСА НА ОКИСЛИТЕЛЬНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ В УСЛОВИЯХ «СОЦИАЛЬНОГО» СТРЕССА.....	152
<i>Сарбасова А.Е., Синчихин С.П.</i> К ВОПРОСУ О ПРОГНОЗИРОВАНИИ РИСКА РАЗВИТИЯ АКУШЕРСКОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ.....	154
<i>Селихова М.С., Шатилова Ю.А., Солтыс П.А.</i> ОЦЕНКА ПРОГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ТУБООВАРИАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ПЕРИОДА.....	156
<i>Сергалиева М.У., Ясенявская А.Л., Самотруева М. А.</i> ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ЭКСТРАКТА ТРАВЫ АСТРАГАЛА ЛИСЬЕГО (ASTRAGALUS VULPINUS WILLD.) НА ФАГОЦИТАРНУЮ АКТИВНОСТЬ НЕЙТРОФИЛОВ.....	158
<i>Симонян А.М., Касьмова Е.Б., Башкина О.А.</i> К ВОПРОСУ О КОМОРБИДНОСТИ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	159
<i>Стомпель Д.Р., Чернов И.И., Кондратьев Д.А., Козьмин Д.Ю., Гапонов Д.П., Демецкая В.В., Николаева Е.В., Гужвина Е.Н.</i> ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АОРТАЛЬНОГО СИНДРОМА В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ.....	161
<i>Сулейманов Э.А., Каприн А.Д., Филоненко Е.В., Урлова А.Н., Хомяков В.М., Шульгин М.А.</i> ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ КАНЦЕРОМАТОЗЕ БРЮШИНЫ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА.....	163
<i>Сысуев Б.Б., Евсеева С.Б.</i> ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ВЛИЯНИЯ ОЧИЩЕННОГО РАСТВОРА МИНЕРАЛА БИШОФИТ НА РАСТВОРЫ ПОЛИМЕРОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В СОСТАВЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ И КОСМЕТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ.....	164
<i>Тарасов А.Н., Подгорнов В.В.</i> ЛОКАЛЬНОЕ КРИОГЕННОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ В ЛЕЧЕНИИ ГИГАНТОКЛЕТОЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ КОСТЕЙ.....	166
<i>Тарасова Л.Г.</i> ВЗАИМОСВЯЗЬ ДЕЛЕЦИИ ГЕНА ММР-1 И ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЁЗА ЛЁГКИХ.....	168
<i>Таиметова Г.Т.</i> РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ (ХОБЛ) СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ г.ТАШКЕНТА.....	170
<i>Таипулатова Ф.К.</i> ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ОТ ХИМИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ЛЕКАРСТВЕННО- УСТОЙЧИВЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ.....	173
<i>Таипулатова Ф.К., Жалолов А.А., Хомова Н.А.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕСТИРОВАНИЯ ПО МОРИСУ –ГРИНУ У БОЛЬНЫХ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ.....	174

<i>Телеупов Р.</i> ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ В ОБЛАСТИ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН.....	175
<i>Ткаченко Л.В., Гриценко И.А.</i> ПРОБЛЕМА ПРОФИЛАКТИКИ ДИСФУНКЦИИ ТАЗОВОГО ДНА.....	177
<i>Ткаченко Л.В., Свиридова Н.И.</i> ЗНАЧЕНИЕ АУТОИММУННЫХ НАРУШЕНИЙ В ПАТОГЕНЕЗЕ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ.....	178
<i>Ткаченко Л.В., Свиридова Н.И., Хохлова Р.Р.</i> СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ МИОМЭКТОМИИ: ОБОСНОВАНИЕ ПРОВЕДЕНИЯ.....	179
<i>Туруспекова С.Т., Цой Р.Т., Тажиева А.Е., Ким В.Э.</i> РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ УМЕРЕННЫХ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ И ДЕМЕНЦИИ В г.АЛМАТЫ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ.....	181
<i>Удочкина Л.А., Воронцова О.И., Гончарова Л.А., Баранец М.С., Куркин А.М.</i> БИОМЕХАНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНОГО СТОЛБА В НОРМЕ И ПРИ РОТАЦИОННЫХ ПОДВЫВИХАХ С1-С2 ПОЗВОНКОВ У ДЕ- ТЕЙ.....	182
<i>Ульмасова С.И., Касымов И.А., Шомансурова Ш.Ш.</i> СОВРЕМЕННАЯ СИТУАЦИЯ ОБРАЩАЕМОСТИ ЗА АНТИРАБИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАНЕ.....	185
<i>Ульмасова С.И., Касымов И.А., Шомансурова Ш.Ш.</i> ОБРАЩАЕМОСТЬ ЗА АНТИРАБИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИСТОЧ- НИКА ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН.....	186
<i>Умерова А.Р., Бузина О.Р.</i> ФАРМАКОНАДЗОР И БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ.....	187
<i>Умерова А.Р., Островерхов О.П., Гриднева С.В.</i> ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ СТУПЕНЧАТОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ И РАННЕЙ ЭНТЕРАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ В РЕАНИМАЦИОННЫХ ОТДЕЛЕНИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА.....	189
<i>Уханова Ю.Ю.</i> МАРКЕРЫ ПРОЛИФЕРАЦИИ И АПОПТОЗА В ДИАГНОСТИКЕ ПРОЛИФЕРИРУЮЩЕЙ МИОМЫ МАТКИ.....	192
<i>Уханова Ю.Ю., Белявская С.А.</i> ОЦЕНКА ТЕМПА РОСТА МИОМЫ МАТКИ – ВАЖНЫЙ КРИТЕРИЙ ПРИ ВЫБОРЕ ВАРИАНТА ЕЁ ЛЕЧЕНИЯ.....	194
<i>Файзиев Н.Н., Тиллаева Ш.Ш.</i> ИССЛЕДОВАНИЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП	196

<i>Харченко Г.А., Кимирилова О. Г.</i> КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА У ДЕТЕЙ.....	197
<i>Хренкова В.В., Абакумова Л.В., Гафиятуллина Г.Ш.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ПАРАМЕТРОВ ПРОСТОЙ СЕНСОМОТОРНОЙ РЕАКЦИИ ДЛЯ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЦНС ИНОСТРАННЫХ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПОДГОТОВИТЕЛЬНОГО ФАКУЛЬТЕТА МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА.....	200
<i>Цибизова А.А., Ясенявская А.Л., Ариф Ф., Бен Мааруф Ш., Ламлахи Ю., Лахлуми У.М., Нагхми В.Х., Слауи С.</i> ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ДУБИЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ В ТРАВЕ ARTEMISIA ABSINTHIUM L., ПРОИЗРАСТАЮЩЕЙ НА ТЕРРИТОРИИ МАРОККО.....	202
<i>Чабанова О.Н., Стрельцова Е.Н., Сайфулин М.Х., Макарова О.А.</i> ЛЕКАРСТВЕННОУСТОЙЧИВЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	204
<i>Чернышова Т.Е., Меликян И.А., Реверчук И.В.</i> ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СТРЕССА В ДОЛГОСРОЧНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ.....	206
<i>Черствая Е. В., Васильева Л. Н.</i> ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТЕЙ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ОТЯГОЩЕННЫМ АКУШЕРСКИМ АНАМНЕЗОМ.....	207
<i>Шаджалилова М.С.</i> КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРЫХ ДИАРЕЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ДИСБАКТЕРИОЗОМ КИШЕЧНИКА.....	209
<i>М.С.Шаджалилова, И.А.Касимов, Е.М.Осипова</i> КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРЫХ ДИАРЕЙ, ВЫЗВАННЫХ СЕРОГРУППАМИ ЭШЕРИХИЙ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ.....	210
<i>Шаджалилова М.С.</i> ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ И ДИСБАКТЕРИОЗА КИШЕЧНИКА ПРИ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МАТЕМАТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ МОДЕЛИРОВАНИЯ.....	212
<i>Шамсиев Ж.А., Давранов Б.Л., Имамов Д.О., Рузиев Ж.А., Джуманов Б.А., Юлдашев Ш.С.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ХИМИОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКОГО У ДЕТЕЙ.....	214
<i>Шамсиев Ж.А., Пак Е.А., Муталибов А.И., Атакулов Д.О.</i> ОСОБЕННОСТИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ У ДЕТЕЙ С ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ.....	215
<i>Шарапова Г.М.</i> КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ.....	216
<i>Шестакова А.В., Кадыралиев Б.К., Шестаков А.В.</i> ОПЫТ ОДНОМОМЕНТНОЙ СПЛЕНЭКТОМИИ И КОРРЕКЦИИ КЛАПАННОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ И АБСЦЕССЕ СЕЛЕЗЕНКИ.....	217
<i>Яковлев М.В., Батог К.А.</i> ЗАВИСИМОСТЬ ИНТЕНСИВНОСТИ ВОСПАЛЕНИЯ ПАРОДОНТА ОТ МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА ПАРОДОНТАЛЬНОГО КАРМАНА.....	219

<i>Ясенявская А.Л., Цибизова А.А., Книниш А., Мазруи И., Мегдад С., Мсалли Х.Р., Хатим М., Бакхуж М.</i>	
БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА БАЗИЛИКА ДУШИСТОГО, ПРОИЗРАСТАЮЩЕГО НА ТЕРРИТОРИИ МАРРОКО.....	221
<i>Ясенявская А.Л., Цибизова А.А., Бурас Н., Хашум М., Бухуш М.А., Кхелла Ф.Э., Мегдад Р., Моаши Р.</i>	
БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА ИВЫ ЖИВУЧЕЙ.....	223
<i>Ясенявская А.Л., Цибизова А. А., Мохтари С., Рами Л., Хераки Л., Рхарнати Х. Эль, Аллали Х., Ариф К.</i>	
ОПРЕДЕЛЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В ЛИСТЬЯХ МАЙОРАН (<i>ORIGANUM MAJORANA</i>), КУЛЬТИВИРУЕМОМ В МАРРОККО.....	226

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ В УСЛОВИЯХ ЖАРКОГО КЛИМАТА

Абдуллаева Д.Г.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

FEATURES OF DIAGNOSIS OF FOOD ALLERGY AT HOT CLIMATE CONDITIONS

Abdullaeva Dilafuz

Tashkent Institute of Postgraduate Medical Education, Tashkent, Uzbekistan

С ростом урбанизации наблюдается тенденция к увеличению аллергических заболеваний у детского и взрослого населения.

Аллергические болезни являются одним из частых проявлений патологии иммунитета, обусловленных избыточным реагированием иммунной системы [2]. Особое внимание отводится пищевой аллергии как одному из наиболее ранних и частых клинических проявлений аллергии. На течение и развитие пищевой аллергии воздействуют множество факторов окружающей среды, чрезмерное воздействие антигенов на кишечник, иммуномодулирующее действие вирусных инфекций и различных заболеваний [3]. Несвоевременная диагностика и лечение пищевой гиперчувствительности способствует развитию хронической неинфекционной патологии ЖКТ с нарушением процессов пристеночного и полостного пищеварения, формированию белково-энергетической недостаточности, иммунологической несостоятельности естественных барьеров организма [4].

В развитии аллергических заболеваний важную роль играет питание в раннем возрасте. Своевременная диагностика и диетотерапия при пищевой аллергии является актуальной проблемой в работе аллергологов, педиатров, терапевтов, диетологов и клинических иммунологов. ПА обычно скрывается под маской различных заболеваний и может протекать по разному. В связи с этим актуальность проблемы и необходимость разработки профилактических, диагностических и лечебных программ, направленных на предупреждение и снижение распространённости аллергических заболеваний, обусловленных пищевой сенсibilизацией требует особого подхода.

Цель исследования. Своевременная диагностика и диетотерапия больных пищевой аллергией.

Задачи:

1. Изучить распространённость пищевой аллергии среди больных аллергическими заболеваниями в условиях жаркого климата.
2. Внедрить современные методы диагностики в клиническую практику.

Материалы и методы исследования. Нами были внедрены в клиническую практику модифицированные иммуноблот панели аллергенов Rida qLine Allergy (Germany) для *in vitro* алергодиагностики в условиях жаркого климата. Исследования проводились в республиканском научно-специализированном аллергологическом центре и в разных регионах республики (Бухара, Хорезм, Кашкадарья, Сурхандарья, Самарканд, Андижан). Каждая панель содержит 5 стандартов, откалиброванных по международным референсным протоколам "1st WHO IRP 67/86 for human IgE" и 20 аллергенов. Данный тест позволяет количественно измерять концентрацию аллергенспецифических IgE в сыворотке крови методом иммунного анализа, результаты выражаются в МЕ/мл и RAST классах. Учитывая наличие клинических проявлений, положительной считали концентрацию аллергенспецифических IgE выше 0,35 МЕ/мл, которая идентична 1 RAST.

Результаты и обсуждение.

Было обследовано 500 больных аллергическими заболеваниями неясной этиологии. Все случаи повышенной чувствительности человека к факторам окружающей среды принято обозначать понятием «гиперчувствительность», которая может быть опосредована иммунологическими и неиммунологическими механизмами [5]. Гиперчувствительность по типу ис-

тинной аллергии запускается через иммунологические механизмы. При «IgE-опосредованной аллергии» выделяют «атопию», которая относится к случаям генетической предрасположенности развивать IgE-опосредованную сенсibilизацию к аллергенам окружающей среды, при контакте с которыми у большинства популяции сенсibilизация не развивается. IgE-опосредованная гиперчувствительность формируется стадийно: I стадия- сенсibilизация- длится от момента поступления аллергена в организм до формирования Th2-зависимого гуморального иммунного ответа на него, приводящего к синтезу антител IgE-класса; механизмы формируются около 2 недель, сама сенсibilизация может протекать месяцы, годы и всю жизнь.

Изучение кишечной проницаемости у детей и взрослых при пищевой аллергии показывает, что у больных экземой и пищевой аллергией наблюдается повышенная кишечная проницаемость для макромолекул по сравнению со здоровыми [1].

In vitro диагностика специфических IgE к пищевым, растительным, грибковым, эпидермальным, латексным и другим аллергенам окружающей среды имеет большее значение при тяжёлых алергодерматозах, атопических заболеваниях, так как имеет много преимуществ, безопасен для пациента- отсутствует непосредственный контакт с пациентом, может проводиться в период обострения заболевания, исключена опасность развития тяжёлых реакций во время тестирования, нет возрастных ограничений. Следует заметить, что на практике врачей общей практики диетотерапия часто осуществляется эмпирически, без характеристики аллергенов, определяющих прогностическую значимость.

Моновалентная сенсibilизация была выявлена у 5% больных, у остальных была отмечена поливалентная сенсibilизация к различным группам пищевых аллергенов. Среди наиболее распространённых аллергенов в условиях жаркого климата можно выделить фрукты семейства розоцветные: персики, яблоко, клубнику, абрикосы.

Сенсibilизация на латекс привлекла наше внимание, она сопровождалась с перекрёстной реакцией на плесневые грибки *Mucor mucedo*, *Rhizopus nigricans* (латекс-гриб синдром), на клещи *Dermatophagoides pteronissinus* (латекс-клещ синдром), пыльцу растений амброзия полыннолистная, подорожник, полынь, берёза (латекс-пыльца синдром) до 83,3% случаев.

Заключение. Успехи лабораторной in vitro диагностики с помощью иммуноблот панелей в нашей республике позволили выявить причинно-значимые аллергены на основании которых традиционные представления о роли IgE-опосредованных реакций при ПА значительно расширились. Основным методом лечения ПА является диетотерапия, основополагающим принципом которой является элиминация и прекращение поступления в организм причинных аллергенов, при соблюдении рационального и сбалансированного питания. Разработанные тесты для диагностики пищевой аллергии позволяют своевременно осуществлять элиминационные диетические меры у детей, у беременных, кормящих матерей и пациентов разного возраста. Своевременная диагностика, знание особенностей пищевых аллергенов в зависимости от термической обработки и индивидуальный подход при подборе элиминационной диеты предупреждает осложнения пищевой аллергии.

Литература

1. Макарова С.Г., Боровик Т.Э., Яцык Г.В., Звонкова Н.Г. Барьерная функция кишечника при пищевой аллергии у детей раннего возраста и возможности использования специализированных смесей на основе аминокислот // Российский алергологический журнал 2011.-№5.-С.59-65.
2. Тюкавкина С.Ю., Харсеева Г.Г. Реакции гиперчувствительности: механизмы развития, клинические проявления, принципы диагностики // КЛД 2014.-№5.-С.27-36.
3. Ramirez-Del-Pozo M.E., Gomez-Vera J., Lopez-Tiro J. Risk factors associated with the development of atopic march. Case-control study. Rev Alerg Mex 2012; 59:4:199-203

4. Thygarajan A., Burks A.W. American Academy of Pediatric recommendations on the effect of early nutritional interventions on the development of atopic disease. *Curr Opin Pediat* 2008; 6:698-702.
5. Van Cauwenberge P. Nomenclature change: fashion or need? It is quoted on: <http://www.rhinology.ru>

ФЕРМЕНТАТИВНАЯ АКТИВНОСТЬ НЕЙТРОФИЛОВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С ЕСТЕСТВЕННОГО ТЕЧЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ БИОХИМИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ

Алиева А.А.¹, Галимзянов Х.М.¹, Макашова В.В.³, Черенова Л.П.¹, Василькова Л.П.¹, Егорова Е.А.¹, Горева О.Н.², Лисина О.А.², Иргазиева Г.К.²

¹ФГБОУ ВО "Астраханский государственный медицинский университет" Минздрава России,

²ГБУЗ АО «Областная инфекционная клиническая больница им. А.М. Ничоги», г. Астрахань

³ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора, г. Москва

THE ENZYMATIC ACTIVITY OF BLOOD NEUTROPHILES IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS C WITH NATURAL CURRENT AS DEPENDENT ON THE DEGREE OF BIOCHEMISTRY ACTIVITY

Aliyeva A.A.¹, Galimzyanov H.M.¹, Makashova V.V.³, Cherenova L.P.¹, Vasilkova V.V.¹, Egorova E.A.¹, Goreva O.N.², Lisina O.A.², Irgazieva G.K.²

¹ Federal State Budget Educational Institution of Higher Education "Astrakhan State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation,

²State budgetary health care institution of the Astrakhan region "Regional Infectious Clinical Hospital of A.M. Nichogi", Astrakhan

³Federal Budget Institution of Science "Central Research Institute of Epidemiology" of The Federal Service on Customers' Rights Protection and Human Well-being Surveillance, Moscow

По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) количество инфицированных гепатитом С достигает 500 млн. человек в мире. В большом проценте случаев (до 70–80 %) болеют люди молодого, трудоспособного возраста [4, 5].

Изучение компенсаторных и адаптационных процессов с помощью цитохимических методов имеет свои преимущества, которые заключаются в высокой чувствительности тестов, возможности обнаруживать изменения не только в клетке, но и в отдельных клеточных элементах. С помощью цитохимических методов исследования выявляются нарушения в клетках крови при различных патологических состояниях [1, 2, 3].

Цель работы: оценить активность цитохимических ферментов в нейтрофилах крови у больных хроническим гепатитом С (ХГС) естественного течения в зависимости от степени биохимической активности.

Задачи исследования: 1. Исследовать дегидрогеназную активность в нейтрофилах крови у больных ХГС в зависимости от биохимических показателей. 2. Определить активность диафораз и эстераз в нейтрофилах крови у больных ХГС в зависимости от степени биохимической активности.

Материалы и методы: Для проведения цитохимического исследования нейтрофилы определяли в мазке из цельной крови. Исследовали активность окислительно-восстановительных ферментов: сукцинатдегидрогеназа (СДГ), лактатдегидрогеназа (ЛДГ), глюкозо-6-фосфатдегидрогеназа (Г-6-ФДГ); активность ферментов транспорта электронов кислорода: НАД-диафороза (НАД), НАДФ-диафороза (НАДФ); эстеразную активность: альфанафтилацетатэстераза (АЭ) и альфанафтилбутиратэстераза (БЭ).

Исследования дегидрогеназ и диафораз проводили по методике Р.П. Нарциссова, активность эстераз определяли методом Вачштейна-Вольфа. Оценку результатов цитохимических реакций проводили полуколичественным методом Karlow (1981).

Результаты исследования: Было проведено обследование 140 больных ХГС с естественным течением. Среди исследуемых преобладали мужчины (60,7 %). Клиническая картина характеризовалась небольшим количеством симптомов, чаще наблюдалась слабость (91,4 %), снижение аппетита (67,8 %), гепатомегалия (57,8 %), тошнота (37,8 %).

Биохимические показатели у больных ХГС характеризовались следующими изменениями. Нормальные показатели отмечались у 39 больных - 27,9 %. Повышение активности АлАт (свыше 0,88 ммоль/л) наблюдалось у более половины больных ХГС (101 чел., 72,1 %). Из них у 26 человек (18,6 %) активность АлАт определялась до 1,0 ммоль/л - минимальная степень биохимической активности. У 49 человек активность АлАт регистрировалась от 1,1 до 2,0 ммоль/л (35 %) и составили группу с низкой степенью активности; у 26 человек АлАт повышалась > 2,0 ммоль/л (18,6 %) - группа с умеренной степенью активности.

Отсутствовали достоверные различия у больных ХГС между нормальными показателями АлАт и с минимальным повышением до 1,0 ммоль/л, поэтому данные группы были объединены в одну и рассматривались, как больные ХГС с минимальной степенью активности.

У больных ХГС с минимальной степенью активности АлАт отмечались незначительные изменения уровня ферментов в нейтрофилах крови: достоверно низкая, по сравнению с нормой, активность НАДФ-диафоразы ($87,06 \pm 1,12$ у.е.; $p < 0,005$), АЭ ($22,89 \pm 0,75$ у.е.; $p < 0,001$) и БЭ ($82,46 \pm 2,51$ у.е.; $p < 0,01$). У больных ХГС с низкой степенью активности АлАт наблюдался значимо низкий уровень Г-6-ФДГ ($27,06 \pm 2,82$ у.е.; $p < 0,005$), НАДФ-диафоразы ($9,88 \pm 0,82$ у.е.; $p < 0,001$), НАДФ ($83,61 \pm 1,53$ у.е.; $p < 0,001$) и эстераз (АЭ $21,10 \pm 0,96$ у.е.; $p < 0,001$ и БЭ $76,59 \pm 3,22$ у.е.; $p < 0,001$) по сравнению с нормальными значениями. У больных ХГС с умеренной степенью активности АлАт были зарегистрированы маленькие концентрации НАДФ-диафоразы ($81,8 \pm 2,7$ у.е. $p < 0,004$), АЭ ($19,73 \pm 1,45$ у.е.; $p < 0,001$) и БЭ ($75,38 \pm 4,3$ у.е.; $p < 0,001$), по сравнению с контрольными цифрами.

Выводы: Таким образом, было установлено, что у больных ХГС с естественным течением не выявлено достоверной разницы уровня всех изучаемых ферментов нейтрофилов крови в зависимости от степени активности АлАт, кроме значения НАД, которые были достоверно меньше при низкой степени АлАт по сравнению с минимальной.

Литература

1. Алиева, А.А. Влияние базисной терапии на активность моноцитов у больных хроническим гепатитом С в зависимости от гендерных особенностей / А.А. Алиева, Х.М. Галимзянов, Н.Б. Касимова, А.В. Красков, Е.Б. Тверетинов // Материалы V Ежегодного Всероссийского конгресса по инфекционным болезням Электронный сборник. 2013. С. 23-24.
2. Галимзянов, Х.М. Метаболическая активность иммунокомпетентных клеток у больных хроническим вирусным гепатитом С при естественном течении в зависимости от эластографических характеристик печени / Х.М. Галимзянов, А.А. Алиева // Астраханский медицинский журнал. 2015. Т. 10. № 1. С. 48-56.
3. Егорова, Е.А. Оптимизация лечения неосложненной лакунарной ангины и состояния после вскрытия паратонзиллярного абсцесса / Е.А. Егорова, Х.М. Галимзянов, А.А. Алиева // Вестник Дагестанской государственной медицинской академии. 2016. № 1 (18). С. 65-70.
4. Пименов, Н. Н. Гепатит С в России: эпидемиологическая характеристика и пути совершенствования диагностики и надзора / Н. Н. Пименов, В. П. Чуланов, С. В. Комарова, И. В. Карандашова, А. Д. Неверов, Г. В. Михайловская, В. А. Долгин, Е. Б. Лебедева, К. В. Пашкина, Г. С. Коршунова // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 2012. - № 3. - С. 4-10.

5. Шляхтенко, Л. И. Системный подход к изучению эпидемиологического процесса гепатитов В и С, прогноз и принципы профилактики / Л. И. Шляхтенко // Мир вирусных гепатитов. – 2003. – № 7–8. – С. 11–12.

ВЛИЯНИЕ ТЭС-ТЕРАПИИ НА АДАПТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ ПОСЛЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ

Андреева М. В.¹, Юдин С. А.¹

¹Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

EFFECT OF TDCS THERAPY ON ADAPTABILITY OF PATIENTS WITH UTERINE FIBROIDS AFTER HYSTERECTOMY

Andreeva M.V.¹, Judin S.A.¹

¹Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia

Цель: оценить адаптационные возможности больных миомой матки (ММ) после гистерэктомии (ГЭ) с использованием транскраниальной электростимуляции стволовых структур мозга (ТЭС-терапии) в раннем послеоперационном периоде.

Задачи

1. Изучить влияние ТЭС-терапии на процессы адаптации в раннем послеоперационном периоде у больных после ГЭ по поводу ММ.

2. Оценить клиническую эффективность применения ТЭС-терапии для улучшения адаптационных возможностей больных ММ после ГЭ в раннем послеоперационном периоде.

Материалы и методы. Проведено комплексное обследование и лечение 135 больных в раннем послеоперационном периоде после ГЭ по поводу ММ. Пациентки были разделены на 2 группы. В 1 группу (основную) вошли 70 женщин, которым наряду с традиционным лечением проводилась ТЭС-терапия. ТЭС-терапия обладает выраженным комплексным гомеостатическим и саногенетическим эффектами, что приводит к нормализации нарушенных нервных механизмов регуляции и улучшению процессов адаптации [1,2,3]. 2 группа (группа сравнения) состояла из 65 женщин, получавших стандартную терапию. Обе клинические группы были сопоставимы по возрасту. Общие адаптационные возможности организма пациенток изучались до и после операции по индексу функциональных изменений (ИФИ). ТЭС-терапия проводилась ежедневно с помощью прибора «Трансаир – 01» стационарного, разработанного в Центре ТЭС Института физиологии имени академика И.Л. Павлова под руководством профессора В.П. Лебедева. На курс требовалось 7- 8 процедур, по 30-40 минут каждая, силой тока до 0,8-2,5 мА. Результаты обследования статистически обработаны с помощью пакетов компьютерных программ Microsoft Excel, Statistica v.6.

Результаты исследования. Адаптационные возможности больных 1 группы исследованы до и после лечения. До лечения удовлетворительная адаптация была у 5,71%, функциональное напряжение - у 21,43% пациенток. После ТЭС-терапии произошло достоверное увеличение числа женщин с удовлетворительной адаптацией (15,71%, $p<0,05$) и ее напряжением (41,43%, $p<0,05$). Частота неудовлетворительной адаптации в 1 группе после лечения достоверно снизилась с 47,14% до 35,71% ($p<0,05$), срыва адаптации – с 25,71% до 7,14% случаев ($p<0,05$).

У пациенток 2 группы до лечения удовлетворительная адаптация и функциональное напряжение выявлены в 6,15% и 21,53% случаев соответственно. Удовлетворительная адаптация и функциональное напряжение у больных даже после лечения установлены всего в 10,77% и 32,31% случаев соответственно ($p>0,05$). Частота неудовлетворительной адаптации и срыва адаптации во 2 группе после лечения незначительно снизилась до 40,0% и 16,93% соответственно (до лечения - 47,69% и 21,62% соответственно, $p>0,05$).

Выводы. У больных ММ в раннем послеоперационном периоде сохранялись нарушения процессов адаптации, частота которых достоверно снижалась на фоне проводимой ТЭС-терапии. Следовательно, доказана высокая клиническая эффективность и целесообразность применения ТЭС-терапии для улучшения адаптационных возможностей больных ММ после ГЭ в послеоперационном периоде.

Литература

1. Андреева М.В. Оптимизация терапии климактерического синдрома на основе применения негормональных методов лечения / М.В. Андреева, Н.А. Гладкова, В.А. Андреев // Материалы научно-практической конференции «Актуальные проблемы материнства и детства». - Нальчик, 2013. – С.104-106.
2. Смолова Н.В. Коррекция адаптационных нарушений у больных с воспалительными заболеваниями гениталий с помощью ТЭС-терапии / Н.В. Смолова, М.В. Андреева // Юбилейный Всероссийский Конгресс с международным участием «Амбулаторно-поликлиническая помощь – в эпицентре женского здоровья» Сборник тезисов. - М., 2014. – С. 294-295.
3. Смолова Н.В. Применение ТЭС-терапии для лечения психической дезадаптации у больных с хроническим воспалением придатков матки /Н.В. Смолова, М.В. Андреева //Альманах-2016. Международная академия авторов научных открытий и изобретений Волгоградское отделение, Российская академия естественных наук, Европейская академия естественных наук, Волгоградская академия МВД Российской федерации. - Волгоград, 2015. - С. 189-193.

К ВОПРОСУ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОДХОДА К КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С

Арипходжаева Г.З.¹, Рашидова С.А.¹

¹Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

FOR THE QUESTION OF PATHOGENETIC APPROACH TO COMPLEX THERAPY OF CHRONIC VIRAL HEPATITIS C

Aripkhodjayeva G.Z.¹, Rashidova S.A.¹

¹Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

Актуальность. Хронический вирусный гепатит С (ХВГС) является проблемой здравоохранения мирового масштаба. Согласно данным EASL и AASLD во всем мире ХВГС страдают 130-150 миллионов человек [3, 4]. Снижение вирусной нагрузки ниже пределов чувствительности имеющихся методов исследования не всегда сопровождается прекращением патологического процесса [2, 5]. После проведенной ПВТ и санации больного, патологический процесс в печени, запущенный вирусом С, не только не купируется, но в ряде случаев и усугубляется [1].

Цель исследования. Провести сравнительный клинико-биохимический и инструментальный анализ в группах больных хроническим вирусным гепатитом С (ХВГС) и обосновать схемы патогенетической терапии на фоне противовирусной терапии.

Материалы и методы исследования. Нами обследовано 85 больных ХВГС. Мужчин было -31, женщин - 54. Средний возраст составил – 41,7±0,91 лет. Содержание гидроперексидов липидов (диеновых кетонов и конъюгатов) определяли по методу В.Б. Гаврилова и соавт. (1984). Содержание МДА определяли по методу Л.И. Андреевой и соавт. (1989). Активность супероксиддисмутазы (СОД) определяли по методу В.Г. Мхитрян и соавт (1978). Активность каталазы определяли по методу М.А. Королюка и соавт. (1988). Результаты исследования

обработаны при помощи пакета программ Statistica 6.0 Microsoft и применением *t*-критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждения. Клинические наблюдения показали, что все пациенты предъявляли жалобы на слабость. Другими, наиболее постоянными симптомами, отмечаемыми пациентами, были боли в правом подреберье (82,3%), вздутие живота после обильной пищи (82,3%). Более половины больных жаловались на нарушение сна (70,5%), запоры (68,2%), быструю утомляемость после обычной физической нагрузке (60,0%).

При анализе состояния ПОЛ в группе обследованных больных установлено повышение интенсивности реакций ПОЛ. У больных ХВГС отмечается достоверное по отношению к показателям здоровых лиц как первичных продуктов ПОЛ – диеновых кетонов ($0,64 \pm 0,01$ и $0,32 \pm 0,02$ отн. ед/мл соответственно, $p < 0,05$), диеновых конъюгатов ($1,79 \pm 0,03$ отн. ед/мл и $1,07 \pm 0,06$ отн. ед/мл соответственно, $p < 0,05$), так и вторичного продукта – малонового диальдегида ($3,61 \pm 0,07$ нмоль/мл и $2,50 \pm 0,13$ нмоль/мл соответственно, $p < 0,001$). Результаты исследования уровня СМП в плазме больных ХВГС показали, что этот показатель в 1,5 раза превышает показатели здоровых лиц ($15,12 \pm 0,28$ у/е и $9,79 \pm 0,09$ у/е соответственно, $p < 0,05$). В группе обследованных больных ХВГС изменения показателей, составляющих систему АОС, в отличие от показателей прооксидантной системы имели разнонаправленный характер. Активность каталазы у больных ХВГС повышалась более чем в 2 раза по отношению к показателям здоровых ($55,3 \pm 0,96$ мкат/мл и $22,8 \pm 1,04$ мкат/мл соответственно, $p < 0,05$). При этом активность СОД достоверно не отличалась от контроля ($38,6 \pm 0,84$ мкг/мл и $36,1 \pm 1,52$ мкг/мл соответственно, $p > 0,05$).

Из 85 обследованных больных 55 получали стандартную схему противовирусной терапии, включающую Софосбувир с Ледипасвиром или Софосбувир с Даклатасвиром в зависимости от генотипа вируса С в течение 3 – 6 месяцев до получения отрицательного результата ПЦР. На фоне проводимой противовирусной терапии и ее положительного результата, у больных наблюдается снижение уровней показателей прооксидантной и антиоксидантной систем, но в виде тенденции, так как эти различия в обследованных группах больных не имели достоверности. Отсутствие вируса С в крови больных после окончания противовирусной терапии, лишь у 17 ($31 \pm 5,2\%$) сопровождалось появлением тенденции к повышению скорости кровотока в воротной вене. У 55 больных ($69 \pm 5,2\%$) положительные результаты противовирусной терапии не способствовали улучшению кровотока в системе, что косвенно указывает на продолжающийся процесс фиброобразования печени.

Выводы:

1. При ХВГС отмечается дисбаланс прооксидантных и антиоксидантных систем.
2. У 69% больных ХВГС после окончания курса ПВТ и отрицательных результатов ПЦР сохраняется дисбаланс про- и антиоксидантных систем.
3. При ХВГС после окончания курса ПВТ и отрицательных результатов ПЦР необходимо проводить пролонгированную диспансеризацию больных и комплексную терапию с включением препаратов, обладающих антиоксидантным и антифиброзными свойствами.

Литература

1. Арипов О.А. Молекулярные механизмы клеточной гибели при гепатитах и пути их коррекции. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Ташкент, 2010.
2. Арипходжаева Г.З. Хронический гепатит С: метаболическая адаптация, патогенетические основы эффективности терапии. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - Ташкент, 2016. – 77 с.
3. Ивашкин В.Т., Ющук Н.Д., Климова Е.А, Маевская М.В., Знойко О.О., Максимов С.Л. и др. Рекомендации по диагностике и лечению взрослых European Association for Study of Liver. EASL Clinical Practice Guidelines: management of hepatitis C virus infection // J Hepatol 2015;60:392–420.

4. European Association for Study of Liver. EASL Clinical Practice Guidelines: management of hepatitis C virus infection // J Hepatol 2016; 60: 392 – 420
5. Paracha U.Z., Fatima K., Alqahtani M., Chaudhary A., Abuzenadah A., Damanhour G. Oxidative stress and hepatitis C virus // J Virol. 2013, 10:251.

СИСТЕМЫ ПОДДЕРЖКИ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ КАК СПОСОБ МЕНЕДЖМЕНТА ЗНАНИЙ И ПОВЫШЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИМ РУКОВОДСТВАМ НА ПРИМЕРЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Ахметова А.И.¹, Клейменова Е.Б.^{1,2}, Назаренко Г.И.², Яшина Л.П.^{1,2}

¹Многопрофильный медицинский центр Банка России, Москва, Россия,

²Институт современных информационных технологий в медицине ФИЦ ИУ РАН, Москва, Россия

DECISION SUPPORT SYSTEMS AS A TOOL FOR KNOWLEDGE MANAGEMENT AND IMPROVEMENT OF CLINICAL GUIDELINE COMPLIANCE ON THE EXAMPLE OF ACUTE CORONARY SYNDROME

Akhmetova A.I.,¹Kleymenova E.B.,^{1,2}, Nazarenko G.I.², Yashina L.P.^{1,2}

¹Multidisciplinary Medical Center of the Bank of Russia, Moscow, Russia

²Institute of Modern Information Technologies in Medicine, Federal Research Center “Computer Science and Control”, RAS, Moscow, Russia

В неотложной кардиологической помощи своевременное принятие решения о выборе тактики ведения пациента и сроках инвазивного вмешательства имеют решающее значение для исходов лечения. Соблюдение научно обоснованных рекомендаций клинических руководств позволяет минимизировать ошибки, повысить качество и безопасность лечения пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями [1]. Однако на практике уровень соблюдения клинических рекомендаций зачастую оказывается недостаточно высоким. Это связано как с большим объемом и частым обновлением руководств, так и с недостаточной персонализацией рекомендаций [2]. Анализ проблемы научно-обоснованного выбора тактики лечения пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) выдвигает актуальную задачу разработки и внедрения в клиническую практику комплексного подхода, обеспечивающего соблюдение клинических рекомендаций в целях повышения качества и безопасности медицинской помощи. Наиболее эффективным методом улучшения приверженности клиническим руководствам являются системы поддержки принятия решения (СППР) [3], которые помогают врачу быстро сориентироваться в большом объеме актуальных медицинских знаний и правильно учесть индивидуальные факторы риска пациента. Особенно эффективными представляются автоматизированные системы, интегрированные в лечебно-диагностический процесс, что позволяет обращаться к СППР на разных этапах ведения пациентов, не увеличивая временные затраты клинициста [4].

Цель: оценить клиническую эффективность практического применения СППР при ведении пациентов с ОКС в стационаре на основании индикаторов качества (ИК) процесса и результатов лечения.

Материалы и методы. Система поддержки принятия решения. На базе Многопрофильного медицинского центра Банка России (ММЦ) была разработана СППР, обеспечивающая поддержку принятия решения о выборе тактики ведения пациентов с различными вариантами ОКС на основании клинических руководств Американской коллегии кардиологов, Европейского кардиологического общества и Российского кардиологического общества. Решения формируются в виде персонализированных рекомендации из клинических руководств с указанием уровня достоверности и класса рекомендаций на основании данных пациента, вводимых пользователем в форму, представляющих собой набор вопросов и

ответов.

Для оценки качества лечения в стационаре и соответствия его рекомендациям проводится аудит всех случаев по индикаторам качества, безопасности и результата лечения. СППР способствует оперативности (предоставление клинических рекомендаций в момент принятия решения с учетом индивидуального профиля риска) и преемственности (ведение пациентов на разных этапах оказания медицинской помощи) в лечении пациентов с ОКС.

Характеристика пациентов. Проанализированы данные 464 пациентов, госпитализированных с ОКС в ММЦ в 2012-2016 гг. Средний возраст пациентов составил $70,5 \pm 11,6$ лет, преобладали мужчины ($n=266$; 57,3%). Инфаркт миокарда диагностирован у 261 (56,2%) пациента, из них у 66 (25,3%) пациентов - инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST. Все пациенты велись с применением СППР.

Анализовали: долю пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST (ОКСпST) и ОКС без подъема сегмента ST (ОКСбпST), которым выполнена реваскуляризация миокарда; сроки выполнения чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ), назначение комплексной медикаментозной терапии, осложнения, связанные с сосудистым доступом, тромбоз стента в период госпитализации; летальность, длительность госпитализации. Для оценки результатов сравнивались 2 этапа практического применения СППР: 1 этап - 2012-2013 гг., соответствующий периоду разработки и клинической апробации системы, 2 этап - 2014-2016 гг., соответствующий периоду активного клинического применения системы.

Статистическая обработка результатов проведена с использованием программы Excell (Microsoft Office 2013) и программы IBM SPSS Statistics 20. Категориальные и номинальные переменные сравнивали с помощью критерия хи-квадрат (χ^2) Пирсона. При малом числе наблюдений для таблиц 2x2 применялся точный критерий Фишера. Для оценки различия количественным переменным применялся критерий Манна – Уитни. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. Пациенты с ОКСпST двух этапов были сопоставимы по полу, возрасту, факторам риска и сопутствующим заболеваниям. Пациенты с ОКСбпST в период 2014-2016 гг. чаще имели дислипидемию, инсульт в анамнезе, высокие баллы по шкале TIMI.

Реваскуляризация миокарда. Инвазивное исследование выполнено 96,6% пациентов с ОКСпST, не имеющих противопоказаний к вмешательству, тромболизис 9% пациентов. Проведение тромболизиса обусловлено отсутствием возможности проведения первичного ЧКВ на момент принятия решения. При сравнении 1 и 2 этапов отмечался значимый рост доли пациентов, которым коронарное вмешательство было выполнено в первые 60 мин после госпитализации с 6,5 до 33% ($p < 0,05$). Частота выполнения инвазивного вмешательства среди пациентов с ОКСбпST составила 91,8%. Суммарная доля пациентов, которым коронарное вмешательство было выполнено в первые 72 ч выросла с 75,8% до 85,9% ($p < 0,05$).

Выбор доступа к сердцу. На втором этапе по сравнению с первым доля доступа к сердцу через лучевую артерию возросла с 18% до 57,1% ($p < 0,001$). Подобная тактика признана более безопасной и соответствует положениям клинических руководств.

Выбор стента. В период 2012-2013 гг. доля установленных стентов с лекарственным покрытием составила 32,4%, при этом в 2/3 случаях - у пациентов с высоким или очень высоким риском кровотечения. После добавления в СППР рекомендаций по выбору типа стента доля имплантируемых стентов с лекарственным покрытием значительно увеличилась и составила 71,2% ($p < 0,001$), при этом в 2 раза сократилось число установленных стентов с лекарственным покрытием среди пациентов с высоким риском кровотечения и требующих длительного назначения антикоагулянтов.

Медикаментозная терапия. Назначение комбинации ацетилсалициловой кислоты, ингибиторов P2Y12 рецепторов, ингибиторов АПФ, β -адреноблокаторов и статинов в стационаре превысило 95% на всех этапах. Назначение указанной комбинации препаратов при выписке увеличилось среди пациентов с ОКСпST с 92,6% на 1 этапе до 100% на 2 этапе ($p = 0,119$), среди пациентов с ОКСбпST 93,7% до 98,2% соответственно ($p < 0,05$). Назначение

рекомендуемых препаратов при ОКСпСТ увеличилось с 84,6% до 100% ($p=0,05$), при ОКСбпСТ – с 90,2% до 94,8%, соответственно ($p<0,05$).

Длительность госпитализации. В 2014-2016гг. по сравнению с 2012-2013гг. доля пациентов, находящихся в стационаре >14 дней, снизилась на 29,7% ($p<0,001$). Частота повторных госпитализаций с острой коронарной патологией в течение первого года уменьшилась с 11% до 8,9% ($p=0,534$), в период с 6 до 12 месяцев – с 5,5% до 2% ($p<0,05$).

Приверженность врачей клиническим руководствам. Оценивалась на основании суммарного балла выполнения индикаторов качества лечения - от 1 до 9 баллов [5]. Высокая приверженность руководствам, соответствующая сумме баллов равной 8-9. На 2-м этапе по сравнению с 1-м этапом выросла с 49,3% до 59,5% ($p<0,05$).

Летальность. За исследуемый период летальные исходы в стационаре были у 22 (4,7%) пациента с ОКС, из них: у 5 (7,6%) пациентов с ОКСпСТ и у 17 (4,3%) - с ОКСбпСТ; 69% пациентов пролечены консервативно, 31% пациентов выполнено ЧКВ ($p<0,001$). Стационарная летальность на 1 этапе составила 6,5%, на 2 этапе 4,4% ($p=0,377$); среди пациентов, перенесших ЧКВ, стационарная летальность составила 2,6%, при консервативной тактике – 11,5% ($p<0,001$). Была выявлена значимая положительная корреляция между степенью выполнения рекомендаций клинических руководств и стационарной летальностью в группах пациентов после поправки на клиничко-демографические и анамнестические характеристики ($p<0,05$).

Выводы:

Реализованный подход является универсальным, показана его клиническая эффективность. Это позволяет рекомендовать его к применению в неотложной медицине при ведении пациентов с ОКС в качестве инструмента, способствующего повышению качества лечения, соблюдению научно-обоснованных рекомендаций, что приведет к снижению числа необоснованных вмешательств или неоправданной задержки лечения.

Литература

1. Tra J., Engel J., Wulp I. et al. Monitoring guideline adherence in the management of acute coronary syndrome in hospitals: design of a multicentre study. *Neth Heart J* 2014; 22: 346–353.
2. Hong Y., LaBresh K.A. Overview of the American Heart Association “Get With the Overview of the American Heart Association “Get With the Coronary Heart Disease, Stroke, and Heart Failure. *Critical Pathways in Cardiology* 2006; 5(4).
3. Boxwala A.A., Rocha B.H., Maviglia S. et al. A multi-layered framework for disseminating knowledge for computer-based decision support. *J Am Med Inform Assoc* 2011; 18: 132-139.
4. Anchala R., Pinto M.P., Shroufi A. et al. The role of decision support system (DSS) in prevention of cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* 2012; 7 (10): e47064.
5. CCS. The Canadian cardiovascular society quality indicators e-catalogue. Quality indicators for percutaneous coronary intervention. ACCS consensus document. Ottawa. 2015.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА УСЛОВИЙ ТРУДА И СОЦИАЛЬНО-БЫТОВЫХ ФАКТОРОВ С ПОЗИЦИИ ВЛИЯНИЯ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ РАБОТНИКОВ МАШИНОСТРОЕНИЯ

Балабанова Л. А.¹, Камаев С. К.², Иمامов А. А.¹, Ситдикова И. Д.³

¹ФГБОУ ВО Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

²ЧОУ ВО Институт социальных и гуманитарных знаний, Казань, Россия

³Казанский Федеральный Университет, Казань, Россия

HYGIENIC ASSESSMENT OF LABOR CONDITIONS AND SOCIAL FACTORS FROM A POSITION OF INFLUENCE ON THE REPRODUCTIVE HEALTH OF WORKERS OF MECHANICAL ENGINEERING

Balabanova L. A.¹, Kamaev S. K.², Imamov A. A.¹, Sitdikova I. D.³

¹Kazan State Medical University, Kazan, Russia

²Institute of social and humanitarian knowledge, Kazan, Russia

³Kazan Federal University, Kazan, Russia

Современная статистика свидетельствует о росте влияния на здоровье человека факторов среды обитания, производственных и социально-бытовых условий. В Российской Федерации ориентировочная доля населения, наиболее подверженного влиянию социальных факторов, составляет почти 60%. Наиболее неблагоприятные условия труда отмечаются на ряде добывающих и обрабатывающих предприятий, металлургии, машиностроения [1,2,3,6].

Основной контингент работников на предприятиях машиностроения – мужчины репродуктивного возраста. Профессиональные вредности, стаж работы на производстве и другие социально-гигиенические условия, медико-биологические факторы, факторы окружающей среды и образа жизни наиболее сильно влияют на репродуктивное здоровье современного мужчины [1,2,4,5]. Данная тенденция вызывает озабоченность и обуславливает необходимость изучения приоритетных факторов и внедрения мероприятий по защите репродуктивного здоровья мужчин трудоспособного возраста.

Цель: изучение факторов, формирующих риски нарушения репродуктивного здоровья мужчин трудоспособного возраста, занятых в машиностроении.

Задачи: гигиеническая оценка условий труда работников машиностроения, оценка гормонального статуса работников и выявление влияющих факторов, разработка мер первичной профилактики нарушения репродуктивного здоровья у работников машиностроения.

Методы: На предприятии машиностроения изучены условия труда 318 мужчин-работников основных профессий. В качестве группы контроля были отобраны 148 мужчин, не имеющих контакта с вредными производственными факторами. В работе использованы социально-гигиенические, биохимические и статистические методы исследования.

Результаты: С помощью анкетирования выявлен перечень влияющих социально-бытовых, профессиональных и медико-биологических факторов.

Один из влияющих социально-бытовых факторов - алкоголь, который употребляют 28% всех опрошенных, из них 70% употребляют крепкие спиртные напитки.

Выполнена комплексная гигиеническая оценка и установлены классы условий труда. Систематизация и анализ результатов измерений выявили превышения предельно-допустимых уровней (ПДУ) локальной вибрации на 3-12Дб, ПДУ шума на 4–29ДбА, показателей интенсивности теплового излучения - до 13 раз.

Методом иммуноферментного анализа определялись уровни гормонов, ответственных за репродуктивную функцию (лютропина, фоллитропина, тестостерона). В изучаемой группе выявлено достоверное снижение уровней тестостерона и увеличение уровней лютропина и фоллитропина по сравнению с контрольной. Выявлено отклонение по одному или нескольким гормонам у 25% работников, причем у 6% отклонения наблюдались по двум гормонам, у 2% по всем определяемым параметрам.

При определении гормонального статуса у лиц, не употребляющих алкоголь или употребляющих реже, чем 1 раз в месяц (36% от общего числа обследованных), гормональные отклонения выявлены у 14%, отклонения по двум и трем гормонам отмечаются у 5% обследованных. У лиц, употребляющих алкоголь 2-3 раза в месяц (36% от общего числа обследованных) нарушения по содержанию гормонов определены у 11%, причем у 5% отклонения выявлены по двум гормонам. У обследованных из числа принимающих алкоголь 1-2 раза в неделю (26%) отклонения по содержанию гормонов отмечены у 15,4%.

В исследовании применялись параметрические и непараметрические методы статистической обработки данных. Установлено влияние шума на рабочих местах (при уровнях звукового давления $87,7 \pm 4,5$ ДбА) на уровни тестостерона в крови ($r = 0,51$ при $p < 0,04$), влияние локальной вибрации (при уровнях $114 \pm 1,7$ Дб) на регулярность половой жизни ($r = -0,43$ при $p < 0,02$), а также снижение уровней тестостерона в крови мужчин, работающих в условиях воздействия теплового излучения ($r = -0,53$ при $p < 0,02$). У работников имеются нарушения гормонального статуса, способные привести к возникновению нарушений репродуктивного здоровья. По результатам исследования предложены мероприятия по профилактике нарушений репродуктивного здоровья мужчин для каждой группы риска.

Выводы. Условия труда работников машиностроения оцениваются как вредные. Комплексное влияние профессиональных и социально-бытовых факторов негативно отражается на состоянии репродуктивного здоровья работников. Выявленные изменения уровней гормонов ведут к нарушениям репродуктивного здоровья. Разработанные профилактические мероприятия позволят на 15% повысить эффективность первичной профилактики нарушения репродуктивного здоровья у мужчин – работников машиностроения.

Литература

1. Социальные факторы риска в формировании нарушений репродуктивного здоровья мужчин/ Балабанова Л.А., Имамов А.А., Камаев С.К.//Сборник научных статей Международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы экологии человека: социальные аспекты», 15-17 мая 2017 г., г.Уфа. – Том 1.-С.70-73.
2. Риск возникновения репродуктивных нарушений у мужчин в условиях высокой техногенной нагрузки/Балабанова Л.А. и др.//Современные проблемы науки и образования.- 2015.-№2.-С.78.
3. Балабанова Л.А. Экологические и профессиональные факторы в генезе репродуктивных нарушений /Практическая медицина.-2008.-№6 (30).-С.16.
4. Риски нарушения репродуктивного здоровья у мужчин, занятых на предприятиях авиастроения/Ситдикова И.Д. и др.//Практическая медицина. -2015.- №4-2.-С.125-127.
5. Риски возникновения репродуктивных нарушений у мужчин трудоспособного возраста/Мешков А.В. и др.//Современные проблемы науки и образования.-2015.-№2.- С.65.
6. Удочкина Л.А. Структурные преобразования щитовидной железы на этапах онтогенеза в норме и при воздействии на организм серосодержащего газа: Дисс... д-ра. мед. наук.– Волгоград: ГОУВПО "Волгоградский государственный медицинский университет".., 2006.

НЕКОТОРЫЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ЛЮДЕЙ ПРИ СПОРТИВНОМ ПИТАНИИ

Барков С.Ю.¹, Годовалов А.П.¹

¹ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера» Минздрава России, Пермь, Россия

SOME BIOCHEMICAL INDICATORS OF HUMAN PERIPHERAL BLOOD UNDER SPORTS DIET

Barkov S.Y.¹, Godovalov A.P.¹

¹Acad. E.A. Wagner Perm State Medical University, Perm, Russia

Вопрос о потребности в белковом питании спортсменов дискутируется более 100 лет. Белки составляют около 15% массы тела. Человеческий организм может синтезировать белки из аминокислот. Поступление белка с пищей должно составлять у спортсменов высокой квалификации 1,3-2,0 г/кг/день, что составляет 125-250% рекомендуемой нормы для не спортсменов (0,9 г/кг/день). Увеличение приема протеина спортсменами приводит к более быстрому росту силы или поддержанию мышечной массы в случае травмы и ограничения физической активности [1, 5]. Однако данных о изменении показателей белкового обмена у людей использующих специальное спортивное питание недостаточно.

Лабораторные методы оценки трофологического статуса характеризуют, прежде всего, висцеральный пул белка, с которым тесно связано состояние белково-синтетической функции печени, органов кроветворения и иммунитета. Среди лабораторных методов оценки трофологического статуса наиболее распространены следующие: определение содержания в сыворотке крови общего белка, альбумина, креатинина, мочевины, трансферрина, преальбумина; в периферической крови – абсолютного количества лимфоцитов; определение суточной экскреции с мочой общего азота, аминокислот, мочевины, креатинина; оценка азотистого баланса организма [4].

Цель исследования – оценка изменения концентрации общего белка, альбумина глюкозы и мочевой кислоты в сыворотке периферической крови людей, использующих специальное протеиновое питание.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 13 спортсменов, использующих дополнительное протеиновое питание в виде коктейля аминокислот (основная группа). Контрольную группу составили 10 практически здоровых добровольцев. Кровь получали из кубитальных вен (гепарин 50 ЕД/мл) утром, натощак. Количество лейкоцитов подсчитывали в камере Горяева. Для определения концентрации общего белка, альбумина, глюкозы и мочевой кислоты использовали наборы ЗАО «Вектор-Бест» (Новосибирск) согласно инструкции производителя. Реакции проводили в микроварианте, адаптированном для планшетного спектрофотометра PowerWaveX (Bio Tek instruments, США) [3]. Статистический анализ проводили с помощью парного варианта *t*-критерия Стьюдента. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Показано, что уровень общего белка в сыворотке периферической крови у людей основной группы - $91,67 \pm 6,38$ мг/мл, а у доноров контрольной группы - $39,50 \pm 2,32$ мг/мл ($p < 0,05$), что обусловлено повышенным алиментарным поступлением белка и аминокислот у людей, использующих специальную спортивную диету. При этом концентрация альбумина статистически значимо не менялась в сравниваемых группах ($p > 0,05$).

Уровень глюкозы в группе спортсменов превышал значения показателя в контрольной группе ($9,48 \pm 0,74$ и $5,51 \pm 0,56$ ммоль/л; $p < 0,05$). Известно, что увеличение глюкозы крови связано с выходом её из мест резервного хранения (печени). Глюкоза крови является основным источником питания мозга и - в начале мышечной деятельности - работающих мышц [1].

Концентрация мочевой кислоты была в два раза ниже в группе людей использующих спортивное питание ($p < 0,05$), что, вероятно, может быть связано с повышением содержания ряда гормонов (АКТГ, кортизол) у людей основной группы при повышенных физических нагрузках [2].

Заключение. Таким образом, у людей, употребляющих спортивное питание, статистически значимо повышается уровень общего белка и глюкозы, а концентрация мочевой кислоты снижается, что может быть отражением метаболического статуса при повышенных физических нагрузках и повышении употребления белка с пищей.

Литература

1. Арансон М.В., Португалов С.Н. Спортивное питание: состояние вопроса и актуальные проблемы // Вестник спортивной науки. – 2011. – № 1. - С. 7-15.
2. Грязных А.В. Индекс тестостерон/кортизол как эндокринный маркер процессов восстановления висцеральных систем после мышечного напряжения // Вестник ЮУрГУ. - 2011. - № 20 - С. 107-111.
3. Лебединская О.В., Годовалов А.П., Лебединская Е.А., Барков С.Ю. Оценка уровня белка в сыворотке крови при индуцированной иммуносупрессии разной степени тяжести // Eurogeon scientific conferences. – 2017. – № 1. – С. 154-156.
4. Луфт В.М., Ткаченко Е.И. Трофологическая недостаточность и критерии ее диагностики // Воен.-мед. журн. – 1993. - №12. - С. 21-24.
5. Paddon-Jones D., Sheffield-Moore M., Zhang X.J., Volpi E., Wolf S.E., Aarsland A., Ferrando A.A., Wolfe R.R. Amino acid ingestion improves muscle protein synthesis in the young and elderly // Am. J. Physiol. Endocrinol. Metab. - 2004. - Vol. 286(3). - P. E321-8.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АСТРАХАНСКОЙ РИККЕТСИОЗНОЙ ЛИХОРАДКИ НА ТЕРРИТОРИИ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Бедлинская Н.Р.¹, Галимзянов Х.М.¹, Миркина Е.В.¹, Аракельян Р.С.¹,
Алиева А.А.¹, Горева О.Н.²

¹ ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет»,
Минздрава России, Астрахань, Россия,

² ГБУЗ «Областная инфекционная клиническая больница им. Ничоги», Астрахань, Россия

EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF THE ASTRAKHAN RICKETTSIAL FEVER IN THE ASTRAKHAN REGION

Bedlinskaya N.R.¹, Galimzyanov H.M.¹, Mirekina E.V.¹, Arakelyan R.S.¹,
Alieva A.A.¹, Goreva O.N.²

¹ FGBOU VO "Astrakhan State Medical University"
Ministry of Health of Russia, Astrakhan. Russia,

² Regional Clinical Hospital "Regional Infectious Clinical Hospital. Nichogi» Astrakhan, Russia

Сегодня в России острая эпидемиологическая обстановка (особенно на юге страны) все чаще становится причиной инициирования новых исследований, касающихся изучения разных видов лихорадок, включая паразитарные заболевания, вызываемых различными возбудителями. К числу, которых можно отнести Астраханскую риккетсиозную лихорадку (АРЛ) [2], Крымскую геморрагическую лихорадку [5], лихорадку Ку [4] и малярию [1]. Среди них, особое внимание привлекает АРЛ из группы клещевых пятнистых лихорадок в связи с тем, что в последние годы отмечается не только рост заболеваемости, но и учащение тяжелых случаев данной инфекции. В настоящее время они составляют 5,3 % от общей заболеваемости, что определяет актуальность исследований [3].

Цель: изучить современную эпидемиологическую ситуацию АРЛ.

Материалы и методы. В условиях Областной инфекционной клинической больницы (клиническая база кафедры инфекционных болезней Астраханского государственного медицинского университета) было проведено обследование 70 больных Астраханской риккетсиозной лихорадкой со средней степенью тяжести, отобранных методом простой рандомизации. Больные обследовались при поступлении в стационар и в динамике в процессе проводимого лечения. Средний возраст больных составил $46,4 \pm 2,8$ лет.

Эпидемиологический анализ осуществляется на основе традиционных методов статистики, утвержденных Госкомстатом и Минздравом РФ.

При эпидемиологическом анализе использованы статистические методы исследования.

Задачи: проанализировать эпидемиологический анамнез больных АРЛ на территории Астраханской области.

Результаты: Анализ эпидемиологического анамнеза больных АРЛ в период с 2010-2014 гг. на базе ГБУЗ АО «ОИКБ им. А. М. Ничоги» (Областной инфекционной клинической больницы) г. Астрахани выявил, что заражение пациентов в естественных условиях происходило через присасывание клеща или его нимфы (трансмиссивный путь передачи), при этом не исключалось возможность иных путей механизма передачи возбудителя. Так, большинство больных отмечали контакт с природой ($86 \pm 0,7$ %), среди которых 25 % регистрировали присасывание клеща *Rhipicephalus pumilio*, являющийся переносчиком *Rickettsia conopii caspia*, и 27 % снимали клещей с животных, при этом они раздавливали их. Это способствовало попаданию гемолимфы на слизистые, которые в данном случае явились входными воротами для возбудителя АРЛ. В 34 % случаев, несмотря на выезд на природу, пациенты отрицали контакт с клещами и животными. А также был выявлен небольшой процент (14 %) пациентов, у которых невозможно было установить причину заболевания.

Распределение больных по месту жительства в данном исследовании выявило, что наибольшее количество пациентов составили жители села (59,9 %), при этом на долю городского населения приходилось – 40,1 %. Основной очаг АРЛ был сосредоточен в Наримановском районе Астраханской области, так как из него был выявлен высокий процент госпитализации в стационар (17,6 %). Из Приволжского и Красноярского районов больные поступили равномерно (16,5 и 15,9 %), тогда как частота больных из Лиманского района была наименьшей (9,9 %).

Среди городской категории наблюдаемых лиц преобладали жители Трусовского (13,8 %) и Советского районов (12,1 %), в то время, как число поступивших из Ленинского и Кировского районов было наименьшим (9,9 и 4,3 %, соответственно).

При этом резервуаром и источником инфекции могли стать дикие млекопитающие и домашние животные (собаки, кошки, реже крупный и мелкий рогатый скот). По данным исследования в группу риска входили работники сельского хозяйства и любители отдыха на природе. При этом была вероятность попадания клеща в дом и на одежде.

Динамика заболеваемости АРЛ совпадало с периодом активности клещей *Rh. pumilio* в теплое время года с апреля по октябрь. Поэтому обсуждаемое заболевание регистрировалось преимущественно в летние месяцы, при этом среди заболевших преобладало взрослое население, в основном, лица мужского пола. В 2013 г. на территории Российской Федерации официально было зарегистрировано 397 случаев заболевания АРЛ, 386 из которых – в Астраханской области.

Вывод: Таким образом, высокий темп роста, изменение границ природных очагов Астраханской риккетсиозной лихорадки, более широкие контакты населения, прежде всего городского, с природой, современную тенденцию к учащению тяжелых случаев данной краевой патологии создают в последние годы напряженную эпидемиологическую ситуацию на территории Астраханской области.

Литература

1. Аракельян Р.С. Социальное значение малярии / Р.С. Аракельян., Н.Р. Бедлинская, А.Х. Чернышева, А.Д. Айналиева //В сборнике: «Комариные» паразитозы: эпидемиология, клиника, диагностика. 2016. С. 25-29.
2. Бедлинская Н.Р. Клиническое течение астраханской риккетсиозной лихорадки в зависимости от наличия тромбгеморрагического синдрома /Н.Р. Бедлинская, Х.М. Галимзянов, Е.Н. Лазарева, Е.В. Мирекина, Б.И. Кантемирова, О.Н. Горева // Инфекционные болезни. 2016. Т.14. Приложение №1. С.31.
3. Василькова В.В. Современные клинико-эпидемиологические особенности трансмиссивных природно-очаговых инфекций на территории Астраханской области [Текст] / В. В. Василькова, И. В. Черенов, Б. И. Кантемирова //Новая наука : современное состояние и пути развития : международное научное периодическое издание по итогам Международной научно-практической конференции (г. Оренбург, 09 февраля 2016 г.). – 2016. – Ч. 2. – С. 35–38.
4. Карпенко С.Ф. Особенности клинических проявлений коксииеллеза в Астраханской области. /С.Ф. Карпенко, Х.М. Галимзянов, Б.И. Кантемирова, Р.С. Аракельян, Г.К. Курятникова, О.Н. Горева Инфекционные болезни. 2016. Т. 14. № 1. С. 129.
5. Мирекина Е.В. Клинические аспекты Крымской геморрагической лихорадки в зависимости от наличия геморрагического синдрома /Е.В. Мирекина, Х.М. Галимзянов, Н.Р. Бедлинская, А.А. Алиева, О.А. Лисина //В сборнике: Актуальные вопросы современной медицины Материалы Международной конференции Прикаспийских государств. 2016. С. 158-159.

ПАТОЛОГИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ В ПРИКАСПИЙСКОЙ ЗОНЕ

Безрукова Д. А.¹, Богданьянц М. В.¹, Акмаева Л. М.¹, Петрова Н. В.¹

¹ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет Минздрава России, Астрахань, Россия

THE PATHOLOGY OF THYROID GLAND IN CHILDREN LIVING IN THE CASPIAN AREA

¹Astrakhan State Medical University, Astrakhan, Russia

Патология щитовидной железы может расцениваться как один из показателей благополучия окружающей среды [1-5].

Цель: определить структуру патологии щитовидной железы (ЩЖ) у детей, проживающих в Прикаспийской зоне РФ (Астраханской области, Республике Дагестан), Республике Казахстан, а также Чеченской Республике.

Задачи: выявить особенности размеров и функциональной активности щитовидной железы у детей, проживающих в Прикаспийской зоне.

Методы: в 2017 году методом ультразвукового исследования линейным датчиком 9L - RS с частотой 3,1 - 10,0 МГц на УЗ сканере VIVID S5 фирмы General Electric было обследовано 346 детей в возрасте от 0 до 18 лет. 176 детей (50,9%) постоянно проживают на территории Чеченской республики; 95 детей (27,5%) - на территории Республики Дагестан; 49 детей (14,2%) из Астраханской области; 26 детей (7,5%) из Казахстана. Все дети были направлены педиатром и неврологом в связи с патогномичными жалобами на раздражительность, плаксивость, трудности в засыпании и/или уменьшением ростовых показателей, признаками внешне увеличенной ЩЖ. Среди обследованных 4,2 % составили дети от 0 до 3 лет; 30,2 % - от 3 до 7 лет; 38,8 %- от 7 до 12 лет; 25,7% - от 12 до 17 лет. У 51 ребенка с отклонениями в размерах ЩЖ определена функциональная активность ЩЖ (гормоны ТТГ, Т4 св., антитела к тиреопероксидазе-ТПО). Из них 29 девочек (56,9%) и 22 мальчика (43,1%).

Результаты: выявлена определённая структура заболеваний ЩЖ в зависимости от места проживания. Наиболее отличались от нормы размеры ЩЖ у детей из Казахстана. Только у 6 детей (23,1%) размеры ЩЖ соответствовали возрастной норме. Гиперплазия ЩЖ отмечена у 18 обследованных (69,2%); у 2 детей (7,7%) выявлена гипоплазия ЩЖ. По ранжированию у 59 (33,5%) детей из Чеченской Республики размеры ЩЖ соответствовали возрастной норме; гиперплазия ЩЖ выявлена у 113 детей (64,2%), гипоплазия ЩЖ - у 4 детей (2,3%). У 38 детей (40,0) % из Республики Дагестан размеры ЩЖ были в пределах возрастной нормы; гиперплазия ЩЖ отмечена у 53 детей (55,8%), гипоплазия ЩЖ - у 4 детей (4,2%). У 31 детей (63,3%) из Астраханской области размеры ЩЖ были в пределах возрастных значений. Гиперплазия ЩЖ выявлена у 16 детей (32,6%); гипоплазия – у 2 детей (4,08%).

Отмечено, что у 96% детей показатели гормонов ЩЖ были в пределах возрастной нормы. У 2 детей (3,9%) отмечены изменения в функциональной активности ЩЖ. Так, у мальчика из Чеченской Республики с увеличением размеров ЩЖ и сопутствующий низкорослостью (рост ниже 3 центиля) отмечена гипофункция ЩЖ, сопровождающаяся повышением уровня ТТГ и снижением Т4 св. при нормальных показателях антител к ТПО. У девочки 7 лет из Республики Дагестан выявлено снижение ТТГ при нормальных показателях Т4 св. и антител к ТПО).

Выводы: Наиболее выраженные отклонения в размерах щитовидной железы от возрастной нормы отмечены у детей из Республики Казахстан. Далее по мере большего соответствия возрастной норме следуют пациенты из Чеченской Республики, Республики Дагестан и Астраханской области. Полученные статистические данные свидетельствуют о высокой распространенности изменения размеров ЩЖ у детей, проживающих в Прикаспийской зоне, что необходимо учитывать при проведении профилактических осмотров, создании комплекса мероприятий, направленных на прогнозирование и раннее выявление детей с тиреоидной патологией.

Литература

1. Асфандияров Р.И., Квятковская И.Ю, Удочкина Л.А. Определение формы щитовидной железы с использованием регрессионного анализа. // Вестник новых медицинских технологий - 2004. - Т. 11. - 3. - С. 6.
2. Богданьянц М.В. Факторы риска развития йоддефицитных состояний у детей дошкольного возраста, проживающих в условиях сочетанного воздействия дефицита йода и антропогенной нагрузки/ М. В. Богданьянц, А.А. Джумагазиев, Д.А. Безрукова, Д.В. Райский, Л.М. Акмаева, О.В. Усаева// Всероссийская научно-практическая конференция «Фармакотерапия и диетология в педиатрии», 2016. С. 75-79.
3. Богданьянц М.В., Джумагазиев А.А., Безрукова Д.А. Влияние антропогенного загрязнения на заболеваемость и развитие йодного дефицита у детей/ М.В.Богданьянц А.А.Джумагазиев Д.А.Безрукова// Международная научно-практическая конференция «Новая наука: теоретический и практический взгляд»-4.08.2016г.-С.34-36.
4. Джумагазиев А.А. Состояние йодной обеспеченности у детей в условиях сочетанного воздействия экопатогенных факторов/ А.А.Джумагазиев, М.В. Богданьянц, Д.В. Райский, Д.А. Безрукова// Вопросы питания. 2015. Том 84. №3. С.103-104.
5. Удочкина Л.А. Структурные преобразования щитовидной железы на этапах онтогенеза в норме и при воздействии на организм серосодержащего газа: Дисс... д-ра. мед. наук.– Волгоград: ГОУВПО "Волгоградский государственный медицинский университет"., 2006.
6. Удочкина Л.А. Структурные преобразования фолликулов щитовидной железы в пренатальном периоде онтогенеза человека // Морфология. 2002. Т. 121. № 2-3. С. 159.

**ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОТИВОКОРЕВОВОГО
ПОСТВАКЦИНАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ
С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

Белан Э.Б.¹, Садчикова Т.Л.¹, Панина А.А.¹

¹ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет», г.Волгоград

**THE PEQUILIARITIES OF FORMING OF ANTIMEASELS POSTVACCINAL
IMMUNITY IN CHILDREN WITH ALLERGIC DISEASES**

Belan E.B.¹, Sadchikova T.L.¹, Panina A.A.¹

¹The Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia

Корь – острое, высококонтагиозное, антропонозное вирусное заболевание, распространяющееся воздушно-капельным путем, и проявляющееся общей интоксикацией, характерной макуло-папулезной сыпью на коже, воспалением верхних дыхательных путей и конъюнктив, с высокой частотой тяжелых форм и осложнений (бронхит, ложный круп, бронхиолит). Частота пневмонии у иммунокомпromетированных больных превышает 50%. У 1 на 1000-2000 больных развивается энцефалит, в редких случаях – подострый склерозирующий панэнцефалит.

По данным ВОЗ, в мире ежегодно регистрируется до 30 млн. случаев заболевания корью, из которых каждый шестой случай заканчивается летальным исходом (в том числе, в 1999 году -873 000, в 2003 530 000).

Возбудителем заболевания является вирус с негативным одноцепочечным РНК-геномом, относящийся к семейству Paramyxoviridae, роду Morbillivirus.

Вакцинация ежегодно в мире предупреждает около 80 млн. случаев заболевания и свыше 5 млн. смертей. Так, за период 2000-2015 г.г. в целом заболеваемость корью сократилась со 146 до 35 случаев на 1млн. населения, и в 2015 г. в мире зарегистрировано 134200 случаев инфекции.

ВОЗ считает, что для достижения контроля над заболеванием должно быть вакцинировано 89-94% жителей каждого населенного пункта [1]. Особое значение иммунизации придается также в связи с отсутствием средств специфической противокоревой фармакотерапии [2].

Ухудшение течение атопического дерматита в поствакцинальном периоде, обусловленное антигенной интервенцией, изучено достаточно хорошо, и в настоящее время четко определены показания и противопоказания для таких детей, а также разработаны мероприятия по профилактике нежелательных поствакцинальных явлений. Вместе с тем, влияние возможно и в другом направлении. Так, на процесс формирования поствакцинального иммунитета может влиять как фенотип иммунологической реактивности ребенка, так и нарушение сроков (ре)вакцинации. Учитывая относительно высокую распространенность атопического дерматита среди дошкольников, который является самой частой формой хронической патологии в данной возрастной группе и одной из самых частых причин нарушения сроков вакцинации, дефекты в формировании поствакцинального иммунитета у таких детей могут привести к уменьшению иммунной прослойки и создать эпидемическую опасность. С этих позиций мониторинг уровня поствакцинальных антител у детей представляется важной задачей [3,4].

Цель: изучить особенности противокорьевого иммунитета у детей с аллергическими заболеваниями.

Задачи: изучить частоту сероконверсии и уровень противоиnфекционных антител у детей, вакцинированных против кори.

Методы: настоящее исследование выполнено на базе ГУЗ «Консультативно-диагностическая поликлиника №2» г.Волгограда. В него включены 58 детей в возрасте 6 лет, получивших полный курс вакцинации против кори в соответствии с Национальным календарём прививок (не ранее 3 месяцев после вакцинации и не ранее 2 месяцев после перенесенных

острых воспалительных заболеваний). На все исследования получено информированное согласие родителей.

1 группу (группа сравнения) составили 20 детей, не имеющих аллергических и воспалительных заболеваний (n=20); 2 группу составили дети с аллергическим ринитом (в стадии ремиссии), вакцинированные в соответствии с Национальным календарём (n=20); 3 группу – дети с атопическим дерматитом (в стадии ремиссии), вакцинированные по индивидуальному графику (n=18).

Состояние противоинфекционного иммунитета оценивали по уровню IgG к возбудителям дифтерии, столбняка, кори (иммуноферментный анализ; ВектоКорь IgG, Вектор-Бест, Россия). Общий анализ крови выполняли на гематологическом анализаторе «Advia 2120» (SIEMENS, Germany). В соответствии с инструкцией к тест-системе, в качестве положительных значений учитывались таковые > 0,12 ед/мл, отрицательные - < 0,12 ед/мл, сомнительные – в интервале 0,12-0,18 ед/мл.

Статистическую обработку результатов выполняли с помощью пакета программ STATISTICA 6.0.

Результаты: полученные результаты свидетельствуют об особенностях формирования иммунитета к вирусу кори у детей с аллергическими заболеваниями. Так, частота определяемых значений IgG к возбудителю была сопоставимой в 1 и 2 группах (90% (18/20) и 100% (20/20, соответственно), однако во втором случае была достоверно выше, чем в группе детей, вакцинированных по индивидуальному графику (77,8% (14/18, p<0,001).

При анализе уровня противоинфекционных антител обратил внимание факт достоверно более высоких значений в группах детей с аллергическими заболеваниями. Так, в группе сравнения от составил $0,4 \pm 0,15$ ед/мл и был достоверно ниже, чем во 2 группе ($1,1 \pm 0,19$ ед/мл, p=0,039) и в 3 ($0,7 \pm 0,09$ ед/мл, p=0,044), при этом между значения во двух последних случаях также имели достоверный характер (p=0,021).

Обращает также внимание различный характер корреляционных связей сывороточного уровня IgG к вирусу кори с гематологическими и иммунологическими показателями во всех трёх случаях. Так, у детей группы сравнения сильная положительная связь не было зарегистрирована ни с одним показателем, максимальное значение она имела только с абсолютным количеством эозинофилов (0,8) и сывороточным уровнем IgA (0,62). Вместе с тем сильная отрицательная связь имела место с количеством лейкоцитов (0,87), абсолютным количеством лимфоцитов (-0,90) и сывороточным уровнем IgE (-0,91), IgM (-0,89), в то время как с общим уровнем IgG связь была отрицательной средней силы (-0,45).

Анализ корреляционных связей уровня противокоревых антител у детей с аллергическими заболеваниями продемонстрировал отличие как от группы сравнения, так и друг от друга. Так, одинаковый характер связей был показан только для уровня общего IgG (0,92 и 0,78 во 2 и 3 группах, соответственно) и количества сегментоядерных клеток (-0,88 и -0,74). Уровень связи с количеством лейкоцитов в периферической крови составил -0,86 и 0,22, с абсолютным количеством эозинофилов 0,77 и -0,16, абсолютным количеством лимфоцитов -0,89 и 0,61, моноцитов -0,72 и -0,33, соответственно, во 2 и 3 группах.

Заключение: исходя из полученных данных, мы предполагаем, что Th2-фенотип иммунного ответа у больных с аллергическим ринитом приводит также и к более активному формированию поствакцинального иммунитета против кори. Дальнейшие исследования необходимы для ответа на вопрос, являются ли особенности формирования противовирусной защиты у детей с атопическим дерматитом при индивидуальном графике вакцинации следствием более сложных механизмов, вовлеченных в формирование заболевания [5], или же результатом нарушения графика вакцинации.

Литература

1. Measels vaccines: WHO position paper – April 2017. WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD, №17, 2017, 92, 205-228.

2. Петров В.И., Белан Э.Б. Противовирусные средства. М., 2012. 224 с.
3. Белан Э.Б., Гутов М.В., Лабай Л.В. Профилактика нежелательных поствакцинальных явлений у детей с атопическим дерматитом. Российский аллергологический журнал 2006; №5:49-53
4. H.Achdout, S.Lustig, T.Israely, N.Erez, B.Politi, H.Tamir, O.Israeli, T.Waner, S.Melamed, N.Paran. Induction, treatment and prevention of eczema vaccinatum in atopic dermatitis mouse models. *Vaccine*, 2017. 35(33);24: 4245-4254
5. Логунов О.В., Башкина О.А., Козлов Л.В., Стемпковская Н.И. Система комплемента при осложненном течении атопического дерматита у детей. *Астраханский медицинский журнал*. 2012. Т. 7. № 2. С. 18-22.

КРАНИОСПИНАЛЬНАЯ ОПУХОЛЬ У ДЕВОЧКИ

Бердовская А.Н., Попко И.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Papkо I.A., Biardouskiaya N.M.

CRANIOSPINAL TUMOR IN A GIRL

Grodno State Medical University

Актуальность. Краниоспинальные опухоли - новообразования, прорастающие сквозь большое затылочное отверстие и расположенные одновременно в каудальных отделах головного мозга и верхних спинальных сегментах (1,2). Клинически проявляются расстройством ликвороциркуляции, очаговыми симптомами поражения структур задней черепной ямки и спинальной симптоматикой. Диагностируются краниоспинальные опухоли по клинической картине и ее развитию, данным магниторезонансной (МРТ) или компьютерной томографии (КТ) краниоспинальной области, результатам интраоперационной биопсии (3,4).

Клинический случай. Девочка К., 2013 года рождения поступила в неврологическое отделение детской областной больницы с жалобами на вялость, сонливость, рвоту. В течение полугода родители отмечали особенности поведения ребенка: стала капризна, раздражительна, сонлива днем, плохо спала ночью.

Объективно. Психоречевое развитие ребенка удовлетворительное. Со стороны черепных нервов – крупноразмашистый нистагм в отведении глазных яблок кнаружи. Мышечный тонус, сила в конечностях достаточные. Сухожильные рефлексы симметричны, живые. Патологических стопных знаков нет. Менингеальных симптомов нет. Походка с элементами атаксии. Координация не нарушена.

При лабораторном обследовании в общем анализе крови выявлен умеренный лейкоцитоз $17,2 \cdot 10^9$ л. Повышен уровень ацетона в моче. Эхоэнцефалография без патологии. Электроэнцефалограмма -снижения альфа-ритма над правыми полушариями. УЗИ внутренних органов без патологии. Осмотрена окулистом: отек диска зрительных нервов обоих глаз. Выполнена КТ, где обнаружен объемный процесс в области задней черепной ямки. Вторичная окклюзионная внутренняя гидроцефалия. Для определения дальнейшей тактики лечения переведена в детское нейрохирургическое отделение РНПЦ «Неврология и нейрохирургия».

В нейрохирургическом отделении проведено оперативное лечение. Окончательный диагноз: гигантская краниоспинальная опухоль (эпендимома GII) 4-го желудочка и правого мозжечкового угла с врастанием в ствол головного мозга.

Заключение. Интерес описываемого случая в том, что отсутствовала типичная клиническая картина, характерная для данного вида опухолей. Клиника проявилась в большей мере расстройствами поведения. Выполненные дополнительные исследования (электроэнцефа-

лограмма, осмотр глазного дна), позволили направить ребенка на КТ и выставить окончательный диагноз.

Литература

1. Ахадов Т.Л., Кравцов А.К., Сачкова И.Ю. // *Вопр. нейрохирургии.* – 1996. – № 1. – С. 30–32.
2. Лившиц А.В. *Хирургия спинного мозга.* – М.: Медицина. 1990.–350с.
3. *Нейротравматология / Под ред. А.Н. Коновалова и др.* – М.: Вазар–Ферро, 1994. – 415с.
4. Олешкевич Ф.В., Рожанец И. И., Волковец НИ. // *Вопр. нейрохирургии.* – 1988. – № 6. – С. 30–32.

ВЛИЯНИЕ ДОМАШНЕГО ПИТАНИЯ НА ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Богданьянц М.В., Джумагазиев А.А., Безрукова Д.А., Усаева О.В.,
Акмаева Л.М., Райский Д.В., Чершембеева Э.С.

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет»
Минздрава России

IMPACT ON HOUSEHOLD FOOD FORAGING BEHAVIOR OF PRESCHOOL CHILDREN

Bogdanyants M.V., Dzhumagaziyev A.A., Bezrukova D.A., Usaeva O. V.,
Akmaeva L. M., Raysky D.V., Chershembeeva E.S.
Astrakhan State Medical University; Astrakhan, Russia

Общеизвестно, что питание является одним из важнейших факторов, который действует с момента рождения до последних дней жизни человека и участвует в формировании его здоровья. Особенно выражено влияние алиментарного фактора в «сенситивные периоды» развития и формирования не только здоровья, но и пищевого поведения, одним из которых является дошкольный возраст [1,2]. Установлено, что окружающая ребенка среда (семья и/или организованный детский коллектив) вносит основной вклад в программирование образа жизни и характера питания, формирование вкусовых пристрастий и предпочтений, уровень физической активности на всю последующую жизнь индивидуума [3,4].

Цель исследования: Изучить организацию питания детей дошкольного возраста в домашних условиях, вне пребывания их в дошкольном учреждении.

Задачи исследования: Изучить фактическое питание детей вне ДДУ: режим питания, ассортимент блюд, обеспеченность макронутриентами и энергией.

Материалы и методы.

Объектом исследования стали дети дошкольного возраста (n=145 детей, средний возраст-5 лет), посещающие одно из дошкольных учреждений города Астрахани и их родители. В основу гигиенической оценки положены МР 2.3.1.2432-08 «Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп. Использовалась первичная документация: ведомость учета посещения детей в ДДУ за год, анкеты, разработанные НИИ питания РАМН.

Результаты исследования. Установлено, что в среднем за год организованный ребенок посещает ДДУ 235±12 дней, а дома проводит 130±12 дней, Калорийность домашних рационов колеблется от 1084,5 до 1203 ккал, что в среднем на 37% ниже суточной нормы. Обеспеченность макронутриентами по отношению к рекомендуемым нормам суточного потребления (РНСП) составила по белкам- 68,1%, жирам- -63,4%, углеводам –57%. Содержание мяса снижено на 36% по отношению к рекомендуемому

уровню потребления (РУП), молока и молочных продуктов – на 44%. Редко включены в питание рыба - на 74%, творог - 50% и яйца -47% меньше РУП. При этом у всех детей почти полностью соответствует рекомендуемому уровню потребление круп (80%), и их превышает потребление макаронных изделий (на 19%), колбасных изделий (в 2 раза) и птицы (на 33%).

Для питания дома характерно смещение времени приемов пищи на более позднее (на 1-3 часа). Часто дошкольники имеют трехразовое питание (56% детей). На завтрак у большинства детей (56,9%) предлагается молочная каша (реже омлет или творожная запеканка) с напитком, однако 1/3 исследуемых дошкольников не имеет в составе завтрака горячих блюд, и ограничивается выпечкой или бутербродами.

Обеды только у 8,4% детей включают первое блюдо, второе мясное блюдо с гарниром и напиток, около 50% предпочитают один горячий суп. Ужины по своей структуре плотные и у 60,6% детей состоят из первого или второго мясного с гарниром.

Оценка пищевых предпочтений показала, что в домашних условиях в ассортименте вторых блюд три первых ранговых места занимают колбасные изделия (употребляют 23% детей), мясные котлеты, в том числе жареные (17%) и птица (11%). В качестве гарнира дети предпочитают макаронные изделия (36%), кашу гречневую (27%), картофельное пюре (13%). В рационе стабильно присутствуют мучные изделия (60%). На последнем месте находятся такие блюда как творожная запеканка (4%) и рыбные блюда (5%). В среднесуточном рационе детей недостаточно таких основных групп продуктов, как хлеб - 46%, мясо- 64%, молоко и молочные продукты 56%, картофель- 49% и овощи- 37% от РУП. Редко включены в питание: рыба- 26%, творог- 50%, и яйца-32% от РУП. Фактическое питание в выходные дни не восполняет потребности ни по содержанию энергии, ни по содержанию основных пищевых макронутриентов (дефицит в среднем 23% от норм физиологической потребности).

Выводы. Домашнее питание вносит существенный вклад в формирование пищевого поведения детей дошкольного возраста, при неправильной организации является фактором риска развития алиментарнозависимых заболеваний, в том числе хронических расстройств питания.

Литература

1. Джумагазиев А.А., Безрукова Д.А., Богданьянц М.В., Орлов Ф.В., Акмаева Л.М., Усаева О.В. Пищевые предпочтения у детей с избыточной массой тела и ожирением // Вопросы питания. 2016. Т. 85. № 2. С. 47-48.
2. Джумагазиев А.А., Безрукова Д.А., Богданьянц М.В., Орлов Ф.В., Райский Д.В., Акмаева Л.М., Усаева О.В., Джамаев Л.С. Проблема ожирения у детей в современном мире: реалии и возможные пути решения // Вопросы современной педиатрии. 2016. Т. 15. № 3. С. 250-256.
3. Лундина, Г.В. Рациональное питание детей раннего возраста / Г.В. Лундина, Т.В. Яковлева // Вятский медицинский вестник.-2015.-№2.-С. 70-73.
4. Han, J.C. Childhood obesity / J.C. Han, D.A. Lawlor, S.Y. Kimm // The Lancet. – 2010.- Vol. 375, № 9727.- P. 1737–1748.

ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ФЛЕГМОН ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Боев И. А.

ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет
им. акад. Е.А. Вагнера» Минздрава России, Пермь, Россия

STUDY OF MAXILLOFACIAL AREA PHLEGMONS CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES

Boev I.A.

Acad. E.A. Wagner Perm State Medical University, Perm, Russia

Известно, что численность больных с флегмонами продолжает оставаться на достаточно высоком уровне, а также увеличивается число пациентов с тяжелыми формами заболевания [1]. Кроме этого, отмечается изменение характера течения инфекции – увеличение числа больных с распространенным и тяжелым прогрессирующим течением заболевания [1].

Цель: оценить клинико-эпидемиологические особенности заболеваемости населения города Перми флегмонами челюстно-лицевой области.

Методы. Проведен ретроспективный анализ 137 историй болезни пациентов с диагнозом флегмона лица (L03.2), находившихся на лечении в Стоматологической больнице клинического многопрофильного клинического центра ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера» Минздрава России в 2016 г. Оценивали распределение пациентов по полу, возрасту, а также клиническим особенностям заболевания.

Для статистической оценки полученных данных использовали непарный вариант *t*-критерия Стьюдента и χ^2 -критерий.

Результаты. В ходе проведенного исследования показано, что в структуре заболеваемости по полу существенных отличий не выявлено. Среди пациентов лиц мужского пола было 71 (51,8%), а женского – 66 (48,2%). В возрастной структуре преобладали лица 21-30 лет – 59 человек (43%). Кроме этого заболевание наиболее часто встречалось у пациентов возрастной группы 31-40 лет (18,9%), а также 51 год и старше (17,5%).

У большинства пациентов причинным был только один зуб (95,7%). Наиболее часто причинным был зуб 4.7 (21,8%), зуб 4.8 - в 17,3%, а зубы 3.6 и 3.8 - в 15,4% случаев каждый. Реже причинными были зубы верхней челюсти (2.2, 1.6, 1.8, 1.5, 1.4).

В 62% случаев флегмона локализовалась в поднижнечелюстном клетчаточном пространстве, в 33,6% - в крыловиднонижнечелюстном и в 32,1% - в подбородочном пространстве. Реже флегмоны установлены в щечном (18,2%) и окологлоточном (13,9%), а также в субмассетериальном пространстве (11,7%). Единичные случаи локализации флегмон зарегистрированы в верхнебоковом отделе шеи и подъязычном пространстве. В 71,5% случаев флегмоны локализовались в 1-2 анатомических областях. В 23,3% случаев флегмона распространялась на 3-4 области и в 5,2% - занимала 5 и больше пространств.

В подавляющем большинстве случаев флегмоны вызваны одонтогенными причинами (91,3%). Среди неодонтогенных причин в 66,7% случаев флегмоны были обусловлены дерматогенными факторами, лишь в 8% случаев заболевание развилось в результате аденофлегмоны вирусной этиологии.

В клинической картине у всех пациентов наблюдалась боль и припухлость, у 13% - боль при глотании, у 12% - затрудненное открывание рта.

В настоящее время показано, что зачастую в медицинской практике встречается феномен коморбидности [1]. Известно, что в хирургической практике коморбидные заболевания внутренних органов способны существенно изменить течение основного заболевания, послеоперационного периода, а также оказать влияние на прогноз. В настоящем исследовании в 60,5% случаев анамнез заболевания был отягощен соматической патологией. Чаще всего

среди соматической патологии встречались такие заболевания как хроническая сердечная недостаточность и гипертоническая болезнь (38,5%), анемия (27,7%), токсический гепатит (15,6%), хронический пиелонефрит (13,2%), хронические воспалительные заболевания желудочно-кишечного тракта (13,2%), хронические воспалительные заболевания дыхательной системы (6%). Хронические вирусные гепатиты обнаружены у 7,2% пациентов. В 4,8% случаев у пациентов присутствовал сахарный диабет. Пациенты с сопутствующей патологией чаще отмечали развитие флегмоны на фоне переохлаждения.

В среднем пациенты были госпитализированы на стационарное лечение через $86,1 \pm 4,5$ часа от начала заболевания. Пациенты с сопутствующей соматической патологией поступали в стационар значительно позже, через $93,1 \pm 6,2$ ч (в группе пациентов без соматической патологии - $75,3 \pm 5,7$ ч, $p < 0,05$).

При оценке данных микробиологических исследований микроорганизмы в раневом отделяемом обнаружены в 80,3% случаев, из них только один вид - в 88,2%, два - в 10,9% и три микроорганизма - в 0,9% случаев. Необходимо отметить, что отсутствие роста микроорганизмов в 20% случаев связано с особенностями проведения микробиологических исследований, которые представляют трудности при обнаружении и идентификации анаэробных бактерий. Вклад таких микроорганизмов в развитие инфекционно-воспалительных заболеваний занижен, хотя они принимают участие, как в формировании очага деструкции, так и в межмикробных взаимодействиях, зачастую отягощая течение процесса [2-4].

В материале отделяемого при флегмонах были обнаружены преимущественно грамположительные кокковые микроорганизмы (90,6%), из них *Staphylococcus* spp. Выделены в 48,1%, а *Streptococcus* spp. - в 51,9%. Среди стафилококков коагулазоположительных видов было 19,6%. Из числа представителей семейства *Enterobacteriaceae* были обнаружены *Acinetobacter* spp. - 55%, *Escherichia coli* - 22%, *Enterobacter aerogenes* - 11%. В составе ассоциаций наиболее часто встречались стрептококки и стафилококки (54,5%). В трети случаев грамположительные кокки выделены в совокупности с грамотрицательными палочковидными бактериями (27,3%). Микроорганизмы рода *Neisseria* присутствовали только вместе со стрептококками (9,1%).

Интерес представляет изучение микрофлоры отделяемого флегмон в зависимости от наличия сопутствующей соматической патологии. У пациентов с сопутствующей соматической патологией чаще обнаружены ассоциации микробов ($p < 0,05$). В большем количестве случаев у таких пациентов выделены бактерии рода *Acinetobacter*, *Staphylococcus*, а также *Streptococcus pyogenes* et *Streptococcus viridans*.

В настоящее время все большее значение в развитии острых воспалительных процессов, особенно бактериальной этиологии, приобретают условно патогенные микроорганизмы, которые чаще всего встречаются в виде ассоциаций. Показано, что в составе микробных сообществ значительно изменяются свойства ассоциантов, меняется их чувствительность к антибиотикам [5]. Подобные явления в условиях коморбидного фона существенно отягощают как клиническую картину флегмоны, так и увеличивают продолжительность лечения. В связи с этим необходимо детально оценивать состав микрофлоры отделяемого флегмон, а также учитывать особенности клинической картины.

Заключение. Таким образом, флегмоны челюстно-лицевой области зачастую обнаруживаются у пациентов молодого и среднего возраста, в равной степени, как у мужчин, так и у женщин. Флегмоны локализуются преимущественно в 1-2 клетчаточных пространствах. Среди этиологических факторов заболевания ведущее место занимают грамположительные кокки и их ассоциации, как между собой, так и с другими микроорганизмами. С достаточно высокой частотой флегмоны челюстно-лицевой области встречаются у пациентов с сопутствующей соматической патологией (хроническая сердечная недостаточность, анемия, токсический гепатит и хронический пиелонефрит). Для таких пациентов характерно более позднее поступление в стационар, а также преобладание микробных ассоциаций в отделяемом флегмон.

Литература

1. Верткин А.Л., Румянцев М.А., Скотников А.С. Коморбидность в клинической практике. Архив внутренней медицины. 2011; 2: 20-24.
2. Годовалов А.П., Быкова Л.П. Особенности Candida sp. из микробных ассоциаций при воспалительных заболеваниях дыхательных путей. Успехи медицинской микологии. 2013; 11: 84-87.
3. Годовалов А.П., Быкова Л.П., Никулина Е.А., Ожгибесов Г.П., Ларин А.Э., Ларина П.М. Выявление Staphylococcus aureus при изменении микробиоценоза толстой кишки. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2016; 12 (136): 36-38.
4. Годовалов А.П., Карпунина Н.С., Карпунина Т.И. Микробиота кишечника и влагалища женщин со вторичным бесплодием и заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2016; 6 (130): 109-113.
5. Годовалов А.П., Быкова Л.П., Никулина Е.А., Ожгибесов Г.П. Изучение микробного пейзажа толстого кишечника при кандидозном носительстве. Медицинский вестник МВД. 2016; 1(80): 41-43.

КОРТИКАЛЬНЫЙ СЛОЙ ТЕЛА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ МОЛЯРОВ У МУЖЧИН ПЕРВОГО И ВТОРОГО ПЕРИОДОВ ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА ПРИ ЧАСТИЧНОЙ ВТОРИЧНОЙ АДЕНТИИ

Бойко В.В.

ФГБОУ ВО «Астраханский ГМУ» Минздрава России, Астрахань, Россия

CORTICAL LAYER OF THE BODY OF THE MANDIBULAR BONE IN THE FIELD OF MOLARES IN MEN OF THE FIRST AND SECOND PERIODS OF THE MATURE AGE WITH PARTIAL SECONDARY ADENTITIS

Boyko V.V.

Astrakhan State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Astrakhan, Russia

Частичная вторичная адентия является одним из наиболее распространенных заболеваний зубочелюстной системы [1-7]. Знания о толщине кортикального слоя тела нижней челюсти могут быть использованы для разработки индивидуальных программ при лечении частичной вторичной адентии с помощью хирургических манипуляций, таких как дентальная имплантация.

Наиболее информативным методом для прижизненного измерения толщины кортикального слоя является компьютерная томография. Наибольшей точностью в исследовании костной ткани челюстей является метод конус-лучевой компьютерной томографии.

Цель исследования: определение толщины кортикального слоя тела нижней челюсти у мужчин первого и второго периодов зрелого возраста с частичной вторичной адентией.

Сравнение полученных данных с данными исследований, проведенных у пациентов без частичной вторичной адентии и по видам частичной вторичной адентии у мужчин.

Материалы и методы. Исследование проводилось на конус-лучевом компьютерном томографе Sirona ORTHOPHOS XG 3D (Германия), предоставленном стоматологической клиникой «Эстет Клиник» города Астрахани. Нами было проанализировано 150 снимков мужчин первого и второго периодов зрелого возраста с частичной вторичной адентией и 115 снимков мужчин того же возраста с полным набором зубов. Условием включения в группу исследования было отсутствие признаков поражения пародонта. Морфометрия проводилась с помощью программы OsiriX. Толщину кортикального слоя тела нижней челюсти определяли в боковой проекции на уровне межальвеолярных перегородок больших коренных зубов.

150 компьютерных томограмм мужчин с частичной вторичной адентией разделили на возрастные группы: 79 - первого периода и 71 – второго периода зрелого возраста.

Все полученные данные подвергались статистической обработке методами вариационной и непараметрической статистики. Степень точности исследования определена вероятностью безошибочного прогноза меньшим или равным 0,95%; уровнем значимости $P \leq 0,05$; для признаков с нормальным распределением использован критерий Стьюдента $t=2$, для признаков с распределением, отличным от нормального - непараметрический U-критерий Уилкоксона (Манна-Уитни) с тем же уровнем значимости [8]. В работе использовался универсальный математический пакет MathCad.

Результаты собственных исследований. Анализ компьютерных томограмм мужчин первого и второго периодов зрелого возраста показал, что средняя толщина кортикальной пластинки у мужчин первого периода зрелого возраста с частичной вторичной адентией слева составляет $1,16 \pm 0,03$ мм, справа - $1,06 \pm 0,03$ мм. У мужчин второго периода зрелого возраста этот показатель составил слева - $1,04 \pm 0,01$ мм, справа - $1,083 \pm 0,02$ мм.

При сравнительном анализе выявлено, что толщина кортикального слоя межальвеолярной перегородки при частичной вторичной адентии заметно снижается в области второго и третьего моляра во всех исследуемых возрастных группах. Напротив, этот показатель увеличивается в области первого моляра. Можно предположить, что это может быть связано с перераспределением жевательной нагрузки после утраты моляров. [1]

Исследование показало, что толщина кортикальной пластинки при одностороннем и двухстороннем полном отсутствии моляров у мужчин первого периода зрелого возраста существенно отличается. Показатель толщины кортикальной пластинки при полном одностороннем отсутствии моляров выше ($1,29 \pm 0,04$ мм), чем при двухстороннем ($1,29 \pm 0,04$ мм). Это может быть связано с компенсацией жевательной нагрузки на сохранившихся зубах с противоположной стороны. Похожая тенденция наблюдается и при частичном отсутствии моляров. В группе исследуемых пациентов с концевым дефектом моляров средняя толщина кортикальной пластинки составила $0,83 \pm 0,03$ мм, что значительно меньше показателя у пациентов с включенным дефектом моляров. Во втором периоде зрелого возраста выявлена схожая динамика исследуемых параметров.

Таким образом, при частичной вторичной адентии происходит существенная перестройка кортикального слоя нижней челюсти, проявляющаяся изменением толщины кортикального слоя не только в области дефекта зубного ряда, но и на прилежащих к нему участках нижней челюсти.

Литература

1. Бетельман, А.И. Ортопедическая стоматология/ А.И. Бетельман, Б.Н. Бынин. – М.: Медгиз, 1951. С. 154-157
2. Иорданишвили А.К., Самсонов В.В., Маградзе Г.Н. «Особенности локализации переломов нижней челюсти у людей различных возрастных групп»,// MEDLINE.RU, издательство ООО «Интернет- проект» Том 14, номер 2, 2013г., с.179-187
3. Иорданишвили, А.К., Гук В.А., Рыжак Г.А. «Клиника и лечение переломов нижней челюсти у людей пожилого и старческого возраста» // Успехи геронтологии, издательство ООО «Эскулап» Том 24, номер 1, 2011г., с.130-134
4. Нуржанова С.С., Удочкина Л.А. Частичная вторичная адентия у мужчин и женщин зрелого и пожилого возраста г. Астрахани // Астраханский медицинский журнал. 2010. - Т. 5, № 1. - С. 74-80.
5. Саутиев А.М., Удочкина Л.А. ,Нуржанова С.С.Частичная вторичная адентия у жителей г. Астрахани 21 -76 лет// Журнал анатомии и гистологии, 2015. - Т.4, № 3, С. 108.
6. Удочкина Л.А., Нуржанова С.С. Показатели частичной вторичной адентии у мужчин и женщин зрелого и пожилого возраста г. Астрахани // Здоровье - основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. - 2010. - Т. 5. - № 1. - С. 437.
7. Удочкина Л.А., Нуржанова С.С., Саутиев А.М. Вторичная адентия у жителей г. Астрахани и Астраханской области// Морфология. – 2010. – №. 4. -Т.137.- С. 144.
8. Wilcoxon F. Individual Comparisons by Ranking Methods. // Biometrics Bulletin 1. 1945. — Pp. 80–83.

**АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ОСНОВНЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА
У ПАЦИЕНТОК ВОЛГОГРАДСКОГО РЕГИОНА**

Бурова Н.А., Жаркин Н.А., Ярыгин О.А., Лемякин Е.В.,
Шатилова Н.В., Путнина А.И.

ФГБУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России,
Волгоград, Россия.

**ANTIBIOTIC RESISTANCE OF MAJOR PATHOGENS OF INFLAMMATORY
DISEASES OF THE PELVIC ORGANS IN PATIENTS OF THE VOLGOGRAD REGION.**

Burova N.A., Zarkin N.A., Yarygin O. A., Lemykina E. V.,
Shatilova N.V., Putnina A. A.

Federal State Educational Institution of Higher Education "The Volgograd State Medical University
of Public Health Ministry of the Russian Federation"

Цель исследования определение структуры и спектра антибиотикорезистентности основных возбудителей воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин в Волгоградском регионе.

Материалы и методы. Проанализированы результаты ретроспективного лабораторного исследования структуры возбудителей воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ) и спектра их устойчивости к антимикробным препаратам у пациенток 18-45 лет, госпитализированных с острыми и обострениями хронических ВЗОМТ в гинекологические отделения г. Волгограда и области, в период с 2013 по 2016 год. Все больные на момент включения в исследование не получали антибактериальную терапию. Исследовали образцы из цервикального канала - 83,6 % (530) и полости матки - 16,4 % (104). Для определения чувствительности возбудителей к антимикробным средствам использовалась программа мониторинга за антибиотикорезистентностью WHONET 5.1.

Результаты исследования. В структуре выделенных патогенов преобладали представители семейства Enterobacteriaceae в 38,5 % случаев, с преобладанием *Escherichia coli* - 51 штамм, *Klebsiella spp.* - 15 штаммов. Штаммы энтерококков *E. Faecalis* были обнаружены в 20 образцах. Анаэробы были представлены 12 штаммами *Bacteroides fragilis*. Стафилококки были обнаружены в 415 (65,6%) образцах с преобладанием *Staphylococcus epidermidis* в 28 штаммах. Так же, были выделены аэробные грамотрицательные неферментирующие бактерии по 1 штамму.

Выделенные штаммы *E.coli* в 79 % оказались устойчивыми к незащищенным аминопенициллинам (за счет продукции β-лактамаз), причем за 3 года этот показатель увеличился в 1,2 раза ($p < 0,05$). Обращал на себя внимание двукратный прирост штаммов, резистентных к ингибитор-защищенным пенициллинам (амоксициллину/клавуланату). Все эти штаммы оказались продуцентами ESBL, что обусловило неэффективность терапии даже цефалоспорины III-IV поколения. Отмечено повышение в 1,2 резистентности кишечной палочки к фторхинолонам и доксициклину ($p < 0,05$). Минимальный же уровень резистентности наблюдался у аминогликозидов – 7%. *Klebsiella spp.* в 36,3 % продуцировали бета-лактамазы расширенного спектра действия (ESBL) и оказались резистентными к цефалоспорины и амоксициллин/клавуланату. Крайне низкая чувствительность наблюдалась к фторхинолонам - 17%, кроме левофлоксацина, чувствительность к которому определялась в 78,3%. Высокая активность отмечалась у карбапенемов (97 %), хотя 3 штамма, выделенных в 2015-2016 гг., показали резистентность к имипенему. Среди всех штаммов *Enterococcus spp.* отмечалась высокая резистентность к фторхинолонам (29 %) и доксициклину (32%). К аминогликозидам имели высокий уровень устойчивости 13,1 % выделенных штаммов. Большинство выделенных штаммов *стафилококков* оказались метициллин-резистентны (MRSE) - 43 %, что обуславливало неэффективность терапии β-лактамами антибиотиками, а также высокую рези-

стентность к фторхинолонам (45 %). Кроме того, наблюдалось нарастание устойчивости к амикацину в 4 раза за трехлетний период ($p < 0,05$).

Заключение. Проведенное исследование подтвердило нарастающую роль условно-патогенной флоры в развитии ВЗОМТ у женщин. В микст инфекции среди условных патогенов преобладали: *Enterobacteriaceae* (*E. coli*), энтерококки и анаэробная (стафилококки) флора. За последние три года отмечается рост выявления в бактериологических посевах, особенно у пациенток с рецидивирующими ВЗОМТ, *Klebsiella* spp.. Доминирующие штаммы характеризовались высокой чувствительностью к аминогликозидам, и высокой резистентностью к пенициллинам и цефалоспорином (68%), что может в ряде случаев обуславливать неэффективность использования пенициллинов (включая ингибитор-защищенные) и цефалоспоринов в схемах лечения пациенток с ВЗОМТ. Нарастающее число в исследуемом материале штаммов *Klebsiella* spp., показали высокую чувствительность к левофлоксацину, что оправдывает необходимость более широкого включения этого препарата наряду с метронидазолом в лечение пациенток с ВЗОМТ, особенно часто рецидивирующих. Таким образом, рост резистентности микроорганизмов к антибактериальным препаратам, включенным в международные и общероссийские рекомендации по ведению пациенток с ВЗОМТ, а также возможные региональные особенности спектра возбудителей, требуют регулярного проведения локального микробиологического мониторинга для выбора более эффективных схем терапии. Это позволит повысить комплаентность пациенток, снизить частоту повторных госпитализаций, сократить затраты на лечение и сохранить репродуктивное здоровье женщин.

Литература

1. Р. С. Козлов Проблема антибиотикорезистентности в акушерстве и гинекологии / Р. С. Козлов // РМЖ. 2014. № 1. С. 79-82.
2. Т.Ю. Пестрикова, И.В. Юрасов, Е.А. Юрасова Последствия неадекватной тактики проведения терапии антибиотиками у пациенток с воспалительными заболеваниями органов малого таза/ Т.Ю. Пестрикова, И.В. Юрасов, Е.А. Юрасова. // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России». Электронный журнал 2015 №1 <http://www.fesmu.ru/voz/20151/2015105.aspx>.
3. Н. А. Бурова, Н. А. Жаркин, О. А. Ярыгин Особенности микробного пейзажа и его антибиотикорезистентности у женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза в Волгоградском регионе/ Н. А. Бурова, Н. А. Жаркин, О. А. Ярыгин// Вестник ВолгГМУ 2(62), 2017

ВЛИЯНИЕ ГИДРОКСИЛЬНОГО РАДИКАЛА НА ОКИСЛИТЕЛЬНУЮ МОДИФИКАЦИЮ БЕЛКА СЫВОРОТКИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ЗДОРОВЫХ ДОНОРОВ

Вавило Н.В., Годовалов А.П.

ФГБОУ ВО "Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера" Минздрава России, Пермь, Россия

INFLUENCE OF HYDROXYL RADICAL ON OXIDATIVE MODIFICATION OF PROTEIN IN PERIPHERAL BLOOD OF HEALTHY DONORS

Vavilov N.V., Godovalov A.P.

Acad. E.A. Wagner Perm State Medical University, Perm, Russia

Введение. Окислительный стресс (оксидативный стресс) — процесс повреждения клетки в результате окисления, с последующим распространением повреждения во внеклеточную среду. В живых системах атаке и дальнейшему повреждению свободных радикалов в основном подвергаются молекулы липидов, что запускает процесс, названный - перекисное

окислением липидов (ПОЛ). Действию активных форм кислорода так же подвергаются молекулы ядерных и внеядерных нуклеиновых кислот. Под действием оксидативного стресса меняется нативная конформация белковых молекул, вплоть до фрагментации, что отражается на их функции. На данный момент существует множество подходов в оценке окисленных белков, но до сих пор не появилось унифицированной методики для их измерения и не выявлены показатели, которые бы отражали уровень модификации белков. В результате свободно-радикальных процессов могут образоваться активные формы кислорода (АФК) и активные формы азота. Эти процессы стимулируют как экзогенные, так и эндогенные факторы, через образование АФК, ведущие к окислительной модификации белка (ОМБ). В человеческом организме наиболее распространены реакции Фентона и Габера-Вейса, генерирующие гидроксил-радикалы. Гидроксильный радикал является одним из активаторов окислительного стресса и образуется из перекиси водорода. Физиологический уровень H_2O_2 в сыворотке крови составляет до 10 μM . Показано, что при некоторых формах заболеваний концентрация перекиси водорода в сыворотке крови увеличивается до 20-50 μM [1, 5].

Цель исследования – определение влияния гидроксил-радикала на ОМБ.

Материалы и методы исследования. Исследована сыворотка периферической крови 10 практически здоровых доноров. В работе использовали следующие концентрации H_2O_2 0, 5, 10, 15, 50, 250, 500 μM . Инициацию реакции Фентона проводили с помощью 10 μl 100 мМ $FeSO_4$. Время действия образовавшихся гидроксильных радикалов на сыворотку крови – 10 минут. Оценку ОМБ проводили по методу [2, 3], который предусматривает регистрацию образовавшихся 2,4–динитрофенилгидразонов (ДНФ) при следующих длинах волн: при 370 нм – нейтральные кетон-ДНФ (кДНФн), при 430 нм – основные кетон-ДНФ (кДНФо) и при 530 нм – нейтральные альдегид-ДНФ (аДНФн). Концентрацию окисленных белков выражали в нмоль/мг общего белка сыворотки, который определяли микробиуретовым методом. Суммарную концентрацию окисленных белков считали путём складывания всех окисленных производных. Для статистической обработки использовали методы описательной статистики и *t*-критерий Стьюдента для парных данных.

Результаты. В ходе исследований установлено, что уровень кДНФн сыворотки крови здоровых доноров составил $1,24 \pm 0,15$ нмоль/мг белка (контрольная проба $0,84 \pm 0,30$ нмоль/мг белка), что соответствует результатам, полученным как в классическом варианте реакции ($p > 0,05$) [3], так и литературным данным [4]. Уровень кДНФо составляет $0,74 \pm 0,11$ нмоль/мг белка (контрольная проба $0,60 \pm 0,25$ нмоль/мг белка), а аДНФн – $0,37 \pm 0,07$ нмоль/мг белка (контрольная проба $0,44 \pm 0,20$ нмоль/мг белка). Таким образом, суммарная концентрация окисленных белков сыворотки крови здоровых доноров составляет $2,35 \pm 0,11$ нмоль/мг белка. Выявлено, что на долю аДНФн приходится 16%, на долю кДНФо – 31,5%, на долю кДНФн – 52,5% окисленных белков. Соотношение окисленных белков сыворотки крови здоровых доноров аДНФн:кДНФо:кДНФн составляет 1:2:3,3. При повышении концентрации H_2O_2 наблюдается статистически значимое дозозависимое увеличение концентрации кДНФн, например, при концентрациях H_2O_2 равных 5 и 50 μM до $1,00 \pm 0,07$ и $1,13 \pm 0,07$ соответственно ($p < 0,05$). Концентрация кДНФо увеличилась до $1,63 \pm 0,13$ и $1,89 \pm 0,10$ при тех же концентрациях перекиси ($p < 0,05$). Концентрация аДНФн при повышении уровня H_2O_2 статистически значимо не изменялась. Соотношения аДНФн:кДНФо:кДНФн в пробах при 5 и 50 μM H_2O_2 составили 1:2,5:4 и 1:2,8:4,8 соответственно.

Выводы. 1. Показано, что при использовании микроварианта можно достичь снижения объема расходуемых реагентов и значительно снизить временные затраты. Результат при этом не отличается от такового в классическом варианте методики.

2. Установлено, что общая суммарная концентрация окисленных белков сыворотки крови здоровых – $2,35 \pm 0,11$ нмоль/мг белка

3. Выявлено дозозависимое влияние гидроксильного радикала на степень окисления белков сыворотки крови.

Литература

1. Вавилов Н.В., Годовалов А.П. Взгляд на клиническое значение окисленно модифицированных белков // Современные научные исследования и разработки. 2017. Т. 2. № 1 (9). С. 36-39.
2. Вавилов Н.В., Шилов Ю.И. Модификация метода оценки окислительной модификации белков // Медицинская иммунология. 2017. Т. 19. № SV. С. 360.
3. Reznick A.Z., Packer L. Oxidative damage to proteins: spectrophotometric method for carbonyl assay // Methods in enzymology. 1994. Vol. 233. P. 357-363.
4. Sheth J.J. Genoprotective effect of Indian gentian in type 2 diabetes mellitus (T2DM): comet assay, sister chromatid exchange and protein oxidation studies // Int. J. Hum. Genet. 2011. Vol. 11(2). P. 83-88.
5. Stadtman E.R. Role of oxidant species in aging // Curr. Med. Chem. 2004. Vol. 11. P. 1105–1112.

ИЗМЕНЕНИЯ ФЕТАЛЬНОГО ГЕМОГЛОБИНА ПРИ ЦИРРОЗАХ ПЕЧЕНИ С СИНДРОМ ГИПЕРСПЛЕНИЗМА

Вознюк М.А., Титаренко Ю.Б.

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет»
Минздрава РФ, Астрахань, Россия

CHANGES OF THE FETAL HEMOGLOBIN IN LIVER CIRRHOSIS WITH HYPER- SPLENISM SYNDROME

Voznyuk M.A., Titarenko Yu.B.

Astrakhan State Medical University, Health Ministry of Russia, Astrakhan, Russia

Циррозы печени (ЦП) характеризуются развитием портальной гипертензии (ПГ) и связанными с ней осложнениями, оказывающими влияние на течение и исход заболевания [4]. Одним из них является синдром гиперспленизма (СГ), при котором, наряду со спленомегалией, наблюдается снижение количества форменных элементов крови (анемия, лейкопения, тромбоцитопения). Развивающийся при ПГ застой крови в селезенке сопровождается повышенным разрушением форменных элементов крови, что имеет ведущее значение в патогенезе СГ при ЦП. В последние годы внимание исследователей привлекает изучение состояния фетального гемоглобина (HbF) при ЦП, учитывая его важное диагностическое значение как маркера тканевой гипоксии [1,2,5]. В тоже время оценка результатов исследование показателя HbF на фоне анемии может иметь особенности, которые необходимо учитывать в медицинской практике.

Цель: оптимизация исследования фетального гемоглобина у больных ЦП с признаками синдрома гиперспленизма

Методы: Обследовано 195 больных ЦП, проходивших лечение в гастроэнтерологическом отделении ГБУЗ АО Александро-Мариинская областная клиническая больница. Контрольную группу (КГ) составили 50 практически здоровых доноров.

Диагностика ЦП осуществлялась на основании жалоб больных, анамнестических и клинических данных, результатов биохимических, иммунологических анализов, инструментальных методов, включая ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Диагноз устанавливался в соответствии с существующими классификациями ЦП. Признаки СГ имелись у 98 пациентов (50,3%), отсутствовали – у 97 (49,7%).

У всех больных ЦП определялся HbF по методике, разработанной на кафедре биохимии ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ [3]. Для количественного анализа HbF применялся способ ракетного электрофореза в агаровом геле с додецилсульфатом натрия. Использовались чистые препараты HbF и моноспецифические антисыворотки к HbF, полученные са-

мостоятельно и прошедшие строгий контроль чистоты и специфичности. Забор крови для исследования на HbF производили на 2-е сутки после поступления больного ЦП в стационар.

Результаты. Уровень HbF в КГ составил $2,4 \pm 0,06$ г/л что согласуется с литературными данными. Средние значения HbF в группе больных ЦП достоверно ($p < 0,05$) превышали контрольные значения и составили $3,5 \pm 0,07$ г/л.

Анемия является характерным и прогностически неблагоприятным признаком СГ. В подгруппе больных ЦП с наличием признаков СГ средний показатель количества эритроцитов составил $3,13 \pm 0,05 \times 10^{12}$ г/л, а величина общего гемоглобина (Hb) – $108,0 \pm 5,1$ г/л, в то время, как у больных без СГ их средние значения были существенно ($p < 0,05$) выше (соответственно, $4,12 \pm 0,06 \times 10^{12}$ г/л и $124,2 \pm 5,4$ г/л).

Для максимальной верификации полученных данных и исключения влияния значений общего Hb было проведено конвертирование количественных показателей HbF (г/л) в HbF (%) от общего Hb (HbF%). При анализе показателя HbF% с большой степенью достоверности были выявлены различия между группой ЦП и КГ (соответственно, $3,07 \pm 0,07\%$ и $1,53 \pm 0,06\%$; $p < 0,001$). После конвертирования абсолютных цифр в процентное отношение выяснилось, что уровень HbF% в подгруппе больных ЦП с наличием признаков СГ был достоверно выше, чем в подгруппе больных без этого осложнения. (соответственно, $3,29 \pm 0,09\%$ и $2,91 \pm 0,11\%$; $p < 0,05$). Причем эти различия наблюдались вне зависимости от степени выраженности анемического синдрома. Для уточнения особенностей изменений концентрации HbF% при СГ разной степени выраженности, из анализируемой группы больных ЦП были выделены 2 подгруппы: с гиперспленизмом I степени ($n=68$) и II- III степени ($n=30$). Несмотря на то, что различия средних показателей HbF% между анализируемыми подгруппами не достигали степени достоверности ($p=0,06$), они приближались к таковым. Следовательно, у больных ЦП с признаками СГ отмечается более выраженные явления тканевой гипоксии, чем у лиц без СГ, причем по мере прогрессирования синдрома отмечался рост HbF%.

Заключение: При оценке результата исследования уровня фетального гемоглобина при ЦП, учитывая высокий процент лиц с СГ, необходимо проводить конвертирование количественных показателей HbF (г/л) в HbF (%) от общего Hb. Подобный подход повышает диагностическую значимость метода и позволил нам выявить достоверный рост данного маркера хронической тканевой гипоксии у больных ЦП.

Литература

1. Касьянова, Т.Р. Диагностическое значение определения фетального гемоглобина у больных хроническим гепатитом и циррозом печени /Т.Р.Касьянова, Б.Н.Левитан, Ю.А.Кривенцев и соавт. //Фундаментальные исследования.-2011.- №10-3.- С.505-508.
2. Касьянова, Т.Р. Этиологические особенности изменения фетального гемоглобина у больных хроническим гепатитом и циррозом печени /Т.Р.Касьянова, Б.Н.Левитан, Ю.А.Кривенцев и соавт. // Астраханский медицинский журнал. 2012.- Т.7.- № 4.- С. 138-140.
3. Кривенцев, Ю.А. Гемоглобины человека: иммунобиохимическая характеристика и медико-биологическое значение: Автореф. дис... докт. мед. наук / Ю.А. Кривенцев. - М., 2009. - 42с.
4. Левитан Б.Н. Хроническая патология печени и кишечный микробиоценоз (клинико-патогенетические аспекты) /Б.Н. Левитан, А.Р.Умерова, Н.Н. Ларина.- Астрахань: Издательство АГМА, 2010.- 135 с.
5. Левитан, Б.Н. Значение фетального гемоглобина для диагностики тканевой гипоксии при хронических гепатитах и циррозах печени /Б.Н.Левитан, Т.Р.Касьянова,Ю.Б.Титаренко / Медицинский вестник Северного Кавказа.- 2016.- Т. 11.- № 3.- С. 466-467.

ЧАСТОТА И СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ДЕТЕЙ АСТРАХАНСКОГО РЕГИОНА

Вязовая И.В., Сергиенко Д.Ф., Ихсанов С.Д.
ФГБОУ ВО «Астраханский ГМУ» Минздрава России

FREQUENCY AND STRUCTURE OF DISEASES OF DIGESTIVE SYSTEM IN CHILDREN OF ASTRAKHAN REGION

Viazovaia I.V., Sergienko D.F., Ishanov S.D.
Astrakhan State Medical University

Данные официальной статистики и специальных исследований, проводимых в России и за рубежом, регистрируют увеличение общей заболеваемости и инвалидности, прирост хронических форм заболеваний в структуре детской патологии, доли врожденных дефектов развития и генетических отклонений [1,3]. Причинами этого большинство авторов считают увеличивающееся с каждым годом воздействие на растущий организм ребенка многочисленных неблагоприятных социальных, гигиенических, экологических и биологических факторов, включая бесконтрольное использования лекарственных средств [4,5]. Заболевания органов пищеварения у детей занимают одно из ведущих мест в структуре соматической патологии детского возраста [2,3]. Хронические заболевания гастродуоденальной области и билиарной и панкреатической систем в современных условиях имеют раннее начало, начинаются в дошкольном возрасте и в последующем принимают непрерывно-рецидивирующее течение, значительно снижая качество жизни детей и подростков [6]. Среди заболеваний органов пищеварения ведущее место занимает гастродуоденальная патология, а также функциональные расстройства и воспалительные заболевания желчевыводящих путей [1, 3].

Цель работы: определить основные тенденции в структуре и распространенности первичной и общей заболеваемости детей болезнями органов пищеварения за последние 3 года по г. Астрахани и области.

Методы. База исследования – г. Астрахань и область (АО), объектом исследования явились дети в возрасте 0-14 лет. Заболеваемость изучалась по данным официальной статистической отчетности. Проанализирована первичная и общая заболеваемость детей и подростков по XI классу болезней (МКБ X). Нами определены доля и уровень патологии органов пищеварения в структуре первичной и общей заболеваемости детей и подростков. Для достоверности сравнение проведено с аналогичными показателями по РФ и Южному федеральному округу (ЮФО).

Структура заболеваемости органов пищеварения изучалась по следующим нозологиям: гастрит и дуоденит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей, неинфекционный энтерит, колит, болезни поджелудочной железы. Статистическая обработка результатов проведена общепринятыми методами.

Результаты. После проведенного анализа, нами установлено, что общая и первичная заболеваемость детей АО патологией желудочно-кишечного тракта колеблется от 99,8 до 279 на 1000 детского населения.

При анализе структуры общей заболеваемости установлено, что по-прежнему лидируют гастродуодениты (27,5 - 30,0 %), имеется незначительный подъем заболеваний поджелудочной железы и неинфекционного энтероколита до 19,1 и 1,3% соответственно, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки на одинаковом уровне (1,25 %).

Проведенный нами анализ заболеваемости патологией желудочно-кишечного тракта у детей показал, что распространенность заболеваний органов пищеварения у детей в г. Астрахани и области сопоставима с данными по ЮФО и РФ на протяжении последних трех лет.

Заключение. Таким образом, в связи с ростом заболеваемости патологии желудочно-кишечного тракта детского возраста, актуальным является своевременное и качественное

профилактическое и диспансерное наблюдение, диагностика и лечение с использованием современных схем лечения, смещение акцента оказания помощи гастроэнтерологическим больным на амбулаторно-поликлиническую службу.

Нарастание к подростковому возрасту осложненного течения заболеваний гастродуоденальной зоны, а именно язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, свидетельствует о необходимости акцентирования профилактической работы с пациентами при патологии органов пищеварения. В связи с этим необходимо продолжить исследование заболеваний пищеварительного тракта у детей для разработки более эффективных методов диагностики и лечения, а также для установления региональных факторов заболеваемости.

Литература

1. Баранов А.А. Детская гастроэнтерология: проблемы и задачи на современном этапе / А.А. Баранов // *Вопр. совр. педиатрии*. – 2008. – № 5. – С. 1-9.
2. Печкуров Д. В., Тяжева А. А., Алленова Ю. Е., Шахматова Е. А. Биопсихосоциальная модель функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта: что нового в этиологии, патогенезе, диагностике и лечении? // *Вопр. дет. диетологии*. 2014. Т. 12. № 1. С. 61-65.
3. Сагитова Г.Р., Каменева О.П., Пермяков П.Е. Боль в животе. Тактика действий педиатра. учебное пособие для системы послевузовского и дополнительного профессионального образования врачей / Сагитова Г. Р., Каменева О. П., Пермяков П. Е. ; Гос. образовательное учреждение высш. проф. образования "Астраханская гос. мед. акад." М-ва здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Астрахань, 2011. Сер. Учебное пособие.
4. Умерова, А.Р. Мониторинг безопасности лекарственных средств: учебное пособие для студентов медицинских вузов / ГОУ ВПО АГМА, Упр. Росздравнадзора по Астраханской обл; Сост: А. Р. Умерова, В. В. Дементьева, И. В. Вязовая. - Астрахань, 2009.
5. Хавкин А.И., Гуреев А.Н. Инструментальная диагностика функциональных нарушений верхних отделов ЖКТ // *Функциональные расстройства моторной деятельности верхних отделов ЖКТ у детей*. Москва. 2012. С.-26-36.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЭХИНОКОККОЗА У ДЕТЕЙ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Гасанов К.Г.^{1,2}, Жидовинов А.А.², Коннова О.В.², Смольев Ю.А.²

¹ООО «Центр Диализа Астрахань», Астрахань, Россия

²ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Астрахань, Россия

MODERN ASPECTS OF ECHINOCOCCOSIS IN CHILDREN IN ASTRAKHAN REGION

Hasanov K.G.^{1,2}, Zhidovinov A.A.², Konnova O.V.², Smolieva Yu.A.²

¹Dialysis Center Astrakhan, Astrakhan, Russia

²Astrakhan State Medical University, Astrakhan, Russia

Цель исследования. Охарактеризовать современную ситуацию по эхинококкозу у детей на территории Астраханской области.

Материалы и методы. На территории Астраханского региона за последние 10 лет (2007 – 2016 гг.) зарегистрировано 124 случая эхинококкоза у человека [2, 5], в т.ч. у детей и подростков – 22 случая (17,7%) [1, 4].

Первый случай заражения ребенка эхинококком в Астраханской области зарегистрирован в 2008 г. по половому распределению: лиц женского пола в 2 раза больше, чем мужского и составляет 68,2% (девочки). На долю мальчиков пришлось 7 случаев (31,8%).

Результаты исследования. Эхинококкоз регистрировался у детей как дошкольного, так и школьного возрастов. Наибольшее число случаев эхинококкоза регистрировалось у детей в возрасте 10 (13,6%), 13 (9,1%), 14 (13,6%), 15 (18,2%) и 16 лет (27,3%).

Чаще всего отмечались случаи эхинококкового поражения печени – 81,8% [3]. Кроме этого регистрировались случаи сочетанного поражения печени и легкого – 18,2%.

Большая часть детей предъявляла жалобы: на боль и чувство тяжести в области правого подреберья – 72,8%. В редких случаях отмечались жалобы на слабость и чувство распирания в месте локализации эхинококковой кисты – по 4,5%. У нескольких детей – 18,2% жалобы отсутствовали. В 54,5% дети проживали в городской местности. На долю детей из районов Астраханской области приходилось 40,9%. В одном случае – 4,5% эхинококкоз был зарегистрирован у ребенка (4,5%), находящегося проездом из Казахстана в Астраханскую область.

В большинстве случаев при постановке диагноза применялся метод ИФА – 90,9%. Также использовались и другие методы диагностики: УЗИ – 59,1%, рентгеноскопический метод – 18,2%, метод компьютерной томографии – 27,3%, гистологический метод – 22,7% и микроскопический метод – 13,6%.

При сборе эпидемиологического анамнеза выяснено, что причиной заболевания послужил тесный контакт с собаками, которые не были своевременно подвергнуты дегельминтизации.

Основным методом лечения эхинококкоза у детей – было хирургическое удаление паразита – 100%.

Выводы. В последние 10 лет на территории Астраханской области отмечается увеличение числа случаев заражения человека эхинококком, в т.ч. детей школьного возраста. Локализуется паразит в печени и легком. Заболеванию подвержены лица, имевшие тесный контакт с недегельминтизированными собаками. При постановке диагноза главную роль играют комплексные методы диагностики: ИФА, КТ, УЗИ, рентгенологический и гистологический методы.

Литература

1. Аракельян Р.С. Паразитарная заболеваемость дошкольников Астраханской области //В сборнике: Профилактическая медицина как научно-практическая основа сохранения и укрепления здоровья населения Сборник научных трудов. под общей редакцией М.А. Поздняковой. Нижний Новгород, 2014. С. 70-74.
2. Аракельян Р.С., Галимзянов Х.М., Карпенко С.Ф., Бедлинская Н.Р., Мирекина Е.В., Шендо Г.Л., Курбангалиева А.Р. Паразитарная заболеваемость населения Астраханской области за 2013 – 2015 гг. //В сборнике: Актуальные вопросы диагностики и профилактики инфекционных и паразитарных заболеваний на юге России Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. 2016. С. 20-22.
3. Аракельян Р.С., Галимзянов Х.М., Карпенко С.Ф., Бедлинская Н.Р., Мирекина Е.В., Шендо Г.Л., Курбангалиева А.Р. Современная ситуация по эхинококкозу человека в Астраханской области (анализ работы 2008 – 2015 гг.) //В сборнике: Актуальные вопросы диагностики и профилактики инфекционных и паразитарных заболеваний на юге России Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. 2016. С. 29-32.
4. Аракельян Р.С., Галимзянов Х.М., Мирекина Е.В., Окунская Е.И., Круглова Н.А., Шендо Г.Л., Курбангалиева А.Р., Arakelyan A.S., Алёхина Н.А., Загина А.Н. Современные особенности эпидемиологии и клинических проявлений гельминтно-протозойных инвазий у детей //Вестник Дагестанской государственной медицинской академии. 2017. № 1 (22). С. 36-39.

5. Аракельян Р.С., Галимзянов Х.М., Мустафин Р.Д., Шендо Г.Л., Курбангалиева А.Р., Акишкин В.Г., Окунская Е.И., Аракельян А.С., Алексашина Д.С., Герасина Н.И. Клинико-эпидемиологические особенности эхинококкоза человека в Астраханской области // В сборнике: Актуальные вопросы современной медицины Материалы Международной конференции Прикаспийских государств. 2016. С. 31-32.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ВРОЖДЕННОМ ИХТИОЗЕ В ПЕРИОДЕ НОВОРОЖДЕННОСТИ

Гурина Л.Н.¹, Ерохина И.А.², Детинкина И.Н.³, Детинкин Д.О.⁴

- ¹ Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет», 2-я кафедра детских болезней, ул. Горького, 80, Гродно, Беларусь.
² Учреждение здравоохранения «Гродненская областная детская клиническая больница», ул. Островского, 22, Гродно, Беларусь.
³ Государственное Учреждение «Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения», ул. Макаёнка, 17, Минск, Беларусь.
⁴ Учреждение здравоохранения «Городской клинический кожно-венерологический диспансер» г. Минска, ул. Прилуцкая, 46а, Минск, Беларусь.

MODERN CONCEPTS OF CONGENITAL ICHTHIOSIS IN THE PERIOD OF NEWBORNITY

Gurina L.N.¹, Erochina I.A.², Detinkina I.N.³, Detinkin D.O.⁴
Grodno State Medical University

Ихтиозы составляют гетерогенную группу заболеваний, характеризующихся чрезмерным шелушением кожи. Термин "ихтиоз" происходит от греческого "ichthy", означающего "рыба". Наиболее часто встречаются наследственные формы ихтиозов. Начальные признаки заболевания наблюдаются в первые месяцы жизни ребенка. Относительно высокая частота врожденного ихтиоза в общей структуре дерматологической заболеваемости, его персистирующее течение, системный характер поражений, трудности в лечении и низкая эффективность последнего позволяют считать проблему врожденного ихтиоза одной из сложных и актуальных во врачебной практике в целом и педиатрии в частности [1, 2, 3].

Целью настоящего исследования явилось выделение клинических форм врожденного ихтиоза, изучение основных подходов к лечению.

Методы исследования. Проведен анализ 13 историй болезней формы №112/у новорожденных с ихтиозом, находившихся на лечении во 2-м педиатрическом отделении для новорожденных и недоношенных детей Гродненской областной детской клинической больницы в период с 2007 по 2016 гг. В зависимости от применения стероидных гормонов в комплексном лечении детей с врожденным ихтиозом, пациенты с буллезной ихтиозиформной эритродермией, были разделены на две группы. В первую группу вошли новорожденные $n_1=6$, в комплексном лечении которых не применялся преднизолон, вторую группу составили пациенты получившие преднизолон $n_2=2$. Определялись сроки выписки из стационара (клинического выздоровления). Обработка полученных результатов проводилась с помощью методов непараметрической статистики с использованием стандартных компьютерных программ «STATISTICA 6.0», «Microsoft Excel».

Результаты. Как показало исследование, 12 детей родились доношенными, 1 ребенок – недоношенным, в сроке гестации 32 недели, из них было 6 девочек и 7 мальчиков. Параметры физического развития не выходили за пределы 10 и 90 перцентилей и соответствовали гестационному возрасту. Состояние детей после рождения расценено как тяжелое и средне-тяжелое ввиду поражения кожи и неврологической симптоматики. При оценке неврологического статуса отмечался синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости: болез-

ненный крик, мышечная дистония, мелко размашистый тремор конечностей, спонтанный рефлекс Моро.

В течение первых 24 часов жизни все пациенты поступили на третий уровень оказания медицинской помощи новорожденным: областная детская клиническая больница г. Гродно, отделение новорожденных и недоношенных детей. Младенцы переводились в детскую клиническую больницу выездной неонатальной бригадой в условиях транспортного кувеза. При поступлении в стационар помещены в кувез с индивидуальным подбором термонейтральной зоны, созданием охранительного режима. Проводилось комплексное лечение, включающее инфузионную, антибактериальную, гормональную, обезболивающую и местную терапию.

Детям проведено комплексное клинико-лабораторное обследование. При ультразвуковом исследовании головного мозга, сердца, почек, органов брюшной полости патологии не выявлено. Новорожденные осмотрены генетиком, дерматологом, неврологом, окулистом. Осмотр окулистом проводился после того, как исчезали вывороты век (эктропион). На основании клинических проявлений, заключений дерматолога и генетика 8 пациентам выставлен диагноз: «Врожденная буллезная ихтиозиформная эритродермия» (синонимы: врожденная буллезная ихтиозиформная эритродермия Брока, эпидермолитический ихтиоз). Троим новорожденным – «Пластинчатый (ламеллярный) ихтиоз» (синонимы: ихтиозиформная сухая эритродермия, пластинчатая эксфолиация новорожденных, коллоидная кожа новорожденных, «сальный ихтиоз», универсальная себорея новорожденного). У двоих детей диагностирован – «Простой ихтиоз» (синонимы: обыкновенный ихтиоз, вульгарный ихтиоз).

Следует отметить, что кроме поражений кожи у младенцев с врожденной буллезной ихтиозиформной эритродермией отмечалась неврологическая симптоматика, проявляющаяся преимущественно синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, что обусловлено болевым синдромом. Пациенты беспокойны, плачь болезненный, мелко размашистый тремор конечностей, спонтанный рефлекс Бабинского, Моро.

Дети выхаживались в условиях кувеза, с установлением высокой влажности 70-80%. Длительность нахождения ребенка в кувезе зависела от тяжести клинических проявлений поражения кожи и общего соматического статуса. При болевом синдроме назначались обезболивающие препараты в возрастных дозировках. Энтеральное кормление получали все пациенты, объем которого и способ введения зависели от тяжести состояния новорожденного. Инфузионную терапию проводили раствором глюкозы (базовый раствор), концентрация которой подбиралась в зависимости от нагрузки глюкозой и уровня гликемии в капиллярной крови, в базовый раствор добавлялись электролиты в суточной потребности с учетом энтерального поступления. С первых суток жизни в инфузионную терапию включались растворы аминокислот (инфезол 5% или 10%) обязательным условием при назначении которых являлась энергетическая поддержка, известно, что для усвоения 1г белка необходимо 20 ккал. Возможно, раннее назначение белковых гидролизатов нормализует содержание белка в сыворотке крови, способствует образованию натурального увлажняющего фактора. С первых суток поступления в стационар назначалась эмпирически антибактериальная терапия. Первая линия антибактериальной терапии проводилась защищенными пенициллинами или цефалоспоридами 3-го поколения. Местное лечение состояло из обязательного ухода за кожей, применялись различные крема и мази: топикрем (2% раствор мочевины), кольдкрем, метилурациловая мазь, солкосериловая мазь, ванночки с эмульсией трикзера. При сравнении длительности пребывания в стационаре, пациенты первой группы (в комплексном лечении которых не использовался преднизолон) находились меньше, чем новорожденные второй группы (получившие преднизолон), 38 ± 5 дней и 56 ± 4 дня соответственно ($p < 0,5$). По назначению инфузионной терапии, антибактериальных препаратов, местного лечения группы были сопоставимы.

Заключение. По результатам проведенного исследования определено, что у новорожденных наиболее часто встречаются тяжелые формы врожденного ихтиоза, лечение длительное, многокомпонентное, включает охранительный режим, термонейтральное окружение с

высокой влажностью, антибактериальную и местную терапию, снятие болевого синдрома, раннее назначение инфузионной терапии глюкозо-солевыми растворами и белковыми гидролизатами.

Литература

1. Галлямова, Ю.А. Ксероз кожи. Часть 1: патогенез / Ю.А. Галлямова, О.А. Барина, // Лечащий врач. – 2009. – № 11. – С. 79-84.
2. Врожденная ихтиозиформная эритродермия Брока у новорожденного / Ю.А. Батман [и др.] // Здоровье ребенка. – 2010. – № 6(27). – С. 32-38.
3. Неонатология / А.Г. Антонов [и др.] // Национальное руководство. Издательство: ГЭОТАР-Медиа. – 2009. – 765 с.

О ВЗАИМООТНОШЕНИЯХ УСЛОВНО ПАТОГЕННЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ С *LACTOBACILLUS* SPP. В ВАГИНАЛЬНОМ БИОТОПЕ СУБФЕРТИЛЬНЫХ ЖЕНЩИН

Гущин М.О.

ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет
имени ак. Е.А. Вагнера» Минздрава России, Пермь, Россия

RELATIONSHIP OF CONDITIONAL PATHOGENIC MICROORGANISMS WITH *LACTOBACILLUS* SPP. IN VAGINAL BIOTOPE OF INFERTIL WOMEN

Gushchin M.O.

Acad. E.A. Wagner Perm State Medical University, Perm, Russia

В настоящее время наблюдается увеличение случаев хронизации воспалительных заболеваний репродуктивной системы женщин. Показана ассоциированность таких заболеваний с развитием бесплодия [1, 3]. Одной из причин сложившейся ситуации может быть изменение качественного и количественного состава микроорганизмов в вагинальном биотопе [2]. Известно, что в вагине здоровой женщины лактобактерии являются доминирующим видом. Показано, что они способны снижать пролиферацию патогенных микроорганизмов путем продукции перекиси водорода, молочной кислоты, сурфактантов и других антимикробных веществ [5].

Цель исследования - изучение ассоциативных связей ряда условно патогенных микроорганизмов (УПМ) и бактерий рода *Lactobacillus* в вагинальном биотопе субфертильных женщин.

Методы. Проведено бактериологическое исследование содержимого вагины 345 субфертильных женщин. Материал получали мерно с заднего свода влагалища с помощью ложки Фолькмана и готовили десятикратные разведения. При проведении бактериологического анализа использовали традиционный набор питательных сред, а микроорганизмы идентифицировали по тинкториальным и культурально-биохимическим свойствам [2]. Для оценки статистической значимости различий использовали критерий Фишера и χ^2 .

Результаты: Установлено, что только у 48,4% субфертильных женщин содержание *Lactobacillus* spp. в вагинальном биотопе составляло 10^7 КОЕ/мл и выше. В этой группе женщин в 80,8% случаев изолировали представителей рода *Staphylococcus*, а в группе женщин с нормальным содержанием лактобактерий - только в 67% ($p < 0,05$). *S. aureus* встречался при снижении количества *Lactobacillus* spp. в два раза чаще (14,9 и 6,7% соответственно; $p < 0,05$). При этом встречаемость коагулазоотрицательных стафилококков в сравниваемых группах статистически значимо не различалась (56,3 и 49,4% соответственно; $p > 0,05$), как и бактерий семейства *Enterobacteriaceae*, грибов рода *Candida* и стрептококков.

Известно, что многие лактобактерии обладают выраженными антагонистическими

свойствами в отношении большинства УПМ. Однако в ряде случаев их функциональная активность проявлялась слабо, что может быть обусловлено как снижением численности, так и изменением видового состава этих бактерий [4]. С другой стороны, УПМ могут иметь широкий набор факторов, который обеспечивает им способность противостоять антимикробной активности *Lactobacillus* spp. Выявленное в настоящем исследовании превалирование *S. aureus* в случае сниженного содержания лактобактерий может служить подтверждением наличия у стафилококков более агрессивных метаболитов, чем у других УПМ. Для других УПМ такая ситуация не характерна, что может быть связано с формированием "патологического" микросимбиоза, когда наблюдается изменение трофических взаимоотношений между представителями микрофлоры. Подобная ситуация не может не отразиться на состоянии эукариотических клеток.

Заключение. Таким образом, проведенные исследования показали, что количество основных представителей нормобиоты – *Lactobacillus* spp. снижено у 48,4% субфертильных женщин. При таком состоянии микробиоты влагалища увеличивается частота встречаемости *S. aureus*, что может быть следствием, как антагонистических взаимоотношений представленных микроорганизмов, так и большей устойчивостью стафилококков к метаболитам лактобактерий.

Литература

1. Годовалов А.П. Комплексная оценка микрофлоры кишечника, влагалища и гормонального фона у женщин с вторичным бесплодием // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2016. - № 3 (127). - С. 58-59.
2. Годовалов А.П., Карпунина Н.С., Карпунина Т.И. Микробиота кишечника и влагалища женщин со вторичным бесплодием и заболеваниями желудочно-кишечного тракта // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2016. - № 6 (130). - С. 109-113.
3. Осипович О.А., Годовалов А.П. К вопросу о роли воспалительных заболеваний в развитии бесплодия у женщин // Медицинский альманах. - 2016. - № 5 (45). - С. 85-87.
4. Ravel J., Gajer P., Abdo Z., Schneider G.M., Koenig S.S., McCulle S.L. Vaginal microbiome of reproductive-age women // Proc. Natl. Acad. Sci. USA. – 2011. – Vol. 108, Suppl. 1. – P. 4680-4687.
5. Sambanthamoorthy K., Feng X., Patel R. Antimicrobial and antibiofilm potential of biosurfactants isolated from lactobacilli against multi-drug-resistant pathogens // BMC Microbiol. – 2014. – Vol. 14. – P. 197.

НОВЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Гейвандова Э.С.

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета с курсом последипломного образования.

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет»

Минздрава России.

A NEW APPROACH IN THE DIAGNOSIS OF UNDEVELOPED PREGNANCY

Geyvandova E.S.

Astrakhan State Medical University, Astrakhan, Russia

На протяжении двух последних десятилетий одной из сложных проблем в акушерстве и гинекологии продолжает оставаться неразвивающаяся беременность (НБ). Каждая потеря беременности оказывает негативное влияние на состояние репродуктивной системы и способствует развитию таких осложнений, как привычная потеря беременно-

сти. Неуклонный рост частоты НБ в структуре репродуктивных потерь ставит данную проблему в разряд не только медицинских, но и социально значимых.

В современных условиях новые подходы не только к диагностике ранних потерь беременности, но и к прогнозированию течения беременности у женщин с потерями плода в анамнезе уже на этапе прегравидарной подготовки становятся приоритетными направлениями современной медицины [1,2].

В последние годы с целью диагностики патологического процесса и оценки эффективности проводимого лечения при различных заболеваниях широко применяются метод клиновидной дегидратации, основанный на изучении морфологических особенностей твердой фазы биологической жидкости (БЖ) [3,4]. К биологическим жидкостям относятся сложные полидисперсные неклеточные структуры с неустойчивыми связями входящих в них компонентов, такие как сыворотка крови (СК), аспират из полости матки, моча и др. [1,2].

Изучение морфологической картины фаций позволяет с новых позиций исследовать биологические ритмы, характеризующие белковый гомеостаз, а также определять структурные маркеры патологических изменений, происходящих не только на системном, но и на органном уровне.

Цель исследования

Изучить морфологические особенности СК, аспирационной жидкости (АЖ) из полости матки и менструальных выделений (МВ) здоровых женщин и женщин с НБ.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета Астраханского государственного медицинского университета и лаборатории физики конденсированного состояния Астраханского государственного университета.

Основные группы исследования составили 40 пациенток с НБ и 30 женщин, которые решили прервать беременность по желанию в сроке до 12 недель. В группы контроля метода вошли 25 пациенток после перенесенной НБ, которым проводился курс прегравидарной подготовки и 15 женщин, отказавшиеся от реабилитации, а также 35 практически здоровых женщин детородного возраста без непредвиденных репродуктивных потерь в анамнезе.

Критериями включения стали: информированное согласие женщин на участие в исследовании, срок гестации до 12 недель беременности.

Метод клиновидной дегидратации применялся во всех группах и заключался в том, что каплю биологической жидкости объемом 10-20 мкл с помощью пипеточного микродозатора наносили на чистое предметное стекло. В течение последующих 24 часов происходило высушивание капли при комнатной температуре и минимальной подвижности воздуха. По истечении этого времени исследовали структуру сформированных фаций путем микроскопии в обычном свете с помощью микроскопа Leica MZ 12.5 с модулем цифровой камеры Leica ICC 50 (Leica Microsystems AG, Germany).

Результаты исследования

При изучении были выявлены существенные различия в структуропостроении фаций БЖ исследуемой и контрольной групп.

У пациенток с НБ в 78 % случаев, в СК и в АЖ определялся патологический – иррадиальный тип структуропостроения фации.

В фациях СК и АЖ пациенток с НБ в 3 раза чаще диагностировали такие патологические элементы, как токсические бляшки, являющиеся маркером интоксикации; языковые структуры – маркеры воспалительного процесса; гребешковые структуры и штриховые трещины - маркеры ангиоспазма и нарушения микроциркуляции. Необходимо отметить, что у пациенток с НБ были дифференцированы особые образования в виде дискообразных структур, которые регистрировались в 73,3 % случаев.

В фациях контрольной группы радиальный тип структуропостроения и отсутствие патологических элементов, дало основание предположить, что метод клиновидной дегидра-

тации позволит в короткие сроки, на малых объемах БЖ диагностировать процессы нарушения в системе гомеостаза у женщин с НБ в анамнезе.

Изучение морфологической картины МВ на этапе прегравидарной подготовки может стать эффективным методом оценки нарушений происходящих на локальном уровне - в матке, что повысит эффективность лечения и значительно снизит количество репродуктивных потерь в будущем

Литература

1. Тишкова, О. Г. Неразвивающаяся беременность: учебное пособие, О. Г. Тишкова, Л. В. Дикарева, Д. Л. Теплый, А. К. Аюпова. – Астрахань: Астраханский государственный медицинский университет, 2016. – 84 с.
2. Тишкова, О.Г. Пат. 2540499 Рос. Федерация, МПК G 01N 33/48. Способ прогнозирования неразвивающейся беременности / Тишкова О.Г., Дикарева Л.В., Аюпова А.К., Абжалилова А.Р., Уханова Ю.Ю. ; заявитель и патентообладатель ГБОУ ВПО АГМА Минздрава России. – № 2013141679/15 ; заявл. 10.09.2013, опубл. 10.02.15, Бюлл. № 4
3. Тишкова О. Г. Клинико – диагностическое и прогностическое значение маркеров биологических жидкостей при неразвивающейся беременности: автореф. дис. ...к.м.н. / О.Г. Тишкова. – Волгоград, 2015. – 23с.
4. Шатохина С.Н. Атлас неклочечных тканей человека в норме и патологии : в 3 т. С.Н. Шатохина, В.Н. Шабалин – Москва – Тверь : Триада, 2011. - Т. 1. Морфологические структуры мочи. – 208 с. Шабалин В.Н. Морфология биологических жидкостей человека / В.Н. Шабалин, С.Н.Шатохина – Москва : Хризостом, 2001. – 304 с.

АНАЛИЗ АКТИВНОСТИ НЕЙТРОФИЛОВ КРОВИ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ

Демидов А.А.¹, Башкина О.А.¹, Ильенко Т. Л.³, Старичкова С.З.²

¹ Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань, Россия

² ГБУЗ АО "Детская городская поликлиника №5" Астрахань, Россия

³ ГБУЗ АО "Областная детская клиническая больница им. Н.Н. Силищевой"
Астрахань, Россия

THE ANALYSIS OF ACTIVITY OF BLOOD NEUTROPHILS OF HEALTHY CHILDREN

Demidov A.A.¹, Bashkina O.A.¹, Iliencko T.L.², Starichkova S.Z.³

¹ Astrakhan State Medical University, Russia

² Children's city hospital №5, Astrakhan, Russia

³ Regional children's clinical hospital name after N.N.Silisheva, Astrakhan, Russia

Митохондриальные ферменты - кардинальный признак нейтрофилов периферической крови, отражает состояние организма в целом. Динамика активности митохондриальных ферментов иммунокомпетентных клеток описывает жизненный цикл человека, одновременно характеризуя течение заболевания, эффективность лечения и прогноз его последствий [5].

Во многих исследованиях отмечается, что цитохимия крови позволяет обнаружить еще скрытые проблемы и назначить необходимое лечение до возникновения первых симптомов [2, 4]. Современные технологии позволяют объективно оценить отклонения в функциональной активности внутриклеточных ферментов и нормализовать энергетический обмен клетки, целенаправленно и индивидуально назначив пациенту недостающие элементы [1]. Все вышесказанное делает актуальным тему наших исследований.

Целью исследования являлось определение активности нейтрофилов крови здоровых детей различных возрастных групп.

В задачи входило определение цитохимической активности митохондриальных ферментов у детей в возрасте от 1 года до 16 лет.

Методы. В условиях детской поликлиники МУЗ ГБ № 5 было обследовано 57 здоровых детей в возрасте от 1 года до 16 лет. Было выделено три возрастных группы: младшая (от 1 года до 5 лет), средняя (от 6 до 12 лет) и старшая (от 12 до 16 лет).

У всех детей проводилось цитохимическое исследование ферментативной активности нейтрофилов. Исследовали следующие ферменты: сукцинатдегидрогеназа (СДГ), отражающая цикл Кребса; лактатдегидрогеназа (ЛДГ), отражающая анаэробный гликолиз; глюкозо-6-фос-фатдегидрогеназа (Г-6-ФДГ), отражающая активность пентозо-фосфатного шунта. Определение проводилось по методике Р.П. Нарциссова. Определение дегидрогеназной и диафоразной активности проводили по методу Р.П. Нарциссова [1970], но с применением нитросинего тетразолия 4-Nitroblautetrazoliumchlorid (Nitro BT) фирмы «Serva» (Германия) вместо указанного у Р.П. Нарциссова тетразолия фиолетового. Выбирая для исследования данную соль тетразолия, мы руководствовались следующими соображениями. Методика Р.П. Нарциссова и им самим и рядом его последователей применяется исключительно при изучении лимфоцитов. Немногочисленные работы по выявлению дегидрогеназной и диафоразной активности в нейтрофилах выполнены с применением нитро-ВТ. Учитывая все вышесказанное, активность дегидрогеназ и диафораз определяли следующим образом. У больного забирали пять мл крови из локтевой вены в пробирку с 1мл гепарина, разведенного в 0,9 % растворе хлорида натрия (10Ед в 1мл). Из цельной крови приготавливали мазки для подсчета нейтрофилов.

Оценку результатов цитохимических реакций проводили полуколичественным методом Карлов. В основе этого метода лежит распределение всех клеточных элементов по группам в зависимости от интенсивности окраски и количества выявляемого в клетке цитохимически активного вещества. К нулевой группе относили клетки без гранул. В первую группу включали клетки низкой степени активности, содержащие единичные гранулы, или же клетки, в которых площадь окраски занимала до 25% цитоплазмы (степень "а"). Ко второй группе относили клетки средней степени активности, то есть те, цитоплазма которых была заполнена гранулами на 30-70% (степень "б"). К третьей группе относили клетки высокой степени активности, то есть заполненные гранулами на 70-100% независимо от того, контролировалось ядро или нет (степень "в").

Для определения среднего цитохимического показателя (СЦП) в мазке подсчитывали 100 клеток (нейтрофилов или моноцитов, в зависимости от вида мазка). При этом число клеток каждой из степеней умножали на номер степени, то есть СЦП определяли по формуле: $СЦП = a + 2б + 3в$.

Результаты. В младшей группе здоровых детей наиболее высоким был СЦП Г-6-ФДГ (86,14±0,06 у.е.). Несколько меньшей была активность ЛДГ (72,12±0,44 у72,12±0,44.е.). Самой низкой была активность СДГ (64,14±0,22 у.е.).

Качественный анализ ферментативной активности в данной возрастной группе показал, что СЦП всех исследуемых ферментов формировался за счет клеток средней степени активности (степень «б»). Клетки степеней «а» и «в» не встречались.

У детей средней возрастной группы (от 6 до 11 лет) отмечались следующие показатели активности исследуемых ферментов. Выше всего была активность анаэробного гликолиза (ЛДГ=46,30±0,28 у.е.). Несколько ниже отмечались показатели пентозо-фосфатного шунта (Г-6-ФДГ=42,22±0,22 у.е.). Самая низкая активность наблюдалась в отношении цикла Кребса (СДГ=32,22±0,24 у.е.).

Качественный анализ показал, что все реагирующие клетки были степени «б». Клетки степеней «а» и «в» не встречались.

Совершенно другая картина наблюдалась при исследовании активности ферментов в нейтрофилах старшей группы детей (12-16 лет). Все показатели активности исследуемых ферментов были значительно ниже таковых в младшей и средней группах.

Так, самая высокая активность отмечалась в отношении Г-6-ФДГ (СЦП=38,01±0,01 у.е.). Намного ниже была активность лактатдегидрогеназы (СЦП=23,01±0,02 у.е.). Самая низкая активность отмечалась в отношении СДГ (СЦП=18,02±0,02 у.е.).

При проведении качественного анализа реагирующих клеток выяснилось существенное различие между младшей и средней группами и старшей группой. Средние цитохимические показатели всех трех исследуемых ферментов в старшей группе были сформированы исключительно клетками степени «а». Клетки степеней «б» и «в» не встречались.

Заключение. Таким образом, исследования показали существенные различия цитохимической активности нейтрофилов крови у здоровых детей различных возрастных групп.

Литература

1. Базарный, В.В. Цитохимическая характеристика нейтрофильных гранулоцитов при различных вариантах ишемической болезни сердца / В.В. Базарный, Е.А. Тихонина, Ю.В. Шилко // Клиническая лабораторная диагностика. - 2007. - № 8. - С. 48-49.
2. Герасимов, И.Г. Функциональная неоднородность нейтрофилов / И.Г. Герасимов // Клиническая лабораторная диагностика. - 2006. - № 2. - С. 34-36.
3. Герасимов, И.Г. Субпопуляции нейтрофилов периферической крови и возможности НСТ-теста в диагностике заболеваний новорожденных / И.Г. Герасимов // Клиническая лабораторная диагностика. - 2011. - № 4. С. 42-44
4. Долгушин, И.И. Секреторные функции нейтрофилов / И. И. Долгушин, А.Ю. Савочкина // Аллергология и иммунология – 2015. – Т. 16. - № 2. – С. 209-212.
5. Мурзова, О.А. Клинико-цитохимические особенности течения бронхиальной астмы у детей Астраханской области: Дис... канд. мед. наук / ГОУ ВПО "Астраханская государственная медицинская академия". – Астрахань, 2008. – 111 с.
6. Нарциссов, Р.П. Цитохимия ферментов лейкоцитов в педиатрии: Автореф. дисс... докт. мед. наук / Р.П. Нарциссов. - Москва, 1970. – 37

ОБОЩЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО ПРОБЛЕМЕ УСТАНОВЛЕНИЯ ТЕМПА СМЕРТИ ПО МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ДАННЫМ

Джуваляков П.Г.^{1,2}, Богомолов Д.В.³, Путинцев В.А.³, Збруева Ю.В.²

¹Министерство здравоохранения Астраханской области, Астрахань, Россия

²ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России, Астрахань, Россия

³ФГБУ Российский центр судебно-медицинской экспертизы

Минздрава России, Москва, Россия

SYNTHESIS OF RESEARCH ON THE PROBLEM OF SETTING THE DEATH TEMPLE FOR MORPHOLOGICAL DATA

Dzhuvalyakov P.G.^{1,2}, Bogomolov D.V.³, Putintsev V.A.³, Zbrueva Yu.V.²

¹Ministry of Health of the Astrakhan Region, Astrakhan, Russia

²FGBOU VO Astrakhan State Medical University of Ministry of Health of Russia, Astrakhan, Russia

³FGBU Russian Center for Forensic Expertise of the Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia

Коллективом авторов ФГБУ «РЦСМЭ» МЗ РФ в течение нескольких лет разрабатывается проблема установления темпа смерти по морфологическим данным.

Цель и задачи работы: разработка критериев установления темпа смерти по морфологическим данным.

Материалы и методы.

Удалось установить пять временных групп по темпу смерти. Наиболее информативными признаками явились:

- выраженность отека головного мозга
- состояние микроциркуляции во внутренних органах, включая морфологические эквиваленты реологии крови
- состояние нейронов и глиальных элементов ретикулярной формации ствола головного мозга
- острые изменения миокарда по типу диффузной фрагментации и/или цитолиза, волнообразной извитости кардиомиоцитов
- состояние специализированных сосудистых структур легких и мозга в виде т.н. замыкающих артерий
- состояние коры надпочечников
- выраженность экспрессии фибриногена в сосудах и альвеолах легких при иммуногистохимическом (ИГХ) исследовании.

В ходе анализа и оценки морфологических признаков можно установить следующие временные интервалами агонального периода:

1. Молниеносный темп, где агональный период не превышал 15-30 минут.
2. Быстрый темп, где агональный период составлял временной интервал от 0,5 часа до 2 часов.
3. Средний темп, где агональный период составлял временной интервал от 2 часов до 6 часов.
4. Медленный темп, где агональный период составлял временной интервал от 6 часов до 12 часов.
5. Длительный темп, где агональный период составлял временной интервал от 12 часов и более.

Т.о. в нашей работе удалось установить морфологические маркеры темпа наступления смерти по 5 временным промежуткам. Эти данные можно оценить с нескольких позиций.

Во-первых, они имеют несомненное практическое значение, т.к. позволяют более точно и, главное, обоснованно отвечать на вопросы следственных органов, как-то на вопросы о переживании травмы, о способности смертельно раненых к активным целенаправленным действиям и т.п. Надеюсь, что приведённые выше примеры достаточно иллюстрируют это положение. В этом же главным образом состоит и судебно-медицинское значение этой работы, как решающее проблему такой специфической области знаний, каковой является судебная медицина.

Во-вторых, общепатологическое значение полученных результатов состоит в том, что показан морфологический эквивалент танатогенеза во временном отношении. В то время как клинические его параллели уже были давно описаны [2,3] морфологическая сторона изучена была доселе недостаточно [4]. Нами этот недостаток был устранён.

В-третьих. Общебиологическое значение данной работы заключается в возможности проанализировать закономерности разрушения такой сложной гомеостатической системы, как организм человека во временной шкале. В частности нашло подтверждение блестящее обобщение академика Саркисова Д.С. о временной градации разрушения подуровней функциональных систем организма в процессе танатогенеза.

Наконец, наша работа имеет также и некоторое философское значение в части демонстрации закономерностей разрушения иерархически устроенных функциональных систем. Понятие таких систем используется в медицине со времен академика П.К. Анохина, но их разрушение не вызывало доселе пристального внимания патологов и судебных медиков [5]. В частности продемонстрировано, что наиболее ранние изменения происходят в гомеостатически наиболее древних системах гемодинамики, однако, их распад наблюдается,

напротив, в последнюю очередь, а первым необратимо разрушается субстрат высшей нервной деятельности.

Выводы:

В последние годы всё большее использование в практике патоморфологии и судебной медицины находят методы молекулярной биологии [1,6] в частности ИГХ-исследование.

Наши данные по экспрессии фибриногена в лёгких позволяют говорить о вкладе метода ИГХ-исследования в разрешение проблемы установления темпа и длительности умирания.

Литература

1. Путинцев В.А. Диагностика темпа наступления смерти и длительности умирания в судебной медицине / Путинцев В.А., Богомоллов Д.В.// Актуальные аспекты судебной медицины и медицинского права: сб. науч. тр./ Москва, 2015. С. 164-169.
2. Матвеева Т.О. О морфологических изменениях центральной нервной системы человека при остром кислородном голодании / Матвеева Т.О. // Вопросы судебно-медицинской экспертизы. 1954. № 1. С. 254-269.
3. Пермяков Н.К. Особенности патологоанатомической диагностики ионно-осмотических осложнений интенсивной терапии и реанимации / Пермяков Н.К., Туманский В.А. М.: Типография Министерства здравоохранения СССР, 1985. 16 с.
4. Саркисов Д.С. Очерки истории общей патологии. М.: Медицина. 1988. 235 с.
5. Анохин П.К. Кибернетика функциональных систем. М.: Медицина. 1998. 400 с.
6. Богомоллов Д.В. Перспективы использования методов иммуногистохимии в судебно-медицинской танатологии / Богомоллов Д.В., Богомоллова И.Н., Караваева И.Е.// Судебно-медицинская экспертиза. 2009. Том 52, N 6. С. 32-37.

ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ У БЕРЕМЕННЫХ

Жаркин Н.А., Стаценко М.Е., Булова Н.А.

Волгоградский государственный медицинский университет. Волгоград. Россия

ACUTE PYELONEPHRITIS IN PREGNANT WOMEN

Zharkin N., Stacenko M., Burova N.

Volgograd State Medical University. Volgograd, Russia

Пиелонефрит относится к наиболее частым экстрагенитальным заболеваниям во время беременности. Частота его составляет от 3 до 12% всех беременных. По данным Минздрава России частота пиелонефрита за 20 лет возросла в 3,5 раза. В 90-х годах 20-го столетия отмечался рост частоты пиелонефрита во время беременности до 18-20%.

Цель: Улучшить исходы беременности у пациенток с острым пиелонефритом.

Задачи:

1. Изучить эпидемиологию острого гестационного пиелонефрита по данным ГУЗ «Волгоградская областная клиническая больница №1».
2. Оценить эффективность консервативных и хирургических методов лечения пациенток с острым и обострением хронического пиелонефрита во время беременности.
3. На основании проведенного научного анализа полученных данных разработать клинический протокол ведения беременных с острым неструктивным и структурными формами пиелонефрита.

Методы исследования – клиничко-лабораторный, ультразвуковой, статистический.

Результаты. По данным годовых отчетов число госпитализированных беременных в урологическое отделение ГУЗ Волгоградской областной клинической больницы №1 возросло с 27 в 2014 г до 36 в 2015г и 44 в 2016 г, т.е. за 3 года почти в 2 раза.

Заболевание обуславливает высокие риски акушерских осложнений и прогрессирующее течение самого пиелонефрита. Несмотря на применение сильнодействующих лекарственных препаратов, использование современных медицинских технологий (стентирование почечных лоханок), риски потери беременности, преждевременных родов, инвалидизация женщин и материнская смертность реальны.

Для пиелонефрита во время беременности характерны некоторые закономерности, которые позволяют прогнозировать заболевание и проводить своевременную профилактику. Тем не менее, нередки случаи перехода острого пиелонефрита в деструктивные формы, которые представляют собой жизнеугрожающие состояния.

Акушерская ситуация у беременных с острым пиелонефритом зависит от формы заболевания. Так из 115 пациенток, получавших лечение в урологическом отделении ВОКБ №1 г. Волгограда спонтанные или вызванные по показаниям преждевременные роды произошли у 3-х пациенток с диагнозом «острый гнойный деструктивный пиелонефрит» и лишь у одной с серозной формой.

Присоединение преэклампсии чаще имеет место после 30-й недели и осложняет беременность у пациенток с хроническим пиелонефритом. Из 115 больных диагноз «преэклампсия» выставлен у двух – в 33 и 34 недели беременности. Несмотря на то, что у обеих был выставлен диагноз «гестационный пиелонефрит», в анамнезе у одной из них были указания на хронический цистит, у другой выявлено многоводие, что свидетельствует о хронической мочеполовой инфекции.

Аntenатальная гибель плода произошла у одной пациентки с тяжелым течением гестационного пиелонефрита. Угроза и начавшиеся преждевременные роды, потребовавшие перевода пациенток в перинатальный центр, имели место в 6 случаях, причем в одном из них родоразрешение в сроке 31 неделя выполнено в условиях операционной областной клинической больницы путем кесарева сечения с извлечением живого ребенка в плодном пузыре с последующим переводом его в перинатальный центр. Показанием к срочному прерыванию беременности были HELLP-синдром, внебольничная пневмония, острый респираторный дистресс синдром, дыхательная недостаточность 3, острый гестационный пиелонефрит, острая почечная недостаточность 1, анемия II.

За анализируемый период родильниц с острым или обострением хронического пиелонефрита в урологическое отделение не поступало.

Острый пиелонефрит, так же как и обострение хронического заболевания служит показанием к госпитализации беременной **в урологическое отделение**. Принципами лечения заболевания являются восстановление пассажа мочи, способствующее ликвидации ее застоя, элиминации микробов из верхних мочевыводящих путей и проведение дезинтоксикационной терапии.

Протокол консервативного лечения беременных с острым пиелонефритом включает антибактериальную и позиционную терапию. При наличии болевого синдрома назначаются анальгетики. С целью дезинтоксикации проводится инфузионная терапия под контролем суточного диуреза, который должен быть положительным.

Лечение ФПН или гипотрофии плода в настоящее время признано нецелесообразным, так как нет убедительных доказательств медикаментозного устранения этих осложнений, а назначение большого количества лекарственных средств может привести не только к полипрагмазии, но и усугублению почечной недостаточности. При нарастании симптомов ФПН на фоне экстрагенитальной патологии, в том числе и пиелонефрите, следует своевременно ставить вопрос о досрочном прерывании беременности в интересах плода.

Проведение консервативной терапии оказалось эффективной у 108 пациенток (94%). Стихание симптомов воспаления почек позволило пролонгировать беременность у них до срока родов.

Оперативное лечение потребовалось 7 беременным (6%). Показаниями для этого послужили: серозный гнойный пиелонефрит, нарастание ОПН у 2-х больных (трансуретральное

стентирование лоханки); острый гнойный пиелонефрит, апостематоз – у 2-х (чрезкожная пункционная нефростомия), острый гнойный пиелонефрит, карбункул – у 3-х пациенток (нефростомия, декапсуляция почки, вскрытие карбункула). Прерывание беременности выполнено у одной из этих пациенток в сроке 27 недель, у другой – в 34 недели в связи с риском прогрессирования ОПН и развитием уросепсиса. Выполнено кесарево сечение с извлечением плода в плодном пузыре, дети переведены в перинатальный центр. У остальных беременность прогрессировала до срока родов.

Заключение. Таким образом, антибиотикотерапия и своевременное оперативное лечение с целью дренирования заблокированной почки является основной задачей комплексного лечения острого гнойного пиелонефрита. В начальных стадиях нарушения функции больной почки можно ограничиться стентированием почечной лоханки. При очагово-гнойном поражении почки предпочтение следует отдавать люмботомии, а не чрезкожной нефростомии, так как только при этом можно провести тщательную ревизию пораженного органа и забрюшинного пространства, определить необходимый объем операции.

Ведение пациенток с острым гнойным пиелонефритом должно осуществляться коллегиально, с участием урологов и акушеров-гинекологов. В задачу акушера входит тщательный контроль за состоянием плода и всего фетоплацентарного комплекса, определение степени риска вероятного начала преждевременных родов, проведение профилактики РДС плода в случае их реальной угрозы, а также при решении досрочного прерывания беременности по жизненным показаниям.

Литература

1. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях / С.В.Апресян ; под ред. В.Е.Радзинского. – 2-е изд., перераб. И доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа. 2015. – 536 с.
2. Национальное руководство по акушерству. Изд. 2-е, испр. / Савельева Г. М., Сухих Г. Т., Серова В. Н. Издательство: ГЭОТАР-Медиа, 2015 г
3. Сидельникова В.М., Сухих Г.Т. Невынашивание беременности: Руководство для практикующих врачей. – М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2010. – 536 с.: ил.
4. Синдром задержки роста плода: патогенез, диагностика, лечение, акушерская тактика / А.Н.Стрижаков, И.В.Игнатко, Е.В.Тимохина, Л.Д.Белоцерковцева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 120 с.
5. High risk pregnancy: management options, 3/E Copyright 2006, Elsevier Inc.

КЛИНИКО-ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЙ И ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ АНТИМИКРОБНОЙ ТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ В СТАЦИОНАРЕ РЕГИОНА

Жукова О.В., Руина О.В.

ФГБОУ ВО «Нижегородская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Нижний Новгород, Россия

CLINIC-PHARMACOLOGICAL AND PHARMACOEPIDEMIOLOGIC ANALYSIS OF ANTIMICROBIAL THERAPY FOR COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN HOSPITAL OF REGION

Zhukova Olga V., Ruina Olga V.

Nizhny Novgorod State Medical Academy, Nizhny Novgorod, Russia

В структуре причин смерти во всем мире пневмонии занимают 4–8-е место после сердечно - сосудистой патологии, онкологических заболеваний, цереброваскулярной патологии и хронических обструктивных заболеваний легких, а среди инфекционных болезней – 1-е

место (обуславливает каждую вторую смерть в гериатрической популяции и 90% летальных исходов от респираторных инфекций у лиц старше 64 лет)[1].

Диагностика и лечение этого заболевания во всем мире остается одной из сложных проблем современного здравоохранения [2]. Ведущая роль в лечении ВП принадлежит антимикробным препаратам. Огромное количество антимикробных препаратов расширяет возможности фармакотерапии, но и требует от врача умения ориентироваться в вопросах микробиологии, клинической фармакологии и других смежных дисциплин. В связи с этим особую важность приобретают результаты анализа типичной стационарной практики.

Целью исследования проведение клинико-фармакологического, DDD- и DU90%-анализа антимикробной терапии ВП в условиях реальной клинической практики стационара в России

Задачи: анализ структуры антимикробной терапии ВП в условиях стационара; сопоставление частоты назначения антимикробных препаратов со стандартами оказания специализированной медицинской помощи при ВП тяжелой и средней степени тяжести [3,4];

проведение DDD-анализа; проведение DU90% - анализа.

Материалы и методы: Материалами для исследования явились данные 117 историй болезни пациентов (из них – 51,3 % мужчины, 48,7 % – женщины) с ВП, госпитализированных в ГКБ № 5 г. Нижнего Новгорода в 2015 г. В исследование включены все пациенты, госпитализированные в стационар за анализируемый период.

Проводили ретроспективный клинико-фармакологический анализ антимикробной терапии. Данными служили истории болезни стационарных больных с ВП. Анализировали частоту назначения антимикробных препаратов, их клиническую эффективность. Полученные данные по частоте назначения антимикробных препаратов сравнивали со стандартами специализированной медицинской помощи при пневмонии средней степени тяжести и тяжелой степени тяжести с осложнениями. Анализ стоимости антимикробной терапии ВП проводили путем определения средней стоимости курса антимикробных препаратов или их схем.

Основным в DDD-анализе является расчет числа установленных суточных доз (NDDD) за анализируемый период (квартал, год и т.д.).

Данные о потреблении антимикробных препаратов могут представляться в виде ряда показателей, которые позволяют проводить сравнения потребления препаратов между регионами и медицинскими организациями:

- Количество установленных суточных доз ЛП на 1000 больных ВП в день (NDDD/1000 пациентов/день) дает представление о доле населения, получающей определенный вид лечения.

- Количество установленных суточных доз ЛП на одного пациента в год (NDDD/1 пациент/год) дает представление о количестве дней лечения данным ЛП каждым пациентом ежегодно и используется для оценки потребления ЛП применяющихся короткими курсами.

- Количество установленных суточных доз ЛП на 100 койко-дней (NDDD/100 койко-дней) дает представление о доле пациентов в стационаре, получающих определенный вид лечения

Результаты: Основное место в терапии больных с ВП занимают антимикробные лекарственные препараты. Антимикробная терапия у пациентов с данной патологией проводилась в 100% случаев.

Выбор антимикробных препаратов назначался эмпирическим путем с учётом вероятной этиологии и чувствительности предполагаемого возбудителя к данным препаратам. В основном, при лечении ВП как средней, так и тяжелой степени тяжести, применялись следующие группы антимикробных препаратов: цефалоспорины III поколения, фторхинолоны, полусинтетические пенициллины, аминогликозиды. Использовалась как монотерапия, так и комбинированная (всего 152 назначения)

При средней тяжести ВП в 84,7% случаев (72 человека) назначалась монотерапия.

В качестве монотерапии применялись следующие препараты: азитромицин (15 пациентов), цефтриаксон (14 пациентов), сультамициллин (43 пациента). Положительные клинические эффекты, а именно выздоровление или улучшение, имели место при использовании сультамициллина и азитромицина в 100% случаев, тогда как при использовании цефтриаксона – лишь в 36,0% случаев.

Средняя длительность и стоимость курса монотерапии составили: 10 дней и 5372,9 руб. для сультамициллина; 5 дней и 2833 руб. – для азитромицина; 9 дней и 40,97 руб. – для цефтриаксона.

При неэффективности монотерапии цефтриаксоном назначались дополнительные антимикробные препараты.

Комбинированная терапия применялась в 15,3% (13 пациентов) случаев ВП средней тяжести

Положительные клинические эффекты, а именно выздоровление или улучшение, были отмечены при комбинированной терапии в 100% случаев.

Также в ходе исследования была проанализирована АМТ при тяжелой ВП (32 пациента). Монотерапия, в качестве которой использовался цефтриаксон, была осуществлена у 11 (34,4%) данных больных; при этом положительный эффект цефтриаксона наблюдался в 63,6% случаев. Больным с тяжелой ВП при отсутствии положительной динамики в течение 48-72 часов от момента начала АМТ проводили введение дополнительного препарата.

При подозрении на инфицирование *P.aeruginosa* у пациентов с тяжелой ВП (28,1% больных этой группы) назначалась комбинация сультамициллина с цiproфлоксацином. Данная схема была эффективна в 44,4% случаев. При отсутствии положительной динамики пациентам назначали дополнительный антимикробный препарат (амикацин, меропенем или левофлоксацин), что приводило к наступлению положительного клинического эффекта.

Самым затратным лекарственным препаратом в лечении ВП средней тяжести оказался сультамициллин: средние затраты на курс составили 5372,9 руб. при эффективности в 100%. Наименее затратным антимикробным препаратом явился цефтриаксон: среднекурсовые затраты на него составили 40,97 руб. при эффективности в 36%.

Частота назначения антимикробных препаратов при средней тяжести ВП в анализируемом периоде укладывается в рекомендуемые пределы частоты назначения согласно стандарту. При тяжелой ВП частота назначения цефалоспоринов III поколения в клинической практике оказалась выше рекомендуемых величин в 2,5 раза, а частота назначения защищенных пенициллинов – в 3 раза.

При проведении фармакоэпидемиологического исследования определено, что 27 пациентов из 117 принимали антибиотик цефтриаксон при лечении ВП в стационаре. Препарат назначался в средней суточной дозе 2,26 г, и общая длительность курса для всех больных, рассчитанная как сумма дней приема антибиотика каждым пациентом в течение года составила 333 дня/год. Таким образом, общее количество цефтриаксона, использованное исследуемой группой (популяцией) больных, рассчитывается как произведение средней суточной дозы и общей длительности курса, что составляет $2,26\text{г} \cdot 333 = 752,58\text{г}$. В течение одного года 117 больных ВП использовали цефтриаксона 752,58 г, NDDD цефтриаксона 376,00 г. Аналогичные расчеты были проведены и для других антимикробных препаратов, использованных в терапии ВП.

На следующем этапе исследования было определено количество установленных суточных доз ЛП на 100 койко-дней (NDDD/100 койко-дней), что дает представление о доле пациентов в стационаре, получающих определенный вид лечения. Потребление цефтриаксона в отделении составляет 43,43 NDDD/100 койко-дней, что значительно превышает уровни потребления других антимикробных препаратов.

Далее был проведен анализ потребления антимикробных препаратов при ВП на основе их доли в общем числе установленных суточных доз (DU90% - анализ). Рассчитанные NDDD/год для каждого антимикробного препарата, использовавшегося в терапии ВП, ран-

жировали от большего к меньшему, а затем рассчитывали долю каждого антимикробного препарата в общем NDDD, который принимали за 100 % всех использованных ЛП. Итогом стало формирование двух групп лекарственных препаратов. В первую группу, DU90%, были включены препараты, составляющие 90% потребляемых NDDD при ВП в анализируемом стационаре. Вторую группу составили препараты с небольшим показателем NDDD, которые составили оставшиеся 10% всех NDDD.

В группу, составляющую 90% всех потребляемых NDDD антимикробных препаратов при ВП, вошли: цефтриаксон – 46,09%, левофлоксацин – 20,0%, азитромицин – 9,19%, ципрофлоксацин – 9,19%.

Эти препараты составляют 43% в реальной структуре назначения. Сегмент DU10% составили препараты, доля назначения которых в реальной структуре назначений составила 57%.

При этом стоимость одной DDD в сегменте DU10% (982,12 руб.) более чем в четыре раза превышает таковую в сегменте DU90% (200,00 руб.), что позволяет говорить о преимущественном использовании недорогих препаратов.

Заключение: В качестве практического вывода можно порекомендовать дальнейшее ограничение доли цефалоспоринов, как препаратов, способствующих росту резистентности микробов и выработке у них бета-лактамаз расширенного спектра, с расширением доли пенициллинов, добавлением к используемому ампициллину/сульбактаму, например, амоксициллина/клавуланата. Пенициллины в меньшей мере способствуют росту резистентности, а использование двух различных молекул пенициллинов, имеющих в рекомендациях по лечению ВП, позволит еще более замедлить этот процесс. Также можно порекомендовать использование цефуросима (II поколение цефалоспоринов) наряду с цефтриаксоном у стабильных пациентов без нарушения витальных функций по тем же соображениям.

Литература

1. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Страчунский Л.С. Пневмония. М.: МИА. 2006. 464 с.
2. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Козлов Р.С., Тюрин И.Е., Рачина С.А. Внебольничная пневмония у взрослых. Практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. М. 2010. 60 с.
3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 1658н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при пневмонии средней степени тяжести".
4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 ноября 2012 г. № 741н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при пневмонии тяжелой степени тяжести с осложнениями".

СКОЛИОЗ У ДЕТЕЙ: НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ

Зайцева Т.Н.

ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Россия

SCOLIOSIS IN CHILDREN: NEW APPROACHES TO TREATMENT

Zaytseva T.N.

Federal State Budgetary Educational Institution of Further Professional Education "Russian Medical Academy of Continuous Professional Education" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russia

Введение. Проблема лечения и реабилитации детей страдающих сколиозом до настоящего времени остается одной из наиболее важных в детской ортопедии, что побуждает к поиску новых высокоэффективных методов консервативной терапии. Если своевременно не начать лечение сколиоза, то может развиваться характерный симптомокомплекс нарушений в виде искривления позвоночника во фронтальной и сагиттальной плоскости, торсии тел позвонков, деформации грудной клетки, включающей постепенное формирование реберного горба, а также весьма тяжелых функциональных расстройств со стороны внутренних органов и систем организма. Согласно распространенной в нашей стране классификации сколиоза по В.Д. Чаклину (1973) степень тяжести патологического процесса определяют по величине угла искривления [1].

Существующий отечественный опыт показывает высокую эффективность проведения комплексного консервативного лечения в условиях специализированных реабилитационно-образовательных центрах и санаторных школах-интернатах, где обеспечивается длительная квалифицированная терапия сколиоза у детей с одновременным обучением по обычной школьной программе.

В настоящее время консервативное лечение сколиоза у детей включает рациональный режим дня, лечебное питание, закаливающие и общеукрепляющие процедуры, ортопедическое лечение. Кроме того, применяют новые методики лечебной гимнастики, массаж, гидрокинезотерапию, методы аппаратной физиотерапии. Целью лечения является создание физиологических предпосылок для восстановления правильного положения тела, стабилизация развития сколиотического процесса, повышение неспецифических защитных сил организма, а в случаях назначения терапии на ранних стадиях заболевания – исправление имеющихся дефектов.

Несмотря на имеющиеся достижения, проблема лечения детей со сколиозом остается актуальной и обосновывает поиск более эффективных консервативных методов лечения. Одним из таких методов, доказавшим высокую эффективность в лечении заболеваний органов опоры и движения, является низкочастотное электростатическое поле [3,4].

Цель работы: научное обоснование применения низкочастотного электростатического поля в комплексном лечении сколиоза I и II степени у детей.

Задачи работы: Изучить клинико-функциональные особенности детей с диагнозом сколиоз I и II степени. Установить степень и характер влияния низкочастотного электростатического поля на динамику клинических и функциональных показателей, качество жизни пациентов со сколиозом I и II степени.

На основании сравнительного анализа непосредственных и отдаленных результатов лечения оценить эффективность применения разработанных методик низкочастотного электростатического поля и определить дифференцированные показания для назначения данного метода в комплексном лечении сколиоза у детей.

Материалы и методы. В исследование было включено 94 пациента со сколиозом I и II степени в возрасте от 11 до 16 лет, проходящих курс лечения реабилитации на базе ГБОУ «Реабилитационно-образовательный центр № 76» Департамента социальной защиты населе-

ния города Москвы. Критериями включения пациентов в исследования являлись: установленный диагноз сколиоза I-II степени, возраст детей от 11 до 16 лет. Критериями исключения пациентов в исследования являлись: общие противопоказания к физиотерапии, сопутствующие инфекционные заболевания в острой стадии, тяжелая сопутствующая соматическая патология, повышенная судорожная активность, кожные воспалительные процессы, наличие в зоне воздействия металлических конструкций. Методом простой рандомизации все обследуемые пациенты были разделены на две группы, сопоставимые по возрасту, полу и клинико-функциональным показателям. I группа (основная) включала 45 больных, которым на фоне базисной терапии назначали процедуры низкочастотной электростатической терапии. Другая часть пациентов – 49 человек, составили II (контрольную) группу. Этим пациентам назначали только курс базисной терапии.

Базисная терапия, назначаемая всем пациентам, включала соблюдение рационального режима дня, лечебное питание, ортопедический режим, занятия лечебной физкультурой, в том числе в бассейне, и курсы ручного массажа. Для выполнения процедур низкочастотной электростатической терапии нами был использован отечественный аппарат «ЭЛГОС» (ООО ППФ «Реабилитационные технологии», Н.Новгород, Россия, регистрационный номер ФСГ 2012/13738 от 13.08.12 г.). Длительность процедур составляла 12-15 мин. Их назначали с частотой 3-4 раза в неделю до 10-12 на курс лечения. Воздействовали на область спины массажными приемами симметрично относительно позвоночника на шейный, грудной и поясничный отделы. Во время процедуры последовательно снижали частоту импульсов со 180 Гц до 20 Гц при умеренной интенсивности выходных биполярных импульсов.

Всем пациентам проводили клиническое обследование и функциональное исследование силовой выносливости мышц спины и живота. Диагноз подтверждался данными рентгенологического исследования позвоночника. Для оценки осанки и рельефа спины детей в динамике была применена компьютерная оптическая топография и дистанционная инфракрасная термография. Для подтверждения эффективности лечения детей со сколиозом I и II степени были использованы опросники SF-36 (англ. The Short Form-36) и САН (Самочувствие, Активность, Настроение). Результаты оценивали до и после курса проведенного лечения.

Результаты и обсуждение. Все пациенты хорошо переносили назначаемое лечение и процедуры низкочастотной электростатической терапии.

Анализ полученных результатов позволил установить, что исчезновение болевого синдрома в области спины отмечено у 44,4%, а уменьшение – у 20% больных основной группы, тогда как в контрольной группе данные показатели составляли лишь 18,4% и 16,3%, соответственно.

Позитивные клинические изменения были подтверждены данными функциональных методов исследования. В частности, при оценке динамики показателей выносливости мышц спины и живота выявлено существенно более значимое их возрастание среди лиц основной группы, где силовая выносливость мышц спины достоверно возросла в 2,05 раза, а мышц живота – в 1,7 раза ($p < 0,05$). В контрольной группе силовая выносливость мышц спины увеличилась в 1,2 раза, а мышц живота – в 1,3 раза.

Положительные сдвиги, в виде уменьшения степени выраженности угла отклонения позвоночника и снижения ротации при компьютерной оптической топографии, выявлены у 40 (88,9%) пациентов основной группы и у 32 (65,3%) пациентов контрольной группы. Указанные изменения свидетельствовали об уменьшении признаков сколиотической деформации позвоночника.

Оценка термограмм обследованных детей до начала комплексной терапии позволила выявить различные варианты нарушения нормальной термотопографии поверхности спины, что свидетельствовало о нарушении локальной гемодинамики и микроциркуляции в этой области.

Повторные термографические исследования после окончания восстановительного лечения отмечалось существенное выравнивание теплового рисунка. Использование процедур

низкочастотной электростатической терапии способствовало локальному повышению температуры в зоне воздействия в среднем на $1,02 \pm 0,07^\circ\text{C}$. У пациентов контрольной группы повышение температуры было менее выраженным, составив лишь $0,54 \pm 0,04^\circ\text{C}$, что достоверно ниже результатов основной группы ($p < 0,05$). Все это свидетельствует о более интенсивном усилении гемодинамики и улучшении микроциркуляции в тканях, подлежащих воздействию низкочастотным электростатическим полем [5].

Анализ показателей шкалы САН выявил положительную динамику в обеих изучаемых группах, однако по ряду показателей наблюдалось определенное преимущество лечения с включением низкочастотной электростатической терапии. Установлено, что назначение этого метода способствовало достоверному повышению качества жизни пациентов (по данным опросника SF-36), тогда как в контрольной группе статистически значимых изменений данного параметра не установлено.

Сравнительная оценка результатов лечения пациентов основной и контрольной групп выявила наиболее заметные положительные результаты у больных основной группы. Эти изменения отмечались в благоприятной динамике, как со стороны клинической симптоматики, так и при топографическом и термографическом исследованиях. Данные исследования показывают уменьшение признаков сколиотической деформации позвоночника.

Выводы. Результаты исследования показали высокую клиническую эффективность низкочастотной электростатической терапии в комплексном лечении сколиоза I и II степени. Включение данного метода физической терапии в сочетании с регулярными занятиями лечебной гимнастикой, гидрокинезотерапией способствует стабилизации патологического процесса, а в случаях назначения на ранних стадиях – регрессу имеющихся дефектов.

Литература

1. Чаклин В.Д., Абальмасова Е.А. *Сколиоз и кифозы*. М.: Медицина; 1973.
2. Епифанов В.А., Епифанов А.В. *Реабилитация в травматологии и ортопедии*. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2015.
3. Куликов А.Г., Зайцева Т.Н. Опыт применения низкочастотного электростатического поля в консервативном лечении сколиоза I-II степени у детей. *Физиотерапия, бальнеология и реабилитация*. 2015; 5: 4-7.
4. Куликов А.Г., Ярустовская О.В., Кузовлева Е.В., Зайцева Т.Н., Кульчицкая Д.Б., Кончурова Т.В. *Применение низкочастотного электростатического поля в клинической практике*. Учебное пособие. М.: Российская медицинская академия последипломного образования; 2015.
5. Жорина Л.В., Зайцева Т.Н., Кожевникова М.И., Максимова К.Г. Термографическое сравнение реакции тела пациента на воздействие низкочастотного электрического поля и ручного массажа при терапии сколиоза. *Биомедицинская радиоэлектроника*. 2015; 7: 48-57.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛЕТОЧНОГО СОСТАВА ПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ И ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА КРЫС ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ

Зенков А.Л., Сирин Д.О.

ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера» Минздрава России, Пермь, Россия

COMPARATIVE CHARACTERISTIC OF NUMBER OF DIFFERENT CELL IN PERITONEAL CAVITY AND LYMPH NODE IN RATS UNDER MILD SEVERE EXPERIMENTAL THYROTOXICOSIS

Zenkov A.L., Sirin D.O.

Acad. E.A. Wagner Perm State Medical University, Perm, Russia

Известно, что при экспериментальном тиреотоксикозе, вызванном введением тироксина в суточной дозе 0,04 мг/кг, у крыс наблюдается стимуляция антителообразования и реакции гиперчувствительности замедленного типа [3, 5]. Кроме этого, при такой форме тиреотоксикоза показано повышение относительных показателей функциональной активности нейтрофильных лейкоцитов периферической крови [1, 2, 4]. Однако изучению количественного состава клеток периферических органов иммунной системы в эффекторную фазу иммунного ответа при тиреотоксикозе в литературе уделяется мало внимания.

Цель работы – исследование изменения количественного состава клеток перитонеальной полости и лимфатического узла при экспериментальном тиреотоксикозе у крыс в эффекторную фазу иммунного ответа.

Материалы и методы. Эксперимент выполнен на 25 самцах белых крыс с исходной средней массой 313±4 г. Для моделирования тиреотоксикоза ежедневно подкожно вводили *L*-тироксин в течение 14 дней в суточной дозе 0,04 мг/кг массы тела [3, 5]. Крысы контрольной группы получали растворитель препаратов. На 10-е сутки от начала эксперимента всех животных сенсibilизировали эритроцитами барана (10^8 клеток подкожно в правую стопу). На 4-е сутки после сенсibilизации вводили разрешающую дозу антигена (10^9 эритроцитов в правую стопу). Через 24 ч (15-е сутки эксперимента) оценивали количественный состав клеток перитонеальной полости и правого лимфатического узла. Статистический анализ результатов проводили с помощью *t*-критерия Стьюдента для сравнения между двумя группами. Результаты представлены в виде средней арифметической и ее стандартной ошибки ($M \pm m$). Различия или показатели связи считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Установлено, что при экспериментальном тиреотоксикозе у крыс увеличено абсолютное количество всех перитонеальных лейкоцитов. У животных с тиреотоксикозом в сравнении с контролем выявляется статистически значимое увеличение абсолютного числа перитонеальных лимфоцитов. Абсолютное количество перитонеальных мононуклеарных фагоцитов, нейтрофильных гранулоцитов и тучных клеток статистически значимо не отличается от контрольной группы.

При анализе изменения числа клеток на уровне регионарного лимфатического узла установлено, что введение тироксина в суточной дозе 0,04 мг/кг приводит к увеличению количества ядросодержащих клеток. При экспериментальном тиреотоксикозе в регионарном лимфатическом узле статистически значимо увеличивается количество лимфоцитов и макрофагов. Кроме этого, в опытной группе наблюдается снижение относительного количества тучных клеток ($1,5 \pm 0,4\%$, а в контрольной группе – $4,7 \pm 1,1\%$; $p < 0,05$). Изменения количества нейтрофильных лейкоцитов в лимфатическом узле при экспериментальном тиреотоксикозе не зарегистрировано.

В проведенных ранее исследованиях показано, что при введении тироксина увеличивается число антителообразующих клеток в периферических органах иммунной системы [3,

5]. Данные авторов [3, 5] и настоящего исследования позволяют предположить, что при формировании иммунного ответа тироксин участвует в перераспределении лейкоцитов, обеспечивая увеличение количества лимфоцитов в лимфатическом узле, являющимся дренирующим к месту введения антигена. Кроме этого наблюдается увеличение лимфоцитов в перитонеальной полости.

Литература

1. Годовалов А.П. Адренергическая регуляция фагоцитарной активности нейтрофилов при экспериментальном тиреотоксикозе // Вестник Уральской медицинской академической науки. – 2010. – № 2-1. – С. 112.
2. Шилов Д.Ю., Годовалов А.П., Шилов Ю.И., Юркова Е.В. Влияние агониста бета-адренорецепторов гексопреналина сульфата на пролиферативный ответ лимфоцитов и продукцию иммуноглобулинов в присутствии тироксина и дексаметазона фосфата *in vitro* // Фундаментальные исследования. – 2011. – № 6. – С. 192-196.
3. Шилов Ю.И., Годовалов А.П. Иммуномодулирующее действие адренергических соединений в условиях экспериментального тиреотоксикоза // Российский иммунологический журнал. – 2008. – Т. 2, № 2-3. – С. 153.
4. Шилов Ю.И., Годовалов А.П. Влияние агониста и антагониста бета-адренорецепторов на кислородзависимую микробицидную активность нейтрофилов периферической крови в НСТ-тесте при экспериментальном тиреотоксикозе // Вестник Уральской медицинской академической науки. – 2011. – № 2-1 (35). – С. 79-80.
5. Шилов Ю.И., Годовалов А.П. Адренергическая регуляция иммунного ответа при экспериментальном тиреотоксикозе у крыс // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. – 2012. – № 3-2 (85). – С. 348-354.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ИНФЛЮЦИД ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОРВИ У ДЕТЕЙ

Ибрагимова Д.Т., Мирхаликова Д.И.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

USAGE PREPARATION INFLUCID FOR TREATMENT ACUTE RESPIRATOR VIRAL INFECTIONS IN CHILDREN

Ibragimova D.T., Mirhalikova D.I

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

Заболевания детей, связанные с вирусной инфекцией, приобретают, к сожалению, все большие масштабы [1-5].

Цель: оценка эффективности применения гомеопатического препарата Инфлюцида при лечении острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) у детей.

Методы. Обследовано 65 детей (36 мальчика и 29 девочек) в возрасте с 1 года до 7 лет с ОРВИ. В зависимости от проведенной терапии больные были разделены на две группы: I – основная группа - 35 больные дети, получавшие препарат Инфлюцид в качестве противовирусной терапии в комплексе с базисной терапией. Дети получали Инфлюцид внутрь, по 1 таблетке каждые два часа, до 8 раз в первый день. Последующие дни по 1 таблетке 3 раза в сутки. II – группа сравнительная - 30 больных, получавшие общепринятую базисную терапию (интерферон в нос, жаропонижающие, антигистаминные препараты). Проводились общеклинические исследования в обеих группах. Эффективность препарата оценивалась по клиническим показателям.

Результаты. У детей с ОРВИ отмечались лихорадка, ринит, фарингит, конъюнктивит, интоксикационный синдром. На фоне терапии Инфлюцидом наблюдалась положительная динамика, быстро купировался интоксикационный синдром и нормализовалась температура. Уменьшение выраженности клинических симптомов заболевания у больных, принимавших Инфлюцид, произошло в среднем на 2-3 день от начала лечения, в группе сравнения – на 3-4-5 день. Переносимость препарата была хорошей. Включение в комплексную терапию Инфлюцида у детей с ОРВИ способствует сокращению длительности заболевания.

Заключение. Полученные результаты показывают на высокую эффективность препарата Инфлюцида при ОРВИ у детей. Учитывая эффективность и безопасность Инфлюцида, препарат может быть рекомендован к применению у детей при ОРВИ.

Литература

1. Башкина О.А. Клинико-иммунологический мониторинг и цитокиноterapia у детей с рецидивированием респираторных заболеваний : Автореф. дисс...д-ра мед.наук Москва: Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова., 2006.
2. Башкина О.А., Красилова Е.В., Бойко А.В. Иммунокорректирующие препараты в профилактике заболеваний респираторного тракта у часто болеющих детей // Инфекционные болезни. - 2004. - Т. 2. - № 1. - С. 24-29.
3. Касымова Е.Б., Башкина О.А., Галимзянов Х.М., Романцов М.Г., Енгибарян К.Ж., Родина Л.П. Оптимизация фармакотерапии у детей с острой Эпштейна-барр вирусной инфекцией // Экспериментальная и клиническая фармакология. - 2014. - Т. 77. - № 1. - С. 26-29.
4. Опыт организации неспецифической профилактики гриппа и ОРВИ с помощью комплексных гомеопатических препаратов в школьных коллективах./ Гаращенко Т.И., Ильенко Л.И., Гаращенко М.В., Ершов Ф.И., Попов В.В. // Журнал педиатрии – 2015. №4 – С -122-127.
5. Проблема гриппа сегодня и завтра./Кладова О.В [и др]// Детские инфекции. – 2007.- №3 - 54-57.

ПРОТИВОГИПОКСИЧЕСКАЯ И АНТИОКСИДАНТНАЯ ТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ В УСЛОВИЯХ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Игамова С.С., Шамсиев Ж.А., Юсупов Ш.А., Махмудов З.М.
2-клиника Самаркандского Государственного медицинский институт,
Самарканд, Узбекистан

ANTIHIPOXIC AND ANTIOXIDANT THERAPY IN CHILDREN WITH CRANIO-CEREBRAL TRAUMA IN A SURGICAL HOSPITAL

Igamova S.S., Shamsiyev J.A., Yusupov Sh. A., Makhmudov Z.M.
2-nd Clinic of Samarkand Medical Institute, Uzbekistan

Актуальность. Черепно-мозговая травма одна из актуальных проблем медицины в связи ее распространенностью и различных осложнений. Поэтому противогипоксическая и антиоксидантная терапия у детей необходимая основа лечения и помощи пострадавшим по профилактике повреждения центральной нервной системы.

Цель исследования: оценить противогипоксическое и антиоксидантное действие Цитохрома - С у больных с черепно-мозговой травмой (ЧМТ).

Материал и методы: Было обследовано 167 детей пострадавших ЧМТ, от 6 месяцев и до 14 лет, госпитализированных в отделение реанимации, 2 - клиники Самаркандского Госу-

дарственного медицинского института. Дети с ЧМТ были разделены на две группы. Больным 1 – группы (87) проводили стандартное лечение. 2 – группа (80) состояла из пациентов, которым дополнительно проводили постоянную внутримышечную инъекцию Цитохрома-С в расчете 1 мг/кг в сутки, в течение 10 – 12 суток нахождения их в клинике. Больным проводились общий неврологический осмотр, динамическое наблюдение и комплекс исследований (нейросонография проводилась больным до года, ЭЭГ больным с ЧМТ при судорогах, МСКТ и МРТ при тяжелых ЧМТ, в 1-е сутки содержание гемоглобина в крови, и развернутый биохимический анализ крови).

Результаты: При проведении стандартной инфузионно – трансфузионной терапии улучшение было на 5 сутки, на фоне постоянной инъекции Цитохрома-С, механизмы компенсации реализовываются на 3 – ие сутки лечения, на 5-е сутки посттравматического периода нормализуется кислородный баланс, а также повышается антиоксидантная защита ткани головного мозга. Восстановление кислородного баланса у больных, защищенных Цитохром-С, в основном происходит вследствие нормализации насосной функции сердца. Коррекция кислородной задолженности сопровождалась снижением уровня лактата и глюкозы.

Заключение: включение Цитохрома-С в комплексное лечение больных с ЧМТ способствует раннему восстановлению кислородного баланса и коррекции метаболических нарушений и быстрому восстановлению пациентов. Все это позволяет рекомендовать включить Цитохром-С в стандарты интенсивного лечения пострадавших с травмами черепа и сотрясением мозга.

Список литературы

1. Шагинян Г.Г. Черепно- мозговая травма. Москва 2010.
2. Шайтор В.М. Неотложная педиатрия. Москва 2007.
3. Bennet B.R. Incidence , costs and ERG- based reimbursement for traumatic brain injured patients. J.Trauma.

НОВЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ВЕНОЗНОГО ГЕНЕЗА И ОЦЕНКА ИХ ЭФФЕКТИВНОСТИ

Изосимов В. В. ², Умеров Э. Э. ¹, Гривенко С. Г. ¹

¹Кафедра хирургии №2, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского», 295006, бульвар Ленина 5/7, Симферополь, Россия

²Кафедра хирургии №1, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского», 295006, бульвар Ленина 5/7, Симферополь, Россия

NEW DIRECTIONS IN COMPLEX TREATMENT OF TROPHIC ULCERS OF LOWER EXTREMITIES OF VENOUS GENESIS AND EVALUATION OF ITS EFFECTIVENESS

Izosimov V.V. ², Umerov E.E. ¹, Grivenko S.G. ¹

¹Department of surgery №1, Medical Academy named after S.I. Georgievsky of Vernadsky CFU, Simferopol, Russia

²Department of surgery №2, Medical Academy named after S.I. Georgievsky of Vernadsky CFU, Simferopol, Russia

Трофические язвы (ТЯ) при хронической венозной недостаточности (ХВН) несмотря на неуклонное расширение арсенала хирургических и медикаментозных методов лечения продолжают представлять существенную медицинскую, социальную и экономическую проблему.

Цель: оптимизация результатов лечения венозных ТЯ с мониторингом ее эффективности динамикой уровня фактора Виллебранда (ФВ).

Задачи: разработать и внедрить в клиническую практику новые способы фармако-терапии венозных ТЯ путем включения в комплексное лечение энтеросорбции и орота магния; установить взаимосвязь между клинической эффективностью предлагаемого лечения и динамикой изменений уровня ФВ.

Методы. Проанализированы результаты обследования и комплексного лечения 72 пациентов с ХВН С6 класса по СЕАР, находившихся на лечении в клиниках г. Симферополя с 2012 по 2016 гг. Все больные составили 2 группы, у которых для местного лечения применяли антибактериальные водорастворимые мази, которые дополняли компрессионной терапией и флеботониками. I группу составили 52 пациента, у которых дополнительно в комплексном лечении трофических язв (ТЯ) применялись оротат магния и энтеросорбция [1,2]. II группу, составили 20 больных, не получавших предлагаемую терапию. В обеих группах преобладали женщины – 42 (58,33%). Причиной развития ХВН у 47 (65,28%) пациентов была варикозная болезнь, а у 25 (34,72%) - посттромбофлебетическая болезнь. Эффективность проводимого лечения оценивали по клиническим параметрам: срокам очищения язв, появлением грануляций, эпителизации.

Материалом для биохимических исследований служила сыворотка крови 44 больных обеих групп: 24 первой и 20 второй, полученная при поступлении, через 7 и 14 суток от начала лечения. Определение антигена ФВ изучали с помощью тест-систем «TECHNOZYM® vWF:Ag ELISA» для иммуноферментного количественного его определения в плазме (Technoclone GmbH, Austria). Контролем служила группа практически здоровых лиц (14 чел.). Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью стандартных процедур, общепринятых на сегодняшний день.

Результаты. В результате применения предложенного комплексного лечения показатели клинической эффективности существенно улучшились в I группе, где быстрее происходило купирование воспалительных явлений и очищение раны. Наступление же грануляционной фазы раневого процесса было в среднем на 2,78 суток быстрее, чем во II группе. Аналогичные тенденции наблюдались и в дальнейшем. Так, средние сроки появления грануляций и начала эпителизации в I группе были меньше контрольных II группы на 4,68 и 4,14 суток соответственно. Эти тенденции позволили уменьшить средний койко-день у больных I группы на 4,86 суток по сравнению со II.

Также установлено, что начальный фон уровня ФВ (U/ml) был повышен в обеих группах больных по отношению к контролю. Различия в группах были в пределах статистической погрешности. Они превышали контрольные более чем в 2 раза ($1,53 \pm 0,11$ и $1,47 \pm 0,1$ против $0,70 \pm 0,2$). В процессе лечения отмечено снижение уровней ФВ также в обеих группах. Однако у больных II группы, процесс стабилизации концентрации ФВ носил менее выраженный характер. На 7 сутки у больных I группы отмечено снижение уровней ФВ по отношению к начальному фоновому на 26% ($1,53 \pm 0,11$ против $1,13 \pm 0,09$). В тоже время у больных II группы, это снижение носило менее выраженный характер - 19% ($1,47 \pm 0,1$ против $1,19 \pm 0,08$). К 14 суткам наблюдалось хоть и незначительное, но повышение уровня ФВ по отношению к его уровню на 7 сутки лечения. У больных I группы отмечено снижение уровней ФВ по отношению к начальному фоновому на 18% ($1,53 \pm 0,11$ против $1,25 \pm 0,07$). А у больных II группы, это снижение носило менее выраженный характер - около 11% ($1,47 \pm 0,1$ против $1,31 \pm 0,09$).

Заключение. Таким образом, применение предложенной комплексной терапии трофических нарушений при ХВН позволяет ускорить процессы репарации и сократить сроки лечения. На основании полученных биохимических данных можно утверждать, что показатели уровня ФВ могут служить прогностическим фактором и быть косвенным показателем эффективности проводимого лечения. Изучение роли ФВ и возможности влияния на его активность будет способствовать созданию новых технологий в лечении ТЯ.

Литература

1. Патент України на корисну модель №89297/10.04.14. Бюл. №7. Гривенко С.Г., Ізосімов В.В. Спосіб консервативного лікування варикозної хвороби нижніх кінцівок.
2. Патент України на корисну модель №112033/25.11.16. Бюл. №22. Дзюбановський І.Я., Гривенко С.Г., Ізосімов В.В. Спосіб лікування ускладненої варикозної хвороби нижніх кінцівок.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Зоева А.Р.

Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань, Россия

FEATURES OF THE CHRONIC ENDOMETRITIS DIAGNOSIS IN PATIENTS OF REPRODUCTIVE AGE

Zoeva A.R.

Astrakhan State Medical University, Astrakhan, Russia

В настоящее время, несмотря на практику применения современных методов диагностики и антибактериальных препаратов широкого спектра действия, частота воспалительных заболеваний органов малого таза не только не снижается, но и растет у женщин репродуктивного возраста. Зачастую хронический эндометрит становится основной причиной развития нарушений со стороны женской репродуктивной системы: нарушений менструального цикла, бесплодия, невынашивания беременности, тазовых болей и перинатальных потерь [3].

Клиническая картина у пациенток репродуктивного возраста зачастую не соответствует наличию воспалительных заболеваний органов малого таза, а в большинстве случаев генитальная инфекция протекает бессимптомно. Это приводит к недооценке клинической ситуации и неадекватно назначенному лечению. Поэтому проблема диагностики хронического эндометрита в современной медицине остается по-прежнему актуальной и требует пересмотра существующих подходов.

Литературные данные последних лет свидетельствуют о высокой диагностической информативности технологии «Литос-система» («клиновидная» и «краевая» дегидратация) [4] при различных заболеваниях, в том числе и при патологии репродуктивных органов, что позволило применить ее у пациенток с хроническим эндометритом [1, 2, 5].

Цель исследования

Изучить методом клиновидной дегидратации структурные особенности сыворотки крови и менструальных выделений здоровых женщин и пациенток с хроническим эндометритом.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета с курсом последипломного образования Астраханского государственного медицинского университета и лаборатории физики конденсированного состояния Астраханского государственного университета.

У всех пациенток исследовались сыворотка периферической крови и супернатант менструальных выделений.

Результаты исследования

При изучении фаций было выявлено, что их структуропостроение в контрольной и исследуемой группах существенно различалось.

Характерными маркерами хронического эндометрита в фациях менструальных выделений были языковые структуры и языковые поля, свидетельствовавшие о выраженном воспалительном процессе. В фациях контрольной группы данные элементы не регистрировались.

Выводы

Таким образом, данное исследование подтверждает диагностическую ценность исследования сыворотки периферической крови и менструальных выделений с помощью технологии «Литос-система». На сегодняшний день менструальные выделения – малоизученная биологическая жидкость, несущая большой объем информации о состоянии репродуктивных органов женщины. Использование менструальных выделений в диагностике гинекологической патологии с помощью технологии «Литос-система» позволяет в условиях женской консультации, на малых объемах биологической жидкости, с минимальными экономическими затратами и в короткие сроки получить объективную информацию о состоянии женской репродуктивной системы.

Литература

1. Дикарева, Л.В. Диагностическое значение менструальных выделений при гинекологической патологии [Текст] / Л.В. Дикарева, Е.Г. Шварев, А.Р. Абжалилова, О.Г. Тишкова, Ю.Ю. Уханова // Астраханский медицинский журнал. - 2013. - Т. 8. - № 3. - С. 12-17.
2. Дикарёва, Л.В. Пат. 2290639 Рос. Федерация, МПК G 01 №33/48. Способ оценки состояния эндометрия при новообразованиях женских гениталий [Текст]/ Л.В. Дикарёва, Е.Г. Шварёв, А.К. Аюпова, Д.Л. Оводенко : заявитель и патентообладатель Дикарева Л.В. - № 2005124067/14; заявл. 28.07.2005; опубл. 27.12.2006. Бюл. № 36. – С. 367.
3. Добренькая Г.С. Особенности показателей системы антиоксидантной защиты в патогенезе воспалительных заболеваний придатков матки [Текст] / Г.С. Добренькая, Е.Г. Шварев, Л.В. Дикарева, О.Н. Чистякова // Мать и Дитя. – 2005. С. 370-371.
4. Шабалин, В.Н. Морфология биологических жидкостей человека [Текст] / В.Н. Шабалин, С.Н. Шатохина – М.: Хризостом, 2001. – 304 с.
5. Шварев, Е.Г. Маркеры опухолей яичников в менструальных выделениях: прогресс в диагностике? [Текст] / Е.Г. Шварев, Д.Л. Оводенко, Л.В. Дикарева // Тезисы V Общероссийского научно-практического семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии». – М. – 2012. – С. 165 – 167.

ДИНАМИКА АКТИВНОСТИ НЕЙТРОФИЛОВ И МОНОЦИТОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Кадыков А.М., Черникина О.Г.
ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России

DYNAMICS ACTIVITY OF NEUTROPHILS AND MONOCYTES IN PREGNANT WOMEN WITH HIGH RISK OF INFECTIONS – INFLAMMATORY COMPLICATIONS DEVELOPMENT.

Kadykov A.M., Chernikina O.G.
Astrakhan state medical University

Инфекционно-воспалительные осложнения (ИВО) послеродового периода не имеют тенденции к снижению и занимают одно из первых мест в структуре материнской заболеваемости и смертности [1]. Это связано как с повышением частоты воспалительных заболеваний мочеполового тракта, возникающих на фоне инфекций, передаваемых половым путем, так и с повышением частоты оперативного родоразрешения на современном этапе [4]. Согласно данным мировой научной литературы частота воспалительных заболеваний в пуэрперии в последнее десятилетие остается на высоком уровне и составляет в среднем 2-10% в

общей популяции родильниц. У женщин в группах высокого риска она достигает 22-85%, а при сочетании нескольких инфекционных факторов до 91%. Уровень материнской смертности от генерализованных форм ИВО занимает по частоте 2-4 место, что определяет его большое медицинское и социально-демографическое значение [3].

К интегральной оценке нейтрофилов и макрофагов с позиций клеточной реактивности, физиологии и патологии гомеостаза в акушерстве и гинекологии прибегали нечасто [7]. В последнее время все большее число исследователей приходит к мнению о целесообразности комплексного изучения микро- и макрофагов.

Цель работы. Исследование функциональной активности нейтрофилов и моноцитов у беременных с высоким риском развития ИВО.

Материалы и методы. На базе ГБУЗ АО клинический родильный дом г. Астрахани было обследовано 40 беременных женщин с высоким риском развития ИВО. Контрольную группу составили 45 здоровых беременных. Пациенткам обеих групп проводилось общеклиническое обследование и цитохимическое исследование ферментативной активности нейтрофилов в мазке из цельной крови. Выделение моноцитов проводили по методике И.С.Фрейдлин [5], а активность метаболических ферментов определяли по методике Р.П. Нарциссова [2]: сукцинатдегидрогеназы (СДГ), отражающей цикл Кребса; лактатдегидрогеназы (ЛДГ), выполняющий ключевую роль в анаэробном гликолизе; глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы (Г-6-ФДГ), свидетельствующий об активности пентозо-фосфатного шунта и НАД- и НАДФ-диафораз (НАД, НАДФ). Активность альфанафтилацетатэстеразы (АЭ) и альфанафтилбутиратэстеразы (БЭ) определяли по методу Вачштейна-Вольфа [6].

Оценку результатов цитохимических реакций проводили полуколичественным методом Карлов. В основе этого метода лежит распределение всех клеточных элементов по группам в зависимости от интенсивности окраски и количества выявляемого в клетке цитохимически активного вещества. К нулевой группе относили клетки без гранул. В первую группу включали клетки низкой степени активности, содержащие единичные гранулы, или же клетки, в которых площадь окраски занимала до 25% цитоплазмы (степень "а"). Ко второй группе относили клетки средней степени активности, то есть те, цитоплазма которых была заполнена гранулами на 30-70% (степень "б"). К третьей группе относили клетки высокой степени активности, то есть заполненные гранулами на 70-100%. Для определения среднего цитохимического показателя (СЦП) в мазке подсчитывали 100 клеток (нейтрофилов или моноцитов, в зависимости от вида мазка). При этом число клеток каждой из степеней умножали на номер степени, то есть СЦП определяли по формуле: $СЦП = a + 2b + 3v$. Статистическая обработка проводилась на персональном компьютере Pentium в пакете программ «Statistic».

Результаты и обсуждение. В нейтрофилах беременных с высоким риском развития ИВО наблюдалось снижение активности СДГ ($СЦП_{СДГ} = 66,0 \pm 33,03$; $p < 0,05$) и ЛДГ ($СЦП_{ЛДГ} = 33,33 \pm 9,03$; $p < 0,05$) при повышении активности Г-6-ФДГ ($СЦП_{Г-6-ФДГ} = 47,4 \pm 9,06$; $p < 0,05$). При этом качественный состав реагирующих клеток был представлен исключительно клетками высокой степени активности (степень «в»).

В нейтрофилах беременных с высоким риском развития осложнений активность всех трех метаболических ферментов была резко снижена по сравнению с таковыми у здоровых беременных. Наибольшее снижение активности наблюдалось в отношении СДГ ($СЦП_{СДГ} = 6,0 \pm 1,01$; $p < 0,05$), наименьшее – в отношении Г-6-ФДГ ($СЦП_{Г-6-ФДГ} = 16,14 \pm 3,02$; $p < 0,05$). Анализ качественного состава клеток показал, что все реагирующие клетки были высшей (степень «в») степени активности. Средний цитохимический показатель активности НАД и НАДФ-диафораз беременных группы высокого риска не отличался от такового в контрольной группе как в моноцитах, так и в нейтрофилах. Все реагирующие клетки классифицировались как степень «в».

В моноцитах группы беременных высокого риска ИВО эстеразная активность превышала показатели у здоровых беременных ($СЦП_{АЭ} = 72,25 \pm 2,01$, $p < 0,05$; $СЦП_{БЭ} = 94,02 \pm 0,02$; $p < 0,05$). Эстеразная активность в нейтрофилах беременных с ИВО была резко угнетена

(СЦПАЭ=6,75±2,01; p<0,05 СЦПБЭ=24,90±2,02; p<0,05). Все клетки реагировали по высшему типу реакции.

Выводы:

1. У беременных с высоким риском развития ИВО наблюдалась конкордантная реакция нейтрофилов и моноцитов в отношении активности цикла Кребса и анаэробного гликолиза, выразившаяся в угнетении данных процессов.

2. В отношении, активности пентозо-фосфатного шунта и лизосомальных ферментов в нейтрофилах и моноцитах беременных с высоким риском развития ИВО наблюдалась дискордантная реакция моноцитов и нейтрофилов, причем, во всех случаях отмечалось напряжение моноцитарного и угнетение нейтрофильного звеньев.

3. У беременных с высоким риском развития ИВО отмечалось изменение качественной активности обоих типов иммунокомпетентных клеток: все клетки классифицировались как высшая степень активности («в»).

Резюме: В нейтрофилах и моноцитах беременных с высоким риском развития ИВО определяли следующие ферменты: сукцинатдегидрогеназы (СДГ), лактатдегидрогеназы (ЛДГ), глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы (Г-6-ФДГ), НАД- и НАДФ-диаффоразы (НАД, НАДФ), альфанафтилацетатэстеразы (АЭ) и альфанафтилбутиратэстеразы (БЭ). У беременных с высоким риском развития ИВО наблюдалось угнетение активности СДГ и ЛДГ в моноцитах и нейтрофилах. В моноцитах угнеталась активность Г-6-ФДГ, АЭ и БЭ, тогда как в нейтрофилах активность этих ферментов повышалась. Отмечалось изменение качественной активности обоих типов иммунокомпетентных клеток: все клетки классифицировались как высшая степень активности («в»).

Ключевые слова: беременные, моноциты, нейтрофилы, ферментативная активность.

Литература

1. Нарциссов Р. П. Применение п-нитротетразолия фиолетового для количественной цитохимии дегидрогеназ человека // *Арх. Анат.* 1969; 5, 55–91.
2. Орджоникидзе Н.Н., Базиладзе Е.Н. Современные направления в диагностике, профилактике и лечении послеродовой инфекции. // *Ж. Российского общества акушеров- гинекологов – 2005г., № 4, с.18-2*
3. Панкратов С.Б. Пути сохранения репродуктивного здоровья женщин. / Панкратов С.Б. Селихова М.С., Пайль А.В. //Сборник научно-практических работ Южного окружного медицинского центра- 2006- 2-С.116-118.
4. Фрейдлин И.С. Клетки иммунной системы. (Т.3; Т.4; Т.5) /Фрейдлин И.С., Тотолян А.А// -СПб.:«Наука», 2001.-390с.
5. Хейхоу Ф.Г., Гематологическая цитохимии/ Хейхоу Ф.Г. Дж., Кваглино Д.// — Москва.- 1983. —319 с.
6. Чуприненко, Л.М. Активность миелопероксидазы в нейтрофилах крови у больных железодифицитной анемией/Л.М.Чуприненко, А.А. Славинский //Сборник трудов юбилейной научной конференции КГМУ и сессии центра РАМН, посвященной 70-летию КГМУ, Том 1, Курск, -2005. -С. 149-150.
7. Кадыков А.М., Функциональная активность нейтрофилов как критерий эффективности медикаментозной профилактики развития инфекционно-воспалительных осложнений у беременны/А.М. Кадыков // Астраханский медицинский журнал- 1(6)-2011- С. 143-145

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ДЕТСКОГО ГАСТРОЭНТЕРОЛОГА В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Каменева О.П.

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России

CLINICAL EXPERIENCE OF CHILDREN'S GASTROENTEROLOGIST TO HELP PRACTICAL DOCTOR

Kameneva O.

Astrakhan State Medical University, Russia

Практически ежедневно участковый педиатр сталкивается с жалобами на боли в животе, кишечные расстройства и т.п. у своих пациентов. В первую очередь ему нужно оперативно оценить ситуацию и при необходимости направить ребенка к хирургу или инфекционисту, а при рецидивирующей абдоминалгии решить - имеет ли она органическую природу или носит функциональный характер. Паразитарные болезни часто оказываются последними в цепи клинического мышления врача, недооценивается их значение как причины формирования хронической патологии пищеварительного тракта [1]. По статистике наиболее часто приходится встречаться с лямблиозом, энтеробиозом, аскаридозом. Так, например, лямблиоз у детей сочетается с хронической патологией органов пищеварения в 72,3%, преобладает в возрасте 3-6 лет и чаще наблюдается при хроническом дуодените [2]. Качество выявления паразитарных заболеваний в массовом порядке оставляет желать лучшего. На прием к детскому гастроэнтерологу дети приходят с однократным исследованием кала (копрограмма, яйца глистов и простейшие), как правило, отрицательным. Стандарты обследования не выполняются.

Цель публикации: привлечь внимание педиатров первичного звена здравоохранения к клинико-anamnestическим особенностям наиболее распространенных паразитозов и гельминтозов у детей.

Задача: показать возможность и эффективность превентивного лечения *ex jvantibus* при наличии определенного клинического симптомокомплекса.

Методы. Обобщены данные, полученные на консультативном приеме за 2013-16г.г., по эффективности применения комплексной превентивной терапии с последовательным использованием препарата нифуратель и альбендазол у 56 детей в возрасте 4-14 лет. Основой диагностики был клинический анализ анамнеза и результатов объективного исследования.

Результаты. Все дети имели следующие жалобы в различных сочетаниях: утомляемость, раздражительность, плаксивость, повышенная потливость, боль в околопупочной зоне, эпизодически разжиженный стул с примесью слизи, иногда в чередовании с запором, метеоризм, снижение аппетита, тошнота, в отдельных случаях – упорная. Фиксировалось внимание на наличие предшествовавшего абдоминальному синдрому эпизода затяжного кашля, что характерно для геогельминтозов. В подавляющем большинстве родители обращались за консультацией по собственной инициативе, называя патологическое состояние ребенка «дисбактериозом». По направлению врача с диагнозами «синдром раздраженного кишечника», гастродуоденит были 11 человек.

В анамнезе отмечены отсутствие сезонности обострений, неоднократные кишечные инфекции (трактуемые как «отравления»), посещение бассейна, аквапарка или поездка на море, частые респираторные заболевания, различные проявления аллергии (сыпи, крапивница, аллергический ринит). При осмотре обязательно оценивалось состояние ногтей – онихофагия («не помним, когда стригли») имела у каждого второго ребенка, что может свидетельствовать не только о дурной привычке или неврозе, но и указывать на возможность заражения гельминтами и/или паразитозом. Характерными признаками лямблиоза были бледность кожи лица при нормальном уровне гемоглобина, гиперпигментация белой линии живота ниже пупка, шеи, локтей и коленей (симптом «грязной кожи»), шероховатость («гуси-

ная кожа»), сухость и/или шелушение кончиков пальцев или ладоней, стоп, что соответствует данным литературы [3,4], однако не оценивается практическими врачами. Хейлит, ангулярный стоматит, фолликулит имелись у 17 пациентов, частичная алопеция у 4. Для некоторых кишечных гельминтозов характерны проктит, анальный и перианальный зуд – эти признаки выявлялись впервые только при расспросе врача. Имелись обложенность языка у корня, тимпанит при перкуссии проекции тонкой кишки, урчание в илеоцекальной зоне при пальпации.

При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости (28 пациентов) установлены реактивные изменения поджелудочной железы, печени и/или желчного пузыря в 78,6%. Кал на микробный пейзаж (18 детей) указывал на дефицит преимущественно лактофлоры, наличие кишечной палочки с гемолизирующими свойствами.

Всем детям рекомендовалось функциональное питание и комплексная терапия (дифференцированно в конкретном случае – сорбент, слабительный, желчегонный, ферментный, антигистаминный препараты) с обязательным включением кишечного антисептика группы нитрофуранов нифуратель («Макмирор») 30 мг/кг в сутки (подросткам 600-800 мг в день), после еды, курс 7 дней. Далее применялся альбендазол («Немозол») 15 мг/кг 1 раз в день 3 дня, затем пробиотик «Йогулакт» (*Lactobacillus acidophilus*, *L. rhamnosus*, *Streptococcus thermophilus*, *Lactobacillus Bulgaricus* 2×10^9 в капсуле) по 1 -2 капсулы в день в зависимости от возраста на 1 месяц. В катамнезе: полная нормализация состояния произошла у 31 ребенка (55,36%), улучшение – у 17 детей (30,35%), направлены в стационар для углубленного обследования 8 детей.

Заключение. Практика показала, что хорошо собранный анамнез и данные объективного исследования пациента бывают достаточными для первичной диагностики и лечения ех *jvantibus* детей с клиническими признаками паразитоза/гельминтоза пищеварительного тракта. Установлена высокая терапевтическая эффективность кишечного антисептика с противопаразитарной активностью и антигельминтного препарата широкого спектра действия с последующим применением пробиотика.

Литература

1. Бодня, Е.И. Роль паразитарных инвазий в развитии патологии органов пищеварения/ Е.И. Бодня //Сучасна гастроентерологія.- № 3 (29).- 2006.- С.56-62.
2. Туперцева, Г.Т. Особенности хронических болезней органов пищеварения у детей с лямблиозной инвазией// Автореферат на соискание ученой степени к.м.н.- Уфа, 2007.- 28 с.
3. Лобода, В.Ф. Роль санитарно-гигиенического воспитания в развитии хронической патологии пищеварительной системы у детей/Лобода, В.Ф., Глушко К.Т.//Журнал Гродненского государственного медицинского университета.- №3.- 2013.- С.43-45.
4. Давыдова, А.Н. Лямблиоз: современные аспекты диагностики и лечения у детей/ Заячникова,Т.Е. Шапошникова,Н.Ф.//Вестник ВолгГМУ.- Выпуск 1 (53). -2015.- С. 133-135.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА БАДДА – КИАРИ В ПРАКТИКЕ КАРДИОЛОГА

Карташева Н.В., Олонцева Е.В., Бакулова В.Б., Черкасова Н.А.,
Эм И.Т., Харченко Л.В., Гарин А.В.
Kartasheva N.V., Olontseva E.V., Bakulova V.B., Cherkasova N.A.,
Em I.T., Kharchenko L.V., Garin A.V.

МБУЗ «Городская больница скорой медицинской помощи г. Ростова – на - Дону»

CLINICAL CASE OF SYNDROME BADDA - KIARI IN CARDIOLOGY PRACTICE City Emergency Hospital in Rostov-on-Don

Синдромом Бадда - Киари называют обструкцию печеночных вен от выносящей долевой вены до места впадения нижней полой вены в правое предсердие, что приводит к нарушению оттока крови из печени. В мире каждый год регистрируется 1 случай на 2,5 миллиона населения [1]. По данным литературы средний возраст больных составляет 35 лет [1, 2]. Следующий клинический случай служит примером подострого течения синдрома Бадда-Киари.

Пациент А. 24 лет около 1,5-2 месяцев назад стал отмечать появление язвочек во рту, больной полоскал рот отваром ромашки, смазывал язвочки камистадом без эффекта. Спустя 2 недели от появления язв стала повышаться температура до субфебрильных цифр, был начат прием амоксициллина, эреспала, гербиона. Отмечалась положительная динамика в виде снижения температуры тела. За время лечения пациент похудел на 10 кг. После чего всё - таки было принято решение обратиться к врачам. В клинко-диагностическом центре (КДЦ) пациент был осмотрен терапевтом, проведено рентгенографическое исследование органов грудной клетки, диагностирована внебольничная нижнедолевая двусторонняя пневмония. После этого пациента направляют в терапевтический стационар для лечения текущей патологии, где при СКТ ОГК в режиме ангиографии было выявлено расширение легочных сосудов с 2х сторон. В анализах крови лейкоцитоз, тромбоцитоз, ускорение СОЭ, тромбинемия. В тот же день пациент был консультирован пульмонологом, состояние расценено как ТЭЛА мелких ветвей, инфаркт – пневмония. Была проведена антибактериальная, антитромботическая пневмония, у пациента стали появляться акне-подобные высыпания на спине, бедрах. Значимого улучшения не наступает. После выписки пациент вновь обращается в КДЦ для уточнения диагноза, где больного направляют на консультацию к ревматологу, для исключения системного васкулита, выполняют ЭХОКГ, где выявляют неокклюзирующий тромб НПВ. Больному назначается консультация хирурга - флеболога, который показаний для экстренной госпитализации на момент осмотра не выявил и рекомендовал обратиться в центр сердечно-сосудистой хирургии в плановом порядке. К сожалению, пациент не смог явиться на консультацию из-за ухудшения состояния в виде нарастания слабости, чувства нехватки воздуха, удушья, появились отеки на нижних конечностях, температура тела повысилась до 40,2°C. С такими жалобами пациента по скорой помощи доставили в кардиологический стационар г. Ростова-на-Дону. В приемном покое осмотрен кардиологом, госпитализирован в стационар с диагнозом ТЭЛА мелких ветвей, рецидивирующее течение, нижнедолевая пневмония, ДН 1 степени.

При осмотре внимание привлекало астеническое телосложение (ИМТ 18 кг/см). Температура тела 38,6 С. Кожные покровы бледные, с множественными акне-подобными высыпаниями на спине. Единичные язвенные дефекты на слизистой ротовой полости. Пальпируются шейные и подмышечные лимфоузлы до 1,5 см, подвижные, безболезненные. ЧДД 22-24 в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. АД 110/79 мм.рт.ст. Пальпация живота безболезненная, печень выступает из-под реберной дуги на 4-5 см. Периферические отеки стоп, голеней до колен. В условия стационара пациенту выпол-

няют СКТ ОГК – КТ картина инфильтративных фокусов воспалительного характера в нижних долях легких, умеренная гиперплазия лимфоузлов средостения. На ЭКГ синусовая тахикардия до 85 ударов в минуту.

В лабораторных данных отмечается гемоглобин 117 г/л (N 120-140 г/л), лейкоцитоз $13,9 \times 10^9$ /л, лейкоцитарный сдвиг в лево, СОЭ 40 мм/ч, повышение трансаминаз - АЛТ 238,5 ммоль/л (N до 50 ЕД/л), АСТ 115,7 ммоль/л (N до 50 ЕД/л), общий белок 59, г/л (N 66-83 г/л), в анализе мочи следы белка.

Инфекционист, стоматолог выставляют диагноз кандидоз, рекомендуют соответствующую терапию. Было выполнено УЗИ сердца (без особенностей). УЗИ артериальной системы верхних и нижних конечностей, триплексное сканирование брахиоцефальных артерий – без патологии. Также пациента осматривал невролог, гастроэнтеролог, проводилось исследование маркеров гепатитов, ВИЧ-инфекции, что не влияло на тактику лечения или мнение о диагнозе.

В динамике проводится повторная СКТ ОГК, где выявляется увеличение распространения тромба, УЗИ лимфатических узлов – увеличение единичного лимфоузла в воротах печени, единичного подключичного лимфоузла справа без изменения структуры.

Осмотр сосудистого хирурга: на передней поверхности грудной клетки и живота определяются расширенные подпеченочные вены. СКТ артериография органов брюшной полости – отсутствие контрастирования печеночных вен и дефицит наполнения верхних отделов НПВ 46X15 мм. Диагноз - тромбоз печеночных вен, неокклюзирующий тромбоз НПВ. Синдром Бадда-Киари.

На фоне проводимой консервативной терапии состояние больного несколько улучшилось, уменьшилась одышка, улучшился аппетит, сохранялись эпизоды гипертермии с ознобами (кратковременные). Пациент отказался от дальнейшего лечения в кардиологическом стационаре с целью обращения в центр сердечно-сосудистой хирургии г. Ростова-наДону, выписался с рекомендациями по антибактериальной и антитромботической терапии.

Больной получил направление к ангиохирургам. При обращении в ЦССХ через 3 дня возник вопрос о комплаентности пациента, больной не мог назвать дозы или названия препаратов. За это время увеличились маркеры тромбинемии, вырос цитоллиз.

Была выполнена прижизненная биопсия кожно-мышечного лоскута – в кожном лоскуте эпидермис неравномерно атрофичный со слабо выраженным гиперкератозом. Дерма утолщена незначительным отеком, со слабо выраженной очаговой лимфоцитарной инфильтрацией сосудов МЦР. В поперечно-полосатой мышечной ткани слабо выраженные изменения миоцитов, поперечно-полосатая исчерченность в мышечных волокнах сохранена, слабо выраженный межмышечный отек, гипертрофия миоцитов. Воспалительной инфильтрации не выявлено. В кровеносных капиллярах полнокровие.

Малекулярно-генетическое исследование: обнаружены мутантные гомозиготы GG по полиморфизму MTRR A66G, TT по полиморфизму MTHFR C677T, 4G/4G по полиморфизму PAI5G-6754G и гетерозиготы по полиморфизмам MTR A2756G. Оценка риска ассоциированного с геном заболевания: высокий риск развития тромбофилии и сердечно-сосудистых заболеваний, связанный со снижением фибринолитической активности крови. Высокий риск развития гипергомоцистеинемии (гепергомоцистеинемия – дополнительный фактор риска развития тромбофилий и венозных тромбозов).

В результате 2 – х недельного лечения в профильном отделении на УЗИ лимфатических узлов – увеличение подчелюстных, предне-шейных по типу лимфаденита с обеих сторон. Увеличение задне-шейных лимфоузлов с обеих сторон и единичного надключичного лимфоузла слева без изменения их структур, асцит. МРТ головного мозга – признаки мелкоочагового изменения вещества правой теменной и лобных долей, очаги глиолиза лобной доли, вероятно, резидуального характера.

Учитывая жалобы больного, данные объективного обследования (асцит, похудание), данные лабораторного (анемия, тромбоцитоз, повышение уровня АСТ и АЛТ, гипопротеи-

немия), инструментального обследования (лимфаденопатия, тромбоз или эндофлебит НПВ, печеночных вен, тромбоэмболические изменения в нижних долях обеих легких, в ГМ), наследственная предрасположенность (доказана тромбофилия сложного генеза: генетически-детерминированная в сочетании с вероятным серопозитивным АФС (позитивность по ВА+ гипергомоцистеинемия), нельзя исключать наличие первичного онкозаболевания печени, желудка.

Особенность нашего случая в том, что начало заболевания связано с тромбоэмболическими осложнениями мелких ветвей легочной артерии, минуя гастроэнтерологические симптомы.

Литература

1. Ferri F. F. Budd-Chiari Syndrome. - Ferri's Clinical Advisor, 2014.— URL: <https://www.clinicalkey>.
2. Mueller D., Lauer G.M., Krok K., Schleyer A. Budd-Chiari syndrome. 2013.— URL: <https://www.clinicalkey.com>.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ УРОВНЯ ФЕРРИТИНЕМИИ У БОЛЬНЫХ С ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Касымова Е.Б.¹, Башкина О.А.¹

¹ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России, Астрахань, Россия

PROGNOSTIC SIGNIFICANCE OF THE LEVEL OF FERRITINEMIA IN PATIENTS WITH HERPESVIRUS INFECTION

E.B. Kasymova¹, O.A. Bashkina¹

¹Astrakhan State Medical University, Astrakhan, Russia

** Работа выполнена в рамках реализации гранта Президента Российской Федерации по государственной поддержке молодых ученых – кандидатов наук за проект «Алгоритмы прогнозирования течения и персонализированной фармакотерапии хронических герпесвирусных инфекций в педиатрической практике» МК-7065.2016.7. Сроки выполнения 2016-2017 гг.*

Важную роль в патогенезе герпесвирусов, играет повреждение клеточных мембран [1]. Одним из механизмов структурно-функциональных нарушений целостности мембран является свободнорадикальное окисление (СРО), интенсивность которого возрастает при дисбалансе в прооксидантно-антиоксидантной системе [1, 2]. В качестве индикатора интенсивности окислительного стресса применяют оценку уровня ферритина [2].

Целью исследования является определение ферритина в сыворотке крови больных с герпесвирусной инфекцией.

Материалы и методы исследования: изучены данные 50 пациентов с герпесвирусной инфекцией, которые были на стационарном лечении в ГБУЗ АО ОИКБ им. Ничоги А.М. г. Астрахани с 2012 по 2013 гг. Исследуемую группу составили 28 (56%) мальчиков и девочек - 22 (44%). Средний возраст больных составил 3,2±0,5 лет. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц.

Объектом лабораторного исследования явились образцы крови больных герпесвирусной инфекцией. Кровь для приготовления сыворотки получали пункцией кубитальной вены. Сыворотку отделяли от форменных элементов крови центрифугированием при 3 000 об/мин в течение 10 мин в первые 2 часа после взятия крови и хранили до исследования при температуре -18°C.

Концентрацию ФР в сыворотке крови пациентов определяли в динамике: при поступлении, на 1, 3, 6, 9 и 12 сутки после лечения методом твердофазного иммуноферментного анализа с помощью набора реагентов «Ферритин-ИФА-БЕСТ» (Новосибирск, Россия).

Все данные, полученные в ходе исследования, обработали методами параметрической статистики с помощью программы Microsoft Excel с опцией «Анализ данных». Вычисляли среднеарифметические значения (M), среднеквадратичное отклонение (δ), степень частоты признаков (p) и ошибки средних (m). Достоверность отличий средних величин оценивали с помощью критерия Стьюдента. Различия значений считали достоверными при уровне вероятности более 95% ($p \leq 0,05$).

Результаты и их обсуждения: Содержание ФР в сыворотке крови пациентов составило $225,2 \pm 20,9$ нг/мл, к 3-м суткам наблюдается повышение ФР в 1,5 раза ($374,5 \pm 40,6$ нг/мл, $p \leq 0,001$) по сравнению с первыми сутками. К 6-м суткам содержание ФР в сыворотке крови больных практически не изменялось. К 9-м суткам отмечается снижение содержания ФР в сыворотке крови в 1,5 раза ($p \leq 0,05$) по сравнению с 3 и 6-ми сутками, но к 12-м суткам содержание ФР не достигает значений контрольной группы.

Проведенное исследование позволило выявить изменения в динамике ФР в сыворотке крови больных герпесвирусной инфекцией. Повышение сывороточного ФР в дебюте герпесвирусной инфекции свидетельствует о развитии синдрома системного воспалительного ответа (ССВО). Снижение концентрации ФР в сыворотке крови на 9-е сутки на фоне проводимой терапии свидетельствует о стихании ССВО.

Таким образом, диагностическая ценность измерения сывороточного ФР неоспорима. Для оценки глубины ССВО и контроля излеченности необходимо внедрить в рутинную клиническую практику определение в динамике ФР в сыворотке крови больных герпесвирусной инфекцией.

Литература

1. Авдеева, М.Г. Патогенетические механизмы инициации синдрома системного воспалительного ответа / М.Г. Авдеева, М.Г. Шубич // Клиническая лабораторная диагностика. – 2003. - № 6. – С. 3-10.
2. Orino, K. Ferritin and the response to oxidative stress // Biochem. J. – 2001. – V. 357. - №1. – P. 241–247.

ИЗМЕНЕНИЕ НЕКОТОРЫХ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА И ИХ СВЯЗЬ С СОДЕРЖАНИЕМ В КРОВИ ЭНДОТЕЛИНА-1 ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ

Касьянова Т.Р., Тимошенко Н.В.

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет»

Минздрава РФ, г. Астрахань, Россия

CHANGES IN SOME STRUCTURAL AND FUNCTIONAL PARAMETERS OF THE LEFT HEART AND THEIR RELATIONSHIP TO THE CONTENT OF ENDOTHELIN-1 IN THE BLOOD WITH LIVER CIRRHOSIS

Kasyanova T.R., Timoshenko N.V.

Astrakhan State Medical University, Health Ministry of Russia, Astrakhan, Russia

Цирроз печени (ЦП) характеризуется гиперкинетическим характером кровообращения [1,5]. Имеются данные, что при ЦП могут возникать как структурные, так и функциональные изменения левых и правых отделов сердца, с возможным развитием легочной гипертензии и так называемой цирротической кардиомиопатии [2,5]. При этом недостаточно изучены взаимосвязи параметров сердца и эндотелиальной дисфункции (ЭД) у больных ЦП, хотя установлено ее важное значение в патогенезе заболеваний внутренних органов, особенно сердечно - сосудистых. Одним из ведущих маркеров ЭД является эндотелин-1

(ЭТ-1) -мощный вазоконстриктор, участвующий в механизмах расстройств гемодинамики [3,4].

Цель исследования: усовершенствование диагностики кардиальных изменений при ЦП путем параллельного изучения структурно-функциональных показателей сердца и маркера эндотелиальной дисфункции ЭТ-1.

Материалы и методы: обследовано 115 больных ЦП (60 мужчин и 55 женщин в возрасте от 30 до 60 лет), проходивших лечение в гастроэнтерологическом отделении ГБУЗ АО Александрo-Мариинская областная клиническая больница. Контрольная группа (КГ) - 15 практически здоровых пациентов.

Уровень ЭТ-1 исследовался в ЭДТА-плазме методом иммуноферментного анализа с помощью набора фирмы Biomedica.

При помощи эходоплеркардиографии (ЭХО-КГ) на ультразвуковом сканере "Logic-500" (США) конвексным датчиком 3,5 МГц определялись ведущие параметры левых отделов сердца (ЛОС): конечно-систолический (КСО) и конечно-диастолический (КДО) объемы левого желудочка (ЛЖ), конечно-систолический (КСР) и конечно-диастолический (КДР) размеры ЛЖ, переднезадний размер левого предсердия (ЛП) в диастолу (ПЗР ЛП), толщину задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ) в диастолу, толщину межжелудочковой перегородки (МЖП) в диастолу, фракцию выброса (ФВ). Рассчитывались максимальные скорости раннего (Е) и позднего диастолического наполнения (А) ЛЖ, а так же их соотношение (Е/А), время изоволюметрического расслабления (IVRT) и изоволюметрического сокращения (IVCT).

Результаты исследования: Концентрация ЭТ-1 в крови при ЦП была повышена до $1,14 \pm 0,3$ фмоль/л (вариабельность 0,09-6,1 фмоль/мл) по сравнению с КГ ($0,24 \pm 0,06$ фмоль/л) ($p=0,005$).

При изучении у больных ЦП структурно-функционального состояния ЛОС отмечено в той или иной степени увеличение размеров как ЛП, так и ЛЖ с признаками его гипертрофии. При ЦП одновременно с ростом КСО до 52 [30; 76] мл (КГ - 34 [30; 36] мл) ($p<0,05$) и КДО до 136 [91; 167] мл (КГ - 120 [110; 131] мл) ($p>0,05$), отмечалось увеличение ЗСЛЖ до 11 [9; 12] мм (ГК - 9 [8; 9]) ($p<0,05$) и МЖП до 10 [9; 13] мм (КГ - 9 [8; 11]) ($p<0,05$). Увеличен был также КДР до 51 [43; 58] мм (КГ - 45 [42; 48] мм) ($p<0,05$). Изменения скоростных параметров сердца указывало на наличие систолической и диастолической дисфункции ЛЖ. Отмечен статистически значимый рост величины А до 54 см/с (КГ - 42 [39; 47] см/с) ($p<0,05$) со снижением показателя Е до 55 см/с (КГ - 64 [60; 71] см/с) ($p<0,05$) и соотношения Е/А до значения 1,09 (норма - 1,5-1,7). Наблюдалось увеличение IVRT до 83 мс (КГ - 71 [68; 77] мс) ($p<0,05$) и IVCT до 77 [68; 88] мс (КГ - 68 [66; 74] мс) ($p<0,05$). Величина ФВ имела тенденцию к снижению при ЦП, не достигающую степени достоверности ($p>0,05$). ПЗР ЛП не существенно ($p<0,05$) возрастал при ЦП до 38 [31; 46] мм, (КГ - 31 [28; 35] мм).

При проведении корреляционного анализа ЭТ-1 с показателями центральной гемодинамики выявлены положительные корреляционные связи достоверного характера ($p<0,05$) с КДР ($r=0,39$), КСО ($r=0,33$), МЖП ($r=0,28$), IVRT ($r=0,35$), IVCT ($r=0,34$) и отрицательные связи с Е ($r=-0,41$), Е/А ($r=-0,42$).

Учитывая, что изучение структурно-функциональных характеристик ЛОС при ЦП показало ведущее значение диастолической дисфункции (ДД) (71% случаев), был проведен анализ уровня ЭТ-1 у больных с наличием ДД и без нее (соответственно, I и II подгруппа). В I подгруппе концентрация ЭТ-1 была достоверно ($p<0,05$) выше, чем во II-й и составила $1,54 \pm 0,4$ фмоль/л против $0,89 \pm 0,3$ фмоль/л. Одновременно в I подгруппе выявлены более существенные изменения показателей ДД - А, Е, Е/А, IVRT, КДР.

Выводы: При ЦП наблюдаются изменения ряда параметров ЛОС. Выявлены корреляционные связи между отдельными структурно-функциональными показателями сердца и величиной ЭТ-1. Отмечен более значимый рост ЭТ-1 у больных ЦП при наличии ДД, чем

при ее отсутствии. Повышение концентрации ЭТ-1 одновременно с регистрируемыми изменениями показателей ЭХО-КС указывает на его участие в механизмах кардиальных изменений при ЦП и имеет важное диагностическое значение.

Литература

1. Гарбузенко Д.В. Механизмы адаптации сосудистого русла к гемодинамическим нарушениям при портальной гипертензии // Вестник РАМН. - 2013. - №1. - С.52-57.
2. Касьянова Т.Р., Левитан Б.Н., Колчина О.С., Крайнова Т.В. Изменение параметров левых отделов сердца у больных хроническим гепатитом и циррозом печени // Современные проблемы науки и образования. - 2012. - №6; URL: www.science-education.ru/106-7434.
3. Касьянова Т.Р., Левитан Б.Н., Титаренко Ю.Б. Маркеры эндотелиальной дисфункции при хронических заболеваниях печени // Кубанский научный медицинский вестник. - 2012. - № 3. - С. 70-74.
4. Касьянова Т.Р., Левитан Б.Н., Астахин А.В. Роль некоторых показателей эндотелиальной дисфункции при портальной гипертензии у больных циррозом печени // Астраханский медицинский журнал. - 2011. - Т. 6. - № 4. - С. 49-52.
5. Левитан Б.Н., Касьянова Т.Р. Частота встречаемости ведущих диагностических критериев кардиомиопатии при циррозах печени // Доктор. Ру.- 2014.- №7 (95).- С. 9-13.

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПРИ ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ И ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ

Караваев В.Е., Философова М.С., Лихова И.Н.

ФГБОУ ВО «Ивановская Государственная медицинская академия МЗ России»

Karavaev V.E., Philosophov M.S., Lichova I.N.

The Ivanovo State Medikal Academi

Актуальность. В 90-е годы XX века резко изменились условия жизни общества: произошел разрыв между поколениями, рухнула одна идеология, а на её смену не пришла другая, воспитывается общество потребления, ускорился технический прогресс, сложный период реорганизации переживает здравоохранение, неоднозначно сказывающийся на качестве медицинской помощи населению. Проблем в здравоохранении, требующих решения, большое количество: финансирование, состояние материальной базы, рациональная организация медицинской помощи, техническое и лабораторное оснащение, внедрение новых технологий оказания помощи больным, оплата труда и многие другие [1,2]. Возникновение их было не одномоментным, а копилось годами. Многие проблемы как были, так и остаются, в ряде случаев по объективным, а некоторые - по субъективным обстоятельствам. Причем для решения ряда вопросов не требуются дополнительные материальные ресурсы.

Известно, что многие граждане недовольны состоянием российского здравоохранения, в том числе и многие медицинские работники не удовлетворены экономическим состоянием отрасли. Поэтому необходима объективная оценка состояния дел в общественном здравоохранении, коей является анализ экспертов и их свежий взгляд со стороны. Без анализа и объективной оценки текущего состояния и качества оказываемой медицинской помощи в учреждениях здравоохранения невозможно решить многие проблемы и определить дальнейшие пути реформирования отрасли.

Цель. С учетом вышеизложенного мы поставили целью определить основные направления совершенствования качества и эффективности оказания медицинской помощи пациентам при инфекционных заболеваниях.

Задачи и методы. Для разработки мер по оптимизации здравоохранения необходима объективная оценка сложившейся ситуации. Одним из важных источников информации, обеспечивающих обоснование путей совершенствования оказания медицинской помощи, являются данные экспертов оценивающих работу медиков [3,4]. Нашей задачей являлось изучение и оценка качества оказываемой медицинской помощи пациентам с инфекционной патологией, выявление дефектов обслуживания в конкретном лечебно-профилактическом учреждении. Мы провели ретроспективный анализ 120 историй болезни пациентов, отобранных методом случайной выборки, выписанных из инфекционного отделения. Оценку историй болезни проводили по трем направлениям: правильность ведения документации, качество диагностики и полнота обследования больных и соответствие лечения существующим стандартам. Указанные подходы позволили получить достоверную информацию о состоянии, эффективности лечения и диагностики пациентов в инфекционных отделениях.

Результаты и обсуждение.

Как и в большинстве стационаров, распределение больных с инфекционной патологией было типичным: преобладали больные с ОРВИ и кишечными инфекциями. Поэтому мы подробнее остановимся на оказании помощи данным категориям больных.

Экспертная оценка историй болезни показала, что записи бывают чрезмерно лапидарными, не всегда отражающими объективное состояние пациентов, что может негативно сказаться на выборе дальнейшей тактики лечения. Эпидемиологический анамнез при кишечных инфекциях в ряде случаев недостаточно содержит данных об употребляемых пищевых продуктах, как возможных источниках инфицирования, что особенно важно при установлении диагноза «Пищевая токсикоинфекция».

Имеет место недооценка тяжести процессов происходящих в организме больных. Примером могут служить следующие данные: при частоте стула 15 раз, многократной рвоте, при существенных изменениях в общем анализе крови и общем анализе мочи заболевание трактуют как легкое. Повышение температуры тела до 38,4°C и отмеченных в истории болезни выраженных симптомов интоксикации больной выписывается с легкой формой ОРВИ. Недооценка тяжести состояния больного негативно сказывается на последующей тактике лечения.

При экспертизе нами отмечено, что в отдельных случаях госпитализация больных с лёгкими формами осуществлялась без должных на то оснований. Общеизвестно, что сортировка инфекционных больных и отбор для стационарного лечения способствуют повышению качества оказания медицинской помощи. В остром периоде болезни доктора через день осуществляют записи дневников в историях болезни, что, возможно, также отрицательно может сказаться на эффективности лечения.

В проводимое обследование больных с кишечными инфекциями не всегда включают копрологическое исследование, что свидетельствует о недооценке важности данного метода, особенно при дифференцировании кишечной инфекции с функциональными расстройствами желудочно-кишечного тракта и при диагностике водянистых диарей.

Недостаточно врачи при поступлении в специализированное отделение дифференцируют кишечные инфекции по этиологическому принципу, выставляя собирательный диагноз «кишечная инфекция», при явных клинических признаках вирусной природы воспаления кишечника. Такая ситуация с трактовкой первичного диагноза влечет за собой неадекватное лечение.

В ряде случаев имеет место трактовки лечащими врачами умеренного роста стафилококка, при исследовании посевов из ротоглотки, как острая респираторная инфекция бактериальной природы, что неверно, т.к. небольшое количество стафилококка, особенно если не определены его факторы патогенности, является вариантом нормы.

Мы обратили внимание и на такой аспект как несоответствие, в отдельных случаях, объема лечения состоянию больного. Так, при легких формах кишечных инфекций, не-

которым больным назначают антибиотики, внутривенное введение глюкозы и солевых растворов, а при среднетяжелых – внутривенно назначают и преднизолон.

В 16,6% случаев имела место выписка больных с выздоровлением без учета при этом должных клинических критериев. Например, пациента выписывают в день отмены антибактериального лечения, либо на следующий день после окончания этиотропного лечения.

Желание посмотреть на реальное состояние дел, как у руководителей, так и у непосредственных исполнителей, отмечается не всегда. Экспертное сообщество работает, но последующие позитивные результаты достигаются не в полной мере. В большинстве случаев коллеги прислушиваются к замечаниям экспертов и оперативно на них реагируют, что положительно сказывается на эффективности и качестве медицинской помощи. В то же время, некоторые специалисты со скепсисом воспринимают выявляемые недостатки, о чем свидетельствует, регистрация дефектов, повторяющихся от проверки к проверке. Нам представляется что это связано с развитием равнодушия, т.к. медицинские работники экономически не заинтересованы в улучшении ситуации, поэтому их устраивает status quo, без изменения сложившихся представлений и стереотипов, без дополнительных затрат умственной энергии. Подавляющее большинство врачебного сообщества не хочет утруждать себя научным анализом, по сути своей понятного всем специалистам. Развивается так называемая «умственная лень». Возможно, медицинские работники тем самым выражают недовольство системой оплаты труда, сохраняющейся в здравоохранении. В отрасли нет возможности заработать деньги за счет повышения качества и эффективности оказания медицинской помощи.

Отсутствие возможности работающих влиять на оплату труда, несмотря на наличие стимулирующей части заработной платы, разобщение членов коллектива и коллективов ЛПУ, противоречия между работниками и работодателями не способствуют улучшению дел в здравоохранении. Вызывает недоумение и соотношение окладов со стимулирующими выплатами. Переход от тотального равенства к тотальному неравенству усугубляет сложившееся положение дел в здравоохранении. Мы не хотим, чтобы не было богатых, но мы очень хотим, чтобы не было бедных среди работающих, особенно в здравоохранении, где медикам постоянно приходится сталкиваться со страданиями, болью, несчастьем, отрицательной энергетикой страждущих. Имеющееся положение дел является свидетельством кризиса в отрасли при сложившейся системе. Работники отдельно, руководители сами по себе. Нет равенства по формальным правам. Сформировалась каста неприкасаемых, которая без зазрения совести попирают права рядовых работников.

Выявленные дефекты ведения больных с инфекционной патологией свидетельствуют об имеющихся резервах в работе не только сотрудников инфекционных отделений, но и администрации медицинских учреждений. Деловые связи экспертов с коллегами способствуют и профессиональному росту врачей.

Заключение: Экспертный анализ состояния лечебно-диагностического процесса в инфекционных отделениях показал, что при оказании специализированной медицинской помощи имеют место отдельные недостатки, над которыми следует работать. Работа экспертов в пору перемен, глобализации, унификации и стандартизации так же должна совершенствоваться и развиваться, что улучшит качество и эффективность медицинской помощи.

Сопряжение усилий руководителей и экспертов в реформировании общественного здравоохранения окажет позитивное влияние на реформирование общественного здравоохранения.

Литература

1. Караваев В.Е., Варникова О.Р., Тезикова И.В. Контроль качества медицинской помощи и его роль в совершенствовании здравоохранения. / Россия: тенденции и перспективы развития. Ежегодник. Вып. – 10. часть III. – М.: ИНИОН РАН – 2015 – С.716.
2. Комаров Ю.М. Стратегия развития здравоохранения в РФ. – Здравоохранение. – 2009. – №2. – С. 53-62.
3. Караваев В.Е., Варникова О.Р., Аленина Т.М. Значение комплексного подхода при оценке качества оказания медицинской помощи в концепции управления общественным здравоохранением. Роль профилактики и реабилитации в обеспечении качества жизни населения на современном этапе/ Материалы международной научно-практической конференции. Махачкала, 2013, - С. 265 – 267.
4. Круглов Е.Е., Гуров А.Н., Огнева Е.Ю. Организация мониторинга качества и эффективности работы по реализации программы модернизации здравоохранения в Московской области. Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. – 2011. - № 4. – С. 52-55.

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ДИАРЕИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Касимо И.А., Шаджалилова М.С., Шаисламова Г.С.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

MODERN FEATURES OF ACUTE DIARRHEA IN THE CHILDREN OF EARLY AGE

Kasimov I.A., Shadjalilova M.S., Shaislamova G.S.

Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan

В последнее время кишечные инфекции стали одним из самых массовых заболеваний и, несмотря на множество исследований в этой области и быстрое развитие современных технологий диагностики и лечения ОКИ, их доля, в общем числе инфекционных заболеваний у детей, всё ещё остается высокой[1,2,3].

Целью исследования явилось изучение клинических особенностей течения острых диарей у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования: Материалами для исследования послужили результаты клинических наблюдений за 225 детьми в возрасте от 4-х месяцев до 3-х лет.

Результаты исследования: Из 225 детей, больных ОКИ, было 140 (62,2%) мальчиков и 85 (37,8%) девочек, что свидетельствует о том, что мальчики в большей степени подвержены этому заболеванию, чем девочки.

В соответствии с классификацией ВОЗ (2006), в наших наблюдениях было отмечено 113 (50,2%) случаев острой диареи, 63 (28%) – рефракторной и 49 (21,8%) – кровавой, что свидетельствует о большей частоте развития острой диареи. В первые три дня с момента начала заболевания наибольший процент поступления в стационар наблюдался среди больных с острой диареей, что составило 73 (64,6%) случая из общего числа случаев с этой формой заболевания или 57,9% от общего числа поступивших (126 больных), с рефракторной диареей поступило 30 (47,6%) больных, с кровавой диареей – 23 (46,9%). Среди поступивших на 4-7-й день также большинство случаев приходится на больных острой диареей – 33 (29,2%) больных или 54,1% от общего числа поступивших (61 больной), с рефракторной диареей поступило 15 (23,8%) больных, с кровавой диареей – 13 (26,5%). На сроках свыше 7 дней с момента начала заболевания у наибольшего количества больных диагностировалась рефракторная диарея – 18 (28,6%) случаев или 48,6% от общего числа поступивших (37 больных), с острой диареей поступило 7 (6,2%) больных, с кровавой – 12 (24,5%). Отдельную группу со-

ставили вновь поступившие больные (с рецидивом заболевания). В этой группе у наибольшего числа больных была рефракторная диарея – 44 (69,8%) или 69,8% от общего количества вновь поступивших (63 больных), среди больных острой диареей с рецидивом заболевания поступило 7 (6,2%) больных, среди больных кровавой диареей – 12 (24,5%). Клинические наблюдения за результатами фармакотерапии в этой группе показали, что повторное назначение антибиотиков таким больным приводило к ухудшению их состояния. С острым началом заболевания в стационар поступил 171 (76%) ребёнок, с постепенным – 20 (8,9%). В абсолютном большинстве случаев наблюдалась острая диарея с острым началом развития заболевания – 88 (77,9%) случаев из 113 (50,2%) случаев развития острой диареи. А постепенное развитие заболевания наиболее часто наблюдалось при рефракторной диарее и составило 12 (19%) случаев из 63 (28%).

Сравнительный анализ полученных данных по степени тяжести и форме заболевания показал, что наиболее высокий процент развития среднетяжёлой степени течения заболевания наблюдался при острой диарее – 92 (81,4%) случая. Достаточно высоким он был и при кровавой диарее – 34 (69,4%) случая. А вот при рефракторной диарее количество случаев среднетяжёлого и тяжёлого течения заболевания оказалось равным – 31 (49,2%).

Выводы: При острых кишечных заболеваниях преобладающей формой заболевания является острая диарея. Риск развития тяжёлого течения заболевания наиболее высок в случаях рефракторной диареи.

Литература

1. Малеев В.В., Горелов А.В., Усенко Д.В., Курешов К.В. Актуальные проблемы, итоги и перспективы изучения острых кишечных инфекций.// (Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы №1, 2014.с 4-8.
2. Шаджалилова М.С., Касимов И.А., Осипова Е.М. Клинический и эпидемиологический мониторинг инвазивных диарей.//Метод. рекомендации.-Ташент, 2012.-С.46.
3. Шаджалилова М.С. Анализ клинико-эпидемиологических и микробиологических параметров острых кишечных инфекций у детей.//Медицинские новости.№8 (251),2015.- С.60-62.

КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ ФОРМЫ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА

Кильдиярова Р.Р., Чернышова, Кононова Н.Ю.

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия», Ижевск, Россия

CLINICAL SYMPTOMS OF GASTROINTESTINAL FORM OF CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA IN ADOLESCENTS

Kildiyarova R.R., Chernyshova T.E.

Izhevsk State Medical Academy, Izhevsk, Russia

Цель: выявить особенности клинической симптоматики при эрозивно-язвенных поражениях гастродуоденальной зоны у лиц призывного возраста, ассоциированных с недифференцированной дисплазией соединительной ткани (НДСТ), с предложением термина «гастроинтестинальная форма НДСТ».

Методы. В основную группу вошло 134 подростка в возрасте 15-17 лет, имеющих более 6 фенов НДСТ у которых решался вопрос об отсрочке призыва в армию в связи с патологией гастродуоденальной зоны: эрозивным гастритом и дуоденитом и язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и 12-ти перстной кишки (ЯБ ДПК). Группа сравнения – 47 детей старшего школьного возраста без признаков НДСТ с I и II групп здоровья, сопоставимая по возрасту ($\chi^2=0,014$; $n=2$, $p>0,05$) и полу ($\chi^2=0,055$; $n=1$, $p>0,05$) с основной группой.

Анализировались клинические данные, показатели вопросника GSRS, результаты, секреторная функция желудка (интрагастральная рН-метрия), наличие *H. pylori* – по уреазному дыхательному тесту. Психологическое состояние оценивалось по вопроснику Спилбергера-Ханина. У всех подростков проведен анализ содержания фракций свободного, пептидосвязанного, белоксвязанного гидроксипролина (СОП, ПСОП, БСОП) в сыворотке крови. Предикторы НДСТ оценивались по Г.И.Нечаевой (2012). О степени коморбидности судили по показателю CIRS.

Результаты. Для подростков был характерен астенический тип конституции (89,5%), плоскостопие (53,7%), гиперрастяжимость кожи (43,3), множественные невусы (44,8%), гипермобильность суставов (50,7%), плоскостопие (52,9%). Из внутренних фенов - миопия (60,4%), пролапс митрального клапана (74,6%) и трикуспидального клапана (44,8%). Во всех случаях диагностирована вегетососудистая дистония по ваготоническому (56,7%) и симпатикотоническому (43,3%) типу. Дифференцированные формы DST не были подтверждены генетиками несмотря на серьезные изменения уровня метаболитов соединительной ткани: снижение коэффициента ПСОП/СОП, что указывало на преобладание процессов катаболизма коллагена, возможность рецидивирующей острой патологии слизистой гастродуоденальной зоны, а высокий уровень БСОП, составляющий 85-90% C1q компонента, отразил неблагоприятных прогноз рецидивирующего течения гастродуоденальной патологии и осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы. Увеличение коэффициента СОП/ОПСП в крови по средним значениям с 0,6 до 1,1 отражало в целом преобладание процессов деструкции коллагена над его биосинтезом. Повышение коэффициента СОП/ОПСП в желудочном соке при обострениях заболеваний с $0,9 \pm 0,3$ до $2,1 \pm 0,6$ был ассоциирован с инфекцией *H. pylori* ($r=0,72$). Вне обострений его значения снижались, но оставались выше нормы ($1,6 \pm 0,4$), характеризуя возможность обострений патологии при неблагоприятных стрессовых ситуациях, нарушении режима питания, алиментарных проблемах. Освобождение от призыва в армию получили 13 подростков с ЯБЖ и ЯБ ДПК, подтвержденными гастродуоденоскопии с оценкой биоптатов слизистой, выявившей деформацию луковицы ДПК и/или рубцовые изменения гастродуоденальной зоны. Отсрочку от призыва в армию получил 21 подросток с зарегистрированными на момент проведения экспертизы эрозивными изменениями желудка и ДПК. Выявленные при обследовании множественные феномы DST не играли роль в решении вопроса освобождения

от службы в армии, т.к. оценивался вклад каждого из них в отдельности без учета степени коморбидности.

Выводы и заключение. В виду того, что синдром НДСТ не включен в отдельную статью «Расписания болезней» Постановления Правительства РФ № 565 от 04.07.13 г., возникает необходимость выделения «гастроинтестинальной формы НДСТ» и ее целенаправленного изучения как одного из противопоказаний для службы в Армии. Обращает внимание, характерный для НДСТ, болевой синдром с «мойнигановским ритмом» (голод – дискомфорт в эпигастральной области – прием пищи – светлый промежуток – голод – дискомфорт) при размытости болевых ощущений с отсутствием ее точной локализации.

Список литературы

1. Шараев П. Н., Стрелков Н. С., Кильдиярова Р. Р., Бутолин Е. Г., Ожегов А. М. Соединительная ткань в детском возрасте; 2-е изд. исправл. и дополн. Монография для студентов, аспирантов медицинских вузов и научных работников / под ред. проф. Р. Р. Кильдияровой. Ижевск, 2009. 144 с.
2. Кильдиярова Р. Р., Шараев П. Н. Показатели обмена коллагена и фактор некроза опухоли у детей с хроническими гастродуоденитами. Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2000. 79(2). 13.
3. Кононова Н. Ю., Иванова И. Л., Чернышова Т. Е. Анализ показателей качества жизни у пациентов с недифференцированной дисплазией соединительной ткани. Архивъ внутренней медицины. 2015. 3(23). 23-25.

ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПАРОТИТ У ПОДРОСТКОВ

Кимирилова О. Г., Харченко Г. А.

ФГБОУ ВО «Астраханский ГМУ» Минздрава России, Астрахань, Россия

EPIDEMIC SPARROWS IN ADOLESCENTS

Kimirilova O. G., Harchenko G. A.

Of the "Astrakhan state medical University" Ministry of health of Russia, Astrakhan, Russia

По данным «Роспотребнадзора» в 2016 году зафиксирован рост заболеваемости эпидемическим паротитом (ЭП), в ряде регионов страны в 1,9 раза, по сравнению с 2015 годом, а показатель заболеваемости составил 0,76 на 100 тыс. населения. В последние годы прослеживается тенденция смещения заболеваемости в сторону старшего и подросткового возраста. Данное утверждение подтверждается анализом вспышек эпидемического паротита в России (1995-1998гг.), США и Великобритании (2005-2006 гг.), в которых до 30% заболевших составляли лица от 17 до 23 лет [3,2,1]. Вспышка эпидемического паротита в Астраханской области отмечалась в 2000-2001гг., с величиной показателя заболеваемости 681,92 на 100 тыс. детского населения. В последующие годы заболеваемость спорадическая. В 2016-2017гг. отмечается рост заболеваемости эпидемическим паротитом, как среди детей, так и студентов средних и высших учебных заведений, а показатель заболеваемости увеличился с 0,1 до 0,8 на 100 тыс. населения.

Цель исследования: определить клинико-эпидемиологические особенности эпидемического паротита у подростков в возрасте от 16 до 18 лет и определить напряженность поствакцинального иммунитета и уровень иммунной прослойки, у лиц в возрасте до 18 лет, во вновь формирующихся коллективах средних и высших учебных учреждений Астраханской области.

Материал и методы: проведен анализ 120 случаев лабораторно подтвержденного эпидемического паротита у подростков в возрасте от 16 до 18 лет, лечившихся на дому и в «Областной инфекционной клинической больнице» г. Астрахани. Лабораторная диагностика эпидемического паротита у больных проводилась методом – ПЦР-реакции и иммуноферментного анализа (ИФА).

Критериями лабораторного подтверждения диагноза эпидемического паротита являлись:

- обнаружение РНК вируса паротита методом ПЦР-реакции;
- у непривитых детей - однократное обнаружение специфических IgM и/или IgG методом ИФА;
- у привитых увеличение уровня специфических антител класса IgG (ИФА) в 4 и более раза при исследовании парных сывороток крови, взятых с интервалом в 2 недели

При проведении противоэпидемических мероприятий, в связи с регистрацией паротита среди студентов, проведено исследование сыворотки крови методом ИФА (в сертифицированной лаборатории) у 650 лиц (вакцинированных в 12 месяцев и ревакцинированных в 6 лет) на напряженность постпрививочного иммунитета

Результаты и обсуждение: В возрастной структуре заболеваемости эпидемическим паротитом в Астраханской области на подростков приходится 26,2% случаев от общего количества больных. Максимальное количество случаев заболевания в последние три года регистрировалось в марте-апреле (82,5%), минимальное в августе. Среди больных эпидемическим паротитом преобладали мальчики (70%) По нашим данным продолжительность вспышки у студентов средних и высших образовательных учреждений Астраханской области в 2016-2017гг. до $126,5 \pm 9,8$ дней. Следует отметить, что из общего количества (120) больных эпидемическим паротитом, включенных в исследование, вакцинировано и ревакцинировано 102 (85%), что свидетельствует о недостаточности иммунной прослойки среди заболевших подростков.

В структуре клинических форм заболевания у подростков эпидемический паротит составлял (100%), панкреатит (5,8%), орхит (2,5%) от общего количества больных, протекал у 66,7% пациентов в легкой, у 33,3% в среднетяжелой форме.

Инкубационный период, среди пациентов с эпидемиологически установленным контактом $19,3 \pm 2,9$ дней.

Легкие формы эпидемического паротита у подростков характеризовались повышением температуры тела до $37,8 \pm 0,15^\circ\text{C}$ у 43,7% больных с продолжительностью лихорадки $3,2 \pm 1,1$ дня у 66,7%, а при среднетяжелой форме до $38,6 \pm 0,4^\circ\text{C}$ у 80% и до $39,2 \pm 0,35^\circ\text{C}$ у 20% пациентов (от общего количества больных данных групп) в течение $4,6 \pm 0,53$ дней. Изолированное поражение околоушной слюнной железы отмечалось у 91,7% больных, в сочетании с панкреатитом и орхитом у 8,3% от общего количества. Одностороннее увеличение околоушной железы, в первый день заболевания, отмечалось у 73,3% заболевших, у 26,7% больных на второй день заболевания. Увеличение противоположной околоушной слюнной железы происходило на 3-4 день болезни, достигало максимума к 4-5 дню, сохранялось в течение 1-2 дней, достигала нормального уровня в течение последующих 5-6 дней. Воспалительные изменения в области выводного протока околоушной слюнной железы имели место у 76,7% больных, сохранялись в динамике заболевания в течение 4-5 дней. У 7 больных имело место развитие панкреатита, на 3-4 день от начала болезни, сопровождавшегося второй волной температурной реакции, в течение 2-3 дней, болями в эпигастрии у 6, тошнотой у 2, рвотой у 5 больных, повышением показателя диастазы мочи, по сравнению с нормой $64,0 \pm 3,4$ Ед/л, до $206,7 \pm 12,6$ Ед/л и нарастанием величины показателя в динамике на 7-10 болезни до $468,9 \pm 38,4$ Ед/л, по сравнению с первым исследованием. Сочетание эпидемического паротита с орхитом отмечалось у 3 больных. Клиническая симптоматика орхита развилась на 5-6 день от начала эпидемического паротита, сопровождалась новым подъёмом температуры тела до $39,5^\circ\text{C}$ в течение 3 дней, болями и односторонним увеличением яичка, отеком и гиперимией кожи мошонки. Увеличение яичка сохранялось в течение 3-4 дней с нормализацией их размеров в течение 5-7 дней.

Анализ результатов проведенного серологического обследования методом ИФА 650 (ранее вакцинированных и ревакцинированных против паротита) лиц в возрасте от 16 до 18 лет, с целью определения напряженности постпрививочного иммунитета и уровня иммунной прослойки, позволил установить наличие специфических антител у 87,4% с титрами: $8,2 \pm 0,6$ МЕ/л у 3,1%; $5,8 \pm 0,3$ МЕ/л у 3,2%; $3,4 \pm 0,56$ МЕ/л у 12,6%; $2,23 \pm 0,29$ МЕ/л у 15,5%; $1,28 \pm 0,12$ МЕ/л 28%; $0,72 \pm 0,18$ МЕ/л у 12,3%; $0,17 \pm 0,08$ МЕ/л у 12,6%. Серонегативными оказались 12,6% от общего числа обследованных лиц.

Выводы:

Эпидемический паротит у подростков протекает типично в легкой и среднетяжелой форме с изолированным поражением околоушной железы и редким вовлечением в процесс поджелудочной и половых желез, с сохранением сезонности и очаговости заболевания.

Уровень серонегативных лиц, среди привитых двукратно, превышает допустимый (10%)

Смещение заболеваемости эпидемическим паротитом в сторону подросткового возраста, указывает на снижение напряженности поствакцинального иммунитета, после ревакцинации в возрасте 6 лет, что подтверждается результатами серологического обследования и требует обсуждения вопроса о необходимости проведения второй плановой ревакцинации против эпидемического паротита в возрасте 15-17 лет.

Литература

1. Контарова Е. О. Эффективность вакцинопрофилактики эпидемического паротита на территории Российской Федерации. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Москва-2013- 19с.

2. Лыткина И. Н. Создание унифицированной системы управления эпидемическим процессом кори, краснухи, эпидемического паротита. Автореф. дисс.док.мед.наук. Москва-2011-45с.
3. Эпидемический паротит: руководство для врачей под редакцией В. И. Покровского «Медицинское информационное агентство». -Москва.-2009.- 248 с.

ЯЗЫК КАК ОСНОВА НЕЙРО-ЛИНГВИСТИЧЕСКОГО ПРОГРАММИРОВАНИЯ

Кириллова Т.С.

ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава РФ, Россия, Астрахань

LANGUAGE – THE BASIS OF NEURO-LINGUISTIC PROGRAMMING

Kirillova T.S.

Astrakhan state medical university

Язык является одним из ключевых компонентов, из которых мы строим наши внутренние модели мира. Он способен оказывать огромное влияние на то, как мы воспринимаем реальность и реагируем на нее. Дар речи – уникальное достояние человека. Принято считать, что это один из основных факторов, способствовавших выделению людей из других живых существ. Выдающийся психиатр Зигмунд Фрейд, например, полагал, что слова являются базовым инструментом человеческого сознания и, будучи таковыми, наделены особой силой. Он писал: «Слова и магия были изначально едины, и даже в наши дни большая часть магической силы слов не утрачена. С помощью слов человек может подарить другому величайшее счастье или ввергнуть его в отчаяние; с помощью слов учитель передает ученику свои знания; с помощью слов оратор увлекает за собой аудиторию и предопределяет ее суждения и решения. Слова вызывают эмоции и в целом являются средством, с помощью которого мы оказываем влияние на наших близких» [3:13].

Нейро-лингвистическое программирование проводит исследования того, каким образом умелое использование языка позволяет нам оказывать влияние на других людей. Роберт Дилтс в своей книге «Фокусы языка» приводит следующие примеры:

1. Женщина-полицейский получает срочный вызов в один из домов своего участка по поводу семейной ссоры с элементами насилия. Подъезжая к дому, офицер полиции слышит громкий крик, испуганные вопли женщины; неожиданно из дома вылетает телевизор и разбивается вдребезги. На стук в дверь офицер слышит голос разъяренного мужчины: «Кого там еще черт принес?» Взгляд женщины падает на останки разбитого телевизора, и она выпаливает: «Мастер из телеателье». В доме устанавливается тишина, а затем мужчина начинает смеяться. Впоследствии женщина говорит, что эти несколько слов помогли ей не меньше, чем месяцы тренировок по рукопашному бою.

2. Девушка собирается поступать в колледж. Однако конкурс в один из самых престижных университетов в округе кажется ей слишком большим, и она решает подать документы в одну из школ «попроще». Заполняя анкету для поступления, девушка объясняет свой выбор матери: «Я уверена, что университет будет просто завален заявлениями». На это мать отвечает: «Для хорошего человека всегда найдется место». Незамысловатая истина этих слов вдохновляет девушку на то, чтобы подать заявление в престижный университет и, к ее изумлению и восторгу, она оказывается принятой [3:35].

На этих примерах видно, как нужные слова, сказанные в нужный момент, могут дать значительные позитивные результаты.

К сожалению, слова не только наделяют нас могуществом, но также вводят в заблуждение и ограничивают наши возможности. Неверные слова, сказанные не вовремя, могут принести немалый вред и причинить боль.

Сутью нейро-лингвистического программирования является то, что функционирование нервной системы (нейро) тесно связано с языковыми способностями (лингвистическое), (нейролингвистика - > нейро от Gr.Neuron+Lat. lingua, Fr. linguistique; программирование - > от Gr. programma).

Теория нейро-лингвистического программирования, разработанная в 70-х годах двадцатого века Д. Гриндером и М. Бэндлером, признается в США как теория об успешной коммуникации. В последние годы НЛП получило широкое признание в кругах лиц, занимающихся рекламой, маркетингом и паблик-рилэйшенз и в России как более или менее доступный набор техник речевого и неречевого взаимодействия.

В своей первой книге «Структура магии» (1975) основатели НЛП Ричард Бэндлер и Джон Гриндер попытались дать определение некоторым принципам, на которых основывается упомянутая Фрейдом «магия языка». Будучи людьми, мы используем язык двумя способами. С его помощью мы отражаем свой опыт, этот вид деятельности мы называем рассуждением, мышлением, фантазированием, т. е. мы создаем язык для того, чтобы передать нашу модель мира друг другу. Мы называем это беседой, обсуждением, написанием чего-либо [2:43-44].

Таким образом, по Бэндлеру и Гриндеру, язык служит средством репрезентации, или создания моделей, нашего опыта, равно как и средством их передачи.

Как известно, древние греки пользовались разными словами для обозначения этих двух функций языка. Термин «рема» обозначал слова, используемые как средство общения, а термин «логос» - слова, связанные с мышлением и пониманием. Гераклит (540-480 гг. до н.э.) определял «логос» как универсальный принцип, с помощью которого все вещи связаны друг с другом и происходят все события в природе. Стоики называли «логосом» управляющий или созидающий космический принцип, присущий любой реальности и пронизывающий ее. Аристотель говорил, что «слова отражают наш умственный опыт» [1:10].

Утверждение Аристотеля, в свою очередь, созвучно положению нейро-лингвистического программирования о том, что написанные и сказанные слова являются поверхностными структурами, которые, в свою очередь, представляют собой преобразованные психические и лингвистические структуры.

Литература

1. Андреас С., Халбон Т. НЛП: современные психотехнологии. М., 2000, 350 с.
2. Бэйли Р. Теория и практика НЛП.- С-Пб., 2000, 410 с.
3. Бэндлер Р., Гриндер Дж., Структура магии. - С-Пб., 2000, 525 с.
4. Дилтс Р. Фокусы языка.-С-Пб., 2001,412 с.

ABC/VEN АНАЛИЗ КАК МЕТОД ПОВЫШЕНИЯ РАЦИОНАЛЬНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Кирилочев О.О.

ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России, Россия, Астрахань
ГБУЗ ОА «Областная клиническая психиатрическая больница»

ABC/VEN ANALYSIS AS A METHOD OF INCREASING THE RATIONALITY OF USING DRUGS

Kirilochev O.O.

Astrakhan State Medical University
Astrakhan Regional Clinical Psychiatric Hospital

Рациональное использование лекарственных препаратов является одной из приоритетных задач современной медицины. Вопросы, связанные с правильным выбором лекарствен-

ных препаратов, касаются различных специалистов здравоохранения: врачей общей практики и узких специалистов, клинических фармакологов и провизоров [5]. Это применимо не только к здравоохранению в целом, но и к осуществлению подобных принципов на любых уровнях оказания медицинской помощи. Контроль эффективности и безопасности применяемой лекарственной терапии осуществляется благодаря функциональным обязанностям клинического фармаколога [2]. В клинической практике существует несколько путей оптимизации фармакотерапии, однако следует отметить, что с этой целью возможно также использование методов фармакоэкономического анализа [4], ABC/VEN-анализа в частности, также осуществляемого силами клинического фармаколога. Нерациональное использование лекарственных средств приводит не только к повышению риска нежелательных лекарственных реакций, но и к необоснованным экономическим затратам [3]. В связи с этим, проведение ABC/VEN-анализа способствует не только рациональному расходованию бюджетных средств на лекарственные препараты, но и повышению качества лекарственной помощи населению в целом [1].

Цель исследования. Изучение затрат на лекарственные препараты, применяемые в ГБУЗ АО «Областная клиническая психиатрическая больница».

Методы исследования. ABC/VEN-анализ используемых лекарственных средств в ГБУЗ АО «Областная клиническая психиатрическая больница» за 2016 г. Данные о лекарственных препаратах (наименование, стоимость упаковки, годовой расход и общая стоимость) обрабатывались с применением программы Excel 2016 (Microsoft, США).

Результаты исследования. Препараты, вошедшие в группу «А», составили $\approx 80\%$ общих затрат (79,71%). В пятёрку препаратов-лидеров вошли хлорпромазин, клозапин, рisperидон, зуклопентиксол и левомепромазин. Наиболее затратным оказался хлорпромазин, на него приходилось 12,91% затрат от всех закупаемых препаратов. В этой же группе оказались 12 антипсихотических средств, 2 антидепрессанта, 2 холинолитика, 2 нормотимика, 2 ноотропа, 2 антибиотика, 2 препарата железа, 1 анксиолитик, 1 антигипоксанта, 1 гепатопротектор, 1 раствор, 1 метаболический препарат. Препараты группы В составили $\approx 15\%$ от общих затрат (15,16%), группы С - 5,13%. На класс V всего было израсходовано 74,34%, на класс E - 21,01%, на класс N - 4,64%.

Заключение. В результате исследования были изучены затраты на лекарственные препараты и проанализированы некоторые аспекты их рационального использования. Основные процентные соотношения соответствуют рекомендуемым фармакоэкономическим нормам. Можно отметить некоторое превышение доли затрат на категорию «необходимых» препаратов (E) по сравнению с «жизненно-необходимыми» (V): 74,34% и 21,01% в сравнении с 80% и 15% в идеале, что связано со спецификой присвоения категорий “essential” в стационаре, оказывающем специализированную психиатрическую помощь.

Доля затрат на «второстепенные» составила 4,64%, что является положительным показателем затрат на данный класс лекарственных препаратов, а полное отсутствие в категории наиболее затратных препаратов второстепенных лекарств является важным критерием эффективного использования финансовых средств.

Данное исследование позволит ещё больше оптимизировать будущие затраты на лекарственные препараты для повышения рациональности их использования.

Литература

1. Александрова Э.Г., Абакумова Т.Р., Бурашникова И.С., Рыбакова С.В., Титаренко А.Ф., Хазиахметова В.Н., Зиганшина Л.Е. Достижения и проблемы ABC/VEN мониторинга в республике Татарстан // Казанский медицинский журнал. – 2011. - Т. 92. - №3. - С. 435-438.
2. Ветошкина Л.Н., Умерова А.Р., Дорфман И.П., Ткаченко Т.А. Взгляд клинического фармаколога на лечение урогенитальных инфекций // РМЖ - 2015. - Т. 23. - № 19. - С. 1137-1141.

3. Дорфман И.П., Касаткина Т.И., Багдасарян И.О., Кокуев А.В., Чукарев С.В. Фармакоэкономическая оценка применения антибактериальных препаратов после аппендэктомии у детей // Педиатрическая фармакология - 2005. - Т.2. - №5. - С. 70-71.
4. Мальчикова С.В., Тарловская Е.И. Фармакоэкономическое исследование лечения гипертонических кризов на догоспитальном этапе с использованием ABC/VEN-анализа // Кардиоваскулярная терапия и профилактика - 2010. - Т.9. - №2. - С. 4-9.
5. Умерова А.Р., Каштанова О.А., Новосельцева Т.В. Некоторые аспекты самолечения // Астраханский медицинский журнал - 2010. - Т.5. - №1. - С. 123-127.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ВОЗМОЖНОСТИ КОНТРОЛЯ АНТИХОЛИНЕРГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Кирилочев О.О.

ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России, Россия, Астрахань

ГБУЗ АО «Областная клиническая психиатрическая больница»

CLINICAL FEATURES AND CONTROL CAPABILITIES OF ANTICHOLINERGIC ACTIVITY OF DRUGS

Kirilochev O.O.

Astrakhan State Medical University

Astrakhan Regional Clinical Psychiatric Hospital

В современной клинической практике используется довольно большое количество лекарственных препаратов, обладающих не только основными фармакологическими эффектами, но и таким побочным действием, как антихолинергическая активность. Данное явление заключается в блокировании эффекта основного медиатора парасимпатической нервной системы – ацетилхолина на мускариновые рецепторы, что клинически может проявиться системным побочным действием, прежде всего нарушением памяти, внимания, работоспособности, а у пожилых пациентов также соматическими проявлениями антихолинергической активности и увеличением риска падений [1]. Согласно систематическому обзору, увеличить этот риск способны препараты психотропного действия, такие как оланзапин, пароксетин, amitриптилин, рисперидон [3].

Антихолинергической активностью обладают лекарственные средства разных фармакологических групп, а, следовательно, пациент может иметь в своём листе назначений несколько таких препаратов. Этот факт напрямую коррелирует с суждениями о том, что назначение одного препарата с антихолинергической активностью вряд ли может привести к нежелательным побочным реакциям в отличие от назначения нескольких лекарственных средств. Судить об антихолинергической нагрузке можно прямым (определение плазменных концентраций) и косвенным (шкалы антихолинергической нагрузки) методами. Вторым методом является более доступным, но не менее информативным (список препаратов, выстроенный по антихолинергической активности с присвоением баллов): оценка по шкале положительно коррелирует с антихолинергической активностью плазмы.

Следует также отметить, что одна из чаще всего используемых шкал (Шкала когнитивной антихолинергической нагрузки - Anticholinergic Cognitive Burden Scale – ACB) [2] состоит из 99 препаратов, более трети из которых (36) - препараты психотропного действия.

Цель исследования. Оценка антихолинергической нагрузки пациентов, получающих лекарственную терапию в условиях психиатрического стационара.

Методы исследования. Анализ листов назначений на наличие лекарственных препаратов, обладающих антихолинергическими свойствами. Выявление степени антихолинергической нагрузки с помощью валидизированной шкалы (Anticholinergic Cognitive Burden Scale).

Результаты исследования. Было проанализировано 49 листов назначений медицинских карт пожилых пациентов (старше 65 лет), находящихся на стационарном лечении в ГБУЗ АО «Областная клиническая психиатрическая больница».

У 24 пациентов (48,9%) лекарственных препаратов, обладающих антихолинергическим потенциалом, не применялось. 7 пациентов (14,2%) имели суммарный балл = 1 по Шкале когнитивной антихолинергической нагрузки, что может свидетельствовать о потенциальных антихолинергических эффектах (экспериментальные исследования). 2 пациента (4,1%) имели суммарный балл = 2, что может быть выражено в антихолинергических побочных реакциях при применении высоких доз лекарственных средств (клинические исследования). 16 пациентов имели суммарный балл 3 и более (32,8%), что может быть сопряжено с развитием антихолинергических нежелательных побочных эффектов при назначении препаратов в средних дозах.

Заключение. В результате анализа листов назначений пожилых пациентов, получающих фармакотерапию в условиях психиатрического стационара, выявлено, что более, чем у половины пациентов (51,1%) имеется риск развития когнитивных нарушений в результате антихолинергической нагрузки.

Шкала когнитивной антихолинергической нагрузки может быть использована для профилактики развития нежелательных побочных реакций фармакотерапии путём коррекции дозового режима или назначением лекарственных средств, обладающих меньшим антихолинергическим потенциалом.

Литература

1. Сычев Д.А., Орехов Р.Е. Шкала антихолинергической нагрузки как метод борьбы с полипрагмазией у пациентов пожилого и старческого возраста // Клиническая фармакология и терапия. - 2016. - Т. 25. - № 4. - С. 81–84.
2. Anticholinergic cognitive burden scale. Aging Brain Care. 2012 Update Developed by the Aging Brain Program of the Indiana University Center for Aging Research
3. Ruxton K, Woodman RJ, Mangoni AA. Drugs with anticholinergic effects and cognitive impairment, falls and all-cause mortality in older adults: A systematic review and meta-analysis. Br J Clin Pharmacol 2015; 80(2): 209-220.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕЧИ ВРАЧА

Кошелева О.Н.

ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава РФ, Россия, Астрахань

SOME PECULIARITIES OF MEDICAL PROFESSIONAL LANGUAGE

Kosheleva O.N.

Astrakhan State Medical University

Каждая профессионально-коммуникативная система, составляя часть общей системы языка, включает в себя общую и специфическую части. Общая часть профессионально-коммуникативной системы представляет собой как бы уменьшенную проекцию системы языка в целом, реализуясь в письменной и в устной формах, в официальных и неофициальных условиях. Инвентарь профессионального подязыка проявляет значительное сходство с лексиконом литературного языка и включает в себя: 1) специальную терминологическую лексику, 2) детерминологизированную лексику, используемую для бытового общения, то есть, профессионализмы – «слова, явившиеся результатом переоформления специальных официальных терминов и номенов», и профессиональные жаргонизмы как единицы, образованные за счет использования слов неспециальной лексики, имеющие отчетливо выраженную коннотативную окраску пейоративного типа» [1].

Профессиональная речь - общение людей, носителей любой профессии с помощью языка.

В такой речи широко распространены слова и выражения, свойственные речи представителей той или иной профессии или сферы деятельности, проникающие в общелитературное употребление (преимущественно в устную речь) и обычно выступающие как просторечные, эмоционально окрашенные эквиваленты терминов [3].

Медицинские работники, как и представители других профессий, широко используют жаргонные и сленговые выражения. Не посвященному постороннему человеку медицинский сленг может показаться чересчур жестоким, циничным и обидным. Но, используемые в медицине, жаргонные выражения служат для упрощения сложных медицинских терминов и названий. Ведь в критической ситуации жизнь человека зависит от скорости принятия решений и скорости коммуникаций людей, работающих в области медицины.

Н.А. Мишонкова пишет, что врачи всё реже применяют точные названия и всё чаще используют различные вульгаризмы: вместо обычных, цвета у них стали «землистыми, глинистыми, сливкообразными, грязными» [2]. Применяются и цветочные сравнения типа «мясных помоев», «дэгтя», «пива», «семги». Часто врачи заменяют метрическую систему мер сравнительной. Указывая величину патологически измененного объекта, говорят и пишут: «куриное яйцо, сливу, фасоль, каштан, грецкий орех». Ряд специалистов (онкологов, хирургов) мерой объёма сделали даже головку новорожденного ребенка. Ширина и толщина края органа всё ещё порой измеряются в «пальцах». Все эти измерения далеки от истинных и искажают представление о линейных размерах и объёме органов. Помимо выше перечисленных особенностей речи автор считает, что плохо обстоят дела с медицинской терминологией. Вместо узаконенных употребляются устаревшие термины: «систолическое или диастолическое дрожание» всё еще называют «кошачьим мурлыканьем», стенокардию - «грудной жабой» плевральные и другие сращения - «спайками». Злоупотребляют медицинские работники своеобразными терминологическими фразеологизмами. Например, если речь идёт о сердце, то используют более двадцати фразеологизмов: «лёгочное, бычье, тигровое, капельное, волосатое, тиреотоксическое, кифосколиотическое». Часто звучат выражения ятрогенного воздействия: «ритм галопа», «шум плеска», «скомпрометированный орган», «порочное сердце», «голова медузы». Н.А. Мишонкова считает, что не стоит забывать, что в погоне за образностью теряется клиничко-анатомическая точность, сущность симптома и диагноза.

Помимо этого, автор статьи обращает внимание на то, что в литературе особенно горячие споры возникают вокруг вопроса об употреблении в речи врача заимствованных иностранных слов, которые даются в сокращённой латинской форме или русской транскрипции: «больной экзистировал», «канцерный больной», «астматический статус» и т. д.

Однако чрезмерное употребление иностранных слов и фразеологизмов опасно утратой взаимопонимания, доверительности, сердечности и близости врача и больного в сложной, напряжённой, нередко экстремальной ситуации. Это и логично. Прислушиваясь к врачебному разговорному языку, насыщенному «специфическими» словами, далеко не каждый больной может уяснить суть вопроса, заданного врачом.

Кроме того, в речи врача часто звучат и аббревиатуры. В медицинской документации это явление можно считать негативным, близким к жаргону. Нередко в историях болезни врачи пишут вместо «кожных изменений не обнаружено» - КИНО, «физиотерапевтическое отделение» - ФЗО, «мочеполовая система» - МПС, «женские половые органы без изменений» - ЖПОБИ. «Больной с ЗПР» - это: «больной с замедленным психическим развитием», или «ПИС в норме» вместо длинной фразы «печень и селезёнка в норме». Иногда врачи пользуются устрашающим сокращением - РАК - «развернутый анализ крови».

В подготовке врача роль изучения естественнонаучных и клинических дисциплин неоспорима, однако очень важным является умение доктора хорошо владеть своей речью, умение слушать и слышать. Профессиональный уровень специалиста медицинского профиля во многом зависит от степени его владения языковыми нормами устной и письменной речи.

Поэтому можно сказать, что профессия врача — это лингвоактивная профессия. Не секрет, что работники медицинских учреждений зачастую концентрируют свое внимание лишь на медицинской стороне лечения пациента и уделяют минимум времени для общения с ним, т. е. лечат заболевание, а не человека. Это приводит к сложностям в установлении контакта между врачом и пациентом, что может негативно сказаться на результатах лечения.

Литература

1. Баранникова Л. И. Актуальные проблемы лексикологии и стилистики. — Саратов: СГУ, 1993. — 158 с.
2. Мишонкова Н.А. Краткий анализ фразеологических выражений и аббревиатур в профессиональной речи врачей. // Журнал Гродненского государственного медицинского университета, № 4, 2010. - с. 107-108
3. Сафиуллина Р.Р. Особенности межязыкового алломорфизма в профессиональном подъязыке. Казань, 2008. - 35 с.

ПРОЯВЛЕНИЕ ВЕТРЯНОЧНОГО ЭНЦЕФАЛИТА У ДЕТЕЙ

Конончук А.А..

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра детских инфекционных болезней с курсом ПО

MANIFESTATION OF CHICKENPOX ENCEPHALITIS IN CHILDREN

Kononchuk A.A.

¹ SBEI HPE «Krasnoyarsk State Medical University n.a. Professor V.F. Voyno-Yasenetsky» of the Ministry of Healthcare and Social Development of the Russian Federation

² МВНИ «City clinical hospital for children No.1», Krasnoyarsk

Цель работы: изучить проявления ветряночного энцефалита у детей раннего возраста.

Задачи:

1. Исследовать истории болезни детей, находящихся в МБУЗ ГКДБ №1 г. Красноярска за период 2016-2017 гг.;
2. Провести анализ по литературным данным о возникновении, течении ветряночных энцефалитов у детей раннего возраста;
3. Провести собственное исследование путем сбора информации указанной в историях болезни;
4. Обработать полученные данные;

Материалы и методы исследования:

Изучение историй болезни (n= 15) В работе использовались методы сплошного статистического наблюдения, выкопировки данных, логистического анализа, ретроспективного анализа. Математическая и статистическая обработка данных выполнена с использованием критериев непараметрической статистики (χ^2 , U-критерий Манна-Уитни, T-критерий Вилкоксона для малых выборок) с достоверностью различия значений при $<0,05$.

Пациенты и методы: под наблюдением находилось 15 пациентов в возрасте от 0 до 8 лет, госпитализированных в инфекционный стационар МБУЗ ГКДБ №1 г. Красноярска за период 2016-2017 гг.

Полученные результаты:

При изучении историй болезни мы обращали внимания на определенные показатели. Среди изученных историй болезни мы наблюдали, что заболевшие мальчики составляли 60%, а девочки 40%. По возрастным показателям наблюдаемых больных дети в возрасте до 2-х лет (6,7%), дети в возрасте 3-5 лет составили 53,3%, старше 6 лет – 40%. Наибольшая часть пациентов (93,3%) имели непосредственный контакт с больным ветряной оспой, 6,7%

(1 ребенок) не имел контакта с больными ветряной оспой, а также опоясывающим лишаем. 13,3% детей болели на момент поступления в стационар ветряной оспой, 33,3% детей перенесли ветряную оспу 1-3 дня назад, 33,3% перенесли ветряную оспу 3-5 дней назад, 20% детей перенесли ветряную оспу более 5 дней назад. В зависимости от выраженности синдрома интоксикации, локализации, характера и длительности периода высыпаний диагностированы легкая 47%, среднетяжелая 53% и тяжелая 0% формы заболевания. Необходимо было выяснить, какой период высыпания был у данных детей: 1-2 дня – 7%, 3-4 дня – 27%, 5-6 дней – 46%, более 6 дней – 20%. У 52% исследуемых детей наблюдались корочки, у 20% везикула, у 12% детей наблюдались везикулы, у 8% - эрозии и у 8% пятно. Следующим пунктом нашей работы являлось изучение ветряночных энцефалитов. Острое начало заболевания наблюдалось у 100% детей. Формы ветряночного энцефалита у детей: типичная форма – 40%, атаксическая форма – 60%. Воспалительные изменения в спинномозговой жидкости в виде двухзначного цитоза- 26,6%, трехзначного цитоза – 6%, как правило, не превышало нормативных показателей у 53,3%, 13,3% детей не было проведено исследование, так как родители заполнили документы об отказе. Изменения на глазном дне в виде умеренно выраженных признаков внутричерепной гипертензии отмечались у 80% больных.

В зависимости от проявлений и симптомов энцефалита диагностированы легкой степени тяжести 0%, средней степени тяжести 80%, тяжелой 20%. Течение ветряночного энцефалита в 100% было гладким. Головная боль, тошнота и рвота наблюдались у 16,9% процентов исследуемых детей, повышение температуры тела у 12,3%, у 9,2% имели место такие симптомы как вялость, шаткость походки, сыпь у 7%, скандированная речь, нарушение координации движений – у 6,1%, снижение аппетита наблюдалось у 4,6%, у 3% детей были судороги, 1,5% детей – катаральные явления, боли в животе. Нарушения сознания не отмечено ни у одного из наблюдаемых пациентов. Одним из наиболее частых симптомов энцефалита при ветряной оспе является высокая температура. У 73% больных детей наблюдался такой симптом, как повышение температуры тела, у 27% этот симптом отсутствовал. У 20% исследуемых детей наблюдалась температура 36,6-37,2, у 26,7% отмечалась субфебрильная температура тела (37,2- 38,0), фебрильная температура (38,1-39,0) у 46,7%, перитическая температура (39,1 – 40,0) - 6,7%. Указанный симптом в 53,3% случаев был купирован через 1-2 дня, в 20% случаев 3-4 дня, в 6,7% - 4-6 дней. Следующий не менее важный симптом – рвота. В 27% отсутствовала, в 73% присутствовала. Количество рвоты у больных детей: 1-2 раза у 26%, 2-6 раз – 20%, 10-15 раз в сутки у 20% детей, постоянная рвота наблюдалась у 7% детей.

Вывод:

Таким образом, проведенный анализ подтверждает, что ветряная оспа – это небезопасное инфекционное заболевание, которое может протекать тяжело даже у исходно здоровых детей, и особенно у иммунокомпрометированных пациентов. Кроме того, любой человек, который был инфицирован VZV, имеет риск развития опоясывающего лишая в дальнейшей жизни. Частота развития энцефалита при ветряной оспе составляет от 1 до 7,5 на 1000 случаев заболеваний, при этом поражение нервной системы не зависит от тяжести ветряной оспы. У большинства больных развивается атаксическая форма энцефалита. Вышесказанное подчеркивает необходимость обсуждения вопросов профилактики ветряной оспы на современном этапе. В этом направлении вакцинация является самым эффективным и экономически выгодным профилактическим мероприятием, известным в современной медицине.

Литература

1. Hospitalization for Varicella in the United States, 1988 to 1999 / K. Galil et al. // *Pediatr. Infect. Dis. J.* – 2002. – P. 931-935.
2. Rusthoven JJ. The risk of varicella-zoster virus. In: Richman D, Whitiey R, Hayden F (eds.). *Clinical virology*. Washington DC. ASM Press, 2002; p. 413–32.

3. The economic value of childhood varicella vaccination in France and Germany / L. Coudeville, A. Brunot, T.D. Szucs et al. // Value Health. – 2005. – V. 8, № 3. – P. 209-222.
4. Varicella disease after introduction of varicella vaccine in the United States 1995-2000 / J.F. Sewerand, B.M. Watson, C.L. Peterson et al. // JAMA. – 2002. – V. 287, № 5. – P. 606-611.
5. Галицкая М.Г. Ветряная оспа: возможности борьбы со «старым врагом» в практике педиатра / М.Г. Галицкая // Вопросы современной педиатрии. – 2010. Т. 9. № 5. С. 99-102.

**РУДИМЕНТЫ И АТАВИЗМЫ:
РАЗВИТИЕ МЫШЦ, ДВИГАЮЩИХ УШНУЮ РАКОВИНУ У ЧЕЛОВЕКА**
Кругликова А.В.

УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

**RUDIMENTS AND ATAVISMS: DEVELOPMENT
OF MUSCLES MOVING HUMAN'S AURICLE**
Gomel State Medical University, Gomel, Belarus

Цель: Выяснить частоту встречаемости у людей рудиментарного органа - развитых мышц, двигающих ушную раковину, и целесообразность их развития в современных условиях.

Задачи: Разработать комплекс упражнений, направленных на развитие движения ушных мышц, позволяющий улучшить форму лица.

Методы: Теоретический анализ, обобщение, интерпретация литературных источников по проблеме исследования. Объектом анализа стали студенты первого курса учреждений высшего образования (ГГМУ, БелГУТ) и пенсионеры г. Гомеля. Был проведен опрос с целью: выявить частоту встречаемости у них рудиментарного органа - развитых мышц, двигающих ушную раковину.

Результаты: Еще в 1947 году И.И. Шмальгаузен считал: «Когда орган теряет свое значение, то он вовсе не всегда становится вредным и, следовательно, прямо не уничтожается под действием естественного отбора. Чаще всего орган становится просто бесполезным. Существует предположение, что прекращение действия естественного отбора ведет к сохранению независимых вариаций отдельных частей, которые при скрещивании ведут ко все большему нарушению соотношения частей, т. е. к ухудшению, ослаблению органа (гипотеза панмиксии)» [1].

В процессе проведенного опроса выяснилось, что мышцы ушной раковины развиты слабо, поэтому двигать ими могут лишь немногие. Из 200 опрошенных студентов (80 девушек и 120 юношей) с развитыми ушными мышцами были всего 18 человек (9%). Из них: 12 юношей (6%) и 6 девушек (3%). У остальных наблюдались едва заметные попытки шевеления ушами 44 человека (22%) или вовсе отсутствовал эффект напряжения мышц - 138 опрошенных (69%).

Из 70 опрошенных пенсионеров (42 женщины и 28 мужчины) всего лишь 4 человека могли шевелить ушами. Это составило 5,7% (1 женщина – 1,4% и 3 мужчин – 4,3%). У 11 человек (15,7%) наблюдались только практически незаметные движения ушами. Оставшиеся 55 пенсионеров (78,6%) вообще не могли заставить свои уши двигаться.

Мышцы, окружающие слуховое отверстие у человека, относятся к мышцам свода черепа, имеют рудиментарное строение и практически не функционируют.

Передняя ушная мышца, *m. auricularis anterior*, начинается от височной фасции и сухожильного шлема, направляется назад и книзу, несколько сужается и прикрепляется к коже ушной раковины выше козелка.

Функция: смещает ушную раковину вперед и вверх.

Верхняя ушная мышца, *m. auricularis superior*, располагается рядом с предыдущей. Начинается над ушной раковиной от сухожильного шлема, направляется вниз и прикрепляется к верхнему отделу хряща ушной раковины.

Пучок волокон верхней ушной мышцы, который вплетается в сухожильный шлем, выделяется в отдельную мышцу и называется височно-теменной мышцей, *m. temporo-parietalis*.

Функция: смещает ушную раковину вверх, натягивает сухожильный шлем.

Задняя ушная мышца, *m. auricularis posterior*, развита слабо. Начинается от *fascia nuchae* и, направляясь вперед, достигает основания ушной раковины.

Функция: тянет ушную раковину назад [2].

Эти мышцы имеют очень маленький размер. Однако, при их сокращении происходит натяжение всего апоневроза. Ушные мышцы работают совместно с мимическими, выполняя широкий круг движений: зевание, сморщивание лба, улыбка и другие. Они также играют большую роль и в напряжении сухожильного шлема, что в свою очередь сказывается на тоне кожи лица.

Также они связаны с другими мышцами, которые используются в программах упражнений для укрепления мышц лица. Например, упражнения, связанные с движением ушных мышц помогают подтянуть кожу и не допустить появления второго подбородка.

Трудно отделить работу ушных мышц от работы остальных мимических мышц. Поэтому, учась шевелить ушами, мы заставляем работать мышцы лица и шеи. Это приводит к подтягиванию мышц кожи лица, а, следовательно, и к косметическому эффекту.

Многие думают, что умение шевелить ушами дано не каждому. На самом деле это не так. В ходе эволюции человека эти мышцы не использовались активно и поэтому пришли в состояние атрофии. Чтобы мышцы ушей заработали, необходимы тренировки, терпение и настойчивость.

Гимнастика для развития ушных мышц.

Каждый человек должен самостоятельно почувствовать свои ушные мышцы. Как это сделать? Очень просто! Встаньте перед зеркалом, прислоните два пальца (указательный и средний) кисти руки на височную область. Там располагается передняя ушная мышца. Постарайтесь сделать движение по отведению уха назад, при этом ощутите натяжение кожи лица. Даже если ваши уши будут оставаться неподвижными, вы можете почувствовать, как едва заметно напрягается мышца под пальцами. Это будет говорить о том, что вы привели в действие переднюю ушную мышцу.

Вторую мышцу вы обнаружите над ухом. С высшей точки раковины уха продвиньте палец вверх примерно на 10 мм. Над верхней частью уха опять найдете небольшую впадину - это верхняя ушная мышца.

Для того, чтобы обнаружить третью ушную мышцу, проведите за ухом вдоль выступающей костной части до того момента, пока не обнаружите углубление, под которым чувствуется пульс. Это и есть задняя ушная мышца.

Первое упражнение заключается в том, чтобы обеспечить лучший кровоток в мышцах: необходимо сделать легкий массаж мест расположения ушных мышц.

Для выполнения второго упражнения необходимы очки. Наденьте их на середину носа. А теперь постарайтесь подтянуть очки ближе к переносице, используя усилия ушных мышц. Вы должны почувствовать сокращение височных мышц в сторону макушки, а очки на носу будут шевелиться.

Третье упражнение. Положите карандаш за ухо. Напрягая ушные мышцы, вы увидите, что карандаш пришел в движение.

Четвертое упражнение. Положите указательный и средний пальцы ладони на угол нижней челюсти и слегка потяните кожу вниз. Напрягайте ушные мышцы, двигая их к макушке. Вы почувствуете, что кожа слегка натянулась в направлении движения ушей.

Пятое упражнение. Положите указательный и средний пальцы ладони на область виска и окончания брови, слегка прижмите их и потяните вверх. Попробуйте «отвести уши назад-вверх». Вы почувствуете, как кожа под пальцами напряглась и натянулась.

Шестое упражнение. Положите пальцы рук на заднюю поверхность ушных раковин и слегка согните их вперед. Попробуйте «отвести уши назад-вверх». Под пальцами вы почувствуете движение ушных раковин.

Выполняя эти упражнения, вы чувствуете, что работают не только ушные мышцы, но и другие мышцы лица и шеи. Старайтесь не гримасничать. Со временем вы будете чувствовать движение только ушных мышц.

За один раз делайте все упражнения, каждое — по 7–10 раз.

Эффективность регулярного выполнения выражается в следующем:

лицевые мышцы становятся упругими, повышается их тонус;

овал лица становится более четким и выраженным;

кожа становится более упругой и подтянутой;

сокращает количество морщин и уменьшается их глубина;

заметно уменьшается второй подбородок;

лицо выглядит более свежим и отдохнувшим, приобретает здоровый оттенок кожи.

Конечно, чем больше вы будете тренироваться, тем быстрее разовьете мышцы и добьетесь лучшего результата и заметите, как количество морщин сократилось, а кожа лица стала более упругой.

Плюс этих упражнений в том, что практически все из них вы можете повторять и дома, и на работе.

Заключение: Частота встречаемости у людей рудиментарного органа - развитых мышц, двигающих ушную раковину, очень мала. По возрастным группам она распределилась следующим образом: в детском возрасте – 9,75%; в молодом возрасте – 9% и в пожилом – 5,7%.

Таким образом, из этих результатов следует, что с возрастом происходит еще большая атрофия ушных мышц из-за того, что люди не используют данную функцию в процессе жизнедеятельности.

Ежедневное выполнение упражнений, направленных на развитие движения ушных мышц, позволит улучшить форму лица и быть красивыми! Если уделять достаточное внимание гимнастике по развитию и укреплению ушных мышц, достигнутый эффект позволит избежать вмешательств пластических хирургов.

Литература

1. Шмальгаузен И.И. Основы сравнительной анатомии позвоночных животных: Учебник – Государственное издательство «Советская наука», 1947 – 541с.

2. Синельников Р.Д., Синельников Я.Р. Атлас анатомии человека: Учебное пособие. – 2-е изд., стереотипное. – В 4 томах. Т. 1. – М.: Медицина, 1996. – 344с.

ПЕРСПЕКТИВЫ СОТРУДНИЧЕСТВА КЛИНИКИ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ СЕЧЕНОВСКОГО УНИВЕРСИТЕТА И ГЕМАБАНКА ПО СБОРУ И ИСПОЛЬЗОВАНИЮ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ПУПОВИННОЙ КРОВИ

Ковалев М.И.¹, Ищенко А.И.¹, Ковалева А.М.¹, Приходько А.В.²,
Исаев А.А.², Потапов И.В.²

¹Сеченовский Университет, Москва, Россия,

²Институт Стволовых Клеток Человека (ПАО «ИСКЧ»), Гемабанк, Москва, Россия

PROSPECTS OF COOPERATION OF CLINICS OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY OF SECHENOVSKY UNIVERSITY AND GEMABANK ON THE COLLECTION AND USE OF STEM CELLS OF CORD BLOOD

Kovalev M.I.¹, Ischenko A.I.¹, Kovaleva A.M.¹, Prikhod'ko A.V.², Isaev A.A.², Potapov I.V.²

¹Sechenovsky University, Moscow, Russia,

²Human Stem Cells Institute PJSC (HSCI), Gemabank, Moscow, Russia

Несмотря на большие успехи современной медицины, многие тяжелые заболевания человечество так и не научилось лечить. В 1988 году Глюкман провела первую успешную трансплантацию стволовых клеток (СК) пуповинной крови (ПК) пациенту, больному анемией Фанкони и доказала, что применение СК ПК эффективно и безопасно [1]. Позже появилась работа, в которой СК из ПК рассматривали, как альтернативу пересадке костного мозга [2]. В 2003 журнал Академии Наук США (PNAS USA) опубликовал статью о том, что через 15 лет хранения в жидком азоте СК ПК сохраняют свои биологические свойства. СК можно хранить неограниченное время. Мировая коллекция СК составляет > 3 млн. образцов. В мире произведены десятки тысяч трансплантаций СК ПК. Международный Регистр СК насчитывает > 13 млн. доноров. ГСК применяют при лечении более 80 серьезных заболеваний (лейкозы, болезни крови и иммунной системы). Изучают использование СК в регенеративной медицине – лечения ДЦП, б. Альцгеймера, диабета, инсульта, нейротравм, заболеваний сердца, печени, мышечной дистрофии, б. Паркинсона. Лечение СК эффективнее традиционных методов. Разработка новых технологий использования в акушерстве, гинекологии и педиатрии СК является актуальной и перспективной проблемой.

Цель: Обобщение опыта работы по сбору, хранению и использованию ПК и СК на базах кафедры акушерства и гинекологии Сеченовского Университета в сотрудничестве с Гемабанком.

Задачи: 1. Анализ количественных показателей по сбору и использованию ПК и СК. 2. Анализ качественных показателей по сбору ПК и СК.

Методы: Проанализированы количественные и качественные показатели сбора ПК на базах кафедры за 13 лет.

Результаты: На хранении в Гемабанке находятся 26800 персональных образцов пуповинной крови, содержащей стволовые клетки человека. Автоматизированное криохранилище позволяет разместить до 40 000 образцов ПК. Количество востребованных образцов – 25 (1:1072). Это соответствует мировым показателям. В 2015 г в ViaCord (США, крупнейший в мире банк СК) этот показатель составил 301 (1:1160), в крупнейшем европейском банке VITA34 – 30 (1:4800). Отмечена высокая скорость и стабильность доставки материала. По Москве время доставки материала в лабораторию составило 9 ч, по ЦФО – до 18 ч, из ДФО – не более 33 ч. Быстрая доставка обеспечивает высокое качество материала. Качественные показатели показали высокую стабильность всех важных параметров. Клеточность составила $0,82-0,9 \times 10^9$ клеток, жизнеспособность 90-94%, количество CD34+ 1,5-2,4 млн клеток. СК из Гемабанка использовали в клинической практике. Хорошие результаты получены при лечении тяжелых заболеваний. Анемия Фанкони (2014, 9 лет, Аллогенная родственная, ПК+костный мозг (КМ) (сестра), Республиканская детская клиническая больница (РДКБ) (Москва) – ремиссия). Ювенильный миелолейкоз (2012, 3 года, Аллогенная родственная,

ПК+КМ (сестра), РДКБ (Москва) – ремиссия). Нейробластома 4 стадии (2005, 5 лет, аллогенная родственная, ПК (брат)+кровь (отец), РОНЦ (Москва) – ремиссия). Болезнь Швахмана-Даймонда (2015, 5 лет, Аллогенная родственная, ПК+КМ (брат), НИИ детской онкологии, гематологии и трансплантологии). Выдано 16 образцов ПК для лечения ДЦП. 10 образцов выдано для родственной аллогенной, 3 – для аутологичной (РФ, США, Корея). 3 – для аллогенной неродственной трансплантации.

Заключение: Сбор ПК для получения СК является актуальной, перспективной, многообещающей современной медицинской технологией, которая позволит оказывать помощь при тяжелых заболеваниях. Разрабатываемые технологии с использованием ГСК ПК позволяют оказывать эффективную помощь в тех ситуациях, когда традиционные средства неэффективны.

Литература

1. Eliane Gluckman, M.D., Hal E. Broxmeyer, Ph.D., Arleen D. Auerbach, Ph.D., Henry S. Friedman, M.D., Gordon W. Douglas, M.D., Agnès Devergie, M.D., Hélène Esperou, M.D., Dominique Thierry, Ph.D., Gérard Socie, M.D., Pierre Lehn, M.D., Scott Cooper, B.S., Denis English, Ph.D., Joanne Kurtzberg, M.D., Judith Bard, and Edward A. Boyse, M.D., F.R.S. Hematopoietic Reconstitution in a Patient with Fanconi's Anemia by Means of Umbilical-Cord Blood from an HLA-Identical Sibling.//N Engl J Med 1989; 321:1174-1178.
2. H E Broxmeyer, G W Douglas, G Hangoc, S Cooper, J Bard, D English, M Arny, L Thomas, and E A Boyse. Human umbilical cord blood as a potential source of transplantable hematopoietic stem/progenitor cells.//Proc Natl Acad Sci U S A. 1989 May; 86(10): 3828–3832.

ЛЮМИНЕСЦЕНТНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Ковалева А.М.¹, Ищенко А.И.¹, Ковалев М.И.¹, Шилов И.П.², Алексеев Ю.В.³,
Иванов А.В.^{3,4}, Румянцев В.Д.², Вознесенский В.И.⁵, Поминальная В.М.⁵

¹Сеченовский Университет, Москва, Россия

²Институт Радиотехники и Электроники им. В. А. Котельникова РАН, Фрязино, Россия,

³ФГБУ «ГНЦ Лазерной медицины ФМБА России», Москва, Россия,

⁴ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина», Москва, Россия

⁵Городская клиническая больница им. Д.Д. Плетнёва, Москва, Россия

LUMINESCENT DIAGNOSTICS OF PRE-CANCER AND CERVICAL CANCER

Kovaleva A.M.¹, Ischenko A.I.¹, Kovalev M.I.¹, Shilov I.P.², Alekseev Yu.V.³, Ivanov A.V.^{3,4},
Rumyantseva V.D.², Voznesensky V.I.⁵, Pominalnaya V.M.⁵

¹Sechenovsky University, Moscow, Russia

²V.A. Kotelnikov's Institute of Radioengineering and Electronics RAS, Fryazino, Moscow, Russia,

³Federal State Budgetary Institution "State Scientific Center of Laser Medicine of the FMBA,
Moscow, Russia,

⁴N.N. Blokhin RCRC, Moscow, Russia,

⁵Moscow City Clinical Hospital named after D.D. Pletnyov, Moscow, Russia

Актуальность. В России за 10 лет с 2005 по 2014 годы заболеваемость раком шейки и тела матки увеличилась на 49,2% (с 39,4 до 58,8 случаев на 100 000 женщин) [1]. Каждая пятая женщина с вновь установленным диагнозом рак шейки матки (РШМ) погибает в течение первого года после постановки диагноза [1]. Эти данные свидетельствуют о высокой актуальности проблемы ранней диагностики РШМ. Нами разработана методика люминесцентной диагностики предраковых заболеваний шейки матки с использованием иттербиевых ком-

плексов порфиринов (ИКП), люминесцирующих в ближней инфракрасной (БИК) области спектра [2,3,4].

Цель исследования: Изучить возможность применения иттербиевых комплексов порфиринов и лазерной спектрофлуорометрии для диагностики плоскоклеточного рака шейки матки *in vivo*.

Задачи: 1. Изучить показатели люминесценции ткани интактной (без патологических изменений - верификация путем цитологического обследования) шейки матки 2. Изучить *in vivo* показатели люминесценции ткани шейки матки с верифицированным путем гистологического исследования плоскоклеточным РШМ.

Методы: Под наблюдением находились 70 женщин, которые были разделены на 3 группы. В 1 группу (контрольную) вошли женщины без патологических изменений ШМ. Во 2 – женщины с плоскоклеточными интраэпителиальными поражениями высокой степени (HSIL) по классификации Bethesda (1988, 1991). В 3 – женщины с плоскоклеточным РШМ. Диагноз верифицировали при помощи биопсии и гистологического исследования. У женщин проводили измерение уровня люминесценции тканей ШМ после их сенсбилизации ИКП. В качестве носителя ИКП использовали гель «Флюроскан», разработанный в Московском технологическом университете, зарегистрирован в России и странах таможенного союза. Регистрационный номер декларации о соответствии ТС №RU Д-RU.АЮ18.В.06317 от 09.02.2016. Для измерения интенсивности люминесценции здоровых и патологически измененных тканей использовали лазерно-волоконный флуориметр (ЛВФ) разработанный в Институте радиотехники и электроники им. В.А. Котельникова РАН [5]. ЛВФ позволяет одновременно осуществлять облучение тканей шейки матки лазерным излучением в диапазоне полосы Со-ре и измерять интегральную интенсивность люминесценции ИКП в БИК области спектра.

Результаты: Выявлены достоверные ($P < 0,001$) различия между 1, 2 и 3 группами по уровню люминесценции. Интенсивность люминесценции от тканей ШМ без патологических изменений варьировала от 0,016 до 0,026 мВ. Интенсивность люминесценции от тканей ШМ с плоскоклеточными интраэпителиальными поражениями высокой степени (HSIL) варьировала от 0,25 до 0,75 мВ. Интенсивность люминесценции от тканей при плоскоклеточном РШМ варьировала от 5 до 9 мВ.

Выводы: 1. Методика ИК-люминесцентной диагностики позволяет выявлять объективные различия между морфологически нормальными и патологически измененными тканями ШМ.

2. Методика отличается высокой чувствительностью – интенсивность люминесценции от тканей ШМ с HSIL (CIN II) увеличивается по сравнению с интактной шейкой матки в десятки раз, интенсивность люминесценции от тканей с РШМ увеличивается по сравнению с интактной шейкой матки на два порядка.

Литература

1. Здравоохранение в России. 2015: Стат. сб./Росстат. - М., 2015. – 174 с.
2. Ковалева А.М., Шилов И.П., Иванов А.В., Алексеев Ю.В., Румянцева В.Д., Щамхалов К.С., Вознесенский В.И., Поминальная В.М., Ищенко А.И., Ковалев М.И. БИК-люминесцентная диагностика патологических изменений шейки матки. / Лазеры в науке, технике, медицине. Сборник научных трудов. Том 28. М., МНТОРЭС им. А.С. Попова. 2017, с.198-202.
3. Алексеев Ю.В., Румянцева В.Д., Шилов И.П., Иванов А.В., Шумилова Н.М., Миславский О.В. / Перспективы применения иттербиевых комплексов порфиринов в клинической практике. //Лазерная медицина. 2016. Т. 20, вып. 2, с.20-25.
4. Румянцева В.Д., Щелкунова А.Е., Горшкова А.С., Алексеев Ю.В., Шилов И.П., Иванов А.В., Давыдов Е.В., Миронов А.Ф. / Иттербиевые комплексы порфиринов и их применение в медицине // Тонкие химические технологии / Fine Chemical Technologies 2017, том 12, № 2, С. 72-80.

5. Шилов И.П., Иванов А.В., Румянцева В.Д., Миронов А.Ф. / Люминесцентная диагностика визуально и эндоскопически доступных опухолей на основе ИКП//В кн.: Фундаментальные науки - медицине. Биофизические медицинские технологии. Т.2. М.: Макс Пресс. 2015. С. 110-144.

**ПРИМЕНЕНИЕ СПЕКТРОСКОПИИ КОМБИНАЦИОННОГО
РАССЕЯНИЯ (РАМАНОВСКОЙ СПЕКТРОСКОПИИ)
ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ**

Ковалева А.М.¹, Ищенко А.И.¹, Ковалев М.И.¹, Олейников В.А.², Чистяков А.А.²,
Алексеев Ю.В.³, Вознесенский В.И.⁴, Поминальная В.М.⁴, Иванов А.В.⁵

¹Сеченовский Университет, Москва, Россия, ²ФГБУН Институт биоорганической химии им.
академиков М.М. Шемякина и
Ю.А. Овчинникова РАН, Москва, Россия,
³ФГБУ «ГНЦ Лазерной медицины ФМБА России», Москва, Россия,
⁴Городская клиническая больница им. Д.Д. Плетнёва, Москва, Россия,
⁵ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина»
МЗ РФ, Москва, Россия

**APPLICATION OF COMBINATION SCATTERING SPECTROSCOPY
(RAMAN SPECTROSCOPY) FOR DIAGNOSTICS OF CERVICAL CANCER**

Kovaleva A.M.¹, Ischenko A.I.¹, Kovalev M.I.¹, Oleinikov V.A.², Chistyakov A.A.²,
Alekseev Yu.V., Voznesensky V.I.⁴, Pominalnaya V.M.⁴, Ivanov A.V.⁵

¹Sechenovsky University, Moscow, Russia, E-mail: kovalev03z@mail.ru
²Laboratory of Biophysics, Shemyakin-Ovchinnikov Institute of Bioorganic Chemistry, Russian
Academy of Sciences, Moscow, Russia,
³Federal State Budgetary Institution "State Scientific Center of Laser Medicine of the FMBA,
Moscow, Russia,
⁴Moscow City Clinical Hospital named after D.D. Pletnyov, Moscow, Russia,
⁵N.N. Blokhin RCRC, Moscow, Russia,

Актуальность. По данным Росстата (М., 2015) за 10 лет с 2005 по 2014 годы заболеваемость раком шейки и тела матки увеличилась на 31,8% с 30,2 до 39,8 тысяч женщин [1]. Летальность пациентов от рака шейки матки (РШМ) на первом году после постановки диагноза в РФ за 2004-2014 годы составляла от 16,3 до 20,8% [1]. Мы уже использовали новые высокотехнологические методы диагностики предраковых заболеваний шейки матки. В частности, мы использовали метод люминесцентной диагностики для разработки методики диагностики *in vivo* патологических изменений шейки матки [2]. Представленный в данной работе метод предназначен для работы с биопсионным материалом.

Цель: Изучить возможности использования спектроскопии комбинационного рассеяния (Рамановской спектроскопии) в диагностике рака шейки матки (РШМ)

Задачи: 1. Изучить спектральные характеристики ткани интактной (без патологических изменений) - верификация путем гистологического исследования) шейки матки 2. Изучить спектральные характеристики ткани шейки матки с верифицированным путем гистологического исследования плоскоклеточным раком.

Методы: Исследование выполнено в ФГБУ науки Институте биоорганической химии им. академиков М.М. Шемякина и Ю.А. Овчинникова РАН на уникальной научной установке «Система зондово-оптической 3D корреляционной микроскопии». Данная установка была создана в сотрудничестве с учеными из ФНЦТИО им. ак. В.И. Шумакова Минздрава России,

ООО "СНОТРА" (резидент Сколково) и НИЯУ МИФИ. Установка включает в себя специально разработанные и оптимизированные блоки: ультрамикротом, система сканирующей зондовой микроскопии, оптический блок с конфокальным модулем, монохроматор Shamrock 750 с CCD-камерой DU971P-BV (Andor Technology), перестраиваемый Ar-лазер, He-Ne лазер Melles Griot 25-LHP-928-230, фотодиодный лазер (532 нм). В данной работе для возбуждения использовали аргоновый лазер с длиной волны 488 нм, мощность излучения на исследуемом объекте 50 мВт. Исследовали спектральные характеристики следующих образцов тканей шейки матки. 1 – В качестве контроля исследовали ткани интактной (без патологии) шейки матки (верификация путем гистологического исследования). 2 – В качестве основного объекта исследования – ткань шейки матки с верифицированным путем гистологического исследования плоскоклеточным раком.

Результаты: Выявлены различия в спектральных характеристиках между патологически измененными тканями шейки матки в сравнении с нормальными тканями без патологических изменений. При изучении спектров были выявлены некоторые закономерности.

Спектральные характеристики нормальной ткани интактной шейки матки.

Интенсивность флюоресценции (ИФ) для длины волны 493 нм ($\lambda = 492,8$ нм, волновое число (ВЧ) 200 см^{-1}) составляла 10935 относительных единиц (о.е.),

для длины волны 495 нм (ВЧ 300 см^{-1}) ИФ была 8485 о.е.,

для длины волны 544 нм (ВЧ 2100 см^{-1}) ИФ была 14167 о.е.

Интенсивность флюоресценции варьировала в диапазоне от 8485 о.е. для $\lambda = 495$ нм до 14167 о.е. (т.е. увеличивалась на 5252 о.е. или на 59%) для $\lambda = 544$ нм.

Спектральные характеристики ткани шейки матки с плоскоклеточным раком.

ИФ для длины волны 493 нм ($\lambda = 492,8$ нм, ВЧ 200 см^{-1}) составляла 15020 о.е.,

для длины волны 495 нм (ВЧ 300 см^{-1}) ИФ увеличивалась до 16051 о.е.,

для длины волны 544 нм (ВЧ 2100 см^{-1}) ИФ была 34945 о.е.

По мере увеличения длины волны наведенного излучения ИФ ткани с плоскоклеточным раком увеличивалась. ИФ варьировала в диапазоне от 15020 о.е. для $\lambda = 495$ нм до 34945 о.е. для $\lambda = 544$ нм (132,7%).

ИФ в ткани шейки матки с плоскоклеточным раком была выше, чем в интактной ткани. Разница в интенсивности флюоресценции составляла от 4085 о.е. (37,4%) до 20788 о.е. (151,4%).

Выводы: 1. В перспективе, спектроскопия комбинационного рассеяния (Рамановская спектроскопия) может быть использована для диагностики рака шейки матки при обработке биопсийного и операционного материала.

2. Интенсивность флюоресценции в тканях шейки матки с плоскоклеточным раком превышала интенсивность флюоресценции в интактных тканях шейки матки без патологических изменений от 37 до 151% на всем протяжении шкалы измерения.

Литература

1. Здравоохранение в России. 2015: Стат. сб./Росстат. - М., 2015. – 174 с.
2. Ковалева А.М., Шилов И.П., Иванов А.В., Алексеев Ю.В., Румянцева В.Д., Щамхалов К.С., Вознесенский В.И, Поминальная В.М., Ищенко А.И., Ковалев М.И. БИК-люминесцентная диагностика патологических изменений шейки матки. / Лазеры в науке, технике, медицине. Сборник научных трудов. Том 28. М., МНТОРЭС им. А.С. Попова. 2017, с.198-202.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ ПОЛИСОРБОМ И ПРОБИОТИКАМИ

Колоколов В.А., Ратьева И.А.

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, Астрахань

ASSESSMENT OF EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF INTESTINAL INFECTIONS IN CHILDREN POLYSORBOM AND PROBIOTICS

Kolokolov V.A., Ratieva I.A.

Astrakhan State Medical University, Astrakhan, Russia

Совершенствование терапии острых кишечных инфекций (ОКИ) у детей является одним из актуальных вопросов в инфектологии. (1,2,3,4)

Цель и задачи нашего исследования – оценка эффективности лечения ОКИ с применением пробиотиков Споробактерин и Энтерол и энтеросорбентом нового поколения Полисорбом.

Споробактерин – препарат живой культуры сенной палочки № 534, которая способна подавлять рост патогенной и условно-патогенной флоры. Энтерол содержит лиофилизированные штаммы *Saccharomyces boulardii*, являющиеся антагонистами патогенных микробов. Полисорб является сорбентом неорганического происхождения, в качестве действующего вещества содержит коллоидный диоксид кремния. Действия Полисорба обусловлено его способностью связывать и выводить различные токсины, патогенные микроорганизмы. Эти препараты могут быть использованы как средства этиопатогенетической терапии. (2,4,5)

Материал и методы. Под наблюдением находилось 120 больных ОКИ различной этиологии, подтвержденные клинико-лабораторными методами. Дизентерия была у 59 больных, сальмонеллез у 25, ротавирусный гастроэнтерит у 21, ОКИ, вызванные условно-патогенными бактериями (стафилококк, протей) у 15 детей. Дети были в возрасте от 1 года до 10 лет. Легкая форма ОКИ отмечалась у 29%, среднетяжелая у 71% больных. В зависимости от проводимой терапии больные распределялись на группы: 1-я – 45 детей, получали Энтерол и Полисорб; 2-я – 30 больных, получали Споробактерин и Полисорб; 3-я (контрольная) – 45 детей, получали лечение с использованием антибактериальных препаратов (фуразолидон, нитрофуроксазид, канамицин) и /или специфических бактериофагов. Полисорб назначали в первые часы или сутки. в составе комплексной терапии. В первый день – суточную дозу препарата принимали в течение 5 часов с интервалом между приемами в 1 час. Во вторые сутки кратность приема препарата - 4 раза. В третий и в последующие дни 3 раза в сутки. Во избежание сорбции не проводился одномоментный прием Полисорба с другими лекарственными препаратами. Энтерол давали детям до 3-х лет по 250 мг 2 раза в сутки, с 3-7 лет по 250 мг 3 раза; старше 7 лет по 250 мг 4 раза в сутки. Споробактерин назначали от 2 (до 3-х лет) до 4 доз (старше 3-х лет) в сутки. Курс лечения 5-7 дней.

Все больные получали стандартную патогенетическую терапию. Группы больных были сопоставимы по возрасту, степени тяжести, этиологической структуре.

Результаты. При сравнительном изучении клинической эффективности комбинированной (пробиотик и энтеросорбент) терапии были выявлены существенные преимущества по сравнению с традиционной антибиотико- и фаготерапией. К концу 2-х суток от начала лечения у 29 (64%) детей 1-й группы и у 13 (43%) больных 2-й группы частота стула сокращалась до 2-3 раз, улучшалось самочувствие, исчезали признаки инфекционного токсикоза, в то время как у больных контрольной группы аналогичная динамика выявлена лишь у 9 (20%) детей. Средние сроки продолжительности интоксикации при лечении Энтеролом и Полисорбом составили $1,6 \pm 0,3$ дня, при лечении Споробактерином и Полисорбом $1,9 \pm 0,4$ дня против $2,9 \pm 0,4$ дня в контроле ($P < 0,05$). Средние сроки полной нормализации стула у больных 1-й группы составили $4,1 \pm 0,3$ дня, 2-й – $4,3 \pm 0,4$ дня, в контроле – $7,9 \pm 0,5$ дней ($P < 0,05$).

Клиническая эффективность 1-го курса лечения Энтеролом и Полисорбом составила 89%, Споробактерином и Полисорбом – 82% против 56,6% в контроле ($P < 0,05$). При оценке санитизирующей эффективности установлено, что повторный высеv возбудителей после лечения у больных 1-й и 2-й групп отмечался лишь в 14% и в 16% случаев против 38% в контроле. При изучении состояния микрофлоры кишечника до лечения у 78% детей выявлен дисбактериоз 1-2 степени. При повторном исследовании (на 2-й недели после выздоровления) у 55% детей из 1 и 2 групп содержание бифидо и лактобактерий достигло нормы, в контрольной группе у 45% детей состояние микрофлоры расценивалось как дисбактериоз 2 степени, у 55% детей как дисбактериоз 1 степени, что требовало дальнейшей коррекции. На фоне лечения пробиотиками и Полисорбом аллергические проявления в виде дерматита, имевшегося у 13 детей существенно уменьшились, в то время как у 7 детей, получающих антибактериальные препараты, имела место лекарственная аллергия. Побочных эффектов при лечении ОКИ пробиотиками и Полисорбом отмечено не было.

Выводы. Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что применение пробиотиков Энтерола и Споробактерина в комбинации с сорбентом Полисорбом, как препаратов этиопатогенетической терапии в лечении легких и среднетяжелых форм ОКИ превышает эффективность антибиотико- и фаготерапии. Данные методы лечения могут быть использованы как в стационаре, так и в амбулаторных условиях.

Литература

1. Покровский В.И., Малеев В.В. Актуальные вопросы терапии и профилактики в условиях эволюции инфекционных заболеваний//Инфекционные болезни. 2003.- №1, С.6-8.
2. Горелов А. В., Милютина Л. Н., Усенко Д. В. Лечение острых кишечных инфекций у детей / Пособие для врачей. — М., 2003. — 48 с.
3. Колоколов В.А., Оганесян Ю.В., Вышваркова Л.Н. Клиническая эффективность различных подходов к лечению кишечных инфекций у детей//Сб. Актуальные вопросы инфекционной патологии Юга России, Ростов – Краснодар, 2005. - С.127-129.
4. Колоколов В.А. Клинико-патогенетическое обоснование применения некоторых энтеросорбентов в лечении дизентерии и сальмонеллеза у детей: автореф. дис. ... канд.мед. наук. М., 1998. 20 с.
5. Новокшенов А.А., Тихонова О. Н., Соколова Н.В., Калмыков А.А. Эффективная этиотропная терапия среднетяжелых форм ОКИ у детей//Consilium medicum. Гастроэнтерология. 2008. № 1.С. 68–70.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ В ХИРУРГИИ

Красовский В.С.

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Астрахань, Россия

EXPERIENCE WITH THE USE OF IMMUNOMODULATORS IN SURGERY

Krasovskii V.S.

Astrakhan state medical University, Astrakhan, Russia

Иммуномодуляторы «Реаферон-ЕС®-Липинт» и «Лайфферон» уже нашли широкое применение в различных направлениях медицины, одним из которых является хирургия [1,4,5, 6].

Важным направлением исследований, учитывая проект "Стратегии развития здравоохранения до 2025 года", являются вопросы регенеративной медицины.

Цель работы. Определить уровень общего белка в гепатоцитах после экспериментальной травматизации, а также выявить целесообразность применения иммуномодуляторов «Реаферон-ЕС®-Липинт» и «Лайфферон» в качестве ускорителя регенеративных процессов.

Материалы и методы исследования. В эксперименте использовались 75 крысы (самцы). Учитывая важность суточных ритмов при механической травматизации печени, все экспериментальные вмешательства на лабораторных животных осуществлялись в 12 часов дня [3]. Животные были поделены на 2 группы:

1. Контрольная группа (3 крысы)
2. Изменение общего белка в гепатоцитах печени крыс после механической травмы на 3-е, 5-е, 7-е сутки после операции с использованием в качестве ускорителя регенеративных процессов иммуномодулятора "Реаферон-ЕС®-Липинт" в дозе 1000 ЕД с применением различных растворителей (36 крыс);
3. Изменение общего белка в гепатоцитах печени крыс после механической травмы на 3-е, 5-е, 7-е сутки после операции с использованием в качестве ускорителя регенеративных процессов иммуномодулятора "Лайфферон" в дозе 10625 ЕД с применением различных растворителей (36 крыс).

Ход операции подробно описан в экспериментальных работах, опубликованных ранее [2-3].

Протокол эксперимента был составлен в соответствии с принципами биоэтики, правилами, лабораторной практики (GLP); этическим нормам, изложенным Женевской конвенцией (1971), "Международными рекомендациями по проведению медико-биологических исследований с использованием животных" (1985); с Приказом № 199 н Минздрава России от 1 апреля 2016 г «Об утверждении правил надлежащей лабораторной практики».

Результаты и обсуждения. В результате исследования удалось установить, что применение иммуномодулятора "Реаферон-ЕС®-Липинт" ускоряет процесс регенерации поврежденной печени. Показатель белка снижается, значит, происходит уменьшение воспалительного процесса в клетках поврежденного органа. Применение физиологического раствора в качестве растворителя основного действующего вещества более целесообразно, чем воды для инъекций. Показатель разницы общего белка на 7-е сутки между этими растворителями составил 202 усл. ед. при однократном введении препарата и 109 усл. ед. при ежедневном.

Ежедневное введение иммуномодулятора еще больше ускоряет противовоспалительный процесс. Однако, при использовании в качестве растворителя воды для инъекций происходит постепенное нарастание разницы показателей: – на 3-е сутки 110 усл. ед., на 5-е сутки 292, а на 7-е 317 усл. ед. При использовании в качестве растворителя физиологического раствора, происходит уменьшение разницы показателей: на 3-е, 5-е и 7-е сутки показатель составил 321, 261 и 224 усл. ед., соответственно. В связи с данной тенденцией, необходимо проанализировать показатель разницы при более высоких концентрациях иммуномодулятора, а сейчас пока можно сделать предварительный вывод о эффективности ежедневного введения препарата, с использованием в качестве растворителя воды для инъекций.

Важно отметить, что более высокий противовоспалительный эффект в экспериментальной группе по сравнению с контролем, приходится все-таки на первое введения препарата. Действительно, разница между показателями общего белка на 3-и сутки между контрольной группой и группой однократного введения препарата во время операции с использованием в качестве растворителя основного действующего вещества воды для инъекций составило 1380 усл. ед. На 5-е сутки в этих группах отмечается изменение еще на 78 усл. ед., а на 7-е сутки на 52 усл. ед. Лучше показатели в аналогичном исследовании, но при ежедневном введении препарата, показатель разницы на 3-е сутки – 1490 усл. ед., на 5-е – 260 и на 7-е – 77 усл. ед.

При использовании в качестве растворителя физиологического раствора показатель разницы при однократном введении на 3-е сутки – 1418, на 5-е и 7-е – 183 и 111 усл. ед., со-

ответственно. При ежедневном введении иммуномодулятора - на 3-е сутки – 1739, на 5-е и 7-е – 123 и 74 усл. ед.

Изучая действие иммуномодулятора "Лайфферон" в дозе 10625 ЕД, видно, что происходит процесс ускорения регенерации печени. Наблюдается снижение показателя общего белка, усиливается противовоспалительный процесс. Как и в эксперименте с "Реаферон-ЕС®-Липинт", уделялось внимание действию основного действующего вещества в сочетании с различными растворителями. И как и в предыдущих экспериментальных группах установлено, что применение физиологического раствора в качестве растворителя иммуномодулятора более целесообразно, чем вода для инъекций. Показатель общего белка на 7-е сутки в сравнении двух растворителей составил 162 усл. ед., при однократном введении препарата и 396 усл. ед. при ежедневном.

Аналогичный эффект, как и с предыдущим иммуномодулятором, связан с ежедневным введением иммуномодулятора, который способствует ускорению противовоспалительного процесса. Так, например, при использовании в качестве растворителя воды для инъекций происходит синусовое колебание разницы показателей – на 3-е сутки 161 усл. ед., на 5-е сутки 122, а на 7-е 213 усл. ед. При использовании в качестве растворителя физиологического раствора, происходит постепенное нарастание разницы показателей: на 3-е, 5-е и 7-е сутки показатель составил 194, 195 и 447 усл. ед., соответственно. Напомним, что в экспериментах с иммуномодулятором "Реаферон-ЕС®-Липинт" в малых дозах наблюдался противоположный эффект.

Нужно отметить, что, как и с действием иммуномодулятора "Реаферон-ЕС®-Липинт", доля противовоспалительного эффекта, по сравнению с контролем, приходится на первое введение препарата. Разница между показателями общего белка на 3-и сутки между контрольной группой и группой однократного введения препарата во время операции с использованием в качестве растворителя основного действующего вещества воды для инъекций – составило 1497 усл. ед. На 5-е сутки в этих группах отмечается изменение еще на 213 усл. ед., а на 7-е сутки на 89 усл. ед. Лучше показатели в аналогичном исследовании, но при ежедневном введении препарата, показатель разницы на 3-е сутки – 1658 усл. ед., на 5-е – 174 и на 7-е – 180 усл. ед. Но в отличие от прошлых экспериментов, впервые отмечено не постепенное уменьшение показателя разницы, а синусовое колебание с одним периодом падения показателя.

При использовании в качестве растворителя физиологического раствора показатель разницы при однократном введении на 3-е сутки – 1669, на 5-е и 7-е – 280 и 12 усл. ед., соответственно. Особенно хотелось отметить показатель разницы на 7е сутки, так как он является самым минимальным по сравнению со всеми экспериментальными группами. При ежедневном введении иммуномодулятора - на 3-е сутки – 1863, на 5-е и 7-е – 281 и 264 усл. ед.

Выводы:

1. Иммуномодуляторы "Реаферон-ЕС®-Липинт" и "Лайфферон" способны ускорять процессы регенерации печени.
2. Ежедневное введение препаратов положительно влияет на динамику регенерации.

Литература

1. Башкина О.А., Красилова Е.В., Бойко А.В. Иммунокорректирующие препараты в профилактике заболеваний респираторного тракта у часто болеющих детей // Инфекционные болезни. - 2004. - Т. 2. - № 1. - С. 24-29.
2. Воробьева Н.Н., Наумова Л.М., Таргонский С.Н., Усова С.В. Применение препарата Реаферон-ЕС-Липинт для экстренной профилактики клещевого энцефалита. Земский Врач. - 2012. - 2(13), С. 25-29.

3. Красовский В.С., Сентюрова Л.Г. Уровень общего белка в гепатоцитах после механической травматизации печени. // Современные проблемы науки и образования. 2016. № 6. С. 35.
4. Красовский В.С., Сентюрова Л.Г., Зурнаджан С.А. Использование иммуномодулятора "Реаферон" в качестве ускорителя регенеративной способности печени. // Мат. Междунар. научн.-практ. конф. «Эволюция научной мысли». –2015. С. 29.
5. Рындюк Н.Н., Гинько З.И., Алейников Р.П., Василевич И.В., Кузубов В.И., Усова С.В., Мухина О.Н., Шарыпова М.Г., Таргонский С.Н. Клинические испытания переносимости и безопасности препарата "Лайфферон". Клиническая практика. - 2010. - № 4 (4). - С. 35-40.
6. Сергиенко Д.Ф., Башкина О. А., Галимзянов Х. М. Особенности клинического течения и механизмы иммунной регуляции у детей с муковисцидозом: монография. – Астрахань, 2010.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДИК ОЗОНОТЕРАПИИ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АНГИОПАТИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Куликов А.Г.¹, Урусова В.Н.¹, Агеева А.И.¹, Кочеткова Н.А.¹

¹Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования
Минздрава РФ, Москва, Россия

THE EFFECTIVENESS OF DIFFERENT METHODS OF OZONE THERAPY IN DIABETIC ANGIOPATHY OF LOWER EXTREMITIES

Kulikov A.G.¹, Urusova V.N.¹, Ageeva A.I.¹, Kochetkova N.A.¹

Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia

Введение. Сахарный диабет (СД) – одно из самых распространенных эндокринных заболеваний, острейшая медико-социальная проблема, приоритетное направление национальных систем здравоохранения во многих странах. В течение последних десятилетий СД, наряду с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями, становится все более распространенной патологией и приобрел масштабы «неинфекционной эпидемии»: число болеющих СД удваивается каждые 12-15 лет. Диабетическая ангиопатия нижних конечностей, являясь грозным осложнением СД, приводит к значительному ухудшению качества жизни пациентов и их ранней инвалидизации. Высокая распространенность СД обуславливают необходимость постоянного совершенствования методов его лечения.

В медицинской литературе появилось большое число научных работ об использовании медицинского озона в качестве эффективного лечебного фактора. Озон обладает способностью стимулировать утилизацию глюкозы, регулировать метаболизм липидов, улучшать реологические свойства крови, в частности за счет увеличения деформируемости эритроцитов, активизировать систему антиоксидантной защиты. Снимается энергетический голод тканей. Снижается распад белка. Таким образом, озон выполняет ряд функций, свойственных инсулину. Известно противогипоксическое, иммуномодулирующее, противовоспалительное, детоксикационное, обезболивающее действие данного фактора.

Цель. Изучить возможности проведения озонотерапии больным СД 1 и СД 2 типа с ангиопатиями нижних конечностей.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 120 больных СД 1 и 2 типов в возрасте от 35 до 70 лет с диабетической ангиопатией нижних конечностей. Давность заболевания составляла от 2 до 20 лет.

Больные были разделены на три группы. Первой группе (40 пациентов) проводилось внутривенное введение 400 мл озонированного физиологического раствора (концентрация озона 2- 3 мкг/мл), 1-2 раза в неделю, курс - 4-6 процедур. Больным второй группы (40 чело-

век) назначались ректальные инсуффляции газовой озono-кислородной смеси (100-120 мл при концентрации озона 15-20 мкг/мл, 5 - 8 процедур на курс лечения). Пациентам третьей группы (40 больных) проводилась местная озонотерапия, путём обработки конечностей потоком озono-кислородной смеси, циркулирующим в камере газации (концентрация озона 10-15 мкг/мл, три раза в неделю, 10 процедур).

Результаты. Наряду с традиционными методами клинического, лабораторного и инструментального обследования оценивалось состояние капиллярного кровотока в коже голени и стопы методом лазерной доплеровской флоуметрии, проводилось наблюдение за уровнем перекисного окисления липидов (ПОЛ) и системой антиоксидантной защиты (АОЗ), изучались реологические свойства крови.

Практически у больных всех групп к окончанию лечения купировались боли в ногах, уменьшались явления парестезии, увеличилась толерантность к физической нагрузке, повышалась работоспособность, улучшалось психо-эмоциональное состояние.

Под действием озонотерапии отмечалось снижение уровня гликемии в среднем на 2-5 ммоль, что позволяло в ряде случаев уменьшить дозу сахаропонижающих препаратов. Отмечено достоверное снижение повышенных показателей холестерина и триглицеридов, уровня ПОЛ и умеренная стимуляция активности АОЗ. Кроме того, наблюдалось статистически достоверное снижение вязкости плазмы, возрастание деформируемости эритроцитов и уменьшение их способности к агрегации.

Через 3-4 недели после начала лечения было установлено усиление микрогемодинамики: существенно возрастал индекс эффективности микроциркуляции. При проведении нагрузочных проб выявлено увеличение перфузии в 1,5 раза.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о целесообразности включения вышеперечисленных методик озонотерапии в комплекс лечебных мероприятий, проводимых у больных с диабетической ангиопатией нижних конечностей.

Литература

1. Аметов А.С. Современные подходы к управлению сахарным диабетом 2-го типа (обзор) / А.С. Аметов, Е.В. Карпова, Е.В. Иванова // Тер. архив. - 2009. - №10.
2. Баранцевич Е.Р. Оценка микроциркуляции у больных с диабетической полиневропатией / Е.Р. Баранцевич, Е.С. Алексеева // Труды научно-практической конференции «Методы исследования регионарного кровообращения и микроциркуляции в клинике». - СПб. – 2004.
3. Белянин И.И. Биологические и лечебные свойства озона: Авторизированный аналитический обзор. – М.: ТОО «Фирма БЛОК», 1998.
4. Масленников О.В., Контрощикова К.Н., Шахов Б.Е. Руководство по озонотерапии. 4-е издание – Нижний Новгород – 2015.

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ КРИОТЕРАПИИ И
МАГНИТОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ
ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПО ПОВОДУ
ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА**

Куликов А.Г.¹, Агеева А.И.¹

¹Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования
Минздрава РФ, Москва, Россия

**COMPARATIVE ANALYSIS OF THE USE OF CRYOTHERAPY AND
MAGNETOTHERAPY IN THE REHABILITATION OF PATIENTS AFTER OPERATIVE
TREATMENT ON ACCOUNT OF KNEE JOINT ENDOPROSTHESIS REPLACEMENT**

Kulikov A.G.¹, Ageeva A.I.¹

Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Ministry of Health of the Russian
Federation, Moscow, Russia

Введение. Остеоартроз (ОА) — наиболее распространенная форма суставной патологии. Рентгенологические признаки ОА встречаются у большинства лиц старше 65 лет и приблизительно у 80% людей старше 75 лет. 11% лиц старше 60 лет имеют симптоматический ОА коленных суставов.

По современным представлениям причиной ГА является дисфункция клеток хрящевой ткани сустава (хондроцитов), которая приводит к дегенеративным изменениям сустава. Восстановление функции коленного сустава остается одной из важных проблем в ортопедии, так как его патология с длительно существующим болевым синдромом является причинной временной или стойкой утраты трудоспособности пациентов различных возрастных групп [1-5]. В связи с этим в настоящее время наблюдается рост числа операций эндопротезирование коленного сустава. Ежегодно в мире выполняется более 1,5 млн подобных оперативных вмешательств. И для восстановления пациента после эндопротезирования применяются лечебная гимнастика, большое количество физиопроцедур.

Цель исследования. Сравнить результаты применения прессотерапии и магнитотерапии у пациентов после хирургического вмешательства по поводу эндопротезирования коленного сустава.

Материалы и методы. Для исследования было отобрано 36 пациентов в возрасте от 35 до 60 лет после эндопротезирования коленного сустава. При осмотре у всех пациентов выявлена сглаженность контура коленного сустава, наличие выпота в верхнем завороте коленного сустава, ограничение объема движений при сгибании до угла 90⁰. Все больные были разделены на 2 группы. Пациентам основной группы (18 человек) была назначена криотерапия от аппарата «Криоджет - 200» со следующими параметрами: температура воздушного потока - 40⁰, скорость воздушного потока 350-1500 л\мин. Процедура выполнялась на 35 ступени с зазором 7 см, время 7 минут. Курс составил № 10. Пациентам контрольной группы (18 человек) назначали магнитотерапию от аппарата ВТЛ 4000 со следующими параметрами: импульсное магнитное поле с прямоугольной формой импульсов интенсивностью 23 мТл. Время процедуры 20-30 минут. Курс лечения составил № 10.

Результаты. У пациентов обеих групп улучшилась чувствительность в конечностях, появилось ощущение «легкости в ногах». При этом у 10 (55, 6%) пациентов первой группы увеличился объем движений в коленном суставе, тогда как во второй всего у 5 (27,8 %). В основной группе болевой синдром уменьшился у 15 (83,3%) пациентов, а в контрольной группе у 7 (38,9 %) . Отек конечностей у пациентов первой группы уменьшился у 13 (72,2%), а второй – 8 (44,4%. У пациентов основной группы статистически достоверно (p≤0,05) уменьшился отек, увеличился объем движений в коленном суставе и уменьшился болевой синдром.

Выводы. Включение магнитотерапии в комплекс лечебных мероприятий в качестве монотерапии не целесообразно. Рекомендовано ее применение в сочетании с другими преформированными факторами.

Литература

1. Алексеева Л.И. Современные представления о диагностике, лечении и профилактике остеоартроза. РМЖ 2000;
2. Григорьева В. Д. Медицинская реабилитация больных с воспалительными заболеваниями суставов//Медицинская реабилитация: Руководство в 3 тт./Под ред. В. М. Боголюбова. М. -Смоленск: Смоленская областная типография им. В. И. Смирнова, 2007. Т. 2.
3. Галимова Л.В., Гончарова Л.А., Удочкина Л.А. Кривоаппликатор для новообразований поверхностной локализации / Медицинская криогенная техника. - Тезисы докладов Всесоюзной школы. 1988. С. 37-39.
4. Гайворонский И.В. Корреляции морфометрических параметров мышечков бедренной и большеберцовой костей / Гайворонский И.В., Хоминец В.В., Удочкина Л.А., Семенов А.А., Гринберг Е.Б. // Морфология. - 2015. - Т. 148.
5. Портнов В. В. Криотерапия/В. В. Портнов, Р. Х. Медалиева//Общая и локальная воздушная криотерапия: Сборник статей и пособий для врачей/Под ред. В. В. Портнова. М., 2009.

ОЗОН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ И САХАРНОГО ДИАБЕТА

Куликов А.Г. ¹, Максимов В.А. ¹, Кочеткова Н.А. ¹

¹Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия

OZONE IN THE TREATMENT OF DISEASES OF THE DIGESTIVE SYSTEM AND DIABETES

Kulikov A. G. ¹, Maksimov V. A. ¹, Kochetkova N. A. ¹

¹Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Ministry of Health
of the Russian Federation, Moscow, Russia

Природные и преформированные физические факторы, играя важную роль в лечении заболеваний органов пищеварения и сахарного диабета, находят широкое применение в санаторно-курортных учреждениях, поликлиниках, дневных стационарах. В последние годы в лечебную практику начинают активно внедряться методы общей и местной озонотерапии. Это обусловлено способностью озона оказывать выраженное противовоспалительное, антибактериальное и противовирусное действие, осуществлять коррекцию метаболических нарушений, благоприятно влиять на трофику и регенерацию тканей, прежде всего за счет улучшения микроциркуляции и усиления процессов тканевого дыхания, снижать уровень перекисного окисления липидов и стимулировать систему антиоксидантной защиты.

В настоящей работе проанализированы результаты клинического применения озона большой группе больных (более 750 человек) с эрозивно-язвенными поражениями гастродуоденальной зоны, различной билиарной патологией, в том числе вирусным гепатитом, заболеваниями кишечника и сахарным диабетом.

При лечении в основном использовались процедуры общей озонотерапии путем внутривенного введения озонированного физиологического раствора или ректальной инсуффляции газа (озонокислородной смеси). Процедуры озонотерапии назначались как в изолированном виде, так и в сочетании с лекарственными препаратами или другими физическими факторами. В некоторых случаях дополнительно назначался внутренний прием озонирован-

ной воды или газация конечностей в пластиковом мешке (при выраженных клинических проявлениях диабетической ангиопатии нижних конечностей).

Общая озонотерапия проводилась пациентам 2-3 раза в неделю, 6-10 на курс лечения на протяжении 18-24 дней. Переносимость процедур больными была хорошей. Применение озона в комплексе с препаратами коллоидного висмута позволило избегать необходимости назначения антибиотиков и метронидазола в лечении пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Отмечен высокий процент рубцевания язв, а главное, длительная и стойкая ремиссия.

Процедуры общей озонотерапии способствовали улучшению клинического течения заболевания и нормализации биохимических показателей у пациентов с вирусными гепатитами (ВГВ или ВГС), а при сочетании с препаратами интерферона во многих случаях происходила эрадикация вируса.

Что касается больных сахарным диабетом, то результатом проводимого лечения являлось умеренное снижение уровня глюкозы в крови, нормализация нарушенного липидного спектра крови, коррекция микроциркуляторных расстройств, стимуляция системы антиоксидантной защиты. Наиболее наглядные изменения наблюдались у пациентов, имеющих выраженные трофические расстройства на стопах ног. Происходило быстрое заживление трофических язв, повышение кожной температуры и нормализация окраски кожных покровов.

Таким образом, озонотерапия является мощным лечебным фактором, положительно влияющим на основные звенья патогенеза данных заболеваний, и поэтому способствующим успешному их лечению. Уникальность озонотерапии как лечебного метода позволяет успешно применять его как в виде монотерапии, так и в комплексе с другими физическими факторами и лекарственными препаратами.

Литература

1. Максимов В.А., Чернышев А.Л., Каратаев С.Д. Озонотерапия. – М.: 1998. – 14с.
2. Максимов В.А., Чернышев А.Л., А.Г.Куликов и др. Возможности озонотерапии в лечении вирусных гепатитов // Тез. докл. IV Российской научно-практической конференции «Гепатиты В, С и D – проблемы диагностики, лечения и профилактики». М., 2001. – С. 209-210.
3. Масленников О.В., Контрощикова К.Н., Грибкова И.А. Руководство по озонотерапии. – Н.Новгород: Изд-во НГМА, 2008. – 323 с.

ОБЩАЯ МАГНИТОТЕРАПИЯ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Куликов А.Г.¹, Урусова В.Н.¹, Кочеткова Н.А.¹, Агеева А.И.¹

¹Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия

GENERAL MAGNETOTHERAPY IN THE REHABILITATION TREATMENT PATIENTS AFTER CHOLECYSTECTOMY

Kulikov A. G.¹, Urusova V. N.¹, Kochetkova N. A.¹, Ageeva A. I.¹

¹Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Ministry of Health
of the Russian Federation, Moscow, Russia

В связи с распространенностью желчекаменной болезни и ростом частоты оперативных вмешательств проблема реабилитации пациентов, оперированных по поводу холелитиаза, приобретает все большую значимость. Коррекция нарушений функционального состояния органов гепато-панкреато-дуоденальной области в раннем послеоперационном периоде, в

частности, с использованием природных и преформированных физических факторов, способствует скорейшему восстановлению трудоспособности пациентов и профилактике возникновения постхолецистэктомического синдрома. Методы физической терапии с успехом используются и в лечении пациентов с уже сформировавшимся постхолецистэктомическим синдромом. В последние годы все более широкое применение в восстановительной медицине находят методы общего (системного) воздействия на организм пациентов, к которым относится общая магнитотерапия (ОМТ).

Целью настоящей работы явилось изучение возможности применения ОМТ у больных перенесших холецистэктомию, влияние этого физического фактора на динамику ранних послеоперационных синдромов, функциональное состояние печени, поджелудочной железы, органов гастродуоденальной зоны и кишечника у пациентов в ранние сроки после холецистэктомии.

Основанием к использованию процедур ОМТ для лечения больных, перенесших оперативные вмешательства на желчном пузыре и желчных путях, послужили данные о способности этого физического фактора улучшать гемодинамику и микроциркуляцию, корректировать нарушения иммунной регуляции, оказывать обезболивающее, противовоспалительное и детоксицирующее действие, купировать клинические проявления заболевания и астено-невротические расстройства.

Материалы и методы. Выполнено обследование 50 пациентов, поступивших в раннем послеоперационном периоде (2-4 недели) после холецистэктомии на долечивание в ЛПУ «Санаторий Дорохово». Больным проводилось клиническое обследование, изучение биохимических показателей крови и желчи, копрологическое исследование, УЗ-исследования органов брюшной полости, реогепатографию, эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС).

До начала восстановительного лечения клиническая симптоматика у большинства пациентов отличалась полиморфизмом: болевой синдром встречался наиболее часто (91,4 %), характеризовался наличием болей в области оперативного вмешательства и правого подреберья, часть больных предъявляли жалобы на боли в эпигастрии и пилородуоденальной зоне. В 77,1% случаев отмечалось наличие астено-невротического синдрома различной степени выраженности. Наиболее характерными были жалобы на выраженную слабость, быструю утомляемость, нарушенный сон, аппетит.

Более чем у половины больных (54,2%) при обследовании выявлялся диспептический синдром, для которого были характерны жалобы на отрыжку воздухом и пищей, тяжесть в эпигастрии после приема пищи, метеоризм, склонность к запорам или неустойчивый стул.

Все пациенты в зависимости от проводимого лечения были разделены 2 на группы.

Первая группа больных (группа сравнения) – 20 человек, получала лечебный комплекс, включающий лечебное питание, занятия ЛФК, фитотерапию, симптоматическую терапию по показаниям, внутренний прием маломинерализованной сульфатной магниевно-кальциевой воды «Дороховская» (минерализация - 2,2-3,9 г/л) по 100,0-200,0 мл 3-4 раза в день. Время приема минеральной воды корректировалось в зависимости от уровня желудочной секреции и в большинстве случаев составляло 45-60 мин до приема пищи.

Пациентам второй, основной, группы (30 человек) на фоне базисной терапии, назначаемой аналогично с больными I группы, дополнительно проводили курс ОМТ. Лечение осуществляли с помощью аппарата УМТИ-3Ф «Колибри», формирующего бегущее магнитное поле с максимальным уровнем индукции 3,5 мТл в центре соленоида. Во время курса процедур величина магнитной индукции постепенно нарастала, составляя 40-80% от максимальных значений. Продолжительность одной процедуры – 15-25 мин, на курс назначали 10-12 процедур. В зависимости от сопутствующей патологии (наличия артериальной гипертензии) выбирали 1 или 3 режим воздействия. Продолжительность санаторного лечения составляла 18-24 дня.

Полученные результаты. Переносимость процедур ОМТ в подавляющем большинстве случаев была хорошей, лишь в трех случаях были отмечены жалобы на головокружение и

слабость после окончания процедуры. В такой ситуации изменяли режим воздействия и уменьшали его интенсивность.

Анализ результатов обследования пациентов обеих групп, выполненный к концу курса лечения, выявил положительную динамику клинических синдромов, однако степень ее выраженности в основной группе и группе сравнения различалась. Так, исчезновение или уменьшение болевого синдрома наблюдалось у 35 больных (85%) основной группы и 11 больных (55%) группы сравнения. Выявлено некоторое преимущество по влиянию процедур ОМТ на купирование проявлений астено-невротического синдрома (76,4 % и 60,0% в основной группе и группе сравнения соответственно). В то же время достоверных различий в коррекции диспептических нарушений в обеих исследуемых группах установлено не было.

Изучение динамики лабораторных показателей свидетельствовало о более выраженном снижении среди пациентов основной группы повышенного уровня индикаторных ферментов (АСТ, АЛТ, ГГТП), нормализации нарушенных показателей холестерина и его фракций. Однако не во всех случаях данные различия имели достоверный характер. У больных обеих групп проводимое восстановительное лечение способствовало усилению печеночной гемодинамики, что проявлялось улучшением формы реографической кривой и нормализацией основных РГГ-показателей. В частности, возрастала величина реографического индекса, межамплитудного показателя. Достоверное улучшение показателей тонуса вне- и внутривисцеральных сосудов наблюдалось лишь у больных основной группы.

Выводы. Включение процедур ОМТ в комплекс реабилитационных мероприятий для пациентов, перенесших холецистэктомию, способствует более интенсивному регрессу основных клинических симптомов, улучшению биохимических показателей крови и усилению печеночной гемодинамики. Процедуры ОМТ позволяют осуществлять коррекцию сопутствующих заболеваний у данной категории больных. Хорошая переносимость ОМТ и минимальное число противопоказаний к ее назначению дают основание говорить о целесообразности применения данного физического фактора в раннем восстановительном периоде у больных после операций на желчном пузыре и желчных путях.

Литература

1. Аметов А.С. Вклад современных исследований в понимание природы сахарного диабета 2-го типа и перспективы лечения. *Терапевтический архив*. 2014. 1: 4-9.
2. Назарова Г.А., Кончугова Т.В., Юрова О.В., Турова Е.А., Рассудова М.А., Сичинава Н.В., Морозова Н.Е. Результаты применения преформированных физических факторов и нейропротекторной терапии в восстановительном лечении пациентов с диабетической ретинопатией. *Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры*, 2013.5:29-32.

ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ ШТАММОВ *V. CHOLERAЕ*, ВЫДЕЛЕННЫХ ОТ ЛЮДЕЙ И ОБЪЕКТОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ В КАЗАХСТАНЕ В 1982-2015 ГГ.

Кульбаева М. М., Исмаилова А.О., Сагиев З. А., Алыбаев С. Д., Муссагалиева Р. С.
Казахский научный центр карантинных и зоонозных инфекций им. М. Айкимбаева,
Алматы, Казахстан

ANTIBIOTIC SENSITIVITY OF *V. CHOLERAЕ* STRAINS ISOLATED FROM PEOPLE AND ENVIRONMENT IN KAZAKHSTAN FROM 1982 TO 2015

Kulbayeva M. M., Ismailova A. O., Sagiyeu Z. A., Alybayev S. D., Mussagaliyeva R. S.
M. Aikimbayev's Kazakh Scientific Center for Quarantine and Zoonotic Diseases,
Almaty, Kazakhstan

Устойчивость штаммов холерного вибриона к антибиотикам является одной из проблем общественного здравоохранения во всем мире. В Казахстане ежегодно из окружающей среды и от людей выделяются штаммы *V. cholerae*.

Цель: получение базовой информации о чувствительности и резистентности штаммов холерного вибриона, изолированных от людей и из объектов окружающей среды в 1982-2015 гг. для совершенствования эпидемиологического надзора за холерой на территории Республики Казахстан.

Задачи: 1. Изучить чувствительность и резистентность штаммов холерного вибриона, изолированных от людей и из объектов окружающей среды в 1982-2015 гг. 2. Дать рекомендации по совершенствованию эпидемиологического надзора за холерой.

Материалы и методы: Мы изучили чувствительность к антибактериальным препаратам 52 штаммов *V. cholerae*, выделенных от людей и из окружающей среды в Казахстане с 1982 по 2015 гг. 9 штаммов холерного вибриона были выделены из окружающей среды и 4 штамма – от людей. 22 штамма являются *V. cholerae O1 Eltor* и 30 штаммов *V. cholerae non O1*. Для исследования мы использовали следующие антибиотики - ципрофлоксацин, карбенициллин, ампициллин, стрептомицин, эритромицин, тетрациклин, канамицин, доксициклин, гентамицин, левомицетин, амоксициллин. Чувствительность определяли методом диско-диффузионный метод в агаре Мюллера-Хинтона согласно методическому руководству CLSI M100 Performans Standards for Antimicrobial Susceptibility Testing, Manual Antimicrobial Susceptibility Testing.

Результаты: Исследование показало, что штаммы были высокочувствительны к доксициклину, гентамицину, ципрофлоксацину. К стрептомицину были устойчивы 10% исследованных штаммов, к канамицину – 31 % штаммов, к эритромицину-10% штаммов, к левомицетину - 4 %, к карбенициллину – 6 %, к ампициллину – 2%, тетрациклину –2%, амоксициллину – 2%, у 6 % определена мультирезистентность к амоксициклину, стрептомицину, канамицину, карбенициллину. Интересным фактом является то, что мультирезистентные штаммы были выделены в 1993, 2009, 2012 гг. в Алматинской области, из них 2 штамма были выделены из воды и один штамм – от человека.

Выводы: Таким образом, исследованные штаммы были высокочувствительны к доксициклину, гентамицину, ципрофлоксацину, которые могут быть рекомендованы практическому здравоохранению как препараты выбора для лечения и профилактики холеры в рамках эпидемиологического надзора за холерой в Республике Казахстан.

Штаммы были устойчивы к стрептомицину, канамицину, эритромицину, левомицетину, карбенициллину, ампициллину, тетрациклину, амоксициллину, наблюдалась мультирезистентность 3 штаммов к амоксициклину, стрептомицину, канамицину, карбенициллину. Исследование было проведено в рамках проекта № 4921/ГФ4.

Литература

1. Isin Akyar Standard Operating Procedures (What Are They Good For?) // <http://dx.doi.org/10.5772.50439>.
2. Laboratory-Specific Standard Operating Procedures (SOPs) // <http://www.ehs.berkeley.edu>.
3. Kathryn L. Cottingham, Deborah A. Chiavelli, Ronald K. Taylor Environmental microbe and human pathogen: the ecology and microbiology of *Vibrio cholerae* // *Frontiers in Ecology and the Environment*. – Vol. 1. – 2003. – P. 80-86.

ПРИЧИНЫ И ИСХОДЫ НЕОНАТАЛЬНЫХ СУДОРОГ

Лебедева О.В.¹, Ткачева Н.В.¹, Чикина Т.А.², Чечухин В.М.²,
Лапеко С.В.², Ажкамалов С.И.³

¹ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава РФ, Астрахань, Россия

²ГБУЗ «Клинический родильный дом», Астрахань, Россия

³ГБУЗ «Областная детская клиническая больница им. Н.Н. Силищевой»

CAUSES AND OUTCOMES OF NEONATAL SEIZURES

Lebedeva O.V.¹, Tkacheva N.V.¹, Chikina T.A.², Chechukhin V.M.²,
Lapeko S.V.², Azhkamalov S.I.³

¹Astrakhan State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Astrakhan, Russia

²Clinical Maternity Hospital, Astrakhan, Russia

³Regional Children's Clinical Hospital of N.N. Silichevoy, Astrakhan, Russia

Неонатальный период является наиболее уязвимым для развития пароксизмальных состояний у новорожденных. Судороги являются следствием тяжелого повреждения головного мозга и, нередко, предиктором эпилепсии и когнитивного дефицита и неблагоприятного исхода. Так например, летальность при наличии судорог составляет от 15 до 40 %, у 11–90 % выживших детей драматичны и отдаленные последствия, проявляющиеся эпилептической энцефалопатией с нарушением когнитивных функций, трудностями в обучении и коммуникации, девиантным поведением, задержкой моторики [1]. Широкий спектр этиологических факторов в сочетании с восприимчивостью незрелого мозга к повреждениям обуславливают их высокую частоту [2]. По различным данным частота неонатальных судорог составляет 1,1-8,6 на 1000 новорожденных. У недоношенных новорожденных она гораздо выше и достигает 57,5-132 на 1000 новорожденных [3,4]. В подавляющем большинстве случаев судороги являются симптоматическими и имеют полиэтиологический генез. Наиболее частыми причинами являются: гипоксически-ишемические поражения нервной системы – до 48%, инфекционные поражения ЦНС, внутрижелудочковые и паренхиматозные кровоизлияния до 10%, метаболические нарушения (гипогликемия, гипокальциемия до 7- 9%.) Среди редких причин - токсико-метаболические нарушения (билирубиновая энцефалопатия), аномалии развития ЦНС, наследственные болезни обмена [3].

Дебют приступов чаще наблюдается на первой недели жизни. Клинические проявления судорог у новорожденных, особенно у недоношенных, как правило, стерты, кратковременны, фрагментарны и их сложно отличить от физиологических феноменов, что приводит гиподиагностике приступов [1,3-4].

Целью исследования стало изучение частоты, возможной этиологии и исходов судорожного синдрома у новорожденных.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в ГБУЗ АО «Клинический родильный дом» в 2016 г. Всего было обследовано 19 новорожденных с судорожным синдромом, весом при рождении от 1255 г до 3810 г, гестационным возрастом от 34 до 41 недели. Среди них - 7 девочек и 12 мальчиков, 5 (26,5%) детей были недоношенными и 4 (21%) - имели задержку внутриутробного развития. Рождены через естественные родовые пути 11 (58%) детей, 8 (42%) – путем операции кесарево сечение. Для уточнения причины судорог анализировались данные течения беременности и родов, состояние ребенка при рождении и в динамике, клинические, биохимические, иммунологические показатели крови и ликвора, данные нейросонографии (НСГ), электроэнцефалографии и компьютерной томографии головного мозга.

Результаты исследования. На первом этапе исследования было установлено, что частота судорожного синдрома составила 2,4 на 1000 новорожденных, что соответствует общероссийским и мировым данным [1,5].

При анализе акушерско-гинекологического и соматического анамнеза во всех случаях отмечалось отягощенное течение беременности: наличие экстрагенитальной патологии (63%), хронической плацентарной недостаточности (31,5%), инфекции урогенитального тракта (26%), угрозы прерывания беременности (21%), преэклампсии (10,5%). Перинатальный период осложнялся угрожающей гипоксией плода (25,5%), интранатальной асфиксией новорожденного (21%), аспирацией мекония в родах (5,3%), пневмонией (10,5%), внутриутробной инфекцией (15,8%). Дебют судорог у 73,7% детей отмечен в первые трое суток после рождения, у 4 (21%) - на 4-7 сутки и в одном случае - на 10 сутки жизни. Повторно судороги отмечались у 5 (25,5 %) детей.

При обследовании судороги метаболического характера, обусловленные гипогликемией, выявлены у одного ребёнка, рождённого от матери с сахарным диабетом 2-го типа и имевшего признаки диабетической фетопатии.

По данным НСГ в подавляющем большинстве случаев (94,7%) выявлялись сочетанные ишемически-геморрагические изменения ЦНС, в виде перивентрикулярной и диффузной ишемии, внутрижелудочковых кровоизлияний 1-2 степени. У одного ребёнка диагностирована врожденная гидроцефалия.

Особое значение для проведения дифференциального диагноза имели показатели спинномозговой жидкости. По полученным данным у 31,5% новорожденных изменения в ликворе свидетельствовали наличии субарахноидального кровоизлияния, характеризующиеся большим количеством выщелочных эритроцитов и макрофагов, у 15,8 % - менингоэнцефалита, гнойного менингита (5,3%). Анализ ликвора методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) позволил уточнить герпетическую этиологию менингоэнцефалита, в другом случае-диагноз врожденного герпеса выставлен на основании полученного анализа крови методом ПЦР. Следует также отметить, что почти в половине случаев (48%) изменения в ликворе не выявлены. Это были дети с гипоксически-ишемическим поражением ЦНС, перенесших перинатальную гипоксию.

При сопоставлении времени появления судорог и их возможной причины было установлено, что в первые 72 часа, максимально на 2-е сутки жизни, дебютируют судороги метаболического характера, обусловленные гипоксией/асфиксией в родах, а также субарахноидальными кровоизлияниями. Во всех этих случаях имелся светлый промежуток после рождения, причем у детей с диагностированным САК оценка по шкале Апгар была более 6 баллов. Отсроченное появление судорог было характерно для детей с инфекционным поражением ЦНС и пороком развития ЦНС. У новорожденного с неонатальным герпесом дебют судорог пришелся на 10 –е сутки жизни.

Ближайшими исходами у новорождённых с неонатальными судорогами стали: выздоровление (63,2%), задержка психомоторного развития (26,3%), в том числе в сочетании с симптоматической эпилепсией (15,7%), летальный исход (10,5%). Причинами летального исхода стали последствия в виде тяжелой атрофии головного мозга после перенесенного герпетического менингоэнцефалита и массивного субарахноидального кровоизлияния. Основными предикторами неблагоприятного исхода были отсутствие эффекта от противосудорожной терапии на всем протяжении лечения, развитие симптоматической эпилепсии и вторичной атрофии вещества головного мозга.

Выводы:

1. У большинства новорожденных (85%) судороги возникают в первые 72 часа после рождения, являются симптомом тяжелого перинатального повреждения головного мозга (84,2%) и предиктором неблагоприятного исхода (36,8 %).
2. Установленными причинами неонатальных судорог стали: субарахноидальные кровоизлияния (28,5%), перинатальная гипоксия/асфиксия (21%), менингоэнцефалит (21%), гипогликемия (5%), врожденная гидроцефалия (5%).
3. Прогноз для дальнейшего развития и выздоровления ребенка определяет длительность судорожного синдрома и эффект от проводимой противосудорожной терапии.

Литература

1. Морозова Т.М., Евтушенко С.К., Омеляненко А.А., Балахонова О.Н. Неонатальные судороги: диагностика и терапия. //Международный неврологический журнал. -2009.- № 1(23): 144-154.
2. Неврология/Д.Перлман; под ред.Р.Полина; пер. с англ.; под.ред.Н.А. Ермоленко.-М.: Логосфера. 2015.-392с.
3. Гузева В.И., Заваденко А.Н., Медведев М.И., Дегтярева М.Г. Клинические рекомендации по диагностике, лечению и прогнозированию течения неонатальных судорог. /Детская неврология, вып.3: клинические рекомендации. М: ООО «МК». 2015.-336 с.
4. Пивоварова А.М. Доброкачественные неонатальные судороги./ Доброкачественные эпилептические приступы и доброкачественные эпилепсии детства/ Белоусова Е.Д. – М.:Миклош, 2012.-200с.
5. Sankar J.M., Agarwal R, Deorari A, Paul VK. Seizures in the Newborn // The Indian Journal of Pediatrics. -2008.- Vol 75(2): 149-157.

ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ МАЛЯРИЙНОЙ СТАНЦИИ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ (95 лет со дня организации)

Левина Т.А., Аракельян Р.С., Галимзянов Х.М.
ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава РФ, Астрахань, Россия

THE HISTORY OF CREATION OF A MALARIAN STATION IN THE ASTRAKHAN REGION (95 years from the date of organization)

Levina T.A., Arakelyan R.S., Galimzyunov X.M.
Astrakhan State Medical University

В 2017 г. исполняется 95 лет со дня образования противомаларийной организации в дельте Волги.

Астраханская губернская малярийная станция была организована в 1922 г. Позднее была организована малярийная станция Водздравотдела и районная малярийная станция в Красном Яру.

Как пишет Ф.М. Топорков в своей монографии «Малярия» достоверных сведений о заболевании малярией в древней Астрахани мы не имеем.

Долгое время малярия была бичом Нижнего Поволжья. До революции от этой болезни так же, как от холеры, тифа, здесь ежегодно умирали сотни людей.

Первые статистические данные о заболеваемости малярией в Астраханской области относятся к 1894 г., когда в Астраханской губернии было зарегистрировано 54952 случая малярии. Так, по отчетам врачей городской больницы Далингера и Никольского малярия в 1884 г. составила 27% всех амбулаторных посещений.

В первой половине 20 века, вплоть до 1954 г., Астраханская область являлась очагом малярии. Число зарегистрированных случаев составляло: в 1935 г. – 19439 сл., 1940 г. – 15409 сл. В годы Великой Отечественной войны заболеваемость повысилась и в 1944 г. составляла – 42913 сл., 1948 г. – 13793 сл., 1949 г. – 6164 сл., 1950 г. – 2799 сл., 1951 г. – 938 сл., 1952 г. – 14 сл., 1953 г. – 3 сл., 1954 г. – не выявлено ни одного случая, и этот год явился этапным для Астраханской области, так как с этого года малярия была ликвидирована как массовое заболевание.

К 1914 г. во всех амбулаториях города зарегистрировано 14365 маляриков, составляющих 19,6% всех первичных амбулаторных больных.

В 1922 г. в Астраханском медицинском журнале (№23) появилась статья заведующего станцией и клиникой частной патологии и терапии Астраханского медицинского института Ф.М. Топоркова «О диете маляриков». Часть медицинской общественности считала, что малярия вызывается или поддерживается употреблением в пищу некоторых сортов местных плодов (дыня, виноград, тутовая ягода, помидоры, огурцы), а также рыбы соленой или свежей.

Доктор А.П. Балашов, как ординатор клиники частной патологии и терапии, поставил опыт с кормлениями больных дынями. Ни у одного больного рецидива не наблюдалось.

Планомерная работа по ликвидации малярии началась лишь с организации малярийной станции.

В 1922 году профессор Федор Михайлович Топорков помогает организовать Астраханскую губернскую малярийную станцию, которой руководит до 1941 года. Созданная в Астрахани малярийная станция получила самостоятельный бюджет, при ней был создан стационар на 8 коек. С этого года началась большая исследовательская работа совместно с кафедрой инфекционных болезней АГМИ.

Малярийная станция через уездные здравотделы начала сбор сведений о распространении малярии в населенных пунктах губернии, об их топографии, фенологии переносчика и т.д. Был создан большой фонд хинина, была начата обработка водоёмов нефтью, прежде всего вокруг Астрахани. Стало производиться обследование населения на паразитоносительство. Была предпринята профилактическая хинином населения, прежде всего красноармейцев.

Состоялось специальное постановление губплана от 17 мая 1924 г. об обложении налогом всей промышленности и торговли для создания специального малярийного фонда. В целях широкого развертывания работ было создано 4 малярийных отряда, которые выполняли большую работу в сельской местности, главным образом, по активному выявлению маляриков. В составе одного из этих отрядов работал большой энтузиаст этого дела, в дальнейшем организатор и бессменный руководитель малярийной станции на водном транспорте (Астраханский участок) Шмерл Иосифович Эпштейн, возглавлявший в 1926 г. группу врачей по борьбе с эпидемией малярии в селе Сасыколи, свалившей с ног чуть ли не 80% сельчан.

Большая заслуга в деле борьбы с малярией в Астраханской области принадлежит Полине Семеновне Егоровой и др.

Работа на малярийной станции для Федора Михайловича было делом совершенно новым. Трудно было с оборудованием, средствами, медицинскими кадрами. Большие вспышки малярии отмечались в 1925-1927 годах. В Центре истории Астраханского медицинского Университета сохранились фотографии малярийного домика, коллектива малярийной станции и диаграммы движения первичной обращаемости с малярией по Астраханской области. Врачи станции принимали активное участие в работе IV – V Поволжских съездов по борьбе с малярией, где выступал со своими докладами и Ф.М. Топорков. Замечательная монография Топоркова «Малярия: Материалы к учению об эпидемиологии и патогенезе» (1939 г.) отразила многолетний труд по борьбе с малярией в Астраханском крае и служила ценным руководством для врачей и студентов.

...Сейчас в дельте Волги малярия стала редким завозным заболеванием. Хотя совсем недавно Астраханский край был одним из самых малярийных «питомников» нашей страны. Малярия наносила огромный ущерб здоровью людей. Одной из неотложных задач органов здравоохранения Астраханской области была борьба с малярией. Заболеваемость ею исчислялась десятками тысяч случаев в год. Например, в 1924 г. было зарегистрировано 26855 случаев, а в 1925 г. – 28439 случаев малярии, и это далеко не полные данные.

Деятельность станции распространялась на Астрахань и районы области. Перед врачами стояла задача: изучение малярии, причин заболевания и уничтожения ее. При станции работали курсы по подготовке кадров для борьбы с малярией. Для работы врачей и студентов имелась клиника. Станция проделала огромную работу по ликвидации малярии не толь-

ко в Астрахани, но и во всем Нижне-Волжском бассейне, подготовила высококвалифицированных специалистов.

В 1930 г. ассистент глазной клиники В.А. Баталов на III Поволжском съезде офтальмологов сделал интересное научное сообщение на тему «Малярийные заболевания глаза».

Астраханская малярийная станция проделала огромную работу по изучению условий, порождающих малярию в нашем городе, провела большую научно-исследовательскую работу в этой области и разработала ряд конкретных практических мероприятий по оздоровлению города в малярийном отношении. Малярийной станцией было намечено провести ряд гидротехнических осушительных мероприятий, намечалось проведение омыления окружающих Астрахань водных пространств парижской зеленью, полный учет и лечение маляриков, защитные мероприятия против укусов комаров (полога, засетчивания окон и т.п.).

Значительная часть этих мероприятий в годы первой и второй пятилеток была проведена в жизнь. Большие затруднения встречались в проведении гидротехнических осушительных мероприятий.

К 1934 г. Астраханская малярийная станция является крупным научным и оперативным центром. В штате 6 врачей и несколько десятков бонификаторов - хинизаторов.

Лишь в 1935 г. в области гидротехнических мероприятий по городу была проведена большая работа. Всего за 1935 г. было осушено свыше 60 га площади, ранее занятой лиманами и болотами. В этом же году опылено с самолетов парижской зеленью в прилегающей к Астрахани зоне 50 тыс. а заболоченных участков. Все это дало большой эффект в направлении снижения заболеваемости малярией.

Малярийная заболеваемость в период с 1925 по 1934 гг. снизилась с 2143 до 1153 заболеваний на 10 тыс. населения, но оставался еще высоким.

На борьбу с малярией было брошено все, что могло принести пользу. Срочно создавались специальные лаборатории, был организован строгий учет всех маляриков. На улицах, в учебных заведениях, в цехах предприятий вывешивались плакаты, листовки о том, как предупредить малярию. Были разработаны научно-обоснованные методы и средства этой болезни. Сооружение системы дамб позволило осушить ряд территорий вблизи населенных пунктов, которые ранее заливались паводковыми водами и становились рассадниками комаров – переносчиков инфекций. Советские и партийные работники оказывали всемерную помощь медицинским работникам. И к 1940 г. в Нижне-Волжском бассейне заболеваемость малярией оказалась самой низкой в стране. Правда, в годы Великой Отечественной войны, в связи с притоком в нашу область эвакуированных из прифронтовых районов, число больных малярией увеличилось. Но накопленный опыт и своевременно принятые меры дали возможность быстро пресечь распространение болезни.

В послевоенные годы борьбой с малярией занимается профессор Л.Е. Каршина. По ее рекомендации в практику были внедрены некоторые экологические методы, имеющие целью снижение анафелогенности водоемов и заращивание их растительностью, разведение в ильменах водяного ореха, что создавало неблагоприятные условия для личиночной стадии комаров.

Как вспоминает бывший помощник энтомолога паразитологического отделения эпидемиологического отдела Областной санэпидстанции Надежда Александровна Иванова: «В годы войны нам приходилось 2 раза в день обходить прикрепленных больных малярией в городе и вручать им препарат «Акрихин». Немного позже нас обучили работе с микроскопом, как правильно производить забор крови от больных людей. И поэтому в летнее время мы занимались малярией. В мои обязанности входило, не только обойти всех больных и раздать им лекарства, но и проверить, находящиеся в городе бочки с пожарной водой на наличие в них личинок малярийных комаров. Такая работа продолжалась до наступления первых холодов».

Проблема малярии хорошо изучена и описана профессором Г. Г. Непряхиным, ассистентами А.Г.Мочаловой, К.Ф. Фламиной, доктором А.И.Нестеровой и опубликована в Труды Астраханского государственного мединститута (Сталинград, 1938).

Спустя годы многие научные сотрудники Астраханского мединститута ассистенты Т.М. Переводчикова и О.Ф. Кроль доложили о ситуации по малярии в Астраханском регионе на 14 научной сессии в 1945 г.

В 1954 году Астраханская малярийная станция прекратила свое самостоятельное существование в связи с ее объединением с областной Санэпидстанцией.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ЭМОКСИПИНА НА УРОВЕНЬ ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНА ГИПОФИЗА В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ГИПОКИНЕЗИИ

Лендов А.О.

ГБУЗ АО «Детская городская поликлиника №1» КДЛ, Астрахань, Россия

STUDY OF THE INFLUENCE OF EMOXIPINE ON THE LEVEL OF THYROTROPIC HORMONE OF HYPOPHYSIS IN THE CONDITION OF EXPERIMENTAL HYPOKINESIA

Lendov A.O.

Children's city polyclinic №1, Clinical diagnostic laboratory, Astrakhan, Russia

Введение. В связи с постоянно меняющимися условиями жизнедеятельности, ростом эмоциональных, информационных нагрузок остро встает проблема адаптации, профилактики и коррекции стрессогенных воздействий и их последствий для организма. Стресс, особенно длительно существующий, может привести к постепенному истощению адаптационных механизмов и ресурсов организма и, как следствие, к нарушению деятельности функциональных систем, особенно нейроэндокринной, и развитию различных патологических состояний [1, 4].

Одной из важных частей сложной системы нейроэндокринной регуляции работы нашего организма является тиреоидный гомеостат, который оказывает значительное влияние на разнообразные физиологические функции [5]. Однако сведения об изменениях функционального состояния тиреоидного гомеостата при стрессе малочисленны и чрезвычайно противоречивы.

Установленный факт изменения функциональной активности при воздействии стресса любой этиологии делает актуальным поиск средств фармакологической коррекции. Одно из направлений такого поиска базируется на положениях свободнорадикальной теории развития различных патологических процессов, из которых следует, что данные вещества необходимо искать среди природных или синтетических антиоксидантов [2, 3]. В связи с чем, изучение нейроиммуноэндокринных эффектов эмоксипина при стрессе вызывает несомненный интерес.

Целью данного исследования явилось изучение влияния эмоксипина на уровень тиреотропного гормона лабораторных животных, подверженных воздействию экспериментальной гипокинезии.

Материалы и методы. Исследование проведено в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ № 199н от 01.04.2016г. «Об утверждении Правил лабораторной практики» с соблюдением Международных рекомендаций Европейской конвенции по защите позвоночных животных, используемых при экспериментальных исследованиях.

В эксперименте были использованы крысы-самцы 6–8 мес. возраста. Животные были разделены на 4 группы: 1-я – контрольные животные; 2-я – крысы, подвергавшиеся воздействию экспериментальной гипокинезии (15 дней); 3-я – особи, получавшие эмоксипин в дозе

5мг/кг в/м (15 дней); 4-я – животные, получавшие эмоксипин в дозе 5мг/кг в/м и подвергавшиеся воздействию экспериментальной гипокинезии (15 дней).

Экспериментальную гипокинезию моделировали, помещая животное ежедневно на 1,5 часа, в пластиковую камеру, ограничивающую движение. Определяли концентрацию тиреотропного гормона (ТТГ) в плазме крови.

Статистическую обработку результатов исследования осуществляли с использованием t-критерия Стьюдента с поправкой Бонферрони.

Результаты и их обсуждение. Анализ данных, полученных при изучении уровня ТТГ гипофиза, показал, что экспериментальная гипокинезия вызывает снижение концентрации гормона в сыворотки крови на 30% ($p < 0,05$). Введение эмоксипина на фоне экспериментальной гипокинезии, сопровождалось увеличением концентрации тиреотропного гормона, относительно стрессированных животных на 25% ($p < 0,05$). Следует отметить, что при введении изучаемого антиоксиданта животным, находящимся в условиях физиологического покоя, значимых изменений уровня ТТГ не наблюдалось.

Заключение. Таким образом, полученные данные в ходе изучения влияния эмоксипина на уровень тиреотропного гормона в условиях экспериментальной гипокинезии, свидетельствуют о способности данного антиоксиданта оказывать стресс-протекторное действие, стимулируя выработку данного гормона.

Литература

1. Ясенявская А.Л. Изучение влияния иммобилизационного стресса и антиоксидантов на гормональную активность щитовидной железы белых крыс на разных этапах онтогенеза // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. – 2010. – № 2-2. – С. 689-693.
2. Ясенявская А.Л., Кобзева Н.В. Влияние антиоксидантов на уровень перекисного гемолиза эритроцитов старых крыс в норме и при иммобилизационном стрессе // Современные наукоемкие технологии. – 2006. – № 2. – С. 69-70.
3. Ясенявская А.Л., Лужнова С.А. Влияние эмоксипина на морфометрические показатели щитовидной железы белых крыс в постнатальном онтогенезе в условиях иммобилизационного стресса // Биомедицина. – 2012. – Т. 1. № 1-3. – С. 63-67.
4. Ясенявская А.Л., Рябыкина Н.В. Влияние иммобилизационного стресса и антиоксидантов на тиреоидную функцию на разных этапах онтогенеза // Естественные науки. – 2009. – № 4. – С. 132-140.
5. Ясенявская А.Л., Самотруева М.А., Лужнова С.А. Влияние антиоксидантов на нейроэндокринный статус в условиях иммобилизационного стресса // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. – № 8-2. – С. 57-59.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ЭМОКСИПИНА НА УРОВЕНЬ ГОРМОНОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ГИПОКИНЕЗИИ

Лендов А.О.

ГБУЗ АО «Детская городская поликлиника №1» КДЛ, Астрахань, Россия

STUDY OF THE INFLUENCE OF EMOXIPINE ON THE LEVEL OF THYROID HORMONES IN THE CONDITION OF EXPERIMENTAL HYPOKINESIA

Lendov A.O.

Children's city polyclinic №1, Clinical diagnostic laboratory, Astrakhan, Russia

Введение. Пытаясь очертить рамки стресса, оказывающего влияние на все системы организма, в том числе и на нейроэндокринную, различные исследователи сталкиваются с

трудностями объективного характера – столь неспецифическое воздействие вызывает такую метаболическую перестройку, что трудно определить, какой орган или система органов остаются от стресса в стороне [1, 2, 5]. Следует отметить, что щитовидная железа является ключевым звеном в нейроэндокринной системе, изменения в которой отражают особенности формирования стресс-реакции организма [3].

Одной из важнейших задач экспериментальной физиологии и фармакологии является поиск средств, оказывающих влияние на эндокринную систему организма в условиях стрессогенного воздействия. Одно из направлений такого поиска базируется на положениях свободнорадикальной теории развития различных патологических процессов, из которых следует, что данные вещества необходимо искать среди природных или синтетических антиоксидантов [1, 4]. В связи с чем, изучение тиреотропного действия эмоксипина при стрессе вызывает несомненный интерес.

Целью данного исследования явилось изучение влияния эмоксипина на гормональную активность щитовидной железы лабораторных животных, подверженных воздействию экспериментальной гипокинезии.

Материалы и методы. Исследование проведено в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ № 199н от 01.04.2016г. «Об утверждении Правил лабораторной практики» с соблюдением Международных рекомендаций Европейской конвенции по защите позвоночных животных, используемых при экспериментальных исследованиях.

В эксперименте были использованы крысы-самцы 6–8 мес. возраста. Животные были разделены на 4 группы: 1-я – контрольные животные; 2-я – крысы, подвергавшиеся воздействию экспериментальной гипокинезии (15 дней); 3-я – особи, получавшие эмоксипин в дозе 5мг/кг в/м (15 дней); 4-я – животные, получавшие эмоксипин в дозе 5мг/кг в/м и подвергавшиеся воздействию экспериментальной гипокинезии (15 дней).

Экспериментальную гипокинезию моделировали, помещая животное ежедневно на 1,5 часа, в пластиковую камеру, ограничивающую движение. Определяли концентрацию трийодтиронина и тироксина в плазме крови. Статистическую обработку результатов исследования осуществляли с использованием t-критерия Стьюдента с поправкой Бонферрони.

Результаты и их обсуждение. Результаты исследования активности щитовидной железы указывают на достоверное снижение секреции тиреоидных гормонов в условиях экспериментальной гипокинезии в среднем на 35% ($p < 0,01$). Введение эмоксипина на фоне экспериментальной гипокинезии у крыс-самцов приводило к полной коррекции уровня, как тироксина, так и тетраiodтиронина ($p < 0,05$), относительно стрессированных животных.

Заключение. Таким образом, полученные данные в ходе изучения влияния эмоксипина на щитовидную железу в условиях экспериментальной гипокинезии, свидетельствуют о способности данного антиоксиданта оказывать стресс-протекторное действие, стимулируя выработку тироксина и тетраiodтиронина.

Литература

1. Удочкина Л.А. Экспериментальное выявление критических периодов в развитии щитовидной железы // *Фундаментальные исследования*. - 2006. - № 7. - С. 47-48.
2. Ясенявская А.Л. Изучение влияния иммобилизационного стресса и антиоксидантов на гормональную активность щитовидной железы белых крыс на разных этапах онтогенеза // *Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского*. – 2010. – № 2-2. – С. 689-693.
3. Ясенявская А.Л., Кобзева Н.В. Влияние антиоксидантов на уровень перекисного гемолиза эритроцитов старых крыс в норме и при иммобилизационном стрессе // *Современные наукоемкие технологии*. – 2006. – № 2. – С. 69-70.
4. Ясенявская А.Л., Лужнова С.А. Влияние эмоксипина на морфометрические показатели щитовидной железы белых крыс в постнатальном онтогенезе в условиях иммобилизационного стресса // *Биомедицина*. – 2012. – Т. 1. № 1-3. – С. 63-67.

5. Ясенявская А.Л., Рябыкина Н.В. Влияние иммобилизационного стресса и антиоксидантов на тиреоидную функцию на разных этапах онтогенеза // Естественные науки. – 2009. – № 4. – С. 132-140.
6. Ясенявская А.Л., Самотруева М.А., Лужнова С.А. Влияние антиоксидантов на нейроэндокринный статус в условиях иммобилизационного стресса // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. – № 8-2. – С. 57-59.

ОЖИРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Малышева И.П., Акмаева Л.М.

ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава РФ, Астрахань, Россия

OBESITY AS A RISK FACTOR FOR PERINATAL COMPLICATIONS

Malysheva I.P., Akmaeva L.M.

Astrakhan State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Astrakhan, Russia

Ожирение в современном мире, является не только общемедицинской, но и значимой акушерской проблемой [1,3]. Беременные с избыточной массой тела и ожирением отнесены к группе высокого риска по развитию таких осложнений как преэклампсия, гестационный сахарный диабет, плацентарная недостаточность, что связано с дисфункцией эндотелия сосудов, а также аномалий родовой деятельности, родового травматизма, кровотечения, СЗРП в одних случаях и макросомии новорожденных - в других [4,5]. Кроме того, отмечено, что у женщин, страдающих в более поздних периодах жизни гормонозависимыми опухолями репродуктивной системы, частота родов крупным плодом в анамнезе превосходит таковую у здоровых женщин. У детей, рожденных массой 4000 г и более, повышен риск развития гормонозависимой патологии репродуктивной системы, как в детстве, так и во взрослой жизни. [2,3].

Цель исследования: разработать комплексный подход к прогнозированию исходов беременности и родов у женщин, имеющих избыточную массу тела и ожирение

Задачи: по данным ретроспективного анализа оценить особенности клинического течения, исходы беременности и родов у пациенток, имеющих избыточную массу тела и ожирение.

Материалы и методы: анализ медицинской документации – историй родов (учетная форма 096/У), обменных карт беременных (учётная форма 113/у), историй новорождённых (учётная форма № 097/у).

Результаты исследования:

При ретроспективном анализе 72 случаев родоразрешений пациенток с избыточной массой тела и ожирением установлено, что 18 (25%) пациенток имели ожирение I степени, 43 (59,7%) - ожирение II степени и 11 (15,3%) - ожирение III степени. Возраст пациенток колебался от 16 до 44 лет, составив в среднем $30 \pm 1,0$ год.

При оценке методов родоразрешения и структуры показаний к абдоминальному родоразрешению было выявлено, что 38 (52,8%) беременных и рожениц родоразрешены путём операции кесарева сечения.

Из указанного количества 17 (44,7%) пациенток были повторнобеременными, при обследовании диагностирован несостоятельный рубец на матке, в плановом порядке им было выполнена операция кесарева сечения.

Необходимо отметить, что 21 (55,3%) пациентка была родоразрешена по экстренным показаниям. В 8 (22,2%) случаях имело место сочетание родового излития околоплодных вод и «незрелых» родовых путей, оценка степени зрелости шейки матки по шкале Бишоп колебалась от 2 до 4 баллов, эффект использования мифепристона по рекомендуемой схеме был клинически не значимым.

У 6 (16,6%) рожениц в процессе родов сформировалось клиническое несоответствие головки плода к тазу матери. Упорная первичная слабость родовой деятельности не поддающаяся медикаментозной коррекции была диагностирована в 4 (11,1%) случаях. В 3 (8,3%) случаях имела место преэклампсия тяжелой степени.

В процессе абдоминального родоразрешения при наличии нескольких факторов риска этой категории беременных (рожениц) для снижения кровопотери проводилась управляемая баллонная тампонада.

У беременных (рожениц) с избыточной массой тела и ожирением достаточно часто, в 26 случаях (40%) выявлялась хроническая или гестационная артериальная гипертензия; в 20 (27,7%) - заболевания почек; в 16 (22,2%) – анемия и в 7 (9,7%) случаях - гестационный сахарный диабет и глюкозурия беременных.

Следует отметить, что в большинстве случаев имело место сочетание двух и более экстрагенитальных заболеваний.

Несмотря на высокий процент оперативного родоразрешения 7 (9,7%) детей было рождено в асфиксии, с оценкой по Апгар 3/5/6 баллов. Причиной такой низкой оценки, как правило, было гипоксическое состояние плода, развившееся на фоне дисфункции эндотелия сосудов, гемодинамических нарушений в системе «мать – плацента – плод» и декомпенсации соматического состояния матери различной степени выраженности.

Выводы:

Таким образом, приведённые данные свидетельствуют о необходимости индивидуального прогнозирования у пациенток, имеющих избыточную массу тела и ожирение, что требует максимально оптимизировать акушерскую тактику с целью снижения осложнений во время беременности, в родах и у новорождённых детей.

Литература:

1. Гармонова Н.А. Прогнозирование осложнений течения беременности и родов у женщин с ожирением при различных вариантах распределения жировой ткани: Дис. . канд. мед. наук. М., 2007. - 159 с.
2. Дикарева Л.В. Возрастные аспекты развития гормонозависимых опухолей матки в группах риска (клинико-статистическое исследование Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Волгоградский государственный медицинский университет. Волгоград, 2003. – 24 с.
3. Дикарева Л.В. Особенности сочетания миомы матки и фетальной макросомии у беременных в астраханской области. // Л.В. Дикарева, Е.Г. Шварев. Астраханский медицинский журнал.- 2006. Т. 1. № 1. С. 64-68.
4. Сувернева А.А., Мамиев О.Б., Шрамкова И.А., Баймуханова Г.Н. Взгляд на проблему ранней неонатальной смертности с позиции материнского организма.// Международный журнал экспериментального образования. - 2014. № 3-1. С. 78-80.
5. Сувернева А.А. Дифференцированный подход в прогнозировании неблагоприятных перинатальных исходов. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. - 2013. № 11-1. С. 69-71.

**АССОЦИАЦИИ ПОЛИМОРФИЗМА RS9594759 ГЕНА *TNFSF11*
С МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТЬЮ ПОЯСНИЧНЫХ ПОЗВОНКОВ
L1-L4 У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗУ**

Майлян Э. А.¹

¹Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк, ДНР

**ASSOCIATIONS BETWEEN *TNFSF11* GENE RS9594759 POLYMORPHISM
AND MINERAL DENSITY OF LUMBAR VERTEBRAE LI-L4 IN
POSTMENOPAUSAL WOMEN**

Maylyan E. A.¹

¹Donetsk National Medical University named after M. Gorky, Donetsk, DPR

Остеопороз – широко распространенное хроническое прогрессирующее метаболическое системное заболевание скелета, которое характеризуется снижением минеральной плотности и нарушением микроархитектоники костной ткани, вследствие чего снижается ее прочность и повышается риск переломов [1]. Экспериментальными и клиническими наблюдениями доказана важная роль иммунных факторов в развитии остеопоротических нарушений костной ткани у женщин при дефиците эстрогенов [2, 3]. Одним из ключевых регуляторов остеокластов и ремоделирования костной ткани является RANKL, цитокин из суперсемейства фактора некроза опухолей. Поэтому ген *TNFSF11*, который кодирует вышеуказанный цитокин, по праву относят к генам-кандидатам постменопаузального остеопороза.

Цель: исследовать у женщин в постменопаузальном возрасте показатели минеральной плотности костной ткани (МПК) поясничных позвонков L1-L4 в зависимости от генотипов полиморфизма rs9594759 (C>T) гена *TNFSF11*.

Задачи: выполнить остеоденситометрию поясничных позвонков L1-L4, детекцию полиморфизма rs9594759 (C>T) гена *TNFSF11* у женщин в постменопаузу и провести анализ уровней МПК у обследованных лиц с различными генотипами вышеуказанного полиморфизма.

Методы: Обследованы 483 женщины в постменопаузальном возрасте со стойким отсутствием менструаций как минимум в течение одного года. До включения в исследование у всех участников было получено письменное информированное согласие. Женщинам выполнялась двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия на уровне поясничных позвонков L1-L4. Для этого использовались денситометры «Discovery W QDR Series X-Ray Bone Densitometer» (HOLOGIC Inc., США) и «Prodigy» (GE Medical Systems LUNAR, США). Детекцию полиморфизма rs9594759 (C>T) гена *TNFSF11* осуществляли с помощью соответствующих наборов производства «ДНК-Технология» (Москва, РФ) методом ПЦР в режиме реального времени. При статистической обработке вычислялись медиана (Me), ошибка медианы (me), использовался W-критерий Вилкоксона.

Результаты: Обследованные женщины были в возрасте от 38 до 87 лет ($61,0 \pm 0,50$ лет), а длительность у них постменопаузального периода на момент обследования составила $12,0 \pm 0,49$ лет. Уровень МПК у женщин в зоне поясничных позвонков L1-L4 равнялся $0,868 \pm 0,010$ г/см². Частоты аллелей С и Т полиморфизма rs9594759 гена *TNFSF11* составили соответственно 48,8% и 51,2%. При этом генотипы СС, СТ и ТТ имели соответственно 115 (23,8%), 241 (49,9%) и 127 (26,3%) женщин. Анализ показателей денситометрии в трех группах женщин с различными генотипами полиморфизма rs9594759 показал, что наиболее высокие значения МПК поясничных позвонков L1-L4 были характерны для лиц с генотипом СС ($0,920 \pm 0,022$ г/см²). По сравнению с вышеуказанной группой значительное снижение показателей МПК отмечено у женщин с генотипами СТ ($0,860 \pm 0,014$ г/см², $P=0,002$) и ТТ ($0,859 \pm 0,019$ г/см², $P < 0,001$). Существенного различия между лицами, имеющими генотипы СТ и ТТ, не выявлено ($P=0,307$).

Заключение: Установлена важная роль полиморфизма rs9594759 (C>T) гена *TNFSF11* в формировании постменопаузального остеопороза поясничных позвонков L1-L4. Наличие генотипов СТ и ТТ вышеуказанного полиморфизма является фактором риска развития остеопоротических изменений поясничных позвонков L1-L4 у женщин в постменопаузу. Полученные результаты могут быть использованы при разработке прогностических критериев с целью выявления у женщин предрасположенности к развитию остеопороза для своевременного назначения лечебно-профилактических мероприятий.

Литература

1. Поворознюк В.В, Резниченко НА, Майлян ЭА. Регуляция эстрогенами ремоделирования костной ткани. Репродуктивная эндокринология. 2014;(1):14-18.
2. Поворознюк В.В, Резниченко НА, Майлян ЭА. Иммунологические аспекты постменопаузального остеопороза. Боль. Суставы. Позвоночник. 2013;(3):21-26.
3. Faienza MF, Ventura A, Marzano F, Cavallo L. Postmenopausal Osteoporosis: The Role of Immune System Cells. Clinical and Developmental Immunology. 2013;2013:575936. DOI: 10.1155/2013/575936

АНАЛИЗ МЕДИЦИНСКОЙ АКТИВНОСТИ РАБОТНИКОВ СУДОСТРОИТЕЛЬНЫХ И СУДОРЕМОНТНЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ ГОРОДА АСТРАХАНИ

Мамедов И.Г., Вешнева С.А., Удочкина К.Н., Шаповалова Д.А., Абрамов А.А.
ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава РФ, Астрахань, Россия

THE ANALYSIS OF MEDICAL ACTIVITY OF WORKERS OF SHIPBUILDING AND SHIP-REPAIR ENTERPRISES OF THE CITY OF ASTRAKHAN

Mamedov I.G., Veshneva S. A., Udochkin K.N., Shapovalova D.A., Abramov A.A.
Astrakhan state medical University, Astrakhan, Russia

Цель работы заключалась в определении резервов повышения медицинской активности работников судостроительных и судоремонтных предприятий в рамках парадигмы здорового образа жизни населения.

К задачам относилась оценка медицинской активности населения, связанной со здоровьем и здравоохранением, профилактикой заболеваний, здоровым образом жизни, гигиеническими и медицинскими рекомендациями, комплаентностью, удовлетворенностью качеством медицинской помощи работников судостроительных и судоремонтных предприятий города Астрахани.

В работе были использованы методы социологического опроса и непараметрической статистики.

Результаты. Среди 400 опрошенных 57,3% были женщины, 42,7% - мужчины.

Среди всех опрошенных соблюдали режим дня и питания 79,8% респондентов, не соблюдали – 20,2%.

О положительной медицинской активности свидетельствовала наибольшая доля опрошенных, активно проходивших медицинские осмотры, составлявшая 82,1%. Обращались к врачу с профилактической целью 75,8% опрошенных, в то время как 24,2% респондентов не обращались к врачу. Среди опрошенных наибольшая доля (92,6%) добровольно выполняла назначения врача, и только 7,4% опрошенных не выполняли назначения врача добровольно.

Активно занимались физкультурой и спортом меньше половины респондентов (42,6%), а у 57,4% отсутствовала мотивация к этим занятиям.

Среди опрошенных 46,2% обращались в стационар 1 раз в год, 31,2% - два и более раз в год, и 22,6% - менее одного раза в год.

Более половины респондентов (51,1%) выбирали один и тот же стационар для лечения, а 48,9% - обращались в другие стационары города.

Все респонденты, находившиеся на стационарном лечении, были удовлетворены стационарной медицинской помощью.

Предложения респондентов об улучшении качества медицинского обслуживания в стационаре распределились следующим образом: 41,1% предлагали повысить уровень комфорта пребывания пациента в стационаре, 24,7% считали необходимым улучшить питание пациентов в стационаре, 7,4% полагали необходимым улучшить лекарственное обеспечение в стационаре, 24,2% опрошенных не имели предложений по улучшению качества предоставляемой стационарной помощи.

Важной составляющей медицинской активности изученного контингента работников судостроительных и судоремонтных предприятий является их участие в периодических медицинских осмотрах. Основная задача периодических медицинских осмотров на производстве — выявление ранних признаков профессиональных заболеваний или отравлений, а также заболеваний, этиологически не связанных с профессией, но при которых продолжение контакта с данными профессиональными вредностями представляет опасность. В результате проведения периодических медицинских осмотров в 2016 году к первой группе здоровья были отнесены 61,8% обследованных, ко второй группе – 2,8%, к третьей группе – 31,9%, к четвертой группе – 3,5%.

Среди прошедших периодические медицинские осмотры обострение заболеваний имели 45% работников, не имели – 55%.

Рекомендовано прохождение лечения в центре профпатологии 44% работникам, амбулаторное лечение – 32% работникам, пройти реабилитацию – 15% работникам, санаторно-курортное лечение – 5% работникам, стационарное лечение – 4% работникам.

О высокой медицинской активности можно судить по высокой доле работников судостроительных и судоремонтных предприятий, прошедших лечение: 47% - центр профилактики, 30% - амбулаторное лечение, 15% - реабилитацию, по 4% стационарное и санаторно-курортное лечение.

Из группы рекомендованных на амбулаторное лечение реально получили амбулаторное лечение 89% работников.

Среди работников судостроительных и судоремонтных предприятий, получивших заключение медицинского осмотра, пройти стационарное лечение все 100% выполнили рекомендацию.

Из группы работников судостроительных и судоремонтных предприятий, получивших рекомендацию пройти реабилитацию, выполнили 97%. Из группы работников судостроительных и судоремонтных предприятий, получивших рекомендацию в результате периодического медосмотра санаторно-курортного лечения, 70% его прошли.

Из группы работников судостроительных и судоремонтных предприятий, получивших рекомендацию в результате периодического медосмотра получить профилактическое лечение в центре профилактики, все 100% получили это лечение.

В результате прохождения периодических медицинских осмотров и выполнения рекомендаций согласно заключениям медосмотра были оценены исходы проведенных лечебно-профилактических мероприятий среди работников судостроительных и судоремонтных предприятий. Так, среди прошедших лечение 58% работников не имели перемен в состоянии здоровья, 39% - получили улучшение, 2% - выздоровление, 1% - ухудшение.

Оценочный риск возникновения заболеваний среди работников судостроительных и судоремонтных предприятий города составлял 0,8, что определялось наибольшей долей работников промышленно-производственной сферы, контактирующих с производственными вредностями преимущественно сочетанного характера.

Заключение. Социологический портрет дополняли данные социологического опроса респондентов-работников судостроительных и судоремонтных предприятий города Астра-

хани, в результате которого можно было оценить уровень медицинской активности как необходимой составляющей образа жизни данной категории населения. Было выявлено, что около 80% респондентов соблюдали режим дня и питания, активно проходили периодические медицинские осмотры, обращались к врачу с профилактической целью, выполняя его назначения, и только немногим больше 40% опрошенных были мотивированы и занимались физкультурой и спортом, обращались в стационар за медицинской помощью не реже одного раза в год преимущественно в тот же стационар, и были удовлетворены качеством ее оказания, предлагая повысить уровень ее комфорта.

Оценочный риск возникновения заболеваний среди работников судостроительных и судоремонтных предприятий города составлял 0,8, что определялось наибольшей долей работников промышленно-производственной сферы, контактирующих с производственными вредностями преимущественно сочетанного характера.

Социальный портрет судостроителей и судоремонтников отражал производственную специфику, высокие уровни медицинской активности и указывал на резервы ее дальнейшего улучшения в рамках парадигмы здорового образа жизни населения.

Литература

1. Шаповалова М.А. Медико-демографические и экономические аспекты воспроизводства населения монография / М. А. Шаповалова ; Астрах. гос. мед. акад.. Астрахань, 2003.
2. Шаповалова М.А., Анопко В.П., Бочкарева Н.А. Сбалансированная система показателей в оценке эффективности работы ЛПУ.- Астрахань, 2010
3. Шаповалова М.А. Воспроизводство населения как медико-экономическая проблема диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования "Российский государственный медицинский университет". Москва, 2004.
4. Шаповалова М.А. Социально-экономические аспекты воспроизводства населения /Экономика здравоохранения. 2004. № 4. С. 12-16.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Месхи Н.Т. ¹, Жидовинов А.А. ², Гужвина Е.Н. ², Нигматуллина Э.Р. ², Стомпель Д.Р. ³.

¹ГБУЗ «Городская клиническая больница № 15 им. О.М. Филатова.

Департамента здравоохранения города Москвы»

²ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава РФ, Астрахань, Россия

³ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии

Минздрава России», Астрахань, Россия

THE COURSE OF LABOR IN WOMEN WITH DISORDERS OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM

Mesghi N.T. ¹, Zhidovinov A.A. ², Guzhvina E.N. ², Nigmatullina E.R. ², Stompel D.R. ³

¹Maternity department Moscow City Clinical Hospital № 15 named after O.M. Filatova

²Astrakhan State Medical University

³Federal center for cardiovascular surgery Astrakhan.

В структуре экстрагенитальной патологии заболевания сердечно-сосудистой системы (ССС) составляют около 10% и представлены, наряду с артериальной гипертензией (АГ), врожденными и приобретенными пороками сердца (ВПС и ППС), аритмиями и другими сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ). Сердечно-сосудистые заболевания у беременных

часто сочетаются с тромбофилическими осложнениями, а женщины с кардиопатологией входят в группу высокого риска по развитию разнообразной акушерской патологии [1,2,3].

Цель: оценить эффективность прегравидарной подготовки и медикаментозной профилактики осложнений гестации у женщин с патологией сердечно-сосудистой системы.

Материалы и методы: всего нами было обследовано 68 беременных, имевших различные формы сердечно-сосудистой патологии. Все беременные наблюдались в течение гестационного периода вплоть до родоразрешения и в послеродовом периоде.

У 32 (47%) женщин произошли срочные роды (основная группа), из них 21 (65,6%) пациентка были родоразрешены путем операции кесарева сечения, 11 (34,4%) – через естественные родовые пути. Средняя масса новорожденных в данной группе составила 3110 ± 187 г, рост $48,5 \pm 2,5$ см, среднее значение оценки по шкале Апгар по группе: $6,2 \pm 0,5 - 7,5 \pm 0,5$ баллов.

У 36 (53%) пациенток текущая беременность закончилась преждевременными родами (группа сравнения). Из них 23 (64%) были родоразрешены путем операции кесарево сечения, 13 (36%) – через естественные родовые пути в сроке 32–36 недель беременности. Средняя масса новорожденных составила 2400 ± 256 г, рост $42,5 \pm 2,4$ см, среднее значение оценки по шкале Апгар по группе: $4,8 \pm 0,6 - 5,4 \pm 0,6$ баллов.

Полученные результаты: у 17 пациенток группы сравнения была обнаружена мутация гена MTHFR C677T и гипергомоцистеинемия, по поводу чего они принимали высокие дозы фолиевой кислоты (4 мг в сутки) в комплексе с витаминами группы В. С целью устранения дефицита магния, наблюдаемого у женщин с сердечно-сосудистой патологией, уже на этапе прегравидарной подготовки, назначались препараты магния, в частности Магне-В6 (Магний-Пиридоксин) с I триместра беременности. 14 (39%) пациенток из этой группы получали, кроме того, Утрожестан вплоть до 14-16 недель беременности в связи с выявленной у них прогестероновой недостаточностью.

Наличие наследственной и/или приобретенной тромбофилии и степень ее выраженности, определяемая выявлением циркуляции маркеров тромбофилии (РКМФ и Д-димеров) и повышением их уровня, а также определением высокой агрегационной активности тромбоцитов явилось показанием для назначения специфической противотромботической профилактики.

Терапия низкомолекулярными гепаринами (НМГ - в большинстве случаев фраксипарин) проводилась в непрерывном режиме в течение всей беременности, аспирин – в зависимости от агрегационной активности тромбоцитов.

При диагностировании наследственной мультигенной или комбинированной формы тромбофилии назначалась дифференцированная противотромботическая профилактика в зависимости от причины и степени её выраженности, наличия гомо- или гетерозиготной формы мутаций, приводящей к состоянию тромбофилии, а также в зависимости от выявления циркуляции и уровня маркеров тромбофилии (ТАТ, Д-димер) и агрегационной активности тромбоцитов.

Выводы: роды через естественные родовые пути у женщин с патологией сердечно-сосудистой системы могут быть рекомендованы в следующих случаях: если пациентка не принимает пероральные антикоагулянты, нет значительных нарушений кровообращения, если планируется выполнение эпидуральной анальгезии. Дилемма заключается в том, что терапия варфарином является наиболее эффективной профилактикой тромботических осложнений для матери, но вызывает осложнения со стороны плода; нефракционированные гепарины (НФГ) и НМГ более безопасны в отношении плода, но увеличивают относительный риск тромбоза.

Литература

1. Кузьмина-Крутецкая, С. Р. Болезни сердца и беременность: методические рекомендации / С. Р. Кузьмина-Крутецкая, М. А. Репина; под ред. Э.К. Айламазяна.- С-Пб. – Н-Л, 2010.- 56с.
2. Ladouceur, M. Pregnancy outcomes in patients with pulmonary arterial hypertension associated with congenital heart disease. / M. Ladouceur , L. Benoit , J. Radojevic, A. Basquin, C. Dauthin, S. Hascoet, P. Mocerì, C. Bredy, L. Iserin, M. Gouton // Nizard J.Heart. – 2017. Vol. 103. – P.287-292.
3. Drenthen, W. Predictors of pregnancy complications in women with congenital heart disease / W. Drenthen, E. Boersma, A. Balci // Eur. Heart. J. – 2010. – № 31. – P. 2124–2132.

АКУШЕРСКИЙ АУДИТ НА ОСНОВЕ 10-ГРУППОВОЙ КЛАССИФИКАЦИИ М.РОБСОНА

Мирошников А.Е., Жаркин Н.А.

ФГБОУ ВО Волгоградский государственный медицинский университет Минздрава РФ,
Волгоград, Россия

OBSTETRICAL AUDIT BY TEN GROUP CLASSIFICATION OF M.ROBSON

Miroshnikov A., Zharkin N.

Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia

Одним из наиболее удачных инструментов, разработанных для оценки качества оказания акушерской помощи в учреждениях родовспоможения или на территории, является 10-групповая классификация М.Робсона. Нами классификация применена в учреждении родовспоможения 2-го уровня с целью выявления причин увеличения частоты кесарева сечения и перспектив ее снижения.

Методы исследования. Технология применения этой классификации предполагает тщательную регистрацию всех случаев родов в течение года на основании 10 стандартизированных критериев: паритет, метод и сроки родоразрешения, количество плодов, характер положения и предлежания, наличие рубца на матке. В базу данных включены все случаи родов за 2016 год в ГУЗ «Клинический родильный дом №2» г.Волгограда.

Результаты. В 2016 году в учреждении произошло 2425 родов. Частота кесаревых сечений составила 26,5%, что на 0,3% меньше, чем в 2015 году. Существенные изменения в структуре кесаревых сечений по 10-групповой классификации произошли по 5-й группе в сторону увеличения числа повторных операций на 50% и в 7-й группе в 2 раза (повторнородящие с тазовым предлежанием плода), что дает основание разработки региональной программы по подготовке женщин с одним рубцом на матке к естественным родам при последующей беременности.

Заключение. Таким образом, классификация Робсона представляет собой стандартизованную, структурированную, проспективную клиническую базу данных, позволяющую управлять организационными процессами в службе родовспоможения. Анализ полученной информации позволяет более детально изучить эпидемиологию акушерских осложнений, исходы для матери и плода, организационные аспекты оказания акушерской помощи, включая финансово-экономические вопросы.

Литература

1. M.Robson The Ten Group Classification (TGCS) – a common starting point for more detailed analysis. An International Journal of Obstetrics and Gynaecology. [Http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.13199](http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.13199)

**ФИЗИЧЕСКАЯ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ
КАРДИОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ОБЛАСТНОМ ЦЕНТРЕ
МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

Михайлов С.Н. ¹, Шаршавина Г.П. ¹, Лебедева Г.В. ², Чернов В.А. ², Зацепина Н.В. ¹
¹ГБУЗ Областной Центр медицинской реабилитации, г. Оренбург
²ФГБОУ ВПО Оренбургский государственный медицинский университет МЗ РФ

**PHYSICAL AND PSYCHOTHERAPEUTIC REHABILITATION OF
CARDIANEUROLOGICAL PATIENTS IN THE REGIONAL
CENTER OF MEDICAL REHABILITATION**

Mikhailov S.N. ¹, Sharshavina G.P. ¹, Lebedeva G.V. ², Chernov V.A. ², Zatsepina N.V. ¹
¹Regional Center of medical rehabilitation, Orenburg
²Orenburg state medical University

Проблема восстановительного лечения больных инфарктом миокарда (ИМ), имеющих в анамнезе ишемический инсульт является актуальной для здравоохранения в связи с высокой заболеваемостью, сопровождающейся стойкой утратой трудоспособности и смертностью [1,2]. Адекватное медикаментозное лечение, физические тренировки, обучение принципам здорового образа жизни стали неотъемлемыми компонентами реабилитации больных перенесших ИМ и ИИ. Причем, регулярные физические тренировки являются одной из наиболее важных частей программы реабилитации [3,4,5].

Цель исследования – изучить влияние тренировок на пациентов в подостром периоде на II этапе реабилитации - Областной Центр медицинской реабилитации.

Материал и методы. Все больные были разделены на 3 группы: 1 группа (45 больных) получала стандартный комплекс лечения и тренировки на аппарате «Оксицикл» в сочетании с естественной ходьбой, 2 группа (20 больных) получала стандартный комплекс лечения и биологическую обратную связь, 3 группа – 25 больных получала тот же комплекс лечения, но без тренировок на тренажере «Оксицикл» и биологической обратной связи. Для определения функционального состояния больных проводится нагрузочный тест на тредмиле со ступенчатым увеличением нагрузки. Психологический статус изучался с помощью тестов Спилбергера-Ханина, СМОЛ, «Качество жизни SF-36» Первичное тестирование проводилось при поступлении, повторное перед выпиской.

Нами была внедрена программа физических тренировок на тренажере «Оксицикл» в сочетании с естественной ходьбой для больных ИМ, имеющих в анамнезе ИИ на постстационарном этапе реабилитации. Программа включает в себя следующие этапы: 1-й этап ранних, контролируемых физических тренировок с использованием тренажера «Оксицикл» в сочетании с естественной ходьбой, 2 –ой этап – поздних физических тренировок.

На первом этапе – контролируемых физических тренировок занятие состоит из 3 периодов: подготовительного (разминка), основного и заключительного. При этом занятия мы чередовали: первый день упражнения для верхних конечностей, второй день – упражнения для нижних конечностей и т.д. Разминка проводится в течение 4 минут. Продолжительность основного периода – 7 минут, скорость движения выбираем строго индивидуально, однако средняя скорость движения 1,6 км/ч. В заключительный период скорость снижаем до 1,2 км/ч и продолжительность периода составляет – 4 мин. Через 4 – 5 занятий больные переходят на вторую ступень ранних, контролируемых, физических тренировок, когда больные, продолжая тренироваться на тренажере «Оксицикл», начинают дополнительные тренировки с помощью естественной ходьбы. Рекомендуемая скорость ходьбы соответствует частоте шага, определенной во время периода тренировок и по заключению врача лечебной физкультуры.

Нами применялся для лечения больных ИМ, имеющих в анамнезе ИИ метод биоуправления по пульсу. Лечение включало рациональную психотерапию и ежедневные терапевти-

ческие процедуры биоуправления. Длительность процедуры была от 30 до 40 минут. Курс лечения состоял из 10 – 12 процедур. Пациент располагался в удобном кресле, с закрытыми глазами, в состоянии покоя, ему предлагали расслабиться и постараться таким образом изменить своё внутреннее психологическое состояние, чтобы уменьшился пульс. Больному давалась следующая инструкция: прежде чем начать расслабление по выбранной методике, несколько минут посидите спокойно, стараясь ни о чем не думать, и сосредоточитесь только на своих внутренних ощущениях. Используя различные способы релаксации, обращайтесь внимание, как состояние расслабления связано с Вашей позой, дыханием, напряжением мышц.

Закончив тренинг, несколько минут больной отдыхал и старался запомнить физические ощущения расслабленности, которые ему удалось испытать. В дальнейшем пациент сможет вызывать в себе состояние расслабления и без помощи компьютера.

Результаты. При первичном тестировании по методу Спилбергера-Ханина в первой и во второй группах высокий уровень личностной тревожности (ЛТ) выявлен у 36,45% и 35,78% больных соответственно, умеренно повышенный – 63,2% и 64,3%. В первой и во второй группах высокая реактивная тревожность (РТ) выявлена у (6,3% и 5,4% пациентов соответственно), умеренно повышенная РТ - 24,6% и 22,3% соответственно, низкая - 69,1% и 72,3%. При выписке высокий уровень ЛТ в первой группе снизился до 20,4%, умеренно повышенный до 50,1%, низкий уровень ЛТ определялся в 24,5%. Высокий уровень РТ снизился до 2,1% у больных ИМ, имеющих в анамнезе ИИ, умеренно повышенной РТ до 20,2%, низкий уровень РТ – 77,7%. Во второй группе показатели ЛТ и РТ при выписке не изменились. В контрольной группе был отмечен высокий уровень ЛТ и РТ, при выписке уровень ЛТ незначительно снижался, а РТ оставался на прежнем уровне.

По методу «Качество жизни SF-36» при первичном тестировании в обеих группах наиболее низкие показатели выявлены по разделам «влияние физического состояние на ролевое функционирование» - $30,5 \pm 3,1$ баллов, «социальное функционирование» - $39,8 \pm 2,6$ баллов, «влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование» - $42,3 \pm 3,7$ баллов. При выписке в первой группе повысился показатель по разделу «влияние физического состояния на ролевое функционирование» до $38,6 \pm 4,1$ баллов, во второй группе – изменений не произошло.

В контрольной группе все показатели как при поступлении так и при выписке оставались низкими.

После курса тренировок на тренажере «Оксицикл» в первой и во второй группах отмечалось достоверное увеличение пороговой мощности нагрузки по сравнению с больными, которые не проходили тренировок на тренажере /контрольная группа/.

Заключение. Таким образом, использование тренажерной нагрузки и биологической обратной связи повышает эффективность реабилитации больных инфарктом миокарда, имеющих в анамнезе ишемический инсульт на II этапе реабилитации и создает мотивацию на продолжение тренировок на санаторном этапе.

Литература

1. Аронов Д.М., Оганов Р.Г. Кардиологическая реабилитация в России – проблемы и перспективы // Рос. кардиол. журн. – 2001. – № 6. – С. 4-9.
2. Е.С. Трунова, Л.А. Гераскина, А.В. Фоякин Состояние сердца и восстановление нарушенных неврологических функций у больных в раннем постинсультном периоде // Сосудистые состояния головного мозга (Киев) 2007; 3 : 10 – 15.
3. Петров, О.В. Амбулаторное лечение больных, перенесших инфаркт миокарда с использованием индивидуальных реабилитационных программ : автореф. дис. . канд. мед. наук / Петров О.В. ; Рязанский гос. мед. ун-т. - Рязань, 2006. - 19 с.
4. Рябова В.С. Отдаленные последствия мозгового инсульта (по материалам регистра) // Журн. невропат.и психиатр.–1986. – №4. – С.532–536.

5. Черникова Л.А. Клинические, физиологические и нейропсихологические аспекты баланс-тренинга у больных с последствиями инсульта // Биоуправление – 3: теория и практика. Коллективная монография. – Новосибирск. – 1998. – №3.–С.80–87.

**ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ
ПО ДАННЫМ АНКЕТИРОВАНИЯ ДО И ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ФИЗИЧЕСКИХ
НАГРУЗОК У КАРДИОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

Михайлов С.Н.¹, Грищенко Л.В.¹, Лебедева Г.В.², Чернов В.А.², Мешков С.Г.¹

¹ГБУЗ Областной Центр медицинской реабилитации, г. Оренбург

²ФГБОУ ВПО Оренбургский государственный медицинский университет МЗ РФ

**FEATURES OF CHANGE OF INDICATORS OF QUALITY OF LIFE
ACCORDING TO QUESTIONNAIRES BEFORE AND AFTER THE APPLICATION
OF PHYSICAL LOADS IN PATIENTS CARDIONEUROLOGY**

Mikhailov S.N.¹, Grishchenko L. V.¹, Lebedeva V. G.², Chernov V.A.², Meshkov S.G.¹

¹Regional Center of medical rehabilitation, Orenburg

²Orenburg state medical University

Ишемический инсульт в непрерывной цепи патологических событий сердечно-сосудистого континуума занимает особое место. Это объясняется, с одной стороны, общностью факторов риска кардиальных и церебральных осложнений основных болезней системы кровообращения – артериальной гипертензии (АГ) и атеросклероза. Патология сердца как причина ишемического инсульта – другая сторона проблемы взаимодействия кардиальных и церебральных нарушений с точки зрения сердечно-сосудистого континуума [3]. Наконец, сосудистые мозговые нарушения: не только инсульт, но и хронические состояния, такие как когнитивные нарушения, прежде всего, выраженные, достигающие степени деменции, оказывают существенное влияние на прогноз больных с кардиоваскулярной патологией [5]. Таким образом, интегративная кардионеврологическая оценка состояния больного имеет несомненный потенциал для повышения эффективности превентивных мероприятий и улучшения прогноза заболевания и жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), в т.ч. уже перенесших инсульт [1,2,4].

Цель исследования - выявление особенностей показателей качества жизни до и после применения курсового лечения с применением физических нагрузок у больных перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) и имеющих в анамнезе инфаркт миокарда (ИМ).

Методы. В исследовании принимали участие 50 больных с ОНМК, имеющими в анамнезе ИМ и 30 больных контрольной группы, у которых отсутствует патология со стороны сердечно-сосудистой системы. Было проведено анкетирование качества жизни больных перенесших ИМ и у больных контрольной группы до и после применения физических нагрузок с помощью методики оценки качества жизни (SF-36).

Результаты. При проведении исследования оценки качества жизни больных перенесших ОНМК и ИМ было выявлено следующие результаты – со стороны первой шкалы – (общее состояние здоровья (General Health) – показывает, как больной оценивает свое состояние здоровья в настоящий момент и какие перспективы лечения видит) до проведения физической реабилитации показатели по этой шкале составляли $54,45 \pm 1,46$ балла, после проведения стали $58,9 \pm 1,27$ балла. Результаты возросли на 8,17%. Это можно оценить так – пациенты видят незначительные перспективы улучшения здоровья, улучшение своего физического состояния на момент нахождения в лечебном учреждении.

Исследуя параметры по второй шкале – физическое функционирование (Physical Functioning), которая отражает степень, в которой здоровье лимитирует выполнение физиче-

ских нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.) мы выявили, что до проведения физической реабилитации показатели по этой шкале составляли $49,09 \pm 1,32$ балла, после проведения - $61,36 \pm 1,26$ балла. Показатели возросли на 24,99 %. Мы связываем это с тем, что пациенты стали задумываться о том, что в домашних условиях они будут ограничены в физических нагрузках, тревожность этого состояния и выражается в незначительных процентах, что говорит о необходимости проведения комплексных реабилитационных мероприятий с аутогенной тренировкой.

По третьей шкале – влияние физического состояния на ролевое функционирование (работу, выполнение будничной деятельности) (Role-Physical) показатели до физических нагрузок - $11,3 \pm 1,21$ балла, после проведения составили $15,9 \pm 0,87$ балла. По этому показателю результаты возросли на 39,96%. Повышение по третьей шкале практически на 40% говорит о том, что пациенты задумываются и даже размышляют об ограничениях в работе и другой повседневной профессиональной деятельности, что приводит их к выводу о изменениях в режиме труда пациента.

Показатели четвертой шкалы (влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование (Role - Emotional). она предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая увеличение затрат времени, уменьшение объема выполненной работы, снижение качества ее выполнения и т.п.) до проведения составили $19,09 \pm 1,23$ балла, после проведения стали $27,45 \pm 1,34$ балла. Результаты увеличились на 43,8 % по сравнению с исходными, что еще раз подтверждает то что пациенты связывают свое физическое состояние с эмоциональным комфортом.

Остановившись на показателях пятой шкалы, было определено, что до проведения физической нагрузки показатели по пятой шкале составляли $37,63 \pm 1,22$ балла, после проведения стали $43,45 \pm 1,26$ балла. Показатели этой шкалы увеличились на 15,47%, что определяет для больных отсутствие препятствий для продолжения полноценного общения и активности в повседневной жизни.

Показатели шестой шкалы до физической нагрузки равны $34 \pm 1,07$ балла, после проведения стали $41,18 \pm 1,18$ балла. Процент увеличения составил 21,11%. Это значение свидетельствует, что возникает понимание от момента начала физической реабилитации и в конце лечения, что больные понимают - боль в их жизни будет присутствовать и может мешать их повседневной жизни.

Жизнеспособность – подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным. До физической нагрузки ощущение пациентом собственных сил и энергии составляли 45 балла, после проведения стали 47,27 балла. Показатели по седьмой шкале после проведенных мероприятий физической активности возросли на 18,18%. Эти показатели свидетельствуют о том, что даже после проведения комплексного лечения с физической нагрузкой больные чувствуют себя ослабленными и не ощущают достаточной силы и энергии.

Самооценка психического здоровья характеризует настроение (наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций). До проведения физической реабилитации показатели по этой шкале составляли 52,52 балла, после проведения - 61,45 балла. По этому показателю результаты возросли на 17 % после применения физических нагрузок. Общее настроение больных улучшилось, т.к. уже проходит этап болезни и наступает этап выздоровления, что придает больным оптимизма.

Также было проведено анкетирование больных контрольной группы, у которых отсутствует патология со стороны сердечно - сосудистой системы.

Заключение. Проанализировав анкетные данные у больных с ОНМК и ИМ и у больных контрольной группы были получены следующие результаты: у больных с ИМ результат оценки качества жизни ниже, чем результат у больных контрольной группы, однако показатели некоторых шкал свидетельствуют о активном вовлечении пациентов в процесс, форми-

рование зрелого отношения к своему заболеванию, понимания необходимости лечебных мероприятий и некоторого скептицизма по прогнозу на заболевание.

Литература

1. Коц Я.И., Либис Р.А. Качество жизни у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Кардиология. – 1993. - №5. – С. 66 – 77.
2. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – СПб.: Издательский Дом «Нева»; М.: «ОЛМА-ПРЕСС» Звездный мир, 2002. – 320 с.
3. Померанцев В.П., Хадзегова А.Б. и др. Качество жизни у больных инфарктом миокарда // Кардиология. – 1996. - № 3. – С. 70 – 74.
4. Суслина З.А. Сосудистая патология головного мозга: итоги и перспективы // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. 2007. № 1. С. 10–16.
5. Nys G.M., van Zandvoort M.J., de Kort P.L. et al. The prognostic value of domain-specific cognitive abilities in acute first-ever stroke // Neurol. 2005. Vol. 64. P. 821–827.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ТЕРРИТОРИИ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Никешин Н.Н.¹, Формалев Л.В.¹

Управление Роспотребнадзора по Астраханской области¹, Астрахань, Россия

EPIDEMIOLOGICAL FEATURES ENTEROVIRUS INFECTION WITH IN THE TERRITORY OF ASTRAKHAN REGION

Nikeshina N.N.¹, Formaleva L.V.¹

Administration of Federal Service of Surveillance for Protection of Consumers Rights and Human Welfare in Astrakhan region, Astrakhan, Russia

Энтеровирусные (неполио) инфекции (ЭВИ) представляют собой группу острых инфекционных заболеваний вирусной этиологии, вызываемые различными представителями энтеровирусов (вирусы Коксаки А (24 серотипа), Коксаки В (6 серотипов), ЕСНО (34 серотипа) и неклассифицированные энтеровирусы человека 68-71 типов).

Цель и задачи работы: Изучить закономерности развития эпидемического процесса ЭВИ на территории Астраханской области. Дать характеристику циркулирующих среди населения штаммов возбудителей на территории Астраханской области в сопоставлении с выделением энтеровирусов из материалов, полученных от людей и из объектов внешней среды.

Материалы и методы ее выполнения: За период с 2011 по 2016 годы на территории Астраханской области зарегистрировано 963 сл. энтеровирусной инфекции (далее - ЭВИ). На долю детей до 17 лет приходится 97,3% от общего числа больных ЭВИ. На детей в возрасте 3-6 лет приходится 53,7% детской заболеваемости, из них 61,6% - организованные дети.

Заболеваемость ЭВИ регистрировалась на всех административных территориях, за исключением Ахтубинского и Лиманского районов. Превышение среднеобластного показателя (95,8 на 100 тыс. населения) отмечается в следующих административных территориях: Икрянинский (141,0), Наримановский (154,7), Приволжский (211,0) районы и г.Астрахань (126,3).

По клиническим проявлениям заболеваемость распределилась следующим образом. Доля менингитов энтеровирусной этиологии в общей структуре заболеваемости ЭВИ составила 72,7%, герпангины- 1,1%, ящуроподобный синдром – 0,4%, гастроэнтериты – 1%, респираторный синдром - 23,4%, фарингиты - 0,3%, экзантема – 0,6%, миалгия - 0,4%.

Этиологическая расшифровка ЭВИ проводилась на базе лабораторий ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Астраханской области» и ГБУЗ АО «Областная инфекционная клиническая больница им. А.М. Ничоги». В 2011-2016гг. вирусологическим методом или

ОТ-ПЦР исследовано 3312 проб биоматериала (ликвор, фекалии, мазки из ротоглотки) от больных изолировано 162 штамма: ЕСНО6 - 6, ЕСНО8- 3, ЕСНО9- 21, ЕСНО11- 11, ЕСНО13- 3, ЕСНО18- 2, ЕСНО25- 2, ЕСНО30- 29, Коксаки А2 - 1, Коксаки А4 - 9, Коксаки А6 - 5, Коксаки А9 - 7, Коксаки В2 - 1, Коксаки В3 - 4, Коксаки В4 - 1, Коксаки В5 - 20, Энтеро70-1, Энтеро71-18, ЭнтеровирусА -3, Энтеровирус В-15. Лидирующее место в циркуляции энтеровирусов принадлежит ЕСНО30- 18%, Коксаки В5 - 12,3%, Энтеровирус В- 9,2%.

Для ЭВИ характерна преимущественно, летне-осенняя сезонность с пиком заболеваемости в июле-августе. За период с 2011-2016 годы зарегистрировано в январе - 10 сл. (1%), феврале - 4 сл. (0,4%), марте - 1 сл. (0,1%), апреле - 7 сл. (0,7%), мае - 23 сл. (2,4%), июне - 76 сл. (7,9%), июле- 285 сл. (29,6%) августе - 276 сл. (28,7%), сентябре - 149 сл. (15,5%), октябре - 94 сл. (9,8 %), ноябре - 26 сл. (2,7%), декабре - 12 сл.(1,2%).

При обследовании объектов внешней среды за период с 2011 по 2016 гг. (867 проб сточных вод) в 7,6 % проб выделялись энтеровирусы, в том числе ЕСНО4- 1, ЕСНО5- 3, ЕСНО6- 5, ЕСНО9- 1, ЕСНО11- 14, ЕСНО12- 2, ЕСНО30- 5, Коксаки А4 - 1, Коксаки В3 - 8, Коксаки В4 - 2, Коксаки В5 - 8, Коксаки В6 - 2, Рm2 вакц. -5, Рm3 вакц. -5, Энтеро70-2, Энтеро71-1. Все изолированные полиовирусы подтверждены в Национальном центре по лабораторной диагностике полиомиелита как вакцинные.

В июне 2016 года среди воспитанников ГСКУ АО «ЦПД» «Малышок зарегистрировано 5 случаев ЭВИ, респираторная форма, средней степени тяжести. Возбудитель - Коксаки В4.

Распространение инфекции произошло контактно-бытовым путем. Факторами, способствующими формированию очага явились нарушения требований по режиму уборки и проветривания помещений, по организации прогулок не соблюдался принцип групповой изоляции.

Полученные результаты и выводы: Заболевание встречается в виде спорадических случаев, локальных вспышек.

Причиной формирования локальных очагов с групповой заболеваемостью может являться занос инфекции в учреждение, ее распространение в условиях несоблюдения требований санитарного законодательства.

Отмечается, преимущественно, летне-осенняя сезонность заболеваемости ЭВИ. ЭВИ характеризуются полиморфизмом клинических проявлений и множественными поражениями органов и систем: серозный менингит, герпангины, ящуроподобный синдром, гастроэнтериты, респираторный синдром, экзантема и др.

Один и тот же серотип энтеровируса способен вызывать развитие нескольких клинических синдромов и, наоборот, различные серотипы энтеровирусов могут вызвать сходные клинические проявления болезни. Наибольшую опасность представляют тяжелые клинические формы с поражением нервной системы.

Литература

1. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2950-11 «Профилактика энтеровирусной (неполио) инфекции»
2. Методические указания МУ 3.1.1.2363-08 «Эпидемиологический надзор и профилактика энтеровирусных (неполио) инфекций»

**МУЛЬТИСПИРАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ
С БОЛЮСНЫМ КОНТРАСТИРОВАНИЕМ В ДИАГНОСТИКЕ
И ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ПЛАНИРОВАНИИ
ПРИ АТРЕЗИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ**

Николаева Е.В., Ткачев И.В., Шлакин Ю.А., Мамедов А.Э., Смирнов С.М.
ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии», Астрахань, Россия

**MULTIDETECTOR COMPUTER TOMOGRAPHY WITH CONTRAST
MEDIA IN DIAGNOSTICS AND SURGICAL PLANNING IN CASE
OF PULMONARY ARTERY ATRESIA**

Nikolaeva E.V., Tkachev I.V., Shlakin Y.A., Mamedov A.E., Smirnov S.M.
FBSE «Federal center for cardiovascular surgery (Astrakhan) ».

Атрезия легочной артерии (АЛА) – редкий врожденный порок сердца, характеризующийся отсутствием соединения правого желудочка с легочной артерией. В случае отсутствия специфической терапии и хирургической коррекции смертность при АЛА в течение первых 2 недель жизни составляет около 50% и в течение 6 месяцев - 85%. Возможности и варианты хирургической коррекции порока зависят от уровня атрезии, степени гипоплазии легочного русла, источников легочного артериального кровотока, сопутствующих аномалий трикуспидального клапана и правого желудочка, наличия/отсутствия дефекта межжелудочковой перегородки.

Цель исследования: определить роль мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) в диагностике атрезии легочной артерии, предоперационном планировании и оценке послеоперационных результатов.

Задачи исследования: подобрать оптимальные параметры болюса контрастного вещества для контрастирования структур сердца и сосудов; минимальный набор программ компьютерной постобработки; изучить возможности МСКТ в планировании хирургической коррекции порока.

Материалы и методы: процедуры выполнялись на 64-срезовом компьютерном томографе без ЭКГ-синхронизации с внутривенным болюсным введением йодсодержащего неионного контрастного вещества как через центральный, так и через периферический венозный доступ автоматическим иньектором. Толщина срезов аксиальных реконструкций 0,6-0,75 см. Пост-процессинг включал в себя построение мультипланарных и объемных реконструкций с использованием программных пакетов 3D, InSpase. Контрастирование камер сердца и сосудов считалось оптимальным при плотности контрастирования от 250-500 ед.Х, приемлемым –150-250 ед.Х, неудовлетворительным -менее 150 ед.Х.

Результаты: в период с 2012 по 2016 у детей с врожденными пороками сердца выполнено 563 исследования. Атрезия легочной артерии была выявлена у 46 пациентов. Возраст пациентов от 2 дней до 8 лет. Плотность контрастирования камер сердца и внутригрудных сосудов была оптимальной в 80% случаев. Параметры болюса: объем 2 мл/кг массы тела, скорость 1 мл/с. Соотношения структур сердца определялись на аксиальных и мультипланарных реконструкциях, размеры легочных артерий - в плоскостях параллельных и перпендикулярных ходу сосуда. Большие аорто-легочные коллатеральные артерии (БАЛКА) в силу непрямолинейности хода возможно было отследить на всем протяжении только на объемных реконструкциях. Атрезия легочной артерии 1 типа была выявлена в 65%, второго типа в 24%, 3 типа в 6,5%, 4 типа в 4,5%. Пациенты были разделены на 4 группы в соответствии с морфологическим типом порока: атрезия легочной артерии без дефекта межжелудочковой перегородки 24%, атрезия легочной артерии с дефектом межжелудочковой перегородки 52%, единственный желудочек сердца с атрезией легочной артерии 9%, комбинированные ВПС 15% . В первой группе в 100% случаев источником легочного кровотока являлся открытый артериальный проток, и в 80% атрезия легочной артерии сочеталась с выраженной гипопла-

зией правых камер сердца. Во второй группе пациентов открытый артериальный проток являлся источником легочного кровотока в 62 % случаев, БАЛКА – в 38%. В 80% БАЛКА были сужены. В 3 и 4 группах источником легочного кровотока являлся открытый артериальный проток. Устьевые стенозы ветвей легочной артерии выявлены в 40% до хирургической коррекции и в 20% после хирургической коррекции порока. Выполнялся расчет легочно-артериальных индексов. Умеренная гипоплазия ветвей легочной артерии выявлена в 30% случаев, выраженная гипоплазия - в 23% случаев. Для планирования процедуры унифокализации легочного кровотока проводился расчет нео-легочного индекса и оценивалось наличие ветвей истинных легочных артерий в бронхо-легочных сегментах. В послеоперационном периоде методом МСКТ выявлено 2 случая стеноза анастомоза между легочной артерией и подключичной артерией, 1 случай тромбоза шунта и ветви легочной артерии.

Выводы: МСКТ с болюсным контрастированием является информативным, неинвазивным, быстрым, относительно безопасным дополнительным методом исследования в диагностике, предоперационном планировании атрезии легочной артерии, позволяющим определить тип атрезии, оценить источники кровоснабжения легких, степень гипоплазии структур сердца и легочного русла, оценить сопутствующую патологию и результаты хирургического лечения. Оптимальные для контрастирования параметры болюса: объем 2 мл/кг массы тела, скорость 1 мл/с. Постобработка полученных данных должна включать мультипланарные и объемные реконструкции.

Литература

1. Карпов, И.В. Оценка анатомии легочных артерий у детей первого года жизни с врожденными пороками синего типа методом рентгеновской компьютерной томографии/ Клиническая физиология кровообращения – 2011.-№1.-С.53-55.
2. Макаренко, В.Н. Рентгеновская компьютерная томография в оценке анатомии легочной артерии у детей первого года жизни с тетрадой Фалло// Бюллетень Научного Центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева РАМН «Сердечно-сосудистые заболевания».-2011.-Т12.-№6-С.277.
3. Mavroudis C. Pediatric cardiac surgery, third edition, ISBN 0-323-02229-4, p.361-383, 398-408.
4. Shi-Joon Yoo. Chest radiographic interpretation in pediatric cardiac patients, USA. ISBN 978-1-60406-036-2. P.193-206.

НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА В КОМПЛЕКСЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТОВ АДЕМЕТИОНИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ АЛКОГОЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Островерхов О.П.¹, Метелкин И.А.², Бухарцева Н.В.²

¹ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава РФ, Астрахань, Россия

²ГБУЗ АО «Городская клиническая больница №3 имени С. М. Кирова», Астрахань, Россия

NUTRITIVE SUPPORT IN COMBINATION WITH ADEMETIONINE DRUGS IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS OF ALCOHOLIC ETIOLOGY IN HOSPITAL SETTINGS

Ostroverkhov O.P.¹, Metelkin I.A.², Bukhartseva N.V.²

¹Astrakhan State Medical University

²City clinical hospital №3 named after S. M. Kirov

Включение в схемы лечения стационарных больных с алкогольным поражением печени питательных смесей и препаратов адеметионина должно способствовать быстрому восста-

новлению функциональных печеночных показателей, сокращению сроков пребывания в стационаре, а также повышению комплаенса данных пациентов к проводимой терапии.

Цель исследования: целесообразность применения нутриционной поддержки в комбинации с лекарственным средством «Адеметионин» у больных с алкогольными поражениями печени.

Материалы и методы исследования. Наблюдение осуществлялось на базе гастроэнтерологического и отделения острых отравлений ГБУЗ АО «ГКБ №3». В исследованную группу вошли 78 больных хроническим гепатитом. Среди них 62 мужчины и 16 женщин. Средний возраст больных составил $53 \pm 4,6$ года. Критерием включения больных в исследуемую группу явились данные длительного злоупотребления алкоголем в анамнезе, наличие исходно сниженного индекса массы тела (ИМТ), явления гипопроteinемии и гипоальбуминемии, повышение показателей АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы (ЩФ), ГГТП. Критерии исключения: вирусное поражение печени в анамнезе, отказ от приема средств для энтерального питания в течение периода наблюдения, данные о непереносимости «Адеметионина».

Больные были разделены на две группы. Первая получала помимо фармакотерапии предусмотренной стандартом оказания медицинской помощи, парентерально препарат «Адеметионин» в дозе 1200 мг/сут и полимерную сухую смесь «Нутриэн» в виде частичного сипинга в количестве 110 - 220 г/сут. Прием энтерального питания осуществлялся двукратно в течение суток. Дозировка питательной смеси определялась исходным уровнем нутритивной недостаточности. Группу сравнения составили больные с аналогичным диагнозом не получавшие терапию «Адеметионином» и препаратами для энтерального питания

Оценку терапии проводили на 10 день лечения по данным следующих клинико-лабораторных показателей: количество лейкоцитов, СОЭ, уровня общего билирубина, АЛТ, АСТ, ГГТП, ЩФ общего белка, альбумина, преальбумина. Принималась во внимание общеклиническая симптоматика, включающая жалобы на наличие болевого синдрома, наличие диспепсического и астенического синдромов.

Результаты. У всех больных основной группы отмечена положительная динамика клинико-лабораторных данных. Отчетливо выражено снижение следующих показателей: АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТП. Отмечается увеличение уровня альбумина и показателя общего белка плазмы крови.

Снижение уровней АСТ и АЛТ в основной группе на 83% относительно уровней при госпитализации и 38% относительно контрольной группы ($p < 0,05$). Уровень ЩФ к моменту выписки уменьшился в основной группе на 67%, относительно контрольной группы в этот период на 41% ($p < 0,05$), уровень ГГТП снизился на 61% и 21% соответственно ($p > 0,05$). Снижение уровня общего билирубина к моменту окончания лечения не отличалось в основной и контрольной группе. На фоне приема питательной смеси отмечено восстановление уровня преальбумина плазмы крови до нормальных показателей, увеличение уровня альбумина плазмы на 22%. В контрольной группе увеличение уровня альбумина к окончанию сроков лечения не превышало 8%.

Уменьшение жалоб на наличие болевого синдрома отмечено к концу лечения как в основной, так и в контрольной группе. Жалобы на боли (чувство тяжести) в правом подреберье сохранялись у 15% в основной и у 21% в контрольной группе ($p > 0,05$), однако все больные отметили на значительное снижение интенсивности болевого синдрома. В основной группе отмечено значительное уменьшение или отсутствие жалоб на явление астении, улучшение фона настроения. Это может объясняться как антидепрессивным действием «Адеметионина», так и эффектами, полученными в результате насыщения организма витаминами и микроэлементами, входящими в состав питательной смеси «Нутриэн». Переносимость питательной смеси была удовлетворительной, жалоб со стороны больных на тошноту, рвоту и диарею не отмечено. Большинство больных основной группы (63,4%) отметили нормализацию стула на фоне проведенного курса лечения. В основной группе не отмечено случаев досрочного

прекращения назначенного лечения вследствие развития побочных эффектов или индивидуальной непереносимости.

Выводы. Включение в программу лечения препарата «Адеметионин» и смеси для энтерального питания типа «Нутриэн» способствуют улучшению клинико-лабораторных показателей стационарных больных с алкогольными гепатитами. Несмотря на то, что небольшая длительность проведенного лечения не является основанием для качественной оценки используемой схемы, результаты проведенного исследования продемонстрировали положительный эффект от включения в лечебный процесс средств для энтерального питания и «Адеметионина». Полученная положительная динамика биохимических показателей позволила добиться качественных результатов в ограниченные сроки пребывания в отделениях стационара экстренного типа. Дополнительные эффекты «Адеметионина» в виде улучшенного фона настроения у больных, комплаенс, появление желания продолжать лечение на амбулаторном этапе, возможность самостоятельного использования смесей для энтерального питания, а также самоконтроля за массой тела могут способствовать дальнейшей нормализации состояния здоровья больных.

Положительное отношение пациентов к сипингу, как форме нутриционной поддержки может способствовать профилактике развития осложнений, замедлению прогрессирования заболеваний печени. Небольшие сроки стационарного лечения не позволяют добиться значительных результатов при применении такого метода лечения, в связи с чем необходимы разработка программ и рекомендации по активному внедрению подобных методик в амбулаторно-поликлиническом звене.

Литература

1. Березов Т. Т., Коровкин Б. Ф. Биологическая химия: Учебник. – 3-е изд., перераб. И доп.– М.: Медицина, 1998. – 704 с.: ил
2. Буеверов А.О., Маевская М.В., Ивашкин В.Т. Алкогольная болезнь печени // Рус. мед. журн. – 2001. – Т. 9, No 2. – С. 61–64.
3. Губергриц Н. Б., Фоменко П. Г., Голубова О. А. с соавт. "Роковая цепочка" и адеметионин // Сучас. гастроентерологія. - 2014. - № 4. - С. 106-117.
4. Подымова, С. Д. Алкогольная болезнь печени: механизмы прогрессирования, патогенетическая терапия / С.Д. Подымова // Лечащий врач. -2001. -№5-6. - С.43-45.
5. Ткаченко Е.И., Успенский Ю.П., Скворцова Т.Э. Клинические возможности препарата адеметионина «Гептор» в лечении больных с алкогольной болезнью печени. Экспериментальная клиническая гастроэнтерология, 2008, 2: 106112.
6. Умерова А.Р. Клинико-диагностическое значение антител к микробным эндотоксинам при хронических гепатитах и циррозах печени: Автореферат дисс. канд. мед. наук / А.Р. Умерова – Астрахань, 2004. - 19 с.
7. Энтеральное питание в лечении хирургических и терапевтических больных. методические рекомендации" (утв. Минздравсоцразвития РФ 08.12.2006 n 6530-РХ)

СРАВНЕНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИЧЕСКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Петрашенко И.И., Паникова Т.Н.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

DIAGNOSIS OF ACUTE APPENDICITIS DURING PREGNANCY

I.I. Petrashenko, T.N. Panikova

State Establishment «Dnepropetrovsk Medical Academy of Health Ministry of Ukraine»

Острый аппендицит во время беременности встречается в 0,03-5,2% случаев. В связи с высоким уровнем заболеваемости, почти стабильным уровнем летальности эта патология до настоящего времени остается актуальной проблемой [1,2,3]. Диагностические ошибки во время беременности колеблются в пределах 11,9-44,0%, причем в равной степени допускаются гипо- и гипердиагностика, соотношение которых составляет соответственно 25,0% и 31,0% [2,4]. Более чем в 50% наблюдаются диагностические ошибки, приводящие к непрофильной госпитализации больных и, соответственно, к задержке оперативного вмешательства [1]. Несмотря на достижения в медицинских технологиях, дооперационные диагнозы все еще недостаточно четкие. В связи с высокой частотой диагностических ошибок, увеличением количества случаев преждевременного прерывания беременности, послеоперационных осложнений, большое значение в диагностике острого аппендицита у беременных приобретают аппаратные и инструментальные методы исследования. Среди них наибольшее значение имеют сонография и лапароскопия.

Цель. Оценка информативности различных методов диагностики острого аппендицита у беременных.

Материал и методы. В центр оказания медицинской помощи беременным с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости на базе Днепропетровской областной клинической больницы им. И.И. Мечникова с 2012 по 2017 годы с диагнозом «острый аппендицит» было направлено 108 беременных и 72 небеременных женщин. Все больные были госпитализированы. Острый аппендицит у беременных подтвердился только у 75 (69,4%) пациенток, они составили I группу исследования. Возраст пациенток колебался от 18 до 40 лет, средний возраст - $25,7 \pm 0,55$ года. Наименьший срок беременности был 4-5 недель, наибольший 35-36. Среди небеременных женщин острый аппендицит подтвердился у 65 (90,2%) пациенток и они составили II группу. Возраст пациенток колебался от 18 до 42 лет, средний возраст - $25,1 \pm 0,68$ лет. Для диагностики острого аппендицита использовали клинические симптомы, показатели общего анализа крови, сонографию и лапароскопию. При этом исследовали информативность уровня лейкоцитов в общем анализе крови, симптомов Кохера-Волковича, Бартомье-Михельсона, Ситковского, Ровзинга, результатов ультразвукового метода и видеолапароскопии.

Информативность была изучена по следующим критериям: чувствительность, специфичность, точность и эффективность, которые рассчитывали по формулам: диагностическая чувствительность (ДЧ) = $a / (a + c) \times 100\%$, диагностическая специфичность (ДС) = $d / (d + b) \times 100\%$, диагностическая точность (ДТ) = $(a + d) / (a + b + c + d) \times 100\%$, диагностическая эффективность (ДЭ).

Результаты. Результаты обследования показали, что боль сопровождал заболевания у всех женщин обеих групп. Из симптомов болезненности наиболее частым оказывался симптом Кохера-Волковича - в 53 (70,6%) беременных и 56 (86,1%) небеременных. Симптомы Ровзинга, Ситковского, Бартомье-Михельсона оказывались в I группе от 38,6% до 69,3% случаев и от 63,0% до 67,6% во II группе. Во II группе диагностическая ценность клинического симптома Ровзинга была значительно выше по сравнению с беременными женщинами. При проведении статистической обработки материала достоверного различия между группами не выявлено только при изучении частоты симптома Бартомье - Михельсона и Ситков-

ского. Несмотря на это, обращает на себя внимание тенденция к повышению процента частоты этих симптомов у беременных женщин.

Наши исследования выявили симптом Кохера-Волковича, как симптом, наиболее часто наблюдающийся у женщин обеих групп. Но в первой группе было зафиксировано пять ложноположительных результатов. При этом чувствительность метода составила - 70,6%, специфичность определена - 84,8%, точность клинической диагностики в целом была 75,0%, а диагностическая эффективность - 77,7%. Во II группе эти показатели соответственно составили: 86,1%, 85,7%, 86,1%, 85,9%.

Определенное значение в диагностике острого аппендицита у беременных имеют показатели лабораторных исследований. Чувствительность диагностических показателей лейкоцитов в первой группе составила - 72,0%, специфичность - 81,8%, точность - 75,0%, диагностическая эффективность - 76,9%, тогда как эти же показатели предоперационной диагностики во II группе были выше: 84,6%, 85,7%, 84,7%, 85,1%.

Всем беременным женщинам при диагностике острого аппендицита мы широко применяли ультразвуковое исследование. По нашим данным точность ультразвуковой диагностики была - 63,9%. В семи случаях был зафиксирован ложноположительный результат и специфичность метода в целом определена - 78,8%. Чувствительность метода составила 57,3%, диагностическая эффективность - 68,0%. Во II группе наблюдались следующие результаты: чувствительность - 69,2%, специфичность - 85,7%, точность - 70,8%, диагностическая эффективность - 77,4%.

Диагностические сложности, связанные с неясностью клинической картины острого аппендицита у беременных были основой для применения видеолапароскопии. У всех женщин диагностическая видеолапароскопия оказалась достаточно информативной.

Полученные данные свидетельствуют, что чувствительность, точность и эффективность лапароскопической диагностики острого аппендицита у беременных достаточно высоки, тогда как чувствительность клинической предоперационной диагностики колеблется в пределах 38,6% - 70,6%. Клиническая симптоматика, уровень лейкоцитоза оказались недостаточно информативными для принятия решения о хирургическом лечении без дополнительных методов исследования.

Выводы.

1. Диагностика острого аппендицита у беременных представляет собой определенную проблему. Информативность основных клинических симптомов не была достаточно значимой. Их диагностическая эффективность при этом колебалась от 54,1% до 77,7%. Чувствительность и точность ультразвукового метода составила 57,3% и 63,9%, наличия лейкоцитоза - 72,0% и 75,0% соответственно.

2. В трудных для диагностики случаях наиболее информативным методом является видеолапароскопия, ее чувствительность и диагностическая эффективность у беременных составляет - 93,3% и 89,1%.

Литература

1. Доброквашин С.В. Особенности диагностики острого аппендицита при беременности / С.В. Доброквашин, А.Г. Измайлов, Д.Е. Волков [и др.] // Практическая медицина .– 2010.– №8.– С. 58-61.
2. Лапароскопическая диагностика и лечение острого аппендицита у беременных/ О.А. Амелеченя, Рычагов Г.П., Пересада О.А. [и др.] // Здравоохранение .– 2011. – № 4. – С. 49-52.
3. Лапароскопическая хирургия при беременности / А.Б. Кутовой, Н.В. Енотова, М.А. Кутовой, В.А. Пелех, А.В. Мелешко// Украинский Журнал Хирургии.– 2011, №3(12).– С. 117-119.

4. Хатьков И.Е. Лапароскопия в диагностике и лечении острых хирургических заболеваний беременных: преимущества, недостатки, осложнения, прогноз (обзор литературы) /И.Е. Хатьков, С.М. Чудных, Э.С. Алиев // Эндоскопическая хирургия, 2011.– № 4.– С.43-49.

МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПОСЛЕДОВ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

Полянина Э.З.¹, Батырева З.З.², Ерачин И.И.³, Козин А.И.³, Кузьмина О.Н.³

¹ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава РФ, Астрахань, Россия

²ГБУЗ АО «Патологоанатомическое бюро», Астрахань, Россия

³Областной перинатальный центр ГБУЗ АО «Александро-Мариинская областная клиническая больница», Астрахань, Россия

MORPHOLOGICAL STATUS OF AFTERBIRTHS AND PREDICTION OF PERINATAL OUTCOMES AT PREMATURE GENERATIONS

Polyanina E.Z.¹, Batyreva Z.Z.², Yerachin I.I.³, Kozin A.I.³, Kuz'mina O.N.³

¹Astrakhan State Medical University, Russian Federation,

²«Pathoanatomical Bureau» Astrakhan, Russian Federation,

³Regional perinatal center of the «Alexandro-Mariinsky Regional clinical Hospital», Astrakhan, Russian Federation.

Улучшение качества оказания медицинской помощи тяжело больным новорожденным относится к приоритетным задачам современного здравоохранения. Известно, что преждевременные роды во многом определяют показатели перинатальной заболеваемости и смертности. Патологические состояния, возникшие в перинатальном периоде, влияют на качество всей последующей жизни преждевременно родившегося ребенка [2, 4]. Высокие материальные затраты на выхаживание недоношенных детей, составляющих группу риска по тяжелой соматической заболеваемости и глубокому неврологическому дефициту, диктуют необходимость прогнозирования и широкого внедрения мер профилактики указанных выше осложнений [2, 4, 5]. Ранее отечественными авторами были разработаны различные системы прогнозирования преждевременных родов у женщин и осложнений у их детей [2, 3, 5]. Анализ литературных данных позволяет также сделать вывод, что персистенция вирусной и бактериальной инфекции у женщины может явиться ведущим фактором невынашивания беременности [1] и существенно повлиять на дальнейшее развитие ребенка.

Цель работы: выяснить возможности прогнозирования перинатальных исходов при преждевременных родах в зависимости от характера морфологических изменений в последах для оптимизации интенсивной терапии и последующего выхаживания недоношенных детей.

Задачи исследования: 1) анализ патогистологических изменений в последах при преждевременных родах, 2) сопоставление морфологических данных с клиническим течением неонатального периода у недоношенных детей, 3) выработка концепции прогнозирования инфекционных осложнений с расчетом прогностического коэффициента перинатальных исходов для оптимизации лечебных мероприятий, направленных на снижение перинатальной заболеваемости и смертности среди недоношенных детей.

Материалы и методы: проведен проспективный анализ перинатальных исходов преждевременных родов в сроке <34 недель в 108 диадах мать-новорожденный. Роды датированы 2013-2016 гг. Изучаемые клинические случаи были разделены на 2 группы в соответствии с характером выявленных морфологических изменений в последах.

Первую группу составили 42 случая выявления дисциркуляторных и/или дегенеративных изменений в последах. Во вторую группу вошли 56 случаев с выявленными воспалительными изменениями в плаценте и/или амнионе, пуповине. В третью, контрольную группу отнесены 10 случаев преждевременных родов в сроке 33-36 недель, когда при исследовании последа преобладали дисциркуляторные нарушения, не было найдено выраженных де-

генеративных изменений и отсутствовали признаки воспаления. Учитывались факторы перинатального риска и особенности течения неонатального периода у недоношенных детей в изучаемых диадах. Статистическая обработка данных включала расчет прогностического коэффициента с использованием пакета программ статистической обработки данных StatSoft STATISTICA 6.1.

Результаты. Проведенный анализ показал, что плановая операция кесарево сечение (ОКС), очень низкая масса тела при рождении (ОНМТ, 1000-1500 г), меньшее число осложнений респираторной поддержки, врожденных инфекций, неонатальных инфекционных осложнений (пневмония, некротический энтероколит) более характерны для 1 группы диад, по сравнению со 2 группой. В диадах 2 группы чаще встречались длительный безводный промежуток (24 часа, в отдельных случаях, 72 часа и более). В этой группе отслойка плаценты и экстренная ОКС наблюдались в 43 % случаев, в 1 группе – в 14,3 %, в контрольной группе подобных случаев не было. Исходная (пренатальная) гипотрофия в контрольной группе было диагностирована у 20 % детей, гораздо чаще она наблюдалась в изучаемых группах: 47,6 % в 1-й и 53,6 % во 2-й.

Рождение детей с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ, < 1000 г) не наблюдалось в контрольной группе, в 1 группе составило 40,4 %, во 2 группе отмечалось несколько чаще – 44,6 % случаев. Однако в диадах 2 группы наличие воспалительных изменений в плаценте, плодных оболочках и/или пуповине нередко приводило к рождению ребенка с врожденной пневмонией (28,5 %), в состоянии тяжелой асфиксии (64,3 %; $p < 0,02$). Это способствовало развитию тяжелых неврологических последствий: внутрижелудочковых кровоизлияний 2-3 степени (23,2 %), неонатальной коме (25 %). В 1-й группе внутрижелудочковые кровоизлияния 2-3 степени диагностировались также часто (23,8 %), однако угнетение ЦНС реже прогрессировало до комы (16,7 %; $p < 0,05$), а тяжелый респираторный дистресс (РДС) был чаще обусловлен пневмопатией (62 %; $p < 0,02$). Во 2 группе 100 % детей с первых минут жизни находились на традиционной (инвазивной) искусственной вентиляции легких (ИВЛ), в 1 группе неинвазивная ИВЛ с рождения применялась в 26,2 % случаев, что объясняется относительно редкостью выявления в этой группе врожденной пневмонии. В дальнейшем это способствовало скорейшему разрешению РДС и относительно редкому развитию пневмоторакса (7,1 %), по сравнению со 2 группой, где пневмоторакс развивался вдвое чаще (14,3 %; $p < 0,02$). У 57 % недоношенных 2 группы в дальнейшем присоединились такие неонатальные осложнения как некротизирующий энтероколит, неонатальная пневмония ($p < 0,02$).

Сравнительный анализ перинатальных исходов в изучаемых диадах указывает на худший прогноз для детей 1 и 2 групп, по сравнению с контрольной группой. При этом во 2 группе летальный исход в первые 168 часов жизни наблюдался чаще (10,7 % - 6 случаев), чем в 1 группе (4,8 % - 2 случая). Ранний неонатальный сепсис был диагностирован у 4 недоношенных 2 группы (7,1 %), в 1 и контрольной группах подобных случаев не наблюдалось. Неонатальный сепсис чаще был подтвержден патологоанатомически во 2 группе (8,2 %; $p < 0,02$ - 5 случаев), чем в 1 группе (2,4 % - 1 случай). Общее число летальных исходов в 1 группе составило 3 случая (7,1%), а во 2 группе, т.е. при наличии воспалительных изменений в последах, достоверно выше - 8 случаев (14,3 %; $p < 0,02$).

Результаты проведенного анализа позволили выявить прогностически достоверные факторы неблагоприятного исхода преждевременных родов. Факторами наибольшего риска перинатальной смертности и неонатальных инфекционных осложнений в исследуемых диадах оказались: 1) наличие гнойного хорионита/хориоамнионита, 2) сочетание хориоамнионита и фуникулита, 3) длительное, более 72 часов, «подтекание» околоплодных вод, 4) вес при рождении ≤ 750 г, 5) срок гестации ≤ 27 недель. Из факторов риска, напрямую не связанных с морфологией последа, но косвенно отражающих состояние фето-плацентарного комплекса в целом, следует отметить: 6) оценку по Апгар на 5-й минуте жизни ≤ 3 баллов и 7) срок гестации ≤ 29 недель при многоплодной беременности.

Заключение: таким образом, была подтверждена прямая корреляционная зависимость между патогистологическими изменениями в последах и тяжестью состояния недоношенных детей. При выявлении воспалительных изменений в плаценте и/или амнионе, пуповине (2 группа, 56 диад мать-новорожденный) у недоношенных детей отмечались: более длительное пребывание на аппаратной ИВЛ, нередко с развитием осложнений респираторной поддержки, и частое присоединение инфекции в позднем неонатальном периоде. По нашим данным, сочетание воспалительных изменений в плаценте, амнионе и/или пуповине с экстремально низкой массой новорожденного при рождении вдвое увеличивает риск смерти ребенка от септических осложнений в неонатальном периоде. Применение прогнозирования перинатальных исходов с учетом морфологии последов при малом сроке гестации поможет оптимизировать терапию выхаживания («щадящие» режимы ИВЛ, дополнительные курсы заместительной иммунотерапии и т.д.) и предотвратить развитие некоторых неонатальных осложнений у глубоко недоношенных детей.

Литература

1. Ияд Фатхи Мохаммад Ахмад. Клинико-морфологические исследования плаценты при преждевременных родах инфекционной и неинфекционной этиологии: автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук. - Москва, 2003. - 18 с.
2. Лебедева О.В. Заболеваемость и смертность детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении: факторы риска и пути снижения /Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. Т. 9. № 2. С. 30.
3. Мишутина А.В. Комплексный подход к прогнозированию очень ранних преждевременных родов: диссертация ... канд. мед. наук.- Кемерово, 2015.- 145 с.
4. Полянина Э.З. Характеристика перинатальных исходов у женщин с тяжелой экстрагенитальной патологией при преждевременных родах / Полянина Э.З., Бережнова Т.А., Ветлугина Л.В. и др. // В сборнике: Актуальные вопросы современной медицины. Материалы Международной конференции Прикаспийских государств. 2016. - С. 178-180.
5. Савельева Г.М., Проблемы преждевременных родов в современном акушерстве / Г.М. Савельева, Р.И. Шалина, Е.Р. Плеханова и др. // Практическая медицина. - 2010. - № 4 (43). С. 7-12.

РЕЗУЛЬТАТЫ ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА, ПРОВЕДЕННОГО В ГБУЗ АО «КЛИНИЧЕСКИЙ РОДИЛЬНЫЙ ДОМ»

Понамарева А.А.¹, Чикина Т.А.², Галкина Н.Н.²

¹ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава РФ, Астрахань, Россия

²ГБУЗ АО «Клинический родильный дом», Астрахань, Россия

THE RESULTS OF PHARMACOECONOMIC EVALUATION, HELD IN ASTRAKHAN REGION STATE BUDGETARY HEALTHCARE INSTITUTION “CLINICAL MATERNITY HOSPITAL”

Ponamareva A.A.¹, Chikina T.A.², Galkina N.N.²

¹Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Astrakhan State Medical University of the Russian Federation Ministry of Health, Astrakhan, Russia

²Astrakhan Region State Budgetary Healthcare Institution
“Clinical maternity hospital”, Astrakhan, Russia

Для принятия административных решений по распределению имеющихся финансовых ресурсов требуется объективная информация об истинных затратах на лекарственные препараты для лечения больных. Эта информация позволяет не только дать оценку адекватности проводимых структурных преобразований в здравоохранении, но и является основой для научно обоснованной управленческой деятельности медицинских служб. Это вызывает необ-

ходимость применения в управлении лечебным учреждением клинико-экономического анализа, в частности ABC-VEN-анализа [1]. ABC-анализ показывает процентное распределение расходов на лекарственные средства. Группа А - это группа лекарств или услуг, затраты на которые составляют 80% расходов на все применявшиеся лекарственные средства, группа В - это группа лекарств или услуг, затраты на которые составляют 15% расходов, С - группа лекарств или услуг, на которую ложится 5% всех затрат. ABC - анализ демонстрирует, на какие лекарства или услуги преимущественно тратились денежные средства. ABC - анализ проводят параллельно с VEN-анализом. VEN-анализ - классифицирует медикаменты по степени их необходимости и предполагает распределение лекарственных средств по следующим категориям: V (vital) - жизненно важные, E (essential) - необходимые, N (nonessential) - второстепенные, несущественные. Жизненно-важными считаются лекарственные средства, важные для спасения жизни, имеющие опасный для жизни синдром отмены, постоянно необходимые для поддержания жизни. Необходимыми считаются средства, эффективные при лечении менее опасных, но серьезных заболеваний. Второстепенными считаются лекарственные средства, предназначенные для лечения легких заболеваний, средства сомнительной эффективности и дорогостоящие препараты с симптоматическими показаниями [2].

Целью данной работы явилась оценка рациональности финансовых затрат на лекарственное обеспечение в ГБУЗ АО «Клинический родильный дом».

Материалы и методы: был проведен ABC/VEN анализ медикаментов, закупленных лечебным учреждением за 2016 год.

Результаты: Основная часть потраченных денежных средств из группы «А» (76,98 %) использована на приобретение жизненно важных лекарственных препаратов (V), специфичных для данного учреждения. В десятку первых вошли следующие препараты: порактант альфа, цефоперазон + сульбактам, прогестерон, карбетоцин и окситоцин, гепарин натрия и эноксапарин натрия, транексамовая кислота, антирезусный иммуноглобулин, ибупрофен, антианемические препараты, дексаметазон. Самым затратным оказался препарат порактант альфа (52,41 %), используемый для лечения и профилактики респираторного дистресс-синдрома (РДС) у недоношенных новорожденных детей. Второе место занимает цефоперазон + сульбактам (3,53 %), применяемый в отделении гинекологии для лечения инфекционно-воспалительных заболеваний органов малого таза. Затраты на прогестерон составили 3,04 %, данный препарат назначается для сохранения беременности. Утеротонические препараты (карбетоцин и окситоцин) составили 2,55 % затрат. На антикоагулянты (гепарин натрия, эноксапарин натрия) и транексамовую кислоту, применяемую с целью остановки кровотечений во время беременности, было затрачено 2,19 % и 1,36 % денежных средств соответственно. На антирезусный иммуноглобулин, необходимый для профилактики резус-конфликта у резус-отрицательных женщин, пришлось 0,98 % затрат. Ибупрофен для внутривенного введения (0,52 %) активно используется с целью лечения гемодинамически значимого открытого артериального протока у недоношенных новорожденных детей. Затраты на антианемические препараты составили 0,23 %. Дексаметазон, применяемый для профилактики РДС новорожденных детей при угрожающих преждевременных родах, составил 0,06 % затрат.

2,36 % потраченных денежных средств из группы «А» были использованы для приобретения эссенциальных лекарственных препаратов (E), например, динопроста, эссенциальных фосфолипидов.

Также необходимо отметить, что в группу «А» вошел неэссенциальный препарат (N) «Витрум пренатал» (0,86 %), который закупался в данном лечебном учреждении в связи с наличием в его структуре женской консультации.

14,86 % потраченных денежных средств из группы «В» распределились между вакцинами, используемыми в рамках национального календаря профилактических прививок; лекарственными средствами для проведения спинальной анестезии и эндотрахеального наркоза; лекарственными препаратами, влияющими на сердечно-сосудистую систему; антагони-

стами окситоцина; лекарственными препаратами, стимулирующими родовую деятельность; растворами, влияющими на водно-электролитный баланс, растворами для парентерального питания; кровезаменителями; антисептическими средствами; нестероидными противовоспалительными препаратами; лекарственными средствами, необходимыми для ухода за новорожденными детьми; антибактериальными и противомикробными препаратами, специфичными для данного учреждения (цефтриаксон, джозамицин, ампициллин + клавулановая кислота, метронидазол, ванкомицин, амикацин, доксициклин, меропенем, имипенем + циластатин, ципрофлоксацин, азитромицин, цефепим).

4,84 % потраченных денежных средств из группы «С» использованы, в основном, на нонэссенциальные препараты: витамины; ректальные и вагинальные суппозитории с антибактериальным и слабительным действиями; антисептические и дезинфицирующие лекарственные средства, а также средства, используемые с диагностической целью в клинико-лабораторных отделениях родильного дома и женской консультации.

Выводы: Проведенный фармакоэкономический анализ позволил оценить целесообразность использования денежных средств на лекарственные препараты в ГБУЗ АО «Клинический родильный дом» за 2016 год и оптимизировать закупки данного лечебного учреждения, что особенно актуально в условиях ограниченного финансирования. Результаты его учтены при составлении формулярного перечня лекарственных препаратов на следующий год.

Литература

1. Шаповалова М.А., Бондарев В.А., Корецкая Л.Р. Алгоритм исследования «Стоимость болезни» // Главный врач: Хозяйство и право. 2012. № 3. С. 4-6.
2. Шаповалова М.А., Бондарев В.А., Корецкая Л.Р. Алгоритм исследования «Стоимость болезни» // Главный врач: Хозяйство и право. 2012. № 4. С. 25-27.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Попов Е.А.², Андросюк Н.Г.^{1,2}, Красовская В.И.¹, Гальцев С.С.¹, Хилова Л.Н.¹, Рудан Е.В.¹, Григорьева Ю.Г.², Садвакасова Н.Р.¹, Костина Р.Р.¹, Колесникова О.В.¹
¹ ГБУЗ АО «Областной кардиологический диспансер», Астрахань, Россия
² ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет»
Минздрава РФ, Астрахань, Россия

REHABILITATION OF THE PATIENT AFTER HEART TRANSPLANTATION: A CASE REPORT

Popov E.A.², Androsyuk N.G.^{1,2}, Krasovskaya V.I.¹, Galtsev S.S.¹, Khilova L.N.¹, Rudan E.V.¹, Grigorieva Yu.², Sadvakasova N.R.¹, Kostin R.R.¹, Kolesnicova O.V.¹
¹Regional Cardiology Clinic, Astrakhan, Russia
²Astrakhan State Medical University, Astrakhan

Факторы риска нежелательных событий в течение 5 лет после трансплантации сердца включают: развившийся сахарный диабет, несовместимость трансплантата по HLA антигенам и группе крови [1]. Артериальная гипертензия является важным модифицируемым фактором риска дисфункции сердечного трансплантата, васкулопатии, жизнеопасных нарушений ритма, мозгового инсульта, почечной недостаточности и смерти, как у взрослых, так и у детей [2].

Клинический случай

Пациент К. 1999 г.р., в возрасте 15 лет, в марте 2014 г. был направлен в консультативное отделение «ГБУЗ АО Областной кардиологический диспансер» в связи с синкопальными состояниями. В течение всего предшествующего года пациент К. занимался вольной борьбой. По данным МРТ головного мозга выявлена арахноидальная киста правой височной об-

ласти; на электроэнцефалограмме – единичные билатеральные синхронные вспышки острых медленных волн преимущественно в височно-лобных отведениях.

При обследовании в ГБУЗ АО «Областном кардиологическом диспансере» выявлены: дилатация правых отделов сердца, снижение фракции выброса левого желудочка по формуле «Тейхольц» до 40,5% и правого желудочка до 37,5%, легочная гипертензия (систолическое давление в легочной артерии, по данным ЭхоКГ, составляло 45 мм рт.ст.), относительная недостаточность трикуспидального клапана 2-3-й ст. При проведении коронароангиографии были исключены аномалии коронарных артерий. По данным суточного мониторирования ЭКГ (март 2014 г) регистрировался ритм синусовый. ЧСС от 37 до 135 (средняя 87 уд./мин. в течение всего наблюдения). Диагностировались желудочковая экстрасистолия (197 экстрасистол/сут), полная блокада правой ножки пучка Гиса. При выполнении МРТ сердца с контрастированием выявлены преимущественное поражение правых отделов сердца, дилатация правого желудочка со снижением его сократительной функции, расширение ствола легочной артерии.

В июне 2014 в ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава РФ «Научно-исследовательском клиническом институте педиатрии имени академика Ю.Е. Вельтищева» выполнена имплантация кардиовертера-дефибриллятора.

В связи с прогрессирующей хронической сердечной недостаточностью пациенту К. 23.10.2015 выполнена ортотопическая трансплантация сердца в ФГБУ ФНЦ «Трансплантологии и искусственных органов имени академика В.И. Шумакова» Минздрава РФ. Интероперационный период осложнился развитием дисфункции сердечного трансплантата, в связи с чем, была имплантирована система бивентрикулярного обхода желудочков сердца, дополненная мембранной оксигенацией. На 3-е сутки послеоперационного периода первичная дисфункция трансплантата регрессировала (по данным диагностической эндомикардиальной биопсии: клеточное и антилоопосредованное отторжение трансплантата отсутствовало). Выявлено наличие хронического гепатита В, HBeAg-негативный вариант.

Через 21 день после выполненной ортотопической трансплантации сердца выявлены клеточное отторжение трансплантата IA ст и васкулиты, что потребовало коррекции иммуносупрессивной терапии.

С 10.12.2015 г. по настоящее время пациент К. находится под диспансерным наблюдением врачей «ГБУЗ АО Областной кардиологический диспансер». Индивидуальная программа реабилитации пациента К. включает медицинскую, профессиональную и социальную реабилитацию. Разработана программа лечебной физкультуры и физической реабилитации. Период наблюдения за реципиентом трансплантированного сердца составил 22 мес.

Обсуждение:

В описанном нами клиническом случае побочные действия иммуносупрессивной терапии не зарегистрированы. После выписки из ФГБУ ФНЦ «Трансплантологии и искусственных органов имени академика В.И. Шумакова» Минздрава РФ рецидив отторжения трансплантата не наблюдался. Активность вирусного гепатита В не выявлена. Артериальная гипертензия не зарегистрирована.

Достаточный интерес представляет динамика данных ЭхоКГ. На момент выписки из ФГБУ ФНЦ «Трансплантологии и искусственных органов имени академика В.И. Шумакова» Минздрава РФ выявлены относительная недостаточность трикуспидального клапана 2-й ст., фракция выброса левого желудочка составляла 64%. На контрольных ЭхоКГ (07.2017) определяется трикуспидальная регургитация 1-й ст., фракция выброса левого желудочка составляет 57%.

Необходимо отметить, что в результате разработанной программы реабилитации пациент К. возобновил трудовую деятельность – сдал выпускные экзамены в школе и получил аттестат об образовании.

Настоящее исследование демонстрирует эффективность проводимых реабилитационных мероприятий у пациента с трансплантированным сердцем.

Литература

1. Трансплантация сердца. Национальные клинические рекомендации. Рассмотрены и рекомендованы к утверждению Профильной комиссией по трансплантологии Минздрава РФ на заседании 31 мая 2013 года.
2. Шевченко, А.О. / Артериальная гипертензия у реципиентов трансплантированного сердца / А.О. Шевченко, Е.А. Никитина, И.Ю. Тюняева // Вестник трансплантологии и искусственных органов.- 2017; 2: 114 – 125.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ФРАНЦУЗСКОГО ТИПА: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Рымко В.А.¹, Осипова-Егорова Е.А.², Конюх Е.А.¹

¹Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

²Учреждение здравоохранения «Гродненская областная детская клиническая больница», Гродно, Беларусь

CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF NEPHROTIC SYNDROME OF THE FRENCH TYPE: CASE STUDY

Rymko V.A.¹, Osipova-Egorova E.A.², Koniukh E.A.¹

¹University of Education «Grodno State Medical University», Belarus

²Health establishment «Grodno Regional Children's Clinical Hospital», Belarus

Актуальность. Первичный нефротический синдром (НС), согласно литературным данным, составляет 2–13 случаев на 100000 детского населения. У детей выделяют врожденный НС (манифестация заболевания отмечается с рождения до 3 месяцев) и инфантильный НС (в возрасте 4–12 месяцев). К первичным формам относят врожденный НС финского типа, врожденный НС французского типа, врожденный и инфантильный НС с минимальными изменениями, фокально-сегментарным гломерулосклерозом [1,2,3].

Цель работы: изучить структуру и особенности течения врожденного нефротического синдрома у детей Гродненской области.

Методы: проанализированы 28 медицинских карт стационарных пациентов, госпитализированных в соматическое отделение УЗ «ГОДКБ» по поводу НС в 2011–2016гг.

Результаты. При анализе установлено, что врожденный НС был диагностирован у 1 ребенка в возрасте 1г. 8мес., который поступил с жалобами мамы на частый малопродуктивный кашель у мальчика, сохраняющийся в течение 1,5–2 месяцев. Проводимое амбулаторное лечение положительного эффекта не дало, ребенок был госпитализирован. При обследовании в ОАК выявлена эозинофилия, повышение СОЭ до 51 мм/ч. В БАК гиперхолестеринемия, гипипротейнемия, гипоальбуминемия. В ОАМ протеинурия высокой степени. Отеков, пастозности не отмечалось. Диурез сохранен. В течение 39 дней проводилась терапия НС, положительной лабораторной динамики не отмечалось при сохранении удовлетворительного самочувствия и отсутствия клинических проявлений НС. Мальчик переведен в Республиканский центр детской нефрологии и заместительной почечной терапии г.Минска. В возрасте 1 год 9,5 мес. ребенку проведена пункционная нефробиопсия. При морфологической исследовании – мезангиальный склероз (врожденный нефротический синдром французского типа). В динамике в течение 4-х месяцев состояние пациента прогрессивно ухудшалось: отмечалось нарастание уровня мочевины, креатинина, анемии, появились признаки метаболического ацидоза, развилась артериальная гипертензия, что явилось показанием для начала заместительной почечной терапии перитонеальным диализом. В возрасте 3-х лет пациенту проведена аллотрансплантация почки от умершего донора.

Заключение. Таким образом, в течение последних 5 лет в Гродненской области под наблюдением находится 1 ребенок с НС французского типа. Представленный случай демонстрирует позднюю диагностику врожденного нефротического синдрома на фоне интеркуррентного заболевания, учитывая отсутствие типичных клинических признаков отечного синдрома.

Литература

1. Настаушева Т.Л., Швырев А.П., Кулакова Е.Н., Стахурлова Л.И., Звягина Т.Г., Луканкина Л.Н. Результаты эпидемиологического исследования нефротического синдрома у детей по данным регионального регистра больных // Нефрология и диализ. 2010. Т. 12. № 2. С. 90-95.
2. Сукало А.В., Тур Н.И, Козыро И.А., Байко С.В., Летковская Т.А. Врожденный нефротический синдром // Медицинский журнал. 2006. № 4. С. 124-126.
3. Цыгин А.Н., Комарова О.В., Сергеева Т.В., Тимофеева А.Г., Чумакова О.В. Нефротический синдром // Педиатрическая фармакология. 2006. Т 3. №5. С.41-47.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ВОЗБУДИТЕЛЯ В УСЛОВИЯХ АСТРАХАНСКОГО РЕГИОНА

Рыжкова О.А.¹, Стрельцова Е.Н.¹, Сайфулин М.Х.², Попова Н.А.², Аверенкова Н.С.²

¹ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава РФ, Астрахань, Россия

²ГБУЗ АО «Областной клинический противотуберкулезный диспансер», Астрахань, Россия

PECULIARITIES OF THE RESPIRATORY TUBERCULOSIS PROGRESSION WITH THE MULTIPLE DRUG RESISTANCE OF THE CAUSATIVE AGENT IN CONDITIONS OF THE ASTRAKHAN REGION

Ryzhkova O.A.¹, Streltsova E.N.¹, Sayfulin M.H.², Popova N.A.², Averenkov N.S.²

¹Federal State Budget Educational Institution of Higher Education "Astrakhan State Medical University" Ministry of Health of the Russian Federation, Astrakhan, Russia

²State Budgetary Healthcare Institution of the Astrakhan region "Regional Clinical Antituberculosis Dispensary", Astrakhan, Russia

Туберкулёз - широко распространенное инфекционное заболевание. Лекарственная устойчивость микобактерий туберкулёза к противотуберкулёзным препаратам становится главной причиной заболеваемости и смертности от этого заболевания во всём мире. Несмотря на улучшение за последнее десятилетие эпидемической ситуации по туберкулёзу в России, эпидемиологические показатели остаются хуже, чем в странах Западной Европы, а в отдельных регионах - крайне неблагоприятны. Эпидемиологическая ситуация по туберкулёзу в Астраханском регионе на сегодняшний день остается весьма напряженной. Актуальной проблемой современной фтизиатрии является значительное распространение туберкулёза с множественной и широкой лекарственной устойчивостью (МЛУ, ШЛУ) возбудителя, который часто принимает затяжное, прогрессирующее течение, что наносит значительный ущерб здоровью населения и экономике здравоохранения (Галкин В.Б. с соавт, 2017, Филинюк О.В. с соавт., 2014, WHO, 2015).

Цель: выделить особенности течения туберкулеза органов дыхания с МЛУ *M.tuberculosis* (МБТ) в условиях Астраханского региона.

Задачи: 1.Оценить динамику основных эпидемиологических показателей по туберкулезу в Астраханской области (АО) за 5 лет. 2.Определить особенности клинико-рентгенологических проявлений туберкулеза органов дыхания с МЛУ возбудителя.

3. Оценить эффективность комплексной терапии больных туберкулезом с МЛУ возбудителя на стационарном этапе лечения.

Материалы и методы: Проводился анализ и статистическая обработка годовых отчетов за 5 лет, медицинских карт больных туберкулезом органов дыхания стационара №3 ГБУЗ АО ОКПТД г. Астрахань. Обследовано 100 больных туберкулезом легких с установленной МЛУ возбудителя (50 женщин и 50 мужчин), находившихся на стационарном лечении в отделениях терапии туберкулеза легких ОКПТД г. Астрахани в возрасте 18-70 лет за период 2015-2016гг. Из методов исследования применялись общепринятые клинико-лабораторные методы, бактериоскопические и бактериологические методы исследования мокроты на выявление МБТ и определение чувствительности выделенных культур МБТ к противотуберкулезным препаратам (ПТП), ПЦР, ВАСТЕС MGIT 960, рентгенологические методы, фибробронхоскопия, спирометрия, диаскинтест и др.

Результаты: по данным проведенного анализа основных эпидемиологических показателей, отражающих ситуацию по туберкулезу в АО в период с 2012г. по 2016г, отмечается снижение общего показателя заболеваемости туберкулезом на 9% со 105,5 до 96,3 на 100 000 населения. Снижение заболеваемости отмечается за счёт взрослого населения. Выросла заболеваемость туберкулезом детей (0-14 лет) более, чем в 2 раза с 23,8 до 62,2 на 100 000 населения. Рост туберкулеза среди детского населения объясняется качественным улучшением диагностики (диаскинтест, компьютерная томография органов грудной клетки). Среди коренного населения АО показатель заболеваемости туберкулезом за 5 лет снизился с 82,1 до 78,6 на 5%, по г.Астрахани - с 75,8 до 69,1 (на 9%) и по районам области - с 88,9 до 86,7 на 100 000 населения (на 2,5%), но в отдельных районах, наоборот имеется тенденция к увеличению этого показателя - Енотаевский (с 90,2 до 96,7), Икрянинский (с 66,7 до 110,7), Харабалинский (с 121,3 до 132,2), Володарский (с 85,5 до 96,1), ЗАТО г. Знаменск (17,5 до 49,4). В 2016г. отмечается увеличение заболеваемости в Приволжском (с 76,3 до 83,7) и Наримановском (с 79,6 до 90,1) районах. Это объясняется отдаленностью некоторых районов от города, низкой активностью по привлечению населения к обследованию среди лиц с социальными факторами риска, «кадровый голод». Фиксируется так же заметное снижение показателя смертности, как одного из основных показателей при оценке эпидемиологической ситуации, на 45% с 25,4 до 14,1 случая на 100 000 населения, однако в сравнении со среднестатистическими данными по России (7,8) он остается достаточно высоким. Показатель распространенности туберкулеза по АО снизился на 10,5% с 256 до 229,1 на 100 000 населения, но превышает показатели по России в 2 раза. В Российской Федерации (РФ) показатели общей заболеваемости и распространенности за 2016г. составили 53,3 и 121,3 на 100 000 населения соответственно.

Последние 5 лет доля обследованного населения АО методами профилактической флюорографии на туберкулез остается высокой (2012г. - 83%, 2016г. - 80%), на 12,3 % вырос охват населения профосмотрами (с 67,7% до 80%) и на 17% увеличилась выявляемость туберкулеза (с 66,2 до 79,6). Показатель заболеваемости взрослых, состоящих в контакте с больными туберкулезом на 1000 контактных, снизился с 1,2 до 0,76. В 1,7 раз сократилась заболеваемость внелегочными формами туберкулеза с 2,4 до 1,4 случая.

Следует отметить опасную тенденцию роста на 35% показателя заболеваемости туберкулезом с МЛУ возбудителя с 6,6 до 10,1 случая на 100 000 населения, что превышает данные по РФ в 2 раза (5,6). На 16% увеличился показатель распространенности туберкулеза среди больных с МЛУ возбудителя с 41 до 48,7 на 100 000 населения. Отмечается увеличение доли больных туберкулезом с МЛУ МБТ среди впервые выявленных с 19,1% до 21,9%. За 5 лет в 1,6 раз увеличилось число больных туберкулезом с установленным бактериовыделением с 29,2 до 46,1 на 100 000 населения. Возросла доля больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ инфекцией из всех впервые выявленных больных туберкулезом с 1,8% до 3%.

Среди обследованных (100) больных туберкулезом органов дыхания и выделяющих МБТ с МЛУ к ПТП преобладали пациенты (64%) в возрасте - 19-45 лет. Сельских жителей -

56%, городских - 44%. При обращении с жалобами выявлены 58% больных, при прохождении флюорографии - 42%. Большинство обследованных имели среднее образование – 55%, не работали -76% (мужчин-34%, женщин-42%), среди них инвалидов по туберкулёзу - 18%. В браке состояло 42% больных. Неудовлетворительные условия проживания и недостаточность питания отмечена у 35% больных. Судимость имелась у 15% больных (мужчины). Вредные привычки (табакокурение, прием алкоголя) отметили у себя 68% больных (мужчины-48%, женщины-20%). По рентгенологической картине заболевания среди обследованных больных распространенные процессы в легких (более 2-х сегментов) были выявлены у 85% пациентов, с деструкцией в легочной ткани - 96%. С впервые выявленными формами туберкулёза отмечено 53% пациентов, с рецидивами – 47%. Из клинических форм туберкулёза лёгких установлены: инфильтративная – 52%, диссеминированная – 24%, фиброзно-кавернозная –13%, кавернозная - 11%. С осложнениями специфический процесс в лёгких протекал у 24% больных (туберкулёз бронхов, легочное кровотечение, легочно-сердечная недостаточность). Все больные являлись бактериовыделителями - у 22% пациентов лекарственная устойчивость МБТ была определена только к изониазиду и рифампицину и у 78% - к изониазиду, рифампицину и другим ПТП, из них у 15% - выделена МБТ с ШЛУ. Первичная МЛУ отмечена у 68% больных, вторичная – у 32%. Сопутствующая патология установлена у 67% больных (хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, мочевой и эндокринной систем). В 24% случаях выявлено наличие двух и более сопутствующих заболеваний. Симптомы интоксикации и бронхолегочного синдрома выявлены у 83% больных. Воспалительные изменения в анализах крови установлены у 76% пациентов. По результатам бронхоскопии эндобронхиальная патология выявлена у 60% пациентов, из них туберкулёз бронхов - у 16%. При постановке диаскинтеста положительные результаты отмечены у 94% пациентов. По результатам спирометрии у 48% больных выявлены резкие нарушения бронхиальной проводимости. Лечение больных проводилось по интенсивной фазе стандартного и индивидуального IV-V режимов химиотерапии в течение 6-8 месяцев в условиях туберкулезного стационара в комплексе с патогенетической терапией. Метод коллапсотерапии применялся у 5% больных, лечебные бронхоскопии у 10% больных. У 52% больных на фоне проводимого лечения были отмечены побочные реакции токсико-аллергического характера.

В результате проводимой терапии нормализация лабораторных показателей крови и клинической картины заболевания наблюдалась у 58% больных, прекращение бактериовыделения по окончании интенсивной фазы лечения отмечено у 77% больных. По рентгенологическим данным в легких: закрытие полостей распада установлено у 32% пациентов, уменьшение в размерах полостей распада - у 30%. От показанного больному оперативного лечения отказались 18% больных. На амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии выписано 52% пациентов, на санаторно-курортное лечение отправлено 10% пациентов. Переведено на оперативное лечение в хирургическое отделение (в том числе в ЦНИИТ г.Москва) - 30% больных, оставлено для продолжения лечения в условиях стационара - 10% пациентов и выписано за нарушения режима (злоупотребление алкоголем, хулиганство) - 8% ($r=0,7$, $p<0,05$).

Заключение: В Астраханском регионе за 5 лет наметилась некоторая положительная динамика по снижению заболеваемости, распространённости и смертности от туберкулёза, однако эти показатели превышают показатели в среднем по России в 2 раза. Сохраняется напряженная эпидемиологическая ситуация по росту заболеваемости и распространённости туберкулеза с МЛУ возбудителя, увеличилась заболеваемость туберкулезом среди детского населения, а также в отдельных сельских районах области. Это требует применения более эффективных мер по профилактике, обследованию лиц из групп риска и состоящих в контакте с больными туберкулезом; разработки мероприятий по развитию мотивации к лечению у больных туберкулезом; более активного применения психологической и социальной реабилитации. В результате проведенного обследования 100 больных туберкулезом с МЛУ воз-

будителя установлено, что среди них преобладают неработающие пациенты молодого трудоспособного возраста, имеющие вредные привычки и распространенные деструктивные формы туберкулеза, с наличием сопутствующей патологии и плохой переносимостью ПТП. В результате проведенного интенсивного курса специфической терапии нормализация клинико-лабораторных показателей отмечалась у 58%, абациллирование – у 77%, закрытие полостей распада только в 32% случаях. У 64% больных, в основном с распространенными хроническими формами туберкулеза и устойчивостью МБТ к сочетанию основных и резервных ПТП (в том числе ШЛУ) сохранились деструктивные изменения в легочной ткани. Недостаточная эффективность терапии данной категории лиц связана с трудностями подбора препаратов, в том числе из-за наличия сопутствующей патологии и низкой приверженности к лечению.

Литература

1. В.Б. Галкин, С.А. Стерликов, Г.С. Баласанянц, П.К. Яблонский. Динамика распространенности туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью/Туберкулёз и болезни лёгких.-2017.-№3.-С.5-12.
2. Филинчук, О.В., Фелькер, И.Г., Янова, Г.В., Буйнова, Л.Н., Колоколова, О.В. Факторы риска неэффективности химиотерапии больных туберкулёзом с множественной лекарственной устойчивостью/ Туберкулёз и болезни лёгких.-2014.-№1.-С.20-26.
3. Global tuberculosis control: WHO report 2015, WHO/HTM/TB/2015.22, 192 p.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ РБ У ДЕТЕЙ

Савенкова Н.Д., Джумагазиев А.А., Безрукова Д.А., Райский Д.В.
ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава РФ, Астрахань, Россия

Savenkova N.D., Dzhumagaziev A.A., Bezrukova D.A., Rajskey D.V.
Astrakhan State Medical University, Russia

Заболевания респираторной системы у детей, проживающих в неблагоприятной экологической обстановке нередко становятся рецидивирующими [1, 2, 5, 8],

Цель: прогнозирование риска формирования рецидивирующего бронхита (РБ) у детей, проживающих в условиях комбинированного воздействия неблагоприятных антропогенных факторов (на примере Астраханской области).

Материалы и методы исследования: В проспективное контрольное исследование вошли 113 детей в возрасте от 1 года до 6 лет. Из них, у 83 пациентов верифицирован диагноз РБ по общепринятым критериям, согласно классификации клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей [3, 7], имеющих низкий прогностический астматический индекс (Asthma Predictive Index - API) на момент обследования [6], которые составили основную группу исследования. В контрольную группу включены 30 условно здоровых детей. От всех пациентов было получено информированное согласие на участие в исследовании. Иммунологическое обследование проведено по тестам 1-3 уровней [9].

Прогностические коэффициенты (ПК) полученные при анализе клинико-anamnestических данных, обрабатывались с помощью неоднородной последовательной процедуры распознавания Вальда, с использованием четырехпольной таблицы сопряженности 2x2 для вычисления критерия χ^2 [4], Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с помощью пакета Microsoft Office Excel, 2007.

Результаты: выявлен риск развития РБ у детей раннего и дошкольного возраста при сенсибилизации к пищевым аллергенам (ПК=7,3), медикаментозной аллергии (ПК=7,9). Менее значимы для развития РБ бытовая (ПК=1,6) и пыльцевая аллергия (ПК=0,4). Анализ анамнеза заболевания показал, что ранний дебют заболевания является значимым фактором риска развития РБ, так возникновение синдрома бронхиальной обструкции на первом году

жизни дает ПК=9,9, а при дебюте РБ в возрасте 2-3 лет ПК=10,4, важна также связь дебюта заболевания с острой респираторной инфекцией (ПК=7,0).

Наличие у пациентов сопутствующей ЛОР-патологии существенно повышает риск реализации РБ (гайморит - ПК= 7,9, аденоидит - ПК=18,1).

Такие признаки со стороны матери, как количество беременностей в анамнезе 2 и более, количество родов в анамнезе 2 и более, антенатальная и интранатальная потеря плода в анамнезе, самопроизвольные выкидыши, прерывание беременности в анамнезе, операция кесарево сечения, гестоз, наличие хронических заболеваний у матери, инфицирование матери во время беременности, анемия во время беременности, а также масса тела и рост ребенка при рождении, гендерный признак не были информативными.

В ходе исследования, оценивали следующие гематологические маркеры, выходящие за пределы референтных значений: абсолютное содержание лейкоцитов, эозинофилов, палочкоядерных нейтрофилов, сегментоядерных нейтрофилов, лимфоцитов, моноцитов, лейкоцитарный индекс интоксикации. Интересен тот факт, что из вышеперечисленных маркеров, значимым признаком риска развития РБ является повышение уровня сегментоядерных нейтрофилов (ПК=7,9).

Представляет большой интерес анализ иммунологических маркеров. Протективное значение в реализации РБ имеют нарушения киллинговой активности фагоцитов (низкий уровень индекса фагоцитоза (ПК=-14,4), низкий уровень спонтанного НСТ-теста (ПК=-4,9), низкий уровень стимулированного НСТ-теста (ПК=-5,7)), отсутствие изменений в Т-, В-клеточном иммунитете (соответственно ПК=-2,4 и ПК=-2,9), гиперпродукция иммуноглобулинов класса М (ПК=-2,5). Прогностическое значение для риска развития РБ имеют стимуляция В-клеточного звена иммунитета (ПК=6,2) и повышение уровня провоспалительного цитокина ИЛ 6 (ПК=2,6).

Выводы:

1. Анализ клинико-anamнестических и лабораторных признаков риска развития РБ у детей раннего и дошкольного возраста позволил выделить наиболее значимые прогностические факторы реализации заболевания.

2. Индивидуальный подход в прогнозировании РБ позволяет персонифицировать как нозологию болезни, так и последующее лечение, и медицинскую реабилитацию.

Литература

1. Башкина О.А. Клинико-иммунологический мониторинг и цитокиноterapia у детей с рецидивированием респираторных заболеваний : Авторе. дисс...д-ра мед.наук Москва: Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова., 2006.
2. Башкина О.А., Красилова Е.В., Бойко А.В. Иммунокорректирующие препараты в профилактике заболеваний респираторного тракта у часто болеющих детей // Инфекционные болезни. - 2004. - Т. 2. - № 1. - С. 24-29.
3. Геппе Н.А., Розина Н.Н., Волков И.К., Мизерницкий Ю.Л. Рабочая классификация основных клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей // Трудный пациент. 2009. №1-2. С.35-39.
4. Гублер, Е.В. Информатика в патологии, клинической медицине и педиатрии. – Л.: Медицина, 1990. -176 с.
5. Касымова Е.Б., Башкина О.А., Галимзянов Х.М., Романцов М.Г., Енгибарян К.Ж., Родина Л.П. Оптимизация фармакотерапии у детей с острой Эпштейна-барр вирусной инфекцией // Экспериментальная и клиническая фармакология. - 2014. - Т. 77. - № 1. - С. 26-29.
6. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактики» / под ред. Геппе Н.А., Колосова Н.Г., Кондюрина Е.Г., Малахов А.Б., Мизерницкий Ю.Л., Ревякина В.А. 5-е изд-е. доп. и перераб. Москва: Оригинал-макет, 2017. 160 с.

7. Савенкова Н.Д., Рецидивирующий бронхит у детей: состояние проблемы/
Н.Д. Савенкова, А.А. Джумагазиев, Д.А. Безрукова // Астраханский медицинский журнал. 2014. Т. 9. № 1. С. 29-37.
8. Сергиенко Д.Ф., Башкина О. А., Галимзянов Х. М. Особенности клинического течения и механизмы иммунной регуляции у детей с муковисцидозом: монография. – Астрахань, 2010.
9. Хаитов Р. М., Ильина Н.И. Аллергология и иммунология. Национальное руководство. Москва: Изд-во ГЭОТАР-Медиа, 2013. 640 с.

РОЛЬ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В ФОРМИРОВАНИИ ГИПОТАЛАМИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Салий М.Г.¹, Ткаченко Л.В.², Селина Е. Г.³

¹ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава РФ, Астрахань, Россия

²ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, Волгоград, Россия

³ОАО «Новая поликлиника Астрахань», Астрахань, Россия

THE ROLE OF PERINATAL LESIONS OF THE CENTRAL NERVOUS SYSTEM IN THE FORMATION OF HYPOTHALAMIC DYSFUNCTION OF PUBERTY IN ADOLESCENT GIRLS

Saliy M.G. ¹, Tkachenko L.V. ², Selina E.G. ³

¹FGBOU VO Astrakhan Medical University, Ministry of Health of Russia, Astrakhan, Russia

²FGBOU VO «Volgograd State Medical University» of the Ministry of Health Russia, Volgograd, Russia

³OJSC "New Polyclinic Astrakhan", Astrakhan, Russia

В условиях современного демографического кризиса проблемы репродуктивного здоровья подрастающего поколения приобретают чрезвычайную актуальность. Ретроспективный анализ становления репродуктивной функции обнаружил высокий процент различных нарушений уже в пубертатном возрасте. Среди различных факторов, влияющих на его течение, важную роль играет поражение центральной нервной системы (ЦНС). Одной из причин бесплодия и невынашивания беременности в репродуктивном возрасте, которые достигают 33%, является гипоталамическая дисфункция, усугубляемая хронической соматической патологией, что диктует необходимость своевременной диагностики данного заболевания и проведение соответствующей коррекции в пубертатном периоде (1,2,3).

Цель исследования – оценить роль перинатального поражения центральной нервной системы в формировании гипоталамической дисфункции (ГД) у девочек-подростков Астраханского региона.

Задачи:

1. Изучить данные анамнеза матерей обследованных девочек с ГД
2. Провести оценку перинатального анамнеза девочек с ГД
3. Оценить клиническое течение ГД в изучаемых группах
4. Определить связь перинатального поражения центральной нервной системы в формировании ГД.

Методы. Нами обследовано 48 девочек-подростков с ГД в возрасте 12-17 лет. Подружки основной группы распределены на 2 возрастные подгруппы: в 1-ю вошли 27 девочек в возрасте 12-14 лет (средний возраст 13,8±0,9 года), во 2-ю – 21 девочка в возрасте 15-17 лет (средний возраст 14,7±1,1 года). Контрольную группу составили 42 девочки с отсутствием гипоталамической дисфункции при обследовании.

Изучение физического развития подростков проводилось с помощью антропометрии с последующей оценкой результатов по центильным возрастным таблицам. Гормональные исследования проводились методом ИФА с использованием стандартных наборов ООО «Хема-Медика» (Россия) в соответствии с прилагаемыми инструкциями.

Анализ состояния вегетативной нервной системы проводился при помощи кардиоинтервалографа «Кармин» ООО НМФ «Нейротех» г. Таганрог. Нейрофизиологические исследования пациенток включали электроэнцефалографию (ЭЭГ), эхоэнцефалографию (ЭхоЭГ); реоэнцефалографию (РЕГ). ЭЭГ и ЭхоЭГ. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета программ Statistica 6.0, Microsoft Excel 2007.

Результаты. Выявлены выраженные нейроэндокринные нарушения у матерей обследуемых девочек с ГД. Среди них преобладали женщины с ожирением ($p < 0,05$), вегетососудистыми нарушениями ($p < 0,1$), гиперпластическими процессами и гормонозависимыми опухолями репродуктивной системы ($p < 0,05$). Кроме того, у 14,5% матерей анамнез был отягощен бесплодием, 20,8% - невынашиванием беременности, у 10,4% - абортми.

Анализ течения беременности и родов выявил наличие осложнений у 42 (87,5%) матерей обследуемых основной группы и 12 (28,5%) – контрольной ($p < 0,001$). У 83,3% девушек основной группы перинатальный анамнез был отягощен формированием церебральных нарушений, что могло явиться первичным повреждающим фактором гипоталамо-гипофизарной системы. Ранний неонатальный период у 89,7% девочек I группы имел осложненное течение, во II группе – у 27,9% ($p < 0,001$).

При оценке клинического течения ГД отмечены расстройства менструаций у 96,7% девушек и сопутствующее ожирение у 83,3% ($p < 0,001$). Среди других вариантов клинической симптоматики имелась высокая частота головной боли – 63,3% ($p < 0,05$). В структуре расстройств менструаций преобладала олигоменорея – 66,7% ($p < 0,05$). Аномальные маточные кровотечения выявлены у 13,3% ($p < 0,05$) и первичная и вторичная аменорея – у 16,7% и 13,3% пациенток ($p < 0,05$), у каждой третьей пациентки наблюдалась дисменорея.

В I подгруппе основной группы (12-14 лет) выявлена повышенная секреция ЛГ ($p < 0,001$), пролактина ($p < 0,05$), ФСГ ($p < 0,05$), а также кортизола ($p < 0,001$) и тестостерона ($p < 0,05$). Наблюдалось снижение содержания эстрадиола и прогестерона ($p < 0,05$). На фоне указанных гормональных сдвигов в клинической картине гипоталамической дисфункции в этой возрастной группе у всех обследуемых отмечена вегетативная дисфункция, наличие ожирения 2-3-й степени – в 17 (35,4%) наблюдениях, интенсивно окрашенных стрий на коже различных участков тела (передняя брюшная стенка, молочные железы, бедра) у каждой девочки. В возрасте 15-17 лет регистрировалось снижение уровня половых стероидов на фоне прогрессирования расстройств менструаций по типу аменореи – у 19 (39,6%) подростков основной группы ($p < 0,05$). Клиническая картина гипоталамической дисфункции у девочек этой возрастной группы характеризовалась нарастанием гипертрихоза и ожирения в 18 (37,5%) наблюдениях ($p < 0,05$).

Исследования с помощью электроэнцефалографии показали, что при ГД в 63,3% случаев ($p < 0,05$) зарегистрированы общемозговые изменения биоэлектрической активности ирритативного характера с признаками раздражения диэнцефальных отделов мозга (1-й тип изменений). Выраженные по органическому типу изменения с признаками дисфункции диэнцефальных отделов мозга (2-й тип изменений) обнаружены у 26,7% обследованных ($p < 0,05$). Анализ данных реоэнцефалографии показал удовлетворительное пульсовое кровенаполнение в зоне васкуляризации *arteria carotis interna* у 46,7% пациенток с ГД ($p < 0,05$), повышенное – у 33,3% и сниженное – у 20% девушек ($p < 0,05$). В зоне васкуляризации *arteria vertebralis* удовлетворительное пульсовое кровенаполнение выявлено у 60% девушек ($p < 0,05$); повышенное – у 33,3% ($p < 0,05$) и сниженное – лишь в единичных случаях (6,7%) ($p > 0,05$). Признаки ангиодистонии отмечены у большинства (93,3%) пациенток с ГД ($p < 0,001$), затруднение венозного оттока – лишь в 53,3% наблюдений ($p < 0,05$). Данные ЭхоЭГ свидетельствовали о наличии расширения боковых и III желудочков у 3,3% больных ($p > 0,05$). Рентгенологическое об-

следование черепа в двух проекциях диагностировало повышение внутричерепного давления у 36,7% пациенток с ГД ($p<0,05$), у 13,3% обследованных были изменения в области турецкого седла ($p<0,05$).

Комплексный подход к оценке вегетативного гомеостаза в обследуемых группах позволил выявить более чем у половины пациентов основной группы – 52,5% (25 человек) – парасимпатическую направленность исходного вегетативного тонуса ($p<0,05$). Изучение вегетативной реактивности показало преобладание гиперсимпатикотонической вегетативной регуляции при ГД в 29,6% (14) случаев ($p<0,01$). У 18,8% (9) обследуемых девочек-подростков основной группы наблюдалась асимпатикотония вегетативной регуляции ($p<0,05$), указывающая на истощение компенсаторных механизмов. Симпатикотоническая реактивность имела место в 39,6% (19) случаев в основной группе ($p<0,05$) и чаще всего сочеталась с аменореей.

Заключение. В результате проведенных исследований выявлены выраженные нейроэндокринные нарушения у матерей обследуемых девочек с ГД. Изучение перинатального анамнеза, отягощенного формированием церебральных нарушений, показало его значительную роль в формировании гипоталамической дисфункции у девочек-подростков.

Литература

1. Руководство по гинекологии детей и подростков/Под ред. В.И. Кулакова, Е.А. Богдановой. – М.:Триада-Х, 2005. – 336 с.
2. Уварова Е.В., Кулаков В.И. Современные проблемы репродуктивного здоровья девочек // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2005. – № 1. – С.6-10.
3. Mantzoros C. S. Role of leptin in reproduction // Ann-N- Y-Acad-Sci. - 2000; 900. -P. 174-83.

ВЛИЯНИЕ ЭКСТРАКТА ТРАВЫ АСТРАГАЛА ЛИСЬЕГО НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЫ В УСЛОВИЯХ ИНФОРМАЦИОННОГО СТРЕССА

Самотруева М.А., Ясенявская А.Л., Сергалиева М.У., Киселева А.А., Чабанова В.Г.
ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава РФ, Астрахань, Россия

INFLUENCE OF EXTRACT OF THE GRASS OF ASTRAGALUS VULPINUS WILLD ON INDICATORS OF THE LEYKOTSITARNY FORMULA IN THE CONDITIONS OF INFORMATION STRESS

Samotrueva M.A., Yasenyavskaya A. L., Sergalieva M. U., Kiseleva A.A., Chabanova V.G.
Astrakhan State Medical University, Astrakhan, Russia

Введение. Неуклонный рост числа публикаций по изучению проблемы стресса свидетельствует о том, что данное направление на сегодняшний день продолжает оставаться актуальным. На сегодняшний день особую актуальность в современном обществе приобретает информационный стресс, что связано с бурным ростом числа информационных и коммуникационных систем, увеличением темпа и объема поступающей информации, ускорением темпа и потребностей жизни и многих других факторов [3].

Стресс-реакция вызывает функциональные изменения различных систем организма, в частности иммунной. Разнообразные стресс-факторы могут, как угнетать, так и приводить к выраженной активации иммунитета. Но в любом случае происходит дисбаланс в иммунной системе, что может стать причиной развития различных заболеваний.

Учитывая вышеизложенное, становится очевидной актуальность поиска и изучение средств коррекции стрессогенных изменений иммунореактивности организма [1]. Адаптогены растительного происхождения, содержащие уникальный комплекс биологически актив-

ных веществ и обладающие широким диапазоном фармакологического действия, могут сыграть важную роль в решении данных проблем.

Целью нашего исследования явилось изучение влияния экстракта травы Астрагала лисьего (*Astragalus vulpinus* Willd.) на показатели лейкоцитарной формулы в условиях информационного стресса.

Материалы и методы исследования. Эксперимент проведен на белых беспородных крысах-самцах 6-8 мес. возраста в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ № 199н от 01.04.2016г. «Об утверждении Правил лабораторной практики» с соблюдением Международных рекомендаций Европейской конвенции по защите позвоночных животных, используемых при экспериментальных исследованиях [4].

Животные были разделены на группы (n=10): 1-я – интактные животные; 2-я – животные, подвергавшиеся воздействию информационного стресса в течение 20 дней; 3-я – крысы, получавшие экстракт Астрагала лисьего внутривенно (14 дней) в дозе 50 мг/кг и подвергавшиеся информационному стрессу. Информационный стресс моделировали путем формирования пищедобывательного поведения в многоальтернативном лабиринте. Стрессированию предшествовала пищевая депривация в течение 23 часов при свободном доступе к воде. Для усложнения задачи, поставленной перед крысами, структуру лабиринта меняли каждые 2-3 дня.

Функциональную активность иммунной системы изучали посредством подсчета общего количества и процентного соотношения отдельных форм лейкоцитов. Общее количество лейкоцитов подсчитывали в камере Горяева. Подсчет лейкоцитарной формулы крови производили в окрашенных мазках крови. Подсчитывали количество нейтрофилов (палочкоядерных и сегментоядерных), эозинофилов, моноцитов, лимфоцитов, лейкоцитарный коэффициент.

Статистическую обработку результатов осуществляли с помощью программ Microsoft Office Excel 2007, BIostat 2008 Professional 5.8.4.3. с определением критерия Стьюдента с поправкой Бонферрони [2].

Результаты и их обсуждение. Информационная нагрузка привела к определенным изменениям в периферической крови стрессированных животных. Так, общее количество лейкоцитов снизилось более чем на 20% ($p < 0,05$) по сравнению с контрольными значениями. В лейкоцитарной формуле наблюдалось уменьшение количества моноцитов на 17% ($p > 0,05$), эозинофилов – более чем на 50% ($p < 0,01$), палочкоядерных нейтрофилов и лимфоцитов в среднем – на 35% ($p < 0,001$), лейкоцитарного коэффициента – на 68% ($p < 0,001$), а также наблюдалось увеличение сегментоядерных нейтрофилов более чем на 80% ($p < 0,001$) по сравнению с контрольной группой.

Экстракт Астрагала лисьего на фоне информационного стресса оказывал иммуномодулирующее действие, восстанавливая общее количество лейкоцитов и показатели лейкоцитарной формулы. Введение данного экстракта в условиях стрессогенного воздействия способствовало увеличению общего количества лейкоцитов и палочкоядерных нейтрофилов в среднем на 20% ($p > 0,05$), эозинофилов – на 67 % ($p < 0,05$), лимфоцитов – более чем на 30% ($p < 0,001$), моноцитов – на 92% ($p < 0,01$), лейкоцитарного коэффициента – в 2,7 раза ($p < 0,01$) и снижению числа сегментоядерных нейтрофилов более чем на 30% ($p < 0,01$) по отношению к стрессированным животным.

Заключение. Таким образом, на основании результатов проведенного исследования можно сделать вывод о том, что экстракт Астрагала лисьего, применяемый на фоне информационного воздействия, обладает лейкопоэзмомодулирующей способностью.

Литература

1. Башкина О.А. Иммунокорректирующие препараты в профилактике заболеваний респираторного тракта у часто болеющих детей / О.А. Башкина, Е.В. Красилова, А.В. Бойко // Инфекционные болезни. – 2004. – Т. 2, № 1. – С. 24-29.

2. Гланц С. Медико-биологическая статистика / С. Гланц. – М. : Практика, 1999. – 459 с.
3. Ковтунович М.Г. Информационный стресс / М.Г. Ковтунович, К.Е. Маркачев // Психологическая наука и образование. – 2008. – № 5. – С. 83–91.
4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01 апреля 2016 г. № 199н «Об утверждении Правил лабораторной практики».

ВЛИЯНИЕ СЕМАКСА НА ОКИСЛИТЕЛЬНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ В УСЛОВИЯХ «СОЦИАЛЬНОГО» СТРЕССА

Самотруева М.А., Ясенявская А.Л., Мурталиева В.Х., Киселева А.А., Чабанова В.Г.
ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава РФ, Астрахань, Россия

EFFECT OF SEMAX ON OXIDATIVE-REDUCTIVE REACTIONS ON THE MODEL OF "SOCIAL" STRESS

Samotrueva M.A., Yasenyavskaya A.L., Murtalieva V.H., Kiseleva A.A., Chabanova V.G.
Astrakhan State Medical University, Astrakhan

Согласно современным представлениям, многие жизненно важные метаболические и физиологические процессы, протекающие в организме, тесно связаны со свободнорадикальным окислением (СРО). Свободнорадикальное окисление рассматривается с одной стороны как необходимое звено метаболизма, обеспечивающее нормальную жизнедеятельность клеток, а с другой стороны, нарушение регуляции этого процесса, его замедление или ускорение (особенно в стрессовых условиях) является универсальной основой патогенеза многих заболеваний [3]. Дисбаланс прооксидантных и антиоксидантных процессов в организме приводит к формированию оксидативного стресса, который является основным метаболическим синдромом, способствующим развитию многочисленных морфофункциональных нарушений в организме.

Учитывая, что избыточная активация процессов свободнорадикального окисления является универсальным неспецифическим звеном механизма развития различных патологических состояний организма, актуальным является поиск средств своевременной коррекции этих нарушений. В частности, интерес представляют препараты из группы аналогов нейропептидов. Регуляторные пептиды являются особым классом биологически активных веществ, содержащихся во всех тканях организма. Эти биологически активные вещества представляют интерес, так как обладают рядом преимуществ: высокая эффективность в низких концентрациях, малое количество побочных эффектов, достаточные возможности для комбинации аминокислот в молекуле [1]. Одним из ярких представителей является Семакс – это нейропептидный препарат, применяемым в клинике как ноотропное и нейропротекторное средство. С целью расширения возможностей практического применения препарата актуальными являются исследования различных аспектов его фармакологического действия, в том числе и антиоксидантных.

Цель исследования: изучение влияния Семакса на окислительно-восстановительные реакции в условиях «социального» стресса.

Методы. Исследование выполнено на беспородных крысах-самцах (6-8 мес.). «Социальный» стресс у животных моделировали путем формирования агрессивного и субмиссивного поведения самцов в условиях парного дистантного сенсорного контакта [2, 4]. Животные были разделены на 3 группы (n=10): 1-я – интактные самцы, определенные по одному в клетках; 2-я – животные, подвергавшиеся воздействию «социального» стресса (20 дней); и 3-я – крысы, подвергавшиеся воздействию «социального» стресса (20 дней) и получавшие интраназально Семакс (0,1% раствор) в дозе 150 мкг/кг/сут. Антиоксидантный статус животных оценивали по исходному содержанию МДА, по скорости спонтанного и аскорбатзависимого ПОЛ в гипоталамической и префронтальной областях головного мозга, а также в го-

могенатах указанных органов измеряли активность антиоксидантного фермента – каталазы. Исследование проводилось в соответствии с существующими международными этическими и научными стандартами качества планирования и проведения исследований на животных. Статистическую обработку результатов исследования осуществляли с помощью определения t-критерия Стьюдента с поправкой Бонферрони.

Результаты. На фоне «социального» стресса отмечалось достоверное увеличение исходного и аскорбатзависимого уровня перекисного окисления липидов в гипоталамической области головного мозга более, чем на 40% у животных с агрессивным и субмиссивным типами поведения ($p < 0,05$). Уровень спонтанного перекисного окисления липидов у агрессоров и жертв увеличился почти в 2 раза ($p < 0,05$). Наряду с усилением выраженности процессов пероксидации на фоне «социального» стресса, следует отметить и увеличение активности каталазы в гипоталамической области на 50% ($p < 0,01$) у животных с агрессивным типом поведения и на 40% ($p < 0,05$) у животных с субмиссивным типом поведения по сравнению с интактными особями, что, вероятно, свидетельствует о вовлечении данной зоны мозга в реализацию стресс-реакции.

При введении Семакса отмечалось снижение в гомогенате ткани гипоталамуса как исходного, спонтанного, так и аскорбатзависимого уровня перекисного окисления липидов. Исходный уровень перекисного окисления липидов снижался в среднем на 20% у агрессоров ($p > 0,05$) и у жертв ($p < 0,05$) относительно группы «стресс». Под влиянием Семакса у животных с агрессивным и субмиссивным типами поведения отмечалось также подавление спонтанного ПОЛ в среднем на 40% ($p < 0,05$) относительно животных, подвергшихся стрессу. Наряду с этим происходило и снижение аскорбатзависимого перекисного окисления липидов в среднем на 30% у агрессоров и жертв ($p < 0,05$). При оценке влияния Семакса в условиях «социального» стресса на активность каталазы наблюдалось снижение уровня каталазы: как у агрессоров, так и жертв в среднем на 20%, но данный показатель не являлся статистически значимым.

Кроме этого, следует отметить, что стресс, сформированный в результате «социальных» конфронтаций, приводил к усилению процессов пероксидации (повышение уровня МДА), а также к повышению активности каталазы и в префронтальной зоне головного мозга.

Отмечалось достоверное увеличение исходного, спонтанного, а также аскорбатзависимого уровней перекисного окисления липидов у животных с агрессивным и субмиссивным типами поведения. Исходный уровень МДА повысился на 50% у агрессоров ($p < 0,05$) и 30% у жертв ($p < 0,05$). Уровень спонтанного перекисного окисления липидов у животных с агрессивным типом поведения повысился на 30%, у животных с субмиссивным – на 90% ($p < 0,05$). «Социальный» стресс также приводил к повышению аскорбатзависимого уровня МДА на 30% у агрессоров ($p < 0,05$) и 50% у жертв ($p < 0,05$). Следует подчеркнуть, что «социальный» стресс приводил к усилению активности каталазы в префронтальной зоне головного мозга на 40% ($p < 0,05$) у животных с агрессивным типом поведения и на 90% ($p < 0,001$) у животных с субмиссивным типом поведения.

При введении Семакса у агрессивных и субмиссивных животных наблюдалось снижение интенсивности ПОЛ в префронтальной зоне головного мозга практически до значений группы интактных особей и снижение уровня каталазы: у агрессоров на 30% ($p < 0,05$), у жертв более чем на 20% ($p > 0,05$).

Заключение. «Социальный» стресс, сформированный в эксперименте в результате конфронтаций, сопровождается усилением процессов пероксидации, что указывает на негативное влияние «социального» стресса на организм. Семакс оказывает выраженное корригирующее действие на показатели перекисного окисления липидов, проявляя антиоксидантное действие, что подтверждается снижением в гомогенате тканей головного мозга исходного, спонтанного и аскорбатзависимого уровней ПОЛ, а также уровня каталазы в условиях «социального» стресса.

Литература

1. Ашмарин И.П. Закономерности взаимодействия и функциональный континуум нейропептидов (на пути к единой концепции): Обзор / И.П. Ашмарин, С.В. Королева // Вестник РАМН. – 2002. – № 6. – С. 40—48.
2. Самотруева, М. А. Экспериментальные модели поведения / М. А. Самотруева, Д. Л. Теплый, И. Н. Тюренков // Естественные науки. – 2009. – №2. – С. 140–152.
3. Ясенявская А.Л. Влияние антиоксидантов на интенсивность окислительно-восстановительных реакций в гипоталамической области в условиях иммобилизационного стресса / А.Л. Ясенявская, М.А. Самотруева, С.А. Лужнова // Успехи современного естествознания. – 2014. – № 5-2. – С. 70-72.
4. Kudryavtseva N.N. The sensory contact model for the study of aggressive and submissive behaviors in male mice / N.N. Kudryavtseva // Aggress Behav. – 1991 – № 17 (5). – P. 285-291.

К ВОПРОСУ О ПРОГНОЗИРОВАНИИ РИСКА РАЗВИТИЯ АКУШЕРСКОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

Сарбасова А.Е., Синчихин С.П.

ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава РФ, Астрахань, Россия

TO THE PROBLEM OF PREDICTION OF THE RISK OF DEVELOPMENT OF THE OBSTETRIC BLEEDING

Sarbasova A.E., Sinchikhin S.P.

FGBOU VO Astrakhan Medical Institute of the Ministry of Health of Russia, Astrakhan

Акушерские кровотечения представляют серьезную опасность не только здоровью, но жизни женщины. При этом известно, что частота встречаемости патологического кровотечения в родах и послеродовом периодах не имеет тенденции к снижению. В настоящее время внимание исследователей, в основном, сосредоточено на разработке новых способов хирургической деваскуляции матки и методов системного лекарственного гемостаза на этапе оказания ургентной помощи при развитии маточного кровотечения в родах и послеродовом периоде. Вместе с тем, вопросам индивидуального прогнозирования акушерских кровотечений с учетом психоэмоционального статуса беременных уделяется недостаточное внимание. В тоже время повышенная тревожность, депрессивные состояния являются довольно распространенными, но часто нераспознанными состояниями, которые отрицательно влияют на течение и исход беременности. Поэтому мы посчитали интересным изучить психоэмоциональное состояние беременных женщин и выявить возможную связь с периоперационной патологической кровопотерей, что позволит в дальнейшем прогнозировать риск развития кровотечений и разработать меры по их предупреждению как на этапе диспансерного наблюдения за беременными, так и при их родоразрешении.

Целью нашего исследования явилось изучение влияния психоэмоционального статуса беременных на объем кровопотери при абдоминальном родоразрешении.

Материал и методы исследования. С этой целью до планового оперативного родоразрешения проводилось анкетирование и тестирование 230 человек. Наряду с общеклиническими методами исследования, до родоразрешения у наблюдаемых беременных проводилось изучение особенностей их психоэмоционального развития, а также определяли тип акцентуации характера. Для этого выполнялось анкетирование беременных с помощью «Опросника Вейна», теста «Люшера», метода «Шмишека–Леонгарда» с соблюдением основных биоэтических правил.

Результаты исследования. Сравнение результатов психологического обследования с объемом кровопотери выявило интересную закономерность, а именно, что у пациенток с повышенной кровопотерей во время операции кесарево сечение, отмечается низкая нервно-психическая устойчивость (НПУ) к стрессу в сочетании с высокой личностной и реактивной тревожностью (ВЛиРТ), что встречалось у 71,7% женщин. Эти пациентки были условно отнесены к основной группе.

Пациентки с допустимой «физиологической» (до 1000 мл) интраоперационной кровопотерей, в дальнейшем отнесенные в группу сравнения, характеризовались более высокой нервно-психической устойчивостью к стрессу в сочетании с низкой личностной и реактивной тревожностью. Указанное психоэмоциональное состояние встречалось у 96,3% женщин данной группы. В количественном соотношении в основной группе насчитывалось 110 пациенток, а в группе сравнения – 120 беременных-родильниц.

Во время проведенного анализа установлено, что особенностью функционального состояния вегетативной нервной системы у 85,3% пациенток основной группы явилась вегетативная дисфункция, обусловленная симпатико-тоническим вегетативным тонусом и типом реактивности нервной системы. При этом для группы сравнения преобладающим оказалось нормальное или парасимпатическое функционирование вегетативной нервной системы (ПВНС) по 26,2% и 71,8% женщин соответственно.

Использование анкет-опросников позволило не только обнаружить особенности вегетативной регуляции, но и оценить степень их выраженности в баллах. Среднее значение балльной оценки изменений вегетативных функций организма согласно «Опроснику Вейна» у пациенток основной группы в 5,3 раза превышало норму 15 баллов, в 4,6 раза больше нормы 25 баллов по «Схеме исследования для выявления признаков вегетативных нарушений», чего не наблюдалось в группе сравнения. Тестирование по Люшеру показало высокую степень тревожности у большинства пациенток основной группы в сравнении с женщинами другой группы, 89,9% и 3,4% соответственно, ($p < 0,01$).

Анализ проведенного тестирования по методу Шмишека–Леонгарда показал, что у 92,4% пациенток основной группы преобладали смешанные типы акцентуации характера, а именно эмотивно - дистимический, дистимический - тревожный и эмотивно - тревожный, по 43,8%, 33,2% и 15,4% соответственно. При этом следует отметить, что в группе сравнения практически не встречались смешанные типы акцентуации характера (0,5%). Кроме того, в группе сравнения лидировали гипертимный (64,2%), циклоидный (11,6%) и конформный (13,7%) типы акцентуации личности, чего практически не наблюдалось в основной группе.

Таким образом, изучение личностных характеристик пациенток с помощью вышеперечисленных методик у большинства беременных основной группы выявило во время беременности низкую нервно-психическую устойчивость, высокий уровень реактивной и личностной тревожности, свидетельствующие о вегетативной дисфункции с преобладанием симпатико-тонического тонуса и типа реактивности нервной системы организма. Кроме того, в этой группе достаточно часто встречались пациентки со смешанными типами акцентуации характера. Возможно, что доминирование симпатико-тонической вегетативной нервной регуляции, а также наличие смешанных акцентуации характера, а именно эмотивно - дистимического, дистимического - тревожного и эмотивно - тревожного, могут предрасполагать к возникновению патологической интраоперационной кровопотери.

Резюмируя вышеприведенные данные, следует сделать вывод о том, что психологические аспекты все же оказывают определенное влияние на объем кровопотери при операции кесарево сечение. Это следует учитывать при предоперационной подготовке беременных и разработке профилактических мероприятий, направленных на уменьшение объема периперационной кровопотери с учетом их психоэмоционального статуса.

Литература

1. Газазян М.Г. Некоторые особенности вегетативной нервной системы у беременных накануне физиологических родов / М.Г.Газазян // Акуш. и гин. - 1989. - №5. - С.59-60.
2. Кожевников В.Н. Психологическая адаптация, как фактор, влияющий на течение беременности / В.Н.Кожевников, О.В.Костарева, Ю.П.Сергиенко // Вестник перинатологии, акушерства и гинекологии, 2003., выпуск 10. – С.238-242.
3. Райгородский Д.Я. Психология и психоанализ беременности / Д.Я.Райгородский / Хрестоматия. Самара: Издательский дом Бахрах-М. - 2013. - 784с.
4. Martini J. Anxiety disorders before birth and self-perceived distress during pregnancy: associations with maternal depression and obstetric, neonatal and early childhood outcomes. Early Hum. / J. Martini, S.Knappe, K.Beesdo-Baum, R. Lieb, H.U. Wittchen. – 2010. - Vol.5. - №86. – pp.305–310.

ОЦЕНКА ПРОГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ТУБОУВАРИАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ПЕРИОДА

Селихова М.С.¹, Шатилова Ю.А.¹, Солтыс П.А.¹

¹Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

EVALUATION OF THE PROGNOSTIC SIGNIFICANCE OF RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF TUBO-OVARIAN FORMATIONS IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

Selihova M.S.¹, Shatilov Y.A.¹, Soltys P.A.¹

¹The Volgograd State medical University

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) до настоящего времени являются основной патологией в структуре гинекологической заболеваемости[1]. Особенную тревогу вызывают осложненные формы ВЗОМТ, которые нередко приводят к необратимым изменениям в репродуктивной системе женщины[2].

Цель и задача исследования: определить прогностически значимые факторы риска развития тубоовариальных образований у женщин репродуктивного периода.

Методы исследования: Проведен ретроспективный анализ историй болезни 789 женщин, получавших стационарное лечение в отделении гинекологии с диагнозом ВЗОМТ в ГУЗ ВОКБ№1 г.Волгограда в период 2014-2016 гг. 756 пациенток с неосложненными формами ВЗОМТ были отнесены в группу сравнения, у 33 женщин были диагностированы гнойно-деструктивные формы, потребовавшие оперативного лечения (основная группа). Для оценки значимости каждого фактора на развитие тубоовариальных образований рассчитывали отношения шансов (OR). Статистическая обработка данных производилась с использованием пакета статистической программы «Microsoft Office Excel 2003».

Результаты и обсуждение. В гинекологическом отделении ГУЗ ВОКБ№1 г.Волгограда в период 2014-2016 гг. проходили стационарное лечение 6553 пациентки, из них 756 по поводу ВЗОМТ, что составило 11,5%. По поводу гнойно-деструктивных форм ВЗОМТ 33 пациенткам (4,4%) выполнено оперативное органосохраняющее лечение. Возраст пациенток с ВЗОМТ в большинстве случаев соответствовала активному репродуктивному периоду и составила 25-30 лет (основная группа - 91%, группа контроля – 84,6% (OR=1,8;CI:0,5-6,0)). Нарушения менструального цикла имели место достоверно чаще в основной группе и составили 87,8%(n=29), 74,5%(n=563) в группе сравнения (OR=2,5;CI:0,8-7,1). Репродуктивный анамнез женщин с ВЗОМТ свидетельствует, что двое и более родов были у 75,7%(n=25) па-

циенток в основной группе, а в группе сравнения – у 53%(n=400) (OR=2,0;CI:1,0-4,5). Наступлению беременности в основной группе в два раза чаще предшествовали аборт 60,6%(n=20), чем в группе сравнения (OR=2,3;CI:1,1-4,8). В два раза чаще в основной группе женщин был верифицирован хронический экзоцервицит (у 45,4%(n=15) в основной группе и у 26,4%(n=200) в группе сравнения (OR=2,3;CI:1,1-4,6). У 38,2%(n=289) женщин группы сравнения в анамнезе было бесплодие, в тоже время в группе с ВЗОМТ с формированием тубоовариального образования бесплодие встречалось всего у 24,2% (OR=0,5;CI:0,2-1,1). Наличие ВМК повышает риск формирования тубоовариального образования в 2 раза (66,7%(n=22) у женщин основной группы, у 46,2%(n=349) женщин группы контроля (OR=2,3;CI:1,1-4,8)). У каждой второй (46,3%, n=350) женщины с ВЗОМТ диагностировалась хроническая форма заболевания. Обращает на себя внимание тот факт, что у 42,4% женщин, прооперированных по поводу гнойно-деструктивных форм воспалительных процессов, заболевание было впервые диагностировано.

При анализе симптоматики заболеваний отмечается, что ведущей жалобой по-прежнему остается боль в нижних отделах живота. Кроме того, у каждой второй (48,5%, n=16) пациентки основной группы были жалобы на дизурические расстройства. При поступлении в стационар большинство больных имели выраженную температурную реакцию, однако у 31% (n=60) женщин с ВЗОМТ с тяжелым течением и формированием тубоовариального образования сохранялась нормальная температура тела. Средние значения температуры у пациенток с ВЗОМТ составляли $37,7 \pm 0,8^\circ$ (M \pm δ).

Выводы. Проведенный анализ выявил наиболее значимые анамнестические факторы риска развития тубоовариальных осложнений, к которым относятся нарушения менструального цикла (OR=2,5;CI:0,8-7,1), аборт, предшествующие наступлению беременности (OR=2,3;CI:1,1-4,8), наличие внутриматочного контрацептива (OR=2,3;CI:1,1-4,8). Учет анамнестических факторов риска в сочетании с оценкой степени интоксикации позволят выделить группы пациенток с высоким риском развития тубоовариальных образований и оптимизировать тактику их ведения, что будет способствовать сохранению репродуктивного потенциала женщин репродуктивного возраста.

Литература

1. Селихова М.С. некоторые показатели антиоксидантной защиты при сальпингоофоритах/ О. П. Виноградова, С. В. Вдовин, М. Н. Кузнецова// Вестник ВолГМУ (Journal of VolgSMU).- 2013.-№3. –С.47.
2. Eckert, L. O. Infections of the Lower and Upper Genital Tracts (Vulva, Vagina, Cervix, Toxic Shock Syndrome, Endometritis, and Salpingitis) / L. O. Eckert, G. M. Lentz // Comprehensive Gynecology, 6th ed. – Elsevier Inc., 2013. – P. 519- 553.

**ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ЭКСТРАКТА ТРАВЫ АСТРАГАЛА ЛИСЬЕГО
(ASTRAGALUS VULPINUS WILLD.)**

НА ФАГОЦИТАРНУЮ АКТИВНОСТЬ НЕЙТРОФИЛОВ

Сергалиева М.У., Ясенявская А.Л., Сомотруева М. А.
ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава РФ, Астрахань, Россия

**STUDYING OF INFLUENCE OF EXTRACT OF THE GRASS OF ASTRAGALUS
VULPINUS WILLD (ASTRAGALUS VULPINUS WILLD.) ON FAGOTSITARNY ACTIV-
ITY OF NEUTROPHILS**

Sergaliyeva M. U., Yasenyavskaya A. L., Samotrueva M. A.
Astrakhan State Medical University, Astrakhan, Russia

Введение. Проблема стресса была и остается сегодня по-прежнему одной из наиболее актуальных и интересных проблем XXI века. В связи с ростом числа информационных и коммуникационных систем, появлением современных технологий, увеличением темпа и объема поступающей информации, ускорением темпа и потребностей жизни, техногенных изменений в окружающей среде и многих других факторов особую актуальность сегодня приобретает информационный стресс [4].

По имеющимся в литературе данным, установлено неоднозначное влияние стресса на иммунореактивность организма. При информационной перегрузке изменения отмечаются для всех функций системы иммунитета, особенно для Т- и В-звеньев, что может привести к дисбалансу в иммунной системе и как следствие, к развитию различных патологических состояний [3].

Учитывая вышеизложенное, становится очевидной актуальность поиска средств коррекции изменений иммунореактивности организма в стрессогенных условиях [1]. Средства коррекции, в частности, адаптогены растительного происхождения, характеризующиеся содержанием большого количества биологически активных соединений, хорошей переносимостью, отсутствием выраженных нежелательных побочных эффектов, даже при длительном применении, широким спектром фармакологического действия, могут сыграть существенную роль в решении данной проблемы.

Целью нашего исследования явилось изучение влияния экстракта травы Астрагала лисьего (*Astragalus vulpinus* Willd.) на фагоцитарную активность нейтрофилов у животных, подверженных информационному стрессу.

Материалы и методы исследования. Исследование выполнено на белых нелинейных крысах-самцах 6-8 мес. возраста в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ № 199н от 01.04.2016г. «Об утверждении Правил лабораторной практики» с соблюдением Международных рекомендаций Европейской конвенции по защите позвоночных животных, используемых при экспериментальных исследованиях [5].

Животные были разделены на группы (n=10): 1-я – интактные животные; 2-я – животные, подвергавшиеся воздействию информационного стресса в течение 20 дней; 3-я – крысы, получавшие экстракт Астрагала лисьего внутривенно (14 дней) в дозе 50 мг/кг и подвергавшиеся информационному стрессу. Информационный стресс моделировали путем формирования пищедобывательного поведения в многоальтернативном лабиринте. Стрессированию предшествовала пищевая депривация в течение 23 часов при свободном доступе к воде. Для усложнения задачи, поставленной перед крысами, структуру лабиринта меняли каждые 2-3 дня.

Функциональную активность иммунной системы изучали посредством постановки реакции фагоцитоза. Фагоцитарную активность нейтрофилов периферической крови изучали посредством постановки латексного теста. Для определения фагоцитарной активности нейтрофилов периферической крови использовали гепаринизированную кровь животных. В

качестве тест-объекта использовали меланово-формальдегидные латексы размером 1,3-1,5 мкм («МинМедБиопром», Россия). О фагоцитарной активности нейтрофилов судили по следующим показателям: фагоцитарный индекс (ФИ), фагоцитарное число (ФЧ).

Статистическую обработку результатов проводили с помощью программ Microsoft Office Excel 2007, BIOSTAT 2008 Professional 5.8.4.3. с определением критерия Стьюдента с поправкой Бонферрони [2].

Результаты и их обсуждение. Изучение иммунореактивности в условиях информационной нагрузки показало, что стрессирование животных сопровождалось стимулированием всех показателей фагоцитарной активности (ФИ, ФЧ) по сравнению с контрольными животными.

При оценке показателей фагоцитарной активности нейтрофилов периферической крови в группе животных, получавших экстракт Астрагала лисьего на фоне информационного стресса, было установлено, что введение данного экстракта приводит к восстановлению показателей ФИ и ФЧ по сравнению со стрессированными животными.

Заключение. Таким образом, в ходе исследования установлено, что экстракт травы Астрагала лисьего устраняет формирующиеся изменения иммунного реагирования, способствуя восстановлению показателей фагоцитарной активности (ФИ, ФЧ) в условиях информационного стресса, что указывает на наличие у данного экстракта иммуномодулирующего действия.

Литература

1. Башкина О.А. Иммунокорректирующие препараты в профилактике заболеваний респираторного тракта у часто болеющих детей / О.А. Башкина, Е.В. Красилова, А.В. Бойко // Инфекционные болезни. – 2004. – Т. 2, № 1. – С. 24-29.
2. Гланц С. Медико-биологическая статистика / С. Гланц. – М. : Практика, 1999. – 459 с.
3. Зимин Ю.И. Стресс: иммунологические аспекты / Ю.И. Зимин // Итоги науки и техники. Иммунология. – 1983. – Т. 12. – С. 41-63.
4. Медведева Н.И. Современная социальная среда как фактор и источник информационного стресса / Н.И. Медведева // Вестник Северо-Кавказского федерального университета. – 2015. – № 2(47). – С. 235–239.
5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01 апреля 2016 г. № 199н «Об утверждении Правил лабораторной практики».

К ВОПРОСУ О КОМОРБИДНОСТИ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Симонян А.М.¹, Касымова Е.Б.², Башкина О.А.²

¹ГБУЗ «Областная детская клиническая больница им. Н.Н. Силищевой», Астрахань, Россия

²ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава РФ, Астрахань, Россия

TO THE QUESTION OF COMORBIDITY IN PEDIATRIC PRACTICE

Simonyan A.M.¹, Kasymova E.B.², Bashkina O.A.²

¹Regional Children's Clinical Hospital named after N.N.Silishchevoi, Astrakhan, Russia

²Astrakhan State Medical University, Astrakhan, Russia

Как видно из последних работ, с проблемой коморбидности весьма часто сталкиваются врачи любой специальности. К сожалению, они крайне редко обращают внимание на сосуществование у одного больного целого спектра болезней и преимущественно занимаются лечением профильного заболевания. Негласным правилом любого профильного отделения стала консультативная работа педиатра, взявшего на себя синдромальный анализ пациента, а также формирование диагностической и лечебной концепции, учитывающей потенциальные риски больного и его отдаленный прогноз.

Влияние коморбидной патологии на клинические проявления, диагностику, прогноз и лечение многих заболеваний многогранно и индивидуально [1]. Взаимодействие заболеваний, возраста и лекарственного патоморфоза значительно изменяет клиническую картину и течение основной нозологии, характер и тяжесть осложнений, ухудшают качество жизни больного, ограничивают или затрудняют лечебно-диагностический процесс.

Наличие коморбидных заболеваний способствует увеличению койко-дней, препятствует проведению реабилитации, увеличивает число осложнений после медицинских вмешательств, инвалидизации и др.

Однако в большинство проведенных рандомизированных клинических исследований авторы включали пациентов с отдельной рафинированной патологией, делая коморбидность критерием исключения. Именно поэтому перечисленные исследования, посвященные оценке сочетания тех или иных отдельно взятых заболеваний, трудно отнести к работам, изучающим коморбидность в целом. Отсутствие единого комплексного научного подхода к оценке коморбидности влечет за собой пробелы в клинической практике. Не может остаться незамеченным отсутствие коморбидности в систематике заболеваний, представленных в Международную классификацию болезней X пересмотра (МКБ-10). Уже один этот факт дает основание к дальнейшему развитию общей классификации болезней.

Несмотря на множество неразгаданных закономерностей коморбидности, на отсутствие ее единой терминологии и продолжающийся поиск новых комбинаций заболеваний, на основе имеющихся клинических и научных данных можно сделать вывод, что коморбидности присущ спектр несомненных свойств, характеризующих ее как неоднородное, часто встречающееся явление, которое увеличивает тяжесть состояния и ухудшает прогноз больных.

Цель нашего обзора – отразить используемую в медицинской литературе терминологию, касающуюся комплекса заболеваний, изучить методики, основанные на оценке наличия и степени тяжести сочетанной патологии для прогнозирования исходов лечения и естественного течения болезней на стационарном этапе педиатрической помощи.

Мы обратили внимание, что в литературе нет единой терминологии для описания наличия у пациента комплекса синдромов и заболеваний. Наиболее распространенным термином для описания влияния нескольких заболеваний на исход основного заболевания у пациента или группы пациентов в иностранной литературе является «коморбидность», в отечественной литературе – термины «полипатия», «сочетанная патология».

Ныне разработано 13 методов для балльной оценки коморбидности. Шесть индексов основаны на тщательно разработанном списке определенных диагнозов (BOD, CharlsonIndex, HallstromIndex, IncalziIndex, LiuIndex, ShwartzIndex). Три индекса отражают «ранжированное» влияние коморбидных состояний на конкретные органы и системы (CIRS, ICED, Kaplan Index). Два индекса позволяют оценить коморбидные состояния на основе 3–4 шкал с разными категориями (Cornoni–HuntleyIndex и Hurwitz Index). Два метода предполагают калькуляцию числа сочетанных патологий (Disease count, DUSOI). Также существуют шкалы GIC (GeriatricIndexofComorbidity, 2002), FCI (Functional Comorbidity Index, 2005), TIBI (TotalIllnessBurdenIndex, 2009), ряд шкал, позволяющих пациентам оценивать собственную коморбидность.

Мы пришли к выводу, что в педиатрии оценка риска на основе данных индексов, шкал не может использоваться ни для отбора пациентов, ни для сравнения результатов между клиниками. Также, мы считаем, что такие индексы эффективны при оценке вероятности летального исхода в группе пациентов, но не подходят для определения индивидуального риска летального исхода. При проведении исследований, направленных на оценку влияния нескольких заболеваний или состояний на прогноз и качество жизни пациентов, в англоязычной литературе чаще используются Charlson Index, CIRS, ICED, Kaplan Index [2]. В педиатрии для выработки краткосрочного прогноза используются шкалы, основанные на отдельных факторах, доказавших прогностическую значимость в крупных выборках пациентов. В то же время значимость представленных в данном обзоре методик оценки коморбидной патологии

для прогноза и тактики ведения пациентов, госпитализированных для лечения, еще предстоит изучить.

Таким образом, оказание медицинской помощи пациентам с коморбидной патологией требует от врача особого внимания, определенной тактики и стратегии. Предложенные подходы позволят предупредить нежелательные медико-социальные последствия, возникающие при сочетанной патологии. Как показывают анализ научной литературы и накопленные за последние годы разработки по диагностике и лечению основных заболеваний на ранних стадиях, развитие регистров, более углубленное понимание патогенеза отдельных нозологий с созданием современных классификационных и диагностических критериев, в настоящее время созданы все предпосылки для более глубокого изучения проблемы коморбидности, выявления клинических и лекарственных взаимодействий внутри нее, а также определения ее вклада в клиническую медицину.

В заключение хотелось бы отметить, что научный и прикладной междисциплинарный потенциал изучения коморбидности позволяет использовать не только опыт, накопленный клиницистами за последние годы, но и методы лечения, основанные на достижениях современной медицины и предназначенные для улучшения исходов терапии. Изучение коморбидности в педиатрии с точки зрения междисциплинарного взаимодействия также позволит оптимизировать расходы на педиатрическую службу, а в перспективе улучшить качество оказания медицинской помощи детскому населению.

Литература

1. Нуллер Ю. Л. Обзор психиатрии и мед психологии. М., 1993; 1: 29–37.
2. Van den Akker M., Buntinx F., Roos S., Knottnerus J. A. Comorbidity or multimorbidity: what's in a name? A review of the literature // Eur J Gen Pract. 1996; 2 (2): 65–70.

ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АОРТАЛЬНОГО СИНДРОМА В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

Стомпель Д.Р., Чернов И.И., Кондратьев Д.А., Козьмин Д.Ю., Гапонов Д.П.,
Демецкая В.В., Николаева Е.В., Гужвина Е.Н.

ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии
Минздрава России» г. Астрахань.

EXPERIENCE IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ACUTE AORTIC SYNDROME IN A CARDIOVASCULAR SURGERY CENTER

Stompel D.R., Chernov I.I., Kondratev D.A., Kozmin D.U., Gaponov D.P.,
Demeckaya V.V., Nikolaeva E.V., Guzhvina E.N.

Federal center for cardiovascular surgery Astrakhan.

Острый аортальный синдром (ОАС) - термин, объединяющий состояния, вызванные прогрессирующим нарушением целостности стенки аорты. Данное понятие охватывает группы пациентов со сходными клиническими проявлениями, возникающими вследствие развития одного из патологических состояний: классическое расслоение аорты, интрамуральная гематома, пенетрирующая атеросклеротическая язва аорты и неполное расслоение аорты. Клинически эти состояния проявляются острой, интенсивной, пронизывающей болью в груди и/или спине, нередко иррадиирующей в область шеи/живота. Зачастую пациенты имеют длительный анамнез гипертонии. Таковую клиническую картину надо с первую очередь дифференцировать со стенокардией, в частности с острым коронарным синдромом, так как использование неверной лечебной стратегии может привести к непоправимым результатам. Прогноз при данной патологии крайне неблагоприятный. При отсутствии своевремен-

ного лечения показатель смертности при АОС в течение месяца от дебюта составляет до 80 % .

Цель: оценить возможности и определить место ультразвуковой диагностики в выявлении различных проявлений аортального синдрома.

Методы: за период с 2009 по 2016 г. в ФГБУ «ФЦССХ МР» г. Астрахань наблюдались 85 пациентов с ОАС. Обследование проводилось на ультразвуковом аппарате Phillips iE33 с использованием датчиков: секторного S5, конвексного C8-5, линейного L 9 и чреспищеводного датчика X7-2t.

Результаты: Проведен ретро- и проспективный анализ историй болезни 85 пациентов (70 муж/15 жен), в возрасте от 17 до 72 лет, средний возраст составил 51,9. Интрамуральная гематома диагностирована у 3 пациентов, пенетрирующая язва у 1 пациента, классическое расслоение аорты у 81 пациента, из них 19 пациентов имели поражение типа Stanford B: 16 – расслоение дистальнее устья левой подключичной артерии, 3- поражение торакоабдоминального отдела аорты; 66 пациент - расслоение типа Stanford A: поражение от синусов Вальсальвы- 40, от восходящей аорты -25 и 1 ранее оперированный пациент с синтетическим протезом восходящей аорты, от дистального анастомоза которого начиналось расслоение.

При выполнении трансторакальной эхокардиографии (ТТЕ) патология была точно верифицирована в 64 случаях (75,29%), при дополнении чреспищеводным эхокардиографическим исследованием (ТЭЕ) и ультразвуковым исследованием брюшной аорты выявляемость составила 94,1%. Диагноз подтвержден данными мультиспиральной компьютерной томографией (МСКТ) и интраоперационно. Анализ факторов риска показал следующее: артериальная гипертензия (АГ) 3 ст. выявлена у 73 пациентов (85,9%), синдром Марфана у 8 (9,4%), двустворчатый аортальный клапан (АК) -5 (5,88%), неспецифический аортоартериит - 1 пациент, 1- lues, причем у пациентов имелось сочетание нескольких факторов риска. При поражении типа Stanford A отмечалась аортальная регургитация (АР) 2-3 степени (значимая), средний размер мах расширения для с. Вальсальвы 5,3см. для восходящей аорты 6 см. При поражении типа Stanford B АГ отсутствует или 1 ст. Средний размер мах расширения аорты в этой группе 5,22 см.

Всего проведено 129 оперативных вмешательств: Бентал де Боно - 17, операция David - 27, супракоронарное протезирование восходящей аорты - 17, протезирование дуги аорты - 29, эндопротезирование грудной аорты -36, операции на сонных артериях - 5, эндопротезирование брюшной аорты - 1, протезирование брюшной аорты -3. В 30-ти случаях хирургическое лечение проведено в 2 этапа, из них у 5 пациентов сонно-подключичное шунтирование и эндопротезирование грудного отдела аорты, у 25 то или иное вмешательство на восходящем отделе аорты и эндопротезирование грудного отдела аорты. В данной когорте пациентов отмечено 8 случаев летальности (9,41%), из них периоперационной - 5 (5,88%).

Выводы: комплексное ультразвуковое исследование – инструмент первой линии у пациентов с подозрением на острый аортальный синдром. При должной квалификации исследователя и классе аппаратуры метод сопоставим с МСКТ, являющейся «золотым» стандартом обследования у пациентов с данной патологией. Своевременная диагностика и соответствующее хирургическое лечение пациентов с ОАС позволяет существенно увеличить процент выживаемости.

Литература

1. Рекомендации ESC по диагностике и лечению заболеваний аорты, 2014г.
2. Гапонов Д.П., Гибридное хирургическое лечение расслаивающей торакоабдоминальной аневризмы аорты / Д.П. Гапонов, И.И. Чернов, М.Г. Горбунов, А.А. Ларионов, Д.А. Корж, А.Р. Творогова // Астраханский медицинский журнал - 2014. - Т.9 - №3 - с.130-134.
3. Кадрабулатова С.С. /Острый аортальный синдром. Возможности и ограничения ультразвуковой диагностики. С.С. Кадрабулатова и соавт. // В книге: Кардиология и кардиохи-

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ КАНЦЕРОМАТОЗЕ БРЮШИНЫ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА

Сулейманов Э.А.^{1,2}, Каприн А.Д.¹, Филоненко Е.В.¹, Урлова А.Н.¹,
Хомяков В.М.¹, Шульгин М.А.¹

¹Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А.Герцена» - филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г.Москва, РФ

²ГБУ Республиканский Онкологический Диспансер, Чеченская Республика, г.Грозный, РФ

PHOTODYNAMIC THERAPY FOR PERITONEAL CARCINOMATOSIS IN PATIENTS WITH GASTRIC CANCER

¹Moscow Cancer Research Institute. P.A. Gertsena - a branch of State Organization" National Medical Research Radiological Center ", Moscow, Russia

²Republican Oncological Dispensary, Chechen Republic, Grozny, Russia

Введение. В структуре заболеваемости в России рак желудка занимает 4-е место. Смертность при раке желудка в 2014 г. составила 21,41 случая на 100 тыс. населения. Многочисленные исследования по методам лечения пациентов с метастазами рака желудка по брюшине, таких как системная адьювантная химиотерапия, интраперитонеальная химиотерапия и химиолеченое лечение, показали лишь незначительное преимущество. Таким образом, стандартного эффективного лечения и профилактики канцероматоза брюшины у больных раком желудка не существует. Фотодинамическая терапия (ФДТ) может быть хорошим альтернативным методом.

Цель исследования. Цель исследования заключалась в оценке результатов применения ФДТ при канцероматозе брюшины у больных раком желудка.

Материал и методы. В исследование включены 140 больных раком желудка, 83 (59,3%) мужчин и 57 (40,7%) женщин. Средний возраст пациентов составил 54,4±11,1 лет. По данным комплексного обследования II стадия заболевания (T3N0M0) была диагностирована у 17 (12,1%) больных, IIIA стадия (T3N1M0, T4N0M0) — у 21 (15%), IIIB стадия (T3N2M0) — у 18 (12,9%) и IV стадия (T3N0,3M0,1; T4N1-3M0-1) — у 84 (60%) пациентов. Всем пациентам была выполнена интраоперационная ФДТ с фотосенсибилизатором фотогем.

Результаты. В исследуемой группе пациентов непосредственно при введении фотосенсибилизатора и в послеоперационном периоде специфических осложнений, токсических и аллергических реакций не было. У 11 (7,9%) из 140 больных развилась кожная фототоксичность в виде эритемы кожи, обусловленная нарушением светового режима. Максимальный срок наблюдения составил 72 мес, при этом медиана выживаемости равнялась 20 мес, 1-летняя общая кумулятивная выживаемость составила 70,6±3,9%, 3-летняя — 39,6±4,3%.

Выводы. Таким образом, исследование показало, что проведение интраоперационной ФДТ при раке желудка безопасно и может рассматриваться в качестве эффективного интраоперационного воздействия.

ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ВЛИЯНИЯ ОЧИЩЕННОГО РАСТВОРА МИНЕРАЛА БИШОФИТ НА РАСТВОРЫ ПОЛИМЕРОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В СОСТАВЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ И КОСМЕТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

Сысуев Б.Б.^{1,2}, Евсева С.Б.²

¹Пятигорский медико-фармацевтический институт – филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации, Пятигорск, Россия

²ООО «НПФ Фармация», г. Волгоград, Россия

TECHNOLOGICAL RESEARCH OF INFLUENCE OF PURIFIED BISCHOFITE MINERAL TO POLYMER SOLUTIONS USED IN PHARMACEUTICAL AND COSMETIC PRODUCTS

Sysuev B.B.¹, Evseeva S.B.²

¹Pyatigorsk Medical and Pharmaceutical Institute – branch of Volgograd State Medical University, Pyatigorsk, Russia

²"NPF Pharmacy", Volgograd, Russia

Бишофит – это хлоридно-магниевый минерал ($MgCl_2 \cdot 6H_2O$). Основным компонентом бишофита является $MgCl_2 \cdot 6H_2O$ (80-99%), остальное приходится на примеси, в том числе изоморфного брома (0,5-0,9%), карналлита, галита, кизерита, ангидрита, а также микроэлементов. В настоящее время возможности использования этого природного минерала стали шире из-за наличия очищенной формы, характеризующейся меньшей токсичностью [1].

Благодаря высокой концентрации хлорида магния, обладающего широким спектром биологической активности, бишофит является перспективным сырьем для использования в наружных лекарственных и косметических средствах. Доказано, что хлорид магния обладает способностью притягивать влагу, что позволяет восстанавливать водный баланс, насыщая роговой слой кожи изнутри. Соли магния проявляют антиоксидантные свойства, устраняя негативное воздействие избыточного окисления, препятствуют деструкции биополимеров и предотвращают разрушение клеток. Ионы магния также способствуют восстановлению кожного барьера: средства на основе бишофита улучшают регенерацию тканей, стимулируя процессы репарации. Соли магния проявляют противовоспалительное действие. В исследованиях на животных подтверждено наличие согревающего действия бишофита, связанного с усилением локального кровотока, обусловленного действием на кровеносные сосуды и систему крови (уменьшение периферического сосудистого сопротивления и венозного возврата; ингибирование агрегации тромбоцитов). Таким образом, наличие увлажняющего действия, противовоспалительной активности, антиоксидантных свойств, репаративного действия, способности улучшать микроциркуляцию, позволяет использовать бишофит при различных дерматозах, акне, себорее, для борьбы с возрастными изменениями кожи, целлюлитом, для снятия отечности и устранения усталости ног и т.д. [1, 2, 3].

Однако высококонцентрированные солевые растворы вызывают снижение стабильности косметических и лекарственных форм, в результате чего усложняется технологический процесс и уменьшается стабильность при хранении. Эти технологические особенности объясняются высокой ионной силой растворов минеральных солей, что вносит и определенные ограничения на их содержание в готовой продукции [1, 2, 4].

Для стабилизации составов косметических средств, содержащих минеральные соли используются полимерные коллоиды. При этом, в научной и технической литературе не имеется достаточного количества сведений о взаимодействии полимеров с природными минеральными солями и их влиянии на характеристики растворов полимеров. Определенную сложность представляет комплексность и уникальность состава природных солей [2, 4, 5]. Таким образом, перспективным следует считать исследование влияния природных минеральных солей, в частности бишофита очищенного, на стабильность растворов полимеров.

Цель: исследование влияния растворов бишофита очищенного на стабильность растворов полимеров – гуаровой, конжаковой, ксантановой камеди и гидроксиэтилцеллюлозы.

Объекты и методы: для проведения исследования были использованы приготовленные в лабораторных условиях растворы полимеров, традиционно используемых в составе косметических средств с минеральными солями: 1% ксантановой камеди, гуаровой камеди, конжаковой камеди, а также 1,25% раствор гидроксиэтилцеллюлозы. Перечисленные вещества используются в составе различных косметических форм (кремы, лосьоны, гели, шампуни, маски для лица, зубные пасты), выполняя функцию загустителей, гелеобразователей, стабилизаторов, пленкообразователей, а также веществ, улучшающих сенсорные свойства готовой продукции [4].

Было исследовано влияние 5% и 10% растворов рапы бишофита очищенного Волгоградского месторождения на стабильность растворов полимеров. Для этого проводили наблюдения за изменением внешних признаков растворов полимеров с рассолом бишофита очищенного непосредственно после приготовления, а также после 1 месяца хранения при различных температурах: 6-8 °С, 20-25 °С. Для сравнения использовали растворы полимеров без бишофита очищенного. Фиксировались следующие внешние признаки: изменение консистенции, цвета, запаха, изменение структуры (однородности), наличие/отсутствие расслоения.

Результаты: Приготовленные образцы 1% раствора ксантановой камеди представляли собой непрозрачный бесцветный вязкий гель однородной консистенции, без запаха. Аналогичными внешними признаками характеризовались растворы ксантановой камеди с добавлением раствора бишофита очищенного 5% и 10%. Визуальных изменений внешних признаков испытуемых образцов после 1 месяца хранения при различных температурах (6-8 °С, 20-25 °С), не было обнаружено.

Образцы 1% раствора гуаровой камеди представляли собой непрозрачный бесцветный вязкий гель однородной консистенции, с характерным запахом. Аналогичными признаками характеризовались растворы гуаровой камеди с бишофитом очищенным в концентрации 5% и 10%. Визуальных изменений внешних признаков испытуемых образцов после 1 месяца хранения при различных температурах: 6-8 °С, 20-25 °С не было обнаружено.

Приготовленные образцы 1% раствора конжаковой камеди представляли собой прозрачный бесцветный вязкий гель однородной консистенции, с характерным запахом. Аналогичными внешними признаками характеризовались растворы конжаковой камеди с бишофитом очищенным в концентрации 5% и 10%. Визуальных изменений внешних признаков испытуемых образцов после 1 месяца хранения при различных температурах (6-8 °С, 20-25 °С) не было обнаружено.

Образцы 1,25% раствора гидроксиэтилцеллюлозы представляли собой прозрачный бесцветный вязкий гель однородной консистенции, без запаха. Аналогичными внешними признаками характеризовались гели полимера с бишофитом очищенным в концентрации 5% и 10%. Визуальных изменений внешних признаков испытуемых образцов после 1 месяца хранения при различных температурах: 6-8 °С, 20-25 °С не было обнаружено.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что внесение бишофита очищенного не оказывало влияния на внешние признаки растворов испытуемых полимеров как в процессе приготовления, так и при хранении при различных температурных режимах.

Выводы: исследуемые полимеры - ксантановая, гуаровая, конжаковая камедь и гидроксиэтилцеллюлоза могут использоваться для разработки косметических и лекарственных средств с минералом бишофит очищенный.

Литература

1. Евсеева С.Б., Сысуев Б.Б. Использование природных минеральных солей в современных косметических рецептурах: ассортимент продукции, характеристика сырья и особенности

- технологии // Фармация и фармакология. - 2016. - Т4, №2 (14). - С. 4-25. DOI: 10.19163/2307-9266-2016-4-2(15)-4-25
2. Карагулов Х.Г., Евсеева С.Б. Косметические средства на основе лечебных грязей: состав и технологические особенности. // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – №1. Доступно по: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=17850>. Ссылка активна на 19.07.2017.
 3. Противовоспалительное действие бишофитной мази / Спасов А.А., Оробинская Т.А., Мазанова Л.С., Мотов А.А., Сысуев Б.Б. // Экспериментальная и клиническая фармакология. - 2007. - Т. 70. № 6. - С. 32-35.
 4. Сысуев Б.Б., Евсеева С.Б. Возможности и специфика использования полимеров в качестве вспомогательных веществ в составе косметических средств на основе природных минеральных солей. // Фармация и фармакология. 2017. – 5(2). – С. 98-116. DOI:10.19163/2307-9266-2017-5-2-98-116
 5. Influence of thermal water and its oligoelements in the stability and efficacy of dermocosmetics formulations / Segura JH, Camargo Junior FB, Bagatin E, Campos PMBGM // Surg. Cosmet. Dermatol. - 2010. - №2 (1). - P. 7-11.

ЛОКАЛЬНОЕ КРИОГЕННОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ В ЛЕЧЕНИИ ГИГАНТОКЛЕТОЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ КОСТЕЙ

Тарасов А.Н.¹, Подгорнов В.В.²

¹ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава РФ, Астрахань, Россия

²ГБУЗ АО «Патологоанатомическое бюро», Астрахань, Россия

LOCAL CRYOGENIC INFLUENCE IN TREATMENT OF GIANT CELL TUMOURS OF BONES

Tarasov A.N.¹, Podgornov V.V.²

¹Astrakhan State Medical University, Astrakhan, Russia

²The pathoanatomical office, Astrakhan, Russia

Гигантоклеточная опухоль кости является агрессивным, потенциально злокачественным процессом [1], поражающим эпиметафизарные отделы преимущественно длинных костей человека, встречаясь в 8,6% всех костных опухолей [5]. Локализация данной опухоли делает невозможным осуществление радикальных краевых резекций кости в связи с последующим нарушением функции вовлечённого в процесс сустава. Резекция суставного конца требует сложного эндопротезирования. Поэтому операцией выбора является внутриочаговая резекция, всегда сопровождающаяся вскрытием опухолевого очага и не претендующая на радикальность. В связи с чем внутриочаговая резекция требует адьювантного пособия, в качестве которого может выступать локальное криогенное воздействие [2-4,6].

Цель данной работы – изучить эффективность локального криогенного воздействия на ткань гигантоклеточной опухоли и обосновать необходимость данного адьювантного пособия для снижения рецидивирования.

Материал и методы.

Изучение процессов, происходящих в биологических тканях при их замораживании, имеет большое значение для разрушения опухолевых структур. Для определения эффективности криохирургического лечения гигантоклеточных опухолей костей нами проведены морфологические исследования по изучению их криочувствительности к жидкому азоту. Во время операции брали по 4-5 фрагментов удаленной ткани размером 3x5 мм макроскопически однородного строения. Один из них предназначали для контрольного исследования, а остальные подвергали инстилляционному воздействию жидким азотом (температура кипения -195,8°С). Применяли от 1 до 4 циклов криовоздействия с экспозицией замораживания

по 1-3 мин. и самопроизвольным оттаиванием до 3-5 мин. Продолжительность замораживания определяли по равномерному покрытию белым налетом замораживаемой ткани, а длительность оттаивания – по исчезновению инея. Материал фиксировали в 10% нейтральном формалине, проводили через батарею спиртов восходящей крепости и заливали в парафин.

Срезы толщиной 8 - 10 мкм окрашивали гематоксилин-эозином, по Ван-Гизону и изучали под световым микроскопом. Проанализировано 68 гистологических препаратов 15 больных. Морфометрические исследования проводили с помощью микрометра окулярного винтового МОВ-1-15х, кроме того, на материале гигантоклеточной опухоли подсчитывали количество гигантских клеток в поле зрения.

Статистический анализ результатов исследования проводили методами вариационной статистики в среде «Microsoft Excel 2003» с расчетом средних значений (М), среднеквадратического отклонения (σ), дисперсии (D), критерия Стьюдента (t). Выявленные закономерности и связи изучаемых параметров между группами и признаками считали достоверными при уровне значимости $P < 0,05$, что соответствует требованиям, предъявляемым к медико-биологическим исследованиям.

Результаты.

После одного цикла криодеструкции значительных морфологических изменений не выявлено. Основная масса клеточного состава ткани опухоли представлена однотипными митохондриальными клетками округлой формы. Среди них и небольшого количества коллагеновых волокон масса гигантских многоядерных клеток с расплывчатыми контурами и четкими ядрами. Большинство клеток опухоли окружены ободками просветления в результате начинающегося их сморщивания. Количество гигантских клеток в поле зрения составило 77,6% от исходного.

После двух циклов паренхима опухоли с нарушенной волокнистостью и участками гомогенизации, цитоплазма клеточного компонента приобрела неравномерное розовое окрашивание, ядра их с нечеткой структурой и более измененной конфигурацией, пикнотичны и сморщены. Местами определялся глыбчатый распад ядер. Цитоплазма гигантских клеток отличалась зернистостью, ядра нечеткие, часть их была представлена только ободком ядерной оболочки без наличия в них хроматина. Они теряли свою округло-вытянутую форму, края их становились неровными. Количество гигантских клеток в поле зрения - 42,2% от исходного.

После трех циклов среди опухолевой ткани были поля с выраженными некротическими изменениями. Остатки тяжелой волокнистой соединительной ткани гомогенизированы, имели хаотичное направление. Цитоплазма одноядерных клеток разрушена, не визуализировалась, ядра сморщены, пикнотичны и фрагментированы. Ядра гигантских клеток практически не определялись, ядрышки их не просматривались. В части клеток отмечался разрыв клеточной оболочки. Нарастали некротические изменения клеточной массы опухоли, проявляющиеся в комковании ядер в отдельных клетках, в грубом нарушении их конфигурации. Количество гигантских клеток в поле зрения составило 40,1% от исходного.

Паренхима гигантоклеточной опухоли под воздействием жидкого азота подвергалась выраженным дистрофическим и некротическим повреждениям, которые носили распространенный характер. Изменения выражались либо в вакуолизации цитоплазмы клеток с пикнозом и лизисом ядер, либо в появлении крупных, уродливых клеток с большими, неправильной формы гиперхромными ядрами. При трехцикловом криовоздействии на ткань гигантоклеточной опухоли мы получили статистически достоверное уменьшение гигантских клеток в поле зрения в 2,5 раза ($P < 0,05$), что говорит о набухании опухолевой ткани. Для оценки различий между статистическими совокупностями было получено фактическое значение критерия Стьюдента, равное 13,51. Фактическое значение t-критерия превосходило критическое, что позволило сделать вывод о статистической значимости различий количества гигантских клеток до и после криовоздействия.

Заключение.

Таким образом, гигантоклеточная опухоль обладает высокой степенью криочувствительности. В связи с деструкцией опухолевых клеток и тканей локальное криогенное воздействие позволяет повысить радикальность резекции кости. Использование трех циклов «замораживания – оттаивания» после внутриочаговой резекции кости вызывает некротические изменения гигантоклеточной опухоли, что снижает риск имплантационных рецидивов и повышает радикальность хирургического лечения.

Литература

1. Бабоша В.А. Хирургия опухолей длинных костей конечностей (практическое руководство). Под ред. проф. В.А. Бабоши, проф. Ю.В. Думанского, проф. В.Г. Климовицкого. – Донецк: ДНМУ; ООО «Полиграфическое предприятие «Крылья»», 2008. – 192 с.
2. Галимова Л.В., Гончарова Л.А., Удочкина Л.А. Криоапликатор для новообразований поверхностной локализации / Медицинская криогенная техника. – Тезисы докладов Всесоюзной школы. 1988. С. 37-39.
3. Демичев Н.П. Криохирургия гигантоклеточных опухолей костей / Н.П. Демичев, С.А. Войнов // Астрахань: Государственное предприятие Астраханской области «Издательско-полиграфический комплекс «Волга»», 2009. – 176 с.
4. Дианов С.В. Деструкция гигантоклеточной опухоли (остеокластомы) при воздействии низких температур // Вестник новых медицинских технологий. – 2007. – Т. 14, № 3. – С. 117-119.
5. Нейштадт Э.Л. Опухоли и опухолеподобные заболевания костей / Э.Л. Нейштадт, А.Б. Маркочев // СПб.: ООО «Издательство Фолиант», 2007. – 344 с.
6. Wittig J.C., Simpson B.M., Bickels J., Kellar-Graney K.L., Malawer M.M. Giant cell tumor of the hand: superior results with curettage, cryosurgery, and cementation // J. Hand Surg. – 2001. – Vol. 26-A, № 3. – P. 546-555.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ДЕЛЕЦИИ ГЕНА MMP-1 И ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЁЗА ЛЁГКИХ

Тарасова Л.Г.

ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава РФ, Астрахань, Россия

INTERRELATION OF THE DELETION OF THE GENE MMP-1 AND THE PULMONARY TUBERCULOSIS OF THE LUNG

Tarasova L.G.

FGBOU IN Astrakhan State Medical University of the Russian Federation Ministry of Health
(FGBOU IN Astrakhan State Medical University of Ministry of Health of Russia)

Учитывая медицинские и социально-экономические проблемы, которые встают перед обществом при выявлении и лечении больных туберкулезом легких, сегодня важная роль отводится научным исследованиям, направленным на выявление новых предикторов тяжелого течения заболевания, а также компонентов патогенеза, влияющих на выраженность клинической картины болезни и эффективность ее терапии [1-5].

Цель исследования: изучить взаимосвязь делеции гена MMP-1 и течения туберкулеза легких.

Материалы и методы исследования.

Научное исследование одобрено этическим комитетом ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава РФ и выполнено в рамках реализации гранта Президента РФ по государственной поддержке молодых ученых докторов наук МД-6325.2015.7 от 16.02.2015 г. за проект «Разработка алгоритмов персонализированного лечения и профилактики осложнений туберкулеза органов дыхания в Астраханском регионе».

Критериями включения в исследование являлось выявление у пациентов активного туберкулеза легких. Критериями исключения из исследования являлось наличие тяжелой сопутствующей соматической патологии, которая могла исказить полученные результаты (в том числе, сахарный диабет, доброкачественные новообразования, хронические неспецифические заболевания легких и т.д.).

Определение полиморфизма гена MMP-1 осуществляли методом полимеразной цепной реакции, предварительно выделив ДНК из образцов крови в лаборатории научно-исследовательского института акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта Северо-Западного отделения РАМН, г. Санкт-Петербург. Работа выполнена на образцах ДНК с применением методов ПЦР: электрофореза в полиакриламидном геле и гибридизации, а также математическими методами анализа.

Математико-статистические вычисления произведены в среде «Microsoft Excel 2010» с использованием пакета статистического анализа данных. Выявленные закономерности и связи изучаемых параметров между группами и признаками были значимыми при вероятности безошибочного прогноза $P=95\%$ и более ($p<0,05$).

Наблюдались 73 пациента, больных туберкулезом легких, и получавших лечение в стационаре ГБУЗ «Областной противотуберкулезный диспансер» г. Астрахани в 2015 – 2016 гг.

Из общей группы клинического наблюдения в ходе выполнения научного исследования были сформированы три группы пациентов: 1-ая группа – с полиморфным гомозиготным генотипом MMP-1 G1/G1 – 15 человек (20,5%), 2-ая группа – с полиморфным гетерозиготным генотипом MMP-1 G2/G1 – 27 человек (50,7%) и 3-я группа – с полиморфным гомозиготным генотипом MMP-1 G2/G2 – 21 человек (28,8%).

Результаты и обсуждение.

Этиотропная терапия туберкулеза проводилась с учетом распространенности процесса и наличия лекарственночувствительных или фармакорезистентных штаммов МБТ, сочетаясь с назначением патогенетической терапии. В процессе лечения в наблюдаемых группах значимых неблагоприятных побочных реакций на противотуберкулезные препараты, потребовавших их отмены, не развивалось. Все это позволило нам в дальнейшем объективно оценить эффективность проводимого лечения в зависимости от варианта полиморфизма гена MMP-1.

В результате проводимого лечения положительная клиническая динамика в виде исчезновения симптомов интоксикации и бронхо-легочных расстройств у пациентов 1-ой и 2-ой групп наступала ранее, чем в 3-ей группе. Так, например, симптомы интоксикации более 3 месяцев сохранялись в 19,1% случаев только у пациентов с полиморфным генотипом по G2/G2. Через 1 месяц лечения в 66,6% случаев пациенты 1-ой группы и в 56,7% - 2-ой группы отмечали исчезновение кашля, одышки, кровохарканья. Пациенты 3-ей группы отмечали улучшение к концу 1 месяца терапии только в 42,5% случаев. Спустя 2 месяца от начала противотуберкулезной терапии в 100% случаев отмечалось купирование симптомов бронхолегочного синдрома у больных 1-ой и 2-ой групп. У 19,1% пациентов с G2/G2 данная симптоматика сохранялась более 3-х месяцев специфической терапии ($\chi^2=11,5$, $n=4$, $p=0,02$).

Сроки появления положительной рентгенологической динамики в виде рассасывания инфильтрации в легочной ткани у пациентов так же варьировали в зависимости от генотипа MMP (G1/G1, G2/G1 и G2/G2). Так, уменьшение инфильтрации отмечено через 2 месяца этиотропной терапии у 73,3% лиц, имевших вариант G1/G1. Во 2-ой группе уменьшение инфильтрации через 2 месяца специфического лечения отмечалось у 56,8% больных, а в 3-ей группе наблюдения - у 47,6% больных. Отсутствие положительной динамики более 4-х месяцев наблюдалось у 14,3% пациентов с гомозиготным генотипом G2/G2 (при $\chi^2=9,2$ и $n=4$ $p<0,05$).

Полости распада легочной ткани через 4 месяца терапии сохранялись в 20% случаев у пациентов с гомозиготным генотипом по G1/G1 и 21,4% случаев – у лиц с гетерозиготным

генотипом G2/G1, тогда как у пациентов гомозиготным генотипом по G2/G2 деструктивные изменения на данном сроке лечения выявлялись в 47,4 % случаев (при $\chi^2=10,3$ и $n=4$ $p=0,03$).

Бактериовыделение МБТ прекратилось у пациентов 1-ой группы в 86,7% случаев через 2 месяца терапии, и в 100% случаев - через 3 месяца. Микобактерии туберкулеза не определялись ни одним методом через 4 месяца от начала лечения у 94,6% больных 2-ой группы и у 90,4% пациентов 3-ей группы (при $\chi^2=9,9$ и $n=6$ $p=0,07$).

Заключение. Проведенное исследование позволило выявить у пациентов с полиморфным гетерозиготным генотипом G2/G2 MMP-1 тенденцию к затяжному течению туберкулеза по сравнению с лицами, имеющими делеции G1/G1 и G2/G1 гена MMP-1. Именно у данной категории больных отмечено достоверно большее по срокам сохранение симптомов интоксикации и бронхо-легочных нарушений, замедленное рассасывание инфильтрации легочной ткани и закрытие полостей распада, чем у больных с полиморфным гомозиготным генотипом G1/G1 MMP-1 и полиморфным гетерозиготным генотипом G2/G1 MMP-1.

Исследование полиморфизма гена MMP-1 у больных туберкулезом легких можно использовать в качестве прогностического критерия клинического течения туберкулеза, коррекции специфической терапии и обоснования назначения лекарственных средств, влияющих на обмен коллагена.

Литература

1. Гапархоева З.М., Селиверстова Е.Н., Стройкова Т.Р., Башкина О.А., Демидова Л.В. Современные представления о роли генетических предикторов при бронхиальной астме у детей / Астраханский медицинский журнал. 2015. Т. 10. № 1. С. 6-11.
2. Чабанова О.Н., Стрельцова Е.Н., Сердюков А.Г. Эпидемиологические и медико-социальные проблемы туберкулеза / О. Н. Чабанова, Е. Н. Стрельцова, А. Г. Сердюков; Гос. образовательное учреждение высш. проф. образования "Астраханская гос. мед. акад. Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию". Астрахань, 2010. – 135С.
3. Чабанова О.Н. Медико-социальные факторы первичной инвалидности по туберкулезу (по материалам Астраханской обл.). Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / ГОУ ВПО "Волгоградский государственный медицинский университет". Волгоград, 2005.
4. Salgame P. MMPs in tuberculosis: granuloma creators and tissue destroyers. J Clin Invest. 2011 May;121(5):1686-8.
5. Ganachari M., Guio H., Zhao N., Flores-Villanueva P.O. Host gene-encoded severe lung TB: from genes to the potential pathways. Genes Immun. 2012 Dec;13(8):605-20.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ (ХОБЛ) СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ г.ТАШКЕНТА

Ташметова Г.Т.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

PREVALENTS OF CHRONIC OBSTRUCTIV LUNG DISEASES AMONG INHABITANS OF TASHKENT

Tashmetova G.T.

Tashkent Institute of Postgraduate Education, Uzbekistan

Цель: оптимизировать подходы к выявлению хронической обструктивной болезни легких на ранних этапах её формирования.

Задачи:

1. Изучить распространенность хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) среди организованного населения.

2. Выяснить факторы риска формирования ХОБЛ и сформировать контингенты повышенного риска для развития ХОБЛ.

3. Выяснить особенности клинико-функциональных проявлений ХОБЛ в зависимости от факторов риска.

Методы: Обследовано 3000 человек организованного населения г. Ташкента. Женщины составили 1400 человек (46,7%), мужчины - 1600 человек (53,3%).

В работе использована анкета (Bungetiam.ch., MazaD., 1971) предназначенная для выявления больных ХОБ, дополненная изучением функционального состояния дыхательной системы.

Функциональное состояние внешнего дыхания оценивалось по измерению пиковой скорости выдоха (ПСВ) с помощью пикфлоуметра (Эрих Егер, Германия); измерению жизненной емкости легких (ЖЕЛ) с помощью суховоздушного спирометра; проведению функциональных тестов; включающих измерение длительности форсированного выдоха (6-ти секундная проба), проба с максимальной задержкой дыхания на вдохе и на выдохе (проба Штанге-Генча). Для изучения у больных ХОБЛ толерантности к физической нагрузке на ранних стадиях мы проводили шаговую пробу (тест с 6-ти минутной ходьбой).

Кроме того, для верификации диагноза и для оценки чувствительности примененных методов лицам с подозрением на ХОБЛ проводили углубленное обследование в условиях Ташкентского городского пульмонологического центра.

Результаты исследования: анализируя анкетные данные и результаты функционального исследования, у 263 человек была верифицирована ХОБЛ, что составило 8,7% от всех опрошенных. Среди женщин ХОБЛ была диагностирована в 6,4% случаев (90 человек), среди мужчин - 10,8% случаев (173 человек). У 8,4% мужчин и у 4,5% женщин диагноз ХОБЛ выставлен впервые. Полученные данные свидетельствуют о том, что большинству молодых людей обоих полов имеющих клинические признаки болезни диагноз ХОБЛ не был установлен, соответственно, не проводились лечебные и профилактические мероприятия. Лица, находящиеся на учете в учреждениях здравоохранения, как правило, имели уже среднетяжелое и тяжелое течение процесса. Так, лишь 30% всех больных женщин (27 человек) и 22% больных мужчин (38 человек) до проведения нашего исследования имели установленный диагноз ХОБЛ, из которых у 51,8% женщин и 71,0% мужчин, болезнь имела тяжелое течение с яркими клиническими проявлениями.

На наш взгляд, важным является то, что у этих людей диагноз ХОБЛ был установлен, запоздало, хотя эти лица имели, как правило, диагноз хронический бронхит. Этот момент явился причиной неверных подходов к лечению и, как следствие, утяжеления течения заболевания.

Анализ встречаемости ХОБЛ в зависимости от возраста показал, что у женщин в возрастной группе старше 49 лет ХОБЛ отмечена в 2,0 раза чаще, чем в возрасте 40-49 лет и моложе. У мужчин с возрастом частота ХОБЛ возрастает в 2,8 раза (с 6,7% до 18,9%). Отмечено с возрастом, как среди женщин, так и мужчин увеличивается удельный вес больных с более тяжелыми ступенями заболевания. Сравнительный анализ частоты встречаемости ХОБЛ у лиц в возрастной группе 50-59 лет показал, что среди мужчин частота ХОБЛ в 1,9 раз выше, чем среди женщин; в 40-49 лет – в 2,3 раза, в 30-39 лет – в 1,6 раза.

Нами была изучена значимость различных факторов риска таких как, профессиональная вредность: токсико-химическая и пылевая; курение, рецидивирующие заболевания верхних дыхательных путей на формирование ХОБЛ.

Исследованием установлено, что 45,9% (1376) лиц имеют воздействие на организм того или иного изучаемого фактора или их сочетания. По структуре факторов риска отмечено, что фактор курения встречается с частотой до 37,3%, рецидивирующие заболевания верхних дыхательных путей – до 11,8%, воздействие токсико-химического фактора – до 17,7%, пылевого – 33,2%.

По результатам исследования установлено, что среди лиц с установленным диагнозом ХОБЛ частота встречаемости некоторых факторов риска достоверно превышает уровень, чем среди лиц без диагноза ХОБЛ: токсико-химическое воздействие - в 1,8 раза, курение - в 1,8 раза, рецидивирующие заболевания ВДП – в 1,07 раза.

Факторами формирования ХОБЛ среди мужчин являются курение (60,7%), токсико-химическое воздействие (33,0%), частота которых достоверно выше, по сравнению с лицами без ХОБЛ ($p < 0,01$). Сравнивая значимость факторов среди мужчин и женщин, страдающих ХОБЛ, необходимо отметить, что фактор курения, токсико-химическое воздействие достоверно чаще отмечаются у мужчин, страдающих ХОБЛ.

Изучая, влияние фактора курения на ХОБЛ было выявлено, что 43,6% активно курящих лиц имели диагноз ХОБЛ, тогда как среди лиц, куривших в прошлом, ХОБЛ установлен в 6,7% случаев. Не курившие лица имели наименьший риск возникновения ХОБЛ, так как в этой группе ХОБЛ отмечался в 3,8% случаев.

Анализируя фактор курения, было отмечено, что ХОБЛ среди курящих мужчин составляла 30% (105 человек) и - 31% (51 человек) курящих женщин соответственно.

1,5% мужчин (24 человек) и 0,85% женщин (12 человек) курили в прошлом, и частота встречаемости ХОБЛ в данной группе соответственно составляла 13,8% и 13,3%.

Интересны результаты оценки зависимости степени нарушения проходимости дыхательных путей от статуса курения.

Среди лиц с параметром $ОФВ1 \geq 80\%$ высок удельный вес курильщиков с индексом курильщика до 10, а при тяжелой и крайне-тяжелой степени обструкции резко увеличивается удельный вес лиц с индексом курения более 20, что особенно четко прослеживается при параметрах $ОФВ1 < 30\%$.

Исходя из этого, можно сказать, что с возрастанием индекса курящего человека, нарастает тяжесть заболевания и этот процесс имеет тесную взаимосвязь.

По результатам исследования установлено, что проявления клинической симптоматики зависели от индекса курящего человека. Так, у лиц с ИК до 10 в основном отмечался кашель, кашель с мокротой. С возрастанием показателя ИК у больных отмечалось увеличение удельного веса триады респираторных симптомов (кашель, одышка, мокрота) в 2 раза.

Анализируя стаж работы выявленных больных было выяснено, что вероятность возникновения ХОБЛ возрастает с увеличением стажа работы, так как наиболее большой процент больных с ХОБЛ (22,6%) имели стаж работы более 16-ти лет. Среди лиц со стажем работы более 16 ти лет больше отмечалась триада симптомов как кашель с мокротой и одышкой (14,8%), со стажем до 5 ти лет была характерна ирритативная симптоматика в виде изолированного кашля (1,5%).

Нами также была сделана попытка изучить сопряженность респираторных симптомов с сочетанием функциональных тестов среди обследованной популяции. Было выяснено, что у 70,5% (24 чел.) лиц, предъявляющих жалобу на кашель, отмечались положительные результаты на 2 и более пробы, у лиц с одышкой у 87,5%, с кашлем+мокротой у 22,1%, с кашлем+одышкой у 88,8%. Наилучшее сочетание 2 и более функциональных тестов отмечалось при триаде симптомов, как кашель+мокрота+одышка.

Также было отмечено, что при сочетании кашля с 2-мя и более функциональными пробами диагноз ХОБЛ устанавливался в 58,3% случаев, при сочетании остальных респираторных симптомов с 2-мя и более пробами диагноз ХОБЛ устанавливался в 100% случаев.

Заключение: анализ результатов отражает высокую частоту встречаемости ХОБЛ среди лиц организованного контингента. Установлена выраженная зависимость высокоудельного веса ХОБЛ от курения, профессионального агрессивного воздействия. Совокупность клинических проявлений ХОБЛ имеет большую зависимость от факторов риска, индекса курильщика, стажа работы и данных функциональных тестов.

Литература

1. Бримкулов Н.Н., Винников Д.В., Чолурова Р.А. Руководство по лечению табачной зависимости. // Бишкек.- 2004.-С.30.
2. Васильева О.С. Хроническая обструктивная болезнь легких и профессиональные факторы. //Пульмонология № 6 - 2007.- С.5-10
3. Вострикова Е.А., Багрова Л.О., Осипов А.Г., Ветлугаева И.Т., Тихонова А.В., Грачева Т.Ю., Стрелис А.К. Чувствительность и специфичность спирометрических показателей при скрининговом исследовании респираторной функции. //Пульмонология. - 2004. №5. -С.45-51.
4. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких // Пер. с англ. под ред. Чучалина А.Г. — М.: Издательский дом «Атмосфера» - 2007. - 96 с.
5. Жестков А.В, Косарев В.В. с соавт. Распространенность и ведущие факторы риска хронической обструктивной болезни легких в крупном промышленном центре Среднего Поволжья. // Пульмонология №13 - 2008. - С.99-103
6. Илькович М.М. «Айсберг под названием ХОБЛ». //Consilium medicum. Журнал доказательной медицины для практикующих врачей. Экстравыпуск -2007. - С.13-14.
7. Клинические рекомендации. Хроническая обструктивная болезнь легких // Под ред. Чучалина А.Г.-М. – М.: Издательство «Атмосфера», 2003.-168с.

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ОТ ХИМИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ЛЕКАРСТВЕННО- УСТОЙЧИВЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Ташпулатова Ф.К.

Ташкентский Педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

DRUG COMPLICATIONS OF CHEMOTHERAPY AT PATIENTS WITH DRUG RESISTANT PULMONARY TUBERCULOSIS

Tashpulatov F.K.

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

Цель: Выяснить частоту и характер лекарственных осложнений (ЛО) от химиопрепаратов у больных с лекарственно устойчивым (ЛУ) туберкулезом легких (ТЛ).

Материал и методы: обследовано 256 больных ТЛ в возрасте от 20 до 65 лет.

Обследованные больные разделены на 2 группы: 176 больных с ЛУ и 2 группа- 80 больных с лекарственной чувствительностью (ЛЧ) к химиопрепаратам.

Результаты и обсуждение: В процессе химиотерапии ЛО от химиопрепаратов отмечены у больных с ЛУ у 68,7±3,5%. В группе больных с ЛЧ ЛО отмечены у в 2,4 раза реже - у 27,5 ±5,0% больных, P<0,001).

Установлено, что наиболее высокая частота ЛО отмечается у больных ЛУ при лечении схемой канамицин (капреомицин)+ офлоксацин+ протионамид+ пиперазинид+ циклосерин (ПАСК) - 74,0±4,7% из 84 больных с ЛУ, леченных в отделении ДOTS+.

Частота ЛО у 38 больных, пролеченных по схеме пиперазинид+ этамбутол + протионамид +канамицин (амикацин)+ фторхинолоны в/в+per os составила- 65,7 ±7,7%. У 54 больных с ЛУ, леченных по 2 категории, ЛО отмечены у 63,0±6,5%.

Среди ЛО у больных с ЛУ преобладали синдромы поражения печени (32,2%) и желудочно- кишечного тракта (ЖКТ-16,5%)

Нейротоксические поражения и кожно-аллергические (КАС) отмечены у 12,4±3,0 и 9,9±2,7% больных соответственно. Токсическое поражение сердечно- сосудистой системы (ССС) возникли у 9,1±2,7% больных с ЛУ. Артриты наблюдались только у больных с

ЛУ туберкулезом легких ($14,9 \pm 3,3\%$). Сочетание нескольких синдромов (поражение ЖКТ и нервной системы) отмечены у $5,0 \pm 2,0\%$ больных с ЛУ.

В то же время у больных с ЛЧ туберкулезом легких чаще наблюдались КАС ($41,0 \pm 13,5\%$), синдромы поражения печени ($27,2 \pm 9,4\%$) и ЖКТ ($22,7 \pm 9,0\%$).

Наиболее часто ЛО у больных с ЛУ вызывали в $30,5 \pm 4,2\%$ случаях - пипразинамид (поражение печени и артропатии), в $16,5 \pm 3,8\%$ случаях – протионамид (диспепсия со стороны печени и ЖКТ), в $10,7 \pm 2,8\%$ случаях капреомицин (поражение ССС) в $9,9 \pm 2,7\%$ случаях фторхинолоны (диспепсия со стороны ЖКТ и нейротоксические реакции), в $7,4 \pm 2,3\%$ случаях аминогликозиды (КАС и токсическое поражение слуха, таб.3).

У больных, леченных по 1 и 2 категориям, наиболее часто ЛО отмечено на стрептомицин в виде КАС и нейротоксического поражения и диспепсии со стороны ЖКТ и печени на одновременный прием комбинированного препарата КИТ(HRZE).

Неустрашимые ЛО у больных с ЛУ отмечено у $20,6 \pm 8,8\%$, в основном эти реакции были связаны с приемом протионамида, капреомицина, циклосерина. У больных с ЛЧ туберкулезом легких частота неустрашимых лекарственных осложнений составило $13,6 \pm 7,3\%$.

Таким образом, применение резервных противотуберкулезных препаратов в лечении ЛУ туберкулеза легких вызывает значительное число ЛО, что затрудняет проведение качественного лечения данной категории больных и требует регулярного клинико- лабораторного контроля.

Выводы:

1. Частота ЛО от резервных химиопрепаратов у больных ЛУ ТЛ составляет $67,8\%$. В то же время в группе больных с ЛЧ ТЛ лекарственные осложнения реакции отмечены у $27,5\%$ обследованных.

2. Наиболее часто ЛО у больных с ЛУ вызывали пипразинамид, протионамид, капреомицин и фторхинолоны. У больных, леченных по 1 и 2 категориям, наиболее часто ЛО отмечено на стрептомицин и на комбинированный многокомпонентный противотуберкулезный препарат КИТ(HRZE).

Литература

1. Исмаилов Ш.Ш., Мусабекова Г.А., Бекмухамедова Н.Ф. Диагностика и лечение побочных реакций при химиотерапии мультирезистентного туберкулеза резервными препаратами в режиме ДOTS плюс // Фтизиопульмонология.-2003.-№1 (3).-С.68-71.
2. Ливчане Э. Лекарственная непереносимость, методы ее диагностики и коррекция при лечении больных туберкулезом легких противотуберкулезными препаратами резервного ряда: Автореф. дис. ... канд. мед.наук.- М.,2003.-С.20.
3. Мишин В.Ю. Медикаментозные осложнения комбинированной химиотерапии туберкулеза легких // Медицинское информационное агентство.- Москва.,2007.- 245 с.

РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕСТИРОВАНИЯ ПО МОРИСУ – ГРИНУ У БОЛЬНЫХ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Ташпулатова Ф.К., Жалолов А.А., Хомова Н.А.

Ташкентский Педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

MORIS-GREEN TEST RESULTS AT PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS

Tashpulatova F.K., Jalolov A.A., Khomova N.A.

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

Цель: анализ результатов тестирования по Морису –Грина у больных туберкулезом легких.

Материалы и методы исследования. Комплексно обследовано 100 больных туберкулезом легких. Среди обследованных мужчин было 60(60,0%), женщин – 40(40%). Возрастной состав пациентов колебался от 19 до 63 лет. При изучении социального статуса установлено, что 60% пациентов не работали. Наличие вредных привычек в виде курение сигарет, употребление алкоголя установлено у 55% пациентов. У 65(65%) больных установлено наличие сопутствующих заболеваний. Среди сопутствующих заболеваний преобладали сахарный диабет (30%) и болезни нервной системы (20%) и хронический гепатит (25%). Все пациенты были первично выявленными.

Изучение факторов риска у больных туберкулезом легких показало, что социальные факторы имеют высокий удельный вес у 95% пациентов. Наиболее распространенным отягощающим фактором среди социальных является отсутствие постоянной работы- 80% случаев, плохие жилищно-бытовые условия- 60% случаев. Отсутствие семьи и одиночество зарегистрировалась у 35%. Сочетание трех и более факторов отмечено у 70% больных. 90% пациентов доверяли медицинскому персоналу и ожидали хорошие результаты лечения.

В целях определения информированности о туберкулезе и комплаенса у больных проведено анонимное анкетирование по тесту Мориса – Грина. Установлено, что всего 55% пациентов имеют комплаенс к лечению. Выявлено, что 45% пациенты после уменьшения симптомов интоксикации и респираторных жалоб часто нарушали режим лечения и пропускали прием препаратов из за боязни развития побочных реакций. Анкетирование показало, что комплаентность высока у женщин (80%), у мужчин комплаентность составляет 56%. У одиноких пациентов отмечено низкий комплаентность- всего 44%. Высокая комплаентность установлено у пациентов, состоящих в браке- 75%. Среди работающих пациентов приверженность к лечению составило 68%, среди безработных- 45%. У больных с побочными реакциями на препараты комплаентность составило 52%.

Заключение. Изучен комплаенс у больных туберкулезом легких по тесту Мориса – Грина, результаты которого показали низкую комплаентность: всего 55% больных выполняют медикаментозные и лечебные рекомендации врачей, что указывает о необходимости проведения мер по повышению комплаенса среди пациентов.

Литература

1. Валиев, Р.Ш. К проблеме взаимоотношения врача и больного при туберкулезе // Проблемы туберкулеза. — 2000. — №1. С. 4-7.
2. Колесников В.В., Лаву С.П., Федоренко Е.Г. Причины преждевременной выписки из стационара больных туберкулезом легких //Пробл. туб. 1990. -№10. - С.48-51.
3. Паролина, Л.Е. Туберкулез легких: социальные проблемы / Саратов: Изд-во СГМУ, 2003. - 150 с.

ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ В ОБЛАСТИ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Телеупов Р.

Казахстанский университет инновационных и телекоммуникационных систем,
Уральск, Казахстан

CONTROVERSIAL ISSUES IN THE FIELD OF TRANSPLANTATION OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Teleupov R.

Kazakhstan University of Innovation and telecommunication systems, Uralsk, Kazakhstan

Актуальность темы настоящей работы обусловлена не прекращающимися спорами вокруг посмертного донорства на основании «презумпции согласия». В июне т.г. в г.Актобе

родные обратились в правоохранительные органы и суд, после того как у погибшего родственника произвели забор органов без их согласия. Для встречи с родственниками и разъяснения норм о трупном донорстве в город прибыл директор Республиканского координационного центра по трансплантации Доскалиев Ж. [1].

Необходимо отметить, что указанный случай вызвал массу публикаций в средствах массовой информации и отрицательные отзывы среди населения, по итогам которых директор АО «Национальный научный центр хирургии имени Сызганова» Баймахан Б. задался вопросом: «И стоит ли нам вообще продолжать?» [2].

На данном фоне, на наш взгляд немного не уместными являются высказывания отдельных депутатов Парламента Казахстана о преждевременности принятия закона, предусматривающего «презумпцию согласия» и вплоть до ее отмены [3].

Цель. Определить необходимость отмены «презумпции согласия на изъятие органов».

Задачи. Проанализировать законодательство и практику.

Результаты. Согласно статистическим данным в Казахстане 3 531 человек, нуждаются в экстренной трансплантации органов, из них: в трансплантации почек – 2 860, сердца – 135, печени 526 и легких – 10 [4].

Для решения проблем нехватки донорских органов, спасения жизни и здоровья людей, а также дальнейшего развития трансплантологии была принята норма о «презумпции согласия» на посмертное донорство.

В соответствии с п.10 ст.169 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» изъятие тканей и (или) органов (части органов) у трупа не допускается, если организация здравоохранения на момент изъятия поставлена в известность о том, что при жизни данное лицо либо его супруг (супруга), близкие родственники или законный представитель заявили о своем несогласии на изъятие его тканей и (или) органов (части органов) после смерти для трансплантации реципиенту [5].

Аналогичная «презумпция согласия» действует во многих европейских странах, например в Испании. В России Конституционный Суд признал норму о «презумпции согласия» соответствующей Конституции [6].

Необходимо отметить, что вышеуказанная норма способствовала увеличению трансплантации трупного донорства со 164 в 2013 году до 306 в 2016 году.

Однако, в Казахстане население настроено против посмертного донорства, что является результатом слабой разъяснительной работы соответствующих органов.

Выводы. С учетом изложенного, на наш взгляд является оправданным включение в законодательство «презумпции согласия» на посмертное донорство, и оснований для его отмены не имеется. Мы полагаем, что необходимость в этом со временем отпадет, так как уже начинают работу научно-исследовательские институты, специализирующиеся на разработке технологий создания искусственных тканей и органов для их последующей трансплантации.

Литература

1. Скандал вокруг пересадки почек не утихает в Актобе [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.nur.kz/1531750-rodnyum-otkazalis-govorit-komu-pere.html> (дата обращения 27.07.2017).
2. А стоит ли нам вообще продолжать – медик о развитии донорства в РК [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://transplant.kz/novosti/item/a-stoit-li-nam-voobshche-prodolzhat-medik-o-razviti-i-donorstva-v-rk.html> (дата обращения 27.07.2017).
3. Казахстан хочет менять закон о донорстве: отменить «презумпцию согласия» на забор органов [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.currenttime.tv/a/28606150.html> (дата обращения 01.08.2017).
4. Донорство органов в Казахстане. Подробная инструкция [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.ng.kz/modules/news/article.php?storyid=27053> (дата обращения 01.08.2017).

5. О здоровье народа и системе здравоохранения: кодекс Республики Казахстан от 18 сен. 2009 года № 193-IV [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://adilet.zan.kz/rus/docs/K090000193_ (дата обращения 11.08.2017).
6. Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы граждан Бирюковой Т.М., Саблиной Е.В. и Саблиной Н.С. на нарушение их конституционных прав статьей 8 Закона РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека»: определение Конституционного Суда РФ от 10 фев. 2016 года № 224-О [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://legalacts.ru/sud/opredelenie-konstitutsionnogo-suda-rf-ot-10022016-n-224-o/> (дата обращения 16.08.2017).

ПРОБЛЕМА ПРОФИЛАКТИКИ ДИСФУНКЦИИ ТАЗОВОГО ДНА

Ткаченко Л.В., Гриценко И.А.

ФГБОУ ВПО Волгоградский государственный медицинский университет
Минздрава РФ, Волгоград, Россия

THE PROBLEM PREVENTING PELVIC FLOOR DYSFUNCTION

Tkachenko L.V., Gritsenko I.A.

Federal State Educational Institution of Higher Education “The Volgograd State Medical University of Public Health Ministry of the Russian Federation”

В последнее время во всем мире возрастает интерес к проблеме несостоятельности мышц тазового дна. Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о том, что пролапс гениталий наблюдается до 38,9% женщин, по данным отечественных и зарубежных авторов, а в структуре гинекологических вмешательств хирургическая коррекция пролапса занимает третье место после доброкачественных опухолей гениталий и эндометриоза. Распространенность этого заболевания носит в женской популяции характер скрытой эпидемии.

По данным M.D. Моен (2014), в настоящее время 11-30% женского населения земного шара нуждаются в оперативной коррекции нарушений тазового дна, и почти 30% операций на тазовом дне проводятся по поводу рецидива болезни.

Целью нашего исследования явилось – разработка комплекса мероприятий, направленного на профилактику пролапса гениталий.

Материалы и методы: в основу работы включены результаты обследования и профилактики дисфункции тазового дна 31 пациентки в возрасте от 21 до 80 лет. Средний возраст составил 49 + 1,8 года. Начальная перинеометрия 49-52 mm Hg.

Разработанный комплекс состоял из индивидуальных регулярных занятий с тренажером, 2-3 раза в неделю в течение 3 месяцев.

Результаты исследования:

Самыми яркими, типичными и ранними симптомами несостоятельности мышц тазового дна выявлены: сексуальная дисфункция 68,4%, рецидивирующие воспалительные заболевания 65,2%, стрессовое недержание мочи 32%, хроническая тазовая боль 35%.

Полученные нами результаты свидетельствуют о сохранении и поддержании тонуса тазового дна. Через 3 месяца регулярных тренировок объективно улучшилось состояние по показателям перинеометрии, которые составили 79-85 mm Hg, сексуальная дисфункция выявлена у 38%; воспалительные заболевания – 42%, стрессовое недержание мочи 18%, хроническая тазовая боль – 22%.

Вывод: важной задачей является адекватная профилактика нарушения функции тазового дна и своевременно начатые меры по предотвращению слабости мышц этой области.

Таким образом, раннее выявление, профилактика с последующими тренировками, направленными на сохранение тонуса мышц тазового дна позволяют избежать формирования пролапса в подавляющем большинстве случаев. Это единственный способ консервативного лечения, направленный в будущее.

Литература

1. Буянова С.Н. и др. Некоторые аспекты патогенеза пролапса гениталий.// Акуш. и гин.- 2001. - №3 с. 39-43
2. Хамошина М.Б. И др. Урогенитальные расстройства : актуальные подходы к диагностике и лечению. Информационный бюллетень/ под. Ред. В.Е. Радзинского., 2016
3. Bourcier A.P. Pelvic floor disorders / A.P. Bourcier, E.J. McGuire, P. Abrams. — Elsevier, 2004.
4. Abrams P., Cardozo L., Khoury S. et al. 2nd International Consultation on Incontinence. — 2nd ed. — Paris, 2002.

ЗНАЧЕНИЕ АУТОИММУННЫХ НАРУШЕНИЙ В ПАТОГЕНЕЗЕ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ

Ткаченко Л.В., Свиридова Н.И.

ФГБОУ ВО Волгоградский государственный медицинский университет
Минздрава РФ, Волгоград, Россия

THE VALUE OF AUTOIMMUNE DISORDERS IN PATHOGENESIS OF ENDOMETRIAL HYPERPLASTIC PROCESSES IN PERIMENOPAUSE

Tkachenko L.V., Sviridova N.I.

Volgograd State Medical University, Ministry of Health of Russia,
Russian Federation

Проблема гиперпластических процессов эндометрия в перименопаузе является одной из актуальных проблем гинекологии в связи с высокой распространенностью этой патологии у женщин переходного возраста [1,3]. В исследованиях, проведенных в последние годы, выявлены многочисленные факторы, которые самостоятельно или в различных сочетаниях, могут рассматриваться как причины развития гиперпластических процессов эндометрия [1,2,3].

Цель настоящего исследования явилось изучение показателей аутоиммунитета у пациенток с гиперпластическими процессами в перименопаузе.

Задачи

1. Провести комплексное клинико-лабораторное обследование 580 пациенток в возрасте от 45 до 55 лет с гиперплазией эндометрия.
2. Изучить особенности аутоиммунного статуса у данной когорты пациенток.

Методы. Критериями включения в исследование явились: 1) возраст от 45 до 55 лет; 2) наличие морфологически подтвержденной неатипической (простой или комплексной) ГПЭ 3) информированное добровольное согласие пациенток на проведение необходимых лечебно-диагностических мероприятий.

Обследование выполнялось согласно единому протоколу и включало в себя: общий и гинекологический анамнез, клинико-лабораторное обследование, ультразвуковое исследование органов малого таза, гистероскопию с отдельным диагностическим выскабливанием стенок полости матки и цервикального канала с последующим морфологическим исследованием эндометрия; изучение среднего содержания профилей аутоантител методом иммуноферментного анализа.

Результаты. В ходе настоящего исследования установлено, что 96,6% пациенток предъявляли жалобы на различные нарушения менструальной функции.

У 53,3% больных, УЗИ которым было выполнено на фоне кровотечения длительностью от 8 до 40 дней, М-эхо варьировало от 10 мм до 20 мм. В 28,3% наблюдений при трансвагинальной эхографии, выполненной в первую фазу менструального цикла (5-7 дней), М-эхо варьировало от 10 мм до 15 мм. У 19,1% пациенток ультразвуковое исследование выполняли на фоне задержки менструации от 10 до 60 дней, при этом, толщина М-эха была от 16 мм до 20 мм.

При гистологическом исследовании соскобов эндометрия, ПГЭ без атипии выявлена у 258 (44,5%) пациенток, КГЭ без атипии диагностирована у 28 (22,1%) женщин, ПГЭ без атипии в сочетании с признаками ХЭ - у 27 (21,0%) обследованных, КГЭ без атипии в сочетании с признаками ХЭ – в 12,4% случаев.

Заключение. В ходе исследования установлено выраженное гипореактивное состояние аутоиммунитета у пациенток с неатипическими формами гиперплазии эндометрия, которое характеризовалось дисбалансом его показателей (снижение профилей аутоантител к двуспиральной ДНК и к антигенам TrM-03; повышение профилей аутоантител к Fc-фрагменту, коллагену, инсулину, SPR-06 и антигенам ANCA, а также дисбаланс профилей аутоантител к белку S-100 и антигенам KiM-05), что могло служить одним из пусковых механизмов развития данной патологии.

Выявленные особенности аутоиммунитета у женщин с гиперпластическими процессами эндометрия, диктуют необходимость проведения корреляционного анализа между средним содержанием профилей аутоантител к изучаемым антигенам и факторами риска ГПЭ, а также клиническими проявлениями данной патологии с целью применения их в качестве биомолекулярных маркеров прогнозирования развития гиперплазии эндометрия, риска ее рецидивирования, а также дифференцированного подхода к лечению.

Литература

1. Частота выявления и структура гиперплазии эндометрия в различные возрастные периоды / М. Р. Думановская, Г. Е. Чернуха, А. В. Асатурова, Е. А. Коган // Акушерство и гинекология. – 2015. – №3. – С. 40-44.
2. Чернуха Г. Е. Современные представления о гиперплазии эндометрия (обзор литературы) / Г. Е. Чернуха, М. Р. Думановская // Акушерство и гинекология. – 2013. – №3. – С. 26–32.
3. Шешукова Н.А., Макаров И.О., Фомина М.Н. Гиперпластические процессы эндометрия: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение // Акушерство и гинекология. – 2011. - №4. – С. 16 – 21.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ МИОМЭКТОМИИ: ОБОСНОВАНИЕ ПРОВЕДЕНИЯ

Ткаченко Л.В., Свиридова Н.И., Хохлова Р.Р.
ФГБОУ ВО Волгоградский государственный медицинский университет
Минздрава РФ, Волгоград, Россия

THE MODERN APPROACH TO CASE MANAGEMENT IN PATIENTS AFTER MYOMECTOMY: THE RATIONALE FOR CONDUCTING

Tkachenko L.V., Sviridova N.I., Chochlova R.R.
Volgograd State Medical University, Ministry of Health of Russia,
Russian Federation

В настоящее время миома матки является одним из наиболее часто встречающихся гинекологических заболеваний, приводящих к нарушению репродуктивной функции [2,3]. Это влечет за собой ежегодный рост числа органосохраняющих пластических операций на матке [1,2,3].

Цель: Обосновать необходимость проведения ранней реабилитации репродуктивной функции у женщин после миомэктомии.

Задачи. 1. Провести изучение историй оперативных родов пациенток, имеющих рубец на матке после миомэктомии. 2. Провести анализ полученных данных.

Методы. Проведено ретроспективное изучение историй родов 472 беременных, поступивших в ВОКПЦ №2, на плановое оперативное родоразрешение путем операции кесарева сечения, в связи с наличием рубца на матке после ранее произведенной миомэктомии.

Результаты. В ходе исследования установлено, что большинство пациенток находилось в возрасте 31-35 лет (60,8%). Средний возраст пациенток на момент кесарева сечения составил $33,5 \pm 4,2$ лет.

Основными жалобами у пациенток после проведенной миомэктомии явились сохраняющиеся боли во время менструации (38,6%), НМЦ по типу обильных менструальных кровотечений и отсутствие самостоятельной беременности у каждой пятой больной (20,6%).

Первичное бесплодие диагностировано у каждой третьей больной (36%), в то время как вторичное бесплодие выявлено в 24,4% случаев. Большинство женщин реализовали свою репродуктивную функцию через 2 – 5 лет после миомэктомии (79,4%).

Среди гинекологических заболеваний у пациенток данной группы установлено: кольпиты различной этиологии встречались в анамнезе у 342 (72,5%) больных, доброкачественные заболевания шейки матки – в 42,6% случаев, хронический двухсторонний сальпингоофорит диагностирован у каждой четвертой пациентки.

Среди клинических проявлений миомы матки в анамнезе до миомэктомии преобладали: НМЦ по типу обильных менструальных кровотечений (ОМК) или межменструальных кровотечений (ММК) – 32,2%; болевой синдром (дисменорея, диспареуния) – 28,6%; нарушения функции тазовых органов – 5,5%, а также сочетание болевого синдрома и ММК – 40,5%.

Миомэктомия в анамнезе лапаротомическим доступом выполнена у 338 (71,6%) пациенток, лапароскопическим доступом – в 28,4% случаев.

У каждой четвертой пациентки (24,6%) во время беременности отмечен рецидив миомы матки. Во время операции кесарева сечения спайки в брюшной полости, были обнаружены у 302 (64,2 %) пациенток. Из них I степень спаечного процесса (по классификации РАИ) выявлена у 204 (67,5%) пациенток, а II-третья - у 98 (32,5%). Состояние рубцов на матке нами было оценено как удовлетворительное у 350 (74,2%) больных, втяжение и истончение рубцов выявлено в 25,8 %.

Заключение. Все вышеизложенное диктует необходимость проведения ранней реабилитации репродуктивной функции после миомэктомии с целью сохранения репродуктивного здоровья и повышения качества жизни женщин фертильного возраста.

Литература

1. Беженарь В.Ф., Айламазян Э.К., Байлюк Е.Н., Цыпурдеева А.А., Поленов Н.И. Этиология, патогенез и профилактика спайкообразования при операциях на органах малого таза // Российский вестник акушера-гинеколога, 2011, № 2. С. 100.
2. Давыдов А.И., Лебедев В.А., Пашков В.М. и др. Принципы терапии и профилактики рецидивов миомы матки у больных репродуктивного периода: реальность и перспективы // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2013, Т.12, № 1, С. 35–42.
3. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Лебедев В.А., Пашков В.М. Доброкачественные заболевания матки. М.: ГЭОТАР, 2011.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ УМЕРЕННЫХ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ И ДЕМЕНЦИИ В г.АЛМАТЫ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ

Туруспекова С.Т.¹, Цой Р.Т.¹, Тажиева А.Е.², Ким В.Э.².

¹Казахский Национальный Медицинский Университет им.С.Д.Асфендиярова, г.Алматы, Казахстан.

²ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №17» Управления здравоохранения г.Алматы, Казахстан.

PREVALENCE OF THE MILD COGNITIVE IMPAIRMENTS AND DEMENSIONS IN ALMATY: COMPARATIVE ANALYSIS

Turuspekova S.T.¹, Tsoy R.T.¹, Tazhieva A.E.², Kim V.E.².

¹ Kazakh National Medical University named after SD Asfendiyarov, Almaty, Kazakhstan.

² CCP on REU "City Polyclinic №17" of the Health Department of Almaty, Kazakhstan.

Глобальная картина распространенности деменции сложна и зависит от различных факторов, от ожидаемой продолжительности жизни до качества данных о состоянии здоровья и влиянии окружающей среды. Треть всех случаев БА является следствием модифицируемых факторов риска, таких как: диабет, гипертензия и ожирение среднего возраста, курение, депрессия, низкий уровень образования. 46,8 миллионов людей во всем мире страдают от синдрома деменции (1). 5,2% это люди в возрасте старше 60 лет (2). Во всем мире прогнозируется увеличение людей, страдающих деменцией с 46,8 миллиона до 131,5 млн. к 2050 году, 281% прирост (3). 58% людей с синдромом деменции проживают в странах со средним и низким уровнем дохода, по данным Prince, M et al (2015), эта цифра возрастет до 68% к 2050 году (4). Умеренные когнитивные нарушения, по мнению ряда авторов, являются промежуточной стадией между нормальным старением и деменцией (Brodsky H., 2013; Peterson, 2009; Mariani E, 2000). Очень важно уметь вовремя диагностировать додементную стадию нарушений когнитивных функций. Распространенность умеренных когнитивных нарушений (УКН) варьирует от 16% до 20% (5), что указывает на высокий риск трансформации УКН в деменцию. Таким образом, возникает необходимость в раннем выявлении умеренных когнитивных нарушений и причин их возникновения.

Цель: оценить частоту встречаемости когнитивных нарушений и деменции среди лиц старше 60 лет в городе Алматы по данным обращаемости на примере городской поликлиники №17.

Задачи: Провести сравнительный анализ полученных данных с мировыми тенденциями и обосновать перспективное планирование превентивной диагностики УКН.

Методы: Сбор первичного материала осуществлялся с помощью выкопировки данных из учетной документации (амбулаторных карт) городской поликлиники №17 г.Алматы за период с 2011 по 2016 гг. ГКП №17 г.Алматы является показательной поликлиникой, с численностью более 73 000, отражает общую структуру населения города, тип региона по социально-экономическому развитию.

Результаты: Нами было выявлено 0,76% (82 пациента) случаев деменции, обратившихся в поликлинику ранее и состоявших на учете психиатра и 1,9% случаев (203 пациента) с умеренными когнитивными нарушениями. Данные цифровые значения сильно разнятся с мировыми показателями распространенности деменции и умеренными когнитивными нарушениями.

Выводы: Полученный нами цифровой эквивалент пациентов с УКН и деменцией не отражает истинную картину распространенности данных нозологий и связан не с низкой распространенностью, а с низким уровнем выявляемости. Так как Казахстан относится к странам со средним уровнем дохода и растущей тенденцией стареющего населения, то перед нами остро стоит необходимость в проведении скрининга населения на выявление УКН и деменции.

Литература

1. Prince, M et al (2015). World Alzheimer's Report 2015, The Global Impact of Dementia: An analysis of prevalence, incidence, cost and trends. Alzheimer's Disease International.
2. Prince, M et al (2015). World Alzheimer's Report 2015, The Global Impact of Dementia: An analysis of prevalence, incidence, cost and trends. Alzheimer's Disease International.
3. Prince, M et al (2015). World Alzheimer's Report 2015, The Global Impact of Dementia: An analysis of prevalence, incidence, cost and trends. Alzheimer's Disease International.
4. Prince, M et al (2015). World Alzheimer's Report 2015, The Global Impact of Dementia: An analysis of prevalence, incidence, cost and trends. Alzheimer's Disease International.
5. Roberts R, Knopman DS. Classification and Epidemiology of MCI. *Clinics in geriatric medicine*. 2013;29(4):10.1016/j.cger.2013.07.003. doi:10.1016/j.cger.2013.07.003.

БИОМЕХАНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНОГО СТОЛБА В НОРМЕ И ПРИ РОТАЦИОННЫХ ПОДВЫВИХАХ С1-С2 ПОЗВОНКОВ У ДЕТЕЙ

Удочкина Л.А. ¹, Воронцова О.И. ², Гончарова Л.А. ¹, Баранец М.С. ², Куркин А.М. ³
¹ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава
РФ, Астрахань, Россия

²ФГБОУ ВО «Астраханский государственный университет» Министерства образования
и науки Российской Федерации, Астрахань, Россия

³ГБУЗ АО «Областная детская клиническая больница им. Н.Н. Силищевой» Минздрава
РФ, Россия, Астрахань

BIOMECHANICAL CHARACTERISTICS OF THE CERVICAL DEPARTMENT OF THE VERTEBRAL COLUMN IN NORM AND IN ROTARY SUBLUXATION OF C1-C2 VERTEBRAE IN CHILDREN

Udochkina L.A. ¹, Vorontsova O.I. ², Goncharova L.A. ¹, Baranets M.S. ², Kurkin ³
¹FSBEI HE "Astrakhan State Medical University" of the Ministry of Health
of Russia, Astrakhan, Russia

²FSBEI HE "Astrakhan State University" of the Ministry of Education and Science
of the Russian Federation, Astrakhan, Russia

³SBIH of the Astrakhan region " Regional Children's Clinical Hospital of N.N.Silishcheva»
of the Ministry of Health of Russia, Russia, Astrakhan

Биомеханические исследования в практической медицине – это та область, где особенно наглядно выявляются анатомо-функциональные особенности скелета. Важно, что при этом используются возможности как фундаментальных, так и прикладных разработок, а внедрение современных компьютеризированных систем определяет существенные перспективы.

В настоящее время в развитых странах существуют стандарты биомеханических исследований, для выполнения которых требуется проведение видеоанализа движений. Активно внедряемые оптические методы «захвата движений» («motion capture») позволяют получить кинематические характеристики отдельных суставов, скелета в целом, а также определить особенности походки. Анализ полученных данных может не только указать на особенности строения скелета, но и определить диагностические и прогностические критерии при различных заболеваниях опорно-двигательного аппарата, обеспечить персонализированный подход к лечению и реабилитации пациента.

В детской травматологической и ортопедической практике часто приходится встречаться с синдромом «острой кривошеи», обусловленным смещением в сегменте С1-С2. У значительной группы детей патология имеет рецидивирующий характер и со-

четается с гипермобильностью крупных и мелких суставов, что заставляет думать о системной дисплазии соединительной ткани (НДСТ). Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) – аномалия, обусловленная генетически детерминированным нарушением развития соединительной ткани [1, 2]. По данным ряда исследователей распространенность ДСТ в популяции колеблется от 48,5% до 80% [3, 4].

В доступных источниках нами не было обнаружено работ, посвященных изучению изменения двигательной функций шейного отдела позвоночного столба при его нестабильности с использованием современных методов захвата движений.

Цель: получить биомеханические характеристики шейного отдела позвоночного столба в шаговом цикле детей в норме и с рецидивирующими подвывихами С1-С2 позвонков с помощью методики захвата движения motion capture.

Материалы и методы исследования

Объектом исследования явились 22 девочки 8-11 лет без патологии опорно-двигательного аппарата (нормогруппа) и 5 испытуемых женского пола того же возраста с рецидивирующим подвывихом в шейном отделе позвоночного столба. Все исследования были выполнены в динамике в процессе ходьбы. В работе использована модель Plug-in-Gait Full body. Испытуемым предлагалось выполнить серию из 7 проходов по динамометрической платформе. Регистрацию биомеханических параметров проводили при помощи системы захвата и анализа движения Vicon (Vicon, Oxford, Great Britain), включающей 10 инфракрасных камер Vicon N40, двухсекционную динамометрическую платформу AMTI (model OR6-5-1000, Watertown MA, USA) и программное обеспечение Vicon Nexus и Vicon Polygon. При анализе результатов использовался цикл шага, состоящий из событий между двумя последовательными контактами правой пятки с опорой при ходьбе. Длительность цикла шага была принята за 100%.

Предметом исследования были углы сгибания-разгибания шейного отдела позвоночного столба вокруг фронтальной оси, бокового смещения головы относительно сагиттальной оси (обусловленного боковым сгибанием шейного отдела позвоночного столба) и ротации головы, обусловленной работой шейного отдела позвоночного столба.

Результаты.

В норме в шаговом цикле движения головы имеют волнообразный характер.

При регистрации изменения положения головы, обусловленного сгибанием и разгибанием шейного отдела позвоночного столба при ходьбе, выявляются два «пика» сгибания: по одному в фазе опоры и в фазе переноса нижней конечности. Наибольшее значение сгибания определяется в фазе переноса, когда вес тела удерживается на контралатеральной конечности. В фазе опоры наибольшее сгибание соответствует моменту переноса контралатеральной конечности.

При исследовании группы детей с рецидивирующим подвывихом С1-С2 также отмечены два «пика» сгибания, однако их наступление происходит на раньше, чем в норме. Кроме того, в фазе опоры отмечается уменьшение амплитуды сгибания по сравнению с нормогруппой ($0,67 \pm 0,13^\circ$ и $1,18 \pm 0,26^\circ$ соответственно при $p \leq 0,5$), а в фазе переноса – увеличение амплитуды (с $0,38 \pm 0,23^\circ$ в нормогруппе до $1,49 \pm 0,33^\circ$ - в исследуемой группе при $p \leq 0,1$).

Боковое сгибание в шейном отделе позвоночного столба, обуславливающее боковое смещение головы относительно сагиттальной оси, в шаговом цикле в норме происходит и в фазе опоры, и в фазе переноса. В фазе опоры максимумы углов бокового сгибания приходятся на начало и конец одноопорной стадии. Минимальное значение угла бокового сгибания шейного отдела позвоночного столба также соответствует одноопорной стадии. В фазе переноса максимальное значение угла бокового сгибания соответствует началу этой фазы (отрыв пальцев лидирующей конечности от опоры) и моменту вертикального положения голени переносимой (лидирующей) конечности, что

соответствует началу и концу одноопорной стадии контралатеральной нижней конечности. Минимальные значения угла бокового сгибания в этой фазе приходится на середину одноопорной стадии.

В группе детей с ротационным подвывихом С1-С2 позвонков отмечается увеличение общей амплитуды этого движения на $0,23 \pm 0,12^\circ$ относительно группы сравнения. Ротация головы наблюдается в каждой фазе шагового цикла. Максимальные значения угла этого движения соответствуют середине одноопорной стадии в фазе опоры и в фазе переноса. В фазе опоры ротация направлена в сторону конечности, выполняющей перенос. В фазе переноса ротация направлена в сторону лидирующей конечности. Как видим, в обеих фазах ротация головы осуществляется в сторону конечности выполняющей перенос.

В исследуемой группе отмечены аналогичные движения головы. Однако, в отличие от группы сравнения, имеет место достоверное снижение амплитуды ротационных движений на $1,44 \pm 0,38^\circ$.

Выводы

1. Применение методики захвата движения motion capture позволило выявить особенности биомеханики шейного отдела позвоночного столба в шаговом цикле человека.
2. В шаговом цикле здорового человека движения в шейном отделе позвоночного столба носят сложный разнонаправленный характер. Максимальные значения углов его движений совпадают с серединами стадий одиночной поддержки. В этих стадиях одновременно происходит сгибание шейного отдела вокруг фронтальной оси, боковое сгибание вокруг сагиттальной оси в сторону опорной конечности и ротация вокруг вертикальной оси в сторону нижней конечности, выполняющей перенос.
3. В группе детей с рецидивирующими подвывихами С1-С2 позвонков выявлены изменения кинематических параметров шейного отдела позвоночного столба в шаговом цикле, проявляющиеся смещением времени наступления максимальных значений его движений и изменением их амплитуды.

Работа выполнена в рамках проекта 12.9588.2017/7.8.

Литература

1. Кадурина Т. И., Горбунова В. Н. Дисплазия соединительной ткани. СПб.: Элби, 2009. С. 714.
2. Лимаренко М.П. Дифференцированная дисплазия соединительной ткани (клиническое наблюдение) // Журнал «Здоровье ребенка». – 2007. – 4(7).
3. Марушко Ю.В., Марушко Т.В., Гордиенко И.М. Современное состояние проблемы синдрома гипермобильности суставов у детей // Матер. П Всеукр.научн.практ конф.: Суглобовий синдром в практиці педіатра. – 2009. – С. 50-52.
4. Нечаева Г.И., Викторова И.А. Дисплазия СТ: терминология, диагностика, тактика ведения больного. — Омск: БЛАНКОМ, 2007. — 188 с.
5. Шармазанова О.П., Мительков Д.А. // Укр. радиол. журн. — 2004. — № 12. — С. 7—10.

СОВРЕМЕННАЯ СИТУАЦИЯ ОБРАЩАЕМОСТИ ЗА АНТИРАБИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАНЕ

Ульмасова С.И., Касимов И.А., Шомансурова Ш.Ш.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г.Ташкент, Узбекистан

THE CURRENT SITUATION OF REQUESTING FOR ANTORABIES ASSISTANCE IN THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN

Ulmasova S.I., Kasimov I.A., Shomansurova Sh.Sh.

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

Актуальность. Длительное эпизоотическое неблагополучие по бешенству (рабической инфекции) в Республике Узбекистан, определяет высокую обращаемость населения за антирабической помощью, что в значительной степени осложняет задачи органов здравоохранения. На сегодняшний день, основным профилактическим мероприятием при гидрофобии является специфическая профилактика, которая складывается из трех звеньев, реализуемых лечебной, санитарно-эпидемиологической и ветеринарной службами, от слаженности взаимодействия которых зависит успешность функционирования этой системы.

Показатели осуществляемой в республике антирабической помощи зависит от ряда причин: распространения инфекции среди животных, численности домашних и диких плотоядных животных, условий содержания собак и кошек, состояния лабораторной диагностики бешенства у животных, официальных установок к назначению антирабических прививок, организации антирабической помощи населению и др.(1.2)

Цель исследования. Целью настоящего исследования, явился анализ оказания антирабической помощи населению республики на основе ретроспективного анализа данных обращаемости населения за 5 летний период (2008-2012гг.).

Материалы и методы. Как показали результаты анализа, за исследуемые годы в целом по республике за антирабической помощью обратились 292561 ($281,2 \pm 9,8$) человек, при заболеваемости ($0,08 \pm 9,1$). При этом наиболее показатели обращаемости за антирабической помощью были зарегистрированы в 2008-2009 гг., 70530 ($310,2 \pm 20,9$) человек в 2008 г. и 67291 ($308,4 \pm 21,3$) человек в 2009 году. По поводу укусов животными, назначения на антирабические прививки в среднем получили 60,3% ($17565-60,1 \pm 0,1$) человек, причем в 2008-2009 годах эти показатели были особенно высокими ($60,9 \pm 0,2$ и $58,9 \pm 0,2$ соответственно). Тогда как в 2012 году число обратившихся за антирабической помощью в целом по республике значительно снизилось и достигло 47536 ($257,8 \pm 23,2$) человек, из которых лишь 23418 чел. получили назначение на антирабическую вакцинацию. За исследуемые годы по Узбекистану было документировано 2341 неблагополучных по бешенству пунктов. Наибольшее количество неблагополучных пунктов -721, где заболели 845 животных зарегистрировано в 2008 году. При этом прямая корреляционная взаимосвязь между ростом неблагополучных по бешенству пунктов и обращаемостью за антирабической помощью прослеживается и в последующие годы.

В 2012 году по республике зарегистрированы 104 неблагополучных пункта, где выявлено 117 больных животных. По мере снижения неблагополучных пунктов наблюдается заметное снижение числа лиц обратившихся за антирабической помощью (от 53761 до 47536 человек соответственно).

Привитые антирабической вакциной за 2008-2012гг. распределялись по возрасту следующим образом: дети до 14 лет составили ($52,7 \pm 0,09$), а взрослые ($47,3 \pm 0,09$). Отмечено, что среди обратившихся за антирабической помощью наблюдалось ежегодное повышение доли детей до 14 лет ($56,7 \pm 0,2$ в 2010 году и $54,6 \pm 0,2$ в 2012 году).

Вышеприведенные данные свидетельствуют о том, что дети являются так называемой «группой риска» при бешенстве.

Заключение. Опыт профилактики и борьбы с бешенством в республике свидетельствует о необходимости дифференцированного подхода к реализации отдельных звеньев системы антирабической защиты населения.

Литература

1. Мовсесянц А.А., Кравченко А.Т. Профилактика и лечение бешенства: достижения и проблемы. //ЖМЭИ. №8. 1989. С. 97-103.
2. Полчков В.Е., Смирнова К.Н., Казакова С.И. и др. Амбулаторная помощь детям из числа укушенных, оцарапанных и обслюенных любами животными. //Эпидемиол. инф. болезней. №3.2000.С. 56-58.

ОБРАЩАЕМОСТЬ ЗА АНТИРАБИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИСТОЧНИКА ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Ульмасова С.И., Касымов И.А., Шомансурова Ш.Ш.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Ташкент, Узбекистан

RELEVANCE FOR ANTIRABIES ASSISTANCE, DUPENDING ON THE SOURCE OF INFECTION IN THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN

Ulmasova S.I., Kasimov I.A, Shomansurova Sh.Sh

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

Актуальность. Для правильного назначения антирабических прививок исключительное важное значение имеют сведения об источнике инфекции. (1)

Цель исследования. Анализ обращаемости за антирабической помощью пострадавших лиц в зависимости от вида животных за 10 лет (2002-2011гг.).

Результаты и обсуждение. Как показали результаты анализа обратившихся за антирабической помощью доля укушенных собаками занимала доминирующее место ($94,3 \pm 0,04$); кошки как источники возможного инфицирования составили ($1,3 \pm 0,06$), доля укушенных другими животными составила ($4,4 \pm 0,03$).

Следует отметить, что наблюдаемый рост обратившихся за антирабической помощью лиц, в связи с полученными от собак и кошек травмами, объясняется увеличением численности популяции безнадзорных животных, обусловленной ослаблением активности коммунальных служб, ответственных за контроль численности их популяции в населенных пунктах.

Материалы и методы. Анализ проводился на основании изучения карт эпид. обследования и данных об обращаемости за антирабической помощью населения полученных из Республиканского Центра Госсанэпиднадзора.

Наиболее высокие показатели обращаемости по поводу укусов собаками зарегистрированы в г. Ташкенте – 31614 ($95,1 \pm 0,1$), Бухарской области – 20431 ($94,2 \pm 0,1$); Ташкентской области – 28342 ($95,0 \pm 0,1$); Ферганской области -33545 ($94,5 \pm 0,1$) и Республики Каракалпакстан – 26467 ($94,2 \pm 0,1$). Вместе с тем, отмечается увеличение роли кошек; наиболее высокий удельный вес антирабических прививок по поводу укусов кошками отмечался в Самаркандской области – 884 ($3,8 \pm 0,1$); г. Ташкенте -1106 ($3,3 \pm 0,09$); Наманганской области – 713 ($3,1 \pm 0,1$).

Анализ обращаемости людей за антирабической помощью в зависимости от категории покусавшего животного за 10 лет (2002 – 2011 гг.) показал что, в целом по республике заметно возрос удельный вес людей, прививаемых против бешенства по поводу контактов с известными собаками категории «Д», который составил – 215129 ($75,2 \pm 0,08$) лиц. Тогда как по поводу укусов неизвестными, безнадзорным собаками категории «С» за антирабической

помощью обратилось – 59441 ($20,7 \pm 0,07$) человек; по поводу инфицирования явно бешеными и животными с установленным диагнозом категорий «А» и «В» получили антирабическую помощь 3988 ($1,4 \pm 0,02$) 47882 ($2,7 \pm 0,03$) человек соответственно.

Заключение. Во всех неблагополучных и угрожаемых по бешенству местностях целесообразным является систематическое проведение противоэпидемических мероприятий, состоящих прежде всего из уничтожения безнадзорных собак коммунальными и ветеринарными службами, вакцинации собак находящихся под присмотром, которые обеспечивают снижение плотности популяции собак и предупреждение распространения заболеваемости бешенством.

Литература

1. Ходжаев У.У. Современное состояние специфической профилактики гидрофобии. //Сбор.науч.трудов. Охрана окружающей среды и здоровье человека. Ташкент-3003. С. 270-271

ФАРМАКОНАДЗОР И БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Умерова А.Р., Бузина О.Р.

ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава РФ, Астрахань, Россия

PHARMACOVIGILANCE AND DRUG SAFETY

Umerova A.R., Buzina O.R.

Astrakhan State Medical University

Понятие рациональной лекарственной терапии включает в себя два основополагающих аспекта: эффективность и безопасность. Эффективность фармакотерапии зависит прежде всего от выбранной тактики лечения в определённой клинической ситуации с учётом наиболее подходящей дозы, кратности и длительности терапии. Однако при назначении пациенту необходимой фармакотерапии внимание специалистов должно уделяться не только ожидаемой эффективности, но и безопасности применяемых лекарственных препаратов [3]. Безопасность терапии во многом определяется профилактикой развития нежелательных побочных реакций (НПР) или устранением их последствий. На службе контроля безопасности лекарственных средств в Российской Федерации стоит фармаконадзор. Согласно определению ВОЗ, фармаконадзор – это «наука и действия, связанные с выявлением, оценкой, пониманием и предотвращением неблагоприятных реакций или каких-либо других проблем, связанных с лекарственными средствами».

На территории Российской Федерации основным методом сбора информации о побочных действиях лекарств является метод спонтанных сообщений [2]. Согласно этому методу медицинские работники добровольно или в соответствии с законодательными требованиями направляют в региональный центр мониторинга безопасности лекарственных средств сообщения о выявляемых неблагоприятных явлениях, возникающих при проведении фармакотерапии. Сообщения о таких реакциях необходимы для получения достоверных данных о безопасности лекарств и принятия своевременных профилактических мер [4]. Следует отметить, что нерациональная лекарственная терапия может привести не только к НПР, но и к неоправданным экономическим затратам [1].

Цель исследования. Изучение структуры извещений об НПР реакциях на лекарственные препараты на территории Астраханской области.

Методы исследования. Анализ извещений о неблагоприятных побочных реакциях, зарегистрированных региональным Центром мониторинга безопасности лекарственных средств (ЦМБЛС).

Результаты исследования. В базе данных регионального ЦМБЛС по Астраханской

области за период с 2010 года по первое полугодие 2017 года содержится 2889 извещений об НПР или неэффективности лекарственных средств. Среди них имеются 11 извещений, содержащих информацию об НПР, которая привела к летальному исходу.

Анафилактический шок:

- тиопентал натрия;
- пропофол;
- ацетилсалициловая кислота + магния гидроксид, метопролол, триметазидин;
- аминофиллин;
- натрия амидотризоата;
- йопромид.

Желудочно-кишечное кровотечение:

- тикагрелор.

Инфаркт миокарда:

- клопидогрел и ацетилсалициловая кислота (отсутствие эффективности).

Внезапная смерть:

- бупивакаин.

Токсический гепатит:

- парацетамол и ацетилсалициловая кислота;

Синдром Лайелла:

- метотрексат.

В структуре сообщений преобладают НПР на антимикробные лекарственные средства – на них приходится 44% всех сообщений. Второе место по частоте занимает группа лекарственных средств, применяемых для лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы – 16%, на группы, применяемые для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта и нервной системы – по 10%.

Заключение. В результате исследования была проанализирована структура извещений об НПР на лекарственные препараты на территории Астраханской области. Был выявлен перечень лекарственных препаратов, ставших причиной смертельного исхода вследствие НПР.

Также в результате анализа была установлена этиологическая структура сообщений в зависимости от группы препаратов, явившихся причиной развития НПР.

Дальнейшие мероприятия по функционированию фармаконадзора будут способствовать повышению безопасности лекарственных препаратов и улучшению качества оказания медицинской помощи населению.

Литература

1. Дорфман И.П., Касаткина Т.И., Багдасарян И.О., Кокуев А.В., Чукарев С.В. Фармакоэкономическая оценка применения антибактериальных препаратов после аппендэктомии у детей // Педиатрическая фармакология - 2005. - Т.2. - №5. - С. 70-71.
2. Зборовский, А.Б. Неблагоприятные побочные эффекты лекарственных средств / А.Б. Зборовский, И.Н. Тюренков, Ю.Б. Белоусов. - М.: Медицинское информационное агентство, 2008. – 656 с.
3. Касаткина Т.И., Кирилочев О.О. Мониторинг безопасности фармакотерапии бронхиальной астмы у детей на основании изучения метаболизма применяемых лекарственных препаратов // Успехи современного естествознания. - 2009. - № 8. - С. 65-66.
4. Костылева М.Н., Белоусов Ю.Б., Грацианская А.Н., Постников С.С. Оценка безопасности лекарственной терапии в клинической практике // Фармакоэкономика. - 2014. - № 1. - С. 26–30.

**ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ СТУПЕНЧАТОЙ
ФАРМАКОТЕРАПИИ И РАННЕЙ ЭНТЕРАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ
В РЕАНИМАЦИОННЫХ ОТДЕЛЕНИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА**

Умерова А.Р.¹, Островерхов О.П.¹, Гриднева С.В.²

¹ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава РФ.
Астрахань, Россия

²ГБУЗ АО «Городская клиническая больница №3 имени С. М. Кирова», Астрахань, Россия

**PHARMACOECONOMIC ASPECTS OF THE USE OF STEPPED
PHARMACOTHERAPY AND EARLY NUTRITIVE SUPPORT IN THE RESUSCITATION
DEPARTMENTS OF THE MULTIDISCIPLINARY HOSPITAL.**

Umerova A.R.¹, Ostroverkhov O.P.¹, Gridneva S.V.²

¹Astrakhan State Medical University

²City clinical hospital №3 named after S. M. Kirov

Проблема рационального использования лекарственных средств (ЛС) в и повышения качества стационарной помощи в условиях ограниченного финансирования является значимым фактором, определяющим эффективность системы здравоохранения.

Традиционной точкой зрения при назначении антибактериальных и противогрибковых лекарственных средств в отделениях анестезиологии и реанимации (ОАР) считается исключительно их парентеральное применение. Тем не менее, если состояние больного позволяет принимать антибиотик внутрь и у него нет нарушения функций желудочно-кишечного тракта, то различия в исходах заболевания не зависят от способа применения препарата (внутривенное введение или пероральное)(1).

Ступенчатая терапия является одним из клинически и экономически целесообразных подходов к лечению пациентов, обеспечивает удобство приема и дает экономические преимущества для стационара, в связи со снижением затрат на лекарственные препараты для парентерального применения и расходные материалы (шприцы, иглы, системы для введения инфузионных растворов, перчатки, дезинфектанты). Уменьшение количества инъекций снижает риски постинъекционных осложнений у больных. Переход на таблетированные формы позволяет высвободить рабочее время среднего персонала и перенаправить его на уход за пациентом, освободить для более значимых видов деятельности (3). Исключение для госпитализированных пациентов составляют такие ситуации, как крайне тяжелое состояние пациента, неспособность приема препарата per os, отсутствие сходного по эффекту перорального препарата (4).

Несвоевременное назначение энтерального питания приводит к развитию нутритивной недостаточности с последующими нарушениями метаболизма, адаптационных резервов. Это, в свою очередь, ведет к повышению риска осложнений, увеличению сроков пребывания в стационаре и росту летальности (2). Назначение препаратов альбумина, многокамерных контейнеров для парентерального питания типа «три в одном» и ряда других препаратов, способствует повышению риска осложнений, в том числе анафилактических реакций. Одновременно увеличиваются и затраты на лечение больного.

Цель: оценить возможность применения и экономические преимущества ступенчатой терапии анитибактериальными и противогрибковыми препаратами в сочетании с ранним применением средств для энтерального питания в условиях ОАР.

Задачи: Оценить экономическую эффективность ступенчатой терапии в условиях ОАР. Оценить экономическую эффективность раннего перевода больных на энтеральное питание по типу сипинга.

Материалы и методы исследования:

При оценке экономической эффективности проведенного лечения учитывались все затраты на пребывание больных в ОАР. В частности, к ним относились затраты на использование ЛС, энтерального питания, медицинских изделий. В расчеты включены также проведение клиничко-лабораторных исследований и диагностических процедур.

Эффективность проведенного лечения оценивали по срокам пребывания в ОАР, наличию осложнений, а также летальных исходов. Наблюдение проводилось в течение 9 месяцев 2016 г. Эффективность проводимой терапии и длительность лечения сравнивались с аналогичными случаями у больных, получающих лечение по традиционной схеме, также принимались во внимание затраты на лечение данных заболеваний за аналогичный период 2015 года.

За указанный период в исследование включено 70 больных, проходивших лечение в ОАР на базе ГБУЗ АО ГKB № 3. С хирургической патологией (диагноз: кишечная непроходимость, острый панкреатит, желчнокаменная болезнь) находились на лечении 38 больных, терапевтическая патология диагностирована у 32 пациентов (диагноз: внебольничная пневмония). Средний возраст больных составил $58,0 \pm 8,6$ года.

Для ступенчатой терапии применялись следующие лекарственные препараты:

- из группы фторхинолонов: ципрофлоксацин, левофлоксацин, моксифлоксацин
- из группы макролидов: кларитромицин, азитромицин.
- из группы пенициллинов: амоксициллин/клавулановая кислота
- из противогрибковых средств, препарат из группы триазолов: вориконазол

Для оценки стоимости ЛС использовали данные государственного реестра на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты (ЖНВЛП). Для энтерального питания использовались следующие полимерные сухие и жидкие питательные смеси: «Фрезубин энергия с пищевыми волокнами», «Нутризон», «Нутриэн Стандарт» и «Нутриэн Диабет». При оценке экономической эффективности применения питательных смесей за основу использованы цены, определившиеся по результатам проведенных открытых аукционов при закупке указанных выше смесей.

Решение о назначении ЛС и питательных смесей явилось результатом совместных действий лечащего врача, врача ОАР и клинического фармаколога. Если состояние больного стабилизировалось и принималось решение о переводе его в хирургическое или терапевтическое отделение, то больной продолжал наблюдаться до окончания курса ступенчатой терапии.

Результаты. «Моксифлоксацин» был назначен 10 пациентам в течение 10 дней по следующей схеме: в течение 3 дней внутривенно капельно и 7 дней перорально. Стоимость лечения сократилась с 23 690,00 рублей до 7 906,00 рублей на одного пациента. Экономия денежных средств составила более 157 000,00 рублей. «Левофлоксацин» получали 10 пациентов в течении 7 дней по следующей схеме: в течение 3 дней внутривенно капельно по 500 мг 2 раза в сутки и 4 дня перорально по 1 таблетке 500 мг 2 раза в день. Стоимость лечения сократилась с 5 972,00 рублей до 2 885,00 рублей на одного пациента. «Ципрофлоксацин» получали 10 пациентов. Стоимость лечения «Ципрофлоксацином» при применении ступенчатой терапии сократилась с 588,00 рублей (при назначении внутривенно капельно 500 мг каждые 12 часов 10 дней), до 214,70 при назначении ципрофлоксацина внутривенно капельно 500 мг каждые 12 часов 3 дня, далее перорально 500 мг каждые 12 часов в течении 7 дней. Экономия составляет более 370,00 рублей на одного пациента.

ЛС «Амоксициллин/клавулановая кислота» получили 26 пациентов по 1200 мг внутривенно капельно 3 раза в сутки в течении 3 дней, далее по 1 таблетке 1000 мг каждые 12 часов в течение 5 дней. Стоимость лечения сократилась с 3 504,00 рублей до 1 654,00 рублей на одного пациента. Экономия денежных средств при переходе на таблетированные формы 26 пациентам составила 48 100,00 руб.

«Азитромицин» был назначен 8 пациентам в течении 6 дней. В течении 3 дней назначалась внутривенная инфузия 500 мг азитромицина 1 раз в сутки, далее перорально 500 мг од-

нократно в день 3 суток. Стоимость лечения сократилась с 2 118,00 на одного пациента до 1 341,00 рублей. Экономия денежных средств при назначении 8 пациентам составила 46 216,00 руб. При назначении препарата «Кларитромицин» 10 пациентам внутривенно по 1 флакону 500 мг каждые 12 часов в течение 3 дней, далее перорально по 1 таблетке 500 мг 2 раза в день в течении 4 дней, стоимость лечения сократилась с 7868,00 рублей на одного пациента до 3484,00 рублей. Экономия денежных средств при назначении 10 пациентам составила 43 840,00 рублей.

Противогрибковый препарат «Вориконазол» был назначен 6 пациентам в течении 7 дней. Стоимость лечения «Вориконазолом» при применении ступенчатой терапии при назначении препарата в течение первых суток внутривенно 400 мг каждые 12 часов, далее в таблетках по 200 мг каждые 12 часов в течении 7 дней, сократилась с 81 746 ,00 рублей (при ежедневном парентеральном применении) до 43 466,00 рублей на одного пациента.

Назначению энтерального питания предшествовала оценка нутритивного статуса. Исследовался индекс массы тела, окружность плеча, уровень протеинов и альбуминов сыворотки, количество лимфоцитов крови. Больные получали энтеральные смеси с помощью медицинского персонала в виде частичного или полного сипинга. Количество смеси и характер ее употребления определялись результатами вычисления действительного расхода энергии больного в сутки, состоянием желудочно-кишечного тракта, предпочтениями больного.

На ранних стадиях перевода пациентов на энтеральное питание на 80% сократилось назначение препаратов альбумина, снизились расходы на применение средств для парентерального питания, по сравнению с аналогичной группой не получающей данной терапии. Затраты на применение питательных смесей в течение 10 дней на одного больного составили: средством «Фризубин энергия» 6090,00 рублей, средством «Нутризон» 8400,00 рублей, средствами «Нутриэн стандарт» и «Нутриэн диабет» 6020,00 и 6250,00 рублей соответственно. В группе больных, получающих 10% раствор «Альбумина» и препарат для парентерального питания «ОЛИКЛИНОМЕЛЬ N4-550E» 1000 мл затраты на лечение составляли от 11 030 до 28 030 рублей на одного больного, что превышает расходы в группе больных, находящихся на ранней энтеральной поддержке более чем 2-3 раза.

Летальных исходов и послеоперационных осложнений в исследованной группе пациентов не было. Длительность пребывания пациентов в ОАР, получавших энтеральное питание достоверно меньше на 23%, чем в контрольной группе, что указывает на прямое влияние данного вида нутриционной поддержки на срок пребывания пациента в стационаре.

Выводы

В ОАР возможно активное внедрение различных схем ступенчатой антибактериальной и противогрибковой терапии. В связи с переходом на ступенчатую терапию в 2016 г снизилась стоимость затрат на препараты на одного пациента по данным экономического и статистического отдела больницы в ОАР в среднем на 28 %. Расход внутривенных инфузий уменьшился на 25 %, тем самым снизилась нагрузка на средний медперсонал. В общей сложности это позволило снизить стоимость затрат на лечение одного пациента на 49%, по сравнению с аналогичным периодом 2015 г. Изменение характера затрат не сопровождалось увеличением случаев смертельных исходов, а также увеличением средних сроков пребывания больного в отделении по сравнению с аналогичным периодом предыдущего года.

Оптимизация расходов, в связи с переходом на новые схемы лечения, позволят эффективнее использовать данные ресурсы: обновлять техническую базу стационара, закупать высокотехнологичное оборудование, повышать качество оказываемой стационарной помощи.

Литература

1. Березняков И.Г. Ступенчатая терапия при лечении бактериальных инфекций: вопросы и ответы. // Болезни и антибиотики, 2011. - № 1 (04).
2. Руководство по клиническому питанию/ под редакцией профессора Луфта В.М. СПб., «Арт-экспресс», 2016. - 484 с.

3. Симонов С.С. Ступенчатая терапия бактериальных инфекций дыхательных путей в практике семейного врача // Украинский медицинский часопис. - 2014. - № 5. - С. 55-58.
4. Страчунский, Л.С. Политика применения антибиотиков в хирургии, 2003 / Л.С. Страчунский, Ж.К. Пешере, П.Э. Деллинджер // Клинич. микробиология и антимикробная химиотерапия. 2003. - №4. - С.302 -317.

МАРКЕРЫ ПРОЛИФЕРАЦИИ И АПОПТОЗА В ДИАГНОСТИКЕ ПРОЛИФЕРИРУЮЩЕЙ МИОМЫ МАТКИ

Уханова Ю.Ю.

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет»
Минздрава РФ, Астрахань, Россия

MARKERS OF PROLIFERATION AND APOPTOSIS IN DIAGNOSTICS OF PROLIFERATING MYOMA OF UTERINE

Ukhanova Yu. Yu.

Astrakhan State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Astrakhan, Russia

Актуальность проблемы пролиферирующей миомы матки (ММ) обусловлена не только развитием известных осложнений, но и частым ее сочетанием с гиперпластическими процессами и раком эндометрия, особенно у пациенток перименопаузального возраста [1, 3, 4]. Как показывает опыт, до 75 % больных с ММ подвергаются оперативному лечению, причем каждая четвертая – это женщина репродуктивного возраста, нуждающаяся в сохранении фертильности [4].

Для повышения возможности выполнения органосберегающего варианта лечения ММ у пациенток молодого возраста принципиально важным становится не только выявление заболевания на ранних этапах развития, но и возможность оценки темпов роста опухоли, что пока еще остается трудной и далеко не во всем решенной задачей [1, 2].

Цель: усовершенствовать подход к оценке риска развития пролиферирующей миомы матки (ММ) путем идентификации в менструальных выделениях (МВ) маркеров пролиферации и апоптоза.

Задачи: определить содержание биохимических маркеров пролиферации (APRIL), апоптоза (TRAIL) в МВ у женщин с простой и пролиферирующей ММ.

Методы исследования. В проведенной работе объектом исследования явились МВ женщин с простой и пролиферирующей ММ. В исследование вошло 111 женщин от 31 до 51 года. Все обследованные были разделены на три группы: контрольная группа - 41 женщина без гинекологических заболеваний, II группа - 40 больных с простой, а III – 30 пациенток с пролиферирующей ММ. Возраст женщин в указанных группах был сопоставим ($p > 0,05$). Исследование проведено с соблюдением этических норм.

МВ получали путем аспирации содержимого из полости матки или заднего свода влагалища на 2–3 дни менструального цикла зондом Пайпеля в количестве 5 мл и центрифугировали в течение 5 минут при скорости 3000 об/минуту.

Изучение процессов апоптоза и пролиферации проводили путем определения уровня APRIL - A Proliferation Inducing Ligand, и TRAIL - TNF-related apoptosis-inducing ligand, методом иммуноферментного анализа наборами фирмы BENDER MEDSYSTEMS. Для исследования использовалась надосадочная жидкость МВ.

Обработка информации выполнялась на персональном компьютере посредством пакета программ Microsoft Office 2007, Statistica (StatSoft Inc., США версия 8.0).

С помощью критерия Колмогорова – Смирнова определялся вид проверяемых распределений в группах. Для сравнения трех выборок и проверки нулевых гипотез был использован непараметрический критерий Краскела – Уоллиса.

Описание количественных признаков при нормальном или близком к нормальному распределению представлено в виде $M \pm m$, где M – выборочная средняя величина, m – ошибка средней арифметической.

Чувствительность диагностического метода рассчитывалась по формуле:

$$Se = x/(x+y) * 100 \%,$$

где x – количество человек с положительным результатом теста в группе с пролиферирующей ММ, y – количество человек с отрицательным результатом теста в той же группе.

Специфичность определялась по формуле:

$$Sp = b/(b+z) * 100 \%,$$

где b – количество человек с отрицательным результатом теста в контрольной группе, z – количество человек с положительным результатом теста в той же группе.

Прогностическая ценность положительного результата вычислялась следующим образом: $x/(x+z) * 100 \%$.

Прогностическая ценность отрицательного результата вычислялась следующим образом: $b/(y+b) * 100 \%$.

Результаты: при уровнях APRIL от 4,8 до 6,4 нг/мл и TRAIL от 24,0 до 27,0 пг/мл диагностировали простую ММ, а при значениях APRIL от 11,1 до 14,7 нг/мл и TRAIL от 20,0 до 22,5 пг/мл – пролиферирующую ММ [5].

В контрольной группе, в которую были включены здоровые женщины, уровень APRIL колебался от 3,0 до 4,8 нг/мл, TRAIL от 35,1 до 36,8 пг/мл.

С помощью критерия Колмогорова – Смирнова выяснено, что проверяемое распределение в группах являлось нормальным ($p < 0,0001$).

Критерий Краскела-Уоллиса для APRIL ($N=94,9$) и TRAIL ($N=97,16$) высоко значим ($p < 0,0001$). Таким образом, характеристики экспериментальных групп значительно отличаются друг от друга.

Чувствительность метода составила 96,7% для APRIL, 93,3% для TRAIL, специфичность – 97,6% (APRIL), 90,2% (TRAIL), прогностическая ценность положительного результата для APRIL – 93,5%, для TRAIL – 87,5%, прогностическая ценность отрицательного результата APRIL составила 97,5%, TRAIL – 94,9%.

Заключение: по мнению И.С. Сидоровой (2003), рост узлов при простой ММ происходит, прежде всего, за счет увеличения массы соединительнотканного компонента. При пролиферирующей ММ матки параллельно с этим активизируются пролиферативные процессы в патологически измененных миоцитах [4]. Данная точка зрения подтверждается изменением уровня APRIL и TRAIL в МВ при простой и пролиферирующей ММ. Предлагаемый подход позволяет не только определить индивидуальный клинический прогноз заболевания, но и дает возможность выбора тактики лечения с целью реализации главной задачи - сохранения репродуктивной функции.

Литература

1. Дикарева, Л. В. Клинико-диагностические аспекты быстрорастущей миомы матки / Л. В. Дикарева, Е. Г. Шварев, А. К. Аюпова // Проблемы репродукции. - 2008. - № 6.- С. 20-25.
2. Дикарева, Л.В. Диагностическое значение менструальных выделений при гинекологической патологии / Л.В. Дикарева, Е.Г. Шварев, А.Р. Абжалилова, О.Г. Тишкова, Ю.Ю. Уханова // Астраханский медицинский журнал. - 2013. - Т.8, №3. - С.12-17.
3. Дикарева, Л. В. Clinical meaning of rapid growth hysteromyoma, approaches to the diagnostics./ L.V.Dikariova, E.G Shvarev // European Journal of Natural History. - 2008.- № 4.- С. 44-48.
4. Сидорова, И. С. Миома матки / И. С. Сидорова. – М. : МИА, 2003. – 255с.
5. Уханова, Ю. Ю. Пат. 2572229 Рос. Федерация, МПК G01N33/487 (2006.01) Способ дифференциальной диагностики простой и быстрорастущей миомы матки с нормальным строением эндометрия. / Ю. Ю. Уханова, Л. В. Дикарева, Е. Г. Шварёв, Л. Г. Мизинова,

ОЦЕНКА ТЕМПА РОСТА МИОМЫ МАТКИ – ВАЖНЫЙ КРИТЕРИЙ ПРИ ВЫБОРЕ ВАРИАНТА ЕЁ ЛЕЧЕНИЯ

Уханова Ю.Ю.¹, Белявская С.А.¹

¹ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет»
Минздрава РФ, Астрахань, Россия

EVALUATION OF THE UTERINE FIBROIDS GROWTH RATE - AN IMPORTANT CRITERION IN CHOOSING THE TREATMENT OPTION

Yu. Yu. Ukhanova¹, S.A. Belyavskya¹

¹Astrakhan State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Astrakhan, Russia

Статистические данные убедительно свидетельствуют о неуклонном росте заболеваемости и «омоложении» контингентов больных гормонозависимыми опухолями репродуктивных органов – факте, ставшим объективной реальностью нашего времени [1, 2]. Это объясняется не только увеличением средней продолжительности жизни и существенным ростом в популяции «болезней цивилизации», таких как ожирение, ановуляция, хроническая гиперэстрогения, но и частотой воспалительных заболеваний матки и придатков, выполнением разнообразных и многократных «агрессивных» акушерско-гинекологических манипуляций [3, 4].

Миома матки (ММ) – пример наиболее распространенной гормонозависимой доброкачественной опухоли органов малого таза у женщин. Частота заболевания колеблется от 25-30% в репродуктивном и до 50% в пременопаузальном возрасте [5]. Известно, что до 75% больных ММ подвергаются оперативному лечению, причем 24—27% из них составляют женщины репродуктивного возраста. Поэтому особую озабоченность вызывает остающийся стабильно низким показатель органосберегающих операций выполняемых у молодых пациенток. И, как справедливо в этой связи констатируют эксперты, «эра радикального оперативного лечения ММ в РФ, к сожалению, ещё далека до завершения»!

Для повышения возможности выполнения органосберегающего варианта лечения ММ принципиально важным является не только выявление заболевания на ранних этапах развития, но и оценка темпа роста опухоли, что пока ещё остается трудной и далеко не до конца решенной задачей [3]. Между тем, интенсификация и оптимизация догоспитальной диагностики во многом определяет успех органосберегающего лечения и, таким образом, способствует сохранению репродуктивных возможностей женщин[5].

Цель исследования – оценить темп роста ММ на этапах диспансеризации путем определения её объема в динамике с использованием трансвагинальной эхографии.

Задачи: объективизировать подход к определению размеров миомы матки и темпов её роста, используя усовершенствованную математическую формулу подсчёта показателей трансвагинальной эхографии.

Материалы и методы: клинический, трансвагинальной эхографии, статистический.

В проведённых исследованиях проанализированы клиничко-лабораторные данные в возрасте от 24 до 76 лет. В контрольную группу вошли пациентки, у которых отсутствовали опухоли репродуктивных органов. Остальные были разделены на две группы: первую, состоящую из 478 (48,8%) больных ММ с медленным темпом роста, и вторую, включавшую 232 (23,7%) пациентки, у которых отмечен быстрый рост ММ (увеличение размеров матки соответственно ≥ 4 недель беременности в течение одного года) [1,3].

Результаты. Размер матки при миоме – один из главных параметров, рассматриваемых при постановке диагноза и определении тактики лечения. Оценка его соответственно «неде-

лям беременности» в процессе диспансерного наблюдения может толковаться врачами с учётом их субъективных представлений, что, конечно, усложняет определение темпа роста ММ.

Вопрос разработки объективных критериев по оценке объёма матки и темпов её роста волнует многих клиницистов и исследователей [1, 3, 4, 5].

Так, в 2008 г разработан и апробирован способ оценки темпов роста ММ, (в том числе и при сочетании её с ГПЭ), основанный на сравнении объемов матки (на различных этапах диспансеризации) [1, 3].

Предложена модифицированная формула для определения размеров матки и темпов роста миомы

$V_0 = 0,5236 \cdot A \cdot B \cdot C$, где А – длина тела матки, В – её передне-задний размер, С – её ширина.

К указанному объёму (V_0) дополнительно суммировался объём отдельных узлов ММ любой локализации, максимальный диаметр (D_i) каждого из них также оценивался при УЗИ:

$V_i = 0,5236 (D_i)^3$, где V_i – объём 1, 2, 3, и т.д. узлов.

$V = V_0 + V_1 + V_2 + V_3$ и т.д.

Для оценки темпов роста ММ были установлены следующие критерии: при медленном темпе роста ММ годовое увеличение объёма органа не превышало 12,5%, при ММ с «ложным» ростом - 14,9 %, в то время как у больных ММ с истинным быстрым ростом данный показатель оказался выше 21,3 % ($p < 0,05$).

А в 2014 г. разработана и предложена математическая модель диагностики пролиферирующей миомы матки, включающая не только данные трансвагинальной эхографии, но и комплексное исследование менструальных выделений, с оценкой маркеров апоптоза (TRAIL), пролиферации (APRIL) и проведение структурного анализа фаций, аналитических ячеек методами клиновидной, краевой дегидратации [5].

Таким образом, наряду с прочими методами исследования, математическая обработка и сравнение данных изменения объёма матки (при УЗИ) на этапах лечения позволяет эффективно использовать их в процессе диспансеризации больных ММ.

Литература

1. Дикарева, Л. В. Клинико-диагностические аспекты быстрорастущей миомы матки. //Л.В. Дикарёва, Е.Г. Шварёв, А.К. Аюпова // Проблемы репродукции. - 2008.- № 6. - С. 20-25.
2. Дикарева, Л. В. Возрастные аспекты развития гормонозависимых опухолей матки в группах риска (клинико-статистическое исследование) // Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Волгоградский государственный медицинский университет. Волгоград, 2003. – 24 с.
3. Дикарева Л.В. Клинико-диагностические особенности больных быстрорастущей миомой матки. Журнал акушерства и женских болезней.- 2008. -Т. LVII. № 2.- С. 74-80.
4. Леваков, С. А. Патогенетическая терапия миомы матки / под ред. В. Е. Радзинского // Репродуктивный потенциал России : версии и контраверсии. Пост-релиз и материалы научной программы VII Общероссийского научно-практического семинара (Сочи, 6–9 сентября 2014 г.). – М. : Редакция журнала Status praesens, 2014. – Вып. 2 : Гинекология XXI века : время инноваций. – С. 9–10.
5. Уханова Ю.Ю. Инновационный подход к диагностике быстрорастущей миомы матки / Ю.Ю. Уханова, Л. В. Дикарева, Е. Г. Шварев, А. К. Аюпова // Астраханский медицинский журнал. – 2015. –№3.– С. 106–114.

ИССЛЕДОВАНИЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Файзиев Н. Н., Тиллаева Ш. Ш.

Бухарский государственный медицинский институт, г. Бухара, Узбекистан

INVESTIGATION OF RHEUMATOID ARTHRITIS PATIENTS OF SENIOR AGE GROUPS

Faiziev N. N., Tillaeva S. S.

Bukhara State Medical Institute, Bukhara, Uzbekistan

Цель: изучение ревматоидного артрита (РА) у пациентов старших возрастных групп (СВГ).

Задачи:

- 1) Изучить особенности течения РА у лиц СВГ.
- 2) Изучить критерии диагностики РА у пациентов СВГ.

Материалы и методы: обследованы 56 больных РА в возрасте от 45 до 75 лет. Из них 25 (44,6%) больных впервые заболели в РА, у 16 (28,5%) - стаж болезни составил более 15 лет, 15 (26,7%) больных были моложе 45 лет, они составили контрольную группу. Диагностика РА осуществлялась по критериям экспертами Американской коллегии ревматологии и Европейской антиревматической лиги (ACR/EULAR RA) 2010 г. и с учетом дополнений, внесенных сотрудниками института ревматологии АМН РФ.

Результаты: клиническими особенностями течения РА, начавшегося в СВГ, явилось частое поражение в начале заболевания крупных и средних суставов (63,6%) в отличие от классического варианта РА. В 52,2% случаев РА у лиц СВГ начинался остро или подостро с нарастанием признаков воспаления суставов. В зависимости от наличия ревматоидного фактора в сыворотке крови пациенты были разделены на две группы: при титре 1 : 32 и выше РА оценивался как серопозитивный, а при титрах ниже 1 : 32 как серонегативный. У 67% обследованных нами больных был серопозитивный РА. Изучение клинической картины заболевания показало, что у 89% больных РА, начавшемся в пожилом возрасте, имели место II и III степени активности воспалительного процесса. Рентгенологические проявления I-ой стадии выявлены у 2,5 % больных, II-ой стадии выявлены у 55,5%, III-ей - у 31,4%, IV-ой - у 10,6% больных. При РА потеря профессиональной трудоспособности и инвалидности способствует развитию тяжелой недостаточности суставов (ФНС), причиной является прогрессирование костной деструкции. ФНС I степени наблюдалась у 20,4% больных, II степени у 50,7%, III степени у 28,9% больных.

Изучение суставного синдрома показало, что у больных РА имели место достоверно высокие показатели индекса Ричи $19,1 \pm 1,1$ балла, число воспаленных суставов $5,1 \pm 3,1$, боль в покое – ВАШ $42,1 \pm 18,3$, боль при движении - ВАШ $65,7 \pm 18,5$, боль при пальпации - ВАШ $39,4 \pm 19,7$. Продолжительность утренней скованности у больных РА в СВГ была достоверно меньше $p < 0,005$, чем в контрольной группе. У лиц СВГ в начале заболевания важным диагностическим признаком является «утренняя скованность», которая проявляется через 3-4 месяца, и даже год от начала заболевания. У пациентов СВГ с РА, кроме суставных проявлений, происходит поражение внутренних органов. У 35 (53%) больных диагностированы висцеральные поражения, которые проявились в виде васкулита - 15 (22,7%), синдрома Рейно - у 5 (7,5%), ревматоидных узелков – 7 (10,6%), а у 4 (6 %) больных выявлены другие проявления болезни. Особенности клинического течения РА в СВГ являются частые поражения крупных и средних суставов, острого и подострого начала заболевания, высокая активность воспалительного процесса, выраженный суставной синдром, быстрое образование костно-хрящевой деструкции, резкое ограничение двигательной активности, приводящие к ранней потере трудоспособности и инвалидности, вовлечение в патологический процесс внутренних органов.

Выводы. РА у пациентов СВГ особенно поражает крупные и средние суставы, осуществляющие основную опорно-двигательную функцию, что приводит к ограничению физической активности больных и способствует развитию утраты трудоспособности и быстрым развитием трофических нарушений у многих больных. Выраженная активность воспалительного процесса, быстрое развитие костно-хрящевой деструкции, малая эффективность негормональных противовоспалительных препаратов делает необходимым назначение больным РА в СВГ на ранних этапах заболевания глюкокортикостероидов не только внутрисуставно, но и вовнутрь в малых дозах.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА У ДЕТЕЙ

Харченко Г.А., Кимирилова О. Г.

ФГБОУ ВО «Астраханский ГМУ» Минздрава РФ, Астрахань, Россия

CLINICAL FEATURES OF SALMONELLOSIS IN CHILDREN

Harchenko G.A., Kimirilova O.G.

Of the "Astrakhan state medical University" Ministry of health of Russia, Astrakhan, Russia

Одной из эпидемиологических особенностей сальмонеллеза на современном этапе является выраженная тенденция к росту заболеваемости во многих странах мира.

При всех формах сальмонеллеза основной патологический процесс развивается в желудочно-кишечном тракте. Сальмонеллы могут через лимфатические мезентериальные узлы кишечника проникать в кровь. Бактериемия, инвазия сальмонелл во внутренние органы более часто отмечается у детей младших возрастных групп – ослабленных, при наслоении сальмонеллеза на другие инфекционные заболевания, в частности на дизентерию [1]. Клинические проявления сальмонеллеза у детей, как в начале, так и в дальнейшем течении заболевания отличаются значительным полиморфизмом. Преморбидное состояние часто определяет клинику и дальнейшее течение заболевания. У детей раннего возраста наиболее частой является желудочно-кишечная форма, протекающая в виде энтерита и энтероколита. В отличие от детей старшего возраста и взрослых у них нередко септические формы с симптомами менингита, остеомиелита и другими воспалительными очагами инфекции [2, 3].

Цель исследования: установить особенности клиники и течения сальмонеллеза у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования: под наблюдением находилось 960 больных сальмонеллезом в возрасте до 2 лет, находившихся на стационарном лечении в профильном кишечном отделении, а также в отделении реанимации и интенсивной терапии ГБУЗ АО «Областная инфекционная клиническая больница» г.Астрахань в период с 1980 по 2016 гг. Диагноз сальмонеллеза подтверждался бактериологически, серологически - РПГА, исследованием кала методом ПЦР- реакции. Всем больным проводились общий и биохимический анализ крови, общий анализ мочи, коагулограмма и определение электролитов крови по показаниям.

Результаты и обсуждение: Предрасполагающими факторами для развития заболевания являлось: раннее искусственное вскармливание у 50% детей, наличие сопутствующих заболеваний: гипотрофии у 28,1%, рахита у 25%, экссудативного диатеза у 13,5%. В 100% случаев этиологической причиной заболевания являлась сальмонелла тифимуриум гр. В, а основной клинической формой была желудочно-кишечная. По клиническим признакам поражения желудочно-кишечного тракта сальмонеллез характеризовался симптомами гастроэнтерита у 22,9%, гастроэнтероколита у 39,6%, энтероколита у 37,5% больных. Тяжесть сальмонеллеза определялась интоксикацией (гипертермия, срыгивание, рвота, беспокойство, вялость, снижение и потеря аппетита, судороги), и степенью выраженности поражения кишечника.

Легкая форма сальмонеллеза отмечалась у 20,9% больных, сопровождалась незначительным ухудшением самочувствия, кратковременным повышением температуры в течение 1-2 дней. Стул становился кашицеобразным или жидким, его частота не превышала 1-3 раз в сутки. У части больных отмечалась бледность кожных покровов, небольшая сухость слизистых рта, обложенность языка беловатым налетом. Пульс у всех больных оставался удовлетворительных качеств, артериальное давление в пределах возрастной нормы, тоны сердца громкими. При глубокой пальпации живота отмечалось урчание в тонкой кишке. Размеры печени и селезенки не увеличивались. Изменения копрограммы у 35% детей обуславливались наличием нейтрального жира в большом количестве. Нормализация стула наступала на 8-10 день. Санация организма в более поздние сроки. Среднее пребывание в стационаре $17,0 \pm 5,2$ дня.

Среднетяжелая форма сальмонеллеза наблюдалась у 30,2% детей. Начало заболевания острое, с повышения температуры до $38-39^{\circ}\text{C}$ у 48,3% детей, у 17,2% детей – до фебрильных цифр. Появлялась общая слабость, вялость, снижение аппетита. У трети больных отмечалась однократная рвота. Стул учащался до 10 и более раз, становился кашицеобразным, позднее – обильный, жидкий светло-желтого или темно-зеленого цвета типа болотной тины с примесью слизи у 48,3% больных. Дегидратация проявлялась сухостью слизистых рта, а у отдельных больных – жаждой, т. е. находилась в пределах I степени. Отмечалась умеренная тахикардия и приглушенность сердечных тонов. Размеры печени увеличивались у 31%, а селезенки у 10,3% детей. Лихорадка длилась $3,4 \pm 0,57$ дня. После установления нормальной температуры быстро исчезала интоксикация, улучшались самочувствие, аппетит, но неустойчивый стул сохранялся в среднем $11,3 \pm 1,1$ дня, а санация организма от возбудителя наступала на 3-4 неделе заболевания. Длительность пребывания в стационаре $22,7 \pm 3,8$ дня.

Тяжелые формы сальмонеллеза составили 48,9%. Развивались бурно, давая у 63,8% детей повышение температуры до $39-40^{\circ}\text{C}$ и резко выраженные симптомы интоксикации у 95,7%. Появлялись срыгивания и рвота (чаще всего многократная). Частота стула увеличивалась до 10 раз у 53,2%, а у 46,8% до 15-20 раз в сутки. Более чем у половины больных стул носил энтероколитный характер и содержал примеси слизи, крови. Изменения со стороны желудочно-кишечного тракта держались долго – $17,6 \pm 2,3$ дня. У 53,2% больных развивалась дегидратация в пределах II-III степени, чаще всего по водodefицитному или изотоническому типу, соледефицитный тип обезвоживания отмечался у 8,3%. Постоянным симптомом являлась разлитая боль в животе при пальпации, с локализацией у части больных в эпигастриальной области. Нередко наблюдалось урчание в правой подвздошной области.

По нашим данным, для периода разгара сальмонеллеза характерно угнетение всасывательной, пищеварительной и моторно-эвакуаторной функции тонкого кишечника, нарушается нормальный биоценоз, что усиливает кишечное расстройство. В процесс вовлекалась поджелудочная железа и печень на что указывало повышение показателя амилазы мочи до $156,5 \pm 12,7$ Ед/л., при норме до 64 Ед/л ($p < 0,05$) и АЛТ до $1,2 \pm 0,18$ мкмоль. Нарушение функции этих органов носили быстропроходящий характер.

Характерным симптомом для тяжелых форм сальмонеллеза являлось поражение сердечно-сосудистой системы, причем ведущими являлись сосудистые расстройства. У 8% больных развивался инфекционно-токсический шок. Поражение миокарда проявлялось резким снижением звучности тонов сердца, появлением систолического шума на верхушке, экстрасистолы. На ЭКГ отмечались изменения, свидетельствующие о дистрофических изменениях миокарда: снижение зубца Т, депрессия ST, снижение вольтажа, деформация, двуфазность и расширение зубца Р у 36% больных. Нарушения кровообращения почек наряду с изменениями водно-электролитного баланса могут являться причиной развития острой почечной недостаточности, что в наших исследованиях встречалось при развитии инфекционно-токсического шока, когда снижение объема циркулирующей крови приводило к сокращению почечного кровотока, расстройствам микроциркуляции и другим нарушениям. Дегидратация, дисбаланс электролитов, нарушение микроциркуляции обуславливали нарушение кис-

лотно-щелочного равновесия до метаболического ацидоза. В крови повышался уровень гемоглобина и эритроцитов, отмечался лейкоцитоз с характерным нейтрофильным сдвигом, который проявлялся повышением палочкодержущих элементов и появлением молодых форм вплоть до миелоцитов. Определялись токсическая зернистость в протоплазме нейтрофилов, анэозинофилия, увеличивалась СОЭ.

Генерализованная форма сальмонеллеза встречалась редко: тифоподобный вариант у детей раннего возраста в наших наблюдениях не встречался, а септический составлял 1,9% от общего числа больных.

Септический вариант представлял собой сепсис сальмонеллезной этиологии, развитие которого обуславливалось снижением иммунной реактивности организма больного.

Для септического варианта сальмонеллеза характерным являлись: ацикличность течения болезни, большая длительность лихорадки, озноба, обильная потливость, гепатоспленомегалия, развитие желтухи, гнойные метастазы в различные органы и ткани.

Заболевание обычно начиналось с явлений гастроэнтероколита, после чего развивалась типичная картина септикопиемии с температурой гектического характера. С первых дней заболевания интоксикация выражена, отмечались раздражительность, двигательное беспокойство, нарушение сна. Кожа бледная или субиктеричная. Геморрагическая сыпь в виде петехий или крупных геморрагий. Из септических очагов отмечались: гнойный венитрикулит, гнойный менингит, очагово-сливная пневмония с реакцией плевры и внутрилегочной деструкцией, абсцесс печени, почек, септицемия. Выздоровление после перенесенной тяжелой формы сальмонеллеза происходило медленно, хотя нормализация температуры тела и уменьшение или исчезновение других симптомов интоксикации наступало к 6-8 дню заболевания. Длительность нахождения в стационаре в среднем составляла $28,5 \pm 4,2$ дня.

Заключение:

Суммируя приведенные данные можно считать, что сальмонеллезом болели преимущественно дети с неблагоприятным преморбидным фоном. Среди клинических форм преобладала желудочно-кишечная, характеризовавшаяся у большинства больных развитием токсико-дегидратации. Нормализация стула и санация организма от возбудителя затягивалась.

Литература

1. Богайдарова Р. Х., Абилкасимов З.Е. Этиотропная терапия сальмонеллеза у детей с оценкой чувствительности к антибактериальным препаратам клинического штамма *S. Typhimurium*. //Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. - 2013.-№3.- С.49-54.
2. Кветная А. С., Партина И. В., Железнова Л. И., Бехтерева М. К. Клинико-лабораторные особенности ассоциированного с лямблиозом сальмонеллеза у детей. //Журнал инфектологии.-2011.-№3.- С.18-22.
3. Милютин Л. Н., Гурьева О. В., Голубев А. О., Рожков С. Х., Улуханова Л. У. Актуальные проблемы и тенденции эволюции современного сальмонеллеза у детей //Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы.-2011.- №1.- С.43-48.

**ПРИМЕНЕНИЕ ПАРАМЕТРОВ ПРОСТОЙ СЕНСОМОТОРНОЙ
РЕАКЦИИ ДЛЯ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЦНС
ИНОСТРАННЫХ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПОДГОТОВИТЕЛЬНОГО
ФАКУЛЬТЕТА МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА**

Хренкова В.В., Абакумова Л.В., Гафиятуллина Г.Ш.
ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет»
Минздрава РФ, Ростов-на-Дону, Россия

**THE USE OF PARAMETERS OF SIMPLE SENSORIMOTOR REACTION TO
ASSESS THE CNS FUNCTIONAL STATE OF FOREIGN STUDENTS OF THE
PREPARATORY FACULTY OF MEDICAL UNIVERSITY**

Khrenkova V.V., Abakumova L.V., Gafiatullina G. Sh.
FSBEI HE «Rostov state medical University» of the Ministry of Healthcare
of the Russia Rostov-on-don, Russia

Цель исследования – сравнительная оценка функционального состояния (ФС) ЦНС иностранных обучающихся на начальном и конечном этапах обучения на подготовительном факультете по показателям вариационной хронорефлексометрии.

Задачи: 1 – сравнительная оценка среднего времени ответной реакции (ВР_{ср}) и среднеквадратичного отклонения времени реакции (СКО ВР); 2 – сравнительная оценка интегрального показателя ФС ЦНС.

Методы: В исследовании приняли участие 70 юношей возрастом 18-19 лет из стран Азии, Африки, Латинской Америки, Европы, обучающихся на подготовительном факультете Ростовского государственного медицинского университета. Определение текущего функционального состояния ЦНС осуществляли в начале и в конце учебного года по показателям простой зрительно-моторной реакции, реализованной в УФТП-1/30 «Психофизиолог» (ЛТД «Медиком», г. Таганрог), в условиях относительного функционального покоя, в одно и то же время суток, через 2 часа после еды, в соответствии с требованиями комитета по биоэтике РостГМУ. Испытуемым после определения ведущей руки (по опроснику М. Аннет) предъявляли 35 стимулов зеленого цвета, подаваемых в случайном порядке. По окончании тестирования рассчитывались ВР_{ср}, СКО ВР и определяли уровень ФС ЦНС (от 0 до 1) (Косачев, Талалаев, 2000).

Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью программ Microsoft Excel и Statistica 6. Достоверность различия показателей ПЗМР определяли с помощью непараметрического критерия Вилкоксона и критерия долей.

Результаты: ВР_{ср} (уровень быстродействия) в обоих обследованиях было практически одинаковым (228,85±4,25 мс и 228,86±4,01 мс) и соответствовало значениям для данной возрастной группы (Хренкова и др., 2010). Нами выделено три группы юношей: 1 - с высоким и выше среднего ВР_{ср} (1-е обследование - 27,1%, 2-е – 37,1%); 2 - средним (61,4% и 50,0%); 3 - ниже среднего и низким (11,5% и 12,9%). Значимых различий быстродействия в начале и в конце обучения не выявлено. ВР_{ср} определяет уровень функциональных возможностей (УФВ) ЦНС. У юношей первой группы УФВ ЦНС высокий, второй группы - состояние регуляторных механизмов устойчивое, третьей – сниженный и низкий УФВ ЦНС.

При практически неизменных показателях быстродействия (ВР) в обеих сериях исследования выявлено достоверное снижение стабильности ответных реакций в конце учебного года по сравнению с началом. Так, в первом обследовании СКО ВР составляло 57,03±5,16 мс, во втором - 70,65±8,0 мс (p<0,05). По уровню стабильности ответов также было выделено три группы юношей. Выше среднего и высокий уровень в первом обследовании был у 44,3% юношей, во втором – у 24,3% (различия достоверны - p<0,05), средний уровень стабильности – у 34,3% и 51,4%, сниженный и низкий – у 21,4% и 24,3%. По данным Косачева В.Е., Талалаева А.А. (2000) по уровню стабильности ответных реакций (СКО ВР) определяется цере-

бральный гомеостаз. Следовательно, в начале обучения у значительного количества юношей было (около 20%) выявлены нарушения церебрального гомеостаза, проявляющиеся, по данным автоматизированных экспертных заключений, в неустойчивом состоянии ЦНС, нарушении баланса процессов возбуждения и торможения с преобладанием одного из них. К концу года нарушения церебрального гомеостаза выявлено еще у 20,0% юношей. Неустойчивой состояние ЦНС в начале обучения, вероятно, в большей степени обусловлено трудностями адаптационного процесса к новым условиям жизни, языковым барьером, а в конце обучения – высокой информационной нагрузкой (Voloschenko e. a., 2015; Абакумова, Хренкова, 2016; Хренкова и др., 2016) и нарушением здорового образа жизни.

Отдельного внимания заслуживают обучающиеся с высоким уровнем быстродействия и высоким уровнем стабильности реакций (2,9%). У них выявлено избыточное напряжение регуляторных механизмов. Они составляют группу риска по развитию истощаемости функциональных возможностей ЦНС.

Из ВРср и СКО ВР на основе мультипликативной свертки рассчитывается интегральный показатель ФС ЦНС, характеризующий оптимальное, удовлетворительное и неудовлетворительное функциональное состояние. Достоверных различий количества юношей с оптимальным ФС ЦНС в первом и во втором обследовании выявлено не было (22,8% и 32,9%, соответственно) Количество юношей с удовлетворительным состоянием – к концу года уменьшилось (72,8% и 55,1% - $p < 0,05$), а количество с неудовлетворительным ФС ЦНС увеличилось (с 4,3% до 12,0% - $p < 0,05$).

Заключение: У 20-30% юношей основные характеристики вариационной хронорефлексографии (ВРср, СКО ВР) свидетельствовали о высоком уровне функциональных возможностей и оптимальном функциональном состоянии ЦНС на протяжении всего обучения на подготовительном факультете, а, следовательно, и успешной адаптации к новым условиям жизни и требованиям учебного процесса. Наряду с этим показано, что у значительного количества обучающихся УФВ был сниженным или низким, а ФС ЦНС было неудовлетворительным как в начале обучения, так и по его завершению. Причиной этому, по нашему мнению, является выраженное психоэмоциональное напряжение у этих обучающихся, вызванное, наряду с языковым барьером, недостаточным базовым уровнем знаний специальных дисциплин подготовительного факультета. Низкий уровень функциональных возможностей и неудовлетворительное функциональное состояние ЦНС этих юношей может помешать их успешному обучению в медицинских университетах России.

Литература

1. Абакумова Л.В., Хренкова В.В. Использование учебно-исследовательской деятельности с целью развития предметных компетенций по биологии у иностранных обучающихся подготовительного факультета медицинского университета // В сборнике: Наука, образование и инновации. - Сборник статей международной научно-практической конференции. – 2016. – С. 3-5.
2. Косачев В. Е., Талалаев А.А. Экспресс метод оценки функционального состояния центральной нервной системы в процессе психофизиологического мониторинга персонала энергопредприятий // Известия ТРТУ. - 2000. - № 4. - С 24-26.
3. Хренкова В.В., Абакумова Л.В., Гафиятуллина Г.Ш. Экспресс-оценка успешности адаптации иностранных обучающихся подготовительного факультета медицинского университета в условиях высокой информационной нагрузки // Биомедицинская радиоэлектроника. – 2016. – №5. – С. 58-59.
4. Хренкова В.В., Золотухин В.В., Кульба С.Н. Оценка функционального состояния ЦНС по показателям простой зрительной моторной реакции / Материалы международной научно-практической конференции «Физиологические механизмы адаптации». Тюмень 26 октября 2010. – С.186-187.

5. Voloschenko O.I., Zadorozhniy V.I., Roginskaya A.A., Abakumova L.V. The problems of teaching biology to foreign students at the preparatory faculty of RSMU and their solutions // European Journal of Natural History. – 2015. – № 1. – С. 15.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ДУБИЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ В ТРАВЕ ARTEMISIA ABSINTHIUM L., ПРОИЗРАСТАЮЩЕЙ НА ТЕРРИТОРИИ МАРОККО

Цибизова А.А., Ясенявская А.Л., Ариф Ф., Бен Мааруф Ш., Ламлахи Ю.,
Лахлуми У.М., Нагхми В.Х., Слауи С.
ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава РФ, Астрахань, Россия

DETERMINATION OF TANNINS IN THE GRASS ARTEMISIA ABSINTHIUM L., WHICH GROWS IN MOROCCO

Tsibizova A.A., Yasenyavskaya A.L., Arif F., Ben Maaruf Sh., Lamlakhi Yu.,
Lakhlumi U.M., Nagkhmi V.Kh., Slau S.
Astrakhan State Medical University, Astrakhan, Russia

Введение. Полынь горькая представляет интерес как источник лекарственных средств растительного происхождения. Применяется полынь как в народной, так и в официальной медицине и рекомендуется в качестве кровоостанавливающего, ветрогонного, возбуждающего аппетит, общетонизирующего, противовоспалительного средства. Доказано, что одно из составляющих эфирного масла полыни – хамазулен, обладает выраженным спазмолитическим и анальгетическим действием. Фитопрепараты данного растения нашли свое применение в лечении простудных заболеваний, заболеваний почек и пищеварительной системы. Наружное применение полыни эффективно при стоматитах, трофических язвах, при ревматизме и многих других патологических состояниях [1, 4].

Данное растение применяется в качестве водных индивидуальных извлечений, а также оно является компонентом лекарственных препаратов, сборов и различных биологически активных добавок.

Весь спектр фармакологической активности полыни горькой обеспечивается уникальным составом биологически активных веществ. Доказано наличие в траве этого растения большого количества эфирных масел, дубильных веществ, аскорбиновой и органических кислот, горьких гликозидов, сапонинов.

Также известно, что климатические условия произрастания растения активно влияют на процесс накопления активных веществ, что, безусловно, оказывает влияние на терапевтическую активность фитопрепаратов. Таким образом, изучение качественного и количественного состава лекарственных растений, произрастающих в различных климатических зонах, является актуальной задачей [2].

Цель исследования: изучение количественного содержания дубильных веществ в траве полыни горькой (*Artemisia absinthium* L.), произрастающей на территории Марокко.

Материал и методы исследования. Объектом исследования являлась полынь горькая, произрастающая на территории Марокко. Растительное сырье было собрано в 2016 г. Для анализа использовали надземную часть растений, собранную в период цветения.

Количественное определение дубильных веществ проводили методом перманганатометрии в водном извлечении травы Полыни горькой, полученным в соотношении 1:10. Настаивали сырье на водяной бане в течение 30 минут, затем его фильтровали.

Количественное определение дубильных веществ проводили нижеописанной методике: к 500 мл воды дистиллированной прибавляли 10 мл полученного водного извлечения и 25 мл индигосульфокислоты; после чего титровали 0,02М раствором калия перманганата до золотисто-желтого окрашивания. Общее содержание окисляющихся веществ вычислили по формуле:

$$x = ((V1 - V_k) \times 0.004157 \times 100 \times 100) / (m \times 10), \text{ где}$$

V1 – объем раствора калия перманганата (0,02 моль/л), израсходованное на титрование извлечения, в мл;

V_k – объем раствора калия перманганата (0,02 моль/л), израсходованное на титрование в контрольном опыте, в мл;

m – навеска сырья, г;

0,004157 – количество дубильных веществ, соответствующих 1 мл раствора калия перманганата (0,02 моль/л) (в пересчете на танин), в г;

m – потеря в массе при высушивании сырья, в %.

100 – общий объем извлечения, мл;

10 – объем извлечения, взятого для титрования, мл [3, 5]

Количественный анализ показал, что содержание дубильных веществ в траве Полыни горькой (*Artemisia absinthium* L.), произрастающей на территории Марокко составило 16,6%.

Вывод. Таким образом, количество дубильных веществ в траве Полыни горькой (*Artemisia absinthium* L.), произрастающей на территории Марокко, позволяет использовать данный вид в качестве источника сырья для фитопрепаратов.

Литература

1. Жигжитжапова С.В., Рандалова Т.Э., Раднаева Л.Д. Биологически активные вещества *Artemisia annua* L. // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 12-11. – С. 2383-2387.
2. Коновалов Д.А., Тираспольская С.Г., Алфимова Г.В., Саморядова А.Б. Изучение корней полыни однолетней с целью создания новых лекарственных средств отечественного производства // Современные проблемы науки и образования. – 2013. № 4. – С. 346.
3. Полухина Т.С., Кадырова М.Н. Изучение количественного содержания дубильных веществ в Золотарнике обыкновенном (*Solidago virgaurea* L.) // В сборнике: Результаты современных научных исследований и разработок сборник статей победителей II Международной научно-практической конференции. – 2017. – С. 209-211.
4. Ржевский С.Г., Верлина А.А. Исследование доброкачественности растительного сырья некоторых представителей рода *Artemisia* // В сборнике: Современные аспекты использования растительного сырья и сырья природного происхождения в медицине V научно-практическая конференция. под редакцией И.А. Самылиной, А.Н. Луферова, Институт фармации и трансляционной медицины, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации. – 2017. – С. 179-182.
5. Сергалиева М.У., Самотруева М.А., Мажитова М.В. Содержание дубильных веществ в траве Астрагала лисьего (*Astragalus vulpinus* willd.) // В сборнике: Фармацевтические науки: от теории к практике Заочная научно-практическая конференция с международным участием. – 2016. – С. 192-194.

ЛЕКАРСТВЕННОУСТОЙЧИВЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Чабанова О.Н.¹, Стрельцова Е.Н.¹, Сайфулин М.Х.², Макарова О.А.²

¹ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава РФ,

Астрахань, Россия

²ГБУЗ АО «Областной клинический противотуберкулезный диспансер»,

Астрахань, Россия

DRUG-RESISTANT TUBERCULOSIS AT CHILDREN OF EARLY AGE

Chabanova O. N. ¹, Streltsova E.N. ¹, Saifulin M.H. ², Makarova O.A. ²

¹Medical University "Astrakhan State Medical University" of Ministry Health Russia,

Astrakhan, Russia

²"Regional clinical tuberculosis hospital", Astrakhan, Russia

Эпидемиологическая ситуация с туберкулезом в России в современных социально-экономических условиях продолжает оставаться весьма напряженной, несмотря на некоторое улучшение показателей распространенности туберкулеза. В Российской Федерации регистрируется рост доли туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) возбудителя среди впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания с 6,7% в 1999г до 17,4% в 2013г. [3]. За последнее десятилетие количество первичной множественной лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза среди больных взрослого, подросткового и детского населения возросло в 5 и более раз [4,2]. Спектр лекарственной устойчивости микобактерий (ЛУ МБТ) у ребенка полностью или частично совпадает со спектром у источника заражения. Большая частота случаев заражения идентичными микобактериями наблюдается в очагах смерти [1]. Заболеваемость детей из контакта с бактериовыделителем больше в 32,2 раза, по сравнению с территориальным показателем заболеваемости туберкулезом детей [3]. Туберкулез у детей раннего возраста является серьезной проблемой в детской фтизиатрии, так как эта возрастная категория представляет особую группу риска по заболеванию туберкулезом в связи с определенными анатомо-физиологическими особенностями организма. Инфицирование детей раннего возраста микобактериями туберкулеза, в том числе и лекарственно-устойчивыми штаммами МБТ, в условиях даже непродолжительного внутрисемейного контакта с больным туберкулезом, почти всегда приводит к заболеванию туберкулезом. Это, как правило, тяжелые, осложненные процессы с формированием выраженных остаточных изменений [1,5].

В настоящих социально-экономических условиях сочетание неблагоприятных факторов риска – контакт с родителями, больными туберкулезом, или множественный туберкулезный контакт, низкий социальный уровень жизни, отсутствие своевременно проведенных и адекватных профилактических мероприятий, наличие сопутствующей патологии у ребенка свидетельствуют о высоком риске развития заболевания у детей из семейного очага инфекции.

Цель исследования: анализ лекарственноустойчивого туберкулеза у детей раннего возраста.

Материалы и методы: изучена медицинская документация 7 детей, больных лекарственно-устойчивым туберкулезом, в возрасте 0-3-х лет, находившихся на лечении в стационаре №5 ГБУЗ «Областной клинический противотуберкулезный диспансер» Астраханской области с 2014-2017гг. Медицинский статус ребенка определялся на основании тщательно собранного анамнеза, с учетом клинико-лабораторного обследования. Мальчиков 4 чел (57,1%), девочек – 3 (42,9%). В возрасте до 1 года – 3 детей (42,8%). Из города Астрахани – 3 ребенка (42,9%), сельских районов области – 4(57,1%). Все пациенты из семей, имеющих двух и более детей, где один или оба родители являлись безработными. В исследуемой группе трое детей (42,8%), проживали в частном доме без удобств, в частном доме с удобствами – двое (28,6%), в частном доме с частичными удобствами – один ребенок (14,3%), квартире с

удобствами – 1(14,3%). Заболевшие дети в 100% случаев жили в семейном очаге, в том числе из двойного контакта– 3(42,8%), из них с одним ребенком контактировали четверо больных туберкулезом взрослых. Чаще страдали туберкулезом родители: мать – 36,4%, отец – 18,2%, дядя – 18,2 %, дедушка –9,1%, тетя или дядя – 9,1%, старший брат– 9,1%. Множественная лекарственная устойчивость микобактерий (ЛУ МБТ) была известна у 6 (85,7%) источников инфекции. Спектр ЛУ МБТ у детей, заболевших туберкулезом, в 78% случаев совпадал со спектром ЛУ МБТ у источника заражения. Изменения во внутригрудных лимфатических узлах выявлялись на компьютерных томограммах органов грудной клетки у всех детей, из них поражение одной группы у 3 (42,8)%, консолидация легочной ткани у 6(85,7%) больных. Бронхоаденит в фазе инфильтрации диагностирован у 7 человек, из них осложненное течение у 6 (85,7%) детей в виде бронхолегочного поражения двух и более сегментов, у 4 больных (57,1%) туберкулез в трех и более группах лимфатических узлов.

Результаты исследования: эффективно привиты (рубчик 4-9 мм) лишь трое детей (42,8%), четверо детей (51,2%) не вакцинированы БЦЖ в родильном доме, из них двое имели медицинские противопоказания, а двое из-за отказа родителей. У четверых детей исследуемой группы туберкулез выявлен при обследовании по контакту (51,1%). Трое детей (48,9%) до поступления в туберкулезный стационар лечились в других лечебных учреждениях по поводу пневмонии или бронхита, с жалобами на длительный кашель и лихорадку, однако, в связи с отсутствием эффекта от антибактериальной терапии и замедленной клинкорентгенологической динамикой, консультированы фтизиатром. При поступлении в стационар № 5 шестеро больных (85,7%) имели жалобы на кашель, ночную потливость, снижение аппетита, изменение поведения ребенка (капризы). При объективном обследовании у всех детей (7 человек) наблюдались симптомы интоксикации (дефицит веса, бледность, мраморность кожных покровов, периорбитальный цианоз, снижение мышечного тонуса, изменение поведения и психоэмоционального фона). В гемограмме у 42,8% детей: анемия, ускорение СОЭ, сдвиг в лейкоцитарной формуле. Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л у 4(57,1%) положительная, у двоих детей (28,6%) – гиперергическая, отрицательная у одного (14,3%) ребенка. Гиперергический Диаскинтест определялся у 5 (74,2%) детей, положительный у одного (14,3%), отрицательный у 1(14,3%) ребенка. Бактериовыделение установлено у 5 детей (71,4%), из них ЛУ определена методом ВАСТЕС у троих, молекулярно-генетическим методом у двоих детей. ЛУ МБТ к изониазиду и рифампицину (МЛУ) наблюдалась у троих из пяти детей (60%), у двоих из пяти детей отмечалась полирезистентность (к стрептомицину, этамбутолу). У двоих детей лекарственно устойчивый туберкулез установлен эмпирически, учитывая наличие контакта с больными, выделяющими ЛУ МБТ и отсутствием клинкорентгенологической динамики. Все дети получали лечение с учетом лекарственной устойчивости по четвертому и второму режимам химиотерапии на фоне витаминодесенсибилизирующей и патогенетической терапии, переносимость препаратов удовлетворительная. В динамике у двоих детей сформировались большие остаточные изменения в виде множественных кальцинатов во внутригрудных лимфатических узлах в сочетании с локальным пневмофиброзом и они были прооперированы в ФГБУ «ЦНИИТ» РАМН г. Москва. С положительной динамикой выписан ребенок с формированием в лимфатических узлах калицинатов 4-7мм и полным разрешением инфильтративных изменений в легочной ткани. Трое детей продолжают лечение в условиях туберкулезного стационара №5.

Заключение: в настоящее время, к сожалению, мы диагностируем лекарственноустойчивый туберкулез у детей раннего возраста. Развитию заболевания способствуют неблагоприятные факторы: отсутствие и неэффективная вакцинация БЦЖ, проживание в неудовлетворительных условиях, наличие семейного контакта с больными. Начало заболевания острое, выражены симптомы интоксикации, волнообразное и непрерывно прогрессирующее течение заболевания. Учитывая, что туберкулез у детей раннего возраста выявлялся чаще при обращении за медицинской помощью, необходимо иметь настороженность врачам общелечебной сети.

Улучшение условий жизни, изоляция источника инфекции и своевременная диагностика – наиболее эффективные средства для уменьшения распространенности туберкулеза.

Литература

1. Кавтарашвили С.М., Клевно Н.И., Модасова В.Г., Аксенова В.А Очаги смерти от туберкулеза, степень их эпидемиологической опасности в развитии туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя у детей // Туберкулез и болезни легких. 2013. №6. С.38-39.
2. Тарасова Л.Г., Стрельцова Е.Н. Туберкулез у детей Астраханской области //Астраханский медицинский журнал. 2012. Т.7. №1. С.107-111.
3. Туберкулез в России в 2012-2013 году, монография / М.В. Шилова. – Москва. 2014. – 244с
4. Фирсова В.А. Туберкулез у подростков. М., 2010. С.16-29.
5. Чабанова О.Н., Стрельцова Е.Н., Сайфулин М.Х., Бикбаев Р.Р. Течение туберкулеза у детей раннего возраста // Туберкулез и болезни легких. 2013. №6. С.169.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СТРЕССА В ДОЛГОСРОЧНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Чернышова Т.Е., Меликян И.А., Реверчук И.В.

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава РФ.
Ижевск, России

PROGNOSTIC VALUE OF STRESS IN THE LONG-TERM REHABILITATION OF PATIENTS WITH OBESITY

Chernyshova T. E., Melykan I.A., Reverchuk I.V.

Izhevsk State Medical Academy, Izhevsk, Russia

Цель исследования: оценка роли метаболических и психосоциальных факторов развития ожирения для повышения эффективности долгосрочной реабилитации.

Материал и методы исследования. В открытом проспективном исследовании обследовано 72 человека (41 женщина и 31 мужчина в возрасте 18-56 лет) с ожирением I - 2 степени, прошедших обучение и лечение (диетотерапия, лечебная физкультура, психологическая коррекция, курсовая терапия ингибитором желудочно-кишечных липаз) в «Школе коррекции веса» (90 дней). Анализировались клиничко-лабораторные и антропометрические показатели с оценкой индекса массы тела (ИМТ), объема талии (ОТ) и объема бедер (ОБ). Психометрический анализ включал оценку «Копинг поведения в стрессовых ситуациях» (С.Норман, 1986), «Голландского опросника пищевого поведения» (DEBQ), наличия накопленного стресса «Шкала социальной адаптации» Холмса и Раге, «Качество жизни» (SF-36). По результатам исследования сформировано 2 группы: 1-я «стресс группа» – 36 человек (20 женщин и 16 мужчин) с хроническим стрессом (>360 баллов) и 2-я группа – 36 человек (21 женщина и 15 мужчин) без хронического стресса (<150 баллов). Пациенты не имели достоверных различий по возрасту, показателям коморбидности, индексу массы тела - ИМТ ($p=0,7$) и прошли реабилитацию в «Школе коррекции массы тела».

Результаты. Анализ интегральных показателей структуры личности в начале исследования показал более низкий уровень потенциала психической активности в 1-й группе (16,2/20,1). Это, прежде всего, было связано с тем, что пациенты обратилась за помощью под влиянием не столько внутренней мотивации, а внешней стимуляции – производственной необходимости, желанием супруга/супруги и т.д. Пациенты 2-й группы имели собственную мотивацию – недовольство эстетикой своего тела, сниженным самочувствием и т.д.

В 1-й группе после курса лечения выявлено снижение ИМТ на 5-9%, во 2-й группе – на 7-16% от начального веса. Зарегистрировано достоверное снижение показателей диастолического артериального давления ($p < 0,01$), уровней ЛПНП ($p < 0,05$), утреннего кортизола крови ($p < 0,001$). Показатели углеводного обмена имели тенденцию к улучшению ($p > 0,05$), повышение показателей качества жизни с улучшением межличностных и межгендерных отношений ($p < 0,01$). Общее энергетическое состояние практически во всех случаях приблизилось к зоне отдыха с ровным и спокойным настроением ($r = 0,41$; $p < 0,05$). Во 2-й группе произошло значимое снижение инсулинорезистентности ($p < 0,01$), и гиперинсулинемии ($p < 0,05$), чем в «стресс-группе», улучшение психоэмоционального фона, прежде всего, психологической составляющей качества жизни ($r = 0,69$; $p < 0,001$). В случаях невозможности решения поставленных задач и в ситуациях дистресса, большинство (86,1%) пациентов выбирали стратегию «избегания». Данная стратегия в аспекте сохранения и поддержания достигнутых результатов, расценивается как благоприятная приспособительная реакция ($r = 0,43$; $p < 0,05$), снижающая эмоциогенный приём пищи ($r = 0,44$; $p < 0,01$) при повышении показателя ограничительного пищевого поведения. При оценке потенциала психической активности после лечения в группах наблюдения выявлена разнонаправленная динамика - (27,3/16,9). Характерной психологической особенностью снижение массы тела 1-й группе был рост показателя «конструктивный нарциссизм» и ресурса психического здоровья («Я-идентичность») при тенденции к снижению его во второй группе. Основным прогностически значимым фактором эффективности лечения в 1-й группе была открытость взаимодействия в социуме. Во 2-й группе на эффективность влияли личностно-поведенческий фактор, определяющий пищевые привычки, степень нарушения углеводного и липидного обмена.

Выводы и заключение. Главная цель лечения ожирения - предотвращение диетогенной депрессии и минимизации вероятности развития эффекта рикошета в период реабилитации. У пациентов без признаков хронического стресса главной целью сохранения достигнутых результатов является коррекция пищевых привычек, а в «стресс группах» - коррекция стиля совладающего с дистрессом поведения, социальной активности.

Литература

1. Васендин, Д.В. Современные подходы к терапии ожирения / Д.В. Васендин // Ученые записки Петрозаводского государственного университета. Биологические науки // 2015. - №6 (151). – С. 72-80.
2. Меликян, И.А. Нарушение пищевого поведения у пациентов с метаболическим синдромом – мультидисциплинарная проблема [Текст] / Чернышова Т.Е., Реверчук И.В., Меликян И.А // Материалы российской научной конференции с международным участием "Психиатрия: дороги к мастерству" (Ростов-на-Дону 5 июня 2013). - С.959.

ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТЕЙ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ОТЯГОЩЕННЫМ АКУШЕРСКИМ АНАМНЕЗОМ

Черствая Е. В., Васильева Л. Н.

Кафедра акушерства и гинекологии БГМУ, Минск, Республика Беларусь

PREGNANCY OF PREGNANCIES AND WOMEN IN WOMEN WITH AN APPOINTED OBSTETRIC ANAMNESIS

Cherstvaya E. V., Vasilyeva L. N.

Department of Obstetrics and Gynecology BSMU, Minsk, Republic of Belarus

Цель: Выявить особенности течения беременности, родоразрешения у пациенток с отягощенным акушерским анамнезом (внематочная беременность, самопроизвольный выкидыш, неразвивающаяся беременность).

Задачи:

1. Сравнить экстрагенитальную патологию, гинекологический анамнез положение плода и у данных пациенток
2. Выявить наиболее частые осложнения беременности, родов в исследуемых группах и сравнить их между собой
3. Определить особенности течения беременности и родов у данных пациенток

Методы исследования: Проведён ретроспективный анализ 165 историй родов на базе 6 ГКБ г. Минска за 2015 – декабрь 2016 гг. На основе проанализированного материала сформировано 4 группы пациенток: I – 31 беременная с внематочной беременностью в анамнезе, II – 33 пациентка с самопроизвольным выкидышем в анамнезе, III – 36 пациенток с неразвивающейся беременностью в анамнезе, IV – контрольная группа из 65 пациенток, беременность которых протекала без вышеуказанной патологий и родоразрешились естественным путём.

Результаты: Отбирались только I роды. Возраст в исследуемых группах составил от 20 до 30 лет: I – 27,5 года, II – 25,9 года, III – 27,1 лет, IV – 26,4 лет. Средний срок беременности в родах составил I – 272,59; II – 273,1; III – 270,46; IV – 275,3 дня. При сравнении экстрагенитальной патологии в исследуемых группах достоверно наиболее частой патологией стали нарушение жирового обмена и миопия различной степени явились, у пациенток I и II также достоверно часто встречалось варикозное расширение вен. Предлежание плода было в большинстве случаев среди всех пациенток было головным, положение – продольное, исключение – группа пациенток с прерыванием беременности по желанию женщины (48,6% поперечное положение и 42,9% продольное).

Анализируя гинекологический анамнез пациенток в исследуемых группах было выявлено, что во всех группах достоверно чаще встречается ЭШМ в анамнезе в группе I высокий вес также имеет кольпит, в IV- ИППП. Наибольший интервал между беременностями, от 8 до 10 лет, отмечен в группе женщин, прервавших первую беременность по своему желанию. Однако это связано с нежеланием женщины беременеть, а не с бесплодием. Наименьший интервал между беременностями отмечен в группе пациенток, перенесших трубную беременность (2-4 года), наибольший в группе женщин, имевших в анамнезе неразвивающуюся беременность (8-10 лет), причем у 5 из них был выставлен диагноз бесплодие. В исследуемых группах по беременности чаще осложнялась: I – анемией, II – анемией, III – анемией, IV- макросомия плода. Угрозой прерывания беременности в различных сроках присутствовала у большей доли пациенток во всех группах. Также выявленные случаи многоводия (I, III), маловодия (IV), синдрома задержки внутриутробного развития (СЗРП) в III группе. Через естественные родовые пути чаще рожали женщины, имеющие в анамнезе трубную беременность с трубной беременностью (21 женщина (67,74%)) и медицинский аборт (24 (67,69%)). У пациенток с анамнезом, отягощенным неразвивающейся беременностью или самопроизвольным выкидышем, кесарево сечение проводилось примерно в половине случаев (во II группе – 16 женщин (48,48%), в III – 16 (44,4%). В подавляющем большинстве операция выполнялась в плановом порядке.

Несвоевременное излитие околоплодных вод было наиболее частым осложнением в I и II группе, аномалии родовой деятельности в III и травматизм в IV. Кровопотеря у пациенток всех групп, родивших через естественные родовые пути, была физиологической и достоверно по группам не отличалась. Однако кровопотеря во время операции кесарево сечение была выше у пациенток I группы. Все дети родились без асфиксии, по весу и росту значимо не отличались по группам.

Заключение: Наиболее частым осложнением во время беременности во всех группах является анемия. Угроза прерывания беременности в различных сроках присутствовала у большей доли пациенток во всех группах. Также выявленные случаи многоводия (I, III), маловодия (IV), синдрома задержки внутриутробного развития (СЗРП) в III группе. Что

требует наблюдения пациенток всех исследуемых групп в группе высокого риска по перинатальным потерям и материнской смертности.

Литература

1. Значение соматической и акушерско-гинекологической патологии в развитии преэклампсии / Е. Г. Сюдюкова, Б. И. Медведев, С. Л. Сашенков и др. // Человек. Спорт. Медицина. – 2013. – № 1. – С. 8-13.
2. Истмико-цервикальная недостаточность при различных факторах риска / Л. И. Кох, И. В. Сатышева // Сибирское медицинское обозрение. – 2017. – № 2. – С. 28-33.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРЫХ ДИАРЕЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ДИСБАКТЕРИОЗОМ КИШЕЧНИКА

Шаджалилова М.С.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Узбекистан

CLINICAL AND IMMUNOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ACUTE DIARRHEA IN CHILDREN OF EARLY AGE WITH DISTINCTION OF INTESTINE DISEBATHIOSIS

Shadjalilova M.S.

Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan

Дисбактериоз кишечника является одним из частых патологических состояний у детей.

Целью настоящего исследования – уточнение клинических и иммунных характеристик детей раннего возраста, страдающих дисбактериозом кишечника.

Материалы и методы. Нами проведено исследование 76 детей раннего возраста, больных с острыми диарейными заболеваниями. В ходе работы были использованы общеклинические, иммунологические, бактериологические, статистические методы исследования. Анализ анамнестических данных обследуемых детей показал, что самым значимыми оказались болезни органов дыхания (пневмония, острый бронхит) и сепсис.

Результаты. В клинической картине острых диарей у детей первого года жизни в течение нескольких месяцев сохранялся неустойчивый стул (50%), боли в животе (33,3%), срыгивание (25%), плохой аппетит (41,6%). Наблюдалась недостаточная прибавка массы тела (25%). При объективном осмотре отмечена гепатомегалия (16,6%). У 16,7% больных имелось поражение миокарда. У детей старше года отмечался разжиженный стул (15%), реже беспокоили боли в животе (20%), плохой аппетит, довольно часто наблюдалась гепатомегалия (35%) и проявление гиповитаминоза (25%). Тяжесть и неблагоприятный исход были связаны во многом с крайней степенью интоксикации, резкими электролитными нарушениями, наличие первичного и вторичного иммунодефицита, частично с фоновой врожденной патологией. Бактериологически диагноз кишечного дисбактериоза различной степени был подтвержден в 100% случаев, из них у 8 (13,3%) – I степень, у 28 (46,6%) – II степень, у 24 (40%) – III степень дисбактериоза. У обследованных больных выявлены: стафилакокки - 25%, грибы рода кандиды - 21,8%, клебсиеллы - 9,4%, протеи - 12,2%, синегнойная палочка - 9,4%, клостриды - 25% случаев, как результат развития дисбактериоза. В 62,5% случаев кишечный дисбактериоз был обусловлен дефицитом лактобактерий, бифидобактерий и у 37,5% высоким содержанием кишечной палочки гемолитической активности. При этом иммунологические параметры показали что, супрессорная активность CD_8 – лимфоцитов была наиболее подавленной. При этом иммунорегуляторный индекс (ИРИ) хелперносупрессорный CD_4/CD_8 коэффициент был также снижен у детей с острыми диареями. Несмотря на снижение относительного содержания CD_{20} – лимфоцитов у детей с диареями, в их абсолютном значении отмечалась тенденция к повышению. Такое повышение CD_{20} – лимфоцитов у больных с острыми диареями неустановленной этиологии, на наш взгляд связано с сенсibiliзирующей организма

патогенными и условно-патогенными микроорганизмами, многократным повышением в крови больных антигенсвязывающих клеток с одной стороны, а также о готовности больного организма ребенка к прогрессированию болезни. Содержание основных классов сывороточных иммуноглобулинов у детей с ОКИ характеризовалось снижением IgG и IgA. Содержание IgM несколько повышался, по эти различия были недостоверны.

Выводы. Особенности микробного пейзажа при острых диареях с дисбактериозом кишечника являются снижение или отсутствие бифидобактерий и лактобактерий, снижение числа кишечных палочек, выявление гемолизирующих кишечных палочек.

Выявленные нами дискоординационные изменения в системе клеточного и гуморального иммунитета у детей с острыми кишечными инфекциями характеризовались достоверным повышением относительно и абсолютного содержания лимфоцитов, дефицитом относительного и абсолютного содержания CD₃ – лимфоцитов и их иммуноорегуляторных субпопуляций CD₄ – лимфоцитов, CD₈ – лимфоцитов и CD₁₆ – цитотоксических клеток. В отношении CD₂₀ – лимфоцитов отличалось их повышения.

Литература

1. Гюлазян Н.М., Белая О.Ф., Малов В.А., Пак С.Г. Изменения профиля некоторых цитокинов при различных вариантах течения острых кишечных инфекций. //Эпидемиология и инфекционные болезни - 2008.- № 2. - С.40-43.
2. Горелов А.В., Плоскирева А.А., Усенко Д.В. Современные подходы к патогенетической терапии ОКИ у детей.// Инфекционные болезни, 2013.т.11.№1.с. 87-92.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРЫХ ДИАРЕЙ, ВЫЗВАННЫХ СЕРОГРУППАМИ ЭШЕРИХИЙ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

М.С.Шаджалилова, И.А.Касимов, Е.М.Осипова

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Узбекистан

CLINICAL CHARACTERISTICS OF ACUTE DIARRHEA, CAUSED BY SEROGROUPS OF ESHERICHES IN CHILDREN AT THE PRESENT STAGE

M.S.Shadjalilova, I.A.Kasimov, E.M.Osipova

Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan

Эшерихиозная инфекция в этиологической структуре ОКИ у детей первого года жизни составляет 8-10,0% [1, 2]. В большинстве случаев указанная инфекция у детей протекает инвазивной диареей с проявлением гемоколита.

Цель: изучить клинические особенности моно- и микст инфекций острых диарей, вызванных различными серогруппами эшерихий.

Задачи: провести анализ особенности клинического течения и лабораторных показателей острых диарей, вызванных различными серогруппами эшерихий у детей на современном этапе.

Методы: На эшерихиозную инфекцию были обследованы 63 детей поступавших с диагнозом острая диарея по типу поражения ЖКТ: энтерит, гастроэнтерит и гастроэнтероколит. Наряду с клиническим наблюдением за больными детьми, проводились общепринятые комплексные обследования и для установления этиологического фактора были использованы бактериологические и иммунологические методы диагностики.

Результаты: Среди обследованных больных преобладали больные со среднетяжелой формой болезни. В большинстве случаев – 84,4% больных детей госпитализировано на первой неделе болезни. Преморбидный фон у всех 100% детей отягощен сопутствующими заболеваниями. Поступили в стационар с острым началом заболевания 56 (88,8%) детей. Из 63 больных у 58 (92%) обследованных была диагностирована среднетяжелая форма и у 5

(8%) – тяжелая форма. Среди обследованных больных преобладали больные с среднетяжелой формой болезни. Средний возраст детей составил $14,0 \pm 8,34$; по полу преобладали мальчики. Эшерихиозная инфекция в виде моно-инфекции в большинстве (90,6%) случаев встречалось в летнее-осенний период года. Эшерихиозы в виде смешанной инфекции чаще встречались в весенний период года (84,2%).

Из 5 категорий *E.coli* (энтеротоксигенные, энтероинвазивные, энтеропатогенные, энтерогемарогические и энтероагрегационные), в наших наблюдениях чаще встречался ЭПЭ и ЭТЭ, реже было больных ЭИЭ. У 14% больных выделялись нетипирующие антибиотикорезистентные штаммы эшерихий. При энтеропатогенном эшерихиозе в основном выделены 055, 0117, 044, 018, 0126, 0142, 0114, 0127 серовары эшерихий. При энтеротоксигенном эшерихиозе выделялись серовары эшерихий 0128, 020 и 075. При энтероинвазивной эшерихиозе выявлены 2 серовара: 0143, 0151. Серовары эшерихий 020, 0114, 0143 и 044 протекали в средне тяжелой форме заболевания. При тяжелом течении чаще регистрировались 055, 011, 0151 серовары эшерихий. У наших больных энтерогемарогические и энтероагрегационные типы эшерихий не выявлены.

При изучении микробного пейзажа фекалий больных эшерихиозом выявлены многочисленные микробные ассоциации условно-патогенных микробов и вирусов у 37,3 % детей. Норовирусы, ротавирусы, цитробактер и клебсиелла как сопутствующая флора обнаруживались в большом количестве. Ассоциация микробов в два раза выше встречалось среди детей от трех месяцев до двух лет. Высев этих микроорганизмов может быть результатом эндогенного инфицирования (активация эндогенной флоры) на фоне изменения рН среды при воспалительном процессе, вызванном безусловно патогенными микроорганизмами. Ротавирусы и норовирусы в основном были причины развития микст – инфекции. При средне – тяжелой течение эшерихиозной инфекции чаще выделялись 020, 0114, 0143, 044 серовариэшерихии. Тяжелое течение были обусловлены сероварами 055, 0111, 0151 эшерихий. Заражение желудочно – кишечного тракта в 43,8% случаях происходило в результате развития эшерихиозного гастроэнтерита вызванного полирезистентными возбудителями. Энтеропатогенные возбудители в (66,6%) стали причиной развития гастроэнтеритов, энтероинвазивные возбудители в 56,3% случаев вызывали энтероколит и колиты. Наблюдалась многократная рвота, длившаяся $8,4 \pm 1,2$ дней. У 34,4% больных детей в течение 7 и более дней были беспокойны из – за болей в животе. У 37,5% больных развивались признаки гепатомегалии, а у 9,4% - признаки гепатоспленомегалии. Болезнь протекала в типичной форме, без рецидивов и обострений.

У 76,5% детей пальпаторно определяли боли в животе, локализующиеся в середине живота (около пупка) и урчание кишечника (70,5%). Метеоризм у наших больных детей тоже было довольно частым симптомом (76%). Как отмечалось по данным литературы, в основе лежит ферментативная недостаточность тонкого кишечника и поджелудочной железы, при этом нарушается расщепление углеводов с последующим развитием бродильной диспепсии.

Выводы: Острые диареи эшерихиозной этиологии характеризуется: сезонностью; клиника гастроэнтерита с умеренно или слабо выраженным болевым синдромом; характер стула (преимущественно водянистый желтого, зеленовато-желтого цвета без патологических примесей) и локализация болей в эпигастральной и/или околопупочной областях; урчание в животе более, слабо или умеренно выраженные признаки дегидратации и/или интоксикации; наличие катаральных симптомов; отсутствие воспалительных изменений в гемо- и копрограмме; преимущественно среднетяжелое течение заболевания с длительностью от 4 до 5- суток. При микст-инфекциях УПМ оказывает определенное влияние на клиническую картину, что сопровождается поражением не только тонкой, но и толстой кишки и проводит к развитию ассоциированной инфекции. В результате требуется изменение тактики лечения с применением эубиотиков. Анализ клинической картине показал, что при микст-инфекциях возникают некоторые особенности течения заболевания, позволяющие предположить

наличие смешанной инфекции: преобладают признаки бактериальной инфекции, усиливается интоксикация, увеличивается выраженность проявлений энтероколита, увеличиваются сроки нормализации стула.

Литература

1. Бабаходжаев С.Н., Алимов С.Г., Набиходжаева Д.К., Клиническая эффективность ципрадеда в комплексом лечении больных эшерихиозами // Реформирование санитарно – эпидемиологический службы: матер, науч. – практ. Конф. – Ташкент, 2008. – С.24-25.
2. Джурабаева Н.Б. Клинико–патогенетические аспекты острых кишечных инфекций, вызванных различными серогруппами эшерихий: Дис... канд.мед.наук. –Ташкент, 2011. - 21с.

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ И ДИСБАКТЕРИОЗА КИШЕЧНИКА ПРИ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МАТЕМАТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ МОДЕЛИРОВАНИЯ

Шаджалилова М.С.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Узбекистан

ASSESSMENT OF SEVERITY OF INTESTINAL FLOW AND INTESTINAL DYSBIOSIS IN INTESTINAL INFECTIONS USING MATHEMATICAL METHODS

M.S.Shadjalilova

Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan

Актуальность. Прогресс клинической медицины в определенной степени зависит от уровня диагностики, прогнозирования и лечения больных. Последние десятилетия характеризовались бурным ростом числа диагностических методов, внедрением новейшей электронной аппаратуры, позволяющей выявить тонкие механизмы патологического процесса.

Целью работы являлась разработка интегральных характеристик степени тяжести течения и дисбактериоза кишечника у детей раннего возраста, больных острыми диарейными заболеваниями, адекватно описывающих патологический процесс.

Материалы и методы исследования. Для решения этой задачи был использован массив данных $n=205$ больных детей раннего возраста с диагнозом «острые диареи». Для ввода исходной информации в ЭВМ с целью ее последующей статистической обработки была разработана специальная кодировочная карта обследования больных, в которую вошло 33 клинических показателя, имеющие отношение к исходу и течению заболевания.

Результаты: Под нашим наблюдением находилось 205 ребенка, из них 129 (62,9%) мальчики и 76 (37,1%) девочки с диагнозом «ОКИ». Среди наблюдавшихся больных ОКИ в возрасте до 1 года было 95 (46,3%) от 1 года до 2 лет – 85(41,5%) и старше 2 лет – 25(12,2%). Статистическая обработка сформированного таким образом информационного массива данных позволила определить наиболее информативные показатели, которые и легли в основу построения линейных интегральных характеристик при острых диарейных заболеваниях у детей раннего возраста.

Построение математической модели производилось по методу наименьших квадратов в виде:

$$\Psi(x) = \sum_{i=1}^n a_i x_i + a_0 \quad (1)$$

где $\Psi(x)$ – степень тяжести (дисбактериоза) патологического процесса;

a_i – весовые коэффициенты признаков;

x_i – Иммунологические признаки;

a_0 – свободный член.

Построение математической модели производилось с учетом следующего критерия минимизации:

$$E \left[P(x) - S \right]^2 \rightarrow \min \quad (2)$$

где E – оператор математического ожидания;

S – тяжесть патологического процесса (дисбактериоза) по клиническим данным.

Выбор метода наименьших квадратов был обусловлен тем, что при исследовании медицинских процессов, мы имеем дело с данными статистического характера. Именно поэтому статистическая обработка данных производится почти в каждой медицинской задаче и служит одним из этапов обработки информации.

Для выявления закономерностей, то есть построения математических моделей используется регрессионный анализ. И здесь нами был применен метод наименьших квадратов, который является базовым методом регрессионного анализа.

Метод наименьших квадратов, всесторонне изучен и имеет несколько теоретических обоснований. Оценки МНК, обладают минимально возможной дисперсией в классе всех линейных несмещенных оценок и являются соответственно наилучшими линейными несмещенными оценками неизвестных параметров функции. При построении моделей степени тяжести и исхода заболевания методом наименьших квадратов на параметры модели накладывалось условие их эффективности не ниже уровня $p < 0,05$ по t-критерию. Расчеты производились на персональном компьютере типа IBM Pentium с использованием пакета статистических программ "STATISTICA-6".

Выводы: Эффективность полученных моделей была апробирована на 75 больных с диарейными заболеваниями средней и тяжелой степени госпитализированных в 4- детскую инфекционную больницу города Ташкента. При этом прогнозируемый исход острой диареи, сделанный при поступлении в клинику совпал с клиническим исходом заболевания в 95% случаях. Хорошая эффективность моделей позволяет рекомендовать их к использованию в клинической практике кишечных отделений инфекционных стационаров.

Литература

1. Крамер Г. Математические методы статистики. - М.: Мир, 1975 г., стр. 650.
2. Дубров А.М., Мхитарян В.С., Трошин Л.И. Многомерные статистические методы. М.: Финансы и статистика, 2000. - 352 с.
3. Беляев Ю.К., Носко В.П. Основные понятия и задачи математической статистики. - М.: Изд-во МГУ, ЧеРо, 1998.
4. Тюрин Ю.Н., Макаров А.А. Анализ данных на компьютере. - М.: Инфра-М и Финансы и статистика, 1995.

ПРИМЕНЕНИЕ ХИМИОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКОГО У ДЕТЕЙ

Шамсиев Ж.А., Давранов Б.Л., Имамов Д.О., Рузиев Ж.А.,
Джуманов Б.А., Юлдашев Ш.С.

2-клиника Самаркандского Государственного медицинского института,
Самарканд, Узбекистан

THE USE OF CHEMOTHERAPY IN THE COMPLEX TREATMENT OF LUNG ECHINOCOCCOSIS IN CHILDREN

Shamsiev J.A., Davrono B.L., Imamov D.O., Ruziev J.A., Djumanov B.A., Yuldoshev Sh,S
2-clinic of Samarkand State Medical Institute, Samarkand, Uzbekistan

Эхинококкоз — хроническое заболевание, характеризующееся развитием в печени, реже (легких и других органах) солитарных или множественных кистозных образований.

Цель исследования усовершенствовать методы диагностики и хирургического лечения эхинококкоза легкого.

Материал и методы. Во 2-клинике СамМИ за период с 2012 по 2014 гг. обратились с предварительным диагнозом: эхинококковая киста легкого - 64 больных. При этом было выявлено, что у 43 (67%) больных отмечался изолированный эхинококкоз легкого, а у остальных 21 (33%) больных имелся сочетанный эхинококкоз (с поражением печени). Больные были в возрасте от 1-го до 18 лет, и девочек было меньше 24 (37,5%), чем мальчиков – 40 (62,5%). По расположению кист больные разделились следующим образом: в правом легком у 35 (55%) больных, а в левом легком обнаружено у 24 (37%), в обоих легких эхинококковые кисты отмечались у 5 (8%) больных.

Основными субъективными признаками заболевания при обращении больных являлись тупые боли в грудной клетке и кашель. Диагноз установлен на основании комплексного обследования, рентгенография грудной клетки, РНГА с эхинококковым антигеном, а также ультразвуковой сонографии.

Результаты. Тактика комплексного лечения заключалась в том, что всем больным в дооперационном периоде проводилась химиотерапия с помощью препарата Альбендазол 28 дневным курсом. После которого производилось контрольное УЗИ. Больным, имеющим тенденцию к уменьшению в размерах эхинококковой кисты, продолжали химиотерапию в течение 5-6 месяцев. Больным, у которых тенденция к уменьшению не наблюдалась, проводилось хирургическое лечение. Хирургическое лечение во всех случаях придерживалось органосохраняющей операции и заключалось в эхинококкэктомии с обработкой остаточной полости подогретым раствором глицерина. У 1 больного отмечались мелкие кисты обеих легких (до 2,0см) последние после применения химиотерапии, оперативное лечение не понадобилось.

Всем оперированным больным в послеоперационном периоде проведено 2 курса химиотерапии в качестве предотвращения рецидива заболевания.

Вывод. Таким образом, применение химиотерапии в комплексном лечении эхинококкоза легкого у детей, способствовало улучшению послеоперационных результатов отсутствию рецидива заболевания.

Литература

1. Алышева Н.О. Эпидемиологический надзор за паразитарными инвазиями на примере эхинококкоза.: Автореф. дис. канд. мед. наук. - Алматы, 2010. - 21 с.
2. Ахмедов И.Г., Курбанова А.И. Ранняя диагностика рецидива эхинококковой болезни. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова, 2008, 11. С. 39-43.

3. Вафин А.З., Попов А.В., Абдоков А.Д., Хушвактов У.Ш. Клиническая эффективность применения принципа апаразитарности и антипаразитарности в хирургии эхинококкоза // Медицинский вестник Северного Кавказа 2010.-N 2.-С.10-13.

ОСОБЕННОСТИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ У ДЕТЕЙ С ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Шамсиев Ж.А., Пак Е.А., Муталибов А.И., Атакулов Д.О.
2 клиника СамМИ, Самарканд, Узбекистан

FEATURES OF ECG IN CHILDREN WITH CRATER-SHAPED DEFORMATION OF CHEST

Shamsiev D.A., Pak E.A., Mutalibov A.I., Atakulov D.O.
2nd clinic SamMI, Samarkand, Uzbekistan

Актуальность. Воронкообразная деформация грудной клетки (ВДГК)- наиболее часто встречаемая деформация грудной клетки, приводящая к уменьшению ее объема, сдавлению и смещению органов средостения, вызывающие функциональные нарушения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Электрокардиография является одним из самых распространенных и незаменимых методов диагностики различных нарушений ритма и проводимости, гипертрофий желудочков и предсердий и других заболеваний сердца.

Цель. Изучение ЭКГ изменений у детей с воронкообразной деформацией грудной клетки.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 67 детей в возрасте от 1 до 18 лет, получавших лечение в отделении торакальной хирургии 2 клиники СамМИ с 2000 по 2017 года. Пациентов мужского пола было 43(64%), женского –24 (36%). Всем детям проводилось ЭКГ исследование.

Результаты и обсуждение. Из 67 детей 55 (82%) предъявляли различные жалобы. Одышка отмечалась у 48 (71,6%), быстрая утомляемость – у 58 (86,6%), чувство сердцебиения – у 12 (17,9%), боли в области сердца – у 7 (10,4%) детей. Изменения на ЭКГ были обнаружены у 39 (58,2%) больных, в основном у детей со II и III степенью ВДГК. Среди нарушений ритма сердца у 11 (28,2%) больных отмечалась синусовая аритмия, синусовая тахикардия встречалась у 8 (20,5%) детей. Эктопические нарушения автоматизма в виде нижнепредсердного заместительного ритма выявлен у 2 (5,1%) детей. Нарушения проведения возбуждения проявлялись в виде внутрижелудочковых блокад: неполная блокада правой ножки пучка Гиса - у 3 (7,7%), полная блокада - у 2 (5,1%), затруднение проведения в разветвлениях передней ветви левой ножки пучка Гиса - у 2 (5,1%) больных. Перегрузка миокарда правого предсердия встречалась у 3 (7,7%). Самой частой находкой на ЭКГ было обнаружение повышения электрической активности правого желудочка, что отмечено у 13 (33,3%) больных, повышение активности левого желудочка встречалось у 4 (10,3%) больных. У 10 (25,6 %) детей были обнаружены метаболические изменения в миокарде желудочков сердца, которые выражались в нарушении фазы реполяризации и проявлялись сглаженностью зубца Т в отведениях III, aVF, V5,6. Вторичные изменения интервала QT отмечались у 6 (15,4%) пациентов, что также свидетельствовало о нарушении обменных процессов в миокарде желудочков сердца. Выявленные электрокардиографические нарушения учитывались при назначении дополнительной метаболической поддержки, улучшающей функцию сердечно - сосудистой системы детям до оперативного вмешательства ВДГК. После лечения отмечена положительная ЭКГ динамика в виде уменьшения или исчезновения синусовой аритмии, нормализация интервала QT, уменьшения эпизодов тахикардии.

Выводы. Таким образом, ЭКГ- контроль позволяет своевременно выявить нарушения в деятельности сердца у пациентов с ВДГК и своевременно провести медикаментозную кор-

рекцию, что непосредственно сказывается на результатах операционного лечения данной группы больных.

Литература

1. Вишневский А.А., Рудаков С.С., Миланов Н.О. Хирургия грудной стенки. Руководство. М., 2005.
2. Комиссаров И.А., Комолкин И.А., Афанасьев А.П., Щеголев М.В. Модификация способа хирургического лечения по D.Nuss при ВДГК у детей //Гений ортопедии. - 2013. - № 1. – С. 98-102.
3. Стальмахович В.Н., Дюков А.А. Выбор метода хирургического лечения врожденной воронкообразной деформации грудной клетки у детей //Детская хирургия. 2008. № 2. С. 43-46.
4. Мурашко В.В., Струтынский А.В. Электрокардиография Москва. 2008г.
5. Воробьев А.С. Электрокардиография Санкт – Петербург. 2011г.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Шарапова Г.М.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Узбекистан

CLINICAL-LABORATORY MANIFESTATIONS OF ROTAVIRUS INFECTION

Sharapova G.M.

Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan

Актуальность. В структуре острых диарей в Узбекистане имеют место диарейные заболевания вирусной этиологии, определяющие высокой заболеваемостью и значительным социально-экономическим ущербом [1]. В настоящее время 50-80 % случаев острые диареи (ОД) у детей обусловлены вирусами и наиболее значимыми являются ротавирусы [2]. Так, ротавирусная природа диарей во многих регионах Узбекистана составляет более 45% всех возбудителей острых диарей [3].

Цель работы: оценить клиническое течение ротавирусной инфекции (РВИ) у детей.

Материалы и методы: проанализированы медицинские карты больных, находившихся на стационарном лечении в клинике научно-исследовательского института Эпидемиологии, микробиологии, инфекционных заболеваний в отделении кишечных болезней в 2015-2016 г. В клиническое исследование вошли 55 пациентов в возрасте до 5 лет с верифицированным этиологическим диагнозом «ротавирусная инфекция». Всем больным проводились общепринятые клинические и лабораторные методы обследования. Диагноз РВИ подтверждался выявлением соответствующих серологических маркеров методом иммуноферментного анализа и с помощью полимеразной цепной реакции.

Результаты: в этиологической структуре ОД среди расшифрованных инфекций доля РВИ составила 27%. В большинстве случаев заболевание протекало по типу гастроэнтерита (71%) и в среднетяжелой форме (75%). Дети до 1 года составили 17 (31%), 1-3 лет – 30 (54%), 3-5 лет – 8 больных (15%).

Заболевание протекало остро, и весь симптомокомплекс заболевания развивался в первые три дня болезни. У 87% больных отмечалось повышение температуры тела до фебрильных значений, у всех больных детей наблюдалась рвота и диарея. Интоксикационный синдром характеризовался вялостью, снижением аппетита, бледностью кожи больных. Катаральные явления в виде гиперемии зева и умеренное проявление ринита чаще наблюдалось у детей до 1 года ($p < 0,01$). Диарея достоверно чаще встречалась у детей до 1 года ($p < 0,05$). Так, жидкий стул обильный, водянистый зеленого или коричневого цвета зарегистрирован у 15% больных, стул кашицеобразный и без патологических примесей до 10 раз в сутки - у 52% и

более 10 раз - у 33% больных. Абдоминальный синдром в виде болей в животе часто регистрировали у детей старше 3 лет. Боли в животе не имели четкой локализации и всегда сопровождались урчанием по ходу кишечника. Продолжительность основных клинических симптомов в разных возрастных группах была разной. Продолжительность лихорадки, рвоты, метеоризма были достоверно больше у детей младше 1 года ($p < 0,05$). Продолжительность диареи была достоверно больше у детей до 1 года - $5 \pm 0,2$ дня, у детей 1-3 лет - $4,2 \pm 0,3$ дня, 3-5 лет - $3,1 \pm 0,3$ дня.

Результаты анализа копрологических исследований показали, что у всех детей наблюдались нейтральный жир, переваренная клетчатка, крахмал в копрограмме.

Выводы: ротавирусная инфекция составила 27% среди верифицированных острых диарейных заболеваний. Ротавирусная инфекция у детей характеризовалась острым началом заболевания и в клинической картине преобладали среднетяжелые формы заболевания. Более выраженная манифестация и продолжительная клиническая симптоматика наблюдалось у детей до 1 года. Современное течение ротавирусной инфекции проявляется характерными клиническими и лабораторными изменениями, которые могут служить критериями для диагностики заболевания.

Литература

1. Ибадова Г.А., Меркушина Т.А., Ходиев А.В. Аналитические аспекты при интерпретации данных по заболеваемости ротавирусной инфекцией у взрослых и детей в Узбекистане // Инфекция, иммунитет и фармакология.- 2014.-№ 3 (1).- С. 182-187
2. Асилова М.У., Мусабаев Э.И., Латыпов Р.Р. Особенности сезонного и возрастного распределения вирусных диарей у детей // Журнал теоретической и клинической медицины. – 2014.-№ 3 (1).- С. 36-39
3. Абдухалилова Г.К., Ахмедова М.Д., Ибадова Г.А. Сравнительный анализ этиологической структуры острых диарей в различных регионах Узбекистана // Инфекция, иммунитет и фармакология.- 2014.-№ 3 (1).- С. 14-18

ОПЫТ ОДНОМОМЕНТНОЙ СПЛЕНЭКТОМИИ И КОРРЕКЦИИ КЛАПАННОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ И АБСЦЕССЕ СЕЛЕЗЕНКИ

Шестакова А.В.¹, Кадыралиев Б.К.², Шестаков А.В.²

¹ФГБОУ ВО "Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера" Минздрава РФ, Пермь, Россия

²ФГБУ "Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии им. профессора С.Г. Суханова" Минздрава РФ, Пермь, Россия

AN EXPERIENCE OF SIMULTANEOUS SPLENECTOMY AND VALVE DISEASE CORRECTION UNDER INFECTIVE ENDOCARDITIS AND SPLEEN ABSCESS

Shestakova A.V.¹, Kadyraliev B.K.², Shestakov A.V.²

¹Acad. E.A. Wagner Perm State Medical University, Perm, Russia

²Prof. S.G. Sukhanov Federal center of cardiovascular surgery, Perm, Russia

Несмотря на достижения современной антибактериальной терапии и обнадеживающие результаты хирургического лечения инфекционного эндокардита (ИЭ), сохраняющаяся высокая летальность (от 7,5 до 19,6 %) свидетельствует о том, что многие вопросы тактики оперативного вмешательства и диагностики осложнений на разных стадиях заболевания остаются нерешенными [1, 3]. Исследования, посвященные ИЭ, показали, что кардиохирургам приходится сталкиваться с такими проблемами как правомочность продления консервативной терапии у больных с развившимися расстройствами гемодинамики и/или эмболиче-

скими осложнениями, а также выбор времени операции, т. е. определение стратегии лечения пациентов с высокой степенью иммунодепрессии [1, 2]. Выбор хирургического метода зависит от анатомо-топографических данных распространения септического процесса на различные структуры сердца и от наличия экстракардиальных очагов инфекции [5].

Наиболее распространенная локализация абдоминальных очагов инфекции – абсцесс селезенки – встречается в 15-20% случаев, а уровень летальности составляет 26-30% среди оперированных больных. Не диагностированный абсцесс селезенки перед операцией протезирования клапана может привести к развитию в последующем ИЭ искусственного клапана [4]. Раньше считали, что отдаленные гнойные очаги являются противопоказанием к протезированию пораженного клапана и выполнялось двухэтапное лечение. В настоящее время дискуссии по этому поводу продолжаются.

Цель. Выявить эффективность одномоментной коррекции кардиальной патологии и спленэктомии при ИЭ и абсцессе селезенки.

Методы. В ФЦССХ им. проф. Суханова наблюдались 11 пациентов с установленным диагнозом инфекционный эндокардит, первичный, подострое течение. Средний возраст пациентов составил $39,3 \pm 4,0$ (от 28 до 58) лет. Трое пациентов страдали хронической наркотической зависимостью. Всем пациентам проводился полный спектр клинических и диагностических исследований. В предоперационный период кардиальная патология была диагностирована с помощью эхокардиографии (ЭхоКГ). Диагноз абсцесса/инфаркт селезенки ставился на основании данных ЭхоКГ и/или мультиспиральной компьютерной томографии. Ультразвуковая характеристика изменений селезенки оценивалась по следующим критериям: определение размеров селезенки, выявление гипоехогенных, жидкостных или эхогенных образований, оценка их расположения и размеров. По показаниям, всем пациентам, было необходимо выполнить протезирование клапанов и как второй этап лечения - провести спленэктомию. Всем пациентам проведены симультантные операции - одномоментная спленэктомия и протезирование клапанов сердца.

Результаты. В ходе исследования внутрибольничных летальных исходов и ранних осложнений не выявлено. По результатам ЭхоКГ в предоперационный период кардиальная патология была представлена недостаточностью аортального клапана у 27,3% пациентов, у 18,1% пациентов – стеноз/недостаточность аортального клапана. Недостаточность митрального клапана выявлена у 36,4% пациентов, недостаточность трикуспидального клапана - у 18,2%. Клапанная патология была подтверждена интраоперационно.

По результатам ЭхоКГ в предоперационный период патология селезенки была представлена увеличением размеров селезенки у 63,6% пациентов. Размеры органа колебались от 12×5 до 19×12 см. Инфаркт селезенки был диагностирован с помощью ультразвукового исследования и компьютерной томографии у 36,3% пациентов. Размеры инфарктов варьировали в пределах от $3,0 \times 1,5$ до $10,0 \times 4,0$ см. Патологический процесс локализовался в нижнем сегменте селезенки, не было ни одного инфаркта в среднем и верхнем отделах. Инфаркт селезенки чаще визуализировался как образование средней эхогенности/высокой эхогенности, неправильной/треугольной формы, с основанием, обращенным к капсуле селезенки. Абсцесс селезенки диагностирован у 72,2% пациентов. Все абсцессы были единичными. На эхограмме абсцесс селезенки визуализировался как образование неправильной формы, неоднородное по структуре, с прерывистыми/четкими, неровными контурами, жидкостное образование. У 18,2% пациентов выявлялось сочетанное поражение - инфаркт с абсцессом.

Интраоперационно производилась замена аортального клапана у 45,4% пациентов (у 3-х пациентов с санацией полости абсцесса), замена митрального клапана у 36,4% пациентов и замена трикуспидального клапана у 18,2% пациентов. После завершения кардиального этапа и отключения от аппарата искусственного кровообращения производилась лапаротомия с последующей спленэктомией. Среднее время искусственной вентиляции легких составило $19,2 \pm 5,1$ часов. За период динамического наблюдения было 4 летальных исхода (2 пациента погибли от передозировки наркотиков через 3 и 7 месяцев после операции и 2 пациента по-

гибли от инсульта неясной этиологии через 1,5 и 3 года после операции). У оставшихся 54,5% пациентов на контрольном ЭхоКГ-обследовании в сердце и абдоминальной полости какой-либо дисфункции не выявлено.

Заключение. Таким образом, применение симультанного способа оперативного лечения, который сопровождается вскрытием двух смежных полостей при ИЭ с экстракардиальными септическими очагами в селезенке, каких-либо гнойно-септических осложнений в раннем и позднем послеоперационных периодах выявлено не было, а также летальные исходы за период динамического наблюдения не были связаны с одномоментно проведенными оперативными вмешательствами. Наличие абсцесса указывает на проведение обязательной спленэктомии и исходя из нашего опыта одномоментно с коррекцией кардиальной патологии для профилактики дальнейших инфекционных осложнений. Поэтому каждый пациент с ИЭ должен быть исследован с помощью абдоминальной мультиспиральной компьютерной томографии на наличие абсцесса селезенки.

Литература

1. Лебединская Е.А., Лебединская О.В., Годовалов А.П., Ахматова Н.К., Мелехин С.В. Морфологические характеристики индуцированной иммуносупрессии // Материалы Международной научной конференции «Новые задачи современной медицины». - М., 2012. - С. 63-67.
2. Лебединская О.В., Лебединская Е.А., Лосева Л.Ф., Ахматова Н.К., Семёнова И.Б., Годовалов А.П., Киселевский М.В. Морфогистохимические изменения органов гемиммунопоза и периферической крови мышей на фоне индуцированной иммуносупрессии и её коррекции // Морфологические ведомости. - 2010. - №4. - С. 49-59.
3. Логинова Н.П., Шилов Д.Ю., Годовалов А.П., Шилов Ю.И., Лебединская О.В., Четвертных В.А. Особенности пролиферации тимоцитов *in vivo* и *in vitro* у детей с врожденными пороками сердца // Российский иммунологический журнал. - 2014. - №8(3-17). - С. 340-343.
4. Логинова Н.П., Четвертных В.А., Лебединская О.В., Шилов Ю.И., Годовалов А.П., Шилов Д.Ю., Суханцева И.В. Функциональные особенности Т-лимфоцитов у детей с врожденными пороками сердца // Российский иммунологический журнал. - 2015. - №9(2-18). - С. 216-221.
5. Шестакова А.В., Кадыралиев Б.К., Годовалов А.П., Быкова Л.П. Опсонизация *Candida albicans* иммуноглобулином для внутривенного введения // Медицинская иммунология. - 2015. - №17(S). - С. 434.

ЗАВИСИМОСТЬ ИНТЕНСИВНОСТИ ВОСПАЛЕНИЯ ПАРОДОНТА ОТ МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА ПАРОДОНТАЛЬНОГО КАРМАНА

Яковлев М.В., Батог К.А.

ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера Минздрава РФ», Пермь, Россия

DEPENDENCE OF THE INTENSITY OF PARODONTAL INFLAMMATION ON THE MICROBIAL CONTENT OF THE PARODONTAL POCKET

Yakovlev M.V., Batog K.A.

Acad. E.A. Wagner Perm State Medical University, Perm, Russia

Воспалительные заболевания пародонта являются одной из важнейших проблем практической и теоретической стоматологии [1,3,6,7]. Данная патология возникает вследствие неудовлетворительной гигиены полости рта, употребления ряда лекарственных препаратов, перенесенных и сопутствующих заболеваний и других факторов, вызывающих нарушение компенсаторных систем организма. Гингивит является одной из основных причин потери зубов и снижения функциональных возможностей зубочелюстной системы в целом [4]. По некоторым данным воспалительные заболевания пародонта отмечаются у 57-95% детей

школьного возраста [4], распространенность данной патологии у взрослого населения Российской Федерации составляет 95-100% [5]. Основным этиологическим фактором, вызывающим воспалительные процессы пародонта, является пародонтальная микробиота. Следовательно, выявление и характеристика бактерий, содержащихся в пародонтальном кармане, имеет решающее значение в установлении диагноза и формировании прогноза заболевания, а также необходимо для выбора лечебных и профилактических мероприятий.

Цель: определить степень участия микрофлоры пародонтального кармана в развитии гингивита.

Методы. Для выявления микроорганизмов, обуславливающих возникновение гингивита, были обследованы 11 человек с клинически интактным пародонтом и 18 человек с выраженными воспалительными изменениями пародонта. Взятие содержимого зубодесневого кармана или борозды производилось бумажным штифтом объемом 5 мкл [2]. Посев материала производили на среды: мясо-пептонный агар, кровяной агар, Эндо. Идентификацию выросших микроорганизмов осуществляли по тинкториальным и культурально-биохимическим свойствам. Количество бактерий выражали значениями десятичного логарифма числа колониеобразующих единиц на 1 мл (КОЕ/мл) содержимого зубодесневой борозды или кармана [2].

Глубину воспалительного процесса определяли с помощью пробы Шиллера-Писарева. При этом значения данной пробы для контрольной группы были отрицательные (100%), а в опытной группе – слабо положительные (55,6%) или положительные (44,4%).

Для количественной оценки тяжести гингивита и гигиенического состояния полости рта использовали папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА) и индекс Федорова-Володкиной соответственно.

Статистический анализ результатов проводили с использованием методов описательной статистики и непарного варианта *t*-критерия Стьюдента.

Результаты. В результате проведенных исследований установлено, что при клинически интактном пародонте микрофлора полости рта представлена преимущественно факультативными анаэробами. Большинство идентифицированных штаммов относились к представителям родов *Streptococcus*, *Fusobacterium*, *Veillonella*, *Lactobacillus*, *Peptostreptococcus*, которые входят в состав нормофлоры полости рта. Среднее содержание микроорганизмов составило $4,34 \pm 0,16$ КОЕ/мл. Средний показатель индекса Федорова-Володкиной составил $1,25 \pm 0,11$, что соответствует хорошему уровню гигиены полости рта. В данной группе показана прямая связь численности аэробных микроорганизмов и выраженностью индекса Федорова-Володкиной ($r=0,55$). В связи с этим можно предположить, что ранний зубной налет состоит преимущественно из аэробов. У большинства людей контрольной группы (81%) индекс РМА равен 0%, что указывает на отсутствие воспалительных изменений пародонта.

При наличии воспалительных изменений пародонта происходит количественное увеличение содержания представителей нормофлоры полости рта. Среднее содержание микроорганизмов составило $4,92 \pm 0,24$ КОЕ/мл ($p < 0,05$ к контрольной группе). При этом в опытной группе отмечается повышение частоты встречаемости *Lactobacillus* spp. ($p < 0,05$ к контрольной группе) и *Peptostreptococcus* spp. ($p < 0,05$ к контрольной группе). Средний показатель индекса Федорова-Володкиной составил $2,06 \pm 0,10$ ($p < 0,05$ к контрольной группе), что соответствует удовлетворительному уровню гигиены полости рта. При этом прослеживается прямая зависимость между увеличением количества анаэробных микроорганизмов и увеличением значения данного индекса ($r=0,59$). Полученные данные свидетельствуют о том, что зрелый зубной налет преимущественно состоит из анаэробов. Средний показатель папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса для пациентов опытной группы равен $30,61 \pm 3,97\%$. Увеличение данного индекса прямо пропорционально зависит от количества анаэробов в пародонтальном кармане ($r=0,42$).

Заключение. Таким образом, основу микробиоценоза пародонтальной борозды у лиц с клинически интактным пародонтом составляют факультативные анаэробы. Увеличение их

количества, в частности *Lactobacillus* spp. и *Peptostreptococcus* spp., имеет определяющее значение в развитии гингивита. Изучение микробиоты пародонтальной борозды и кармана позволяют объективно проводить мониторинг состояния пародонта, а также оценивать эффективность лечебных и профилактических мероприятий.

Литература

1. Котлова О.В., Лебедева О.В., Бажукова Т.А., Юшманова Т.Н. Роль микробного фактора в развитии заболеваний пародонта у жителей архангельской области // Экология человека. - 2007. - № 5. - С. 15-16.
2. Мозговая Л.А., Задорина И.И., Быкова Л.П., Годовалов А.П. Микрофлора корневых каналов зубов в динамике лечения хронических форм апикального периодонтита // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2013. – Т. 9, № 3. – С. 447-449.
3. Нуржанова С.С., Удочкина Л.А. Частичная вторичная адентия у мужчин и женщин зрелого и пожилого возраста г. Астрахани // Астраханский медицинский журнал. 2010. - Т. 5, № 1. - С. 74-80.
4. Олейник О.И. Роль цитологического и бактериоскопического исследования в оценке состояния пародонтальных тканей в процессе профилактики и лечения воспалительных заболеваний пародонта // Вестник новых медицинских технологий. - 2010. - № 2. - С. 230-232.
5. Тамарова Э.Р., Баймиев А.Х., Швец К.Ю., Мавзютов А.Р. Молекулярно-генетическая характеристика видового состава микробиоты слюны и десневых карманов при пародонтите // Клиническая лабораторная диагностика. - 2015. - № 12. - С. 56-59.
6. Удочкина Л.А., Нуржанова С.С. Показатели частичной вторичной адентии у мужчин и женщин зрелого и пожилого возраста г. Астрахани // Здоровье - основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. - 2010. - Т. 5. - № 1. - С. 437.
7. Удочкина Л.А., Нуржанова С.С. Критерии оценки состояния слизистой оболочки десны в различных периодах онтогенеза // Астраханский медицинский журнал. - 2011. - Т. 6. - № 3. - С. 257-258.

БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА БАЗИЛИКА ДУШИСТОГО, ПРОИЗРАСТАЮЩЕГО НА ТЕРРИТОРИИ МАРРОКО

Ясенявская А.Л., Цибизова А.А., Книниш А., Мазруи И., Мегдад С.,
Мсалли Х.Р., Хатим М., Бакхуж М.
ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава РФ, Астрахань, Россия

BIOLOGICAL ACTIVE SUBSTANCES OF OCIMUM BASILICUM WHICH GROWS IN MOROCCO

A.L. Yasenyavskaya, A.A. Tsibizova, A. Kninish, I. Mazrui, S. Megdad, Kh.R. Msalli,
M. Khatim, M. Bakkhuzh
Astrakhan State Medical University, Astrakhan, Russia

Введение. Одной из важнейших задач современной фармацевтической промышленности является поиск новых источников биологически активных веществ, которые приведут к расширению производства фитопрепаратов различного спектра действия, обладающих высокой эффективностью, но малой токсичностью, что позволяет использовать их длительное время в период профилактики и лечения заболеваний различной этиологии без риска возникновения нежелательных побочных явлений [1].

В качестве источников биологически активных веществ используют как дикорастущие, так и культивируемые растения. В фармацевтической промышленности используют сырье,

содержание биологически активных веществ в котором имеется в больших концентрациях. Химический состав растения, качество и количество действующих веществ подвержены значительным колебаниям и зависят от многих факторов. Одно и то же растение может содержать разные химические соединения в различных климатических и географических зонах. Каждое растение имеет свои определенные требования к климатическим условиям произрастания, которые позволяет ему полно и законченно завершить жизненный цикл. Природно-климатические факторы оказывают определяющие влияния на химический состав растений [2].

Нами было рассмотрено в качестве источника биологически активных веществ растение рода *Ocimum* – Базилик душистый (*Ocimum basilicum*), произрастающий на территории Марроко.

Базилик душистый (*Ocimum basilicum*) – однолетнее травянистое растение до 70 см высотой. Стебли прямые, четырехгранные, сильноветвистые, хорошо облиственные. Листья короткочерешковые, продолговато-яйцевидные, редко-зубчатые. Стебель, листья и чашечки покрыты волосками. Цветки двугубые, белые, бледно-розовые, реже фиолетовые. Плод состоит из четырех темно-бурых орешков, которые после созревания отделяются один от другого.

Лекарственным сырьем служит надземная часть растения, собранная в период начала цветения растения.

Изучение химического состава листьев Базилика душистого (*Ocimum basilicum*), произрастающего на территории Марроко, позволит в дальнейшем провести более детальный анализ сырья с целью сравнительной оценки влияния природно-климатических факторов.

Цель исследования. Целью данного исследования явилось изучение качественного состава биологически активных веществ листьев Базилика душистого (*Ocimum basilicum*), произрастающего на территории Марокко.

Материалы и методы исследования. В качестве объекта исследования использовали листья Базилика душистого, собранного в мае 2016 года, произрастающего на территории Марокко. Определение биологически активных веществ: флавоноидов, дубильных веществ и сапонинов проводили, опираясь на фармакопейные методы исследования.

Флавоноиды определяли в спиртовых извлечениях, полученных по следующей методике: 1,0 г измельченной травы заливали 10 мл 95% этанола, нагревали на водяной бане до кипения и настаивали 3 ч. После чего полученное извлечение фильтровали и упаривали до объема 2 мл. Затем его делили на две равные части в две пробирки, в каждую из которых прибавляли по 3 капли концентрированной хлористоводородной кислоты. После чего в первую пробирку добавляли 20,0 г порошка цинка и нагревали на водяной бане до кипения. В случае присутствия флавоноидов жидкость окрашивалась в красный цвет. Вторую пробирку использовали как контрольную, в которой окрашивание отсутствовало.

Также для определения флавоноидов была проведена реакция с 10% спиртовым раствором щелочи. Наличие флавоноидов подтверждалось появлением окрашивания от желтого до красного цвета.

Определение дубильных веществ проводили в водных извлечениях, в соотношении 1:10 полученных путем настаивания на кипящей водяной бане в течение 10 минут. Для идентификации дубильных веществ проводили общие реакции осаждения. Использовали 1%-й раствор желатина приготовленный на 10%-ном растворе хлорида натрия. Появление хлопьевидного осадка, растворимого в избытке желатина свидетельствует о наличии дубильных веществ.

При добавлении 5% раствора дихромата калия к водному извлечению при наличии исследуемых веществ образуется коричневый осадок или муть.

Проведение качественных реакций на сапонины проводили в водном извлечении, приготовленном в соотношении 1:10 при нагревании на водяной бане в течение 10 минут. Присутствие сапонинов доказывали проведением реакции пенообразования. С этой целью в одну

пробирку помещали 0,1 Н хлороводородную кислоту, в другую – 0,1 Н раствор натрия гидроксида.

Образование в двух пробирках стойкой обильной пены свидетельствует о наличии в сырье тритерпеновых сапонинов. Присутствие сапонинов стероидной группы идентифицируется образованием пены только в пробирке с 0,1 Н раствором натрия гидроксида.

Результаты исследования их обсуждение. Данные, полученные в ходе проведенного качественного анализа биологически активных веществ листьев Базилика душистого (*Ocimum basilicum*), подтверждают наличие флавоноидов, дубильных веществ, сапонинов.

Наличие флавоноидов подтверждалось появлением красного окрашивания при постановке цианидиновой реакции, а также желтого окрашивания – в условиях реакции с 10% спиртовым раствором щелочи.

Наличие дубильных веществ подтверждалось появлением хлопьевидного осадка и мути при добавлении к водному извлечению 1%-го раствора желатина и 5% раствора дихромата калия соответственно.

Кроме этого, следует отметить, что реакция пенообразования на сапонины оказалась положительной.

Выводы. Таким образом, результаты проведенных качественных реакций свидетельствуют о наличии в листьях Базилика душистого, произрастающего на территории Марокко, флавоноидов, дубильных веществ и сапонинов.

Качественный анализ состава биологически активных веществ листьев Базилика душистого (*Ocimum basilicum*) обосновывает актуальность дальнейшего изучения данного растения.

Литература

1. Полухина Т.С., Котова В.Ю., Шири Ю. Определение биологически активных веществ в Розмарине лекарственном (*Rosmarinus officinalis* L.), произрастающем на территории Туниса // В сборнике: Фармацевтические науки: от теории к практике Заочная научно-практическая конференция с международным участием. – 2016. – С. 138-139.
2. Котова В.Ю., Полухина Т.С., Маази Я. Определение кислоты аскорбиновой в надземной части Душицы обыкновенной (*Origanum vulgare* L.), культивируемой в Марокко // В сборнике: Фармацевтические науки: от теории к практике Заочная научно-практическая конференция с международным участием. – 2016. – С. 186-187.

БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА ИВЫ ЖИВУЧЕЙ

Ясенявская А.Л., Цибизова А.А., Бурас Н., Хашум М.,
Бухуш М.А., Кхелла Ф.Э., Мегдад Р., Моаши Р.
ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава РФ, Астрахань, Россия

BIOLOGICAL ACTIVE SUBSTANCES OF AJUGA IVA

Yasenyavskaya A.L., Tsibizova A.A., Buras N., Khashum M.,
Bukhush M.A., Kkhella F.E., Megdad R., Moashi R.
Astrakhan State Medical University, Astrakhan, Russia

Введение. В настоящее время отмечается всевозрастающее внимание к изучению воздействия различных природных факторов на организм человека [1, 2, 4]. Многовековое использование природных лекарственных средств, как минерального, так и растительного происхождения доказывает эффективность их применения в лечении различных заболеваний [3].

В народной медицине широко применяется в качестве лекарственного растительного сырья Ива живучая (*Ajuga reptans*), ареал распространения которой от Марокко до Египта.

Ива живучая - это многолетнее травянистое растение высотой от 5 до 10 см с прямыми стеблями, листья узко продолговатые, опушенные, длиной 14-35 мм, цветы мелкие от 12 до 20 мм двугубые сине-фиолетовые, образующие колосовидные соцветия. Период цветения - март-июнь [5].

Фитопрепараты Ивы живучей применяются в качестве противовоспалительных, противомикробных, антибактериальных, антигельминтных средств. Экспериментально доказана их регенераторная и гипогликемическая активность. Фитоэкстракты Ивы живучей уменьшают гиперхолестеринемию за счет уменьшения всасывания экзогенного холестерина и увеличения преобразования эндогенного холестерина в желчные кислоты [5].

Цель исследования. Целью данного исследования явилось изучение качественного состава биологически активных веществ травы Ивы живучей, произрастающей на территории Марокко.

Материалы и методы исследования. В качестве объекта исследования использовали траву Ивы живучей, собранной в мае 2016 года, произрастающей на территории Марокко в области Марракеш. Определение биологически активных веществ: флавоноидов, дубильных веществ, сапонинов и иридоидов проводили, опираясь на фармакопейные методы исследования.

Флавоноиды определяли в спиртовых извлечениях, полученных по следующей методике: 1,0 г измельченной травы заливали 10 мл 95% этанола, нагревали на водяной бане до кипения и настаивали 3 ч. После чего полученное извлечение фильтровали и упаривали до объема 2 мл. Затем его делили на две равные части в две пробирки, в каждую из которых прибавляли по 3 капли концентрированной хлористоводородной кислоты. После чего в первую пробирку добавляли 20,0 г порошка цинка и нагревали на водяной бане до кипения. В случае присутствия флавоноидов жидкость окрашивалась в красный цвет. Вторую пробирку использовали как контрольную, в которой окрашивание отсутствовало.

Также для определения флавоноидов была проведена реакция с 10% спиртовым раствором щелочи. Наличие флавоноидов подтверждалось появлением окрашивания от желтого до красного цвета.

Определение дубильных веществ проводили в водных извлечениях, в соотношении 1:10 полученных путем настаивания на кипящей водяной бане в течение 10 минут. Для идентификации дубильных веществ проводили общие реакции осаждения. Использовали 1%-й раствор желатина приготовленный на 10%-ном растворе хлорида натрия. Появление хлопьевидного осадка, растворимого в избытке желатина свидетельствует о наличии дубильных веществ.

При добавлении 5% раствора дихромата калия к водному извлечению при наличии исследуемых веществ образуется коричневый осадок или муть.

Проведение качественных реакций на сапонины проводили в водном извлечении, приготовленном в соотношении 1:10 при нагревании на водяной бане в течение 10 минут. Присутствие сапонинов доказывали проведением реакции пенообразования. С этой целью в одну пробирку помещали 0,1 Н хлороводородную кислоту, в другую – 0,1 Н раствор натрия гидроксида.

Образование в двух пробирках стойкой обильной пены свидетельствует о наличии в сырье тритерпеновых сапонинов. Присутствие сапонинов стероидной группы идентифицируется образованием пены только в пробирке с 0,1 Н раствором натрия гидроксида.

Иридоиды идентифицировали в приготовленном спиртовом извлечении. В качестве экстрагента использовали спирт этиловый 70%. Была проведена реакция Трим-Хилла, где в качестве реактива использовали смесь кислот уксусной ледяной и хлористоводородной концентрированной с добавлением 0,2% водного раствора меди сульфата (20:1:2). Наличие иридоидов подтверждалось появлением синей окраски.

Результаты исследования их обсуждение. Данные, полученные в ходе проведенного качественного анализа биологически активных веществ травы Ивы живучей, подтверждают наличие флавоноидов, дубильных веществ, иридоидов.

Наличие флавоноидов подтверждалось появлением красного окрашивания при постановке цианидиновой реакции, а также желтого окрашивания – в условиях реакции с 10% спиртовым раствором щелочи.

Наличие дубильных веществ подтверждалось появлением хлопьевидного осадка и мути при добавлении к водному извлечению 1%-го раствора желатина и 5% раствора дихромата калия соответственно.

Иридоиды были идентифицированы появлением синей окраски при постановке реакции Трим-Хилла.

Кроме этого, следует отметить, что реакция пенообразования на сапонины оказалась отрицательной.

Выводы. Таким образом, результаты проведенных качественных реакций свидетельствуют о наличии в траве Ивы живучей, произрастающей на территории Марокко флавоноидов, дубильных веществ и иридоидов.

Качественный анализ состава биологически активных веществ травы Ивы живучей обосновывает актуальность дальнейшего изучения данного растения.

Литература

1. Войнова В.И., Самокруева М.А., Брынцева И.А., Цибизова А.А. Перспективы применения сульфидно-иловой грязи Астраханской области в качестве противовоспалительного средства // Международный журнал экспериментального образования. – 2015. – №12-4. – С. 535-537.
2. Сергалиева М.У., Ясенявская А.Л. Антиоксидантные и иммуностропные свойства экстракта травы Астрагала лисьего (*Astragalus vulpinus willd*) // В сборнике: Сборник материалов IV Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Инновации в здоровье нации» Санкт-Петербургская государственная химико-фармацевтическая академия. – 2016. – С. 169-171.
3. Сергалиева М.У., Ясенявская А.Л., Самокруев А.В. Изучение содержания флавоноидов и сапонинов в траве *Astragalus vulpinus willd* // В сборнике: Фармацевтическое образование, наука и практика: горизонты развития Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 50-летию фармацевтического факультета КГМУ. Под редакцией В.А. Лазаренко, И.Л. Дроздовой, И.В. Зубковой, О.О. Куриловой. – 2016. – С. 518-520.
4. Цибизова А.А., Самокруева М.А., Озеров А.А., Тюренков И.Н. Изучение иммуностропной активности нового производного пиримидина // В сборнике: Теоретические и практические проблемы развития современной науки сборник материалов 7-й международной научно-практической конференции. – 2015. – С. 159-161.
5. Bouderbala S, Prost J, Lacaille-Dubois MA, Bouchenak M. Iridoid extracts from *Ajuga iva* increase the antioxidant enzyme activities in red blood cells of rats fed a cholesterol-rich diet. *Nut Res.* – 2010. – № 30. – pp.358-365.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В ЛИСТЬЯХ МАЙОРАН (*ORIGANUM MAJORANA*), КУЛЬТИВИРУЕМОМ В МАРОККО

Ясенявская А.Л., Цибизова А. А., Мохтари С., Рами Л., Хераки Л.,
Рхарнати Х. Эль, Аллали Х., Ариф К.
ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава РФ, Астрахань, Россия

DETERMINATION OF BIOLOGICAL ACTIVE SUBSTANCES IN THE LEAVES MAJORANA (*ORIGANUM MAJORANA*), CULTIVATED IN MOROCCO

Yasenyavskaya A.L., Tsibizova A. A., Mokhtari S., Rami L., Kheraki L.,
Rkharnati Kh. El', Allali Kh., Arif K.
Astrakhan State Medical University, Astrakhan, Russia

Актуальность. Одной из важнейших задач современных научных фармацевтических организаций является поиск новых источников биологически активных веществ, которые приведут к расширению производства фитопрепаратов различного спектра действия, обладающих высокой эффективностью, но малой токсичностью, что позволяет использовать их длительное время в период профилактики и лечения заболеваний различной этиологии без риска возникновения нежелательных побочных явлений [3, 4].

В качестве источников биологически активных веществ используют как дикорастущие, так и культивируемые растения. В фармацевтической промышленности используют сырье, содержание биологически активных веществ в котором имеется в больших концентрациях [1]. В связи с тем, что некоторые растения являются редкими или исчезающими, актуальным является использование культивируемых растений с богатым содержанием биологически активных. Именно поэтому важен процесс введения в культуру новых растений.

Одним из перспективных в качестве источника биологически активных веществ является представитель рода Lamiaceae – Майоран (*Origanum Majorana*).

Майоран (*Origanum Majorana*) – однолетнее травянистое растение до 50 см высотой. Стебли многочисленные, ветвистые, прямостоящие, серебристого оттенка, образуют кустарник. Листья продолговато-яйцевидной или лопатовидной формы, черешковые, цельнокрайные. Цветки майорана мелкие, белые или розовые, обоеполые, собраны в верхушечные колосовидные соцветия. Плод – орешек яйцевидной формы, состоит из мелких односемянных орешков. Цветение растения длится с июля по август.

С древнейших времен майоран используется не только как пряность, но и как лекарственное растение. Майоран отмечен в травниках как тонизирующее, противокатаральное и антисептическое средство [2].

Более подробное изучение химического состава листьев Майоран (*Origanum Majorana*) позволит разработать новые лекарственные формы на основе данного растения для применения при различных патологических состояниях организма.

Целью настоящей работы послужило установление качественного определения состава листьев Майорана, культивируемой в Марокко.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования явились листья Майоран (*Origanum Majorana*). Основным методом исследования явился качественный анализ биологически активных веществ: дубильных веществ, аскорбиновой кислоты, флавоноидов.

Биологически активные вещества определяли в экстрактах, используя общепринятые фармакопейные методы.

Определение дубильных веществ и аскорбиновой кислоты проводили в водном извлечении, флавоноиды – в спиртовом извлечении.

Методика определения флавоноидов основывалась на реакции с раствором основного ацетата свинца $Pb(CH_3COO)_2$ с добавлением к 1 мл извлечения 3-5 капель 2%-ного основ-

ного ацетата свинца. О наличии флавоноидов свидетельствует появление желто-оранжевого окрашивания.

На присутствие флавонов, флаванонов, флаванолов и флаванонолов указывает появление желтого окрашивания, переходящее при нагревании в красное или оранжевое, что обнаруживается при оценке реакции с раствором аммиака NH_3 (при добавлении к 1 мл извлечения 3-5 капель).

Наличие дубильных веществ подтверждалось постановкой реакции с добавлением к 2-3 мл извлечения 5 капель раствора железоаммониевых квасцов. В случае наличия гидролизуемых дубильных веществ появляется черно-синее окрашивание, а конденсированных – черно-зеленое окрашивание. Кроме этого, определение данной группы биологически активных веществ подтверждалось выпадением осадка при добавлении к 1 мл извлечения 2 мл 10%-ной уксусной кислоты и 1 мл 10%-ной средней соли ацетата свинца.

Реакцией с метиленовым синим идентифицировали аскорбиновую кислоту. В пробирку наливали по 2 капли 10% раствора метиленовой сини, 10% раствора гидрокарбоната натрия и 10 капель водного извлечения с последующим нагреванием. При наличии аскорбиновой кислоты ожидается обесцвечивание жидкости.

Результаты исследования и их обсуждение.

Наличие флавоноидов подтверждалось желтым окрашиванием, при нагревании переходящим в оранжевое, в ходе постановки реакции с раствором основного ацетата свинца, а также в условиях реакции с раствором аммиака.

Наличие дубильных веществ подтверждалось появлением черно-зеленого окрашивания при добавлении раствора железоаммониевых квасцов, а также выпадения осадка при добавлении к водному извлечению уксусной кислоты и соли ацетата свинца.

При проведении реакции с метиленовым синим наблюдалось его обесцвечивание, что подтверждает наличие аскорбиновой кислоты.

Выводы. При проведении анализа листьев Майорана (*Origanum Majorana*) был определен следующий качественный состав: флавоноиды, дубильные вещества и аскорбиновая кислота.

Таким образом, на основании состава представленного сырья можно сделать вывод о том, что данное растение рекомендуется подвергнуть более детальному изучению и возможному дальнейшему его использованию в качестве сырья для производства фитопрепаратов.

Литература

1. Войнова В.И., Самоутруева М.А., Брынцева И.А., Цибизова А.А. Перспективы применения сульфидно-иловой грязи Астраханской области в качестве противовоспалительного средства // Международный журнал экспериментального образования. – 2015. – №12-4. – С. 535-537.
2. Дудченко Л. Г., Козьяков А. С., Кривенко В. В. Пряно-ароматические и пряно-вкусовые растения: Справочник / Отв. ред. К. М. Сытник. – К.: Наукова думка, 1989. – 304 с.
3. Сергалиева М.У., Ясенявская А.Л. Антиоксидантные и иммуностропные свойства экстракта травы Астрагала лисьего (*Astragalus vulpinus willd*) // В сборнике: Сборник материалов IV Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Инновации в здоровье нации» Санкт-Петербургская государственная химико-фармацевтическая академия. – 2016. – С. 169-171.
4. Сергалиева М.У., Ясенявская А.Л., Самоутруев А.В. Изучение содержания флавоноидов и сапонинов в траве *Astragalus vulpinus willd* // В сборнике: Фармацевтическое образование, наука и практика: горизонты развития Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 50-летию фармацевтического факультета КГМУ. Под редакцией В.А. Лазаренко, И.Л. Дроздовой, И.В. Зубковой, О.О. Куриловой. – 2016. – С. 518-520.