

**ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ГЕНОТИПОВ ПОЛИМОРФНОГО
ВАРИАНТА C807T В ГЕНЕ ITG A2 СРЕДИ ЗДОРОВЫХ РЕСПОНДЕНТОВ И БОЛЬНЫХ
С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПРИНИМАЮЩИХ И НЕ ПРИНИМАЮЩИХ
АСПИРИН, БУРЯТСКОЙ И РУССКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТЕЙ**

Аветисян М.А., Витковский Ю.А.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Цель: Изучить распространенность полиморфизма гена ITG A2 среди здоровых респондентов и больных с ишемической болезнью сердца, принимающих и не принимающих аспирин, бурятской и русской национальностей.

Материалы и методы. В исследование были включены 100 здоровых респондентов в возрасте от 40 до 55 лет и 109 больных с ИБС, принимающих и не принимающих аспирин в той же возрастной категории. По национальности все исследуемые были разделены на 2 группы: русские (118 человек) и буряты (91 человек). Здоровых респондентов русской национальности составило 60 человек и 58 респондентов больных с ИБС. В число исследуемых бурятской национальности вошли 40 здоровых и 51 больной с ИБС. Генетический полиморфизм определяли при помощи ПЦР наборами реактивов ООО "Литех" (Россия). Статистическая обработка проведена с использованием критерия χ^2 .

Результаты: Установлено, что частота встречаемости генотипов c/c, c/t, гена ITGA2 (807 c-t) среди больных респондентов русской национальности составила 39,71%, 52,94% соответственно. Среди респондентов бурятской национальности полиморфные варианты гена распределились следующим образом: 31,71% c/c генотипа, 36,58% c/t генотипа. Статистически значимых различий в частоте генотипов среди русских и бурят не были найдены. Однако частота генотипа t/t гена ITGA2 (807 c-t) среди больных респондентов бурятской национальности составила 31,71%, что статистически значимо отличается от распространенности этого генотипа среди исследуемых больных русской национальности (7,35% соответственно, $p=0,013$). При исследовании частоты встречаемости генотипов c/c, c/t, t/t гена ITGA2 (807 c-t) среди здоровых лиц и больных с ИБС, принимающих и не принимающих аспирин бурятской национальности, было установлено статистически значимое отличие по генотипу t/t (у больных 32% и 8% у здоровых лиц, $p=0,038$).

При сравнении распространенности генотипов c/c, c/t, t/t гена ITGA2 (807 c-t) в группе здоровых лиц и больных с ИБС среди русских, существенных отличий не было, то же было отмечено при сравнении здоровых лиц русской и бурятской национальностей

Выводы: частота гомозигот по генотипу t/t гена ITG A2 в группе больных с ИБС бурятской национальности была значительно выше, чем в группе больных русской национальности (31,71% и 7,35% соответственно). При сравнении здоровых лиц и больных с ИБС в группе бурят по генотипу t/t гена ITGA2 (807 c-t), частота генотипа преобладает у больных лиц с ИБС (32%-генотипа t/t у больных, 8%-генотипа t/t у здоровых лиц). В группе русских респондентов при сравнении здоровых и больных с ИБС по частоте встречаемости генотипов c/c, c/t, t/t гена ITGA2 (807 c-t), а также при сравнении здоровых лиц бурятской и русской национальностей отличий нет.

**ВРЕМЕННЫЕ И СПЕКТРАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАбельНОСТИ РИТМА СЕРДЦА
У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ
С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ**

Аксенова Т.А., Горбунов В.В.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Известно, что имеется существенная взаимосвязь между состоянием вегетативной нервной системы и сердечно-сосудистой летальностью. Снижение вариабельности ритма сердца (ВРС) тесно взаимосвязано с увеличением числа жизнеопасных аритмий. Исследование ВРС при сочетании гипертонической болезни (ГБ) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) до настоящего времени не проводилось.

Цель исследования: изучить временные и спектральные показатели ВРС при сочетании ГБ и ХОБЛ.

Методы исследования. Обследовано 170 пациентов с ГБ 1-2 стадии, 91 человек из них имел сочетание ГБ и ХОБЛ (1 группа). Группу сравнения составили 79 больных с изолированной ГБ (2 группа). Диагноз ГБ выставлен согласно национальным клиническим рекомендациям, более 50% пациентов в каждой группе имели 2 стадию ГБ. Диагноз ХОБЛ выставлен согласно GOLD, постбронхо-

дилатационный объем форсированного выдоха за первую секунду составил $57,4 \pm 13,6\%$ от должных значений. В анамнезе у пациентов регистрировалось от одного до двух обострений в год (на момент обследования все были в состоянии ремиссии), большинство пациентов имели легкое и среднетяжелое течение ХОБЛ. Критерии исключения из исследования: ишемическая болезнь сердца (ИБС), бронхиальная астма, ожирение 3 степени, сопутствующие заболевания в стадии декомпенсации. Пациенты не различались по возрасту, офисным показателям систолического и диастолического АД и ЧСС, длительности ГБ. Более 80% пациентов 1 группы были мужского пола, 2 группа подбиралась в соответствующем гендерном соотношении. С целью исключения ИБС проводился тщательный опрос, электрокардиография (ЭКГ), холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ, велэргометрия с достижением субмаксимальной или максимальной ЧСС, ишемических изменений при данной нагрузочной пробе у пациентов выявлено не было. При необходимости проводились коронарография и стрессэхокардиография. ХМ ЭКГ с одновременным анализом ВРС проводилось при помощи системы "Кардиотехника-04" в обычных для больного условиях, изучались основные временные и спектральные показатели. Контрольную группу составили 26 практически здоровых лиц, сравнимых по полу и возрасту.

Обработка данных проведена с помощью пакета статистических программ Statistica 6,0 (StatSoft). Учитывая асимметричное распределение признака, применялись методы непараметрической статистики, сравнение проведено с использованием U-критерия Манна-Уитни, хи-квадрата Пирсона. Корреляционный анализ выполнен с использованием гамма-корреляции, поскольку проводилось сравнение количественного и качественного признаков. Статистически значимыми считали отличия при $p \leq 0,05$.

Полученные результаты. Основные спектральные показатели ВРС у больных ГБ в обеих группах были снижены по сравнению с контрольной группой. При этом наибольшее снижение наблюдалось в группе с коморбидной патологией. Так уровень мощности спектра в диапазоне низких частот (LF) при сочетании ГБ и ХОБЛ был снижен почти вдвое (на 49,2%, $p=0,00001$), при изолированной ГБ - на 27,4% ($p=0,00001$) по сравнению с контролем. В диапазоне высоких частот (HF) в первой группе выявлено снижение на более чем в 4 раза ($p=0,000001$), во второй - почти вдвое ($p=0,013$) по сравнению со здоровыми лицами. У пациентов с сочетанием ГБ и ХОБЛ по сравнению с изолированной ГБ LF был снижен на 30 % ($p=0,00001$), HF на 50% ($p=0,00001$).

Показатель LF/HF в группе с сочетанной патологией был максимальным и на 87,6% ($p=0,000001$) превышал значения контрольной группы и на 59,4% группу с изолированной ГБ ($p=0,021$), что говорит о преобладании симпатикотонии у данной категории больных.

SDNN и SDNN_i были снижены как при изолированной, так и при коморбидной ГБ по сравнению с контролем. Показатель rMSSD в группе с сочетанной патологией был снижен по сравнению с группой изолированной ГБ на 19,3% ($p=0,034$), с контрольной группой на 47,7% ($p=0,000001$). Сходное изменение продемонстрировал рNN50 - был ниже на 43,5% ($p=0,049$) по сравнению с изолированной ГБ и на 66,6% ($p=0,000001$) со здоровыми лицами. Снижение данных показателей в группе с коморбидной патологией свидетельствует об ослаблении парасимпатических влияний на сердечный ритм.

Гамма-корреляцией выявлена отрицательная взаимосвязь LH ($\gamma=-0,48$, $p=0,000075$) и HF ($\gamma=-0,37$, $p=0,0021$) с наличием у пациента ХОБЛ. Наличие факта курения также было обратно взаимосвязано с LH ($\gamma=-0,36$, $p=0,0024$), HF ($\gamma=-0,44$, $p=0,0024$), рNN50 ($\gamma=-0,44$, $p=0,00033$), rMSSD ($\gamma=-0,45$, $p=0,0002$), что подтверждает ослабление вагусных и увеличение симпатических влияний на ВРС при коморбидной патологии, усугубляемое курением.

Выводы. В обеих группах больных ГБ выявлено снижение абсолютных значений показателей ВРС во временной и спектральной областях, наиболее выраженное в группе коморбидной патологии.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ИБС НА ЭТАПЕ АМБУЛАТОРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Алексенко Е.Ю., Гатиятов Ю.Ф., Галеева А.П., Первалова Н.Г.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия
ГУЗ "Городская поликлиника №7", Чита, Россия

Качество жизни является показателем, характеризующим физическое, психологическое, эмоциональное и социальное функционирование исследуемого, основанное на его субъективном восприятии. Оценка качества жизни может быть использована для характеристики тяжести патологического процесса, эффективности проводимых лечебных мероприятий.

Цель работы: оценить качество жизни больных стабильной стенокардией на этапе амбулаторного наблюдения.

Материалы и методы. Обследовано 58 пациентов со стабильной стенокардией II-III функционального класса, хронической сердечной недостаточностью I-IIА стадией (1-2 ФК), находившихся на диспансерном учете у кардиолога. 1-ю группу составили 28 больных, которым в анамнезе в 2007-2012 годах проводились различные оперативные вмешательства по поводу ИБС (аорто- и маммарокоронарное шунтирование - 10, ЧТКА со стентированием коронарных артерий - 18 человек). Во 2-ю группу вошли 28 пациентов, которым не проводилось оперативных вмешательств. Средний возраст пациентов в 1-й группе - $61,5 \pm 7,2$ лет, во 2-й группе - $63,7 \pm 6,7$ лет, по половому составу в обеих группах преобладали мужчины (89,2% и 78,6% соответственно). В прошлом 2/3 пациентов перенесли инфаркт миокарда, в группах не определено различия по этому показателю. При анализе медикаментозного лечения установлено, что все пациенты принимали гиполипидемические препараты (симвостатин, аторвостатин, правостатин), ацетилсалициловую кислоту в виде кишечнорастворимых форм. Не выявлено значимых различий между группами по приёму β -блокаторов, ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента / антагонистов рецепторов ангиотензина II, нитратов. Больные, перенесшие оперативные вмешательства, чаще принимали клопидогрель по сравнению с 2-й группой ($p = 0,042$). Следует отметить, что группы по функциональным классам стенокардии не отличались. Для оценки качества жизни использовали опросник SF-36. Обработка данных проводилась с помощью программы Statistica 6.1 (StatSoft) непараметрическими методами с применением U-критерия Манна-Уитни, различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. Качество жизни больных по опроснику SF-36 по восьми шкалам колебалось от 31,2 до 70,6 баллов. Между группами выявлены значимые различия по трем шкалам: физического функционирования (PF), социального функционирования (SF), психологического здоровья (MH). Перечисленные показатели были выше в 1-й группе. Физическое функционирование (PF) отражает степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение различных физических нагрузок. Социальное функционирование (SF) и психологическое здоровье (MH) являются психологическими компонентами состояния исследуемых и определяют степень, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность, а также характеризуют настроение и общий показатель положительных эмоций.

Выводы. Таким образом, у пациентов, перенесших в прошлом различные оперативные вмешательства на сердце, оценка качества жизни была более высокая, по сравнению с группой лиц, принимающих только медикаментозную терапию. Полученные различия по трем шкалам свидетельствуют о большей выраженности симптомов заболевания, снижению эмоционального фона у пациентов 2-й группы.

АНАЛИЗ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ ПО ДАННЫМ ГБУЗ ЗКПЦ Г.ЧИТЫ

Анохова Л.И., Белокрыницкая Т.Е., Тарбаева Д.А.,

Белозерцева Е.П., Фролова Н.И., Исаков А.П.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России,

ГБУЗ Забайкальский краевой перинатальный центр, Чита, Россия

Актуальность. Причинами младенческой смертности в мире в 50-70% случаев оказываются осложнения, обусловленные преждевременными родами. Половина неонатальных потерь регистрируют среди новорожденных с массой менее 2500 г, составляющих всего 1,5% всех родившихся детей. Благодаря успехам неонатальной службы выживаемость детей, родившихся с массой тела менее 1500 г, составляет около 85%, однако 25% из них имеют тяжелые неврологические нарушения, 30% - расстройства слуха и зрения, 40-60% испытывают трудности в процессе обучения и образования.

Целью нашего исследования явился анализ младенческой смертности в ГБУЗ "ЗКПЦ" г. Читы за 6 месяцев 2013 г.

Материалы и методы. Ретроспективный, клинико-статистический анализ.

Результаты и обсуждение. За 6 месяцев 2013 года в ГБУЗ "ЗКПЦ" произошло 1412 родов, родилось 1448 детей. Из них преждевременных родов - 180, от которых родилось 205 новорожденных. В зависимости от сроков наступления преждевременных родов распределение произошло следующим образом: в 22-28 недель - 18, 29-32 нед - 40, 33-36 нед - 122 случая. По массе тела с экстремально низкой массой тела родилось 6,8% новорожденных (14/205), с очень низкой массой тела - 17% (35/205) и низкой массой тела - 26,8% (55/205).

Оперативно родоразрешено 58,8% (106/205) женщин, в т.ч. до 27 недель 54,5% (6/11). Показаниями для кесарева сечения явились тяжелый гестоз - 25,4% (27/106), ПОНРП - 20,1% (22/106), в 12,2 %

случаев - гипоксия плода (13/106), несостоятельный рубец на матке - 10,3% (11/106), тазовое предлежание плода - 6,6%(7/106). Операции КС выполнены истмико-корпоральным разрезом, дети извлечены в целом плодном пузыре. Преждевременные роды велись согласно клиническому протоколу, утвержденному МЗ РФ (2012 г.). Все дети родились в асфиксии средней и тяжелой степени, обусловленной глубокой недоношенностью. Недоношенным с ЭНМТ при рождении неонатологом-реаниматологом в полном объеме выполнены реанимационные мероприятия, вводился курорсурф с последующей ИВЛ. Заболеваемость детей в данной группе высокая и обусловлена не только малым сроком гестации, но и врожденными пороками развития и осложненным течением беременности.

Умерших детей - 13 (за 6 месяцев 2012г.-3). Показатель перинатальной смертности за 6 месяцев 2013г. составил 13,80/00 (6 месяцев 2012г. - 9,50/00, краевой показатель за 6 месяцев 2013г. - 11,30/00). Отмечается рост показателей, составляющих младенческую смертность новорожденных, в т.ч. раннюю неонатальную смертность. В ГБУЗ "ЗКПЦ", как в целом и по краю, увеличение показателей произошло за счет регистрации детей с экстремально низкой массой тела. Распределение умерших по массе тела при рождении с экстремально низкой массой тела: умерло 6 детей (46,1%), с очень низкой массой тела 3 ребенка (23%), с низкой массой тела 2 (15,4%) и 2 (15,4%) ребенка с массой более 2500. В 2013 году по сравнению с прошлым годом количество умерших недоношенных детей возросло более чем в 3 раза. В структуре причин младенческой смертности за 6 месяцев 2013г. ведущее место занимают состояния, возникающие в перинатальном периоде - 8 случаев, из них - 4 случая внутрижелудочковых кровоизлияний, 3 случая - специфичных для перинатального периода инфекционные болезни, 1 случай - неонатальная пневмония. На 2 месте - врожденные пороки развития - 3 случая врожденные аномалии развития системы кровообращения. И на последнем месте - 2 случая хронической обструктивной легочной болезни.

Показатель неонатальной смертности за 6 месяцев 2013г. составил 7,7 0/00, что в три раза больше чем за аналогичный период 2012г. (2,6 0/00).

Выводы:

1. Отмечается возрастание показателя младенческой смертности в 3 раза по сравнению с аналогичным периодом 2012 года за счет низкого индекса здоровья и отрицательных медико-социальных характеристик беременных.
2. Основной причиной младенческой смертности у детей с ЭНМТ являются внутрижелудочковые кровоизлияния, обусловленные глубокой недоношенностью и тяжелой акушерской и экстрагенитальной патологией.
3. Совершенствование акушерской и неонатологической помощи, улучшение материальной базы, внедрение диагностических тестов и индивидуальный подход в выхаживании глубоко недоношенных с ЭНМТ позволят улучшить перинатальные исходы.

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНИТЕТА ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ ОСТРОЙ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОЙ ИШЕМИИ

¹Артамонова З.А., ¹Намоконов Е.В., ¹Терешков П.П., ²Сычугова И.В.

¹ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

²НУЗ "Дорожная клиническая больница на ст. Чита II" ОАО РЖД, Чита, Россия

Острое нарушение мезентерального кровообращения в спектре хирургических заболеваний до настоящего времени занимает одно из лидирующих позиций по количеству летальных исходов. Проблема острой мезентеральной ишемии заключается в том, что в клинической практике последняя распознается, когда она уже привела к гангрене кишки. Изучение патофизиологических реакций развивающихся при ОМИ, с последующим созданием новых способов прогнозирования развития и течения этой патологии является актуальной проблемой хирургии.

Цель работы: исследовать некоторые показатели иммунного статуса на модели острой мезентеральной ишемии.

Материалы и методы. Эксперименты проведены на 16 самцах белых беспородных крыс массой 200-220 г. Все животные были поделены на экспериментальную (9 животных) и контрольную (7 животных) группы. В экспериментальной группе животным выполнялась лапаротомия, проводились забор крови из каудальной вены, после чего выполнялась перевязка брыжеечной артерии в основании корня брыжейки. Через 2 часа выполнялась релапаротомия, оценка жизнеспособности кишечника, повторный забор крови, биопсия измененного участка кишки. В контрольной группе перевязка сосуда не

выполнялась, материал забирали аналогично первой группе. Операции и все манипуляции с животными проводились с использованием общего обезболивания, а эвтаназия - путем передозировки средств для наркоза, с учетом общепринятых положений.

Для иммунофенотипирования кровь у животного забирали в пробирку, содержащую динатриевую соль ЭДТА объемом 2,5 мл. Оценку субпопуляционной структуры лимфоцитов осуществляли стандартным методом прямого иммунофлюоресцентного окрашивания цельной крови с использованием коммерческого лизирующего/фиксирующего раствора VersaLyse/IOTest 3 Fixative solution (Beckman Coulter) и панели моноклональных антител IOTest Anti-Rat (Beckman Coulter):

1-ая панель - CD3-FITC/CD4-PC7/CD8-APC; 2-ая панель - CD3-FITC/CD45RA-PC7/CD161a-APC. Контрольные пробы инкубировали с иммуноглобулинами мечеными флуорохромами (FITC, PC7, APC) соответствующего изотипа - мышиные IgG1, IOTest (Beckman Coulter). Цитофлюорометрию осуществляли на проточном цитофлюориметре "Cytomics FC-500" (Beckman Coulter, USA), регистрировали суммарно не менее 10.000 событий. Данные анализировали с помощью программы СХР Cytometer (Beckman Coulter). Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием программы "Statistica-6 for Windows" и критерия Уилкоксона.

Результаты. В процессе динамического наблюдения нами установлено, что через два часа после пережатия брыжеечной артерии клинически наблюдается ишемическая стадия мезентериальной ишемии, подтвержденная гистологическими исследованиями. У всех животных экспериментальной группы в общем кровотоке отмечалось значительное снижение общего числа лимфоцитов по отношению к исходным показателям ($p < 0,005$), тогда как в контрольной группе достоверного снижения выявлено не было ($p < 0,02$).

Выводы. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о развитии ранних иммунных патофизиологических реакций в ответ на критическую ишемию кишечника, что может служить ранним лабораторным критерием в диагностике данной хирургической патологии.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Ахметова Е.С., Мочалова М.Н., Серебрякова О.В., Хавень Т.В.,
Кузьмина Л.А., Фалько Е.В., Черникова И.А.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия
ГУЗ "Краевая клиническая больница" Перинатальный центр, Чита, Россия

В Российской Федерации распространённость гестационного сахарного диабета (ГСД) среди женщин репродуктивного возраста составляет 1-5%. ГСД определяется как непереносимость углеводов различной тяжести, начавшаяся или впервые выявленная во время настоящей беременности. Перинатальная смертность при беременности, осложненной гестационным СД составляет 3-5%.

Целью настоящего исследования явилось выявление особенностей течения беременности и родов у женщин с ГСД.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 39 историй родов женщин, чья беременность осложнилась ГСД, по данным перинатального центра ГУЗ "Краевая клиническая больница" за 2010-2013 гг.

Результаты. Большинство женщин, чья беременность осложнилась ГСД, были в возрасте старше 30 лет - 66,7% (26), до 30 лет - 33,3% (13) беременных. По социальному статусу 59% (23) являлись домохозяйками, 41% (16) - работающими. Наибольшее количество беременных - 92,3% (36) состояло в браке.

Среди гинекологической патологии чаще встречался хронический цервицит - 46,2% (18), хронический сальпингофорит - в 7,7% (3) случаев, у 5,1% (2) пациенток диагностирован хронический эндометрит, у 2,6% (1) - миома матки, у 2,6% (1) - бесплодие. Гинекологически здоровы были 45,9% (17) исследуемых.

Различная экстрагенитальная патология имела место у всех беременных с ГСД. У большей части пациенток были выявлены нейроэндокринные нарушения - 84,6% (33) беременных. У 51,3% (20) диагностирована патология сердечно-сосудистой системы, у 48,7% (19) - заболевания мочевыводящих путей, в 35,9% (14) - патология щитовидной железы, у 28,2% (11) - заболевания желудочно-кишечного тракта, у 12,8% (5) - патология нервной системы.

Из акушерского анамнеза выяснено, что только у 23% (9) женщин данная беременность была первая, большинство пациенток - 76,9% (30) в прошлом имели от 1 до 3 родов. У 53,8% (21) иссле-

двумя в анамнезе имели место аборт, у 74,4% (29) самопроизвольный выкидыш на малом сроке. Наши данные подтверждаются литературными сведениями о том, что ГСД чаще развивается у женщин с ожирением и самопроизвольными выкидышами в анамнезе.

У 76,9% (30) ГСД выявлен при повторной беременности. В первом триместре данная патология выявлена лишь у 5,1% (2), во втором триместре - у 48,7% (19), в третьем триместре - у 46,2% (18) пациенток.

Из урогенитальных инфекций у 35,9% (14) женщин диагностирован кандидозный вагинит, у 12,8% (5) - бактериальный вагиноз, у 7,7% (3) - хламидиоз, у 15,4% (6) - уреоплазмоз. Патогенная кокковая флора (по данным бактериологического исследования отделяемого цервикального канала) выявлена у 35,9% (14) пациенток.

Отмечено, что 35,9% (14) беременных с ГСД в 1 триместре перенесли ОРВИ. Хроническая плацентарная недостаточность у пациенток с ГСД имела место в 100% случаев, причем у 51,3% (20) женщин она сопровождалась хронической внутриутробной гипоксией плода, у 10,3% (4) - синдромом задержки роста плода (СЗРП).

Преэклампсия умеренной степени осложнила течение гестации у каждой третьей беременной - 35,9% (14) с ГСД, причем прибавка веса более 15 кг за беременность была отмечена у 23,1% (9) женщин. Преэклампсия чаще всего начиналась с отёчного синдрома, который быстро прогрессировал. Далее присоединялась протеинурия без выраженной артериальной гипертензии. Угроза преждевременных родов имела место в 53,8% (21) случаев, гестационная анемия - в 51,3% (20), хроническое умеренное многоводие - в 20,5% (8), маловодие - в 15,4% (6), ВАР сердца плода - в 5,1% (2), ПОНРП - в 2,6% (1).

У 48,7% (19) женщин с ГСД роды закончились путем операции кесарева сечения: в срок - у 84,2% (16), досрочным - у 15,8% (3) беременных. Показания к кесареву сечению распределились следующим образом: несостоятельный рубец на матке - 31,6% (6), тяжелая гипоксия плода - 15,8% (3), неготовые родовые пути - 10,5% (2), преэклампсия тяжелой степени - 10,5% (2), аномалии родовых сил, безэффективность коррекции - 15,8% (3), ПИОВ, отсутствие эффекта от родовозбуждения - 10,5% (2), клинический узкий таз - 5,3% (1), беременность после ЭКО - 5,3% (1), миома матки - 5,3% (1). Важно отметить, что у 13% (5) женщин роды осложнились аномалиями родовых сил, которые не поддавались медикаментозной коррекции, в связи с чем роды закончились оперативным путем.

Естественные роды произошли у 51,3% (20) женщин с ГСД: в срок - у 57,1% (12), преждевременные - у 42,9% (9). Таким образом, частота преждевременных родов составила 30,8% (12). Осложнения в родах имели место у 75% (15) пациенток: ПИОВ - 45% (9), слабость родовых сил - 20% (4), дискоординированная родовая деятельность - 5% (1), ПОНРП - 5% (1).

Большинство новорожденных - 57,5% (23) при рождении имели нормальную массу тела - от 3000 - 3900 г. Крупный плод (более 4000 г) диагностирован у 17,5% (7) родильниц. С массой тела менее 3000 г родилось 25% (10) детей: в результате преждевременных родов - 70% (7), с СЗРП 1-2 ст. - 30% (3). В удовлетворительном состоянии (с оценкой по шкале Апгар 8 баллов и выше в 1-ую минуту) родилось 74,4% (29) детей, оценку 8 и более баллов на 5-й минуте имело 92,5% (37) новорожденных. Остальные 25,6% (10) детей родились в состоянии различной степени асфиксии.

Послеродовый период у всех беременных с ГСД протекал без осложнений.

Выводы.

1. Беременные женщины с ГСД входят в группу высокого риска по развитию акушерских и перинатальных осложнений.
2. Плацентарная недостаточность при беременности, осложнившейся ГСД развивается в 100% случаев, при этом приводит к ухудшению внутриутробного состояния плода - в 51,3%, развитию диабетической фетопатии - в 17,9% или СЗРП - в 10,3%.
3. Также наиболее частыми осложнениями беременности при ГСД являются преэклампсия (35,9%), многоводие (20,5%), преждевременные роды (30,8%), диабетическая фетопатия (17,9%).
4. В естественных родах часто возникают такие осложнения, как несвоевременное излитие околоплодных вод (45%) и упорная слабость родовых сил (20%).
5. Около четверти детей (26%) рождаются в состоянии хронической гипоксии с низкой оценкой по шкале Апгар.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ РИНИТОВ

Байке Е.В.

ГУЗ "Краевая клиническая больница", Чита, Россия

Гипертрофический ринит - одна из основных причин постоянного затруднения носового дыхания. На сегодняшний день хирургическое вмешательство на нижних носовых раковинах остается основным методом лечения данной патологии. Наиболее часто применяются следующие оперативные виды лечения: ультразвуковая дезинтеграция, подслизистая вазотомия, лазерная коагуляция.

Цель: изучить эффективность хирургических методов лечения гипертрофических ринитов.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 30 человек с гипертрофическим ринитом, смешанной формы в возрасте от 25 до 40 лет. Диагноз был достоверно подтвержден клиническими методами. В первой группе (10 человек) произведена подслизистая вазотомия нижних носовых раковин. Во второй группе (10 человек) произведено дистантное коагулирующее лазерное воздействие с помощью СО₂-лазерной установки "Ланцет 2". Больным 2-ой группы с гипертрофическим ринитом вмешательство проводилось под местной анестезией по следующей методике: линейная коагуляция нижних носовых раковин с формированием нескольких борозд (от 3 до 5). В зависимости от степени гипертрофии мощность излучения составляла от 1,5 до 3 Вт. в непрерывном режиме. 3-ей группе была выполнена подслизистая шейверная конхотомия. Методика операции включала в себя разрез у переднего конца нижней носовой раковины в толщу слизистой на короткий период времени вводился включенный шейвер (фирма STORZ).

После операции всем пациентам назначались топические глюкокортикостероиды, туалет носа с солкосериловой и актовегиновой мазями. Послеоперационный период включал в себя эндоскопический осмотр, исследование транспортной функции и дыхательной ежедневно в первые 7 дней, затем через 14 дней, 1 месяц, 6 месяцев.

Результаты. Пациентам 1-ой группы после хирургического воздействия вводились турунды в нос с гемостатической целью на 1-2 сутки. Отек слизистой носа, очищение от корок проходили через неделю, дыхательная функция восстанавливалась через 10 дней. Пациенты оценивали результаты лечения как очень хорошие в 70% случаев.

У всех больных после воздействия лазером на слизистой оболочке раковин появлялась нежная коагуляционная пленка, затем самостоятельно отторгавшийся через 5 дней фибриновый налет. Реактивные изменения в полости носа в виде легкой заложенности носа наблюдались в течение 4 суток. У 80% больных достигнуто восстановление носового дыхания.

Клинические наблюдения пациентов 3-ей группы показали следующее. Отек слизистой нижних носовых раковин купировался на 6 сутки, нормализация носового дыхания произошла на 8 сутки. 100% результат был зарегистрирован в данной группе пациентов.

Через 6 месяцев носовое дыхание оставалось свободным у 8 пациентов из 1-ой группы, у 6 из 2-ой и все пациенты 3-ей группы отмечали полную нормализацию носового дыхания.

В ходе проведенных исследований выявлена эффективность шейверной конхотомии нижних носовых раковин, скорее всего связанная с большим объемом разрушения подслизистых структур раковины и более выраженным рубцовым процессом в послеоперационном периоде по сравнению с лазерной коагуляцией.

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ТУБОТИМПАНАЛЬНЫХ СРЕДНИХ ОТИТОВ

Байке Е.В.

ГУЗ "Краевая клиническая больница", Чита, Россия

Активное внедрение в работу оториноларингологов микроскопической и эндоскопической техники, хирургического лазера делает возможным оказание качественной хирургической помощи в труднодоступных, узких и интенсивно кровоснабжаемых анатомических областях ЛОР-органов. Устранение кондуктивной тугоухости у пациентов, страдающих хроническими туботимпанальными отитами, после проведения реконструктивных слухоулучшающих операций является важным критерием профессионального и грамотного использования хирургической техники. Для достижения хорошего результата в каждом случае нужно учитывать методы рассечения тканей, возможности минимизации

интраоперационных кровотечений, качественную визуализацию оперируемой области. Узкие слуховые проходы, изгибы слуховых проходов, экзостозы, рубцовые сужения слуховых проходов не позволяют качественно осмотреть передние отделы перфораций барабанной перепонки. Кровотечения из кожи слухового прохода, пусть незначительные, затрудняют и удлиняют период оперативного вмешательства на ухе. Сталкиваясь с такими проблемами, хирургу не всегда удается полностью и точно адаптировать аутотрансплантат при различных видах тимпанопластик к краям перфораций. В таких случаях, достойным внимания является использование рассекающего эффекта и точечной коагуляции хирургического лазера "Ланцет 2" и, наряду с операционным микроскопом, применение эндоскопов Хопкинса 0,30 градусов. Данная идея не нова, но распространение имеет крайне ограниченное.

Целью нашего исследования является оценка возможности совместного применения микроскопической, эндоскопической техники и хирургического лазера во время оперативного вмешательства у конкретного пациента.

Материалы и методы. В ЛОР-отделении ККБ в исследование были включены 8 больных, страдающих хроническим туботимпанальным средним отитом. Применялся операционный микроскоп фирмы "KARL STORZ", эндоскопы Хопкинса 0, 30 град., хирургический лазер "Ланцет 2". Благодаря малому диаметру эндоскопов открывается широкое поле для маневрирования микроинструментами и полной визуализации скрытых мест передних отделов барабанной полости и перепонки. Но это не исключает совместное использование как операционного микроскопа, так и эндоскопии, а где-то и элементов традиционного хирургического вмешательства.

Результаты исследования. В 2013г. в нашем отделении было проведено 8 тимпанопластик у пациентов с односторонним хроническим туботимпанальным средним отитом. У 5 больных применялось использование эндоскопической техники в связи с вышеперечисленными причинами. У 7 пациентов отмечается положительный результат, один на момент написания тезисов находится под наблюдением в стационаре (2-е сутки после оперативного вмешательства).

Таким образом, комбинирование применение различных видов хирургической техники способствует комфортному состоянию хирурга, экономии времени, хорошей адаптации лоскута с остатками барабанной перепонки при затрудненной визуализации ее передних отделов и снижению травматизации окружающих тканей.

ДИНАМИКА БЕЛКОВ ТЕПЛООВОГО ШОКА В РОТОВОЙ И ДЕСНЕВОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАРОДОНТИТЕ

Баранов С.В., Цыбиков Н.Н., Исакова Н.В.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита,
Россия

По данным мировой литературы, распространенность заболеваний пародонта достигает 98% от общей патологии полости рта, среди них ведущую роль играет хронический пародонтит.

Известно, что в клетках, повреждаемых при воспалительном процессе, происходит обязательное накопление белков теплового шока (БТШ), являющихся ключевым элементом их стресс-ответа. Согласно общепринятой классификации, все БТШ распределяются на 6 семейств в соответствии с их молекулярной массой. Представители каждого из семейств выполняют строго возложенные на них функции. Но особое внимание из-за более высокой насыщенности тканей стрессированного организма привлекают HSP с молекулярной массой 70 кД. Оказалось, что БТШ-70 является ведущим белком, выполняющим функцию молекулярных шаперонов и участвующим в утилизации необратимо поврежденных белков или фолдинге. В подавляющем большинстве случаев БТШ экспрессируются на мембране клеток и способны переходить в жидкие среды организма. Исходя из сказанного, представлялось интересным оценить уровень антител к белкам теплового шока в исследуемых субстратах при хроническом генерализованном пародонтите у больных гипертонической болезнью.

Материалы и методы исследования.

Обследовано 25 больных с хроническим генерализованным пародонтитом и гипертонической болезнью II-III ст. Риск 3-4, 13 мужчин и 12 женщин, в возрасте 20 - 40 лет (средний возраст $32,4 \pm 2,2$). Контрольную группу составили 15 добровольцев соответствующего пола и возраста, не имевших соматической и стоматологической патологии.

У всех исследуемых производили одномоментный забор сыворотки крови (СК), ротовой (РЖ) и десневой (ДЖ) жидкостей. Ротовую жидкость получали через 10 минут после полоскания полости рта

физиологическим раствором путем сплевывания в пластиковые пробирки, зубодесневую - с помощью шприц-тюбика с зашлифованной иглой. Полученные субстраты помещали в эппендорфы и хранили при -20°C в холодильнике до момента исследования.

Уровень БТШ-70 и антитела к нему в сыворотке крови, ротовой и зубодесневой жидкостях определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа (ИФА, "Assay Designs", USA, Michigan), результат выражали в пкг/мл.

Статистический анализ проведен с использованием пакета программ "Statistika 6.0" (StatSoft Inc., США). Учитывая нормальное распределение данных, при сравнении групп использовался t - критерий Стьюдента для независимых выборок, различия считали значимыми при $p < 0,05$. Результаты исследования представлены как $M \pm SD$.

Результаты и обсуждение. Установлено, что в сыворотке крови больных пародонтитом содержание БТШ-70 значительно выше, чем у здоровых ($0,9 \pm 0,2$ и $0,3 \pm 0,02$, $p < 0,001$). Значительный прирост уровня белка отмечался в ротовой и зубодесневой жидкостях ($45,1 \pm 8,4$ и $33,2 \pm 6,2$, $p < 0,001$) при развитии пародонтита при сравнении с показателями в исследуемых жидкостях здоровых ($4,8 \pm 0,6$ и $3,1 \pm 0,3$). Эти изменения, вероятно, свидетельствуют об усиленном синтезе стресс-белков, оказывающих цитопротекторный эффект в зоне воспаления. Следует обратить внимание на то, что в ротовой и десневой жидкостях как здоровых, так и, особенно, пациентов увеличено содержание БТШ-70 по сравнению с его сывороточным содержанием ($p < 0,001$). В случае развития пародонтита прирост уровней стресс-белка ожидаем, так как усиливается повреждение различных клеток полости рта, в том числе и колонизирующихся микробов факторами местной резистентности.

Нами показано, что в сыворотке крови закономерно обнаруживаются аутоантитела класса IgG к БТШ-70. В ротовой и десневой жидкостях обнаруживались аутоантитела класса sIgA к БТШ-70 у здоровых лиц ($88,2 \pm 10,8$ и $58,1 \pm 5,2$), концентрация которых значительно возросла при развитии пародонтита ($166,1 \pm 20,3$ и $78,2 \pm 5,2$, $p < 0,001$). Антитела к исследуемому антигену, безусловно, свидетельствуют в пользу возможной иммунной регуляции уровня БТШ-70, секретируемого в жидкие среды организма. Образующиеся иммунные комплексы в ротовой и десневой жидкостях в силу большой молекулярной массы не способны проникать через гематосаливаторный барьер в общий кровоток и тем самым инициировать аутоиммунные реакции. С другой стороны, совершенно не исключено, что в пуле аутоантител к HSP70 могут находиться аАт с абзимной активностью, и элиминация антигена в этом случае протекает по механизму фермент-субстратных взаимоотношений. По крайней мере, такая закономерность была выявлена в наших исследованиях по отношению к активным и неактивным факторам свертывания крови.

Таким образом, при пародонтите в сыворотке крови, ротовой и десневой жидкостях увеличивается концентрация БТШ-70 с параллельным увеличением аутоантител классов IgG и sIgA, элиминирующих это соединение.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТОДОВ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ГНОЙНЫХ МЕНИНГИТОВ У ДЕТЕЙ

Баранчугова Т.С., Мироманова Н.А., Обухова В.Н., Патеюк Ю.Н.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Нейроинфекция - это общее название инфекционных заболеваний, которые вызываются бактериями, вирусами, грибами или простейшими и характеризуются преимущественной локализацией возбудителя инфекции в центральной нервной системе и клиническими признаками поражения каких-либо ее отделов. В детском возрасте достаточно часто нейроинфекция протекает в виде гнойных менингитов и менингоэнцефалитов, которые до настоящего времени являются одной из ведущих проблем в практике врача инфекциониста. Актуальность проблемы определяется тяжелым и осложненным течением заболевания; высокими показателями летальности при некоторых нозологических формах, расширением спектра этиопатогенов, вызывающих менингиты и энцефалиты; ростом резистентности основных возбудителей бактериальных менингитов к наиболее распространенным антибиотикам. Одной из наиболее важных задач при диагностике данной патологии нервной системы является этиологическая расшифровка заболевания, так как от этого зависит не только тактика врача при выборе этиотропной терапии, но и непосредственно прогноз для жизни и здоровья маленького пациента.

Цель исследования: определить эффективность специфических методов лабораторной диагностики и этиологическую структуру гнойных менингитов и менингоэнцефалитов у детей.

Материал и методы исследования. Нами проведен ретроспективный анализ 60 историй болезни детей с гнойными менингитами и менингоэнцефалитами, находившихся на стационарном лечении в ГУЗ Краевая клиническая инфекционная больница с 2007 по 2013г. Статистическая обработка полученных результатов осуществлена при помощи программы "Биостат", 2006.

Результаты. Нами установлено, что из общего числа гнойных менингитов уточненный диагноз имеют лишь 48,3% случаев, при чем из них всего 17,2% (5случаев заболевания) подтверждены в 2007 - 2008 год, что с нашей точки зрения объясняется отсутствием применения в тот период времени высокоинформативных методов диагностики, прежде всего ПЦР. Большинство этиологически расшифрованных случаев (у 4 пациентов), в ранее указанный период времени, подтверждались при бактериологическом исследовании носоглоточного мазка, ликвора и крови. У одного пациента диагноз уточнен благодаря диагностическому титру антител в реакции прямой гемагглютинации (РПГА). Во всех этих случаях выявлена этиологическая связь менингита с различными серогруппами *Neisseria meningitidis*. Низкую верификацию этиологии нейроинфекций можно объяснить особенностями менингококка, в частности, высокой чувствительностью к факторам окружающей среды, а также неполным спектром диагностических тест-систем, применяемых для серодиагностики менингококковой инфекции.

В последующие 5 лет процент этиологической расшифровки нейроинфекций значительно увеличился за счет внедрения в клиническую практику ПЦР. Благодаря этому методу исследования, этиология менингитов/менингоэнцефалитов у детей установлена в 31,1% случаев. Положительные результаты ПЦР-исследования позволяли достоверно уточнить диагноз при гнойных менингитах и энцефалитах, из них в 50% материалом явился ликвор пациентов, 23,3% - кровь, 15% - носоглоточные мазки и 2,7% одновременное обнаружение возбудителя в нескольких биологических материалах. Одним из недостатков ПЦР-диагностики нейроинфекций является невозможность уточнения серопринадлежности возбудителя.

Таким образом, в общей структуре этиологических причин нейроинфекций у детей лидирующее место занимает менингококк - 82,7%, значительно реже встречается гемофильная палочка (10,5%) и пневмококк - (6,8%).

Следовательно, по данным наших исследований установлено, что на территории Забайкальского края среди причин нейроинфекций преобладает менингококк, что должно учитываться при выборе терапии детям с инфекцией нервной системы. Наиболее информативным методом выявления этиопатогена является ПЦР-диагностика, особенно при исследовании стерильных биологических жидкостей (ликвор и кровь).

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Белинов Н.В., Богомолов Н.И.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

В России количество переломов шейки бедренной кости в среднем составляет 61 перелом на 100000 человек. Неудовлетворительные результаты металлоостеосинтеза составляют 23-57%. Ранний послеоперационный период часто сопровождается осложнениями, связанными с соблюдением постельного режима. Это гипостатическая пневмония, тромбозы, пролежни, обострение сопутствующих заболеваний. А стационарная летальность у пациентов, перенесших остеосинтез шейки бедренной кости составляет 5%. В связи с актуальностью проблемы возникает необходимость разработки новых малоинвазивных металлоконструкций, позволяющих проводить реабилитационные мероприятия в раннем послеоперационном периоде.

Цель исследования. Разработать новую малоинвазивную металлоконструкцию, позволяющую жестко фиксировать костные отломки и не повреждать губчатую кость при остеосинтезе переломов шейки бедренной кости.

Материалы и методы. В отделении травматологии ГКБ № 1 оперативные вмешательства 30 пациентам выполнены с применением малоинвазивной металлоконструкции. Мужчин было 14 (46,6%), женщин 16 (53,3%). Средний возраст на момент операции составлял 67,6 года. В течение 24 часов после перелома операции выполнены 19 пациентам, 11 пациентам в течение 48 часов. Остеосинтез выполняли спицами с фиксирующими пластинами (патент № 2010124485).

Послеоперационный период. На 2 сутки после купирования болевого синдрома пациентам разрешали садиться, на 3-4 вставать, ходить на костылях без опоры на больную конечность. Реабилитационные мероприятия проводились с первых суток раннего послеоперационного периода по 6-ти этапной программе. На 8-9 сутки пациенты выписывались на амбулаторное лечение с рекомендациями проведения реабилитационной программы.

Результаты лечения оценивали через 12 месяцев. У 24 пациентов результат расценен как хороший: на контрольных рентгенограммах отмечена консолидация костных отломков с сохранением шейно-диафизарного угла. Архитектоника костных балочек сохранена (балочки не прерываясь переходят из шейки в головку бедренной кости). Суставные поверхности конгруэнтны. Суставная щель не сужена. Пациенты ходят без дополнительных средств опоры. Суммарный объем движений в тазобедренном суставе травмированной конечности равен суммарному объему движений в здоровом суставе, в среднем для данной группы составляет $285^{\circ} \pm 10^{\circ}$. У 6 пациентов результат признан удовлетворительным: пациенты жаловались на умеренные боли в области тазобедренного сустава, после физической нагрузки. На рентгенограммах перелом консолидировался. Шейка бедра укорочена. Суставные поверхности конгруэнтны. Суставная щель не сужена. Суммарный объем движений уменьшился по сравнению со здоровой в среднем на $30^{\circ} \pm 7^{\circ}$. В основном за счет отведения-приведения и внутренней и наружной ротации. Пациенты ходят с опорой на трость.

Заключение. Эффективность предложенного способа лечения заключается в выполнении оперативного вмешательства в ранние сроки после получения травмы, жесткой и малотравматичной фиксацией костных отломков, проведением реабилитационной программы с первых суток послеоперационного периода.

МЕТАЛЛОСТЕОСИНТЕЗ ЧРЕЗВЕРТЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Белинов Н.В., Богомолов Н.И.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Вертельные переломы бедренной кости у больных пожилого и старческого возраста представляют наиболее сложную медицинскую проблему, так как это наиболее частый вид травмы, сопровождающийся тяжелыми осложнениями и обострением сопутствующих заболеваний. На возраст старше 60 лет приходится 72% переломов проксимального отдела бедренной кости. В настоящее время наиболее перспективным направлением в лечении переломов проксимального отдела бедренной кости считается применение малоинвазивных методов остеосинтеза, позволяющие проводить реабилитационные мероприятия в раннем послеоперационном периоде.

Цель исследования. Разработать устройство для проведения малоинвазивного и жесткого остеосинтеза чрезвертельных переломов у пациентов пожилого возраста.

Материал и методы. В отделении травматологии ГКБ № 1 оперативные вмешательства 27 пациентам выполнены по нашей методике, (патент № 2010124485). Мужчин было 13 (43,4%), женщин 14 (56,5%). Средний возраст на момент операции составлял 61,2 года. По международной классификации АО/ASIF переломы A1.1 были у 12 пациентов, A1.2 у 7 пациентов, A1.3 у 4, A2.1 у 4 больных.

В первые сутки с момента перелома поступило 22 пациента. На вторые сутки 4 пациента, один пациент доставлен на 4 сутки с момента перелома. Оперативные вмешательства выполнены через 3 суток после перелома 17 пациентам, через 4 суток - 9 пациентам, одному пациенту через 6 суток с момента получения перелома.

Послеоперационный период. На вторые сутки после купирования болевого синдрома пациентам разрешали садиться, на 3-4 сутки вставать и ходить на костылях без нагрузки на оперированную конечность. Реабилитация проводилась по 6-ти этапной программе начиная со вторых суток послеоперационного периода. На 5 - 6 сутки выполнялась контрольная рентгенограмма. На 8-9 сутки пациенты выписывались на амбулаторное лечение с рекомендациями. Продолжительность фиксации составляла в среднем 4 месяца.

Результаты и обсуждение. Результаты лечения оценивали на основании данных клинического и рентгенологического обследования в среднем через 12 месяцев после операции. У 24 пациентов результат расценен как хороший: на контрольных рентгенограммах - консолидация костных отломков, движения в тазобедренном суставе восстановлены до исходного объема. Суставные поверхности конгруэнтны. Суставная щель не сужена. Пациенты ходят без дополнительных средств опоры, боли отсутствуют. У 3 пациентов результат признан удовлетворительным: пациенты жаловались на умеренные боли в области тазобедренного сустава, усиливающиеся после физической нагрузки, на рентгенограммах перелом консолидировался. Объем движений в тазобедренном суставе по сравнению со здоровой конечностью уменьшился на $20^{\circ} \pm 8^{\circ}$. Следует отметить, что данные пациенты ведут малоактивный образ жизни из-за преклонного возраста.

Заключение. Эффективность предложенного способа остеосинтеза определяется малотравматичной и жесткой фиксацией костных отломков г-образными спицами с фиксирующими пластинами. Реабилитационные мероприятия, проводимые с 1 суток послеоперационного периода, позволили избежать осложнения, связанные с гиподинамией. Функциональная нагрузка в раннем послеоперационном периоде способствовала улучшению трофики тканей и, в конечном итоге, консолидации костных отломков по первичному типу.

ОРИГИНАЛЬНЫЙ СПОСОБ РЕПОЗИЦИИ КОСТНЫХ ОТЛОМКОВ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Белинов Н.В., Богомолов Н.И.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Переломы проксимального отдела бедренной кости составляют 45 % от всех переломов опорно-двигательной системы. При остеосинтезе переломов шейки бедренной кости осложнения развиваются в 23-57 % случаев. По другим данным, летальность при переломах проксимального отдела бедренной кости в стационаре составляет от 7,6 до 9%, в первый год после травмы от 27,3 до 49%. Значительная часть осложнений связана, с одной стороны, с применением массивных металлоконструкций, с другой стороны с недостаточно точной репозицией костных отломков. Исходы оперативного лечения переломов во многом зависят от точности репозиции костных отломков, жесткости их фиксации и ранней и эффективной медицинской и социальной реабилитации в послеоперационном периоде.

Цель исследования: создать ортопедический стол, позволяющий выполнять репозицию костных отломков, используя систему скелетного вытяжения. Разработать методику точного сопоставления костных отломков на ортопедическом столе.

Материалы и методы. При выполнении металлоостеосинтеза переломов проксимального отдела бедренной кости 30 пациентам репозиция костных отломков выполнялась на ортопедическом столе с использованием системы скелетного вытяжения (патент № 91853). Мужчин было 14 (46,6%), женщин 16 (53,3%). Средний возраст на момент операции составлял 67,6 года. Техника репозиции: при поступлении пациентов в стационар выполнялась блокада места перелома, затем под местной анестезией за надлодыжечную область проводилась спица Киршнера. Ортопедический стол устанавливался на каталку. Пациент укладывался на ортопедический стол, монтировалась система скелетного вытяжения с грузом, который вычислялся следующим образом. Взвешивалась здоровая конечность. Вес здоровой конечности умножался на 2+2 кг. Конечность отводилась на 30°. Пациент на ортопедическом столе доставлялся в операционную. Через 60 минут от начала вытяжения выполнялась внутренняя ротация стопы на 45°. Проводился малоинвазивный остеосинтез г-образными спицами с фиксирующими пластинами.

Результаты и обсуждение. При рентген контроле в операционной отломки были сопоставлены у 27 пациентов, 3 пациентам потребовалась незначительная дополнительная коррекция. Растяжение мышц нижней конечности с заранее вычисленным грузом за определенный промежуток времени позволяет выполнить точную репозицию костных отломков, с восстановлением шеечно-диафизарного угла.

Заключение. Предлагаемый способ репозиции костных отломков на ортопедическом столе является высокоэффективным, малотравматичным, и позволяет сопоставить отломки точно и в короткие сроки. Точная репозиция и жесткая малотравматичная фиксация способствуют консолидации костных отломков. В конечном итоге, разработанная методика металлоостеосинтеза позволяет проводить реабилитационные мероприятия в раннем послеоперационном периоде, что, в значительной степени, улучшает трофику тканей и способствует формированию костной мозоли по первичному типу.

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА У СТУДЕНТОК г.ЧИТЫ

Белозерцева Е.П., Белокриницкая Т.Е., Фролова Н.И., Анохова Л.И., Тарбаева Д.А.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Предменструальный синдром (ПМС) - один из наиболее часто встречающихся нейроэндокринных синдромов в гинекологической практике. Согласно литературным данным этот симптомокомплекс встречается у 20% женщин 19-29 лет и около 50-55% пациенток после 30 лет. Учитывая большое разнообра-

зие клинической картины ПМС, в настоящее время существует несколько классификаций. Так, согласно шкале Г.П.Королёвой (1989), выделяют нервно-психическую, обменно-эндокринную, кризово-цефалгическую, атипичную и смешанные формы.

Цель работы. Изучить частоту и степень выраженности клинических проявлений предменструального синдрома у девушек-студенток первых курсов высших учебных заведений г.Читы.

Материалы и методы. Проведено анонимное анкетирование 200 студенток 1 -2 курсов ВУЗов г.Читы по специально составленной нами анкете-опроснику, включающей данные анамнеза, критерии ПМС по шкале Г.П.Королёвой. В зависимости от симптомов ПМС, сформированы 4 группы: 1 - с доминирующими нервно-психическими, 2 - обменно-эндокринными, 3 - со смешанными симптомами, 4-я - кризово-цефалгическими проявлениями. Условиями включения в исследование было добровольное согласие респондентов на участие в опросе. Для анализа полученных величин оценивали значения статистики Пирсона (2). Различия сравниваемых показателей считали статистически достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Показатель распространенности ПМС у студенток составил 59% (118/200). Возраст девушек $19,0 \pm 0,4$ лет. Были диагностированы следующие клинические формы ПМС: нервно-психическая - 36,4% (43/118), обменно-эндокринная - 29,7% (35/118), смешанная - 27,1% (32/118), кризово-цефалгическая - 6,8% (8/118). Во всех клинических группах доминировала лёгкая степень проявления симптомов: в 1-й у 83,7% студенток (36/43), во 2 - й у 85,7% (30/35), в 3-й у 81,3% (26/32) девушек и в 100% в 4-й группе. Средняя степень предменструального напряжения выявлена в большей степени при обменно-эндокринной и смешанной формах, соответственно в 14,3% (5/35) и 15,6% (5/32), в группе с нервно-психическими проявлениями в 9,3% (4/43) случаев. Так же в 1-й группе зафиксирована тяжёлая степень ПМС у 7% (3/43) респондентов. В анамнезе у опрошенных, средний возраст менархе не отличался и составил $13,1 \pm 0,7$ лет. Нарушения менструального цикла отметили около 6% студенток в 1-й, 2-й и 3-й группах, при кризово-цефалгических проявлениях, данный симптом не встречался. Сексуальный дебют отмечен во всех группах в возрасте $16,6 \pm 1,5$ лет. Не имели полового контакта 26% (31/118) респонденток. При анализе методов контрацепции, наиболее популярным способом в первых двух группах, отмечен барьерный - 24% (31/78). Так же в когорте с нервно-психическими проявлениями ПМС, использовался физиологический метод - в 16% (12/43) случаев. Выявлено, что более 50% опрошенных не применяли вообще никаких методов контрацепции. Девушки первых трёх групп в 7,2% (8/110) случаев имели в анамнезе один медицинский аборт и у 12% (13/110) - произошли одни роды. Наименьшая репродуктивная активность зафиксирована у студенток с кризово - цефалгическими проявлениями. Студентки с нервно-психическими и обменно-эндокринными проявлениями ПМС в 27% (21/78) имели зависимость к никотину и 15% (12/78) периодически употребляли алкоголь.

Таким образом, распространенность синдрома предменструального напряжения у студенток достаточно высока и составляет 59%. Наиболее часто среди девушек младших курсов выявлялась нервно-психическая, причём в 7% случаев с тяжёлой степенью проявления, и обменно-эндокринная формы ПМС. Эти факты требуют более детального изучения данной проблемы и изменения подхода к проведению лечебно - профилактических мероприятий.

ОСОБЕННОСТИ МНЕМОТРОПНЫХ ЭФФЕКТОВ ЭКСТРАКТА РОДИОЛЫ РОЗОВОЙ И МЕЛАКСЕНА ПРИ БЕССОННИЦЕ

Белозерцев Ю.А., Юнцев С.В., Белозерцев Ф.Ю., Сафронова Е.С.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Исследованиями установлено, что психотонизирующие растительные препараты активируют физическую работоспособность лиц при неврозах и в экстремальных условиях повышают уровень бодрствования и точность процессов внимания. Вместе с тем, недостаточно изучены возможности фармакологической коррекции экстрактом родиолы нарушений высших интеллектуальных функций. **Цель работы** - определить мнемотропную эффективность гипнотика мелаксена и психотоника экстракта родиолы розовой в условиях стрессовой бессонницы.

Материал и методы. Исследование выполнено на 62 добровольцах со средним уровнем состояния повседневной памяти, давших согласие на участие в психологическом обследовании. По данным Питсбургского опросника качества сна испытуемые были разделены на группы: с физиологическим

сном и стрессовой бессонницей. Для оценки состояния когнитивных функций в процессах обучения и памяти использованы тесты: "воспроизведение списка из 30 односложных слов", характеризующее состояние рабочей памяти; скорость арифметического счета; "воспроизведение списка односложных слов после его трехкратного субвокального повторения", используемое для оценки эффективности процесса повторения; "классификация 40 слов в 3 сеансах обучения", характеризующая успешность обработки вербального материала с использованием структурного, фонематического, смыслового и автобиографического кода, "успешность повторного прайминга", "заучивание событий, датированных по времени, и 30 односложных слов", а также их повторное заучивание через 7 суток". Официальный экстракт родиолы розовой применяли по 2 мл/утром 6-дневным курсом и мелаксен по 3 мг/утром 5-дневным курсом. Статистическая обработка данных проведена с использованием пакета программ БИО-СТАТ. Оценку достоверности различий (контроль-опыт) проводили по критерию (t) Стьюдента и при нормальном распределении и (U) Манна-Уитни при асимметричном распределении. Достоверными считались различия контроль-опыт при $P \leq 0,05$.

Полученные результаты. В первой серии экспериментов установлено, что у лиц со стрессовой бессонницей наблюдается отсутствие нарушений обработки информации в рабочей памяти и скорости элементарного мышления. Анализ успешности классификации вербального материала указывает на уменьшение общего объема классифицированных слов, что свидетельствует о снижении скорости углубленного анализа вербального материала. Вместе с тем, при бессоннице на 16% ухудшается запоминание списка слов при 3-кратном субвокальном повторении (механическое повторение информации в памяти) и на 11% эффективность кодирования слов ($p \leq 0,05$).

Успешность заучивания односложных слов (с участием семантической памяти) после 3-го сеанса обучения снижается на 13% и после 4 сеанса - на 9% ($p \leq 0,05$). Вместе с тем, определение эффективности заучивания событий, датированных по времени, которое протекает с участием эпизодической памяти, не выявило существенных различий этого показателя научения в группах лиц с бессонницей и физиологическим сном. Проведение второго эпизода обучения с интервалом в 7 дней показало, что выявленные закономерности эффективности обучения на основе семантической и эпизодической памяти сохраняются в полном объеме в группах с бессонницей и физиологическим сном.

Назначение короткого курса мелаксена пациентам с бессонницей приводит к повышению на 22% эффективности субвокального повторения. В 3 сеансе классификации 40 слов с использованием структурного, фонематического, смыслового и автобиографического кода установлено селективное улучшение примерно на 20% успешности обработки вербального материала по смыслу слов. Одновременно увеличивается на 22% объем заученных слов в 4 сеансе обучения с участием семантической памяти и на 10% объем заученных событий, датированных по времени с участием эпизодической памяти ($p \leq 0,05$). Вместе с тем, применение гипнотика не отражается на уровне рабочей памяти и скорости элементарного мышления.

Часть эффектов мелаксена при бессоннице может быть связано с улучшением качества сна пациентов. Однако курсовое назначение препарата у лиц с физиологическим сном сопровождается снижением на 27% скорости элементарного мышления ($p \leq 0,05$). С другой стороны, отмечается рост на 19% эффективности субвокального повторения, на 15-18% успешности классификации слов по смыслу и на 8% эффективности заучивания слов в 4 сеансах обучения ($p \leq 0,05$). Очевидно, в этих случаях позитивное когнитивное действие мелаксена ориентировано непосредственно на процессы обработки вербального материала.

Проведение 6-дневного курса экстракта родиолы розовой у испытуемых с бессонницей сопровождается улучшением заучивания односложных слов в 3 сеансе научения примерно на 15% и на 9% событий датированных по времени ($p < 0,05$), что характеризует восстановление скорости научения, протекающего с участием семантической и эпизодической памяти.

У лиц с физиологическим сном обнаружено увеличение на 21% количества воспроизведенных односложных слов в тесте с их кодированием, а в группе с бессонницей - на 13%, что указывает на улучшение обработки информации в системе рабочей памяти (контроль соответственно 26.8 ± 2.55 и 31.5 ± 1.48 , опыт - $48.3\% \pm 2.87$ и 43.8 ± 3.67 , $p < 0,05$). Вместе с тем, экстракт родиолы активизирует повторное заучивание односложных слов на 14-15% в обеих группах испытуемых ($p < 0,05$). На его фоне улучшается на 14-16% наиболее сложная форма обработки вербального материала (по смысловому коду). Увеличивается и успешность повторного прайминга на 10-15% в обеих группах испытуемых. В случае повторного заучивания вербального материала с интервалом в 7 дней индекс повторного прайминга вырос на 18% в обеих группах. При этом успешность семантического научения в 3-ем сеансе повышается на 15% в группе с бессонницей и на 14% у лиц с физиологическим сном ($p < 0,05$).

В отличие от этого во втором эпизоде научения (с интервалом в 7 дней) препарат не оказывает влияния на запоминание событий датированных во времени, протекающее с участием эпизодической памяти.

Выводы. У пациентов со стрессовой бессонницей наблюдаются ухудшение процессов сложной обработки, заучивания и запоминания вербальной информации. Курс мелаксена активизирует процессы обработки материала семантического характера и научения в первом эпизоде научения, 6-дневный курс экстракта родиолы розовой восстанавливает эффективность семантического научения у лиц с психологической бессонницей и облегчает его у лиц с физиологическим сном. Эффективность позитивного когнитропного эффекта родиолы розовой сохраняется в случае интервального обучения.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ТРОМБОФИЛИЕЙ, У ПАЦИЕНТОК С ПРИВЫЧНЫМИ ПОТЕРЯМИ БЕРЕМЕННОСТИ В РАННИЕ СРОКИ

Белокриницкая Т.Е.¹, Фролова Н.И.¹, Страмбовская Н.Н.¹, Петров А.А.¹,
Глотова Е.Ю.², Дмитриева Е.И.², Кириченко В.А.³

¹ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

²ГБУЗ "Забайкальский краевой перинатальный центр", ³Городской родильный дом г. Читы, Чита, Россия

Рецидивирующий самопроизвольный аборт в ранние сроки гестации является серьезной клинической проблемой, частота которой в мире, по данным официальной статистики, составляет 1-5%. Несмотря на огромное количество фундаментальных работ по данному осложнению беременности, патогенез его до конца не изучен, и в 40-50% клинических случаев причина остается полностью не выясненной. Генетический, анатомический, эндокринный, иммунный, инфекционный, экологический факторы были предложены как триггеры привычных ранних потерь беременности. Ряд авторитетных исследователей постулируют тромбофилию как риск для рецидивирующих спонтанных выкидышей в ранние сроки гестации. Известно, что гипергомоцистеинемия является одной из причин тромбофилии. Исследования последних лет подтвердили и углубили гомотеининовую теорию развития сосудистых нарушений, согласно которой увеличение концентрации гомотеина в плазме крови приводит к повреждению и активации сосудистого эндотелия, что значительно повышает риск развития тромбозов. Гомотеин способен беспрепятственно проникать через плаценту и оказывать токсическое влияние на плод. Образование микротромбов и нарушения микроциркуляции приводят к нарушению плацентации и фетоплацентарного кровообращения и могут быть одной из причин невынашивания беременности.

Цель настоящего исследования - определить распространенность и взаимосвязи трех генетических мутаций, ассоциированных с тромбофилией (FVL G1691A, FII G20210A, MTHFR C677T), при привычных потерях беременности в ранние сроки.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 2 группы небеременных женщин раннего фертильного возраста, не имевших соматических заболеваний и семейного анамнеза тромбозов и тромбоземболий. В первую группу вошли 50 человек, имевших нормальные роды, без спонтанных аборт, преждевременных родов, потери плода, преэклампсии/эклампсии и других акушерских осложнений в анамнезе (контроль). Вторую группу составили 50 пациенток, обратившихся на специализированные приемы по невынашиванию беременности, имевшие в анамнезе по 2-5 спонтанных аборта в ранние сроки гестации, при этом маточный, цервикальный, эндокринные, инфекционные факторы потерь беременности были исключены (группа привычного невынашивания беременности - ПНБ). Средний возраст обследованных в основной группе и группе сравнения достоверно не различался и составил соответственно 27,88±0,62 и 29,04±0,66 лет.

Генотипирование для выявления интересующего нас полиморфизма (FVL G1691A, FII G20210A, MTHFR C677T) проведено на ДНК, полученной из лейкоцитов периферической крови ("Проба-РАПИД генетика", ООО "ДНК-Технология", Москва). В качестве метода использована полимеразная цепная реакция с детекцией продукта амплификации в режиме реального времени (Амплификатор "ДТ-96", ООО "ДНК-Технология", Москва) с использованием комплекта реагентов (ООО "ДНК-Технология", Москва).

Статистический анализ включал оценку распространенности признака в группе (%), соотношение Харди-Вайнберга, относительный риск (ОР) и его 95% доверительный интервал (ДИ). Значения считали статистически достоверными при $p \leq 0,05$. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программных пакетов Statistica 6.0 (StatSoft) и MS Excel 2007.

Результаты и их обсуждение. Ни у пациенток с ПНБ, ни у здоровых исследуемых не были обнаружены изучаемые SNP-мутации в гомозиготном состоянии в гене плазменного фактора V

(FVLG1691A (Лейден)) и гене протромбина (FII G20210A). В обеих группах (клинической и контрольной) частота нормального гомозиготного генотипа FV 1691G/G была значительно выше, чем гетерозиготного генотипа FV 1691G/A (98% и 94%, 2% и 6%, соответственно). Нами выявлена существенная взаимосвязь между гетерозиготным генотипом FV 1691G/A и привычным невынашиванием беременности (OR=3; 95% ДИ 0,32-28,4).

Все женщины контрольной группы имели нормальный гомозиготный генотип FII 20210G/G (100%). Подавляющее большинство пациенток с ПНБ - 96% были гомозиготными носителями (GG) генотипа FII G20210A и лишь 4% - гетерозиготными (GA). Учитывая низкую частоту встречаемости гетерозиготного состояния настоящего полиморфизма в европейской популяции, по данным литературы, - 1-3%, в Забайкальском крае - 2%, и опираясь на полученные результаты, можно заключить, что носительство данной мутации является фактором риска для ПНБ (OR=2; 95% ДИ 0,37-10,8).

Нормальный генотип MTHFR 677C/C выявлен в клинической группе (ПНБ) у 86% обследованных, в контрольной - у 44%. Гомозиготное состояние аллеля 677C гена MTHFR было зарегистрировано у 4% пациенток и у 10% женщин без отягощенного акушерского анамнеза. Носители гетерозиготного генотипа MTHFR 677C/T в группе ПНБ составили 10%, в контрольной - 46%. Таким образом, частота мутантного аллеля MTHFR677T в контрольной и клинической группах составила 0,33 и 0,09 соответственно (OR=0,27; 95% ДИ 0,14-0,54), то есть носительство MTHFR677T снижает риск привычного невынашивания беременности более чем в 3,5 раза.

Выводы. Наши результаты согласуются со сведениями литературы последних лет об отсутствии повышенной частоты встречаемости мутации C677T гена MTHFR у пациенток с привычными потерями в ранние сроки гестации. Генетические дефекты FVL G1691A и FII G20210A, ассоциированные с тромбофилией, вероятно, редки у русских женщин. Однако у носителей гетерозиготного генотипа FV 1691G/A и FII 20210 G/A риск привычных аборт в ранние сроки беременности повышен в 2-3 раза. Для более объективного суждения и однозначных выводов в этом аспекте необходимы дальнейшие популяционные исследования.

В заключение отметим, чтобы лучше понять патогенез привычного невынашивания беременности ранних сроков, необходимо идентифицировать новые генные полиморфизмы и изучить интерактивные эффекты этих вариантов не только друг с другом, но и с многочисленными эпигенетическими факторами.

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ МЕТАЛЛООСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Богомолов Н.И., Белинов Н.В.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Методы реабилитации, основанные на восстановлении функции поврежденной конечности, в раннем послеоперационном периоде стали применяться достаточно активно в последние годы. Теоретические основы восстановительной медицины разработаны на базе современных физиологических и клинических концепций. Методика восстановительного лечения основана на ранней функциональной нагрузке и имеет патогенетическую основу лечебного действия. Учитывая данные требования нами разработаны и систематизированы методы реабилитации при травматических повреждениях проксимального отдела бедренной кости.

Цель исследования: разработать комплексную систему восстановительного лечения пациентов после металлоостеосинтеза переломов проксимального отдела бедренной кости.

Материалы и методы. В отделении травматологии ГКБ № 1 проведен анализ реабилитации 30 пациентов после малоинвазивного металлоостеосинтеза переломов проксимального отдела бедренной кости. Мужчин было 14 (46,6%), женщин 16 (53,3%). Средний возраст на момент операции составлял 67,6 года. На 2 сутки после купирования болевого синдрома пациентам разрешали садиться, на 3-4 вставать, ходить на костылях без опоры на больную конечность. Реабилитационные мероприятия проводились по 6 этапной реабилитационной программе под контролем лечащего врача. Первый этап реабилитационной программы - 1-3 сутки послеоперационного периода. Выполнялись общие упражнения, направленные на профилактику гиподинамических осложнений и специальные упражнения, направленные на нормализацию подвижности центров коры головного мозга, повышение общего мышечного тонуса, улучшение общего кровообращения и дыхания. Специальные упражнения 1 этапа реабилитации выполнялись в положении "лежа".

Второй этап реабилитационной программы - это 4-7 сутки послеоперационного периода. Пациенты

выполняли общие упражнения и специальные упражнения 1-2 этапов реабилитации. Специальные упражнения 2 этапа реабилитации выполнялись в положении "сидя".

Третий этап 8-9 сутки. Пациенты выполняли общие упражнения и специальные упражнения 1-2-3 этапов реабилитации. Специальные упражнения 3 этапа реабилитации выполнялись в положении "стоя" на здоровой конечности с опорой на спинку стула.

На 9-10 сутки пациенты выписывались на амбулаторное лечение с рекомендациями дальнейшего проведения реабилитационной программы.

Четвертый этап реабилитации проводился самостоятельно, когда пациенты находились на амбулаторном лечении, начинался с 10-11 суток послеоперационного периода и продолжался до 4-5 месяцев. Пациенты выполняют общие и специальные упражнения 1-2-3 этапов реабилитации. Через 4-5 месяцев выполнялась рентгенография и контрольный осмотр. После чего пациенты госпитализировались для удаления металлоконструкции. После операции - удаление металлоконструкции и снятия швов пациенты выписывались на амбулаторное лечение.

Пятый этап реабилитационного периода начинался с 4,5-5,5 месяцев и длился до 7-8 месяца послеоперационного периода. В этот период времени пациенты проходили курс восстановительного лечения в центре кинезитерапии. Курс кинезитерапии составлял 12-18 занятий через день. В целом пациент в течение 1,5 месяцев проходил курс восстановительного лечения в отделении кинезитерапии. По окончании пациент вновь самостоятельно выполнял 3 комплекса специальных упражнений. Шестой этап реабилитационного периода завершающий, он начинался в среднем с 10 по 12 месяц послеоперационного периода и включал в себя повторный курс восстановительного лечения в центре кинезитерапии. В конце 6 этапа выполнялась рентгенография тазобедренного сустава и контрольный осмотр.

Результаты лечения оценивали через 12 месяцев. У 24 пациентов результат расценен как хороший: на контрольных рентгенограммах отмечена консолидация костных отломков. Пациенты ходят без дополнительных средств опоры. Суммарный объем движений в тазобедренном суставе травмированной конечности равен суммарному объему движений в здоровом суставе. У 6 пациентов результат признан удовлетворительным: пациенты жаловались на умеренные боли в области тазобедренного сустава, после физической нагрузки. На рентгенограммах перелом консолидировался. Пациенты ходят с опорой на трость. Суммарный объем движений в тазобедренном суставе травмированной конечности уменьшился в среднем на 150 ± 50 от суммарного объема движений в здоровой конечности.

Заключение. Эффективность разработанного комплекса физических упражнений в сочетании с экстренным малоинвазивным металлоостеосинтезом переломов проксимального отдела бедренной кости способствуют сохранению и восстановлению кровообращения в травмированной конечности. Именно восстановленное кровообращение является залогом консолидации костных отломков по первичному типу. Ранняя функциональная нагрузка улучшает кровообращение в тканях, сохраняет и повышает мышечный тонус в травмированной конечности, восстанавливает функцию смежных суставов, что, в конечном итоге, приводит как к медицинской, так и социальной реабилитации пациента.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДИКОРАСТУЩИХ РАСТЕНИЙ ВОСТОЧНОГО ЗАБАЙКАЛЬЯ В ДЕТОКСИКАЦИИ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ

Бондаревич Е.А., Коцюржинская Н.Н.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Антропогенная деятельность за последние несколько столетий серьезно повлияла на геохимические циклы различных химических элементов. Промышленная революция включила в хозяйственную деятельность человека значительное количество металлов, многие из которых до этого момента в биосфере встречались в следовых количествах. Прежде всего, это тяжелые металлы (ТМ). Из-за своих физико-химических свойств часть этих элементов является эссенциальными, другие примесными, но в избыточных концентрациях все они губительно действуют на живые организмы, приводя к микроэлементозам и отравлениям. Так же эта группа ксенобиотиков чрезвычайно устойчива как загрязнитель в окружающей среде, имея тенденцию к биотрансформированию и биоаккумуляции. Избыточное поступление ТМ с воздухом, пищей или водой приводит к развитию у человека микроэлементозов.

Наиболее опасными являются Pb, Hg, Cd, а так же некоторые эссенциальные, такие как: Cu, Zn, Cr, Mo, Co. Для уменьшения их концентрации в окружающей среде современная наука предлагает использовать фиторемедиацию (комплекс методов очистки вод, грунтов и атмосферного воздуха с использованием растений). Кроме накопления ТМ в фитомассе растения прочно связывают ионы этих элемен-

тов, переводя их в малоподвижное состояние и осуществляя детоксикацию среды обитания. В условиях Восточного Забайкалья, со сложным геохимическим окружением и суровым климатом, использование предлагаемых европейскими авторами видов растений для методов фиторемедиации и детоксикации оказываются неэффективным. Поэтому данный вопрос является актуальным, для профилактики техногенных и природных экзогенных микроэлементозов.

Целью нашей работы было экспериментальное выделение наиболее ценных для фиторемедиации и детоксикации дикорастущих растений региональной флоры и оценка эффективности этих видов.

Объектами исследований явились следующие виды растений: *Lespedeza juncea* (L. f.) Pers. (Fabaceae), *Rosa davurica* Pall. (Rosaceae), *Fragaria orientalis* Losinsk (Rosaceae), *Rubus sachalinensis* H. Lev. & Vaniot (Rosaceae), *Artemisia tanacetifolia* L. (Asteraceae). Материал собран в августе 2012 г., в районе спорткомплекса "Высокогорье" (Центральный район города Читы). Для определения валового содержания (ВС) и подвижных форм (ПФ) ТМ использовался вольтамперометр "ТА-Универсал", метод измерения концентрации ТМ: инверсионная вольтамперометрия (ИВА). Выделение и измерение количества ионов металлов проводили по стандартным методикам для данного прибора. Статистическая обработка полученных результатов проведена автоматически программой "ТА-Lab".

В результате исследований выяснилось, что растения по разному накапливали ТМ, при этом ни один из исследованных видов не имел токсичных концентраций цинка и его количество даже в самых богатых Zn растениях - *R. sachalinensis* (ВС 1124 мкг/кг) и *L. juncea* (ВС 848,6 мкг/кг) оказалось значительно ниже ПДК (2500 мкг/кг), а у *A. tanacetifolia* и *F. orientalis* концентрация данного элемента - в десятки раз ниже ПДК (83,6 мкг/кг и 77,93 мкг/кг соответственно). В фитомассе *R. davurica* методом ИВА Zn обнаружен не был, что указывает на то, что вид является исключением и имеет эффективные физиолого-биохимические механизмы защиты от избыточного поступления этого иона.

Второй эссенциальный элемент - медь - у исследованных видов проявил различную подвижность. Основная масса иона практически у всех растений сосредоточена в валовом содержании, за исключением *A. tanacetifolia*, что вероятнее всего связано с высокой прочностью комплексов меди с биолигандами. Кроме того, у данного вида в подвижную форму перешло значительно большее количество ионов металла (53,73 мкг/кг), чем у других растений.

Увеличение содержания меди по сравнению с ПДК (132 мкг/кг) отмечалось только у *R. sachalinensis* и составило 194,1 мкг/кг. Следовательно, данный вид является наиболее эффективным для фиторемедиации и детоксикации среды от ионов меди, по сравнению с другими изученными нами растениями.

Количество наиболее токсичного металла - свинца у большей части видов значительно превысило ПДК. Наиболее эффективно из окружающей среды поглощала свинец *F. orientalis*, его валовое содержание оказалось в полтора раза выше ПДК (200 мкг/кг). Не менее эффективно связывали свинец *A. tanacetifolia* и *L. juncea*, валовое содержание которого составило 271,24 и 245,3 мкг/кг соответственно. Результаты проведенных исследований позволяют использовать землянику восточную, леспедецу ситниковую и полынь пижмолистную в качестве эффективных аккумулялирующих свинец видов для фиторемедиации и детоксикации природной среды.

Абиогенный кадмий в наибольшем количестве был обнаружен в вегетативной части *A. tanacetifolia*, где его количество превышало ПДК (20 мкг/кг) более чем в 18 раз. Также превышение ПДК по кадмию отмечено у *L. juncea* (110 мкг/кг), и *R. sachalinensis* (81 мкг/кг). У других розоцветных количество кадмия в надземной части растений не превышало норму. Следовательно, можно предложить использование *A. tanacetifolia* и *L. juncea* в качестве эффективных фиторемедиантов по кадмию.

Таким образом, выяснено, что наиболее эффективными растениями-аккумуляторами большинства ТМ являются *A. tanacetifolia* и *L. juncea*, обладающие целым рядом свойств. Эти виды произрастают даже на обедненных почвах и в нарушенных местообитаниях, засухо- и морозостойчивы, имеют высокую экологическую пластичность, поэтому отмечаются на большей части Восточного Забайкалья. Растения из семейства Rosaceae оказались менее эффективными фиторемедиантами, так как, по-видимому, они имеют защитные механизмы по ограничению поступления ионов ТМ. В данном аспекте интересным оказалось высокая аккумулялирующая способность свинца у *F. orientalis*, что требует более глубокого изучения этого вида.

**КЛИНИКО-ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ
МАГНИТОПЛАЗМЕННОЙ ТЕРАПИИ ГНОЙНЫХ РАН**

Боричева Ю.А., Крюкова В.В., Цепелев В.Л.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Лечение гнойных ран является одной из важных задач хирургии. Решение этой задачи требует глубоких знаний патогенеза раневого процесса, микробиологии гнойной раны, а также внедрения современных физических методов воздействия на рану, таких как: абактериальная среда, ультразвук, лазеротерапия, воздушно-плазменная терапия. Перспективным направлением, на наш взгляд, является разработка комбинированных методов физического воздействия на рану. В этом отношении значительный интерес представляет магнитоплазменная терапия.

Целью работы явилась оценка эффективности магнитоплазменной терапии гнойных ран.

Методы исследования. Магнитоплазменная терапия гнойных ран применена у 29 больных. Из них у 15 пациентов с послеоперационными гнойными ранами и 14 - с гнойными ранами после вскрытия флегмон различной локализации. Способ магнитоплазменной терапии заключается в том, что на рану воздействуют потоком воздушной плазмы, создаваемым аппаратом "Плазон" и дополнительно одновременно в проекции раны при помощи аппарата МАГ-30 создают переменное магнитное поле частотой 50 Гц, с магнитной индукцией 30 мТл. Магнитоплазменную терапию проводили ежедневно по 3-5 минут в течение 5-7 дней. Группу клинического сравнения составили 30 больных с аналогичными по тяжести и этиологии гнойными ранами, получавшими традиционное лечение, включающее хирургическую обработку ран, местное применение антисептиков и комбинированных гидрофильных мазей. Динамику течения раневого процесса изучали с помощью мазков-отпечатков по методу М.П. Покровской и М.С. Макарова. Для объективного контроля эффективности лечения проводили количественное определение микроорганизмов в ране из расчета на 1 г ткани, а также содержание общего белка в раневом отделяемом по методу Лоури. Статистическую значимость различий оценивали с помощью непараметрического критерия Вилкоксона.

Результаты и их обсуждение. У больных, получавших магнитоплазменную терапию, по сравнению с традиционным лечением, основанным на использовании антисептиков и комбинированных гидрофильных мазей, снижалось количество гнойного отделяемого из ран, уменьшался отек, гиперемия и инфильтрация тканей, отмечалось достоверное уменьшение средних сроков очищения ран и сроков появления грануляций ($p < 0,05$). Бактериологическими исследованиями доказано, что применение магнитоплазменной терапии приводит к достоверному уменьшению количества микроорганизмов в ране во все сроки исследования ($p < 0,01$). Независимо от вида микрофлоры, количество микробных тел в пораженных тканях на 5-е сутки лечения предлагаемым нами способом становилось ниже критического уровня (105 микробных тел на 1 см³). У больных, получавших магнитоплазменную терапию, отмечалось снижение уровня белка в отделяемом из раны на вторые ($p < 0,05$), и на 5-е сутки после вторичной хирургической обработки гнойной раны ($p < 0,01$).

По данным цитологических исследований исходные раневые отпечатки характеризовались наличием большого количества деструктивно измененных нейтрофилов (до 88,5%). На 5-7-е сутки применения магнитоплазменной терапии в отпечатках с поверхности ран преобладали клетки регенеративных пулов (полибласты до 35,6%, фибробласты до 6,9 %) при существенном снижении количества нейтрофилов (до 37,4%), увеличении количества фагоцитирующих клеток. На 3-е сутки в мазках отпечатках возрастало количество макрофагов, что свидетельствует о более раннем очищении ран у больных, получавших магнитоплазменную терапию. В отличие от этого, в группе клинического сравнения, в течение длительного времени (до 9-10 суток) высевалась микробная флора, раневые отпечатки к 7-8 суткам имели признаки продолжающегося воспаления.

Вывод. Магнитоплазменная терапия является высокоэффективным способом лечения гнойных ран.

**АНАЛИЗ ЦЕНТРАЛЬНОГО АОРТАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ДИСТАНЦИОННОМ СУТОЧНОМ
МОНИТОРИРОВАНИИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО
ТРАНСПОРТА, ИСКЛЮЧЕНИЕ ЛОЖНО-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ**

Брянцева Е.Н., Алексеев С.А., Баркан В.С., Горбунов В.В.

НУЗ "Дорожная клиническая больница на станции Чита 2 ОАО "РЖД",

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Актуальность. Артериальная гипертония (АГ) является одним из самых распространенных хронических неинфекционных заболеваний (Гогин Е.Е., Гогин Г.Е., 2006; Кобалава Ж.Д. и соавт., 2009;

Оганов Р.Г. и соавт., 2011). По данным эпидемиологических исследований, в России более 40 млн больных АГ (Оганов Р.Г., Погосова Г.В., 2007). Несмотря на возрастающую осведомленность и широкие возможности адекватной коррекции АГ, по-прежнему лидирующую роль среди причин инвалидизации и смертности населения занимает ассоциированная с ней сердечно-сосудистая патология (Шляхто Е. В., 2007; Шальнова С. А., 2008). Тревогу вызывает широкое распространение АГ среди особых профессиональных групп мужчин трудоспособного возраста.

В течение длительного времени давление в плечевой артерии, измеренное традиционным методом Короткова, остается одним из основополагающих компонентов определения суммарного сердечно-сосудистого риска и оценки эффективности антигипертензивной терапии (ВНОК, 2008). Сфокусированное внимание на периферическом участке артериальной системы обусловлено простотой технической реализации измерения, а также доказанным независимым предиктивным значением плечевого АД в прогнозировании популяционной летальности независимо от традиционных факторов риска (ESC/ESH, 2007; ВНОК, 2008). Однако, несмотря на его глобальное принятие, к измерениям АД в плечевой артерии нужно подходить с осторожностью, так как диагностические и терапевтические заключения, основанные на результатах данного метода измерения, могут быть ошибочными. Метод Короткова имеет погрешность, которая может составлять ± 16 мм рт. ст. от истинного реального АД. (Теренс Мартин, 2007 г.). Для оценки нагрузки левого желудочка и эффективности терапии клиницисту недостаточно измерения АД в плечевой артерии.

В настоящее время растет интерес к исследованию параметров центрального давления и отраженной волны с целью изучения их вклада в патогенетические механизмы сердечно-сосудистого континуума (Орлова Я. А., Агеев Ф. Т., 2006; Laurent S., 2010). Согласно результатам исследования Strong Heart (2007), центральное пульсовое давление является лучшим предиктором развития сердечно-сосудистых заболеваний, чем соответствующее плечевое АД, так как позволяет более точно определить степень нагрузки на миокард левого желудочка и стенки магистральных артерий. Как известно, по мере удаления от сердца, продвижения от восходящей аорты к периферии отмечается увеличение САД, а ДАД, хотя и незначительно, но снижается, вследствие чего возрастает и пульсовое давление, что связано с волной отражения. Вот почему манжеточное давление в плечевой артерии далеко не всегда соответствует давлению в нисходящей аорте. А поскольку величина САД именно в аорте определяет постнагрузку и массу миокарда левого желудочка, корреляция между уровнем САД на плече и показателями смертности имеет более опосредованный характер в сравнении с САД в аорте.

Цель. Проанализировать центральное аортальное давление (ЦАД) при дистанционном суточном мониторинге АД у работников железнодорожного транспорта, для возможности исключения ложно-положительных результатов. Определение клинической значимости и сопоставимости показателей суточного мониторинга артериального давления и центрального аортального давления

Методы исследования. Исследование проводилось на базе НУЗ "Дорожная клиническая больница на ст. Чита-2 ОАО "РЖД". В исследование включено 423 работника железнодорожного транспорта, проходивших СМАД при очередной медицинской комиссии (средний возраст $38.8 \pm 7,6$ лет). СМАД проводилось в амбулаторных условиях прибором ВРLab ("Петр Телегин", Россия). Структурно-функциональные свойства сосудистой стенки оценивались на основании результатов амбулаторного мониторинга артериального давления (АД) прибором ВРLab с дополнительным программным обеспечением Vasotens, с возможностью оценки центрального аортального давления, скорости распространения пульсовой волны (СРПВ).

Дистанционный анализ проводился с помощью медицинской информационной системы Medesk.

Полученные результаты. Мониторинг проведен у 423 пациентам, среди которых у 31,6% выявлена нормотония, у 68,4% артериальная гипертензия. Среди пациентов с артериальной гипертензией (289 человек) при оценке центрального аортального давления у 74,7% подтвердилась АГ (систолическое ЦАД в среднем 131 мм рт ст днем и 127 мм рт ст ночью). У 25,3% пациентов на основании оценки ЦАД выявлена нормотония (систолическое ЦАД 114 мм рт ст днем и 109 мм рт ст ночью). Периферическое пульсовое давление составило в среднем 45,2 мм рт ст днем и 46,7 мм рт ст ночью. Центральное пульсовое давление составило в среднем 36,2 мм рт ст днем и 38,8 мм рт ст ночью. Достоверной разницы в скорости распространения пульсовой волны в данных группах выявлено не было (в среднем СВПВ 7,8 мм/с). СРПВ в группе с повышенным АД и ЦАД в среднем составила 8,7 мм/с. СРПВ в группе с нормотонией в среднем составила 6,8 мм/с.

Заключение. Измерение суточного профиля центрального аортального давления и оценка могут являться показателями исключения "ложной" артериальной гипертензии. При выявлении "ложной" артериальной гипертензии отмечалось увеличение жесткости сосудистой стенки по сравнению с группой с нормотонией, что может рассматриваться как предиктор развития артериальной гипертензии.

РАЦИОНАЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПРОТИВОИНФЕКЦИОННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Вишнякова Т.М., Долина А.Б.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Актуальность. Острые респираторные инфекции (ОРИ) занимают ведущее место в структуре инфекционной патологии детей - по данным различных авторов на долю ОРИ приходится от 90 до 93% всей инфекционной заболеваемости. Известно, что большинство случаев заболевания (84-87%) этиологически связано с вирусной инфекцией, в связи с чем оправданным является применение противовирусных препаратов у больных с неосложненными формами заболевания.

Цель работы. Анализ использования противоинфекционных препаратов при ОРИ у детей раннего возраста в поликлиниках города Читы.

Задачи.

1. Выяснить частоту применения противоинфекционных препаратов при ОРИ у детей раннего возраста в поликлиниках г. Читы.
2. Определить спектр противоинфекционных препаратов и основные схемы лечения, применяемые при ОРИ.
3. Оценить клиническую эффективность применения различных противоинфекционных препаратов при ОРИ у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе городских детских поликлиник № 2,4,5 г. Читы. Был проведен ретроспективный анализ 300 амбулаторных карт детей в возрасте от 1 до 5 лет с эпизодами заболевания ОРИ легкой и средней степени тяжести с неосложненным течением. Нами учитывались диагноз, схема лечения, продолжительность терапии, симптомы и динамика заболевания.

Результаты. В 88,4% детей с ОРИ получали противоинфекционные препараты. В 50% случаев предпочтение отдавалось противовирусной терапии, в 18,2% антибактериальной терапии, в 20,2% комбинированной терапии (антибактериальные +противовирусные препараты) и в 11,6% симптоматической терапии.

По частоте использования противовирусные препараты распределились следующим образом: Анаферон, Арбидол, Циклоферон; антибактериальные препараты: Флемоксин-солютаб, Амоксициллин. В терапии применялись схемы лечения, включавшие: 1. Симптоматическая терапия; 2. Симптоматическая + противовирусная терапия; 3. Симптоматическая + антибактериальная терапия; 4. Симптоматическая + антибактериальная + противовирусная терапия.

В зависимости от применяемой схемы средние сроки лечения составили: при симптоматической и противовирусной терапии - $7 \pm 0,5$ дней, при антибактериальной и антибактериальная + противовирусная - $8 \pm 0,3$ дней. У детей при повторном обращении на 2-5 сутки от момента заболевания положительная динамика противовирусной терапии отмечалась в 64% случаев, а при использовании антибактериальной и комбинированной терапии в 61% и 73% случаев соответственно симптомы заболевания сохранялись или нарастали.

Выводы.

1. Большинство случаев ОРИ у детей раннего возраста требуют применения противоинфекционной терапии.
2. Препаратами выбора в лечении ОРИ у детей являются следующие противовирусные и антибактериальные средства: Анаферон, Арбидол, Циклоферон, Флемоксин-солютаб, Амоксициллин.
3. Применение антибактериальной терапии сопровождается увеличением сроков лечения в сравнении с назначением симптоматических и противовирусных средств.

ПОКАЗАТЕЛИ ЭКГ У ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ

Вишнякова Т.М., Долина А.Б.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Цель и задачи работы: оценить параметры ЭКГ у детей, занимающихся спортом.

Материалы и методы. Проанализировано 258 электрокардиограмм юных спортсменов, средний возраст $14 \pm 2,1$, стабильно занимающихся различными видами спорта.

Результаты. Среди юных спортсменов чаще, чем в популяции детей не занимающихся спортом, встречаются следующие ЭКГ-синдромы: брадикардия (9,7%), синдром ранней реполяризации желу-

дочков (СРРЖ)-10,4%, нарушение процессов реполяризации в миокарде (13,5%). Небольшое количество спортсменов имели ЭКГ - нарушения, требующие более углубленного обследования для исключения патологических состояний: нарушение ритма и проводимости (6,6%), укорочение интервала PQ (1,5%). Спортсменам с нарушением процессов реполяризации в миокарде проведена оценка состояния вегетативной нервной системы по данным кардиоинтервалографии (КИГ). Получены следующие **результаты**. Исходный вегетативный статус: нормотония выявлена в 23% случаев, симпатикотония - 46% спортсменов, ваготония - 31%. Более половины детей имели гиперсимпатикотоническую вегетативную реактивность. Треть юных спортсменов с данными изменениями ЭКГ имели повышение показателя активности регуляторных систем, что свидетельствует о выраженном напряжении систем адаптации.

Выводы:

1. У юных спортсменов по данным ЭКГ, в сравнении с популяцией детей, не занимающихся спортом, чаще встречаются брадикардия, СРРЖ, неспецифические изменения процессов реполяризации.
2. У юных спортсменов с нарушениями процессов реполяризации вегетативный гомеостаз характеризуется тенденцией к снижению доли нормотонии и усилению симпатической направленности ВНС.
3. ЭКГ - синдром неспецифических изменений процессов реполяризации в ряде случаев связан с нарушением адаптационных процессов.
4. Дети, занимающиеся спортом, требуют более глубокого обследования систем, отвечающих за адаптацию к физическим нагрузкам.

ВЛИЯНИЕ ВИТАМИНА Д НА РАЗВИТИЕ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Власова А.Н., Тихоненко О.А., Шелехова В.П.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Введение. В современных условиях самой часто выявляемой патологией в детском возрасте являются острые респираторные заболевания (ОРЗ). Часто болеющие дети в настоящее время составляют одну из самых многочисленных групп диспансерного наблюдения - от 15 до 50% всех детей. Ежегодно часто болеющий ребенок переносит более 5-6 эпизодов ОРЗ, у некоторых детей количество эпизодов составляет 10-12 и более. В целом, на их долю приходится до 75% всех случаев ОРЗ. Наиболее высокий уровень заболеваемости отмечается у детей, посещающих организованные коллективы.

В литературе имеется достаточное количество работ, посвященных состоянию иммунитета у ЧБД. Изучены такие показатели, как IgA, IgM, IgE, IgG, C4 компонента комплемента, α - и γ -интерферон, CD3+, CD4+, CD8+. Среди современных исследований встречаются работы по изучению влияния холекальциферола (витамина Д) на иммунную систему у детей с частой респираторной заболеваемостью.

Целью работы явилось изучение уровня метаболитов холекальциферола и иммуноглобулинов класса А, G, M у часто болеющих детей - первоклассников в период адаптации к школе.

Материалы и методы. В исследование включено 53 ребенка, из них 32 - из группы часто болеющих (ЧБД). Критерием включения детей в группу ЧБД явилась заболеваемость острыми респираторными инфекциями более 6 раз в год. Критериями исключения - наличие хронической патологии внутренних органов и систем.

Средний возраст детей составил $7\pm 0,09$ лет. Все дети были разделены на три группы: группа А (контрольная группа) - получали витамин Д3 - 17 человек, группа Б (сравнения) - не получавшие витамин Д3 - 15 человек, группа В - здоровые дети - 21 ребёнок.

Исследуемые группы сопоставимы по полу и возрасту.

Оценка периода адаптации у детей проводилась на первом месяце и на третьем месяце приема витамина Д3 по следующим критериям: клиническим данным (частота ОРЗ в период адаптации, оценка физического развития, эмоционального состояния, сна и аппетита) и лабораторным исследованиям. Лабораторно проведён анализ уровней метаболитов витамина Д (1,25-дигидроксивитамина и 25-гидроксивитамина Д) с использованием IDS OSTEIA 1,25 и 25-Hydroxy Vitamin D теста, основанного на методе иммуноферментного анализа. При помощи твёрдофазного метода иммуноанализа, основанного на принципе "сэндвича", определяли иммуноглобулины классов А, G, M. Индекс резистентности определяли как отношение количества перенесённых ребёнком острых заболеваний к числу месяцев наблюдения. Статистическая обработка полученных данных проведена с помощью параметрических и непараметрических показателей (критерий Стьюдента и Манна-Уитни) пакета программ Statistica 6.0. Все данные представлены по статистическим параметрам в виде среднего числа с расчётом стандартного отклонения. Статистически значимыми считались данные при $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждения. Переносимость препарата была удовлетворительной. Период адаптации у детей протекал в лёгкой форме, респираторных заболеваний, со слов родителей. У всех детей не отмечалось отклонений со стороны физического развития, сна и аппетита.

При оценке уровня метаболитов витамина Д выявлено достоверное увеличение их на фоне применения Витамина Д3 и приближение к уровню метаболитов у здоровых детей.

В контрольной группе содержание 25-гидроксивитамина Д (нмоль/л) до приёма препарата составило $49,3 \pm 13,8$, в группе сравнения $48,7 \pm 13,9$. Через 3 месяца профилактического приёма холекальциферола, уровень метаболита в контрольной группе приблизился к уровню здоровых детей ($57,3 \pm 12,6$) и составил - $59,8 \pm 18,0$, в группе сравнения повысился незначительно до $50,0 \pm 11,1$ ($p=0,001$).

Уровень 1,25-дигидроксивитамина Д (нмоль/л) у часто болеющих детей группы А на 1 месяце составил $153,5 \pm 15,6$, в группе Б - $147,4 \pm 55,2$. На 3 месяце уровень достоверно повысился в группе А и составил $322,3 \pm 16,6$ ($p=0,0004$), в группе Б повысился незначительно до уровня - $155,6 \pm 48,6$, у здоровых детей уровень метаболита составил - $174,3 \pm 33,0$ ($p=0,0001$).

При оценке уровня иммуноглобулинов (Иг-г/л) выявлено следующее. До лечения ИгА в группе сравнения и в группе контрольной составил $1,40 \pm 0,08$, на 3 месяце наблюдения достоверно увеличился уровень ИгА у детей, получавших витамин Д3 и составил $1,55 \pm 0,05$ ($p=0,01$), в группе сравнения сохранился на прежних цифрах, у здоровых детей составил $1,43 \pm 0,05$.

Уровень ИгМ у детей группы А до лечения составил - $2,11 \pm 0,80$, в группе Б - $2,22 \pm 0,99$, после применения в группе А снизился до - $1,72 \pm 0,90$, в группе Б уменьшился незначительно и составил $2,15 \pm 0,75$, у здоровых детей - $1,96 \pm 0,15$.

На фоне применения Витамина Д3, уровень ИгG в контрольной группе повысился с $18,76 \pm 3,93$ до $23,0 \pm 2,3$ ($p=0,05$), приблизившись к уровню здоровых ($27,13 \pm 10,00$). В группе сравнения уровень ИгG остался на прежних цифрах и составил до лечения $19,84 \pm 6,40$, на 3 месяце - $20,95 \pm 6,08$.

Был проведён подсчёт индекса резистентности, который в контрольной группе составил - 0,2, группе сравнения - 0,5, что свидетельствует о снижении уровня заболеваемости в контрольной группе.

Заключение. На фоне применения витамина Д (Аквдетрим) выявлено статистически значимое увеличение метаболитов витамина Д, иммуноглобулина А, G и повышение индекса резистентности у детей-первоклассников в период адаптации к школе. Полученные данные свидетельствуют о достаточной усвояемости препарата витамина Д, что приводит к нормализации содержания активных метаболитов в крови у детей и их влиянию на уменьшение количества острых респираторных инфекций у детей-первоклассников.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНТРАКОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Гагаркина Л.С., Царенок С.Ю., Горбунов В.В.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Актуальность. На сегодняшний день ангиопластика со стентированием занимает ведущие позиции в эндоваскулярном лечении больных ишемической болезнью сердца (ИБС). Данный метод позволяет восстановить кровоток, тем самым избавив пациентов от симптомов заболевания. Однако риск сердечно-сосудистых осложнений после эндоваскулярных вмешательств остается высоким. Поэтому крайне актуальным является вторичная профилактика основных сердечно-сосудистых событий, в основе которой лежит тщательный контроль факторов риска ИБС, медикаментозная терапия. В последние годы оценка качества жизни широко используется для характеристики тяжести патологического процесса, его динамики и эффективности лечебных мероприятий, в том числе у больных с поражением системы кровообращения.

Цель исследования. Оценить качество жизни и эффективность ангиопластики со стентированием у больных с хронической коронарной недостаточностью.

Материалы и методы. Обследовано 37 больных с ИБС, стабильной стенокардией напряжения III функционального класса, подвергшихся ангиопластике со стентированием. Средний возраст обследуемых составил $56,9 \pm 8,6$ лет. Группа контроля - 20 относительно здоровых лиц, соответствующих по возрасту, полу. При работе с обследуемыми соблюдались этические принципы Хельсинкской декларации Всемирной Медицинской Ассоциации (1964). Баллонная ангиопластика со стентированием выполнена в плановом порядке на базе Краевой клинической больницы г. Читы. Непосредственных осложнений ангиопластики не было отмечено, пациенты выписаны в соответствующие сроки. Эндоваскулярное

лечение проводилось с использованием голометаллических стентов (28 человек), с лекарственным покрытием Cypher (активное вещество - рапамицин) (5 человек), с лекарственным покрытием Taxus (активное вещество - паклитаксел) (4 человека). Эффективность проведенного лечения оценивали по следующим параметрам: наличие или отсутствие симптомов стенокардии, наличие или отсутствие осложнений (летальный исход, развитие инфаркта миокарда), оценка показателей качества жизни по данным русско-язычной версии опросника SF-36 (J.E.Ware, 1992; А.А. Новик, Т.И. Ионова, 2002) исходно и через 3 месяца после ангиопластики по сравнению с исходным уровнем. Отдаленные результаты лечения были проанализированы по прошествии одного года. Оценивали летальность и развитие осложнений (возобновление приступов стенокардии, возникновение инфаркта миокарда), необходимость в приеме нитратов, развитие рестеноза в стенте. Помимо общеклинического обследования, всем больным проводился контурный анализ пульсовой волны с оценкой эластических свойств артерий с помощью прибора SphygmoCor (AtCor Medical, Австралия), регистрация пульсовой волны на лучевой артерии осуществлялась методом аппланационной тонометрии исходно и через 3 месяца после ангиопластики. Статистическая обработка полученных результатов проводилась при помощи пакета программ "Statistica 6,0".

Результаты и обсуждение. В исследуемой группе преобладали мужчины среднего возраста с высокой распространенностью основных факторов риска ИБС: курили 48,6 % больных, артериальная гипертензия отмечалась у 64,9 % больных, гиперлипидемия у 75,7 % больных. Указание на перенесенный инфаркт миокарда в анамнезе было у 48,6 % больных. В качестве антиангинальной терапии пациенты получали β -адреноблокаторы, антагонисты кальция, ингибиторы АПФ. Двухкомпонентную дезагрегантную терапию (клопидогрелем и аспирином), статины (аторвастатин или симвастатин) регулярно получало большинство пациентов (84 %).

Следует отметить высокую клиническую эффективность ангиопластики. Так, через 3 месяца после вмешательства 28 пациентов (76 %) имели высокую толерантность к нагрузкам, у 9 пациентов наблюдалась клиника ИБС, стабильной стенокардии напряжения I ф.кл., все пациенты отрицали потребность в нитратах. Отмечена положительная динамика показателей качества жизни по данным русско-язычной версии опросника SF-36 через 3 месяца после вмешательства: физический компонент здоровья улучшился на 31 % ($p=0,0001$), психический компонент - на 24 % ($p=0,0001$).

Через 12 месяцев после вмешательства возобновление ангинозных приступов и снижение переносимости физических нагрузок отмечали 14 пациентов (38 %), из них у 6 пациентов ангинозные боли соответствовали клинике стабильной стенокардии напряжения II ф. кл. и отсутствовала потребность в нитратах, у 8 пациентов наблюдалась клиника стабильной стенокардии напряжения III ф. кл. и отмечена потребность в нитратах до 1-3 раз в неделю. В течение года после ангиопластики 3 пациента перенесли инфаркт миокарда (8 %), один из которых (2,7 %) умер от повторного инфаркта миокарда через 9 месяцев после вмешательства, осложнившегося сопутствующей пневмонией, при этом на вскрытии признаков рестеноза в стенте не было выявлено.

При контрольном проведении коронароангиографии через 12 месяцев после стентирования рестеноз в стенте выявлен у 8 человек (21,6 %).

Таким образом, клинически эффект от стентирования к концу года сохранялся у 78 % пациентов.

По данным аппланационной тонометрии исходно в исследуемой группе выявлено повышение параметров, характеризующих ригидность сосудистой стенки, по отношению к контролю: скорости распространения пульсовой волны на 29% ($p=0,002$), центрального пульсового давления на 10,4 мм рт.ст. (31,5%) ($p=0,0001$), центрального пульсового давления на 6, 6 мм. рт.ст. ($p=0,0001$), уменьшение показателя субэндокардиальной жизнеспособности (SERV) на 7,15% ($p=0,048$). В динамике через 3 месяца после вмешательства у больных ИБС отмечено уменьшение центрального пульсового давления на 21% ($p=0,0001$), увеличение показателя SERV на 15% ($p=0,0001$), уменьшение давления аугментации на 46% ($p=0,002$).

Выводы.

1. Подавляющее большинство пациентов исследуемой группы (83,8 %), нуждающихся в проведении ангиопластики со стентированием, составили мужчины среднего возраста (56,9±8,6 лет) с высокой распространенностью основных факторов сердечно-сосудистого риска: курения (48,6 %), артериальной гипертензии (64,9 %), дислипидемии (75,7 %), гиперфибриногенемии (13,5 %).
2. Клинически к концу года эффект от стентирования сохранялся у 78 % больных ИБС. За время наблюдения у 8 пациентов выявлен рестеноз в стенте (21,6 % больных), 3 больных (8%) перенесли инфаркт миокарда в течение года после вмешательства, один из которых закончился летальным исходом (через 9 месяцев после ангиопластики).

3. Наряду с клиническими маркерами, общепринятыми методами оценки эффективности реваскуляризации миокарда, у больных с хронической коронарной недостаточностью возможно использование в повседневной практике методики аппланационной тонометрии с контурным анализом пульсовой волны (нормализация центрального пульсового давления, показателя субэндокардиальной жизнеспособности, давления аугментации может указывать на эффективное восстановление коронарного кровотока).

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МУКОВИСЦИДОЗА У ПАЦИЕНТОВ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ

Гаймоленко И.Н., Гаврикова О.В., Безгина Г.В., Фетисова Е.С.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Муковисцидоз (МВ) - распространенное наследственное заболевание, обусловленное мутацией гена трансмембранного регулятора проводимости муковисцидоза (МВТР). В результате мутации гена происходит дегидратация секретов экзокринных желез, что приводит к их повышенной вязкости. Изменение слизистых секретов при МВ объясняет большинство патологических процессов, лежащих в основе патогенеза заболевания. Возникающая в результате нарушения ионного транспорта клиническая картина включает поражение бронхолегочной системы, недостаточность поджелудочной железы, имеющуюся у 80-90% больных с мутацией гена МВТР, мекониевый илеус (МИ) у 17% новорожденных с этой патологией, вторичный (панкреатический) сахарный диабет у 20% больных взрослых, обструктивную патологию желчной системы у 15-20% больных и азооспермию у более 90% больных МВ мужчин. Частота МВ 1 на 2000-3000 новорожденных в странах Европы и Северной Америки. По оценкам ВОЗ ежегодно в мире рождается 45-50 тысяч новорожденных с МВ, а число гетерозиготных носителей заболевания насчитывает десятки миллионов. Частота встречаемости МВ в нашей стране 1: 12000. Диагноз МВ базируется на 4-х основных критериях, предложенных Di Sant'Agnese: семейного анамнеза (наличие братьев и сестер, больных МВ); хронического бронхолегочного процесса; характерного кишечного синдрома; повышенного содержания хлоридов и натрия в поте.

Целью исследования явился анализ заболеваемости и особенностей течения муковисцидоза у пациентов Забайкальского края.

Материалы и методы. В исследование включены пациенты Регионального сегмента Федерального регистра больных орфанными (редкими) заболеваниями. Критерии включения: диагноз муковисцидоза, подтвержденный результатами неонатального скрининга, характерной клинической картиной заболевания, положительного потового теста или обнаружения мутаций в гене. Методом исследования явился ретроспективный анализ клиничко-анамнестической картины заболевания у каждого пациента.

Результаты. В настоящее время на территории Забайкальского края зарегистрировано 25 пациентов в возрасте от 2 мес. до 24 лет, больных муковисцидозом, из них 17 мужского, 8 женского пола. Методом неонатального скрининга (внедрен в практическую деятельность приказом МЗ в 2006 г.) выявлено 8 случаев. У всех этих детей первые симптомы заболевания появились в возрасте от 0 до 12 месяцев, в том числе у 2 детей во втором полугодии жизни. Тогда как анализ группы детей, где диагноз установлен по клиничко - лабораторным данным в 1/4 части случаев симптомы заболевания выявлены только после 3 - летнего возраста. Средний возраст детей, выявленных методом неонатального скрининга, составляет 2,7 лет, средний возраст детей, диагноз у которых установлен по клиничко-лабораторным данным - 7 лет. Возраст постановки диагноза не всегда совпадает с временем появления первых симптомов заболевания, что связано с редкостью патологии и отсутствием настороженности врачей. В связи с этим наблюдается более ранняя постановка диагноза в случае проведения неонатального скрининга: в 0-1 мес., 43%, в 4-5мес. - 57% детей. Тогда как у 38% детей до внедрения скрининга диагноз установлен в возрасте после 5 - летнего возраста.

В структуре заболевания преобладают тяжелые и среднетяжелые формы в обеих группах (57% и 28,6%; 69,2% и 23,4% соответственно). Среди обследованных в группе выявленных по неонатальному скринингу смешанная форма заболевания - 100% случаев, в группе выявленных по клиничко-лабораторным показателям 69,2% - смешанная форма, 23,4% - кишечная или легочная. Необходимо отметить, что более благоприятное течение болезни наблюдается в случае кишечной формы дебюта заболевания, о чем свидетельствует продолжительность жизни пациентов. Из 6 пациентов в возрасте от 16 до 24 лет, 50% имеют преимущественно кишечную форму. Осложнения со стороны кардио-респираторной системы диагностированы у 1/3 части пациентов (у 8 человек).

Известно, что прогноз и продолжительность жизни пациентов зависит от степени вовлечения в

процесс респираторного тракта, формирования хронического инфекционного процесса, ассоциированного с синегнойной палочкой, и развития осложнений в виде легочно-сердечной недостаточности. Анализ зависимости клиники от особенностей выделяемой флоры из дыхательных путей показал, что наиболее тяжелое течение заболевания сопряжено с хронической колонизацией синегнойной палочкой, которая зарегистрирована в 7 случаях из 25 (28%), средний возраст первого высева (6,8 лет).

В связи с этим на следующем этапе мы оценили клинические проявления и состояние неспецифической резистентности в зависимости от носительства синегнойной палочки у детей с муковисцидозом. Проведено одномоментное ретроспективное исследование клинической картины заболевания и лабораторных данных больных муковисцидозом детей, госпитализированных в пульмонологическое отделение КДКБ в течение 2011-2012 года. **Методы исследования.** Оценка индекса массы тела (ИМТ) по общепринятой формуле, микробиологическое исследование мокроты, оценка гемограммы с расчетом интегральных показателей. Коэффициент фагоцитарной защиты (КФЗ), специфический иммунный лимфоцитарно-моноцитарный потенциал (СИЛМП), лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ). Статистическая обработка материала проведена методами параметрической статистики ($M \pm SD$) и непараметрической статистики Me (25-75), значимость различий по критерию Стьюдента или Манна-Уитни ($P < 0,05$).

Бактериологическое исследование мокроты выявило носительство синегнойной палочки у 33% детей. Дети в дальнейшем разделены на две группы. Первая (1)- пациенты с высевом синегнойной палочки (6 сл.) 33%, из них (4 сл.) 67% мальчики и (2сл.) 33% девочки; вторая (2) - пациенты с другим спектром микроорганизмов (стрептококки и стафилококки) в мокроте (12 сл.) 67%, из них (9 сл.) 75% мальчики и (3 сл.) 25% девочки. В первой группе у всех детей наблюдалось тяжелое течение болезни, во второй группе - в 75% случаев. Различные осложнения в виде цирроза печени, хронического легочного сердца (ХСЛ), пневмофиброза, бронхоэктазов, ателектазов, легочной гипертензии диагностированы у всех детей 1 группы. Во 2 группе осложнения в виде цирроза печени и легочной гипертензии выявлены только у двух детей (17%). ИМТ у детей 1 группы составил $14,1 \pm 0,9$ во второй $17,3 \pm 2,5$ ($p < 0,05$). Интегральный анализ гемограммы свидетельствует о наличии более выраженной эндогенной интоксикации у носителей псевдомонад: ЛИИ в 1 группе $1,36$ ($0,96-2,7$), во 2 группе $0,38$ ($0,13-0,63$) ($p < 0,05$). КФЗ был несколько ниже в группе детей с носительством синегнойной палочки: $0,74$ ($0,71-1,04$) против $0,88$ ($0,62-1,05$) ($p > 0,05$), СИЛМП в первой группе составил $0,55$ ($0,24-0,69$), во 2 - $0,76$ ($0,36-0,96$) ($p < 0,05$).

Таким образом, носительство синегнойной палочки является фактором риска тяжелого течения муковисцидоза и приводит к развитию дистрофии. У детей носителей бактерии наблюдается более выраженная эндогенная интоксикация продуктами аутолиза, о чем свидетельствует умеренное повышение ЛИИ. Активация кооперации фагоцитов не зависит от наличия синегнойной палочки, поскольку реакция данных клеток на бактериальные возбудители, вероятно, не является специфичной. Тогда как способность антигенпрезентирующих и антителообразующих клеток (СИЛМП) имеет различия в исследуемых группах и свидетельствует о подавлении их функции у детей с синегнойной инфекцией.

СМЕРТНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ, СВЯЗАННАЯ С АЛКОГОЛЕМ

Говорин Н.В., Сахаров А.В.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Несмотря на меры, направленные на улучшение демографической ситуации, в Российской Федерации одной из самых острых проблем остается высокий уровень смертности населения. Следует отметить, что существенная часть всех смертей, особенно в Сибирском регионе, напрямую или косвенно связана с алкоголем.

Целью данного исследования стала оценка алкогольной смертности в Забайкальском крае.

Методы исследования. Для изучения алкогольной смертности населения Забайкальского края на первом этапе работы были проанализированы данные, полученные из документов, хранящихся в ГУ "Государственный архив" Забайкальского края (с 1975 по 1994 гг.), Территориальном органе Федеральной службы Государственной статистики по Забайкальскому краю (с 1995 по 2012 гг.), ГУЗ "Краевой наркологический диспансер" Забайкальского края (с 1980 по 2010 гг.). Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с применением пакета анализа Microsoft Excel и пакета прикладных статистических программ "Statistica-6.0". Взаимное влияние изучаемых параметров устанавливалось с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

Результаты и их обсуждение. В Забайкальском крае показатель общей смертности населения в

2012 году составил 13,0 на 1000 человек населения, данный показатель сопоставим с общероссийским (13,3 на 1000). При этом в структуре причин смертности в нашем регионе на втором месте (после болезней системы кровообращения) находится смертность от насильственных причин, хотя в РФ с 2006 года смертность от внешних причин стала занимать третью позицию.

Определение влияния алкогольного фактора на смертность населения по-прежнему остается проблематичным. На протяжении длительного времени органы статистики учитывали лишь три нозологии - смертность по причине алкоголизма, алкогольной болезни печени, отравлений алкоголем и его суррогатами. Только с 2005 года дополнительно стали собирать данные по летальным случаям в результате алкогольной кардиомиопатии, алкогольного панкреатита и алкогольной дегенерации нервной системы.

Что касается смертности от острых отравлений алкоголем и его суррогатами, то данные показатели в Забайкальском крае остаются существенно выше аналогичных по РФ - 22,1 и 7,0 на 100 тыс. населения в 2012 году соответственно.

Показатель смертности от алкоголизма в Забайкалье составил в 2010 году 4,1 на 100 тыс. населения (в 1975 году он был 0,49 на 100 тыс. населения). Смертность от алкогольной болезни печени в регионе имеет тенденцию к постоянному росту с 1993 года; в целом, за 36 последних лет показатель увеличился в 47,2 раза (с 0,25 на 100 тыс. населения в 1975 году до 11,8 в 2010 году). Смертность по причине алкогольного панкреатита в нашем регионе за шесть последних лет остается стабильной, показатель в 2010 году составил 0,5 на 100 тыс. населения. Чуть выше смертность в результате алкогольной дегенерации нервной системы - 1,3 на 100 тыс. населения в 2010 году. Показатель смертности по причине алкогольной кардиомиопатии, начиная с момента учета, имеет тенденцию к снижению в Забайкальском крае: с 59,1 на 100 тыс. населения в 2005 году до 31,1 на 100 тыс. населения в 2010 году.

Если суммировать показатели приведенных выше причин смертности, то в среднем за 2005-2009 гг. летальность от факторов, непосредственно вызванных алкоголем, составила в Забайкальском крае 6,5 % (5 473) от всей смертности населения (84 413) за указанный период. У мужчин прямые алкогольные потери были в 1,7 раза выше, чем у женщин. При этом в структуре смертности лиц трудоспособного возраста данный показатель был еще выше - 13,5 %.

Алкогольная кардиомиопатия в структуре смертности населения от болезней системы кровообращения составила в среднем за пять лет 5,7 %, при этом ее доля в смертности лиц трудоспособного возраста по данной причине определялась уже величиной 20,9 %. Аналогично, смертность по причине алкогольного панкреатита и алкогольной болезни печени в структуре летальности от болезней системы пищеварения составили в среднем за 2005-2009 гг. 15,1 %, в смертности трудоспособного населения - 21,3 %.

Приведенные данные будут неполными и существенно заниженными, если не учитывать косвенную связь определенных родов смертности с алкоголизацией населения. В первую очередь, это касается насильственных причин смертности, при которых роль алкогольного фактора часто мы можем оценивать только по факту обнаружения алкоголя при проведении экспертизы. При анализе документов Забайкальского краевого бюро судебно-медицинской экспертизы установлено, что более чем в половине случаев насильственной смертности в крови обнаруживается алкоголь (от 53,5 % до 59 % за последние 6 лет). Так, в 2010 году при самоубийствах алкоголь обнаруживался в 59,6 % случаев, при убийствах - в 73,3 % случаев, при транспортных травмах - в 50,9 % случаев, при воздействии низкой температуры - в 59 % случаев. Чтобы подтвердить роль алкогольного фактора в возникновении насильственной смертности, необходимо сопоставить динамику указанных насильственных смертей с динамикой других явлений, более тесно связанных с потреблением спиртных напитков. В качестве таковых удобно взять случаи случайных отравлений алкоголем и заболеваемость населения алкогольными психозами.

При проведении корреляционного анализа между выбранными показателями за 31 год получены следующие результаты. Корреляция между смертностью от случайных отравлений алкоголем и заболеваемостью алкогольными психозами являлась сильной прямой ($r = +0,866$; $p < 0,0001$). Корреляция между самоубийствами, смертностью от случайных отравлений алкоголем и заболеваемостью алкогольными психозами составила $+0,095$ ($p < 0,0001$) и $+0,784$ ($p < 0,0001$), а между убийствами и данными показателями - $+0,942$ ($p < 0,0001$) и $+0,875$ ($p < 0,0001$) соответственно. Это является еще одним подтверждением ведущего вклада алкоголя в величину насильственной смертности в Забайкалье.

При анализе материалов Государственной статистики и Краевого бюро судебно-медицинской экспертизы выявлено, что смертность от внешних причин, при которых в крови у умершего обнаруживался алкоголь, составила в среднем за 2005-2009 гг. в структуре всей смертности населения края 11,6 %. Если отсюда вычесть отравления алкоголем, то доля насильственной смертности, косвенно связанной с приемом алкоголя, в общей смертности населения равна 9,0 % (7 578).

Следовательно, алкогольная смертность среди всех умерших, определяемая как сумма прямых

алкогольных потерь и косвенных потерь по причине внешних факторов, в Забайкальском крае за период с 2005 по 2009 гг. составила 15,5 % (13 051). В группе умерших трудоспособного возраста данный показатель был существенно выше - в 2009 году он составил 38,0 % (10,4 % - прямые алкогольные потери; 27,6 % - косвенные потери).

Заключение. Таким образом, в Забайкальском крае алкогольная смертность как сумма прямых и косвенных алкогольных потерь составляет 15,5 % всей смертности населения. При этом данный показатель существенно выше среди лиц, умерших в трудоспособном возрасте, достигая в этой группе 38,0 %. Обоснованность выделения косвенных алкогольных потерь, которые представляют собой смертность от внешних причин в алкогольном опьянении, исключая отравления алкоголем, подтверждается тесными корреляционными связями между насильственной смертностью, алкогольобусловленной смертностью и наркологической заболеваемостью.

Полученные данные свидетельствуют как о высоком уровне алкоголизации населения, так и демонстрируют, что борьба с пьянством и алкоголизмом является одним из важных направлений снижения смертности населения, особенно в трудоспособном возрасте.

СОСТОЯНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ВРАЧЕЙ

Говорин Н.В., Бодагова Е.А.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Цель: оценить состояние психического здоровья врачей лечебных учреждений Забайкальского края.

Материалы и методы. Было обследовано 383 врача городских и краевых стационаров города Читы, среди них 65,8 % женщин (252) и 34,2 % мужчин (131) в возрасте от 23 до 70 лет. Распространенность невротических расстройств у врачей определяли с помощью клинического опросника К.К. Яхина и Д.М. Менделевича (2005). С целью диагностики "синдрома эмоционального выгорания" (СЭВ) был использован опросник В.В. Бойко (2004). Для установления алкогольных проблем использовалась анкета-опросник, разработанная доцентом кафедры психиатрии ЧГМА, к.м.н. Л.Т. Морозовым. Для диагностики синдрома зависимости от алкоголя (F10.2) или употребления алкоголя с вредными последствиями (F10.1) использовались критерии МКБ-10. Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась при помощи стандартной программы "Statistica 6.0 for Windows" с применением непараметрического критерия - хи-квадрат Пирсона (χ^2). Контролем были внутригрупповые соотношения.

Результаты и обсуждение. Результаты исследования показали, что из 383 обследованных врачей лишь у 35,5 % ($n = 136$) не было выявлено признаков невротических нарушений, тогда как у остальных 64,5 % ($n = 247$) имелись либо уже сформированные невротические расстройства, либо доболезненные состояния. Так, у 37,8 % были выявлены признаки невротической депрессии (F43); у 24,5 % - тревожных расстройств (F41); у 23,5 % - астенических нарушений (F48.0); у 22,7 % - вегетативных расстройств (F45.3); у 20,8 % - нарушения истерического типа реагирования (F44) и у 17,3 % - обсессивно-фобические расстройства (F42). В ходе исследования были выявлены достоверные различия по гендерному признаку в отношении распространенности невротических расстройств среди врачей. Так, клинически очерченные синдромы невротических нарушений достоверно чаще встречаются среди женщин: показатели невротической депрессии - 42,0 % ($p = 0,01$), нарушений истерического типа реагирования - 24,6 % ($p = 0,01$), а также обсессивно-фобических расстройств - 20,3 % ($p = 0,03$) у женщин превышают таковые у мужчин: 29,7 %, 13,7 %, 11,5 % соответственно. В отношении распространенности невротических расстройств у врачей различной специализации было выявлено, что наиболее "невротизированными" являются врачи скорой медицинской помощи. Это подтверждается более высокой частотой выявленных среди них тревожных (39,6 %), астенических (32,0 %) и вегетативных расстройств (32,0 %) по сравнению с врачами остальных специальностей. Тогда как расстройства истерического спектра являлись преобладающими среди врачей терапевтического профиля (28,9 %) ($p = 0,02$).

Согласно данным анализа распространенности синдрома эмоционального выгорания было установлено, что практически у каждого второго врача имеются признаки эмоционального выгорания - 67,6 % ($n = 259$). При этом у 10,5 % ($n = 40$) врачей фазы синдрома находятся на стадии формирования и лишь у 21,9 % ($n = 84$) не было отмечено признаков эмоционального выгорания, т.е. это были здоровые врачи, пока еще не подверженные профессиональной деформации. В отношении структуры самого синдрома было выявлено, что сформированная фаза напряжения присутствует у 12,8 % врачей, фаза резистенции - у 34,0 % и фаза истощения - у 14,8 % респондентов. Учитывая гендерные особенности, было выявлено, что показатели фаз напряжения и истощения у мужчин (14,5 %; 12,9 %) и женщин

(12,0 %; 15,8 %) достоверно не отличались. В то же время показатель фазы резистенции у женщин составил 38,5 % и достоверно превышал показатель фазы резистенции у мужчин - 25,2 % ($p = 0,009$). В ходе исследования было выявлено значительное преобладание фазы напряжения у онкологов - 21,2 % ($p = 0,008$), врачей скорой медицинской помощи - 18,8 % ($p = 0,01$), психиатров и наркологов - 16,3 % ($p = 0,02$). Необходимо также отметить, что фаза резистенции достоверно превалировала у врачей-онкологов - 51,5 % ($p = 0,009$), а истощения - у врачей скорой медицинской помощи - 26,4 % ($p = 0,0006$).

Согласно полученным данным, выявленная распространенность наркологической патологии, связанной с употреблением алкоголя, среди врачей Забайкальского края составила 10,6 %, в том числе синдром зависимости от алкоголя (F 10.2) был выявлен у 2,6 % и употребление алкоголя с вредными последствиями (F 10.1) - у 8,0 % врачей. Соответственно, врачей, не имеющих алкогольной патологии, было 89,4 %. В группе врачей с алкогольными расстройствами достоверно чаще встречались мужчины - 25,2 % (употребляющих алкоголь с вредными последствиями - 18,3 %; с алкогольной зависимостью - 6,9 %), чем женщины - 3,1 % (употребляющих алкоголь с вредными последствиями - 2,7 %; с алкогольной зависимостью - 0,4 %) ($p = 0,0001$), т.е. наркологическая патология, связанная с употреблением алкоголя, была диагностирована у каждого четвертого врача-мужчины и встречалась практически в 8 раз чаще, чем у женщин. Анализируя показатели наркологической патологии, связанной с употреблением алкоголя, среди врачей разного профиля, хотелось бы отметить высокий уровень алкогольной патологии у врачей хирургического профиля: практически у каждого четвертого - 28,4 %. Из них у 20,9 % было выявлено употребление алкоголя с вредными последствиями, что весомо больше по сравнению с акушерами-гинекологами - 1,5 % ($p = 0,0004$); врачами терапевтического профиля - 6,0 % ($p = 0,006$); психиатрами и наркологами - 3,7 % ($p = 0,001$); врачами скорой медицинской помощи - 7,5 % ($p = 0,04$). Также среди употребляющих алкоголь с вредными последствиями было 12,2 % онкологов, количество которых по сравнению с акушерами-гинекологами достоверно преобладало ($p = 0,02$). Однако среди страдающих алкоголизмом врачей онкологов отмечено не было, тогда, как врачи хирургического профиля, имели наибольший процент по алкогольной зависимости - 7,5 % ($p = 0,04$). В рамках исследования, помимо злоупотребления спиртными напитками, у врачей были отмечены и другие виды аддиктивного поведения, такие как табакокурение, чрезмерное употребление кофеина и переедание. В отношении табакокурения необходимо отметить, что оно встречалось у каждого четвертого врача - 26,6 %, причем чаще среди респондентов с пагубным употреблением алкоголя ($p = 0,001$) и с алкогольной зависимостью ($p = 0,0001$). Переедание отмечал практически каждый четвертый у себя врач - 27,6 %, а чрезмерное употребление кофеина - каждый пятый - 22,5 %.

Выводы. Таким образом, у подавляющего большинства врачей имеются признаки невротических расстройств болезненного и доболезненного уровня - 64,5 %. Невротические расстройства чаще встречаются у женщин, врачей скорой медицинской помощи. У каждого второго врача имеются признаки эмоционального выгорания (67,6 %). Фазы напряжения и резистенции больше всего были выражены у врачей онкологов, а истощения - у врачей скорой медицинской помощи. Наркологическая патология была диагностирована у каждого четвертого врача-мужчины - 25,2 % и встречалась практически в 8 раз чаще, чем у женщин - 3,1 % ($p = 0,0001$). У врачей хирургического профиля, по сравнению с остальными, выявлен высокий уровень алкогольных расстройств - 28,4 %.

СРОКИ РАЗВИТИЯ ВТОРИЧНОЙ КАТАРАКТЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МОДЕЛИ ИНТРАОКУЛЯРНЫХ ЛИНЗ

Голуб Л.А., Логунов Н.А., Харинцева С.В., Зимина М.Г.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Несмотря на применение новых технологий в хирургии катаракты, достигнутый оптический эффект операции снижается из-за развития вторичной катаракты. Процесс обусловлен естественным процессом фиброза капсулы хрусталика, происходящего через некоторое время после операции, а также послеоперационной пролиферацией и распространением по внутренней поверхности задней капсулы хрусталика сохранившегося субкапсулярного эпителия. При его миграции из зоны роста (область экватора) в центральную оптическую часть, формируется помутнение, пленка, которая снижает (иногда весьма значительно) остроту зрения.

Для профилактики формирования вторичной катаракты во время операции применяется "полировка" задней капсулы с целью максимального удаления клеток, задний капюлексис. Нахождение интраокулярной линзы (ИОЛ) в капсульной сумке выполняет функцию механического барьера, а имплантация акриловых интраокулярных линз (ИОЛ) с острым оптическим краем усиливает барьер для пере-

мещения клеток по задней капсуле.

Лечение вторичной катаракты заключается в проведении YAG-лазерной дисцизии-создания отверстия в задней капсуле хрусталика. Проведение этой манипуляции освобождает центральную оптическую зону от помутнений и значительно повышает остроту зрения.

Цель: рассмотреть сроки появления вторичной катаракты в зависимости от модели имплантированной интраокулярной линзы.

Материалы и методы. Нами выполнено 254 YAG-лазерных капсулотомий по поводу вторичной катаракты на артификачных глазах.

Перед лечением проводили биомикроскопию, регистрировали вид вторичной катаракты. Разновидность ИОЛ подтверждалась выпиской из стационара.

Для выполнения лазерной дисцизии в конъюнктивальную полость инстиллировали 1% раствор тропикамида и 0,4% инокаин. За веки вводилась линза Абрахама для капсулотомии. На приборе NIDEK YG-1600, Япония, наносились лазерные импульсы по задней капсуле, при этом формировалось отверстие диаметром 5мм. Лоскут капсулы погружали в стекловидное тело.

При проведении статистической обработки распространенность признаков оценивалась в процентах.

Результаты исследования. Нами выявлено, что пациенты с имплантированными ИОЛ Acrysof Natural составили 32%, Rayner - 25,6%, Чаллы (Россия) - 25,2% и 17,2% - пациенты с ИОЛ Т-26, Acrysof IQ, Т-19, Silco и имели высокую остроту зрения после операции. При обращении в послеоперационном периоде фиброз задней капсулы составил 56% (с преимуществом ИОЛ Чаллы). Наличие шаров Адамюка-Эльшига у 19%, при чем 1% составили глаза с линзой Rayner, что связано с большим размером ее оптической части. Капсулофимоз наблюдался у 5% и зарегистрирован через 3 месяца в 5 случаях из 13 обращений у пациентов с имплантированными Acrysof IQ. Изменения в виде ретролентальной пленки диагностировались у всех пациентов с моделью Т-26 и сочетались с преципитатами на линзе. Отмечено изменение структуры самой линзы Чаллы у 3-х пациентов, а также раннее выполнение лазерной капсулотомии через 2 месяца у 37% и в первый год у 48% при данном виде ИОЛ. В глазах с Acrysof Naturel (США) и Rayner (Англия) пациенты обращались за помощью в среднем через 2 года 8 мес.

После выполнения лазерной дисцизии у 36% больных были выявлены дегенеративные изменения на сетчатке и глаукомная оптикопатия.

Выводы. Мягкие интраокулярные линзы Rayner (Англия) и Acrysof Naturel, IQ (США), реже способствуют возникновению фиброза задней капсулы.

После имплантации отечественной ИОЛ Чаллы, вторичная катаракта развивается гораздо быстрее и в 10 раз чаще, по сравнению с моделями Acrysof (США) и Rayner (Англия).

Во всех случаях выполнение YAG-лазерной дисцизии позволило освободить оптическую зону от помутнения.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИЯ ХРУСТАЛИКА В ЛЕЧЕНИИ ГЛАУКОМЫ У ЖИТЕЛЕЙ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ

**Голуб Л.А., Логунов Н.А., Харинцева С.В., Зимина М.Г., Щербакова С.Ю.
ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия**

Одним из патогенетических факторов первичной закрытоугольной глаукомы (ЗУГ) является относительный зрачковый блок, который характеризуется несоответствием переднезаднего размера глаза и толщины хрусталика. Такое состояние часто встречается у коренных жителей Забайкалья (буряты, эвенки) и у лиц с гиперметропическим типом рефракции. Открытие зоны угла передней камеры и нормализация офтальмотонуса лазерными методами лечения (гониопластика, иридэктомия) в данном случае эффективны у 40% больных. Удаление хрусталика способствует устранению зрачкового блока, открытию угла передней камеры и восстановлению оттока внутриглазной жидкости.

Цель исследования: оценить эффективность ультразвуковой фактоэмульсификации хрусталика с имплантацией интраокулярной линзы (ИОЛ) в лечении пациентов с закрытоугольной глаукомой.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 75 пациентов, из них- 34 больных глаукомой в начальной стадии (38 глаз) и 41 пациент (54 глаза) с глаукомой в развитой стадии с умеренно-повышенным и высоким внутриглазным давлением (ВГД). Степень открытия угла передней камеры, морфологические изменения диска зрительного нерва оценивались с помощью когерентного томографа (Optovue, США), для определения переднезадней оси (ПЗО) глаза выполнялось А-сканирование. Расчет ИОЛ производили по формуле SRK-T, фактоэмульсификация с внутрикапсулярной имплантацией ИОЛ выполнялась по стандартной методике на аппарате Legacy 2000 (Alcon, США). Обследование

проводили до и после факоэмульсификации хрусталика.

Результаты. Все обследуемые имели узкий или закрытый угол, с проминенцией преимущественно прикорневой зоны радужки. Глубина передней камеры не превышала $2,41 \pm 0,05$ мм. Толщина хрусталика в среднем составляла 4,8 мм и у 18% пациентов отмечалась сохранность прозрачности хрусталика. После факоэмульсификации хрусталика с имплантацией ИОЛ отмечена нормализация офтальмотонуса на 39 глазах у 30 больных глаукомой в начальной стадии и у 24 пациентов (32 глаза) с глаукомой в развитой стадии. Внутриглазное давление снизилось в среднем на $12,1 \pm 1,9$ мм рт.ст. У 15 пациентов (20%) ВГД компенсировалось после назначения местной гипотензивной терапии без дополнительных хирургических вмешательств. Непроницающая глубокая склерэктомия выполнена у 8% пациентов (6 человек).

Выводы. После факоэмульсификации хрусталика больным глаукомой в развитой стадии в половине случаев требуется дополнительное закапывание гипотензивных препаратов или оперативное лечение глаукомы. Ультразвуковая факоэмульсификация хрусталика (независимо от интенсивности помутнения) с имплантацией ИОЛ на ранних стадиях ЗУГ может быть эффективным, патогенетически оправданным способом лечения зрачкового блока, позволяет добиться стойкого снижения ВГД, и уменьшить риск развития глаукомной оптикопатии.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРЕПОДАВАНИЯ БИОХИМИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Гомбоева А.Ц., Никитина Л.П.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Модернизация высшего профессионального образования в соответствии с Государственным образовательным стандартом третьего поколения требует решения целого ряда проблем организационного, технологического и содержательного характера в преподавании биохимии как одной из важнейших дисциплин в подготовке врача.

Именно при изучении курса биохимии студенты знакомятся с фундаментальными основами жизни клетки, обмена веществ, роли различных соединений в функционировании тканей, органов организма в целом.

Согласно новым учебным планам резко ограничена продолжительности курса данной дисциплины и ее предшественницы биоорганической химии, возникает настоятельная необходимость уделять значительное время разбору строения органических веществ различных классов. В связи с этим не удастся предусмотреть достаточное количество часов аудиторной работы для изучения наиболее актуальных вопросов современной биохимии, что заставляет ограничиваться только анализом некоторых закономерностей поддержания химического гомеостаза в организме человека, а рассмотрение особенностей обменных процессов, метаболического профиля при различных физиологических и патологических состояниях, регуляции активности клеток и тканей остается вне поля зрения. Поэтому закрепление сведений об интимных механизмах функционирования организма и сохранение знаний о них для продолжения обучения на курсах патофизиологии, фармакологии, токсикологии и других становится проблематичным. Мы вынуждены самостоятельно компенсировать эти пробелы, вводя в качестве дисциплин "по выбору" темы: наследственная патология, рациональное питание и биохимия тканей в норме и при патологии.

Полноценное освоение любой дисциплины невозможно без базовых знаний. Поэтому приступая к изучению обмена веществ, студент должен знать строение биологических молекул, их номенклатуру и классификацию, физико-химические свойства. Для большей эффективности процесса учащемуся нужно ориентироваться в основных терминах и понятиях науки. К сожалению, что не всегда достижимо, поэтому для многих студентов освоение биохимии превращается в очень сложную и подчас не преодолимую задачу, которая сводится к бездумному зазубриванию без какого-либо понимания сути предмета. Весомый вклад в эту сложную ситуацию вносит сокращение количества часов, отводимых на изучение химии в целом.

Вышеописанное заставляет преподавателей повышать эффективность своего труда и стимулировать мотивацию студентов. Для оценки мнения студентов нашего вуза и определения связи уровня их знания предмета и наличия проблем с изучением биохимии, было проведено анонимное анкетирование 125 студентов второго курса лечебного и педиатрического факультетов. В анкету были включены следующие вопросы: сколько раз в неделю проходили уроки химии в 10-11 классах; менялся ли учитель химии за период обучения в школе; занимались ли химией дополнительно; оцените свои знания по химии по 5-балльной шкале; ваш балл ЕГЭ по химии; имеются ли трудности в изучении биохимии; как вы думаете, нужны ли знания биохимии врачу?

По результатам анкетирования у 63% опрошенных уроки химии проходили 1 раз в неделю, 16% - 2 урока в неделю, и только 14% респондентов изучали предмет 3 и более раза. У 63% студентов учитель химии не менялся. Дополнительные занятия с репетитором требовались у 82% опрошенных.

Следует обратить внимание, что у студентов довольно низкая самооценка: по пятибалльной шкале свои знания химии они оценили следующим образом: хотя 2 балла поставили себе лишь 8% респондентов, но 64% - оценили свой уровень на - "3". Почти треть студентов считают себя хорошистами (27%) или отличниками (1%). В итоге получилось, что в целом учащиеся оценивают свои знания на 3 балла.

Судя по результатам ЕГЭ на основании анкетирования, вуз получил первокурсников, имеющих троечный уровень подготовки по химии (средний балл 65,3). Из 100 возможных 3% заработали менее 40 баллов, четверть опрошенных удостоились 40-59 баллов. Но неплохие знания (60-79 баллов) показало 56%; группа отличников (80-100 баллов) составила 15 %.

Студенты, которые не испытывают затруднений при изучении биохимии оценили свои знания химии на 4, а те кому трудно дается дисциплина оценили знания на 3.

Выявлена прямая взаимосвязь между интенсивностью занятий химией в школе, качеством довузовской подготовки по предмету и результатом изучения биохимии в медицинском вузе. Подобный вывод носит вполне ожидаемый характер, причем обращает внимание тот факт, что даже при высоком балле ЕГЭ по химии студенты достаточно самокритично оценивают свой уровень подготовки по этой дисциплине.

Таким образом, преподавание биохимии существенно затруднено вследствие низкого базовой подготовки учащихся по химии, которое является результатом несовершенства школьной и довузовской программы, а также низкой мотивации студентов к изучению предмета.

ИЗМЕНЕНИЯ ПАРАМЕТРОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТАМИ ЖЕЛЕЗА И СЕЛЕНА

Гончарова Е.В., Чистякова М.В., Щербакова О.А.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Цель: изучить динамику показателей ПОЛ: ТБК-активных продуктов сыворотки крови, оснований Шиффа эритроцитов крови и активности антиоксидантных ферментов эритроцитов крови: каталазы, глутатионпероксидазы, глутатионредуктазы и супероксиддисмутазы у больных тяжелой железодефицитной анемией (ЖДА) на фоне лечения препаратами железа и селена.

Методы исследования. Исследование проводилось у 53 больных хронической постгеморрагической железодефицитной анемией тяжелой степени, проходивших лечение в гематологическом отделении Краевой клинической больницы г. Читы и у 15 практически здоровых лиц. Средний возраст обследованных больных составил $40,7 \pm 12,6$ года, уровень гемоглобина крови - $59,9 \pm 9,2$ г/л. У 78,3% пациентов причиной анемии явились меноррагии, а у 21,7% - геморроидальные кровопотери. В исследование не включали пациентов с онкологическими заболеваниями, ишемической болезнью сердца, артериальной гипертензией, другими видами анемий, а также беременных женщин. Всем больным проводилось полное клинико-гематологическое обследование. Для изучения уровня промежуточных интермедиатов свободнорадикального окисления липидов в сыворотке крови использовали тест с тиобарбитуровой кислотой. Для изучения конечных продуктов ПОЛ определяли концентрацию оснований Шиффа по интенсивности флуоресценции в хлороформных экстрактах мембран эритроцитов крови при волне возбуждения 342 нм и волне эмиссии 413 нм и выражали на мг липидов мембран эритроцитов. Принцип метода измерения активности каталазы эритроцитов крови заключался в способности пероксида водорода образовывать с солями молибдена стойкий окрашенный комплекс. Активность глутатионпероксидазы, глутатионредуктазы и супероксиддисмутазы определяли по общепринятым методикам. Исследуемые показатели оценивали повторно через 1 месяц лечения препаратом железа Сорбифер Дурулес (2 таблетки в сутки, что соответствует 200 мг Fe²⁺) в сочетании с селенсодержащим препаратом "Неоселен" (регистрационное удостоверение МЗ РФ № 000585/01-2001) в дозе 300 мкг/сутки.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью пакета статистических программ Statistica 6.0 (StatSoft).

Результаты. Было выявлено увеличение содержания ТБК-активных продуктов в сыворотке крови больных ЖДА на 7,7% по сравнению с контролем ($P < 0,001$). Уровень оснований Шиффа в эритроцитах крови также превышал показатель здоровых лиц на 87,4% ($P < 0,001$). При изучении параметров АОЗ у пациентов ЖДА было выявлено снижение активности в эритроцитах крови каталазы в 1,3 раза,

глутатионпероксидазы - 2,5, глутатионредуктазы - 2,1 и супероксиддисмутазы - 1,5 раза по сравнению с контрольной группой ($P < 0,001$). После применения у больных ЖДА препаратов железа и селена содержание ТБК-активных продуктов в сыворотке снизилось на 11,9%, уровень оснований Шиффа в эритроцитах крови уменьшился на 59,0% ($P < 0,001$). При этом указанные показатели после проведенного лечения практически не отличались от показателей группы контроля. Активность каталазы эритроцитов крови у пациентов ЖДА на фоне лечения увеличилась на 9,1% ($P < 0,001$), однако оставалась ниже, чем в контрольной группе ($P < 0,001$). Активность глутатионпероксидазы, глутатионредуктазы и супероксиддисмутазы эритроцитов крови у больных анемией также увеличилась на фоне проводимой терапии препаратами железа и селена в 3, 2,1 и 2 раза, соответственно ($P < 0,001$). При этом активность глутатионпероксидазы и глутатионредуктазы после проведенного лечения практически не отличалась от показателей группы контроля, а активность супероксиддисмутазы даже превышала таковую в 1,3 раза ($P < 0,001$).

Выводы. У больных тяжелой ЖДА отмечается усиление процессов ПОЛ, о чем свидетельствует увеличение содержания в сыворотке крови ТБК-активных продуктов и оснований Шиффа в эритроцитах крови. Кроме того, у пациентов тяжелой анемией снижается активность системы АОЗ крови, что характеризуется уменьшением содержания в эритроцитах крови антиоксидантных ферментов: каталазы, глутатионпероксидазы, глутатионредуктазы и супероксиддисмутазы. На фоне терапии препаратами железа и селена у больных ЖДА происходит улучшение показателей ПОЛ: уменьшение содержания ТБК-активных продуктов и оснований Шиффа в крови и увеличение активности антиоксидантных ферментов. При этом содержание каталазы в эритроцитах крови все же остается ниже, чем показатель здоровых лиц. Активация ПОЛ у больных ЖДА, вероятно, связана с тем, что в условиях выраженной гипоксии происходит нарушение процессов тканевого дыхания с образованием избыточного количества активных форм кислорода, обладающих высокой способностью взаимодействовать с различными субстратами клетки, в первую очередь, с распространенными в мембранах липидами. При свободнорадикальном окислении липидов образуются липидные гидроперекиси, способные повреждать клеточные мембраны, в частности мембраны лизосом. Освобождающиеся при этом протеолитические ферменты совместно с гидроперекисями повреждают мембраны сарколеммы и саркоплазматического ретикулума и локализованные там ферментные системы. Вследствие этого увеличивается вход кальция в саркоплазму с накоплением его в клетках, что может приводить в итоге к нарушению функции, метаболизма и структуры различных органов, т. е. к развитию у пациентов ЖДА висцеропатий. Повреждение мембранных структур эритроцитов может вызывать их гемолиз и изменение реологических свойств крови.

Усиление процессов ПОЛ у больных ЖДА также может быть связано с избыточным накоплением в плазме крови и в кардиомиоцитах жирных кислот, которые являются объектом действия активных форм кислорода. Увеличение содержания жирных кислот у пациентов ЖДА происходит вследствие нарушения в условиях гипоксии процессов их окисления и этерификации. Существенную роль в активации липопероксидации у больных ЖДА также может играть снижение активности антиоксидантных ферментов: супероксиддисмутазы, глутатионпероксидазы, глутатионредуктазы и каталазы. В норме антиоксидантные ферменты поддерживают свободнорадикальное окисление на безопасном уровне, они восстанавливают кислород до менее активных форм, а также осуществляют обрыв цепей на этапах образования кислородных радикалов, пероксидных радикалов и гидропероксидов. У больных ЖДА уменьшение активности антиоксидантных ферментов приводит к срыву защитных механизмов и, как следствие, усилению процессов ПОЛ.

Применение у больных ЖДА, наряду с препаратами железа, селенсодержащего препарата способствует улучшению показателей системы ПОЛ-АОЗ. Добавление в комплексную терапию ЖДА препарата селена, вероятно, приводит к его включению в состав ферментов глутатионпероксидазы и глутатионредуктазы, участвующих в разложении перекиси водорода. В нашем исследовании активность указанных ферментов увеличилась в 3 и 2,1 раза, соответственно. Насыщение железом у больных ЖДА способствует усилению кислородтранспортной функции эритроцитов и уменьшению гипоксии, вследствие чего могут восстанавливаться процессы тканевого дыхания с уменьшением выработки активных форм кислорода. Возможно, это и есть основной путь снижения процессов ПОЛ у пациентов ЖДА. Кроме того, при устранении гипоксии на фоне лечения, вероятно, улучшаются процессы окисления и этерификации жирных кислот, снижается их количество в кардиомиоцитах и плазме крови, что приводит к уменьшению их окисления свободными радикалами. Таким образом, у пациентов тяжелой ЖДА были выявлены нарушения в системе ПОЛ-АОЗ, характеризующиеся увеличением содержания продуктов ПОЛ и снижением активности антиоксидантных ферментов. Применение у данной категории больных комплексной терапии препаратами железа и селена способствует снижению продуктов ПОЛ в крови и повышению активности антиоксидантных ферментов.

**ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ АНЕМИЧЕСКОЙ
КАРДИОМИОПАТИЕЙ НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ**

Гончарова Е.В., Чистякова М.В., Щербакова О.А.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Цель. Исследовать содержание адениловых нуклеотидов в эритроцитах крови у больных анемической кардиомиопатией, а также изучить возможные варианты коррекции нарушений в системе макроэргов препаратом железа Сорбифером и комбинированной терапией Сорбифером и Милдронатом, Сорбифером и "Неоселеном".

Методы исследования. Было изучено содержание адениловых нуклеотидов: АТФ, АДФ и АМФ в эритроцитах крови у 240 больных хронической постгеморрагической железодефицитной анемией (ЖДА) I-III степени тяжести, осложненной миокардиодистрофией и у 16 практически здоровых лиц. Средний возраст обследованных больных составил $40,5 \pm 11,6$ года, средний уровень гемоглобина крови - $80,0 \pm 6,6$ г/л. Все пациенты были разделены на 3 группы по степени тяжести анемии: 43, 97 и 100 больных с 1-й, 2-й и 3-й степенью анемии соответственно. Всем больным проводили полное клинико-гематологическое обследование. Анемическую кардиомиопатию той или иной стадии диагностировали у всех пациентов на основании клинических и инструментальных критериев (ЭКГ, эхокардиография с проведением доплерографии). Концентрацию АТФ в эритроцитах крови определяли по методу Явербаума П.М. и соавт. (1984). Концентрации АДФ и АМФ в эритроцитах крови - по методике Bergmeyer H.U. (1965). Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием пакета программ Statistica 6.0.

У 20 пациентов с тяжелой степенью анемии указанные показатели оценивали повторно через 1 месяц лечения препаратом железа Сорбифером Дурулесом (2 таблетки в сутки, что соответствует 200 мг Fe²⁺) (Egis, Венгрия). У 12 больных с тяжелой анемией содержание адениловых нуклеотидов исследовали повторно через 1 месяц комбинированной терапии Сорбифером в той же дозе и Милдронатом (2 капсулы 2 раза в сутки per os, что соответствует 1,0 г триметилгидразиния пропионата дигидрата) (ПАО Grindeks, Латвия). У 12 пациентов с различной степенью анемии уровни макроэргов повторно оценивали через 1 месяц комбинированной терапии Сорбифером в той же дозе и "Неоселеном" (селенит натрия) в дозе 300 мкг/сутки per os (регистрационное удостоверение МЗ РФ № 000585/01-2001; ОООЗНПЦ "ИСИНГА", Россия).

Результаты. Было установлено снижение содержания АТФ в эритроцитах крови во всех группах больных ЖДА независимо от степени её тяжести, по сравнению с контрольной группой ($P < 0,001$). Так, у больных с I степенью анемии содержание АТФ составило 53,6% от показателя группы контроля, у пациентов со II степенью анемии - 54,6%, у больных с III степенью анемии - 53,1%. При этом достоверных различий содержания АТФ в эритроцитах крови между группами пациентов выявлено не было. Содержание АДФ в эритроцитах крови у больных ЖДА, напротив, было увеличено, по сравнению со здоровыми лицами. Так, уровень АДФ у больных 1-й, 2-й и 3-й групп превышал показатель контрольной группы на 22,1%, 27,4% и 29,5%, соответственно ($P < 0,05$). Содержание АМФ в эритроцитах крови больных анемией также было увеличено и превышало контрольный показатель на 41,7%, 36,1%, 48,6% у пациентов 1-й, 2-й и 3-й групп, соответственно ($P < 0,001$). Достоверных различий содержания АДФ и АМФ в эритроцитах крови между группами больных выявлено не было. Отношение АТФ/АДФ было увеличено в 2,3 раза у больных с I и II степенью анемии, по сравнению с группой контроля, и в 2,4 раза - у больных с III степенью анемии ($P < 0,001$).

При повторном исследовании содержания адениловых нуклеотидов в эритроцитах крови у 20 больных тяжелой ЖДА, осложненной кардиомиопатией, после лечения Сорбифером было выявлено увеличение уровня АТФ в 1,7 раза, по сравнению с показателем до лечения ($P < 0,001$) и уменьшение уровней АДФ в 1,3 раза ($P < 0,05$) и АМФ - в 1,7 раза ($P < 0,001$). Отношение АТФ/АДФ возросло в 2,2 раза ($P < 0,001$).

После применения Сорбифера и Милдроната у 12 пациентов тяжелой ЖДА, осложненной кардиомиопатией, содержание АТФ в эритроцитах крови увеличилось в 1,8 раза, по сравнению с показателем до лечения ($P < 0,001$). Уровни АДФ и АМФ, напротив, уменьшились в 1,3 раза. Отношение АТФ/АДФ возросло в 2,2 раза ($P < 0,001$). При повторном изучении уровней адениловых нуклеотидов в эритроцитах крови у 12 пациентов с различной степенью анемии после лечения Сорбифером и "Неоселеном" было установлено увеличение уровня АТФ в 1,7 раза, по сравнению с показателем до лечения ($P < 0,001$) и уменьшение уровней АДФ в 1,4 раза ($P < 0,05$) и АМФ - в 1,7 раза ($P < 0,001$). Отношение АТФ/АДФ возросло в 2,4 раза ($P < 0,001$).

Выводы. У больных анемической кардиомиопатией имеются выраженные нарушения в системе адениловых нуклеотидов, проявляющиеся снижением содержания АТФ в эритроцитах крови и увели-

чением уровней АДФ, АМФ. При этом степень указанных сдвигов не зависит от степени тяжести анемии. Вероятно, это связано с тем, что при любой степени железодефицита происходит нарушение включения железа в гем и, как следствие - снижение кислородтранспортной функции эритроцитов. В условиях гемической гипоксии, развивающейся у больных железодефицитной анемией, нарушается соотношение процессов окисления глюкозы и свободных жирных кислот в сторону усиления гликолиза. Снижение процессов β -окисления и этерификации жирных кислот приводит, в свою очередь, к нарушению образования АТФ в миокарде, поскольку жирные кислоты служат основным источником образования АТФ. Одновременно увеличивается концентрация АДФ и АМФ и, соответственно, возрастает отношение АТФ/АДФ. Эти процессы обусловлены не повреждением органелл кардиомиоцитов, а изменением регуляции их работы и составляют сущность нарушений энергообеспечения при кардиомиопатии.

Применение у больных анемической кардиомиопатией препарата железа Сорбифера с длительным и равномерным высвобождением железа, вероятно, привело к быстрому насыщению организма железом, устранению гемической гипоксии и усилению процессов окисления жирных кислот в миокарде. Это, по-видимому, способствовало увеличению образования АТФ в кардиомиоцитах и уменьшению количества АДФ, АМФ. В нашем исследовании у больных анемической кардиомиопатией после лечения Сорбифером содержание АТФ в эритроцитах крови, рассматриваемых как модель кардиомиоцитов, увеличилось в 1,7 раза, по сравнению с показателем до лечения. Отношение АТФ/АДФ возросло в 2,2 раза.

Добавление к лечению Сорбифером метаболического препарата Милдроната у больных анемической кардиомиопатией, возможно, позволило усилить антигипоксическое действие Сорбифера за счет способности Милдроната восстанавливать равновесие между доставкой и потребностью кардиомиоцитов в кислороде. После такой комбинированной терапии содержание АТФ в эритроцитах крови у больных увеличилось в 1,8 раза, по сравнению с показателем до лечения. Отношение АТФ/АДФ возросло в 2,2 раза.

Комбинированное лечение Сорбифером и "Неоселеном" у пациентов железодефицитной анемией различной степени тяжести, осложненной кардиомиопатией, также эффективно повлияло на повышение уровня АТФ в эритроцитах крови - в 1,7 раза, по сравнению с уровнем АТФ до лечения. Отношение АТФ/АДФ возросло в 2,4 раза. "Неоселен", как антиоксидант, вероятно, снижает интенсивность процессов липопероксидации в клетках миокарда, вследствие чего жирные кислоты становятся не объектом для перекисного окисления липидов, а субстратом для β -окисления и последующего образования АТФ в кардиомиоцитах. Таким образом, у больных анемической кардиомиопатией, независимо от степени тяжести анемии, имеются нарушения в системе адениловых нуклеотидов, проявляющиеся снижением содержания АТФ в эритроцитах крови и увеличением уровней АДФ, АМФ. Для коррекции указанных сдвигов у пациентов анемической кардиомиопатией патогенетически обосновано применение железосодержащего препарата Сорбифера, либо комбинированной терапии Сорбифером и Милдронатом, Сорбифером и "Неоселеном".

СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ ОБЕЗБОЛИВАНИИ ОПИОИДАМИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

Громов П.В., Шаповалов К.Г., Малярчиков А.В.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Частота операций кесарево сечения достигает 30-40% в перинатальных центрах. На сегодня "золотым стандартом" выбора анестезиологического обеспечения оперативных родов является нейроаксиальная методика обезболивания. Однако немаловажным остается качество послеоперационного обезболивания, которое влияет на ускорение реабилитации, восстановления активности пациенток. Значительная роль отводится срокам и качеству заживления раны. Применение стандартной схемы послеоперационной анальгезии с использованием сильнодействующих препаратов остается наиболее распространенной на сегодняшний день. Обращает внимание недостаточная освещенность вопроса о состоянии микрокровотока в ране и репаративных процессов в операционной области.

Целью работы являлось сравнительная оценка микроциркуляции в области раны и системного кровотока в первые часы после операции кесарево сечение.

Материалы и методы. В исследование включены 20 родильниц, родоразрешенных путем операции кесарево сечение. Все пациентки оперировались в плановом порядке. Исключались беременные с гестозом, сопутствующей патологией, отеками передней брюшной стенки. Кесарево сечение всем пациенткам выполнялось под спинномозговой анестезией на уровне L2-L3, L3-L4. Местный анестетик - бупивакаин 0,5% в дозе 12,5- 15 мг. С целью купирования болевого синдрома назначались ненаркоти-

ческие опиоиды внутримышечно: трамадола гидрохлорид 5% 2мл через 6 часов. Базовая терапия заключалась в НПВП - кеторалак 30 мг через 8 часов. Группа контроля: здоровые женщины, соответствующие по возрасту, небеременные.

Состояние микроциркуляторного русла оценивалось методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) с помощью аппарата ЛАКК-02 (НПП "Лазма", Россия). Датчик устанавливали в точке Захарина-Геда на предплечье (системная микроциркуляция) и на расстоянии 1 см проксимальнее края середины раны (раневая микроциркуляция). ЛДФ-граммы регистрировались в течение 10 минут, в соответствии со стандартными требованиями к проведению исследования. Регистрировались: показатель микроциркуляции (ПМ), среднее квадратичное отклонение амплитуды колебаний кровотока от среднего арифметического значения показателя микроциркуляции и коэффициент вариации. Результаты исследования подвергались статистическому анализу, приемлемым признавали уровень статистической значимости $p < 0,05$. При скошенном распределении данные представлены как медиана (25-й - 75-й перцентили). Межгрупповые сравнения производили с использованием критерия Манна-Уитни.

Основные результаты. Исследование проводилось в контрольные сроки: через 3 и 24 часа после окончания операции кесарево сечение. Показатель микроциркуляции системного кровотока через 3 часа в точке Захарина-Геда составил 3,59 (3,08; 4,08) пф.ед., а ПМ в области раны через 3 часа 3,16 (2,82; 3,53) пф.ед., т.е. происходило уменьшение показателя на 12% в области раны относительно системного кровотока. Показатель микроциркуляции системного кровотока через 24 часа 3,59 (3,06; 4,06) пф.ед., а раневой - 3,26 (2,96; 3,83) пф.ед., что на 10% меньше в области раны после операции кесарево сечение относительно системной микроциркуляции. Показатель микроциркуляции в точке Захарина-Геда в группе контроля составил 4,91 (4,46; 5,285). Отмечалось снижение показателей микроциркуляции у пациентов, при этом более выраженные изменения регистрировались в парараневой области. Среднее квадратичное отклонение амплитуды колебаний кровотока от среднего арифметического значения показателя микроциркуляции и коэффициент вариации в исследуемых областях соответствовали контрольным показателям, не изменялись за описываемые промежутки времени. Полученные результаты указывают на ухудшение кровотока в области оперативной раны при обезболивании опиоидами в первые сутки после операции кесарево сечение.

Заключение. Применение стандартной схемы назначения опиоидов с целью купирования болевого синдрома после операции кесарево сечение не создает условий для ускорения регенерации тканей. Ухудшение микроциркуляции в ране затрудняет заживление на фоне явлений отека, спазма сосудов нутритивного кровотока. Необходимо применение методик послеоперационной анальгезии с применением местных анестетиков, которые способствуют восстановлению микроциркуляции в области оперативного вмешательства и репарации тканей.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПО ДАННЫМ ВАРИАбельНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У МУЖЧИН С ПОДАГРОЙ

Губанова М.В., Кушнарченко Н.Н.

НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Чита-2 ОАО "РЖД",
ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Введение. Распространенность подагры в развитых странах составляет в среднем около 2%, что отражает рост данной нозологии за последние 30 лет.

В настоящее время доказано, что подагра ассоциирована с такими состояниями, как дислипидемия, артериальная гипертензия (АГ), сахарный диабет, инсулинорезистентность, ожирение и связанные с атеросклерозом сердечно-сосудистые заболевания, в связи с чем, ведущей причиной смерти больных подагрой являются кардиоваскулярные нарушения. Одним из механизмов формирования сердечно-сосудистых нарушений у пациентов с подагрой является ассоциация АГ с нарушением обмена мочевой кислоты. Известно, что АГ сопряжена с ремоделированием левого желудочка (ЛЖ), которое способствует развитию нарушений диастолической функции ЛЖ. Диастолическое наполнение ЛЖ определяется многими факторами, среди которых наибольшее значение придают активному расслаблению миокарда ЛЖ в раннюю фазу диастолы, эластическим свойствам самого миокарда, в частности, степени его ригидности, давлению, которое создается в левом предсердии в момент его систолы, состоянию митрального клапана и связанных с ним подклапанных структур.

Цель исследования. Изучить морфофункциональное состояние сердечно-сосудистой системы и

определить класс ритмограммы (РГ) по данным вариабельности ритма сердца (ВРС) для выявления активности симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы (ВНС) у мужчин с подагрой.

Материалы и методы. Обследовано 27 мужчин с подагрой (средний возраст $46 \pm 1,7$) с различными клиническими стадиями течения заболевания (интермиттирующее и хроническое). Диагноз подагры выставлен на основании классификации S.L. Wallace, 1977. Группа контроля состояла из 12 мужчин (средний возраст $37 \pm 2,8$). Всем пациентам проводилось общеклиническое, лабораторное (исследование содержания мочевой кислоты в сыворотке крови и мочи, липидного спектра) и инструментальное обследование. Эхокардиография проводилась на аппарате Vivid-3 pro General Electric и Artida pro Toshiba с определением комплекса общепринятых морфофункциональных параметров: конечно-диастолический объем ЛЖ, конечно-систолический объем ЛЖ, фракция выброса, систолическое укорочение, ударный объем, минутный объем, масса миокарда ЛЖ (ММЛЖ), индекс массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ), трансмитральный поток с определением отношения E/A, DTe, IVRT. Определение ВРС проводилось на аппарате "Поли-Спектр 8EX" Нейрософт, Россия. Для статистической обработки данных применялся пакет статистических программ Statistica 6.0. Достоверность различий между группами оценивалась с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни.

Полученные результаты. Обследованные мужчины с подагрой разделились на 2 группы по стадии заболевания. У 19 больных выявлена интермиттирующая стадия заболевания, у 8 пациентов выявлена хроническая стадия подагры.

При оценке показателей центральной гемодинамики, а также ММЛЖ, ИММЛЖ у мужчин с подагрой и в группе контроля, статистически значимых различий не было выявлено. При оценке параметров трансмитрального потока, из четырех известных типов диастолической функции (нормальный, гипертрофический, псевдонормальный и рестриктивный), у больных с подагрой встречались 2 типа: нормальный тип (66%) и гипертрофический тип (34% пациентов), в контрольной группе также регистрировались 2 типа диастолической функции: нормальный тип (84%) и гипертрофический тип (16% случаев). При этом критерий Манна-Уитни показывает достоверное различие ($p < 0,03$) данного показателя в указанных группах.

Всем больным проводилось исследование ВРС с оценкой классов РГ по Д.И.Жемайтите. У мужчин с подагрой 1-й класс РГ выявлен у 5 пациентов (18,5%), что свидетельствовало о нормальном значении вариабельности сердечного ритма. 2-й класс РГ - у 5 пациентов (18,5%), характеризуется преобладанием симпатико-парасимпатического воздействия на СР. 3-й класс РГ - у 17 пациентов (63%), характеризуется патологическими изменениями регуляции СР с преобладанием симпатического отдела ВНС. В контрольной группе 1-й класс РГ - у 4 пациентов (34%), 2-й класс РГ - у 1 пациента (8,3%), 3-й класс РГ - 7 пациентов (57,3%).

Выводы. Нарушение диастолической функции ЛЖ у мужчин с подагрой встречается чаще, чем в контрольной группе. Данные изменения могут ухудшить сердечно-сосудистый прогноз у пациентов с подагрой.

При подагре, как и в группе контроля, в большинстве случаев преобладает 3 класс РГ, что свидетельствует о повышенной активности симпатического отдела ВНС и снижении адаптационной системы организма.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОГО МАКУЛЯРНОГО ОТЕКА В ОТДЕЛЕНИИ ОФТАЛЬМОЛОГИИ КЛИНИКИ ГБОУ ВПО ЧГМА

Деревцова К. А., Зими́на М. Г., Литвинцев С. В.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Несмотря на значительные достижения в лечении сахарного диабета и диабетической ретинопатии, макулярный отек по-прежнему является главной причиной снижения центрального зрения у пациентов с сахарным диабетом (СД). Эта патология встречается примерно у 25-30% пациентов со стажем СД 20 лет и более. В течение последних трех десятилетий главными направлениями терапии диабетического макулярного отека считались контроль уровня глюкозы крови и лазеркоагуляция сетчатки. Но, несмотря на все проводимые мероприятия, у части пациентов зрение продолжало неуклонно снижаться. Новые направления лечения позволяют надеяться на лучшие результаты лечения диабетической макулопатии.

Цель: определение эффективности и безопасности методики комбинированного лечения диабетического макулярного отека (ДМО) с использованием панретинальной лазерной коагуляции зеленым (532 нм) лазерным излучением с последующим введением бетаметазона в субтеноново пространство.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 25 человек (31 глаз), получивших в качестве лечения 1 сеанс панретинальной лазерной коагуляции и инъекцию бетаметазона в субтеноново пространство. Средний возраст составил $57,8 \pm 8,3$ лет. Женщин 17 человек, мужчин - 8. Пациенты были разделены на 2 группы. В 1-ую группу вошли 15 пациентов (19 глаз), во 2-ую - 10 пациентов (12 глаз). Различия в данных группах заключалось в последовательности выполнения процедур. В первой выполнялась лазеркоагуляция с последующим введением бетаметазона. Во второй группе инъекция дипроспана предшествовала лазеркоагуляции. По возрастной и половой градации группы равнозначны. Для оценки результатов всем пациентам проводились стандартное офтальмологическое обследование и специальные методы - оптическая когерентная томография (ОКТ) на оптическом когерентном томографе Cirrus 400, и флюоресцентная ангиография (ФАГ) на ретинальной камере TOPCON TRC-NW7SF. Бетаметазон (дипроспан) вводился в субтеноново пространство в количестве 1,0 мл. по стандартной методике. При проведении панретинальной лазерной коагуляции мощность, экспозиция излучения устанавливались индивидуально для каждого пациента в зависимости от степени пигментации глазного дна. Результаты исследования оценивались до проведения каждой манипуляции и через неделю после вмешательства.

Результаты: в обеих группах исходная острота зрения составила $0,12 \pm 0,2$. Толщина сетчатки в макулярной зоне в первой группе составила 374 ± 39 мкм, во второй 367 ± 37 мкм. В результате лечения в первой группе острота зрения повысилась на 7 букв и отек сетчатки уменьшился на $82,1 \text{ мкм} \pm 15,4$ мкм. Во второй группе в 9 глазах острота зрения повысилась на 3 буквы, уменьшение отека на 38 ± 12 мкм, а в 3 глазах отмечалось незначительное снижение остроты зрения - на 1 букву и увеличение отека на $12,4 \text{ мкм} \pm 4,1$ мкм. В обеих группах количество пациентов с компенсацией и субкомпенсацией сахарного диабета были равны. Данные исследования будут продолжены, но, несмотря, на малую выборку по результатам сделаны следующие выводы.

Выводы. Комбинированное лечение диабетической отечной макулопатии с использованием панретинальной лазерной коагуляции с применением зеленого (532 нм) лазерного излучения с последующим введением бетаметазона в субтеноново пространство является эффективным и безопасным методом лечения диабетической отечной макулопатии.

МЕДИКО-ЭКОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОГНОЗ НА ТЕРРИТОРИИ РАЗМЕЩЕНИЯ ПРОИЗВОДСТВА АЛЮМИНИЯ

Донских И.В.¹, Ефимова Н.В.²

¹Управление Роспотребнадзора по Иркутской области, Иркутск, Россия

²Восточно-Сибирский научный центр экологии человека СО РАМН, Иркутск, Россия

Негативное влияние климатических изменений на здоровье населения весьма разнообразно. В последние годы они возглавляют список традиционных факторов риска индустриальной эпохи, включающего в себя загрязнение атмосферного воздуха, питьевой воды, почвы, продуктов питания и др. На территории Сибири в настоящее время действует 6 крупных предприятия по производству алюминия, территории расположенные в зоне влияния данных предприятий характеризуются напряжением медико-экологической ситуации. Вместе с тем в регионе реализуются несколько крупных проектов по развитию алюминиевой промышленности. Цель исследования - изучить перспективу изменения заболеваемости при развитии алюминиевой промышленности на примере города Тайшет (Иркутская область), где завершается строительство алюминиевого завода мощностью 750 тыс. тонн алюминия в год.

В качестве модельных территорий, по данным о заболеваемости населения которых разработаны математические модели, рассмотрены города Иркутской области, в которых размещены действующие алюминиевые заводы (Братск и Шелехов). Оценка медико-экологической ситуации на модельных территориях проведена с использованием данных регионального фонда социально-гигиенического мониторинга, наблюдений гидрометслужбы за содержанием гидрофторида и твердых фторидов в атмосферном воздухе и метеопараметрами (за десятилетний период). Характеристика впервые выявленной и общей заболеваемости детского населения дана по ф.12 (за десятилетний период). Прогноз впервые выявленной заболеваемости детского населения рассчитан на основе уравнения, полученного с помощью множественного линейного регрессионного анализа. В уравнение включены следующие данные: заболеваемость, температура, относительная влажность, атмосферное давление, скорость ветра и суммарное загрязнение фторсодержащими веществами ($K_{\text{сум}} = C_{\text{тв. фториды}} / \text{ПДК}_{\text{тв. фториды}} + C_{\text{HF}} / \text{ПДК}_{\text{HF}}$). С учетом потенцирования действия указанных веществ за допустимый уровень принимали $K_{\text{сум}} \leq 0,8$. Значимость изменений заболеваемости оценивали с помощью относительного риска (RR) и его 95-процентного доверительного интервала (ДИ), рассчитанного как $\text{ДИ} = e^{\ln(\text{RR}) \pm 1,96 \sqrt{\text{var}(\text{RR})}}$. Фоновая заболеваемость рассчитана

как среднее арифметическое показателей заболеваемости на территориях, характеризующихся аналогичными многолетними климатическими параметрами и не имеющих крупных стационарных источников выбросов (за исключением предприятий теплоэнергетики) за изучаемый период.

Для прогнозных расчетов были приняты несколько допущений: метеорологические параметры, обеспеченность врачами, не будут изменяться после пуска предприятия; социальные условия улучшатся и достигнут уровней характерных для индустриальных центров Иркутской области. Наиболее значимым предполагается изменение загрязнения атмосферного воздуха, которое рассчитано по программе "Эколог". Установлено, что возможное содержание фтористых соединений в атмосферном воздухе Тайшета при эксплуатации предприятий по производству алюминия в точках на ориентировочных границах санитарно-защитных зон и подветренных зонах селитебных территорий, приближенных к источникам выбросов, могут превышать ПДК в 1,2 раза.

Анализ заболеваемости детского населения изучаемых регионов свидетельствует, что на территориях, характеризующихся умеренным уровнем загрязнения атмосферного воздуха, показатели зависят от климатических условий, особенно в холодный период. В результате кластерного анализа комплекса медико-экологических и социально-экономических показателей на изучаемой территории сформированы четыре таксона. Так, первый, включал 10 административных территорий, в которых проживает более 70% от общей численности населения, характеризуется высоким уровнем техногенной нагрузки. Второй таксон представлен промышленно-аграрными территориями (15,4% от всего населения области). Третий таксон объединяет территории с преимущественно аграрным производством (10% населения). Четвертый - состоит из районов, тяготеющих к северной зоне, несмотря на то что здесь проживает лишь 4,5% населения, именно эти территории являются наиболее перспективными для дальнейшего промышленного освоения.

По болезненности различие между аграрными и промышленными группами территорий для детского населения составляло 45,4%, по первичной заболеваемости - 52,6%. В структуре заболеваемости 1-ое место занимают заболевания верхних дыхательных путей (бронхиты, эмфизема, астма, ларингиты, фарингиты и др.). Болезни органов дыхания превышали средние по региону показатели только у детского населения промышленных центров на 11,7%. Заболевания нервной системы, входящие в число "болезней экологического риска", имели более высокий показатель у населения крупных городов и промышленных центров (72,8 случая на 1000 населения, против среднего - 48,4%).

В связи с указанным, в крупных субъектах РФ, к которым относятся большинство территорий Сибири и Дальнего Востока, целесообразно рассчитывать фоновые показатели отдельно для различных зон. Мы приняли фоновую величину, а для центральных и южных регионов Сибири 1300% случаев на 1000 детского населения.

Прогноз впервые выявленной заболеваемости детского населения (У) дан по уравнению множественной линейной регрессии (множественный коэффициент регрессии $r=0,93$) $Y = Z - 1,69 \cdot X_1 + 3,2 \cdot X_2 + 16,8 \cdot X_3 + 0,0085 \cdot X_4 + 245,2 \cdot X_5$, где Z - фоновая заболеваемость (на 1000 детского населения); X₁ - средняя температура (°C); X₂ - относительная влажность (%); X₃ - скорость ветра (м/с); X₄ - атмосферное давление (мм рт ст); X₅ - суммарное загрязнение фторсодержащими веществами (Kсум).

Адекватность полученного уравнения подтверждена сравнением расчетных и реальных данных для модельных городов. Наибольший интерес представляют результаты прогноза заболеваемости в Тайшете после пуска алюминиевого завода. Установлено, что среднегодовой показатель увеличится в 1,4 (ДИ 1,1-1,8) раза, по сравнению с фоновым.

Полученные данные свидетельствуют о том, что даже малоинтенсивное загрязнение объектов окружающей среды веществами, способными к аккумуляции, к каковым относится фтор, за короткий период может привести не просто к носительству фтора, но и к возникновению клинических эффектов, проявляющихся ростом заболеваемости в наиболее экосенситивной группе населения.

К ПРОБЛЕМЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

**Емельянова О.Н.¹, Богомолова И.К.¹, Чаванина С.А.¹,
Исакова Н.В.¹, Петрова А.И.¹, Тунуханова Е.В.²**

¹ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

²ГУЗ "Краевая детская клиническая больница №2", Чита, Россия

Вскармливание детей на первом году жизни "программирует" метаболизм таким образом, что нарушения питания могут способствовать развитию целого ряда заболеваний, таких как аллергические

болезни, ожирение, метаболический синдром, остеопороз и другие. Все эти заболевания называют в настоящее время "эпидемией" цивилизации.

В настоящее время питание детей первого года жизни часто является неадекватным и характеризуется недостаточной распространенностью грудного вскармливания, ранним введением в питание неадаптированных молочных смесей, неоптимальными сроками назначения и ассортиментом продуктов прикорма.

Цель исследования. Изучить информированность матерей в вопросах грудного вскармливания детей первого года жизни.

Материалы и методы. Проведено анкетирование по разработанной нами анкете 31 женщины в возрасте от 18 до 40 лет, имеющих детей от 1 года до 3 лет. Статистический анализ данных проводился с помощью экстенсивных и интенсивных показателей.

Полученные результаты. Среди респондентов высшее образование имели 67,6%, среднее специальное - 22,5%, среднее - 6,4%, неполное среднее 3,2%. Из них: замужем - 87,2%, разведены - 6,4%, не замужем 6,4%. Кормили ребенка грудью - 71,0% анкетированных, кормят сейчас - 22,6%, не кормили грудью - 6,4%.

Возраст детей, когда было прекращено грудное вскармливание: 9-12 мес. 37,5%, 3-6 мес. 25%, 6-9 мес. 12,5%, 29 дней - 3 мес. 12,5%, 8-28 дней 4,2%, 1-7 дней 8,3%.

Как основную причину перевода ребенка на искусственное вскармливание 70,9% женщин отметили исчезновение молока, 16,7% - отказ ребенка, 8,3% - из-за болезни матери, 4,2% - из-за болезни ребенка. В течение первого часа после родов приложенными к груди оказались 74,2% детей, остальные 25,8% младенцев приложены позднее. Кормили ребенка по режиму 16,1% женщин, а по требованию 83,9%.

Грудное вскармливание является лучшим для здоровья ребенка, считают 93,5% женщин, адаптированные молочные смеси - 6,5%. Оптимальным возрастом, до которого лучше кормить ребенка грудным молоком, 51,6% матерей считают 1 год; 29,1% - 1,5 года; 16,1% - 2 года; 3,2% - 3 года. Заменяют ли молочные смеси полностью грудное молоко: 87,1% респондентов ответили - нет, 12,9% ответили - да.

Для детей, находившихся на искусственном вскармливании, применяли адаптированную смесь 95,8% матерей, а 4,2% - молоко из тетрапакетов. Кроме того, 19,3% матерей давали детям коровье молоко с 6 месяцев, 19,3% - с 10 месяцев, 32,2% с 1 года жизни.

Информацию по правильному питанию детей респонденты получали из нескольких источников, в том числе от медработников 41,9% человек, из книг и брошюр - 41,9%, от родственников и знакомых - 35,5%, из интернета - 29,0%, из СМИ - 32,2%, из опыта со старшим ребенком - 9,7%.

Выводы. Большая часть матерей ориентирована на грудное вскармливание. Однако часть женщин недостаточно осведомлена об рациональном питании детей первого года жизни. Необходимо повышение знаний матерей в вопросах рационального вскармливания детей раннего возраста.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА ПРИ ИНСУЛИНЗАВИСИМОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

**Ерофеев Б.Б., Нестерова Л.А., Хавень Т.В., Ерофеева Л.Г.,
Ахметова Е.С., Серебрякова О.В., Гуляева Н.А.**

**ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия
ГУЗ "Краевая клиническая больница" Перинатальный центр Чита, Россия**

Беременность высокого риска в популяции составляет 10 - 26%. Перинатальный риск для плода соответствует этому уровню и определяется экстрагенитальной патологией матери. Ежегодно растет число беременных, страдающих инсулинзависимым сахарным диабетом (ИЗСД), частота которого в мире колеблется от 1 до 14%. Увеличивается количество родов у женщин с ИЗСД, составляя 0,1-0,3% от общего числа. Сахарный диабет (СД) наносит вред здоровью матери и ребенка, оказывает влияние на рост заболеваемости новорожденных, что создает большую медико-социальную проблему.

Цель исследования. Выявить особенности течения беременности, родов у женщин с ИЗСД и течения раннего неонатального периода у новорожденных в этой группе.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 35 историй родов пациенток с ИЗСД и историй развития новорожденных, родившихся от этих матерей, по данным Перинатального центра ГУЗ "Краевая клиническая больница" за 2008-2013 гг.

Результаты исследования. Все женщины наблюдались в женской консультации, при этом на учет

до 12 недель беременности взяты 24 пациентки (69%). Среди женщин с ИЗСД жители города составили 44% (15), жители сельской местности - 56% (20). По социальному положению - служащих было 46% (16), рабочих - 21% (7), домохозяйек - 33% (12). По возрасту: до 25 лет - 14 беременных (40%); от 25-35 лет - 15 пациенток (43%); старше 35 лет - 6 женщин (17%). В возрастной структуре преобладали пациентки репродуктивного периода - 29 (83%) в возрасте до 35 лет. При анализе паритета выявлено, что каждая четвертая женщина имела по три и более беременностей (80%), предшествовавших настоящей. Первую беременность имели 6 женщин (18%). 15 пациенток (43%) были повторнобеременными, первородящими.

До доношенного срока (37 недель) беременность пролонгирована у 8 пациенток (23%). Преждевременные роды имели место у 27 беременных (77%). В сроки 25-28 недель роды произошли у 2 женщин (6%); в 29-30 недель - у 3 женщин (9%). В 31-32 недели родоразрешены 6 беременных (17%); в 33-34 недели роды произошли в 20% случаев (7 женщин); в 35-36 недель у 9 беременных (26%). Показанием к досрочному родоразрешению явились декомпенсация СД у 10 беременных (37%) независимо от срока и ухудшение состояния плода в 17 случаях (63%).

Возникающая гипергликемия плода при СД приводит к формированию у плода и новорожденного симптомокомплекса диабетической фетопатии: ускорению темпов роста массы тела плода, формированию пороков развития, функциональной незрелости органов и систем. До 32 недель гестации родились 11 детей (31%), при этом только 3 ребенка имели низкую и экстремально низкую массу тела. Весоростовые показатели остальных детей превышали норму на 2-3 сигмальных отклонения, однако степень зрелости соответствовала недоношенному сроку гестации.

У 31 женщины (89%), страдающей СД, беременность сопровождалась акушерскими осложнениями в связи с иммуносупрессией, как за счёт заболевания, так и самого гестационного процесса. Первая половина беременности у больных сопровождалась угрозой прерывания у 11 женщин (31%). Причинами прерывания беременности являлась дисфункция яичников, предшествующая беременности, хроническая латентно протекающая урогенитальная инфекция, плацентарная недостаточность. Хроническое умеренное многоводие отмечалось у 16 беременных (46%). Частота гестоза легкой и средней степени, который развился на фоне СД - в конце второго триместра, имел стойкое течение, плохо поддавался терапии и служил показанием к досрочному родоразрешению, составила 58% (20). Тяжелые формы гестоза наблюдались в 18% случаев (6). Хроническая внутриутробная гипоксия плода во время беременности зарегистрирована у 16 женщин (46%) с ИЗСД. Урогенитальная инфекция выявлена у 18 беременных (52%) и инфекция мочевыводящих путей в стадии острого или латентного воспаления - у 11 пациенток (32%).

Родоразрешение женщин с СД у 27 беременных (78%) проводилось путем операции кесарева сечения. У 8 беременных (22%) с СД роды протекали через естественные родовые пути. Течение родов при СД осложнилось несвоевременным излитием околоплодных вод в 20% случаев (7 беременных). Слабость родовой деятельности развилась у 6 рожениц (17%). В послеродовом периоде в 20 случаях (57%) у родильниц отмечалась субинволюция матки.

Плацентарная недостаточность была выявлена в 100% случаев и характеризовалась выраженными патоморфологическими изменениями в плаценте.

Перинатальная заболеваемость детей от матерей с СД за этот период составила 3771‰. У всех детей диагностирована сочетанная перинатальная патология. В состоянии асфиксии родилось 22 ребенка (63%). Крайне низкую оценку по шкале Апгар (3 и менее баллов на первой минуте) имели 6 новорожденных (17%). У всех недоношенных детей имелись проявления перинатального поражения ЦНС, однако частота и степень их выраженности была различной: от легких форм в виде транзиторной неврологической дисфункции до тяжелого поражения ЦНС. У 4 детей (12%) развился судорожный синдром.

У 18 новорожденных (52%) в сроки гестации до 34 недель диагностирован респираторный дистресс-синдром (РДС), в 8 случаях (23%) - тяжелой степени. Высокая частота РДС от матерей с СД обусловлена тем, что гиперинсулинизм плода блокирует влияние кортизола на продукцию сурфактанта. Детям проводилась терапия сурфактантом "Куросурф" с профилактической и ранней терапевтической целью. По поводу респираторного синдрома 26 новорожденных (75%) получили респираторную поддержку. ИВЛ проведена в 13 случаях (37%), СРАР (через биназальные канюли) - в 8 случаях (24%). Неонатальная пневмония диагностирована у 20 детей (58%).

Нарушение углеводного обмена по типу транзиторной гипогликемии выявлено у 16 детей (46%). У 4 новорожденных (12%) гипогликемия имела торпидное течение, плохо корригировалась дотацией глюкозы, что потребовало назначения контринсулярных гормонов коротким курсом.

У 14 детей (40%) отмечалась дисфункция миокарда. В 3 случаях у детей с массой тела до 1500 г и сроком гестации до 28 недель диагностирован гемодинамически значимый функционирующий артериальный проток (ФАП), по поводу чего проводилось медикаментозное закрытие препаратом "Педея".

Частота пороков развития корригируемых, совместимых с жизнью (ВПС, ФАП), у детей от больных СД матерей составила 14% (5 детей).

В 23 случаях (66%) у детей наблюдался парез кишечника за счет фетальной гипоксии, в связи с чем поздно начато своевременное и адекватное энтеральное питание. Средний койко-день пребывания таких детей в ОРИТН составил 12, средний срок вентиляции - 7 дней.

Выводы.

- 1) В связи с сокращением абсолютных противопоказаний к прерыванию беременности (согласно приказа МЗ и СР №736 от 2007г.) в последние годы отмечается увеличение количества пациенток, страдающих ИЗСД, планирующих и вынашивающих беременность.
- 2) У большинства женщин с ИЗСД возникают серьезные акушерские осложнения во время беременности как для матери, так и для плода. В связи с этим частота оперативного родоразрешения в этой группе высокого перинатального риска достигает 80%.
- 3) Высокая частота диабетической фетопатии на фоне хронической плацентарной недостаточности, ВАР плода обуславливает асфиксию при рождении у более половины новорожденных.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ЛИРАГЛУТИД В ЛЕЧЕНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Жигжитова Е.Б., Вырупаева С.Ф., Жилина А.А., Пустотина З.М.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Сахарный диабет в настоящее время рассматривается в качестве одной из наиболее важных проблем здравоохранения, т.к. миллионы людей во всех странах мира страдают этим заболеванием. Диабет является хроническим заболеванием, требующим адекватного контроля метаболических нарушений с целью предупреждения осложнений и преждевременной инвалидизации. В связи с этим является актуальным исследование новых препаратов для эффективного и безопасного лечения диабета.

Цель исследования: изучить результаты лечения больных сахарным диабетом 2 типа препаратом лираглутид.

Задачи:

1. оценить показатели углеводного обмена до и на фоне приема препарата лираглутид;
2. исследовать влияние лираглутида на показатели липидного обмена;
3. определить динамику веса, ИМТ и окружности талии у больных на фоне приема лираглутида.

Материалы и методы. Нами проведено обследование и лечение 15 пациентов с сахарным диабетом 2 типа. Среди них было 9 женщин и 6 мужчин. Средний возраст больных составил $52,3 \pm 6,9$ лет. Препарат лираглутид был назначен п/к всем больным в начальной дозе 0,6 мг в день, через 7 дней суточная доза препарата была увеличена до 1,2 мг. У четырех пациентов через 2 недели после начала терапии дозу лираглутида увеличили до 1,8 мг в день. Одному больному дозу препарата оставили 0,6 мг в связи с положительной динамикой показателей углеводного обмена и веса. Всем больным до лечения и через 30 дней после начала терапии определяли уровень гликемии натощак и постпрандиальную гликемию, исследовали гликемический профиль и липидный спектр, рассчитывали среднесуточные колебания гликемии, измеряли окружность талии, массу тела и ИМТ. Полученные результаты обработаны в программе BioStat (версия 4.03, 1998 год) с использованием критерия Стьюдента.

Результаты. Согласно полученным данным после назначения препарата лираглутид у пациентов отмечалось снижение среднего уровня гликемии натощак (до лечения $8,4 \pm 2,40$ ммоль/л и на фоне лечения $5,7 \pm 0,59$ ммоль/л; $p < 0,001$), снизился средний показатель постпрандиальной гликемии ($8,3 \pm 2,07$ ммоль/л и $5,9 \pm 0,71$ ммоль/л соответственно; $p < 0,005$), произошло уменьшение среднесуточных колебаний гликемии в 2 раза ($3,2 \pm 2,02$ ммоль/л и $1,6 \pm 0,91$ ммоль/л соответственно; $p < 0,0001$). Средний уровень гликемии значительно снизился после всех основных приемов пищи - после завтрака и ужина в 1,5 раза ($p < 0,0001$), после обеда в 1,4 раза ($p < 0,002$). Кроме того при приеме лираглутида у больных наблюдалось снижение веса ($103,7 \pm 15,7$ кг и $98,9 \pm 16,5$ кг соответственно; $p < 0,0001$), уменьшение ИМТ ($36,7 \pm 6,4$ и $35,2 \pm 6,6$ соответственно; $p < 0,0001$) и окружности талии ($104,0 \pm 15,6$ см и $99,8 \pm 16,1$ см соответственно; $p < 0,0001$). При проведении анализа показателей липидного обмена статистически значимых изменений на фоне лечения лираглутидом нами не выявлено.

Выводы:

1. После назначения лираглутида эффективно снизились средние показатели гликемии натощак и постпрандиальной гликемии; существенно уменьшились среднесуточные колебания гликемии;
2. Лираглутид не влияет на показатели липидного обмена;
3. Препарат лираглутид уменьшает вес, ИМТ и окружность талии больных сахарным диабетом 2 типа.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ САХАРНОГО ДИАБЕТА ГЛАЗАМИ ПАЦИЕНТОВ

Жигжитова Е.Б., Пустотина З.М., Жилина А.А., Рюмкина М.А., Щелканов Р.Р.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

В настоящее время сахарный диабет (СД) признан серьезной проблемой во всем мире. Однако оказание медицинской помощи пациентам с СД требует совершенствования. В связи с этим интересен взгляд больных на существующие проблемы в организации и проведении лечения диабета.

Цель работы: изучить мнение больных о некоторых медицинских и социальных аспектах сахарного диабета.

Задачи:

1. Оценить мнение больных об эффективности, безопасности и удобстве проводимой сахароснижающей терапии;
2. Установить относительное число инвалидов с сахарным диабетом, пользующихся льготными лекарственными препаратами, а также выявить проблемы, связанные с их обеспечением;
3. Определить частоту неотложных состояний, связанных с погрешностью применения сахароснижающих препаратов;
4. Изучить частоту проведения больными самоконтроля гликемии и определения гликированного гемоглобина; 5. Изучить оценку работы врача-эндокринолога больными сахарным диабетом.

Материалы и методы. Нами проведено анкетирование 100 пациентов с СД. Среди них были 41 мужчина в возрасте $46,7 \pm 15,77$ лет и 59 женщин в возрасте $51,2 \pm 16,29$ лет. У 44-х был СД 1 типа, у 66-и пациентов - СД 2 типа. Среди лиц с СД 2 типа пероральные сахароснижающие препараты принимали 33,3%, препараты инсулина - 51,5%. Традиционная инсулинотерапия (введение базального инсулина 1-2 раза в день) проводилась у 11% пациентов с СД 2 типа, а базис-болюсная терапия - у 89% больных. 82% пациентов с СД 1 типа находились на базис-болюсной терапии, 18% - на традиционной.

Результаты. Согласно полученным результатам всех пациентов устраивают принимаемые сахароснижающие препараты. 77% опрошенных считают принимаемый препарат эффективным, 23% - безопасным и лишь 9% удобным. Среди всех анкетированных 66% пациентов являлись инвалидами. Однако из них 22% отказались от льготного обеспечения лекарственными средствами. 36% пациентов, пользующихся федеральной льготой, отметили перебои в обеспечении лекарственными препаратами. У 18% пациентов в течение последнего года были кетоацидоз и кетоацидотическая кома, что свидетельствует об отсутствии у них эффективного гликемического контроля. Из них 92% больных связывают развитие ургентного состояния с погрешностями в приеме сахароснижающих препаратов, а 8% - с неправильным их назначением. У 38% пациентов наблюдались гипогликемическое состояние и гипогликемическая кома. Из них подавляющее большинство (96%) объясняет развитие этих состояний погрешностями в приеме гипогликемизирующих препаратов и лишь 4% - неправильным назначением лекарственных средств. 94% респондентов считают, что проводят самоконтроль гликемии. У 44% пациентов проведен контроль гликированного гемоглобина. Работу врача-эндокринолога 11% пациентов оценили удовлетворительно, 49% - хорошо, а 40% - отлично.

Выводы:

1. 2/3 опрошенных пациентов считают сахароснижающие препараты, используемые для лечения диабета, эффективными. 1/3 респондентов признала гипогликемизирующую терапию безопасной;
2. 2/3 инвалидов пользуются льготными лекарственными средствами, у 1/3 из них были проблемы в их обеспечении;
3. У больных сахарным диабетом гипогликемия отмечалась в 2 раза чаще, чем кетоацидоз и кетоацидотическая кома, при этом большинство пациентов объяснили ургентные состояния собственными погрешностями в приеме сахароснижающих препаратов;
4. 94% пациентов проводили самоконтроль гликемии, гликированный гемоглобин определялся лишь у 44% больных;
5. 89% респондентов считают работу врача-эндокринолога хорошей и отличной.

СИНДРОМ ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА У БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Жилина А.А., Унагаева Н.Н., Ягунова К.М., Пустотина З.М., Жигжитова Е.Б.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Актуальность. Синдром избыточного бактериального роста привлек внимание зарубежных исследователей в середине 70-х годов прошлого века. В отечественной гастроэнтерологии данная про-

блема стала изучаться сравнительно недавно. Данный термин включает в себя патологическое состояние, в основе которого лежит повышенное заселение тонкой кишки условно-патогенной микрофлорой, клинически проявляющееся диареей, метеоризмом, нарушениями процессов пищеварения и всасывания. Частота выявления избыточного роста бактерий в тонкой кишке при различных заболеваниях желудочно-кишечного тракта, по данным литературы, составляет 40-99%. Развитие синдрома избыточного бактериального роста при патологии пищеварительной системы способствует прогрессированию мальнутриции, что обуславливает необходимость его выявления.

Цель исследования. Изучить особенности выявления синдрома избыточного бактериального роста (СИБР) в кишечнике у больных гастроэнтерологического профиля на основании клинических данных и водородного дыхательного теста (ВДТ).

Материалы и методы. За период с ноября 2012 года по февраль 2013 года обследовано 19 больных гастроэнтерологического профиля с различными нозологическими формами (хронический холецистит, хронический панкреатит, хронический гастрит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, хронический гастрит). Обязательным критерием включения в исследование явилось наличие клинических симптомов СИБР. С этой целью всем пациентам проводился опрос на наличие симптомов СИБР (метеоризм, жидкий стул, ломкость ногтей, тусклые волосы, снижение массы тела). При этом выраженность метеоризма, жидкого стула оценивалась по шкале самооценки по 5-балльной системе. Всем больным проводился ВДТ, по результатам которого, пациенты были разделены на две группы. В 1 группу вошло 9 больных (47%), у которых наличие СИБР не было подтверждено при проведении ВДТ. 2 группу составили пациенты с подтвержденным СИБР - 10 человек (53%). Больные в группах были сопоставимы по полу. Статистическая обработка проведена в программе Biostat 4.03. Применяли среднее, стандартное отклонение, критерий Хи-квадрат. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. Нами было установлено, что у больных как первой, так и второй группы распространенность заболеваний желудочно-кишечного тракта была сопоставимой, $p > 0,05$. Было установлено, что клинические симптомы СИБР в кишечнике у пациентов 1 группы наблюдаются в более старшем возрасте, чем у больных 2 группы ($48,4 \pm 17,7$ и $34,5 \pm 15,0$ лет соответственно, $p = 0,042$). При опросе пациентов на наличие метеоризма было установлено, что данный симптом наблюдался у всех пациентов обеих групп, а его выраженность у пациентов с наличием отрицательного или положительного водородного теста не имела статистически значимых различий ($2,8 \pm 1,5$ и $3,3 \pm 1,8$ баллов соответственно, $p = 0,506$). Также не было выявлено, в изучаемых группах, статистических различий встречаемости таких симптомов, как ломкость ногтей, тусклые волосы, снижение массы тела ($p = 0,259$, $p = 0,850$, $p = 1,000$ соответственно). Однако у пациентов 2 группы чаще наблюдался жидкий стул - 7 больных (70%), по сравнению с больными 1 группы - 2 человека (22%), $p = 0,049$. При этом выраженность жидкого стула у больных с лабораторно подтвержденным СИБР в кишечнике статистически значимо превышала таковую у пациентов 1 группы ($1,8 \pm 1,2$ и $0,89 \pm 1,2$ соответственно, $p = 0,046$).

Заключение. Пациенты с СИБР в кишечнике, установленного по клиническим данным, часто не находят подтверждения наличия патологии при проведении водородного дыхательного теста. Больных, с лабораторно подтвержденным СИБР в кишечнике, в более молодом возрасте беспокоят такие кишечные расстройства, как метеоризм, вздутие, жидкий стул. ВДТ, являясь в настоящее время наиболее информативным методом диагностики данной патологии, должен проводиться пациентам с клинически установленным СИБР и полученные результаты необходимо учитывать при назначении лечения.

НИТРОКСИДПРОДУЦИРУЮЩАЯ ФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ И ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПРОСТАТИТЕ

Зайцев Д.Н., Говорин А.В., Филев А.П., Соколова Н.А.,
Радаева Е.В., Муха Н.В., Цырендоржиева В.Б.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Цель. Изучение содержания нитритов, нитратов, суммарных метаболитов оксида азота и эндотелина у больных хроническим простатитом в зависимости от нарушения диастолической функции левого желудочка.

Методы исследования. В настоящей работе представлены результаты обследования 183 больных хроническим простатитом (ХП), средний возраст которых составил $34,2 \pm 8,1$ года. Контрольную группу составили 18 здоровых мужчин, сопоставимых по возрасту с основной группой пациентов. Эхокардиографическое исследование проводилось на аппарате "VIVID -3-expert GE" методом тканевой

миокардиальной доплер-эхокардиографии с оценкой диастолической функции в точке митрального кольца (МК), трикуспидального кольца (ТК) и задней стенки левого желудочка ЗСЛЖ). Нитроксид-продуцирующую способность эндотелия оценивали по содержанию стабильных метаболитов оксида азота по методу Голикова П.П. (2004). Определялась концентрация фактора фон Виллебранда в плазме крови. Статистическая обработка материала проведена с применением пакета статистических программ "Statistica 6.0".

Результаты исследования. При проведении ЭхоКГ были изучены параметры трансмитрального потока. Из четырех известных типов потока (нормальный, гипертрофический, псевдонормальный, декомпенсированный) у больных ХП встречались 2 типа: нормальный и гипертрофический тип. Диастолическая дисфункция была оценена как качественный показатель, имеющий две характеристики: "есть-нет". При проведении стандартного эхокардиографического исследования нарушения диастолического наполнения были выявлены у 33% пациентов. Эхокардиографические признаки незначительной дилатации левого предсердия были зафиксированы у 8,7% пациентов. При изучении нитроксидпродуцирующей функции эндотелия установлено, что уровень нитратов и суммарных метаболитов оксида азота у больных ХП с диастолической дисфункцией ЛЖ был на 21% и 16,3%, соответственно, меньше аналогичных параметров лиц контрольной группы ($P < 0,05$). Максимальное содержание нитритов зафиксировано у пациентов без нарушения расслабления левого желудочка, с его снижением при развитии диастолической дисфункции ЛЖ, что может свидетельствовать об истощении компенсаторных механизмов сосудистой релаксации у данной категории пациентов. Максимальная концентрация эндотелина-1 зафиксирована у пациентов с диастолической дисфункцией левого желудочка, превысив на 44,2% и 38,8%, соответственно, данный показатель мужчин без диастолической дисфункции и аналогичный параметр лиц контрольной группы. Концентрация фактора фон Виллебранда в плазме крови при хроническом простатите на 27,9% превышала уровень данного гликопротеина здоровых мужчин ($1,43 \pm 0,47$ IU/ml и $1,11 \pm 0,25$ IU/ml, соответственно) ($P < 0,05$). При изучении содержания фактора фон Виллебранда в плазме крови больных хроническим простатитом в зависимости от состояния диастолической функции левого желудочка было выявлено повышение его уровня в группе пациентов с диастолической дисфункцией ЛЖ ($1,63 \pm 0,49$ IU/ml) на 19% по сравнению с больными без нарушения релаксации левого желудочка ($1,37 \pm 0,45$ IU/ml), и увеличение его концентрации на 46% по сравнению со здоровыми мужчинами ($1,11 \pm 0,25$ IU/ml).

Выводы. У больных хроническим простатитом в 33% случаев выявлена диастолическая дисфункция левого желудочка. Ухудшение расслабления миокарда левого желудочка сопровождается нарушением нитроксидпродуцирующей функции эндотелия и повышением содержания фактора фон Виллебранда. Выявленные изменения ухудшают сердечно-сосудистый прогноз данной категории пациентов.

СОДЕРЖАНИЕ ГОМОЦИСТЕИНА, ФАКТОРА ФОН ВИЛЛЕБРАНДА В ПЛАЗМЕ КРОВИ И НИТРОКСИДПРОДУЦИРУЮЩАЯ ФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

Зайцев Д.Н., Говорин А.В., Потемкин П.С.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Цель. Изучение содержания гомоцистеина, фактора фон Виллебранда в плазме крови, нитритов, нитратов, суммарных метаболитов оксида азота и эндотелина у больных хроническим простатитом.

Методы исследования. В настоящей работе представлены результаты обследования 63 больных хроническим простатитом (ХП), средний возраст которых составил $34,2 \pm 8,1$ года. Контрольную группу составили 18 здоровых мужчин, сопоставимых по возрасту с основной группой пациентов. Определение концентрации гомоцистеина в плазме крови проводили по методу иммуноферментного анализа системы Axis. Исследовалось содержание фактора фон Виллебранда в плазме крови. Нитроксидпродуцирующую способность эндотелия оценивали по содержанию стабильных метаболитов оксида азота по методу Голикова П.П. (2004). Статистическая обработка материала проведена с применением пакета статистических программ "Statistica 6.0".

Результаты исследования. Установлено, что уровень гомоцистеина превышал верхнюю границу нормы (16 мкмоль/л) у 33 больных ХП (52,4%). При этом у пациентов с ХП содержание гомоцистеина было увеличено на 33,2% по сравнению со здоровыми мужчинами ($15,34 \pm 7,31$ мкмоль/л - при хроническом простатите и $11,51 \pm 6,18$ мкмоль/л - в группе контроля) ($P < 0,05$). В дальнейшем пациенты с хроническим простатитом были распределены на две группы в зависимости от содержания в крови

гомоцистеина. В каждой группе изучено содержание нитритов, нитратов, суммарное содержание метаболитов оксида азота и уровень эндотелина-1. Так, 1-ю группу составили больные с нормальным уровнем гомоцистеина ($9,57 \pm 4,73$ мкмоль/л), 2-ю группу - мужчины с повышенным содержанием данной аминокислоты ($20,87 \pm 4,47$). Основные различия между изучаемыми группами пациентов касались содержания нитритов и уровня эндотелина-1. Так, уровень NO₂ у пациентов с хроническим простатитом 2-й группы был снижен на 13,7% по сравнению с аналогичным параметром лиц с нормальным содержанием гомоцистеина. Концентрация эндотелина-1 у мужчин с повышенной концентрацией изучаемой аминокислоты, напротив, превышал указанный параметр лиц 1-й группы на 19,5% ($P < 0,05$). Уровень нитратов, а также суммарное содержание метаболитов оксида азота в сыворотке крови пациентов с хроническим простатитом 2-й группы также имел тенденцию к снижению, однако различие не было статистически значимым. Содержание фактора фон Виллебранда в плазме крови 2-й группы на 28,4% превышало его уровень пациентов с нормальным уровнем гомоцистеина ($P < 0,05$). При проведении корреляционного анализа между содержанием гомоцистеина, нитритов, нитратов, суммарным содержанием метаболитов азота и уровнем эндотелина-1 выявлена прямая положительная связь средней силы между концентрацией гомоцистеина и эндотелина-1 ($r = 0,49$ при $P < 0,001$). Аналогичный характер направления и силу связи имело взаимоотношение между содержанием гомоцистеина и фактора фон Виллебранда ($r = 0,56$ при $P < 0,001$).

Выводы. Повышенный уровень гомоцистеина сыворотки крови у больных хроническим простатитом может являться неблагоприятным фактором риска развития эндотелиальной дисфункции, проявляющейся снижением уровня нитритов и увеличением содержания мощного вазоконстриктора - эндотелина-1. Увеличение концентрации фактора фон-Виллебранда в плазме крови может предрасполагать к развитию тромбозов у больных хроническим простатитом.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИЕЙ В ОТДЕЛЕНИИ ОФТАЛЬМОЛОГИИ КЛИНИКИ ГБОУ ВПО ЧГМА

Зими́на М.Г., Харинцева С.В., Логунов Н.А., Голуб Л.А., Деревцова К.А., Литвинцев С.В.
ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Согласно данным исследований, распространенность тромбоза вен сетчатки составляет 2,14 на 1000 человек в возрасте 40 лет и старше.

К одному из грозных осложнений, возникающим в результате тромбоза, относится посттромботическая ретинопатия (ПТРП), которая сопровождается макулярным отеком. Она развивается в течение 3 месяцев после наступления тромбоза. Изменения на глазном дне нередко сохраняются в течение длительного времени, а в некоторых случаях на протяжении всей жизни. До недавнего времени лечение заключалось в назначении глюкокортикоидов и панретиальной или секторальной лазеркоагуляции сетчатки. Оценка эффективности лечения тромбоза вен сетчатки представляет значительные трудности, поскольку заболевание имеет прогрессирующий характер. Единые критерии оценки эффективности лечения отсутствуют. Результаты терапии зависят от сроков их начала, тяжести заболевания и адекватности терапии.

Цель: оценка эффективности применения ингибиторов ангиогенеза препарата ранибизумаб ("Луцентис") у пациентов с посттромботической ретинопатией.

Материалы и методы. По данным статистики в 2013г. в отделении офтальмологии клиники ГБОУ ВПО ЧГМА прошли лечение 70 пациентов с диагнозом тромбоз ретинальных вен. У 52 пациентов отмечалась посттромботическая макулопатия, у 4 пациентов диагностировано формирование фиброзной ткани в фовеальной зоне, 2 пациента с вторичной неоваскулярной глаукомой. У остальных 12 пациентов после проведения флюоресцентной ангиографии (ФАГ) и оптической когерентной томографии (ОКТ) имеющиеся изменения на сетчатке не требовали дальнейшего стационарного лечения. Обследование проведено по стандартам оказания офтальмологической помощи. В 100% ОКТ на оптическом когерентном томографе Cirrus 400, в 80% - ФАГ с помощью ретинальной камеры TOPCON TRC-NW7SF. Средний возраст пациентов $58,8 \pm 12,4$ лет. Мужчин - 21 человек, женщин - 49. Сроки тромбоза от 4 месяцев до 7 лет. В среднем - $1,5 \pm 0,5$ года. 51 больной до поступления в клинику проходил лечение в других стационарах города. Первая группа - 35 пациентов (35 глаз) с ПТРП. Выполнено 59 интравитреальных инъекций ингибитора ангиогенеза ранибизумаба ("Луцентис"). Вторая группа - 17 пациентов (17 глаз) - сделана инъекция бетаметазона в субтенонново пространство. В 19 глазах дополнительно проведена панретиальная или секторальная лазеркоагуляция.

Результаты. Согласно полученным данным у 100% больных, получавших Луцентис, удалось добиться стабилизации процесса и улучшения зрительных функций. В этой группе острота зрения увеличилась в среднем на $0,37 \pm 0,12$, в группе с бетаметазоном - на $0,11 \pm 0,04$. В первой группе после инъекции ранибизумаба толщина сетчатки после лечения уменьшилась в среднем на 268 ± 102 мкм, во второй группе толщина сетчатки уменьшилась на 125 ± 67 мкм. При уменьшении отека по результатам ОКТ и данных ФАГ в 19 глазах дополнительно проведена лазеркоагуляция сетчатки.

Выводы:

1. После интравитреальных инъекций ранибизумаба отмечаются значительное повышение остроты зрения и уменьшение отека сетчатки.
2. Зафиксировано различие результатов лечения между первой группой пациентов, получавших Луцентис, и второй группой, получающих бетаметазон.
3. Интравитреальные инъекции Луцентиса являются эффективным методом лечения в борьбе с пост-ромботическим макулярным отеком.

**РЕГИОНАЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ
УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ У ДЕТЕЙ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ**

¹Злова Т.П., ²Лебедева Ю.В., ³Ахметова В.В.

¹Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков, Москва, Россия,
²ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия,
³Издательство "Молодой ученый", Чита, Россия (3)

Введение. Актуальность изучения эпидемиологии умственной отсталости в детской популяции различных территорий РФ продиктована высокой ее распространенностью, а также социальной значимостью нозологии, которая является основной причиной детской инвалидности по психическим заболеваниям. Основным практическим выходом подобных исследований должна стать разработка региональных комплексных программ профилактики и коррекции умственной отсталости в детском возрасте, с учетом специфики (социально-экономической, этнокультуральной, психологической и пр.) территорий страны.

Цель работы. Анализ эпидемиологических показателей умственной отсталости среди детского населения Забайкальского края.

Материалы и методы исследования. Проанализированы показатели заболеваемости и болезненности умственной отсталостью в детской популяции (до 14 лет) Забайкальского края за последние 10 лет (2003-2012 гг.): официальные сведения ТОФС Государственной статистики по Забайкальскому краю; учетные формы № 030-1/у-02 (приказ №420 от 31.12.2002 г.); ежегодные отчеты главного детского психиатра регионального МЗ. С учетом нормальности распределения переменных в вариационных рядах, статистическую значимость различий показателей оценивали при помощи t-критерия Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. Показатели заболеваемости и болезненности психическими расстройствами у детей Забайкалья в течение последних 10 лет статистически значимо не отличаются от общероссийских и в среднем в 1,5 раза ниже таковых по Сибирскому федеральному округу (СибФО). В нозологической структуре за исследуемый период отмечается постепенное уменьшение доли умственной отсталости (болезненность от 46% в 2003 г. до 22% в 2012 г., $p < 0,02$) и одновременный рост непсихотических расстройств (болезненность от 53% в 2003 г до 77% в 2012 г., $p < 0,02$), среди которых львиную долю составляют пограничные формы интеллектуальной недостаточности. Описанная динамика, однако, едва ли является положительной, поскольку соотношение заболеваемости и болезненности умственной отсталостью в крае кратно выше у подростков (от 15 до 18 лет) по сравнению с детьми (до 14 лет), указанное соотношение в течение последних 10 лет увеличилось в 2 раза (от 1 : 1,8 в 2003 г. до 1 : 3,7 в 2012 г.; $p < 0,001$). Умственная отсталость берет начало в детском возрасте, поэтому более логичным выглядит соотношение 1,2 : 1, которое имеет место в РФ и Сибирском округе и в течение последних 10 лет остается стабильным. Такая неоднозначная статистика побуждает к проведению детального анализа эпидемиологии умственной отсталости в детской популяции Забайкалья, в том числе, в районах края. Следует отметить, что на начало 2012 года в 6-ти районах края из 31-го отсутствует врач-психиатр (Кыринский, Калганский, Карымский, Алек-Заводский, Тунгино-Олекминский, Улетовский районы), а ставка детского психиатра имеется лишь в двух районах (Петровск-Забайкальский и Краснокаменский).

Изучение динамики заболеваемости умственной отсталостью показало, что за последние 10 лет показатель в целом по краю снизился: от 213,6 в 2003 году до 74,0 на 100 000 детского населения в

2012 году ($p < 0,001$). Показатель 2012 года статистически значимо не отличается от среднего по РФ (96,1 на 100 000 в 2011 г.) и ниже такового по СибФО (155,6 на 100 000 в 2011 г.; $p < 0,001$).

Анализ заболеваемости в районах края позволяет отметить крайнюю нестабильность показателей. В 2012 году наиболее высокие показатели (в 2,5-4 раза выше среднего по краю) заболеваемости F7 у детей зарегистрированы в следующих районах: Тунгиро-Олекминский (321,5 на 100 000), Нерчинский (258,1 на 100 000), Карымский (252,6 на 100 000) и Калганский (214,4 на 100 000). При этом в Нерчинском, Карымском и Калганском районах отмечена также высокая заболеваемость непсихотическими расстройствами, что в совокупности с адекватной диагностикой умственной отсталости, позволяют говорить о хорошей работе по раннему выявлению нарушений интеллекта у детей. При этом из указанных районов только в Нерчинском (на начало 2012 года) есть врач-психиатр, и выявлением психических нарушений в детском возрасте занимаются врачи смежных специальностей (педиатры, неврологи).

Наиболее низкие показатели заболеваемости умственной отсталостью выявлены в Шелопугинском (0,0 на 100 000) Забайкальском (23,0 на 100 000), Балейском (23,9 на 100 000), Кыринском (35,6 на 100 000) и Агинском (36,6 на 100 000) районах. В указанных районах, за исключением Кыринского, отмечена также низкая заболеваемость непсихотическими расстройствами. Таким образом, низкие показатели в данном случае свидетельствуют о недостаточной диагностике нарушений интеллекта у детей. Так, например, в Балейском районе при низкой заболеваемости F7 у детей в 2012 году выявлен крайне высокий соответствующий показатель у подростков (930,7 на 100 000 подросткового населения) - соотношение дети 1 : 38,9. Такой скачок заболеваемости в подростковом возрасте обусловлен сплошным обследованием мальчиков-подростков в период работы призывной комиссии.

Болезненность умственной отсталостью у детей Забайкальского края в динамике за 10 лет уменьшилась почти в два раза: от 1240,7 в 2003 году до 658,4 на 100 000 детского населения в 2012 году ($p < 0,001$). Показатель 2012 года статистически не отличается от общероссийского (721,3 на 100 000 в 2011 г.) и ниже среднего по СибФО (1077,7 на 100 000 в 2011г.; $p < 0,001$).

Наиболее высокие показатели болезненности умственной отсталостью зарегистрированы в 2012 году у детей в трех районах края: Акшинском (1956,1 на 100 000 детского населения), Нерчинском (1898,6 на 100 000) и Могочинском (1437,1 на 100 000).

Низкие показатели болезненности F7 выявлены в Забайкальском (253,4 на 100 000), Кыринском (391,3 на 100 000) и Каларском (391,3 на 100 000) районах края. Следует отметить, что указанные районы в течение последних трех лет находятся на последних местах в статистике болезненности - как общей, так и по умственной отсталости. При этом из указанных районов лишь в Кыринском отсутствует психиатр.

Выводы. Анализ статистических показателей заболеваемости и болезненности за последние 10 лет (2003-2012 гг.) показал, что в Забайкальском крае имеет место поздняя диагностика умственной отсталости. Одной из возможных причин является кадровый дефицит, особенно выраженный в районах края - на начало 2012 года в 6-ти районах из 31-го отсутствует врач-психиатр, а ставка детского психиатра имеется лишь в двух районах. Однако, есть районы, где психиатра нет, а выявляемость нарушений интеллекта хорошая, и наоборот. Это позволяет предположить, что причиной поздней диагностики является недостаточная организация внутриведомственного взаимодействия, в частности, несвоевременное выявление отклонений нервно-психического развития педиатрами при проведении диспансеризации. Кроме того, причиной поздней постановки ребенка с умственной отсталостью на психиатрический учет зачастую является отказ родителей, в силу недостаточной информированности и стигматизации психических расстройств в современном обществе. Указанные проблемы неоднократно обсуждались на заседаниях координационного совета по организации психиатрической помощи в крае. Общими усилиями психиатров регионов РФ в мае 2013 года вступил в силу приказ N 1346н "О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров...", где регламентирован осмотр детским психиатром в возрасте 1 года, 3х, 7 и 10 лет.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ

Игнатьева А.В., Гаймоленко И.Н.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Наиболее распространенным хроническим заболеванием легких у детей грудного и раннего возраста является бронхолегочная дисплазия (БЛД), формирующаяся преимущественно у недоношенных и имеющая хроническое течение. Несмотря на значительный прогресс, достигнутый в понимании механизмов развития, терапии и профилактики БЛД, научно-практический интерес к данной патологии сохраняется.

Для снижения заболеваемости и улучшения качества лечения важная роль придается ранней диагностике патологических процессов и динамическому наблюдению за состоянием бронхиальной проходимости у данной категории детей. Возможность использования бронхофонографии для исследования вентиляционной функции легких у детей грудного возраста является достаточно перспективной.

Бронхофонография - это неинвазивный метод оценки функции внешнего дыхания, основанный на регистрации дыхательных шумов с последующей их компьютерной обработкой. Исследование проводится при спокойном дыхании, не требует обучения больного каким-либо специальным дыхательным маневрам, поэтому может использоваться с периода новорожденности.

Цель работы: определить бронхиальную проходимость у детей с бронхолегочной дисплазией на фоне проводимой терапии с помощью метода компьютерной бронхофонографии.

Материалы и методы.

Исследование проводилось на базе отделения раннего возраста Краевой детской клинической больницы (КДКБ) г. Читы.

В исследование включены 94 ребенка в возрасте от 1 до 8 месяцев. Обследуемые были разделены на 2 группы: 1 основную группу: 67 детей (37 мальчиков и 30 девочек), имеющие БЛД, средний возраст составил $2,5 \pm 0,8$ мес., срок гестации - $30,2 \pm 1,1$ нед., масса тела при рождении - 1598 ± 184 г и 2 группу сравнения: 27 детей (15 девочек и 12 мальчиков) - без заболеваний дыхательной системы средний возраст составил $2,1 \pm 0,5$ мес., срок гестации - $34 \pm 1,1$ нед., масса тела при рождении - 1961 ± 173 г. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, сроку гестации и массе тела при рождении ($P < 0,05$). Критерии включения в основную группу: ИВЛ на первой неделе жизни; терапия кислородом более 21% в возрасте 28 дней и старше; дыхательная недостаточность, бронхообструктивный синдром в возрасте 28 дней и старше; специфические рентгенографические изменения. Критерием исключения из исследования явилось наличие пороков развития дыхательных путей, гемодинамически значимых врожденных пороков сердца, диафрагмальной грыжи и хромосомных аномалий.

Всем детям проведена бронхофонография с помощью компьютерного акустического диагностического комплекса (КАДК) "Паттерн - 01". Сканирование респираторной волны производилось в частотном диапазоне от 0,2 до 12,6 кГц, в трех зонах частотного спектра: 0,2-1,2 кГц (низкочастотный диапазон), 1,2-5,0 кГц (средние частоты), 5,0-12,6 кГц (высокочастотный диапазон). Количественная оценка работы дыхания проводилась по абсолютным цифрам и коэффициентам. Обработка полученных бронхофонограмм осуществлялась с помощью пакета прикладных программ Pattern и Pattern Analyser с определением акустической работы дыхания (АРД), выраженной в нДж.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием компьютерных программ "Statistica 6.0", Microsoft Excel 2010. При нормальном распределении рядов данных различия между группами выявлялись при помощи критерия Стьюдента. В случае ненормального распределения вариационного ряда использовались методы непараметрической статистики, для сравнения групп использовался критерий Манна-Уитни. Различия считались статистически значимыми при $P < 0,05$.

Результаты исследования.

У детей с бронхолегочной дисплазией регистрируется нарушение бронхиальной проходимости на всех уровнях бронхов АРД1 (0,2-1,2 кГц) - $1429,3(861,6-2263,9)$ нДж; АРД2 (1,2-5,0 кГц) - $1080,5(661,8-1271,1)$ нДж; АРД3 (5,0-12,6 кГц) - $56,2(20,4-117,1)$ нДж; К1-78,8(48,6-113,1); К2-70,8(44,3-108,2); К3-4,36(2,1-8,6) по сравнению с группой детей без заболевания органов дыхания АРД1 - $45,7(9,09-117,9)$ ** нДж; АРД2 - $13,7(1,7-35,8)$ ** нДж; АРД3 - $0,5(0,3-2,3)$ **нДж; К1-29,9(13,1-90,7); К2- 25,9(7,3-79,5); К3- 3,8(0,7-9,4), выявленное методом бронхофонографии. Нарушение проходимости нижних дыхательных путей редко бывает изолированным, поэтому акустическая работа дыхания увеличивается во всех частотных диапазонах. При этом значения коэффициентов достоверно увеличиваются.

Всем больным с БЛД проводилась терапия ИГК (будесонид) и бронхолитиками, после 10 дневного курса лечения была проведена оценка эффективности лечения методом бронхофонографии. На фоне лечения регистрируется улучшение показателей функции внешнего дыхания АРД1 - $873,5(211,7-1511,3)$ *нДж; АРД2 - $484,7(204,9-1461,8)$ *нДж; АРД3 - $13,6(4,14-106,56)$ *нДж; К1- $84,5(12,5-47,9)$; К2- $79,3(60,4-153,3)$; К3- $4,8(1,2-10,9)$, которые не достигают уровня показателей АРД у детей без заболеваний органов дыхания.

Таким образом, полученные результаты указывают, что лечение ИГК (будесонид) и бронхолитиками у детей, больных БЛД приводит к значительному снижению показателей АРД во всех частотных диапазонах, что свидетельствует об улучшении бронхиальной проходимости. Бронхофонография является дополнительным методом, с помощью которого можно оценить степень тяжести нарушения бронхиальной проходимости и эффективность проводимой терапии у детей грудного возраста, больных БЛД.

**УРОВЕНЬ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ИММУННЫХ КОМПЛЕКСОВ
У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

Измествьев С.В., Фефелова Е.В., Цыбиков Н.Н., Терешков П.П.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Образование циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) - это физиологический механизм защиты организма, приводящий к быстрому удалению эндогенных и экзогенных антигенов. В норме, образовавшиеся иммунные комплексы, фагоцитируются и разрушаются системой протеаз. Патогенные свойства ЦИК определяются совокупностью их физико-химических параметров, к которым в первую очередь относятся размеры, состав, концентрация и способность фиксировать комплемент (Horgan C., Emlen W., 1987). Молекулярная масса ЦИК определяет их размер, а также скорость элиминации из организма: крупные ЦИК быстро элиминируются и сравнительно малопатогенны; мелкие ЦИК плохо элиминируются, могут откладываться субэндотелиально, но не способны активировать систему комплемента; ЦИКи среднего размера обладают высокой комплементсвязывающей способностью и являются наиболее патогенными. Интенсивность реакций на иммунные комплексы могут быть обусловлены повышением скорости их образования над скоростью элиминации, дефицитом одного или нескольких компонентов комплемента или функциональными дефектами фагоцитарной системы (Khlebtsov V.N., Burygin G.L., Matora L.Yu. et al., 2004).

В последние годы происходит переоценка ключевых положений патогенеза гипертонической болезни с позиций вовлечения специфических иммунных механизмов [Пехова К.А., 2013]. Так, было показано увеличение общей концентрации IgG, IgA при гипертонической болезни, особенно с кризовым течением, а также повышение уровня аутоантител к антигенам из ткани аорты и сердца (Л.Н. Мингазетдинова [и др.], 2006). В полной мере вопрос состояния иммунной системы при эссенциальной артериальной гипертензии остается практически не изученным.

Целью нашей работы явилось изучение изменения уровня циркулирующих иммунных комплексов у больных гипертонической болезнью в разные стадии заболевания.

Материалы и методы. Материалом для исследования служила венозная кровь, взятая утром натощак из локтевой вены. В сыворотке крови обследуемых определяли содержание циркулирующих иммунных комплексов методом преципитации с 3,5%, 7%, 10% раствором полиэтиленгликоля (молекулярный вес 6000) (В.В. Меньшиков, 1987). Обследован 41 пациент мужского пола с верифицированным, согласно рекомендациям ВОЗ/МОГ (1999), диагнозом гипертоническая болезнь I, II, III стадии, основанном на данных комплекса клинико-инструментальных методов обследования. Средний возраст больных гипертонической болезнью I стадии составил 22 ± 3 , а II, III стадии - 34 ± 5 лет, поэтому были сформированы 2 группы контроля, сопоставимые по возрасту с исследуемыми группами.

Статистический анализ полученных данных проводили с помощью программы Statistika 6.1 (StatSoft). Описательная статистика представлена медианой и межквартильным интервалом (25-го; 75-го перцентилей); сравнение независимых выборок проводили с помощью U-критерия Манна-Уитни. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимали $p < 0,05$.

Результаты. В контрольных группах регистрировались ЦИК только средних и мелких размеров, с преобладанием ЦИКов средних размеров, но у молодых людей этих комплексов было больше, чем в средней возрастной группе: 63,59% против 53,39% соответственно. У больных гипертонической болезнью I стадии наблюдалось снижение уровня ЦИКов средних размеров в 1,6 раза и увеличение количества ЦИКов мелких размеров более чем в 2 раза ($P=0,001$) по сравнению с контролем. При II и III стадиях гипертонической болезни общее количество ЦИКов увеличивалось, причем за счет наиболее патогенных комплексов средних размеров. Их количество составило 48,94%. У больных с III стадией гипертонической болезни концентрация ЦИКов средних размеров составила уже 57,81%, появились крупные комплексы - 0,66%. При этом, уровень ЦИКов мелких размеров у больных гипертонической болезнью II и III стадии превышал значения контрольной группы, также как и у больных гипертонической болезнью I стадии примерно в 2 раза ($P=0,001$).

Полученные результаты свидетельствуют о достаточно выраженных изменениях в активности иммунной системы у гипертоников. При I стадии гипертонической болезни отмечаются высокие адаптационные возможности молодых людей, что отображается в снижении уровня ЦИКов средних размеров, хотя увеличение уровня мелких ЦИКов свидетельствует об избытке антигена в организме больных.

У больных II, III стадии гипертонической болезни наблюдается срыв адаптационных механизмов, о чем свидетельствует возрастание уровня ЦИКов средних размеров, что в свою очередь приведет к повреждению эндотелия сосудов, развитию его дисфункции и формированию атеросклероза. Появление

ние ЦИКов крупных размеров у больных гипертонической болезнью III стадии свидетельствует о позднем этапе иммунного ответа и характеризует избыток антител.

Выводы. У больных гипертонической болезнью I стадии снижена концентрация ЦИКов средних размеров и повышен уровень ЦИКов мелких размеров. При гипертонической болезни II стадии - средних и мелких, а при III стадии - крупных, средних и мелких.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ-ПОДРОСТКОВ

Ильина Н.Н., Мичудо О.А., Мохова Э.Н.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия
ГУЗ "Клиническая детская поликлиника № 3", Чита, Россия

Профилактика артериальной гипертензии у детей и подростков - важнейший компонент профилактической кардиологии.

Цель исследования: оценить показатели артериального давления у детей 12-17 лет, выявить частоту факторов риска нестабильности сосудистой регуляции.

Материалы и методы. Оценивались показатели физического развития и артериального давления у 2140 детей в возрасте 12-17 лет по результатам профилактических осмотров. Выделена группа риска с высоким нормальным давлением до 95 перцентиля из 213 детей (9,95%), которым проведено мониторинг АД с измерением в домашних условиях и амбулаторно в течение полугодия. Специализированное обследование (СМАД, ЭхоКГ, офтальмоскопия, КИГ, РЭГ, УЗИ почек и оценка почечных функций) проведено 77 подросткам (3,6%) с артериальной гипертензией.

Статистическая обработка проведена методом вариационного анализа в программе Statistica 6.0.

Результаты. У 84,6% детей выявлены нормальные показатели систолического и диастолического давления при 50-75 перцентилях ростовых величин. У 5,4% детей систолическое артериальное давление соответствовало 10 перцентилю ($97,8 \pm 4,9$ мм рт. ст.). Диастолическое давление ($76,6 \pm 4,8$ мм рт. ст.) не существенно отличалось во всех группах обследованных. У лиц с высоким нормальным систолическим давлением ($128,6 \pm 3,2$ мм рт. ст.) установлена стабилизация систолического давления ($114 \pm 7,1$) в течение наблюдения. Исходный вегетативный тонус у этой группы с преобладанием симпатикотонии у 57,7%, ваготонии у 7,0% и эйтонии у 35,2. Вегетативная реактивность с гиперсимпатикотонией (64,8%) и асимпатикотонией у 7,0% детей характеризует состояние сосудистой дисрегуляции, обусловленное возрастной нейро-эндокринной эволюцией.

У 77 подростков, 3,6% обследованной выборки, выявлена артериальная гипертензия, равная 95 перцентилю систолического давления. Преобладали юноши (60) в возрасте 16-17 лет с ростовыми показателями, соответствующие 95 перцентилю. Систолическое среднее давление юношей при контрольных измерениях $134,8 \pm 5,51$, диастолическое - $83,26 \pm 4,36$ мм рт. ст. при росте $186,4 \pm 2,1$ см. Индекс времени гипертензии САД в дневное время у 27 юношей превышал 25%. Ночное САД не превышало норму 90 перцентиля. Индекс диастолического давления с недостаточным снижением в ночное время регистрировался у трети (21).

У 17 девушек среднее систолическое давление соответствовало $131,8 \pm 4,58$ мм рт. ст., диастолическое $77,33 \pm 3,75$ мм рт. ст. Суточный индекс систолического и диастолического давления не превышал 10%. У 7 девушек отмечено недостаточное (6%) снижение ночного САД.

У этой группы подростков показатели липидограммы, функции почек не имели отклонений от возрастной нормы. Органическая патология сердца исключена. В вегетативном статусе определялась гиперсимпатикотония. На реоэнцефалограмме выявлялось повышение тонуса церебральных артерий среднего и мелкого калибра. Факторами риска артериальной гипертензии у них являлись отягощенный по АГ семейный анамнез у 67,5%, курение у 18,1%, гипокинезия с освобождением от физических нагрузок у 48,0%, избыточная масса тела у девочек.

Лабильная АГ, выявленная у 3,6% подростков с высокими показателями физического развития, обосновывала в профилактическом наблюдении применение немедикаментозных методов терапии. Наблюдение детей в течение года позволило нормализовать систолическое АД у половины (31) из них. Остальным 36 дополнительно включены препараты, улучшающие мозговое кровообращение (винпоцетин 15 мг у 29 и у 8 танакан 80 мг в сутки курсами по 1 месяцу 3 раза в год).

Двое юношей с диагнозом АГ II степени переданы в терапевтическую службу на комбинированной терапии - каптоприл + арифон ретард.

Заключение. Контроль артериального давления у детей - подростков выявляет группу риска с

дезадаптацией сосудистой регуляции. У 3,6 % подростков 16 лет отмечается лабильная артериальная гипертензия, преимущественно у юношей. Своевременная диагностика и немедикаментозная терапия у половины из них нормализует артериальное давление. Группу риска по АГ составляют подростки с вегетодистонией пубертатного периода с отягощенным семейным анамнезом, гиподинамией и высокими показателями роста. Выявленная у 3,6% подростков артериальная гипертензия отличается доброкачественным течением, положительной реакцией на немедикаментозные методы лечения. Диспансерное наблюдение подростков с суточным мониторингом АД позволяет проводить адекватную терапию с нормализацией АД.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ЭКСПОЗИЦИЕЙ СВИНЦА И КАДМИЯ И ФОРМИРОВАНИЕМ ВНУТРИУТРОБНОЙ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА

Казанцева Е.В., Новопашина Г.Н., Мудров В.А., Короленко Т.Г.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия
ГУЗ "Городской родильный дом", Чита, Россия

По данным экспертов ВОЗ, популяционное здоровье в среднем на 50-52% зависит от экономической обеспеченности и образа жизни людей, на 20-22% от наследственных факторов, на 7-12% - от уровня медицинского обслуживания и на 18-20% от состояния окружающей среды. Загрязнение атмосферного воздуха относится к числу приоритетных факторов, влияющих на здоровье населения. Основными экологическими проблемами регионов являются: загрязнение атмосферного воздуха в результате выбросов промышленных предприятий и автотранспорта. Большие валовые выбросы загрязняющих веществ в воздушный бассейн с 2005 года фиксируются в Уральском и Сибирском федеральных округах. Степень загрязнения атмосферы зависит от различных факторов и условий: количества антропогенного химического вещества (АХВ), высоты, на которой осуществляются выбросы, климатических и географических условий, определяющих перенос, рассеивание и т.д. Согласно классификации Агентства по охране окружающей среды США (US EPA) в список приоритетных (относящихся к 1 классу опасности) веществ-канцерогенов входят: хром (VI), мышьяк, никель, бензол, кадмий, акрилонитрил, бенз(а)пирен, свинец, формальдегид, углерод 4-хлористый, дихлорэтан. Эти АХВ являются политропными ядами, которые способны накапливаться в разных органах и тканях, вызывая хроническое отравление. Беременность является одним из "критических окон восприимчивости", т.е. периодом, когда воздействие загрязнителей окружающей среды может вмешиваться в физиологию клеток, тканей и органов. К критическим окнам восприимчивости относят также периоды младенчества и детства. Состояние беременности характеризуется более интенсивным воздухообменом, снижением дезинтоксикационных способностей и активности ферментативных систем, а также скорости метаболизма антропогенных химических веществ. Следствием этого является повышение чувствительности организма беременных женщин к токсическому воздействию АХВ.

Целью исследования было изучение взаимосвязи между пренатальной экспозицией Pb и Cd, и низкой массой тела новорожденного.

Материалы и методы. В популяционное одномоментное исследование вошли 242 родильницы, отобранные случайным образом из популяции беременных женщин г. Читы, родившие на сроке более 35 недель гестации: группа 1 (n=108) - пары мать-новорожденный с малым весом новорожденного (МВН), группа 2 (n=134) - пары мать-новорожденный с нормальным весом новорожденного (НВН) для соответствующего гестационного возраста. Критериями включения были возраст от 20 до 40 лет и проживание в регионе не менее 5 лет. Методом атомной абсорбции было исследовано содержание свинца (Pb) и кадмия (Cd) в образцах мочи женщин и их новорожденных детей. Первичной конечной точкой явился пороговый уровень Pb/Cd в моче женщин и их новорожденных в зависимости от выявления МВН. Вторичными конечными точками были: средние значения уровня Pb и Cd в моче родильниц и новорожденных в сравниваемых группах, корреляционная зависимость между Pb/Cd в образцах мочи женщин/детей и весом новорожденных, а также скорректированное отношение шансов (ОШкор) развития МВН на основании уровня Pb и Cd в образцах мочи пар женщина/новорожденный.

Результаты. В группе с МВН была выявлена более высокая концентрация Pb в моче матери и новорожденного и Cd в моче новорожденного ($p < 0.0001$). Содержание Cd в моче матери не отличалось значимо между группами ($p = 0.1468$). Наблюдалась значимая отрицательная корреляционная связь между содержанием Pb в образцах пар мать/ребенок, и весом новорожденного ($r = -0.5954$, $r = -0.6369$ соответственно, $p < 0.01$), а также между содержанием Cd в моче ребенка и его весом ($r = -0.8745$,

$p < 0.01$). Содержание Cd в моче матери не коррелировало с весом новорожденного. ROC-анализ с площадью под кривой (AUC) 0.802 определил пороговое значение концентрации Pb в моче женщины в зависимости от развития МВН, который составил 0.0055 мг/л, в моче новорожденных - 0.0059 мг/дм³. Пороговое значение концентрации Cd в моче новорожденных составило 0.0057 мг/дм³ с AUC - 0.787. Пороговое значение концентрации Cd в материнской моче составило 0.0035 мг/дл³ с AUC - 0.807.

Заключение. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о взаимосвязи между пренатальной экспозицией свинца и кадмия и формированием внутриутробной задержки роста плода. Масса новорожденного обратно пропорциональна экспозиции АХВ (Pb и Cd) во время беременности.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СВЕРХОСТРОЙ МЕСТНОЙ ХОЛОДОВОЙ ТРАВМЫ

Калганов Г.Д.¹, Ковалев В.В.¹, Куклина Е.Ю.², Старцев В.А.¹, Шаповалов К.Г.²

¹ГУЗ "Городская клиническая больница №1", Чита, Россия

²ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

В климатических условиях Забайкальского края распространенность тяжелой холодовой травмы составляет до 1,9 на 10000 населения в год. Тем не менее, сверхострая криотравма встречается редко. Сверхострая холодовая травма предполагает критическое снижение температуры тела от нескольких секунд до нескольких минут. Этот вид травмы остается "Terra incognita" для основной массы практикующих врачей.

В отделение термической травмы поступил пациент Ч., 48 лет, через 8 минут после получения травмы с диагнозом: Сверхострая местная холодовая травма, отморожения верхних конечностей, дореактивный период. При работе с жидким кислородом произошел контакт верхних конечностей. Температура составляла -186°С, давление в системе составило 1,5-2 атмосфер, длительность экспозиции - несколько секунд. Пострадавший работал на улице при температуре воздуха -28°С.

В дореактивном периоде сверхострой местной холодовой травмы на фоне интенсивного болевого синдрома кожные покровы верхних конечностей холодные, бело-желтые на кистях, "мраморной" окраски до границы средней трети предплечий. Активные и пассивные движения пальцами кистей, и в лучезапястных суставах невозможны. На фоне проводимой терапии: термоизолирующие повязки, блокады плечевых сплетений, парентеральное введение дезагрегантов, спазмолитиков, - отмечена положительная динамика. Восстановилась температура кожи, купировались нарушения микроциркуляции.

Клиника раннего реактивного периода развивалась, после короткого светлого промежутка, очень стремительно. Через четыре часа после получения травмы резко вырос отек верхних конечностей, появились признаки гипоксии поврежденных сегментов с нарушениями микроциркуляции. Кожные покровы правой верхней конечности "мраморной" окраски, в проекции сосудисто-нервного пучка определялась "дорожка" гиперемии. В связи с отеком правое предплечье увеличилось в объеме на уровне верхней, средней и нижней трети на 3 сантиметра, правое плечо - на 1,5 сантиметра по сравнению с размером сегментов до получения травмы. На левой верхней конечности отек распространился до границы верхней трети предплечья. Увеличение в объеме составило на уровне нижней трети плеча 1 сантиметр, на средней трети до 0,5 сантиметра по сравнению с размером конечности на соответствующих уровнях до получения травмы. У больного отмечалась стойкая тотальная плегия правой верхней конечности, не связанная с выполнением региональной блокады. Отек мягких тканей отмороженных сегментов "деревянной" плотности. Ультразвуковое доплеровское сканирование сосудов верхних конечностей выявило снижение сосудистого тонуса без признаков тромбообразования.

Терапия раннего реактивного периода включала парентеральное введение дезагрегантов, спазмолитиков, цитофлавина, больших доз тиамина, аскорбиновой кислоты. Местно наложены повязки с димексидом, новокаином, гепарином и тренталом. Через 8 часов после начала лечения отмечена положительная динамика. Уменьшился отек мягких тканей, прошли нарушения микроциркуляции, гипоксии. Однако отеки на верхних конечностях сохранялись еще 36 часов. Иннервация конечности полностью восстановилась.

В позднем реактивном периоде на кистях сформировались раны в виде участков, лишенных эпидермиса, размером 3 на 5 сантиметров в области I пальца правой кисти, 2 на 3 сантиметра по тыльной стороне левой кисти. Дно ран розового цвета, повышенной болевой чувствительности. На остальных участках поврежденных конечностей отморожения I степени. Раны при проведении местного лечения полностью эпителизировались на 11 день после получения травмы. В дальнейшем пациент отмечал повышенную чувствительность кожных покровов верхних конечностей к холоду.

Данный клинический случай интересен не только относительной редкостью самой травмы, но и стремительным формированием клинической картины, необычными расстройствами иннервации. Несмотря на то, что при контакте с жидким кислородом, в результате кипения, образуется прослойка газа с относительно низкой теплопроводностью, тяжелому повреждению способствует токсическое воздействие высоких концентраций кислорода. Совместное действие этих факторов определяет клиническую картину при сверхострой местной холодовой травме.

КОНТРОЛЬ МНО ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Калинкина Т.В., Горбунов В.В., Аксенова Т.А., Ермакова Т.В., Малютина Е.А.
ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Фибрилляция предсердий (ФП) - наиболее распространенное в клинической практике нарушение ритма сердца. Известно, что наличие ФП ассоциируется с приблизительно двукратным увеличением смертности, в том числе обусловленное развитием сердечной недостаточности и тромбоэмболических осложнений (в частности, ишемический инсульт). В настоящее время для профилактики инсульта, согласно российским рекомендациям, применяются антикоагулянты. Среди них часто используется варфарин. В антитромботической терапии для профилактики тромбоэмболических осложнений при фибрилляции предсердий варфарин является наиболее часто назначаемым препаратом, несмотря на все трудности, которые возникают при его применении. Количество его назначений за последние 6 лет увеличилось на 45%. На данный момент, перед врачами стоит проблема подбора адекватной дозы антикоагулянтов. Этому препятствуют сопутствующие заболевания, такие как атеросклероз, ожирение, сахарный диабет. По данным популяционных исследований, частота сахарного диабета у больных с ФП составляет 13%. Сахарный диабет - независимый фактор риска развития ФП.

Учитывая, что на достижение целевых значений международного нормализованного отношения (МНО) влияет наличие сопутствующей патологии, **целью нашей работы** явилась оценка контроля МНО при ФП в сочетании с сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материалы и методы. В исследование были включены 88 пациентов (57 мужчин и 31 женщина), поступившие в стационар (НУЗ "Дорожная клиническая больница на станции Чита - 2") с постоянной формой ФП, причиной которой явилась ишемическая болезнь сердца (ИБС). У всех больных при наличии более 3 баллов по шкале CHADS₂-VASc в качестве антитромботической терапии применялся варфарин. Доза варфарина в группах не различалась (в среднем составила 5 мг/сут). Средний возраст исследуемых составил 62,3±4,7 года. Большинство пациентов - 51 человек (56,8%) в качестве фоновой патологии имели АГ, 57 (66%) больных имели ХСН, у 13 (14,7%) пациентов выявлен СД 2 типа, 31 человек (35,2%) страдали ожирением. Критерием исключения из исследования явились: острый коронарный синдром, клапанные пороки сердца, некоронарогенные поражения миокарда, тиреотоксикоз, желудочковая экстрасистолия, высокие градации (на момент поступления - III - V класс по Lown - Wolf), ФП с острыми нарушениями гемодинамики, тяжелая патология почек. Все включенные в исследование пациенты были разделены на 2 группы. 1 группа - больные с СД 2 типа (13 человек), 2 группа - без СД 2 типа (75 человек). МНО оценивалось в 1, 5, 10 сутки от начала терапии варфарином. Оценка нормальности экспериментальных выборок производилась по критерию Шапиро-Уилка. Распределение признаков было нормальным, ввиду этого для анализа использовался параметрический t-критерий Стьюдента, статистически значимыми считались значения $p < 0,05$. Результаты представлены в виде $M \pm SD$, где M - среднее значение, SD - стандартное отклонение. Для анализа данных использовалась статистическая программа Statistica 6.0.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования отмечено статистически значимое повышение МНО на 10-е сутки ($p < 0,05$) во 2 группе пациентов, по сравнению с пациентами 1 группы. На первые сутки в группе пациентов с СД 2 типа МНО не было достигнуто в 98% случаев, а в группе без СД (93,5%), на 5-е сутки целевые значения МНО в 1 группе - у 87,5%, во 2 группе - у 79,7%. На 10-е сутки у 12,7% пациентов с СД 2 типа и у 76,5% пациентов 2 группы цифры МНО не достигались. При оценке динамики МНО в первой группе больных максимальные значения данного показателя отмечались на 5-е сутки от начала терапии варфарином, затем уровень МНО снижался. Во второй группе уровень МНО был максимальным на 10-е сутки. Причем, в группе пациентов с сахарным диабетом значения МНО на 5-е сутки колебались в пределах от 0,6 до 4,5.

Выводы. Наличие СД 2 типа оказывает существенное влияние на подбор дозы антикоагулянтов. У пациентов с сахарным диабетом наблюдался больший размах колебаний МНО на 5-10 сутки, что зат-

руднило подбор дозы. Это увеличивает риск развития осложнений у пациентов с ФП. Поэтому при антикоагулянтной терапии важно учитывать наличие СД для подбора адекватной дозы препарата и эффективной профилактики тромбоэмболических осложнений.

ИЗМЕНЕНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ АКТИВНОСТИ СЫВОРОТКИ КРОВИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ С ВЫСОКИМ СОДЕРЖАНИЕМ ПОЛИФЕНОЛОВ-ФЛАВОНОИДОВ

Караваяева Т.М., Плотникова О.К.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Актуальность: Широкая распространенность рака молочной железы, высокая смертность от этой патологии, трудности терапии предопределяют актуальность данной проблемы.

Известно, что значительный вклад в развитие онкологических заболеваний вносят реакции перекисного окисления веществ. Обрыв цепного процесса свободнорадикальных реакций осуществляют антиоксиданты. К группе неферментативных антиоксидантов относятся полифенолы-флавоноиды. Высокая концентрация данных веществ содержится в красном винограде. Вероятно, продукты, изготовленные из последнего, также обладают антиокислительными свойствами.

Цель исследования: изучить каталазную и общую антиоксидантную активность (АОА) сыворотки крови у больных раком молочной железы при употреблении ими красного винограда, виноградного сока и красного вина (кагор).

Материалы и методы: Обследовано 15 пациентов в возрасте 40-45 лет, по 5 человек в каждой из трех групп больных, употребляющих один из вышеуказанных пищевых продуктов. Кровь забирали до начала введения в рацион питания винограда и его производных, на 5-й день и через сутки после семидневного курса их применения. В контрольную группу вошло 15 практически здоровых женщин сопоставимых по возрасту с больными.

Скорость каталазной реакции изучали с помощью метода М.А.Королюк. Определение общей антиоксидантной активности сыворотки крови исследовали по методу М.Ш.Промыслова и соавт. Числовые данные приведены в виде медианы (Me) и интерквартильного размаха (25-го; 75-го перцентилей). Статистическую значимость различий показателей в сопоставимых группах оценивали по критерию Манна-Уитни.

Результаты исследования: Общая антиоксидантная активность сыворотки крови у больных по сравнению с контролем снижалась на 50% ($p < 0,001$). Этот параметр возрастал при употреблении винограда в 1,8 раз ($p < 0,001$), виноградного сока - в 1,7 раз ($p = 0,02$), кагора - в 1,6 раз ($p = 0,001$). После семидневного применения всех трех продуктов АОА крови пациентов увеличивалась в 2 раза по отношению к исходным величинам ($p = 0,03$ для виноградного сока, $p < 0,001$ для винограда и вина), достигая значений, свойственных здоровым людям.

Активность основного антиоксидантного фермента сыворотки крови - каталазы у лиц, страдающих изучаемым онкологическим заболеванием, сохранялась в пределах показателей контрольной группы. На фоне использования сока интенсивность каталазной реакции возрастала в 3,3 раза ($p < 0,001$), виноград увеличивал данный показатель в 2,4 раза ($p = 0,03$). Итогом недельного курса диеты, включающей виноградный сок, явился еще больший рост активности каталазы - в 2,4 раза. Добавление в рацион питания кагора не показало достоверных результатов со стороны действия указанного фермента.

Вывод. Употребление продуктов питания с высоким содержанием полифенолов-биофлавоноидов - "ловушек радикалов" приводило к повышению общего антиоксидантного статуса сыворотки крови у больных раком молочной железы, что сопровождалось увеличением активности каталазы. При этом лидирующую позицию по последнему эффекту занимал виноградный сок.

АНАЛИЗ НАРУШЕНИЙ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ НОЧНОЙ ГИПОКСЕМИИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ

Карасева Н.В., Баркан В.С., Гончарова Е.В., Пешкова С.В.

НУЗ "Дорожная клиническая больница на ст. Чита-2" ОАО "РЖД", Чита, Россия

Пациенты с синдромом обструктивного апноэ сна (СОАС) страдают хронической ночной гипоксемией, что существенно увеличивает риск развития нарушений ритма сердца и проводимости, инфаркта миокарда, инсульта и внезапной смерти во сне.

Цель работы. Проанализировать частоту встречаемости нарушений ритма сердца и проводимости у пациентов с СОАС в зависимости от степени тяжести хронической ночной гипоксемии.

Материалы и методы. В исследование включено 339 пациентов, самостоятельно обратившихся за медицинской помощью с жалобами на храп, а также находящихся на стационарном лечении, имеющих повышенный ИМТ. Средний возраст больных составил $49,7 \pm 11,3$ лет, средний ИМТ - $33,9 \pm 9,4$. Критериями исключения из исследования явились заболевания сердечно-сосудистой системы ишемического и неишемического генеза, ряд соматических и эндокринных заболеваний в стадии декомпенсации, терапия антиаритмическими препаратами. Всем пациентам проведено кардиореспираторномониторирование на аппарате "Кардиотехника-04-ЗРМ" (фирма ИНКАРТ, С-Пб, Россия) в течение 20 ± 4 ч. Статистическая обработка полученных результатов проводилась при помощи программы "Statistica 6.0" непараметрическими методами (критерий Манна-Уитни, хи-квадрат ??). Статистически значимыми считали значения $P < 0,05$.

Результаты. По уровню среднenoчного содержания кислорода в крови выделены 4 группы: 1 гр. с нормальными показателями сатурации (91% и более) - 227 пациентов (66,9%), 2 гр. с легкой гипоксемией (90-89%) - 65 больных (19,2%), 3 гр. с умеренной гипоксемией (88-87%) - 19 пациентов (5,6%), 4 гр. с тяжелой ночной гипоксемией (менее 86%) - 28 больных (8,3%).

При этом частота встречаемости аритмий в 1 гр. составила 75,8% (172 пациента), во 2-й группе - 84,6% (55 пациента), в 3-й группе - 89,5% (17 больных), в 4-й группе - 78,6% (22 больных).

Нарушения ритма низких градаций риска (экстрасистолия наджелудочкового и желудочкового генеза в количестве менее 720 в сутки, согласно Пр. №796 от 19.12.2005) выявлены в 1-й гр. у 103 пациентов (45,2%), во 2-й гр. - у 37 больных (56,9%), в 3-й гр. - у 6 пациентов (31,6%), в 4-й гр. - у 9 больных (32,1%). Аритмии высоких градаций риска (экстрасистолия желудочкового генеза в количестве более 720 в сутки, эпизоды наджелудочкового ритма и фибрилляция предсердий) зарегистрированы в 1-й гр. - у 69 пациентов (30,3%), во 2-й гр. - у 18 больных (27,7%), в 3-й гр. - у 11 пациентов (57,9%), в 4-й гр. - у 13 больных (46,4%).

Нарушения проводимости в виде АВ- и СА- блокад, ареста синусового узла были установлены в 1-й гр. - у 28 пациентов (12,3%), во 2-й гр. - у 12 больных (18,5%), в 3-й гр. - у 1 пациента (5,2%), в 4-й гр. - у 7 больных (25%).

Таким образом, аритмии низких градаций риска чаще выявлялись у пациентов первых трех групп, в то время как нарушения ритма высоких градаций установлены у пациентов с умеренной и тяжелой степенью снижения среднenoчного уровня содержания кислорода в крови. Нарушения проводимости в виде АВ- и СА- блокад, ареста синусового узла статистически значимо чаще регистрировались в группе пациентов с умеренной степенью по сравнению с пациентами с легкой степенью, при этом СА-блокады и арест синусового узла чаще встречались у пациентов с тяжелой степенью по сравнению с легкой степенью среднenoчного снижения содержания кислорода в крови.

Выводы. У пациентов первых трех групп аритмии низких градаций встречались чаще. Умеренные и тяжелые нарушения сатурации приводили к значимым нарушениям ритма и проводимости, вплоть до ареста синусового узла.

ЧАСТОТА НОСИТЕЛЬСТВА ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ IL-1 β (T-31C), IL-6 (C-174G), TNF (G-308A) У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА С СИНДРОМОМ КОГНИТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ

Князева А.С., Страбловская Н.Н.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

В последнее время закономерно растет интерес к роли цитокиновых механизмов ишемического повреждения головного мозга в клинике и в эксперименте. Значительное место в них принадлежит интерлейкину 1 (IL-1), быстрая экспрессия которого обуславливает лейкоцитарную инфильтрацию, нейротоксичность, индуцирует апоптоз, а соответственно у носителей полиморфизма IL-1 в сторону продукции IL-1 β воспаление протекает более быстро. Вместе с тем остается без внимания роль интерлейкина 6 (IL-6), угнетающее действие которого влияет на торможение синтеза ряда провоспалительных субстанций, в том числе и IL-1, а также его влияние на воспаление жировой ткани при ожирении и связанного с ним атеросклероза. По результатам ряда исследований аллельный вариант IL-6 174C ассоциирован с более низкими плазменными уровнями IL-6, а по другим, напротив, IL-6 174CC гено-

тип ассоциирован с более высоким плазменным уровнем белка. Наиболее значимую роль в воспалении играет фактор некроза опухоли (TNF), стимулирующий продукцию вышеуказанных цитокинов. Аллельный вариант TNF 308A повышает транскрипционную активность гена TNF α и, соответственно, продукцию цитокина, что отражается на развитии воспалительных и иммунных реакциях организма.

Цель работы. Изучить частоту генетического полиморфизма провоспалительных цитокинов IL-1 β (T-31C), IL-6(C-174G), TNF(G-308A) у больных хронической недостаточностью мозгового кровообращения (ХИГМ) с синдромом когнитивной дисфункции.

Материалы и методы. Цельная кровь, взятая на цитрате натрия в соотношении 1:9, сыворотка крови 195 больных хронической цереброваскулярной патологией с синдромом когнитивной дисфункции (ХИГМ с Д) (62,5 \pm 4,95 лет), 149 здоровых резидентов соответствующего возраста (51 \pm 4,24), не имеющих объективных признаков цереброваскулярной патологии. В качестве критериев включения для ХИГМ с Д использовались оценочные баллы: MMSE - 19,95 \pm 1,31; Хачински - 6,47 \pm 0,97; Гамильтон - 7,3 \pm 1,97. Генотипирование проводилось на ДНК лейкоцитов венозной крови с помощью полимеразной цепной реакции (тест-система для определения генетического полиморфизма IL-1 β (T-31C), IL-6 (C-174G), TNF (G-308A) (НПФ "Литех", Москва)) с детекцией продукта амплификации в агарозном геле. Соответствие распределение генотипов IL-1 β (T-31C), IL-6 (C-174G), TNF (G-308A) оценивалось согласно закону Харди-Вайнберга. Полученные данные обработаны методом вариационной статистики для не связанных между собой наблюдений с помощью пакета STATISTICA 6.1 (StatSoftInc., США). Для сравнения групп по качественному бинарному признаку применялся критерий χ^2 (Пирсона). Степень риска развития событий оценивали по величине отношения шансов (oddsratio (OR)) с расчетом для него 95% доверительного интервала (CI).

Результаты. В результате исследования обнаружены все искомые аллели в гомо- и гетерозиготном состоянии с частотным подчинением закону Харди-Вайнберга.

Среди больных ХИГМ с Д обнаружено 97 носителей мутантного аллеля IL-1 β 31C (P=0,34), из них в гомозиготном состоянии IL-1 β 31CC-35 человек (17,95%), гетерозиготном IL-1 β 31TC - 62 человека (31,79%). Среди наблюдаемых группы контроля - носителей мутантного аллеля IL-1 β 31C зарегистрировано 59 случаев (P=0,24), из них в гомозиготном состоянии IL-1 β 31CC-13 человек (8,72%), гетерозиготном IL-1 β 31TC - 46 человека (30,87%).

При сравнении частот генотипов в клинической и контрольной группах наблюдались отчетливые различия: по генотипу IL-1 β 31CC в группе ХИГМ с Д и контрольной группе ($\chi^2=5,9$; p=0,015), по аллелю IL-1 β 31C в группе ХИГМ с Д и контрольной группе ($\chi^2=7,139$; p=0,008). Относительная вероятность выявления IL-1 β 31CC у больных хронической ишемией головного мозга с синдромом когнитивной дисфункции в сравнении с контрольной группой в 2,47 выше [CI 95%: 0,56-4,35], а риск развития хронической ишемии головного мозга с синдромом когнитивной дисфункции у носителей IL-1 β 31CC больше в 2,08 раза [CI 95%: 0,41-3,58].

Среди больных ХИГМ с Д обнаружено 155 носителей мутантного аллеля IL-6 174G (P=0,6), из них в гомозиготном состоянии IL-6 174GG у 63 человек (32,31%), гетерозиготном IL-6 174CG у 92 исследуемых (47,18%). Среди наблюдаемых группы контроля носителей мутантного аллеля IL-6 174G было зарегистрировано 140 случаев (P=0,6), из них в гомозиготном состоянии IL-6 174GG-44 человек (29,53%), гетерозиготном IL-6 174CG - 96 человека (64,43%). При сравнении частот генотипов в клинической и контрольной группах наблюдались отчетливые различия: по генотипу IL-6 174GG в группе ХИГМ с Д и контрольной группе ($\chi^2=6,776$; p=0,009), по аллелю IL-6 174G в группе ХИГМ с Д и контрольной группе значимых различий не выявлено ($\chi^2=2,143$; p=0,143). Относительная вероятность выявления IL-6 174GG у больных хронической ишемией головного мозга с синдромом когнитивной дисфункции в сравнении с контрольной группой в 1,09 выше [CI 95%: -0,95-1,44], а риск развития хронической ишемии головного мозга с синдромом когнитивной дисфункции у носителей IL-6 174GG больше в 1,07 раза [CI 95%: -0,72-1,20].

Среди больных ХИГМ с Д обнаружено 37 носителей мутантного аллеля TNF 308A (P=0,1), из них в гомозиготном состоянии TNF 308AA - 5 человек (2,56%), гетерозиготном TNF 308GA - 32 человека (16,41%). Среди наблюдаемых группы контроля - носителей мутантного аллеля TNF 308A зарегистрировано 18 случаев (P=0,07), из них в гомозиготном состоянии TNF 308AA у 3-х человек (2,03%), гетерозиготном у 15 человек (10,14%).

При сравнении частот генотипов в клинической и контрольной группах наблюдения отчетливых различий не выявлено: по генотипу TNF308GG в клинической и контрольной группе - 81,03% и 87,92% соответственно, ($2=1,682$; p=0,195). По генотипу GA частоты составили: в клинической и контрольной группе - 16,41% и 10,14% соответственно ($2=0,094$; p=0,759). По генотипу TNF308AA зарегистриро-

ваны частоты: в клинической и контрольной группе - 2,56% и 2,03% соответственно ($\chi^2=0,25$; $p=0,62$). Однако относительная вероятность выявления TNFG-308A у больных хронической ишемией головного мозга с синдромом когнитивной дисфункции в сравнении с контрольной группой в 1,6 выше [CI 95%: -0,22-2,75], а риск развития хронической ишемии головного мозга с синдромом когнитивной дисфункции у носителей TNF-308A больше в 1,5 раза [CI 95%: -0,21-2,51].

Выводы. В результате исследования выявлены все генотипы IL-1 β (T-31C), IL-6 (C-174G), TNF (G-308A) в гомо- и гетерозиготном состоянии. Генетически опосредованная повышенная экспрессия фактора некроза опухолей с последующей активацией синтеза провоспалительных цитокинов участвует в расстройстве микроциркуляции, приводящей в последующем к вторичной ишемии головного мозга. Носительство мутантного аллеля IL-1 β -31C преобладает в группе больных хронической ишемией головного мозга с синдромом когнитивной дисфункции, что, несомненно, играет роль в повышении продукции IL-1 β , который влияет на ускорение лейкоцитарной инфильтрации, нейротоксичности и индукции апоптоза. Вместе с тем носительство IL-6 174G, вероятно, ускоряет синтез IL-1 β , тем самым повышая его продукцию, а также, возможно, ускоряет развитие атеросклероза. Сочетание данных полиморфизмов у пациентов с хронической ишемией головного мозга, безусловно, увеличивает зону ишемического повреждения головного мозга.

ЧАСТОТА НОСИТЕЛЬСТВА ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ЦИТОКИНА IL-10 В ПОЗИЦИИ (G-1082A), (C-819T), (C-592A) У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА С СИНДРОМОМ КОГНИТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ

Князева А.С., Страбмовская Н.Н.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

На уровне организма цитокины осуществляют связь между иммунной, нервной, эндокринной, кровяной системами и осуществляют индуцирование, организацию и регуляцию всех защитных реакций. Несомненно, что изменение генетического полиморфизма основных цитокинов может влиять на развитие патологического процесса. Изучение транскрипционного контроля гена интерлейкина 10 (IL-10), располагающегося на первой хромосоме, представляет особый интерес, в связи с его основной ролью в регуляции воспалительного и иммунного ответов, а также ингибированием синтеза ряда цитокинов, таких как IL-1, IL-6, TNF- α . По результатам ряда исследований аллельный вариант IL-10 в позиции -1082A, -592A, -819T ассоциирован с низкой продукцией этого интерлейкина и приводит к повышенной продукции таких провоспалительных цитокинов, как IL-1, IL-6, TNF- α , которые играют роль в развитии каскада реакций в ишемическом повреждении головного мозга.

Цель работы. Изучить частоту генетического полиморфизма противовоспалительного цитокина IL10(G-1082A), IL-10(C-819T), IL-10(C-592A) у больных хронической недостаточностью мозгового кровообращения с синдромом когнитивной дисфункции.

Материалы и методы. Цельная кровь, взятая на цитрате натрия в соотношении 1:9, сыворотка крови 195 больных хронической цереброваскулярной патологией с синдромом когнитивной дисфункции (ХИГМ с Д) ($62,5\pm 4,95$ лет), 149 здоровых резидентов соответствующего возраста ($51\pm 4,24$), не имеющих объективных признаков цереброваскулярной патологии. В качестве критериев включения для ХИГМ с Д использовались оценочные баллы: MMSE - $19,95\pm 1,31$; Хачински - $6,47\pm 0,97$; Гамильтон - $7,3\pm 1,97$. Генотипирование проводилось на ДНК лейкоцитов венозной крови с помощью полимеразной цепной реакции (тест-система для определения генетического полиморфизма IL10(G-1082A), IL-10(C-819T), IL-10(C-592A)(НПФ "Литех", Москва) с детекцией продукта амплификации в агарозном геле. Соответствие распределение генотипов IL10(G-1082A), IL-10(C-819T), IL-10(C-592A) оценивалось согласно закону Харди-Вайнберга. Полученные данные обработаны методом вариационной статистики для не связанных между собой наблюдений с помощью пакета STATISTICA 6.1 (StatSoftInc., США). Для сравнения групп по качественному бинарному признаку применялся критерий χ^2 (Пирсона). Степень риска развития событий оценивали по величине отношения шансов (oddsratio (OR)) с расчетом для него 95% доверительного интервала (CI).

Результаты. В результате исследования обнаружены все искомые аллели в гомо- и гетерозиготном состоянии с частотным подчинением закону Харди-Вайнберга.

Среди больных ХИГМ обнаружено 89 носителя мутантного аллеля IL-10-1082A ($P=0,30$), из них в гомозиготном состоянии IL-10-1082AA - 29 человек (14,87%), гетерозиготном IL-10-1082GA - 60 че-

люк (30,77%). Среди группы контроля носителей мутантного аллеля IL-10-1082A зарегистрировано 55 наблюдение ($P=0,24$), из них в гомозиготном состоянии IL-10-1082AA - 19 человек (12,75%), гетерозиготном - 36 человек (24,16%).

При сравнении частот генотипов, аллелей данного полиморфизма в клинической и контрольной группах отчетливых достоверных различий не наблюдалось. Однако, относительная вероятность выявления IL-10 1082AA у больных хронической ишемией головного мозга с синдромом когнитивной дисфункции в сравнении с контрольной группой в 1,4 выше [95%: -0,92-4,56], а риск развития хронической ишемии головного мозга с синдромом когнитивной дисфункции у носителей IL-10 1082AA больше в 1,3 раза [95%: -0,75-2,08].

Среди больных ХИГМ обнаружено 65 носителей мутантного аллеля IL-10-819T ($P=0,20$), из них в гомозиготном состоянии IL-10-819TT - 13 человек (6,67%), гетерозиготном - IL-10-819CT - 52 человек (26,67%). Среди наблюдаемых группы контроля носителей мутантного аллеля IL-10-819T выявлено 44 ($P=0,18$), из них в гомозиготном состоянии IL-10-819TT - 9 человека (6,04%), гетерозиготном - IL-10-819CT - 35 человек (23,48%).

При сравнении частот генотипов в клинической и контрольной группах наблюдались отчетливые различия: по генотипу IL-10 819CT в группе ХИГМ с Д и контрольной группе по отношению к генотипу IL-10 819CC ($\chi^2=50,567$, $p=0,000$). Относительная вероятность выявления IL-10 819TT у больных хронической ишемией головного мозга с синдромом когнитивной дисфункции в сравнении с контрольной группой в 1,08 выше [95%: -2,18-2,64], а риск развития хронической ишемии головного мозга с синдромом когнитивной дисфункции у носителей IL-10 1082AA больше в 1,08 раза [95%: -1,99-2,42].

Среди больных ХИГМ обнаружено 105 носителей мутантного аллеля IL-10-592A ($P=0,30$), из них в гомозиготном состоянии IL-10-819TT - 13 человек (6,67%), гетерозиготном - IL-10-819CT - 92 человек (47,18%). Среди наблюдаемых группы контроля носителей мутантного аллеля IL-10-819T выявлено 79 ($P=0,32$), из них в гомозиготном состоянии IL-10-819TT - 18 человека (12,08%), гетерозиготном - IL-10-819CT - 61 человек (40,94%).

При сравнении частот генотипов в клинической и контрольной группах отчетливых различий не обнаружено. Относительная вероятность выявления IL-10 592AA у больных хронической ишемией головного мозга с синдромом когнитивной дисфункции в сравнении с контрольной группой мала, также как и риск развития хронической ишемии головного мозга с синдромом когнитивной дисфункции у носителей IL-10 592AA.

Выводы. В результате исследования выявлены все генотипы IL10(G-1082A), IL-10(C-819T), IL-10(C-592A) в гомо- и гетерозиготном состоянии. Носительство мутантного аллеля IL-10-1082A, IL-10 819T преобладает в группе больных ХИГМ что, вероятно, играет роль в пониженной экспрессии IL-10 с последующей бесконтрольной активацией синтеза провоспалительных цитокинов, развитием воспалительного процесса в сосудистой стенке, приводящей к вторичной ишемии головного мозга. Наряду с этим обнаружено, что носителей минорного аллеля IL-10 592A у пациентов с хронической ишемией головного мозга по сравнению с контролем одинаково, что свидетельствует о том, что нет взаимосвязи данного полиморфизма с изучаемой болезнью. Однако не стоит исключать влияние данного полиморфизма как вторичной причины, влияющей на активацию IL-1, IL-6, TNF- α , которые обуславливают лейкоцитарную инфильтрацию, нейротоксичность и индуцируют апоптоз.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ СОДЕРЖАНИЯ ХЕМОТАКСИЧЕСКОГО ПРОТЕИНА 1 И МАТРИКСНОЙ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ 9 В СЛЕЗНОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ КОНТАКТНОЙ КОРРЕКЦИИ

Козлова А.В., Фефелова Е.В., Терешков П.П., Максименя М.В.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Современные подходы к диагностике и лечению многих заболеваний, в том числе глаз связаны с привлечением большого количества лабораторных исследований, при этом большое внимание уделяется разработке новых неинвазивных методов.

С обменными процессами, происходящими в тканях глаза как в норме, так и при патологии тесно взаимосвязаны метаболические изменения в слезе, в связи с этим, а также с доступностью, слезная жидкость (СЖ) является весьма перспективным биологическим объектом для лабораторных исследований. Исследование состава СЖ позволяет получать новые сведения, существенно дополняющие представления о патогенезе целого ряда заболеваний глаз.

Контактные линзы (КЛ) широко распространены и служат эффективным средством оптической коррекции зрения во всем мире. Однако, несмотря на усовершенствование материалов, разнообразие линз, до сих пор существуют причины, по которым некоторые пациенты отказываются от контактной коррекции. Среди причин, наиболее значима с медицинской точки зрения, - это потенциальная возможность развития осложнений со стороны переднего отрезка глаза.

Целью настоящего исследования явилось изучение содержания хемотаксического протеина 1 (MCP-1) и металлопротеиназы 9 (MMP-9) в слезной жидкости у пациентов с миопией при длительном ношении гидрогелевых и силикон-гидрогелевых контактных линз.

MCP-1 принадлежит к группе хемокинов, большому субклассу цитокинов, которые контролируют миграцию различных видов лейкоцитов, имеющих к ним рецепторы, из кровяного русла в ткани, очаги воспаления, аутоиммунного процесса и опухоли. MMP-9 гидролизует, в том числе, нативные коллагены типов IV, V, VII, X и XI, фибриноген, витронектин, IL-1 и энтактин, который соединяет ламинин и коллаген IV типа. MMP-9 принимает участие в процессах воспаления, ремоделирования ткани и репарации, мобилизации матрикссвязанных факторов роста и процессинга цитокинов. Следует отметить, что в доступной литературе информация об исследовании указанных показателей в слезной жидкости малочислена.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 30 пациентов с миопией средней степени тяжести, возраст которых в среднем составил $24,9 \pm 7,5$ года. Из исследования исключали лиц с глаукомой и системными заболеваниями. Обследуемые были разделены на 2 группы. Первую составили 15 пациентов (средняя величина близорукости $-4,11 \pm 0,99$ дптр), которым были рекомендованы гидрогелевые линзы (ГЛ) "Maxima 55 UV", изготовленные из материала 45% Окуфилдон Д, с 55 % влагосодержанием, пропусканием кислорода 28,2 (Dk/t). Во второй группе, в которую вошли 15 пациентов (средняя величина близорукости $-3,75 \pm 0,25$ дптр), были применены силикон-гидрогелевые линзы (СГЛ) "Air Optix Aqua", с биасферической поверхностью, материал Lotrafilcon B, влагосодержание 33 %, пропускание кислорода 138 (Dk/t). В обеих группах режим ношения линз дневной. Каждые 6 месяцев все пациенты проходили стандартное офтальмологическое обследование, включающее: визометрию, биомикроскопическое исследование структур переднего отрезка глазного яблока, офтальмометрию, пробы по Норну, Ширмера I и II и, при необходимости, периметрию. В результате офтальмологического обследования в представленных группах осложнений контактной коррекции выявлено не было. У всех пациентов до начала применения контактной коррекции, в период 12 месяцев после начала ношения КЛ, 24 и 30 месяцев проводили анализ слезной жидкости. Контрольную группу составили 15 здоровых человек соответствующего возраста и пола с нормальной рефракцией.

Слезную жидкость брали стерильной микропипеткой из внутреннего угла глаза в количестве 40 - 50 мкл, хранили при -20°C , во время проведения исследования разводили в 10 раз буфером Cytokine Assay Buffer (Upstate-Millipore, Watford, UK). В слезе методом ИФА оценивали содержание хемотаксического протеина 1 (MCP-1) и металлопротеиназы 9 (MMP-9) с использованием тест-наборов фирм "R D Systems" (Германия). Статистический анализ полученных данных проводили с помощью программы Statistika 6.1 (StatSoft).

Как показали результаты лабораторного исследования, достоверных различий между контрольной группой и группами пациентов с миопией до начала контактной коррекции выявлено не было.

Однако использование контактных линз привело к значительным изменениям в концентрации данных веществ. Ношение силикон-гидрогелевых линз в дневном режиме в течение 12 месяцев вызвало увеличение концентрации MCP-1 на 22,8% ($p=0,039$) относительно контроля и на 16,5% ($p=0,037\%$) относительно исходных значений. Через 24 месяца использования СГЛ, в слезной жидкости был зафиксирован не только повышенный уровень цитокина, который отличался от контроля на 32,6% ($p=0,024$) и от исходных данных на 25,9% ($p=0,029$), но и уровень металлопротеиназы 9, превышающий контроль, а также исходные цифры на 12,0% ($p=0,045$) и 6,6% ($p=0,047$) соответственно. Следствием коррекции миопии с помощью СГЛ в течение 30 месяцев был еще больший рост показателей: содержание MCP-1 составило 132,5% ($p=0,020$) от исходного, и было выше, чем в период коррекции 12 месяцев на 13,7% ($p=0,032$); уровень MMP-9 превышал исходный на 8,1% ($p=0,045$).

У пользователей гидрогелевыми линзами регистрируемый подъем исследуемых веществ был существеннее. Уже через 12 месяцев контактной коррекции цифры MCP-1 и MMP-9 отличались от контроля на 40,6% ($p=0,038$) и 25,6% ($p=0,017$) соответственно, а также от исходных значений на 33,1% ($p=0,036$) и 20,2% ($p=0,021$). На 24 месяце от начала ношения линз уровни хемотаксического протеина (на 40,3% ($p<0,001$)) и металлопротеиназы (на 31,4% ($p<0,001$)) превышали исходный, а также таковой в первой группе: MCP-1 - на 11,2% ($p=0,042$), MMP-9 - на 22,6% ($p=0,002$). Через 30 месяцев от

начала пользования линзами показатели увеличились настолько, что не только превышали исходные данные на 61,2% ($p < 0,001$) для МСР-1 и на 59,4% ($p < 0,001$) для ММР-9, но и статистически значимо отличались от периода 12 месяцев коррекции (хемотаксический протеин - на 21,1% ($p = 0,023$), ММР-9 - на 32,7% ($p = 0,034$)). Кроме того, концентрация матриксной металлопротеиназы в этот период на 21,4% ($p = 0,046$) превышала значения, регистрируемые в период 24 месяца. В данный срок изучаемые показатели тоже оказались выше, чем у пользователей СГЛ: МСР-1 - на 22,0% ($p = 0,045$), ММР-9 - на 46,7% ($p = 0,007$).

Таким образом, в слезной жидкости у пользователей силикон-гидрогелевыми контактными линзами при отсутствии клинически выраженных осложнений, на сроке 12 месяцев от начала коррекции наблюдается увеличение уровня моноцитарного хемотаксического протеина; у пользователей ГЛ еще и матриксной металлопротеиназы; различия в концентрациях в зависимости от типа контактных линз появляются в срок 24 месяца и 30 месяцев контактной коррекции - более существенное нарастание регистрируется у пользователей гидрогелевыми линзами, что свидетельствует о более выраженном бессимптомном хроническом воспалительном процессе. На наш взгляд, полученные данные помогут прогнозировать риск возникновения негативных процессов, осуществлять их патогенетически обоснованную коррекцию, устраняя возможность развития осложнений и способствуя повышению эффективности контактной коррекции зрения.

СОДЕРЖАНИЕ ПОЛОВЫХ СТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ЖЕНЩИН ПРОХОДЯЩИХ ПРОЦЕДУРУ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РЕЗУЛЬТАТА ПРОГРАММЫ

Колесникова Л.И., Прорубщикова М.Ю., Сутурина Л.В.

ФБГУ " Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека" СО РАМН,
Иркутск, Россия

В последние десятилетия большое распространение для лечения трубно-перитонеального бесплодия получили методы вспомогательных репродуктивных технологий. Основу этих методов составляет экстракорпоральное оплодотворение и перенос эмбрионов (ЭКО и ПЭ) в полость матки. Эффективность ЭКО и ПЭ при трубном факторе бесплодия по данным РАРЧ (Россияская Ассоциация Репродукции Человека) составляет в среднем 37 - 38%. **Целью исследования** явилась оценка уровня стероидных гормонов в сыворотке крови у женщин, проходивших лечение бесплодия методом экстракорпорального оплодотворения, в зависимости от эффективности процедуры. **Материалы и методы.** Обследовано 78 пациенток репродуктивного возраста с трубно-перитонеальным бесплодием. Всем пациенткам проведена процедура экстракорпорального оплодотворения. Индукцию овуляции проводили по общепринятым схемам с использованием агонистов или антагонистов гонадотропин-рилизинг гормона и рекомбинантных гонадотропинов. В зависимости от исхода программы ЭКО пациентки были разделены на две группы. В первую группу - основную, вошли 34 женщины с клинически подтвержденной беременностью после проведения процедуры ЭКО. Во вторую - группу сравнения, 44 пациентки, у которых беременность после ЭКО не наступила. Для выполнения поставленной цели в сыворотке крови обследуемых определяли следующие показатели: тестостерон, тестостерон свободный, дегидротестостерон, дегидроэпиандростерон, дегидроэпиандростерон-сульфат, андростендион, эстрадиол и эстрон с использованием ИФА-анализатора "Multiskan EX" (Китай) и наборов производства России (тестостерон, дегидроэпиандростерон-сульфат, эстрадиол), Канады (дегидроэпиандростерон, эстрон, дегидротестостерон, тестостерон свободный), Германии (андростендион). При обработке полученных результатов применяли непараметрический критерий Манна-Уитни. **Результаты.** Основная группа и группа сравнения были статистически однородны, средний возраст пациенток составлял $31,26 \pm 3,93$ года и $33,16 \pm 4,48$ соответственно, продолжительность бесплодия - $5,93 \pm 3,51$ года в основной группе и $7,2 \pm 3,93$ года в группе сравнения (все $p > 0,05$). Число полученных в результате стимуляции суперовуляции ооцитов были $8,6 \pm 5,94$ и $6,98 \pm 3,77$ соответственно в основной группе и группе сравнения. (все $p > 0,05$). При анализе гормональных показателей обнаружены различия по содержанию в сыворотке крови свободных фракций тестостерона в подгруппах женщин с различными исходами ЭКО за счет большей доли пациенток с уровнем свободного тестостерона выше $3,73$ пМ/л у пациенток второй группы. Средние показатели ($m + \sigma$) свободного тестостерона в сыворотке крови не выходили за пределы референтных значений и составляли $4,61 \pm 3,34$ пМ/л у женщин второй группы и $3,08 \pm 2,84$ пМ/л у женщин первой группы. Значимые различия между другими исследованными гормональными показателями не обнаружены. **Выводы.** Результаты нашего исследования позволяют

предположить, что относительно более высокое содержание свободного тестостерона в сыворотке крови можно рассматривать как предиктор неэффективности ЭКО.

УРОВЕНЬ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУННОГО ОТВЕТА В ПЛАЗМЕ БОЛЬНЫХ С МЕСТНОЙ ХОЛОДОВОЙ ТРАВМОЙ ПРИ ИСХОДНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПИТАНИЯ

Коннов В.А., Шаповалов К.Г.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Известно, что метаболическое истощение сопровождается высоким содержанием в крови цитокина-"кахеكتина" - фактора некроза опухоли альфа (TNF- α). В то же время, в качестве маркера нутритивной недостаточности и критерия мальнутриции, ассоциированной с системным воспалением, в литературе указывается на неоптерин. Инициаторами продукции неоптерина из моноцитов и макрофагов признаются Th-1 цитокины: в первую очередь, интерферон гамма (IFN- γ), затем TNF- α и интерлейкин-2 (IL-2). В свою очередь Th-2 цитокины IL-4 и IL-10, а также глюкокортикоиды депримируют генерацию IFN- γ и неоптерина. Следовательно, неоптерин, как интегральный показатель активации клеточного иммунитета детектируется при значительном количестве патологических состояний, в том числе, с развитием генерализованного воспаления.

У больных с местной холодовой травмой преморбидная трофическая недостаточность связана с медико-социальным фоном пострадавших и регистрируется независимо от повреждения и развития сепсиса. В литературе не освещены работы по исследованию уровня неоптерина при исходной недостаточности питания, не связанной с системным воспалением у пациентов с глубоким отморожением.

Цель работы: установить влияние исходной недостаточности питания на некоторые параметры иммунного ответа у больных с отморожением конечностей III-IV степени.

Материалы и методы. Проведено нерандомизированное проспективное контролируемое исследование у 44 пациентов обоего пола с местной холодовой травмой, поступивших в ГУЗ "Городская клиническая больница №1" г. Чита за зимние периоды 2009-2011 гг. Объектом исследования являлась плазма больных. Критерии включения в исследование: отморожение III-IV степени конечностей; госпитализация в дореактивный период, ранний и поздний реактивные периоды. Критерии исключения из исследования: возраст моложе 16 лет и старше 60 лет, злокачественные опухоли, аутоиммунные заболевания, вирусные инфекции, клинически значимый атеросклероз сосудов сердца, мозга и конечностей, туберкулёз, системные воспалительные заболевания, сепсис, включение глюкокортикоидов в состав терапии. В группу контроля вошли 14 здоровых добровольца, схожих по полу и возрасту. Работа признана допустимой и рекомендованной к выполнению локальным этическим комитетом при ГБОУ ВПО ЧГМА.

Пациенты разделены на 2 группы по состоянию нутритивного статуса. Оценка питания проводилась при поступлении из суммы баллов по шкале Луфт В.М. и Костюченко А.Л. В первую группу вошли 26 пострадавших с недостаточностью питания, результат которых не превышал 27 баллов. Вторую группу составили 18 больных с эйтрофией, набравшие в сумме 28-30 баллов. Для количественного определения неоптерина, IL-10 и TNF- α в человеческой плазме использовался иммуноферментный анализ. При сравнении групп применялся критерий Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение. Не установлено различия в уровне TNF- α в обеих группах больных как относительно контроля ($p = 0,057$ и $p = 0,939$), так и между собой ($p = 0,6$). В то же время, выявлено увеличение ($p = 0,001$ и $p = 0,049$) содержания в крови IL-10 в каждой группе исследуемых в сравнении с контролем. Между группами клинического наблюдения различия ($p = 0,833$) в данном показателе не найдено. Полученные результаты возможно объяснить преобладанием синдрома компенсаторной противовоспалительной реакции у пациентов с местной холодовой травмой. В пользу возникшего предположения свидетельствует отсутствие, согласно критериям исключения из исследования, больше, чем одного из параметров системного воспаления R. Bone в обеих группах пострадавших. Вместе с тем, не исключается и, характеризующая цитокины, флуктуация их концентрации в крови.

Установлено увеличение содержания неоптерина в группе пациентов с недостаточностью питания по отношению как к контролю ($p = 0,002$), так и к группе пострадавших с эйтрофией ($p = 0,015$). В последней группе не выявлено различия ($p = 0,79$) по данному показателю со здоровыми людьми. Недостаточное влияние цитокинов Th-1 типа иммунного ответа на продукцию неоптерина в группе пострадавших с нормальным нутритивным статусом связано, вероятно, с преобладающей генерацией противовоспалительных медиаторов у больных с местной холодовой травмой, что подтверждается результатами нашего исследования. В то же время, рост содержания неоптерина в плазме пациентов с

исходной недостаточностью питания, несмотря на невозможность экстраполяции данного результата на уровень TNF- α в этой группе, позволяет рассматривать данный птерин либо, как провоспалительный маркер, либо как критерий мальнутриции.

Выводы:

1. В плазме больных с отморожениями конечностей III-IV степени уровень TNF- α и IL-10 не зависит от нутритивного статуса.
2. Недостаточность питания у пациентов с местной холодовой травмой III-IV степени сопровождается увеличением содержания в плазме неоптерина.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ОЖОГОВОЙ ТРАВМЫ

Коннов В.А., Шаповалов К.Г.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

В ответ на ожоговую травму развиваются локализованные местные про- и противовоспалительные реакции. Медиаторы иммунного ответа - эйкозаноиды и цитокины играют важную роль в инициации регенеративных процессов, ограничении полученных повреждений и депримировании патогенных микроорганизмов. В то же время, с 3-4-х суток ожоговой болезни происходит массивная резорбция отёчной жидкости из интерстициального пространства. При проникновении про- и противовоспалительных медиаторов в системный кровоток у тяжелообожжённых возникает дисбаланс в ответных реакциях SIRS/CARS, большей частью, в сторону генерализованного воспаления. Известно, что инклюзивной составляющей системной воспалительной реакции является метаболическая дисфункция, когда основной обмен протекает по типу синдрома гиперметаболизма-гиперкатаболизма и возникает высокая потребность в полуэссенциальной аминокислоте глутамине (0,5 г/кг). Несмотря на проводимую нутритивную поддержку с суточным содержанием до 45 ккал/кг, 0,45 г азота/кг и 0,6 г глутамина/кг у пострадавших к концу острого периода ожоговой болезни катаболическая реакция приводит к значимой редукции тощей массы тела.

Наряду с этим, за последнее десятилетие появились работы о модуляции системного воспаления с помощью ω -3 (α -линолевая, эйкозопентаеновая, докозапентаеновая, докозагексаеновая) полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК) в соотношении к ω -6 (линолевая, арахидоновая, докозатетраеновая) ПНЖК не меньше, чем 1/5. Известно, что арахидоновая кислота, следуя по циклооксигеназному пути является предшественником провоспалительных простагландинов (тромбоксан A_2 и простагландин E_2), а с помощью фермента 5-липооксигеназы продуцирует ещё один провоспалительный эйкозаноид - лейкотриен B_2 . В свою очередь ω -3 ПНЖК непосредственно конкурируют с арахидоновой кислотой в качестве субстрата или за ферменты, которые катализируют цикло- и 5-липооксигеназные пути. В результате генерируются противовоспалительные медиаторы: тромбоксан A_3 , простагландин E_3 и лейкотриен B_5 . Энтеральная смесь Оксепа отличается высоким соотношением ω -3/ ω -6 жирных кислот, равным 1/1,6 и клинически значимым содержанием глутамина в 13,4 г/л. Кроме того, входящая в её состав γ -линоленовая ПНЖК в результате реакции элонгации замещает арахидоновую кислоту на дигомо- γ -линоленовую. Последняя является предшественником противовоспалительного простагландина E_1 .

В качестве примера приведём один клинический случай. Больная С., 10 лет, массой тела 40 кг, госпитализирована в ЦРБ с DS: Ожог пламенем II-III степени лица, шеи, верхних конечностей, туловища $S = 35\%$ (ШБ степени - 30%). Комбинированная термоингаляционная травма II степени. Крайне тяжёлый ожоговый шок. Острое повреждение лёгких. Получила травму в закрытом помещении. Диагноз установлен на основании анамнеза, жалоб на дисфонию, объективного и локального осмотров, лабораторных показателей и данных фибробронхоскопии. В анализе крови $Hb = 177$ г/л, $Ht = 51\%$, лейкоцитоз $46,6 \cdot 10^9$ /л. Назначены ингаляции 0,1% раствора адреналина через 2 часа, АСС по 2 мл и гепарина по 1000 ед. каждые 4 часа. Модифицированный индекс тяжести поражений составил 130 баллов и расценивался, как неблагоприятный прогноз ожоговой болезни.

После проведения инфузионной, антибактериальной терапии, респираторной поддержки с момента поступления аппаратом Chirolog SV в режиме SIMV, санационной ФБС больная на 5-е сутки термической травмы с ИВЛ транспортирована в ОАР ожогового центра. Клиническое питание проводилось энтеральной смесью Оксепа со 2-х суток ожоговой болезни назогастральным доступом. Стартовая скорость в зонд равнялась 20 мл/час, в последующем темп энтеральной инфузии увеличивался до 80 мл/час, объём - до 1500 мл/20 часов с 4-х-часовым ночным перерывом. DS при переводе: Ожог II-III ст. $S = 35\%$ (ШБ - 30%). Комбинированная ТИТ II ст. Острая ожоговая токсемия. Острое повреждение лёгких. Сепсис. В анализе крови $Hb = 107$ г/л, $Ht = 28\%$, лейкоцитоз $11,9 \cdot 10^9$ /л.

В ожоговом центре респираторная поддержка осуществлялась аппаратом Chirolog SV в режиме PS на протяжении 8 суток, осложнений ИВЛ не отмечено. Антибактериальная терапия протекала по деэскалационному варианту: цефалоспорины III поколения в дозе 100 мг/кг/сутки в комбинации с Амикацином (15 мг/кг) с последующей сменой антибиотиков по результатам бактериологического посева. Проведены по 3 введения Иммуновенина в обычной дозе. Проводилось переливание Реамберина (до 10 дней), Нормофундина-Г-5 и Альбумина. Потребовалась 5 гемотрансфузий эритроцитной массы в дозе по 10 мл/кг. Искусственное питание продолжалось энтеральной смесью Оксепа с суточным содержанием 60 ккал/кг, 0,38 г азота/кг и 0,5 г глутамина/кг. С 20-го по 33-й день ожоговой болезни нутритивная поддержка последовательно заменена стандартной высокобелковой диетой.

В общей сложности выполнено 6 этапных аутодермопластик, больная переведена в ожоговое отделение. Общее состояние удовлетворительное, масса тела 37,5 кг. За время интенсивного наблюдения не отмечено развития тяжёлого сепсиса и ОРДС.

Таким образом, особенностью клинического питания у пострадавших в острый период ожоговой болезни является включение диеты, обогащённой глутамином и полиненасыщенными жирными кислотами с оптимальным соотношением ω -3/ ω -6.

ГИПОКСИЧЕСКИ-ГЕМОМРАГИЧЕСКОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДОНОШЕННЫХ И НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАННЕЙ АДАПТАЦИИ

Кочерова В.В., Хамина Н.А., Анудариева С.Ц.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Перинатальные повреждения нервной системы и их последствий является ведущим нарушением состояния здоровья детей на первом году жизни. Перинатальная гипоксия у доношенных детей формирует церебральную ишемию, а у недоношенных реализуется гипоксически-геморрагическое повреждение ЦНС в форме ВЖК различной степени тяжести.

Цель исследования: сравнить предикторы ВЖК у доношенных и недоношенных новорожденных, сравнить течение адаптации, неврологические синдромы и сроки их реализации.

Материалы и методы. За 2012 г. в ГУЗ "Городской родильный дом" г. Читы ретроспективно проанализированы 59 историй болезни новорожденных с диагнозом ВЖК: из них 42 (71,2%) дети рожденные в срок (основная группа гестационным сроком 38-40 нед) и 17 (28,8%) преждевременно рожденные дети (группа сравнения: со сроком гестации 30-35 нед). В обеих группах оценивался анамнез и клинические проявления: нарушения течения беременности, родов, здоровье детей, течение ранней адаптации, соматическая патология, сроки реализации неврологии, в т.ч. данные нейросонографии, офтальмоскопии. Статистическая обработка проводилась с применением программы Statistica 6.0 непараметрическим методом χ^2 Пирсона, статистически значимая разница принималась ($p < 0,05$).

Результаты и их обсуждение. В основной группе возраст матерей благоприятный (77%), в группе сравнения у 58% превышал 35 лет. Табакокурение, как фактор, формирующий хроническую гипоксию плода и его зависимость диагностировался у 15% женщин обеих групп. Острые респираторные заболевания в сроки плацентоформирования, и обострения хронической патологии лор-органов в группе сравнения выявлялись чаще (28,7%) ($p < 0,05$). Гестоз в различных проявлениях выявлялся в обеих группах в основной у 22,2% (гестоз легкой степени), в группе сравнения у 28,6% (гестоз легкий у 14,3%, средней степени у 14,3%). Многоводие определялось в обеих группах у 15%, маловодие только при доношенном сроке у 11%. Многократные угрозы прерывания в группе сравнения осложняли 42% беременностей, в основной у 29%. Длительный БП чаще ($p < 0,05$) встречался в группе сравнения 28,5% против 3% в основной. Плодово-плацентарный коэффициент менее 0,15 (отражающий хроническую фетоплацентарную недостаточность), в основной группе выявлен у 1/3, а более 0,2 (диагностируется при внутриутробных инфекциях) у 26%, в группе сравнения в 85% наблюдений коэффициент увеличен ($p < 0,01$). Вес у детей основной группы 3442 г (2610-4390), сравнения 1723 г (1200-2270), рост в основной группе 51,5 см (47-56), в группе сравнения 44,8 см, окружность головы у доношенных 35,1 см (33-38), у недоношенных 31,3 см (27-34). Физическое развитие в обеих группах оценивалось гармоничным.

Состояние при рождении удовлетворительное в основной группе у 73%, средне тяжелое у 27% детей. Недоношенные с равной частотой 50% рождались в среднетяжелом и тяжелом состоянии, в т.ч. за счет асфиксии 14%. Сопоставление периода адаптации в группах основной и сравнения: конъюгаци-

онная желтуха выявлена у 37% против 57%, дыхательные нарушения (РДС, врожденные пневмонии) 18,5% против 32,8%. Травма спинного мозга с вовлечением позвоночника диагностирована только в группе доношенных новорожденных (18,5%), связанная с маловодием и характером родов. ВЖК 1 ст. в стадии кистообразования определены у всех детей основной группы при проведении скринингового ультразвукового исследования мозга на 3-4 сутки жизни. В группе сравнения ВЖК 1ст и ВЖК 2ст. по 50% ($p<0,01$), причем у 75% сформировалось на 2-4 сутки жизни, у 25% ВЖк сформировалось антенатально и выявлено уже в 1 сутки в форме кист. У недоношенных новорожденных при формировании ВЖК возникали анемия, тахикардия, падение артериального давления, апноэ. В неврологическом статусе у них диагностировались угнетение, геморрагический синдром, прогрессирующая гидроцефалия, вегетативно-висцеральные расстройства. В основной группе неврологические отклонения проявлялись отсрочено на 13,3 день в форме гипервозбудимости, внутричерепной доброкачественной гипертензии, синдрома вегетативной дистонии. Во всех случаях диагноз подтвержден НСГ исследованием. В роддоте ангиопатия сетчатки в основной группе диагностирована у 75%, против 35% сравнения ($p<0,001$), кровоизлияния и отек сетчатки у 56% недоношенных ($p<0,01$). Все доношенные дети выписаны домой, в группе сравнения 60% переведены в различные стационары на долечивание.

Выводы. В основной группе преобладали ВЖК 1 ст. в стадии кист, в анамнезе лидировали факторы хронической гипоксии, адаптация протекала удовлетворительно, неврология в форме гипервозбудимости, внутричерепной доброкачественной гипертензии, синдрома вегетативной дистонии, диагностируется отсрочено, на амбулаторном этапе. В группе сравнения в анамнезе преобладают инфекционные факторы, с рождения состояние страдает, сопутствуют дыхательные расстройства, анемия, затяжные желтухи. Неврология проявляется со 2-4 дня жизни: угнетение, геморрагический синдром, прогрессирующая гидроцефалия, вегетативно-висцеральные расстройства.

Доношенные новорожденные с выявленным ВЖК1 ст, требуют от педиатра нацеленности на реализацию неврологической патологии и своевременной корректирующей терапии.

ВЕГЕТАТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ В ПЕРИОДЕ РАННЕЙ АДАПТАЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ НА ФОНЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ВНУТРИУТРОБНОЙ ГИПОКСИИ

Кочерова В.В., Сулопарова Е.В.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Введение. У новорожденных детей центральная и вегетативная нервная система незрелые. Вегетативно-висцеральные расстройства (ВВР) сопровождают многие состояния (инфекции, травму нервной системы, токсико-метаболическое повреждение ЦНС и последствия острой и хронической гипоксии). У новорожденных симптомы ВВР неспецифичны, чаще сердечно-сосудистые нарушения и желудочно-кишечные дискинезии. Однако у новорожденных нарушения вегетативной нервной системы недостаточно изучены.

Цель исследования. Оценить состояние вегетативной нервной системы у новорожденных детей, перенесших внутриутробную хроническую гипоксию.

Материалы и методы. Настоящее исследование проведено на базе "Городского родильного дома", г.Читы в течение 2012 г. Объектом исследования стали доношенные новорожденные дети, перенесшие хроническую субкомпенсированную внутриутробную гипоксию, родившиеся без асфиксии (основная группа $n=100$). В группу контроля включены 50 здоровых новорожденных, без отягощенного анамнеза по гипоксии. В обеих группах оценивался анамнез, течение периода адаптации, клиническая картина неврологической, вегетативной дисфункции и сочетание с соматическим статусом, оценивалась частота сердечных сокращений и артериальное давление (кардиомонитором), кардиоритмограмма. Функциональные и клинические показатели проводились на 3-4 день жизни, в первой половине дня, через час после приема пищи, в состоянии спокойного сна. Оценка исходного вегетативного статуса проводилась по разработанным А.М. Вейном таблицам, в модификации для детей. Статистическая обработка проводилась с применением программы Statistica 6.0 непараметрическим методом χ^2 Пирсона, статистически значимая разница принималась ($p<0,05$).

Результаты и их обсуждения. Матери в возрасте старше 35 лет достоверно чаще встречались в основной группе 26% по сравнению с контролем (2%), ($\chi^2 32,1$, $p<0,001$). Возраст отцов старше 40 лет чаще диагностировался в основной группе (31%), в контроле 20% ($\chi^2 3,56$, $p=0,059$). Влияние патологических условий работы отца на формирование патологии нервной системы у новорожденного не выявило достоверной разницы в сравниваемых группах. Курение матерей во время беременности в

основной группе диагностировано у 67%, в группе контроля только 1 женщина (2%) имела этот фактор на ранних сроках беременности (χ^2 137,3, $p < 0,001$). Эпизодическое употребление алкоголя выявлено у матерей и отцов основной группы (8% и 26% соответственно) с достоверной разницей с контролем (0 и 12% соответственно) (χ^2 8,889, $p = 0,003$ и χ^2 10,294, $p = 0,001$). Социально неудовлетворительный статус составлял 37% семей основной группы против 14% контроля (χ^2 15,703, $p < 0,0001$). У 47% матерей основной группы репродуктивный анамнез отягощен медицинскими абортами без достоверной разницы с контролем (44%). Частота нейроциркуляторной дистонии в основной группе (38%) выявлялась чаще чем в контроле (16%) (χ^2 5,826, $p = 0,016$). Гипотонический тип НЦД у матерей основной группы выявлялся у 22%, в контроле у 14% без статистически значимой разницы. Кардиальный и гипертонический тип НЦД диагностирован только в основной группе (3% и 5% соответственно). Инфекционная патология мочевыделительной системы чаще представлена хроническими пиелонефритом в стадии латентного воспаления, режесиститами, инфекцией мочевыводящих путей. В основной группе эта патология выявлена у 55 женщин, в контроле у 40% (χ^2 5,9, $p = 0,015$). Острая респираторная патология (чаще протекала в форме ринита, фарингита с субфебрилитетом) у 35% женщин основной группы в разные сроки беременности, в группе контроля у 6% со статистически значимой разницей (χ^2 30,45, $p < 0,0001$). Регистрация болезней щитовидной железы у матерей была низкой в 13% наблюдений в основной группе, несмотря на эндемичность территории Забайкалья по иододефициту, в группе контроля данный фактор не выявлен.

Анемия диагностировалась чаще во втором и третьем триместре, была достоверно выше у матерей основной группы (39%), в группе контроля у 14% матерей (χ^2 24,394, $p < 0,0001$).

Беременность, осложненная угрозой невынашивания, отмечена почти у половины женщин групп основной (46%), в контроле у 20% наблюдений (χ^2 22,548, $p < 0,0001$).

Прегестоз, гестоз легкой степени во всех группах наблюдений встречались с практически одинаковой частотой - 13%. Сочетанное воздействие неблагоприятных факторов проявлялось признаками фетоплацентарной недостаточности у большей части основной группы (62%) в контроле, субкомпенсированной стадией выявлена только у 2% (χ^2 20,6, $p < 0,0001$). Затяжные роды в основной группе регистрировались в 12% наблюдений, в контроле у 2% (χ^2 7,5, $p = 0,006$). Кесарево сечение в основной группе регистрировалось у четверти (25%), в контроле у 14% женщин (χ^2 3,46, $p = 0,063$). Обменно-трофические нарушения у детей при нормальной массе (шифр по МКБ-Х R05.2) в основной группе 41%, в группе контроля у 10%, (χ^2 36,25, $p < 0,0001$). Антропометрические показатели детей основной группы: вес 3444 г (± 370), рост 52,6 см ($\pm 1,69$), в группе контроля 3271 г (± 131), рост 51,9 ($\pm 1,26$), у всех детей физическое развитие гармоничное.

На первом месяце жизни диагностировались родовое повреждение спинного мозга в основной группе у 23%, в контроле у 8% (χ^2 11,3, $p < 0,0001$), нарушения терморегуляции только в основной у 23% (χ^2 30,4, $p < 0,0001$), функциональная кардиопатия у 55% детей основной группы против 8% контроля (χ^2 64,1, $p < 0,0001$), неинфекционная диарея у 60% основной и 2% контроля (χ^2 105, $p < 0,001$), метеоризм в основной 57%, реже, у 24% контроля (χ^2 34, $p < 0,001$), срыгивания у детей основной группы 56%, в контроле у 6% (χ^2 36,25, $p < 0,0001$). Неврологические синдромы сочетались с вегетовисцеральными расстройствами в основной группе у всех (гипервозбудимость у 95%, доброкачественная внутричерепная гипертензия у 82%), в контроле гипервозбудимость диагностирована в 14%. По кардиоритмограмме гиперсимпатикотония выявлена у детей основной группы в 67%, ваготония у 8%, в контроле гиперсимпатикотония диагностирована у 4%. По кардиомонитору в основной группе тахикардия выявлена у 49%, брадикардия у 6%, в контроле синусовая тахикардия регистрирована у 4% детей. По нейросонографии в основной группе регистрировано расширение боковых желудочков у 6%, межполушарной щели у 28%, в контрольной группе ликворные пути в норме. Эхоэнцефалография выявляла повышение пульсации сосудов в основной группе у 49%, против 18% контроля (χ^2 30,4 $p < 0,001$), только в основной группе выявлены устойчивость сигналов у 16% и сочетание их с пульсацией у 14%, с достоверной разницей с контролем. Артериальное давление в обеих группах соответствовали средним величинам.

Выводы. Формированию расстройства вегетативной нервной системы способствует соматическая патология матери, нарушения течения беременности и родов. Синдром вегетативной дистонии (G90.9) клинически выявляется часто, но не как моносиндром, а сочетается с синдромом доброкачественной внутричерепной гипертензии (G93.2), гипервозбудимостью (F90.1). На первом месяце жизни диагностируются функциональная кардиопатия, срыгивания, неинфекционная диарея, нарушения терморегуляции с достоверной частотой в группе детей, перенесших гипоксию.

Коррекция синдрома вегетативной дистонии в младенчестве требует совместного наблюдения участкового педиатра и невролога, в более старшем возрасте гастроэнтеролога, кардиолога, психолога, эндокринолога в виду формирования соматической патологии.

ТЕЧЕНИЕ РОДОВ И ПУЭРПЕРИЯ ПОСЛЕ ГРИППА А(Н1N1)/09

Кошмелёва Е.А., Белокриницкая Т.Е., Тарбаева Д.А.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Цель исследования. Изучить клиническое течение родов и пуэрперия у женщин, перенесших пандемический грипп А (Н1N1)/09.

Материалы и методы. В исследование включены 488 беременных, наблюдавшиеся в женских консультациях г. Читы и перенесшие грипп А(Н1N1)/09 в различные гестационные сроки. Контрольную группу составили 100 беременных, не болевших пандемическим гриппом и состоявших на диспансерном учете в это же время, отобранных методом "случай-контроль", сопоставимых по возрасту, паритету и срокам гестации. Для сравнения групп по качественным бинарным признакам использовались критерий χ^2 , двусторонний точный метод Фишера и t-критерий. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез оценивали с помощью t-test, считая статистически достоверными значения $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение. Роды в срок наступили у 89,8% (438/488) женщин, перенесших грипп, в группе сравнения все женщины беременность доносили (100/100; $p\chi^2 < 0,01$). Причем среди переболевших гриппом во II триместре зарегистрирован наименьший процент своевременных родов - 80,8% (189/234; $\chi^2 = 44,8$, $p\chi^2 < 0,0001$); у беременных перенесших грипп в I (97,3%) и III триместре (98,6%) данный показатель не имел значимых различий.

И соответственно отмечена повышенная частота преждевременных родов у беременных, перенесших грипп во II триместре - в 3,4% (8/234; $p\chi^2 < 0,001$); в III триместре - в 1,4% (2/142; $p\chi^2 > 0,05$; $p\chi^2 < 0,001$) случаев.

Значимой оказалась разница в частоте оперативных родов: у женщин, перенесших грипп, составила 11,3% (55/488), в группе контроля - 8% (8/100; $\chi^2 = 12,49$, $p\chi^2 < 0,0004$). После гриппа в I триместре кесаревым сечением родоразрешены 3,6% (4/112) матерей, во II триместре - 15,8% (37/234; $\chi^2 = 8,93$, $p\chi^2 < 0,002$); в III триместре - 9,9% (14/142; $\chi^2 = 3,3$, $p\chi^2 < 0,05$; $\chi^2 = 2,1$, $p\chi^2 > 0,05$).

У беременных, перенесших различные формы гриппа, по сравнению с группой сравнения, роды чаще осложнялись преждевременным излитием околоплодных вод - у 8,4% (41/488) женщин, в контроле - 25% (25/100; $\chi^2 = 16,7$, $p\chi^2 = 0,0000$). При гриппе в I триместре - 2,7% (3/112) случаев, во II триместре - 11,1% (26/234; $\chi^2 = 6,1$, $p\chi^2 < 0,01$); в III триместре - 8,5% (12/142; $\chi^2 = 3,4$, $p\chi^2 < 0,05$; $p\chi^2 < 0,01$).

Слабость родовой деятельности осложняла течение родов чаще у женщин, перенесших грипп во II триместре, - 5,98% (14/234; $\chi^2 = 4,42$, $p\chi^2 < 0,03$) случаев. Напротив, дискоординированная родовая деятельность была характерна для тех, кто перенес ОРВИ в I триместре в 11,6% (13/112) случаев и III триместре - 11,27% (16/142; $\chi^2 = 0,01$, $p\chi^2 > 0,05$; $\chi^2 = 21,48$, $p\chi^2 < 0,0001$).

Осложнения послеродового периода у переболевших различными формами гриппа, выявлялись в 5 раз чаще, чем в контрольной группе - 5,5% (27/488, в контроле - 1%, $p\chi^2 < 0,05$), причем они были характерны для родильниц, перенесших ОРВИ в III триместре.

Частота эндометрита составила 1,8% (9/488, в контроле - 0%, $p\chi^2 = 0,000$), субинволюция матки - 2,05% (10/488, в контроле - 1%, $p\chi^2 > 0,05$), гематометра - 1,6% (8/488, в контроле - 0%, $p\chi^2 = 0,000$).

Выводы.

1. Беременные женщины являются не только группой высокого риска по развитию гриппа и его осложнений, а также отягощенного течения родов и послеродового периода.
2. Характерными осложнениями родов и пуэрперального периода у женщин с ОРВИ в анамнезе являются преждевременные роды, аномалии родовой деятельности, преждевременное излитие околоплодных вод, развитие послеродового эндометрита, субинволюции матки и гематометры.

**ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАНИЙ К КЕСАРЕВУ СЕЧЕНИЮ
ПРИ ПРЕДШЕСТВУЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ В АНАМНЕЗЕ В ВЫБОРЕ МЕТОДА
РОДРАЗРЕШЕНИЯ**

Крамарский В.А., Стемповская Н.А., Дудакова В.Н.

ГБОУ ДПО ИГМАПО, ГПЦ, г. Иркутск, Россия

За последние 5 лет, по данным ГПЦ, частота кесарева сечения колеблется от 16,5 до 19,7%. При этом на первом месте в структуре показаний к оперативному родоразрешению был рубец на матке в

совокупности с другими факторами акушерского и перинатального риска. Вопрос о показаниях к кесареву сечению при предшествующих беременностях, как факторах риска, постоянно вызывает дискуссии и является неоднозначным.

Поэтому нами поставлена **цель исследования** - определить наиболее существенные факторы риска для решения вопроса о методе родоразрешения женщин с рубцом на матке.

Нами проанализировано 291 история родов у женщин с рубцом на матке, которым планировалось консервативное родоразрешение.

Из них консервативно родоразрешены 243 человека, при этом срочные роды - у 231, а преждевременные у 12 женщин.

Для выяснения прогностического значения показаний к кесареву сечению в анамнезе определен наиболее частый интергенетический срок и масса новорожденных у женщин с консервативным родоразрешением. Отмечено, что у большинства женщин (85-78%) родоразрешенных консервативно срок от предшествующих родов колебался от 24 до 60 месяцев. При этом масса новорожденных у 136 (56%) родильниц колебалась от 3000 до 4000 граммов, у 29 (11,9%) более 4000 г., а до 3000 гр. у 78(32,1%). Оценка по шкале Апгар новорожденных - от 7 до 9 баллов. Все новорожденные в удовлетворительном состоянии выписаны в сроки предусмотренные стандартами.

Из анамнеза установлено, что показанием к кесареву сечению при предшествующей беременности у 23 беременных была тяжелая преэклампсия, у 58 - дистресс плода при ПОНРП, у 23 нарастающая внутриутробная гипоксия плода, у 35 преждевременное излитие околоплодных вод с безэффективным родовозбуждением, у 11 флеботромбоз, у 81 тазовое предлежание, у 37 аномалии родовых сил в виде слабости родовой деятельности (у 18) и дискоординации сократительной деятельности матки (у 19). В 23 случаях кесарево сечение было произведено по поводу неправильного положения плода.

При анализе полученной информации отмечено, что женщины с тяжелой преэклампсией (23) и дистрессом плода (58) в анамнезе в 100% наблюдений родоразрешены консервативно. При хронической гипоксии и тазовом предлежании при предшествующей беременности консервативно родоразрешено 20 (87%) и 78 (97%) соответственно.

Наименее эффективным оказался прогноз консервативного родоразрешения для женщин, в анамнезе у которых была слабость родовых сил, консервативно родоразрешено только 4 (22%) из 18 женщин. В то же время при дискоординации родовых сил в анамнезе прогноз консервативного родоразрешения оправдался у 12 (63%) из 19 наблюдений. При наличии в анамнезе ДИОВ и безэффективности родовозбуждения через естественные родовые пути были родоразрешены 60% (21 из 38) женщин.

Таким образом, наличие в анамнезе у женщин с рубцом на матке тяжелой преэклампсии, хронической внутриутробной гипоксии плода и ягодичного предлежания не исключают, с большой степенью вероятности, родоразрешения через естественные родовые пути. Наиболее оптимальным интергенетическим сроком родоразрешения женщин с рубцом на матке является перерыв в родах от 2 до 5 лет.

РЕЗЕРВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ УЛУЧШЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ ИНФЕКЦИИ ОТ МАТЕРИ К ПЛОДУ В Г. ИРКУТСКЕ

**Крамарский В.А., Дудакова В.Н., Дорошенко Е.Ю., Афанасьев Э.Б., Савченко Е.В.
ГБОУ ДПО ИГМАПО, ГПЦ, Иркутск, Россия**

ВИЧ инфекция остается одной из мировых проблем современного общества. Одним из путей распространения ВИЧ инфекции является ее передача от инфицированной беременной плоду и новорожденному, в связи с чем в мировой медицинской практике отработаны и постоянно совершенствуются механизмы профилактики вертикальной передачи ВИЧ инфекции от матери к плоду. В России эти технологии регламентированы приказом МЗ № 606.

Город Иркутск является одним из проблемных городов России по количеству ВИЧ инфицированных. За последние 3 года отмечается динамический рост родов у ВИЧ инфицированных женщин, в связи с чем особое значение приобретает вопрос совершенствования профилактики вертикальной передачи ВИЧ инфекции от матери к плоду.

Целью исследования являлось выявление резервных путей оптимальной профилактики вертикальной передачи ВИЧ инфекции от матери к плоду.

Ретроспективно проанализировано 222 историй родов ВИЧ инфицированных женщин родоразрешенных в 2012 году в ГПЦ г. Иркутска. Срочные роды имели место у 178(80,2%) женщин и преждевременные у 44(19,8%). Основной путь передачи ВИЧ инфекции был половой-152(68,5%). Парентераль-

ное заражение отмечено у 70(31,5%) человек. Кесарево сечение произведено в 76(34,2%) наблюдениях и через естественные родовые пути родоразрешено 146(65,8) беременных. Кесарево сечение с целью профилактики вертикальной передачи ВИЧ инфекции произведено у 22 беременных. У 54 женщин оперативное родоразрешение произведено по акушерским показаниям: ПОНРП-6, упорная слабость родовых сил-8, дискоординация родовых сил -6, предлежание плаценты - 4, поперечное положение плода -5, дистресс плода - 25 случаев.

Средний возраст ВИЧ инфицированных беременных составил $23,7 \pm 0,6$ года. Первородных было 136(61,3%) человек, повторнородных -86(38,7%). Процент осложнений родов и удельный вес экстрагенитальной патологии среди ВИЧ инфицированных беременных не превышал популяционные показатели. Так анемия беременных выявлена у 21(9,5%) женщин, заболевания мочеполовой системы у 30(13,5%), сердечно-сосудистой системы у 7(3,2%), гепатит у 27(12,2%), задержка роста плода у 33(14,9%).

Таким образом, в наших наблюдениях только удельный вес гепатита превышал популяционные показатели.

Среди родоразрешенных женщин трехэтапная полноценная профилактика вертикальной передачи ВИЧ инфекции проведена только у 84(37,8%) женщин. Неполная профилактика проведена у 114(51,6%). Из которых профилактика только во время беременности проведена у 77(34,7%), а только в родах у 37(16,7%). У 24 женщин профилактика вертикальной передачи ВИЧ инфекции от матери к плоду не проводилась. Неполная профилактика или ее отсутствие были связаны с неполноценным обследованием беременных женщин или его отсутствием в 53 наблюдениях, категорическим отказом от профилактического лечения в 2 случаях, поздней постановкой на учет по беременности 3 женщин, нарушением режима лечения в 6 случаях, отсутствием лечения на протяжении всей беременности у 4 женщин, 3 домашними родами и поступлением в потужном периоде родов 22 рожениц.

Таким образом, практически все случаи неполного профилактического лечения носили управляемый характер. Отказ от лечения(6 наблюдений) после проведенного дотестового и послетестового консультирования указывает на отсутствие психологического контакта врача и беременной, недостаточную подготовленность врача для создания психологического контакта или неадекватность реакции женщины, обусловленную героиновой зависимостью (2 наблюдения).

Средняя продолжительность родов составила 6 часов 24 минуты \pm 42 минуты. Средняя продолжительность безводного периода 3 часа 12 минут \pm 33 минуты.

Ситуации, увеличивающие риск вертикальной передачи ВИЧ инфекции, отмечены в 93(41,9%) наблюдениях. Из причин, увеличивающих риск передачи ВИЧ инфекции, преобладающей было преждевременное излитие околоплодных вод (39 - 17,6%), разрыв шейки матки отмечен в 25(11,3%) случаях, разрыв промежности у 27(12,1%) женщин, слабость родовых сил у 13(5,8%), дискоординация родовых сил у 20(%) и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты у 6(2,7%) .

Таким образом, управляемые причины отсутствия профилактики вертикальной передачи ВИЧ инфекции от матери к плоду составили 10,8% и связаны с отсутствием диспансерного наблюдения по беременности (24). Основные управляемые причины отмечены в амбулаторном звене службы родовспоможения. При этом обращает на себя внимание отсутствие специфически профессионального консультирования в 24(10,8%) случаях или его безэффективность (6) и недообследование с поздней диагностикой ВИЧ инфицированности в 53(23,9%) наблюдениях.

Превышение удельного веса осложнений родов(41,9%), увеличивающих вероятность передачи ВИЧ инфекции от матери к плоду, над частотой проведения полноценной профилактики вертикальной передачи ВИЧ инфекции при беременности(37,8%), указывает на целесообразность расширения показаний к оперативному родоразрешению при любых видах акушерских осложнений в родах.

Таким образом, широкое освещение проблем ВИЧ инфицированных беременных женщин с демонстрацией эффективности профилактики вертикальной передачи ВИЧ инфекции от матери к плоду через средства массовой информации, дотестовое и послетестовое профессиональное консультирование с достижением психологического контакта врача и пациента, своевременная диагностика ВИЧ инфицированности беременных и расширение показаний к кесареву сечению являются резервными направлениями повышения частоты профилактики вертикальной передачи ВИЧ инфекции от матери к плоду.

**НЕОБХОДИМОСТЬ ВВЕДЕНИЯ МЕТОДА КОЖНОГО ЭНМГ
В АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА
ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

Красавина Д.А.¹; Орлова О.Р.²; Ерёмин С.А.¹

**¹Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет,
Санкт-Петербург, Россия**

²Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Одним из факторов возникновения первичной боли в пояснично-крестцовом отделе является мышечный дисбаланс (односторонний спазм разгибателей спины), вызывающий наклон таза в сторону слабых мышц. Перекос таза в сторону слабых мышц с формированием деформации позвоночника и возникающее укорочение нижней конечности является функциональным и связано, в ряде случаев, с асимметричным функционированием передних центральных извилин головного мозга. Таким образом, провоцируется односторонний спазм разгибателей спины.

Мы исследовали группу пациентов из 54 человек (29 мальчиков и 25 девочек) с остро возникшем болевым синдромом в поясничном отделе позвоночника. При сборе анамнеза у большинства пациентов было выяснено, что дискомфорт или незначительные боли в поясничном отделе они отмечали ранее.

Нами были проведены клинические обследования, выявившие нарушение постурологического баланса. Метод КОМОТ, применяемый нами в обследовании этих детей, позволил обнаружить торсию. Диагностированные на КОМОТ изменения дают возможность локализовать группу мышц, вовлеченную в тонический синдром. Применение метода ЭНМГ становится не только оправданным, но и диагностически необходимым перед проведением спондилографии для постановки окончательного диагноза и последующей динамической курации.

Проведение ЭНМГ-обследования пациентов расширяет возможности применения различных методов лечения болевого синдрома и создания гармоничного постурального баланса.

В нашей работе мы проводили исследование методом ЭНМГ 54 человек. Отметим, что абсолютное укорочение ноги в практике встречается достаточно редко. Что касается функционального укорочения, вызывающего статический сколиотический компонент, то его мы выявили у 51 человека из исследуемой группы. С помощью ортопедических стелек, создавая компенсацию укорочения, предварительно установив, что именно функциональный компонент является основополагающим, а не деформация голеностопного сустава и свода стопы, создаёт косой таз. Мы также с помощью ЭНМГ подтвердили восстановление симметрии мышечного тонуса. В нашей группе 54 человек имелись пациенты с плоско-вальгусной деформацией стоп, при которой баланс достигался подбором индивидуальных стелек с выведением контроля осанки и связи осанки со стопой на КОМОТ.

Изучая причины возникновения болевого синдрома в поясничном отделе у детей и подростков с перечисленными выше разнообразными вариантами патологии опорно-двигательного аппарата, мы утвердились во мнении, что важнейшую роль играет не сама аномалия строения позвонков и её осложнения, вызванные какой-либо из известных причин, а закономерный комплекс ротационного и тонического компонентов, приводящих к нарушению физиологии движения и статико-динамическим нарушениям в этом сегменте. Развитие компенсаторно-приспособительных вариантов, вплоть до гипермобильности, усугубляет травмирование уже изменённого сегмента пояснично-крестцового отдела, вызвавшегося в спинальных болях.

**ПЛОСКОСТОПИЕ КАК ПРИЗНАК СИСТЕМНОГО ВОВЛЕЧЕНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ
ТКАНИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА**

Красавина Д.А.¹, Парфенова Н.Н.¹

**¹Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет,
Санкт-Петербург, Россия**

Плоскостопие (Пл) по данным разных авторов является достаточно распространенным патологическим состоянием, встречающимся у 15% обследованных. Оно может быть самостоятельным, врожденным или приобретенным заболеванием опорно-двигательного аппарата, но даже развитие приобретенных форм плоскостопия во многом зависит от наследственно - конституционной предрасположенности. При плоскостопии слабость мышечно-связочного аппарата является первичной, а изменения структуры и функции костей формируются в результате этой слабости.

Согласно Гентской нозологии (ГН) 1996 года при диагностике синдрома Марфана Пл рассматривается как признак, характеризующий вовлечение скелетной системы в том случае, когда оно сопровождается вальгусной деформацией стопы (ВДС). В недавно вышедшем пересмотре ГН продольное Пл было включено в таблицу для расчета системного вовлечения соединительной ткани (СВСТ) в качестве самостоятельного признака. Продольное Пл оценено авторами ГН в 1 балл, а поперечное, - сопровождающееся вальгусной деформацией, в 2 балла. Как известно, Пл выявляется при целом ряде наследственных синдромов с марфаноидным фенотипом.

Важно подчеркнуть, что вопросы диагностики этих синдромов и анализ алгоритмов оценки различных скелетопатий и, прежде всего Пл, особенно актуальны в силу широкой распространенности.

Сравнительно недавно появился метод сканирования стопы, позволяющий рассчитать плантографические коэффициенты (ПК), характеризующие её деформацию. К ним относятся коэффициенты: N - характеризующий отклонение пяточной оси, K - характеризующий распластанность переднего отдела стопы и G - характеризующий снижение высоты её свода. Информативность этих ПК в распознавании СВСТ и в диагностике МВ ранее не изучалась.

Целью работы явилось изучение возможности использования плантографических коэффициентов для диагностики плоскостопия как одного из проявлений вовлечения костной системы, марфаноидной внешности (МВ), системного вовлечения соединительной ткани (СВСТ) и анализ взаимосвязи между выраженностью Пл.

Материалы и методы. Обследовано 50 человек молодого возраста (30 юношей и 20 девушек, средний возраст 22,5±2,1). В протокол обследования включался сбор анамнеза и жалоб, фенотипическое обследование с целенаправленным поиском признаков СВСТ и МВ. СВСТ оценивалось согласно таблице, предложенной авторами пересмотра ГН [3]. МВ распознавалась при выявлении не менее четырех скелетных признаков при условии, что одним из признаков является какой-либо коэффициент долихостеномелии (отношение размаха рук к росту или верхнего сегмента тела к нижнему), один из признаков арахнодактилии, деформация грудной клетки любой степени, сколиотической деформации позвоночника. ЭхоКГ исследование в М-, В и доплеровском режимах использовалось для выявления первичного ПМК. [7].

Плантографическое обследование проводилось на трехкоординатном сканирующем устройстве, входящем в состав комплекса "Скан" (ООО "ДиаСервис", СПб). Для оценки информативности визуального метода (ВМ) с использованием пальцевой пробы и коэффициентов плоскостопия (КП) были сформированы две группы: группа 1 - лица с 5 и более баллами СВСТ (20 человек), группа 2 - лица, имеющие не более 2х баллов СВСТ (20 человек). 10 человек с промежуточным количеством баллов (3 и 4) были исключены из анализа.

Результаты. Показано, что клинический метод диагностики плоскостопия с пальцевой пробой не обладают достаточной специфичностью, как признак СВСТ, в то время как КП доказали высокую специфичность для диагностики системного вовлечения соединительной ткани.

Заключение. Клинический метод оценки плоскостопия и пальцевая проба не обладают достаточной специфичностью в распознавании вовлечения костной системы и СВСТ. КП обеспечивают высокую специфичность в распознавании СВСТ и марфаноидная внешность. У лиц с СВСТ плоскостопие с вальгусной деформацией стопы сопровождается выраженным остеопорозом.

Выводы:

1. Визуальный метод диагностики плоскостопия обладает высокой чувствительностью в распознавании СВСТ и МВ, однако не обладает достаточной специфичностью.
2. Плантографическое сканирование стопы и расчет коэффициентов является высоко информативным методом диагностики плоскостопия, как признака системной наследственной патологии соединительной ткани. Наибольшей диагностической мощностью обладает коэффициент, характеризующий вальгусную деформацию стопы.
3. Выявлена тесная взаимосвязь между вальгусной деформацией и степенью снижения свода стопы.

ЭКСПРЕССИЯ ТОЛЛ-ПОДОБНЫХ РЕЦЕПТОРОВ TLR2 (ARG753GLN), TLR4 (ASP299GLN) И УРОВЕНЬ МАРКЕРА АКТИВАЦИИ TLR2 (ARG753GLN), TLR4 (ASP299GLN) НА МОНОЦИТАХ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ МОЗГОВЫМ ИНСУЛЬТОМ

Крохалева Ю.А., Страмбовская Н.Н., Терешков П.П.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Толл-подобные рецепторы - группа рецепторов врожденного иммунитета, которые представлены практически на всех ядродержащих клетках - от эпителиальных до иммунокомпетентных. Индуцируют

активацию и экспрессию специфических генов, обеспечивают индукцию синтеза провоспалительных цитокинов и интерферонов и экспрессию костимулирующих молекул, которые способствуют активации Т-лимфоцитов.

Цель работы. Сравнить относительное количество моноцитов периферической венозной крови, степень экспрессии TLR2, TLR4 и уровень маркера активации TLR2, TLR4 на моноцитах у больных мозговым инсультом в острый период заболевания (9 - 10е сутки) и у относительно здоровых резидентов.

Методы исследования. Контрольную группу составили относительно здоровые резиденты, обоих полов (n=37, 45±4 лет), не имеющие признаков цереброваскулярной патологии. В клиническую группу вошли больные мозговым инсультом разной степени тяжести (n=28, 50±8 лет, p<0,05) в острый период заболевания (9 - 10е сутки), обоих полов. Клиническая группа была разделена на 2 подгруппы по шкале NIHSS (шкала инсульта Национального института здоровья): 1-ая подгруппа включала больных с легкой степенью тяжести инсульта (0-5 баллов по шкале NIHSS, n=12), 2-ая - со средней степенью тяжести (5-20 баллов по шкале NIHSS, n=15). Исследование уровня маркера активации TLR2, TLR4 проводили у 19 человек контрольной группы и у 9 человек клинической группы. Количество моноцитов периферической венозной крови, степень экспрессии TLR2, TLR4 и уровень маркера активации TLR2, TLR4 на моноцитах исследовали мультипараметрическим методом иммунофлюоресцентного анализа с использованием панели моноклональных антител: TLR2 (CD282+), TLR4 (CD284+) (Nucult biotechnology, Голландия), CD14, HLA DR+ (Beckman Coulter, США). Для удаления эритроцитов пробоподготовку проводили с использованием лизирующего раствора "OptiLise C" (Immunotex, Франция) по прилагаемому протоколу. Исследование проводились на проточном цитофлуориметре "Cytomics FC-500" (Beckman Coulter, США), используя стандартный протокол. Данные анализировали с помощью программы "СХР Cytometer" (Beckman Coulter, США). Статистическая обработка данных проводилась с использованием программных пакетов Statistica 6.0 (StatSoft) и MS Excel 2007.

Полученные результаты. При исследовании количество моноцитов периферической крови у резидентов контрольной группы составило 5,7±1,6%, у больных инсультом - 6,5±2,7% (u, p>0,05). Степень экспрессии TLR2, у относительно здоровых лиц находилось в пределах 22,2±5,7%, а TLR4 21,3±6,5%, у обследуемых клинической группы - 35,7±9,8% и 34,5±12,8% соответственно (u, p>0,05). Уровень маркера активации TLR2 среди исследуемых контрольной группы достиг 23,1±6,8%, у больных инсультом - 34,5±12,8 (u, p<0,05). Уровень маркера активации TLR4 у здоровых резидентов - 23,3±5,6% против 39±12,6% у лиц клинической группы (u, p<0,005). Причем среди больных с легкой степенью тяжести инсульта уровень маркера активации TLR2 оказался в пределах 44,7±2,04%, у больных со средней степенью тяжести - 28,3±2,5% (u, p<0,05). Средний уровень маркера активации TLR4 у испытуемых 1-ой подгруппы выявлен не более чем 36,7±12,6% в то время как у испытуемых 2-ой подгруппы - 58,6±15,6% (u, p<0,05).

Выводы. По результатам исследования у больных мозговым инсультом в острый период заболевания отмечается более высокий уровень маркера активации TLR2, TLR4 по сравнению со здоровыми лицами. При этом уровень маркера активации TLR2 у больных со средней степенью тяжести инсульта ниже, а уровень маркера активации TLR4 выше, чем у больных с легкой степенью тяжести. Степень экспрессии TLR2, TLR4 среди исследуемых контрольной и клинической групп достоверных отличий не имела.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЧАСТОТА ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА TOLL-РЕЦЕПТОРОВ (TLR2 (ARG753GLN), TLR4 (ASP299GLN), TLR6 (SER249PRO)) У БОЛЬНЫХ МОЗГОВЫМ ИНСУЛЬТОМ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ

Крохалева Ю.А., Страмбовская Н.Н., Алферова А.Е.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

В последнее время во всем мире возрос интерес к изучению полиморфизма генов толл-подобных рецепторов, которые играют важную роль в инициации иммунного ответа, и, предположительно, влияют на течение и исходы различных заболеваний.

Цель: сравнить частоту генетического полиморфизма TLR2 (Arg753Gln), TLR4 (Asp299Gly), TLR6 (Ser249Pro) среди относительно здоровых людей и больных мозговым инсультом в Забайкальском крае.

Материалы и методы. Контрольную группу составили относительно здоровые резиденты обоих полов (n=75, 43±5,4 лет), не имеющие признаков цереброваскулярной патологии. В клиническую группу вошли больные мозговым инсультом разной степени тяжести (n=43, 52±5,4 лет; p<0,05), обоих полов.

Генотипирование осуществлялось с помощью ПЦР с электрофоретической детекцией продуктов амплификации на ДНК, выделенной из лейкоцитов цельной крови (ДНК-экспресс кровь, НПФ Литех, Москва). Статистическая обработка данных проводилась с использованием программных пакетов Statistica 6.0 (StatSoft) и MS Excel 2007.

Результаты. При исследовании частоты генетического полиморфизма TLR2 (Arg753Gln) среди резидентов контрольной группы выявлено Arg/Arg состояние аллелей у 66,7%, у 29,3% Arg/Gln генотипа, 4% оказались носителями мутантной аллели в гомозиготном состоянии, у больных мозговым инсультом наблюдалось следующее распределение генотипов: 88,4% ($\chi^2=1,2$; u , $p \leq 0,05$), 9,2% ($\chi^2=4,5$; u , $p \leq 0,05$), 2,4% ($\chi^2=0,02$; u , $p > 0,05$) соответственно. Частота дикого аллеля среди исследуемых контрольной группы составила 0,81, а мутантного 0,19 против распределения аллелей у больных - 0,93 ($\chi^2=0,2$; $p=0,5$) и 0,07 ($\chi^2=10,2$; $p < 0,001$).

Исследование частоты генетического полиморфизма TLR4 (Asp299Gly) показало, что среди здоровых резидентов контрольной группы 54,7% имеют Asp/Asp состояние аллелей, 38,6% Asp/Gly и 6,7% генотип Gly/Gly, в то время как среди больных мозговым инсультом 88,4% являются нормальными гомозиготами ($\chi^2=3,4$; u , $p < 0,005$), 4,7% - гетерозиготами ($\chi^2=13,6$; u , $p < 0,001$), 6,9% - мутантными гомозиготами ($\chi^2=0,1$; u , $p=0,7$). Частота Asp-аллели среди испытуемых контрольной группы составила 0,75, Gly-аллели - 0,25, у больных инсультом - 0,91 ($\chi^2=0,5$; $p=0,4$) и 0,09 соответственно ($\chi^2=3$; $p < 0,01$). Таким образом, у обследуемых клинической группы наблюдалось 1,6-кратное преобладание носительства гомозиготного состояния по нормальной аллели, а гетерозиготное состояние аллелей встречалось в 8,2 раза реже, чем у здоровых.

Анализ полученных данных по частоте генетического полиморфизма TLR6 (Ser249Pro) показал, что больных, имеющих Pro/Pro состояние аллелей больше, чем здоровых (53,3% против 21,3%, ($\chi^2=6,4$; u , $p=0,01$)). Гетерозиготный генотип встречался реже в отличие от исследуемых контрольной группы (16,3% и 38,6% соответственно, ($\chi^2=4,2$; u , $p < 0,05$)), а Ser/Ser-генотип обнаружен среди здоровых резидентов у 40%, среди больных у 30,2% ($\chi^2=0,5$; u , $p=0,5$) Исходя из полученных данных, доля дикого аллеля у испытуемых контрольной группы составила 0,59, мутантного аллеля - 0,41, среди исследуемых клинической группы 0,38 ($\chi^2=1,8$; u , $p=0,2$) и 0,62 ($\chi^2=1,7$; u , $p < 0,05$).

Вывод. У больных мозговым инсультом преобладали генотипы TLR2 753Arg/Arg ($\chi^2=1,2$; u , $p < 0,05$), TLR4 Asp/Asp ($\chi^2=3,4$; u , $p < 0,005$), гетерозиготное состояние аллелей TLR2 ($\chi^2=4,5$; u , $p \leq 0,05$) и TLR4 ($\chi^2=13,6$; u , $p < 0,001$) встречалось реже, чем у здоровых лиц. Мутантный аллель TLR2753Gln и TLR4299Gly зарегистрирован чаще среди исследуемых контрольной группы (u , $p < 0,01$). Генотип Pro/Pro TLR6 (Ser249Pro) ($\chi^2=6,4$; u , $p=0,01$), мутантный аллель Pro TLR6 (Ser249Pro) у больных наблюдался чаще ($\chi^2=1,7$; u , $p < 0,05$) нежели у здоровых лиц.

УРОВЕНЬ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНЫМИ РАНАМИ, ПОЛУЧАВШИХ СОРБЦИОННО-АПЛИКАЦИОННУЮ ТЕРАПИЮ

Крюкова В.В., Цепелев В.Л., Степанов А.В., Курупанов С.И.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

В последние годы в хирургии сформировался принцип активного лечения гнойных ран, в основе которого лежит необходимость воздействия на все патогенетические звенья раневого процесса. Значительное место в комплексном лечении отводится методам сорбционно-апликационной терапии, направленным на скорейшее очищение ран. Перспективным направлением повышения эффективности сорбционной терапии является разработка комбинированных лекарственных форм, состав которых патогенетически обоснован с учетом фазы раневого процесса.

Цель работы - оценка эффективности сорбционно-апликационного способа лечения гнойных ран.

Методы исследования. Нами предложен новый способ лечения гнойных ран, в котором в качестве сорбента используются гранулы обогащенного цеолита, насыщенного раствором ронколейкина. Последний стимулирует созревание грануляционной ткани, усиливает регенераторные процессы в ране. Всем больным производили хирургическую обработку гнойных очагов. В I-й фазе раневого процесса на поверхность раны укладывали один или несколько контейнеров, в которые помещали гранулы обогащенного цеолита, насыщенные раствором ронколейкина из расчета 250000 ЕД на 100 г сорбента. Форму контейнеров и их количество адаптировали к поверхности раны и объему раневой полости. Контейнеры фиксировали стерильной ватно-марлевой повязкой и оставляли в ране на 24 часа. При очередной перевязке контейнер с сорбентом удаляли, рану промывали раствором антисептика и вновь

укладывали свежеприготовленный контейнер с указанной лекарственной композицией. Длительность проведения сорбционно-аппликационной терапии зависела от скорости очищения гнойной раны и составила от 3-х до 7-и процедур. Предложенный способ лечения применен у 121 пациента. Из них с флегмонами и абсцессами мягких тканей было 53 пациента, нагноившимися гематомами - 6, аденофлегмонами - 12, острым парапроктитом - 18, нагноившимися послеоперационными ранами - 11, инфицированными посттравматическими ранами - 7, трофическими язвами - 14 больных. Группу клинического сравнения составили 107 пациентов с аналогичными по тяжести и этиологии гнойными ранами, получавшими традиционное лечение, включающее хирургическую обработку ран, применение антисептиков и комбинированных гидрофильных мазей.

Измерение уровня цитокинов проводили методом твердофазного ИФА с помощью наборов реагентов ТОО "Цитокин" (г. Санкт-Петербург). Статистическую значимость различий оценивали с помощью непараметрического критерия Вилкоксона.

Результаты и их обсуждение. У пациентов, получавших сорбционно-аппликационную терапию, по сравнению с контрольной группой, зарегистрировано снижение концентрации IL-1 β в раневом секрете на 3-и и 5-е сутки лечения в 1,7 и 1,9 раза соответственно ($p < 0,01$). Одновременно с этим, наблюдалось снижение уровня IL-8 во все сроки исследования ($p < 0,01$), а также TNF α на 5-е и 7-е сутки лечения в 2 и 1,7 раза соответственно. Снижение концентрации провоспалительных цитокинов, вероятно, обусловлено неспецифической сорбцией последних, с другой стороны - более быстрой ликвидацией воспалительного процесса.

У больных с обширными гнойными ранами отмечено резкое увеличение концентрации провоспалительных цитокинов в сыворотке крови. Бесконтрольное выделение цитокинов активированными макрофагами и другими цитокинпродуцирующими клетками приводит к развитию синдрома системного воспалительного ответа (SIRS - Systemic Inflammatory Response Syndrome). Наши наблюдения показали, что сорбционно-аппликационная терапия у больных с обширными гнойными ранами способствует снижению интоксикации, а также коррекции синдрома системного воспалительного ответа, что выразилось в уменьшении уровня молекул средней массы, концентрации провоспалительных цитокинов (IL-1 β , IL-8 и TNF α) в сыворотке крови, снижении лейкоцитоза, нормализации лейкоцитарного индекса интоксикации.

Вывод. Обогащенный цеолит является высокоэффективным средством нового поколения для местного лечения гнойных ран. Сорбционно-аппликационная терапия способствует коррекции синдрома системного воспалительного ответа у пациентов с инфицированными ранами.

КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БЕСПЛОДИЯ, АССОЦИИРОВАННОГО С ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Кублинский К.С., Евтушенко И.Д., Ильяди Е.Б., Новицкий В.В.,
Наследникова И.О., Ткачев В.Н., Агаркова Т.А.

ГБОУ ВПО "Сибирский государственный медицинский университет", Томск, Россия

Повышение эффективности лечения бесплодия при эндометриозе является актуальной проблемой, поскольку частота наступления беременности у пациенток данной группы не превышает 30-33%. Перспективным направлением терапии является поиск генетических маркеров иммунологического дисбаланса при эндометриозе.

Цель исследования - оценка эффективности лечения бесплодия при эндометриозе, в зависимости от генетических особенностей пациенток.

Материал и методы исследования.

В программу исследования вошли 236 женщин в возрасте от 21 до 40 лет (средний возраст $31 \pm 1,2$ года), страдающих бесплодием, которые были госпитализированы в гинекологическую клинику ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава РФ в 2009-2012 гг. для проведения диагностической, либо оперативной лапароскопии и гистероскопии. Лапароскопию и гистероскопию выполняли по стандартной методике с использованием аппаратуры фирмы "Karl Storz" (Германия). После чего все пациентки были разделены на две группы. В основную группу вошли 145 женщин у которых во время проведения лапароскопии был обнаружен генитальный эндометриоз. Группу сравнения составила 91 пациентка с бесплодием без эндометриоза. Всем пациенткам после подтверждения диагноза во время лапароскопии проводились молекулярно-генетические исследования. Исследование шести полиморфных участков генов цитокинов (-511C/T гена IL1B (rs16944), T-330G гена IL2 (rs2069762), C-590T гена IL4

(rs2243250), -174G/C гена IL6 (rs1800795), C-592A гена IL10 (rs1800872), C-509T гена TGFB (rs1800469) проводили с использованием аллель-специфической полимеразной цепной реакции. Частоты аллелей и генотипов в группах женщин сравнивали, используя критерий χ^2 с поправкой Йетса на непрерывность. Об ассоциации разных генотипов и аллелей с заболеванием судили по величине отношения шансов (OR).

Полученные результаты.

Через 6-12 месяцев после окончания комбинированного лечения мы оценили его эффективность по частоте наступления маточной беременности. Частота наступления беременности в группе сравнения составила 57% (52 пациентки). При этом в основной группе данный показатель был в два раза ниже - 28% (41 пациентка). Наилучшие результаты были достигнуты после приема агонистов гонадотропин-рилизинг гормона - 43% (18 пациенток), реже - после лечения комбинированными оральными контрацептивами - 26%, без лечения - не превышала 9% ($p < 0,05$).

Результаты проведенного иммуногенетического исследования позволили нам сделать заключение, что неэффективность комбинированного лечения бесплодия у пациенток с эндометриозом зависит от наличия "так называемых рискованных генотипов" цитокинов. Комбинация генотипов CC гена IL1B, TT гена IL2, TT гена IL4, GG гена IL6, CC гена IL10, TT гена TGFB увеличивает показатели относительного риска неэффективности лечения более чем в 8 раз ($OR=8,2$) ($p < 0,0001$).

Выводы.

Таким образом, наиболее эффективным методом медикаментозной терапии эндометриоза является назначение агонистов гонадотропин-рилизинг гормонов в сочетании с предварительной хирургической коррекцией. Низкая эффективность лечения бесплодия, сочетанного с эндометриозом, ассоциирована с носительством комбинации рискованных генотипов: CC гена IL1B + TT гена IL2 + TT гена IL4 + GG гена IL6 + CC гена IL10 + TT гена TGFB. Целесообразно назначение медикаментозной терапии эндометриоза с учетом иммуногенетических особенностей пациентки. При наличии рискованной комбинации генотипов, ассоциированных с неэффективностью лечения целесообразно планирование беременности при помощи ВРТ.

РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ БОЛЬШОГО ОБЪЕМА: ОСОБЕННОСТИ АНАСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ВЕДЕНИЯ

Кудрявцева О.В., Хлобыстин Р.Ю.

ГУЗ "Краевой онкологический диспансер", г.Чита, Россия

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

В период становления хирургии печени (вторая половина XX столетия)- резекции печени большого объема - гемигепатэктомия, трисегментэктомия, расширенная гепатэктомия, комбинированные резекции печени отличались высоким анестезиологическим риском. Для данных операций были характерны высокая травматичность и кровопотеря, что требовало переливания больших объемов препаратов крови и было сопряжено с частым развитием посттрансфузионных осложнений. В этот период у анестезиологов была принята тактика гиперволемической гемодилюции. Кристаллоиды и коллоиды в соотношении 4-3:1, объемом более 50% ОЦК переливали на начальном этапе операции, что влекло за собой значительное повышение диуреза, ЦВД. Гематокрит поддерживался переливанием эритроцитарной массы по показаниям не ниже 30%, гемоглобин 90-100 г/л. Положительные эффекты гипердинамической гемодилюции при операциях на печени больших объемов превышали некоторые отрицательные моменты- такие как повышенное кровенаполнение печени и, как следствие повышенная кровоточивость, отёк кишечника, повышенный риск легочных осложнений, экстравазации жидкости и, как следствие, ухудшение заживления.

В настоящее время операции на печени стали менее продолжительными (в Забайкальском Краевом онкологическом диспансере в среднем 3,5-5 часов), уменьшилась травматичность и кровопотеря. При современных технологиях резекции печени нет необходимости в инфузионно-трансфузионной терапии в режиме гиперволемической гемодилюции. В Забайкальском Краевом онкологическом диспансере выбрана следующая тактика анестезиологического обеспечения при проведении операций на печени:

1. Определение анестезиологического риска (как правило, это пациенты 3 степени риска по МНОАР).
2. При прогнозировании интраоперационной кровопотери учитываются факторы, наличие которых повышает риск интраоперационной кровопотери от 30 до 70 % ОЦК:

- цирроз печени + правосторонняя гемигепатэктомия или расширенная правосторонняя гемигепатэктомия;
- предшествующая химиотерапия при метастазах колоректального рака или рака другого происхождения;
- ПТИ ниже 45%;
- поражение 6,7,8 сегментов печени;
- поражение 3 и более сегментов;
- правосторонняя гемигепатэктомия, расширенная правосторонняя гемигепатэктомия.

С учётом риска кровопотери создаётся запас СЗП и эритроцитарной массы. Непосредственно перед операцией выполняется катетеризация центральной вены, катетеризация эпидурального пространства на уровне Th 7-8, начинается инфузия 0,2% р-ра наропина либо смеси Ниими-Брейвика в эпидуральное пространство. Низкая концентрация наропина не оказывает существенного влияния на гемодинамику во время операции и не вызывает глубокой симпатической блокады, что особенно важно при повышенном риске кровотечения. Вводный наркоз: фентанил+диприван или тиопентал натрия или кетамин, базис-наркоз -низкопоточная анестезия севораном +фентанил внутривенно или севоран + инфузия смеси Ниими-Брейвика в эпидуральный блок. Особое внимание уделяется объёму инфузионной терапии. Инфузионная терапия проводится в режиме нормоволемии со сниженной скоростью и объёмом инфузии на этапе диссекции печёночной паренхимы. Среднее АД поддерживается не ниже 60 мм рт ст, Нt не ниже 30%, диурез 0,7-1,0 мл кг\час, ЦВД-50-60 мм вод ст. После того, как достигнут надёжный хирургический гемостаз темп инфузии увеличивается, ЦВД повышается до 120-140 мм.вод.ст., сохраняя при этом нормоволемию: Нt-30-35 %, что стабилизирует гемодинамику и повышает транспорт кислорода к тканям. Отмечено, что трансфузии СЗП на ранних этапах операции достоверно снижают объём интра- и послеоперационной кровопотери, повышают гемостатический потенциал крови, снижают риск послеоперационных осложнений.

Таким образом, при адекватном анестезиологическом обеспечении, отсутствии технических сложностей при выполнении резекции печени в некоторых случаях удается отказаться от переливания компонентов крови, сохранить стабильную гемодинамику, коагуляционный гемостаз и снизить риск посттрансфузионных и послеоперационных осложнений.

СТРУКТУРА МИОКАРДА ПРИ ДЕЗАДАПТИВНОМ РЕМОДЕЛИРОВАНИИ СЕРДЦА

Кузьмин А.Г., Сепп А.В., Мельникова С.Л.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Постинфарктное ремоделирование сердца характеризуется гибелью кардиомиоцитов и нарушением структурно-функционального состояния внеклеточного матрикса за счёт усиления процессов фиброза. Центральным звеном в развитии фиброза является трансформирующий фактор роста $\beta 1$ (TGF- $\beta 1$), который ингибирует матриксные металлопротеиназы (ММП) и служит медиатором множества эффектов ангиотензина II.

Цель исследования - исследовать клетки миокарда, экспрессирующие TGF- $\beta 1$, ММП 2 и 9 у умерших пациентов с Q- инфарктом миокарда.

Материалы и методы. Исследование проведено на аутопсийном материале - миокарде перинфарктной зоны левого желудочка 35 пациентов. Из них 30 пациентов основной группы, перенесшие Q-ИМ различной локализации, давностью от 3 до 5 лет, и 5 пациентов контрольной группы без патологии сердечно-сосудистой системы. Иммуногистохимическое исследование выполнено на парафиновых срезах биотин-стрептавидиновым иммунопероксидазным методом мышиными моноклональными антителами к матриксным ММП-2, 9 и TGF- $\beta 1$. Вторичными антителами служили козы антимышинные антитела, рекомендованные производителем в системе визуализации. Экспрессия считалась отрицательной, если позитивных клеток было менее 10% в поле зрения, положительной и соответствовала 1 баллу при наличии 10-25% клеток, 2 баллам - 25-50% клеток, 3 баллам - 50-75% клеток, 4 баллам - более 75% клеток. Группы сравнивались с использованием критерия χ^2 , различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Нами установлено достоверное ($p < 0,05$) увеличение массы миокарда до $486 \pm 42,8$ г. в сравнении с контролем на 23-31%, утолщение стенок левого желудочка до $17,5 \pm 2,45$ мм и увеличение продольного и поперечного размеров сердца, за счёт всех его камер. Достоверно высокой экспрессирующей активностью в отношении ММП-2 обладают фибробласты в сравнении с макрофагами ($p < 0,04$), эндотелиальными клетками и нейтрофилами ($p < 0,000$), ММП-9 экспрессируется преимуще-

ственно макрофагами и фибробластами. Достоверно высокий уровень экспрессии трансформирующего фактора $\beta 1$ доказан у фибробластов в сравнении с эндотелиальными клетками ($p < 0,005$), макрофагами и нейтрофилами ($p < 0,000$).

Проведенный корреляционный анализ между массой миокарда и изучаемыми показателями, выявил прямые связи средней силы ($r = 0,21$) между ММЛЖ и ММП-9 и прямые связи средней силы ($r = 0,39$) между TGF- $\beta 1$ и ММЛЖ.

Выводы. Таким образом, в перинфарктной зоне миокарда ММП-2 и TGF- $\beta 1$ экспрессируются преимущественно фибробластами, ММП-9 макрофагами. Экспрессия ММП-2 и 9 указывает на активацию коллагенолитических процессов экстрацеллюлярного матрикса, экспрессия TGF- $\beta 1$ свидетельствует о процессах фиброобразования. Повышение уровня клеточной продукции ММП-2 и 9, TGF- $\beta 1$ может свидетельствовать о наличии фокального воспаления, следствием которого является прогрессирующая утрата кардиомиоцитов по типу некроза, что является одним из звеньев постинфарктного ремоделирования сердца и формирования высокого функционального класса хронической сердечной недостаточности.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА "ПРОНТОСАН" В ЛЕЧЕНИИ МЕСТНОЙ ХОЛОДОВОЙ ТРАВМЫ III-IV СТЕПЕНИ

Куклина Е.Ю.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Отморожения являются одним из наиболее тяжелых видов термической травмы, требующих длительного лечения. Наряду со своевременно выполненным хирургическим вмешательством исход заболевания во многом предопределяется адекватной местной терапией, поэтому поиск и применение новых и высокоэффективных препаратов для лечения ран при отморожениях III-IV степени остаются актуальными в настоящее время.

Целью нашего исследования явилась оценка эффективности местного применения препарата "Пронтосан" при отморожениях кистей и стоп III-IV степени.

Задачи:

1. Изучить и сравнить количество раневого отделяемого на перевязках на фоне применения "Пронтосан" и без него;
2. Изучить и сравнить сроки подготовки к аутодермопластике больных с отморожениями III-IV степени на фоне применения "Пронтосан" и без него;
3. Изучить и сравнить сроки лечения после пластики на фоне применения "Пронтосан" и без него;
4. Провести анализ частоты развития побочных эффектов у пациентов, которым при лечении отморожений III-IV степени местно применялся препарат "Пронтосан";
5. Изучить и сравнить общие сроки лечения пациентов с отморожениями III-IV степени с использованием препарата и без него.

Материалы и методы исследования. Всего проанализировано 60 случаев местной холодовой травмы III-IV степени. В ходе работы в центре термических поражений ГКБ №1 г. Чита проведено динамическое наблюдение за 30 пациентами с отморожениями кистей и стоп III-IV степени после выполнения некрэктомии, находившимися на лечении в центре с ноября 2012 г. по март 2013 г. и анализ их историй болезни с оценкой клинико-лабораторных данных. Контрольная группа - 30 пациентов, получавших лечение в центре термических поражений в 2011 году. Группы больных в 2011-2013 гг. подобраны максимально идентично. Пациентам всех групп применялся стандартный комплекс обследования, включающий бактериологический посев из ран, который проводился на одни и те же сутки пребывания в стационаре. Все пациенты получали базовый комплекс лечения отморожений III-IV степени. В 2012-13 гг. в комплекс лечения ран добавлен гель "Пронтосан". Для оценки клинической эффективности препарата были использованы следующие параметры: количество раневого отделяемого на перевязках (в баллах); сроки подготовки ран к аутодермопластике; сроки лечения пациентов после пластики; общие сроки лечения; количество побочных эффектов. Все данные были обработаны пакетом программы Statistika 6,0 версия 1,2. Ошибка составила меньше 0,05.

Результаты. При анализе полученных данных у большинства пациентов в контрольной и исследуемой группах при первом исследовании (3-й сутки) количество раневого отделяемого было значительным в обеих группах (в среднем, 8,9 баллов); на 5-е сутки применения препарата составили: 2011г. - 8,2; 2012-13 гг. - 7,2; на 7-е сутки применения - 2011г. - 8,0; 2012-13гг. - 5,5; на 10-е сутки применения

2011г. - 6,2; 2012-13гг. -5,1. Сроки лечения до аутодермопластики составили (7 суток +1,0) достоверно сократились по сравнению с группой контроля (10 суток +1,0). Сроки пребывания в стационаре после пластик составили в 2011 г. -12 ± 1; 2012-13 гг. - 9 ± 1. Средние сроки лечения пациентов с использованием препарата "Пронтосан" составили 16 ± 1 суток, а в контрольной группе 22 ± 1. Побочные эффекты, в виде гиперемии вокруг раны, наблюдались в 1-м случае (3,3%).

Выводы.

1. Применение препарата "Пронтосан" сокращает количество раневого отделяемого в ранах.
2. Сокращает сроки подготовки ран к пластике.
3. Сокращает сроки лечения после пластики.
4. "Пронтосан" обладает высокой переносимостью и низкой частотой развития побочных эффектов.
5. Позволяет сократить сроки лечения в стационаре.

РАННЯЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Куклина Е.Ю.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Деформирующий остеоартроз (ДОА) тазобедренного сустава, асептический некроз головки бедренной кости, диспластический коксартроз, перелом шейки бедра, ложный сустав головки бедренной кости относятся к группе основных заболеваний тазобедренного сустава. Эндопротезирование тазобедренного сустава по поводу его заболеваний и последствий травм является одной из наиболее успешных и экономически эффективных операций, улучшающих качество жизни пациентов. Этот метод широко распространён в нашей стране, и уже нет региона, где он не применяется. Большинство хирургических стационаров, занимающихся эндопротезированием, не имеют возможности для проведения полноценных послеоперационных реабилитационных мероприятий. Открытый в 2009 году в г. Чите реабилитационный центр кинезитерапии взял на себя организацию реабилитации пациентов после эндопротезирования тазобедренного сустава в Забайкальском крае.

Цель работы: оценить преимущество раннего реабилитационного лечения пациентов методом кинезитерапии после эндопротезирования тазобедренного сустава.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ истории болезней пациентов после эндопротезирования тазобедренного сустава; историй выздоровления реабилитационного центра кинезитерапии тех же пациентов; диспансерные карты контрольной группы. Метод реабилитации - кинезитерапия. Все данные были собраны и обработаны пакетом программ STATISTICA 6.0 версия 1.2.

Результаты. С июня 2010 по ноябрь 2011 года исследуемая группа включала 60 человек после эндопротезирования. Мужчины составили 35% (21 человек), женщины 65% (39 человек). Мужчины нетрудоспособного возраста составили 8,3% (5 человек), трудоспособного возраста 26,7% (16 человек). Женщины нетрудоспособного возраста составили 26,7% (16 человек), трудоспособного возраста 38,3% (23 человека). Показаниями к эндопротезированию явились: ДОА тазобедренного сустава (идиопатический, вторичный) (80%), диспластический коксартроз (6,7%), асептический некроз головки бедренной кости (8,3%), ложный сустав головки бедренной кости (5%). В реабилитационный центр кинезитерапии пациенты обращались в различные сроки после выписки из стационара: в течение 4 месяцев после эндопротезирования (95% - 57 человек), свыше 4 месяцев (5% - 3 человек). Средние сроки обращения пациентов составили 1 месяц с момента операции. Лечение проводилось в лечебно-тренажёрном зале по индивидуальной программе, используя специальные тренажёры узлокального, многофункционального действия. Контрольную группу составили 20 человек. Первичный осмотр пациентов исследуемой группы и данные диспансерных карт спустя 1 месяц после операции: умеренная болезненность в суставе при ходьбе и в покое, объём движений: отведение 20°, сгибание 80°, разгибание 5°, сила околосуставных мышц - слабая, умеренная атрофия, ходьба с опорой на костыли. Повторный осмотр пациентов через 15 дней: снижение болезненности в суставе при ходьбе, отсутствие болезненности в покое, объём движений: отведение 24°, сгибание 91°, разгибание 10°, увеличение силы околосуставных мышц, увеличение мышечной массы бедра (диаметр бедра увеличился на 1,5 см), 76% пациентов ходят с опорой на трость, 24% с опорой на костыли. Заключительный осмотр пациентов через 30 дней: болевой синдром отсутствует в 95% случаев, у 5% боли при ходьбе, объём движений: отведение 32°, сгибание 100°, разгибание 14°, сила околосуставных мышц хорошая, увеличение мышечной массы бедра, у 69% пациентов восстановилась полная нагрузка на оперированную конечность, 28% передвигаются опорой на трость, 3% - с помощью костылей. По данным диспансерных карт

контрольной группы в идентичные промежутки времени - состояние без динамики. Сроки временной нетрудоспособности у исследуемой группы составили 1-4 месяцев (у трудоспособных), у контрольной группы более 5 месяцев. Ошибка значения $p < 0,001$.

Вывод. Ранняя реабилитация методом кинезитерапии позволяет значительно ускорить восстановление пациента после операции, улучшить двигательную функцию суставов, сократить сроки нетрудоспособности.

О СПОСОБАХ РЕСТАВРАЦИИ МОЛЯРОВ

Кукушкин В.Л., Никулина В.Ю., Кукушкина Е.А.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Лечение кариеса зубов и его осложнений остается одной из самых актуальных проблем терапевтической стоматологии. Это связано не только со сложностью эндодонтического лечения корневых каналов, но и с необходимостью последующего восстановления анатомической и функциональной целостности коронки зуба.

Восстановление зубов, разрушенных кариозным процессом более чем на 1/2 объема коронки, до настоящего времени представляется актуальным, так как имеющиеся в распоряжении врача методики сводятся либо к покрытию зуба восстановительной коронкой, либо к замещению отсутствующих тканей тем или иным пломбирочным материалом. Сроки службы подобных реставраций редко превышают 1-2 года. Это связано, во многом, с малой площадью контакта пломбы и твердых тканей зуба.

Для решения данной проблемы применяют различные элементы, позволяющие, с одной стороны, увеличить фиксирующую поверхность пломбы, а с другой - армировать ее структуру, что усиливает связь конструкции с зубом и ее прочность.

Примерами таких элементов являются всем известные парапульпарные (пины) и внутрикорневые штифты (посты). Однако необходимо отметить, что модуль эластичности металла не совпадает с модулем эластичности твердых тканей зуба, что может привести к появлению микротрещин дентина с последующим ослаблением фиксации штифта и всей пломбы. Кроме того, металлический штифт отличается от пломбирочного материала по оптическим свойствам, может просвечивать сквозь пломбу, что нарушает требования косметики к подобным конструкциям.

Для улучшения фиксации, повышения эстетических качеств и прочности реставрации мы применили арматуру из полимерной волоконной ленты (патент РФ на изобретение № 2479278, приоритет от 12.07.2011).

Лента производится из сплетенных полимерных волокон, пропитываемых фотоадгезивом. Ширина ленты варьирует от 1 до 4 мм (у отдельных производителей - до 9 мм), толщина до 0,5 мм, длина зависит от конкретной задачи. После пропитывания адгезивом и фотополимеризации лента становится жесткой. Основная сфера применения описываемых лент в настоящее время - пародонтология, а именно шинирование подвижных зубов при пародонтите путем соединения их между собой и (или) с неподвижными зубами.

Мы проводили препарирование кариозной полости с формированием отвесных стенок, служащих площадками для прикрепления краев ленты. Затем измеряли необходимую длину ленты с помощью зубной нити (флосса). Затем отрезанную по образцу полимерную ленту укладывали в кариозную полость по периметру и адаптировали таким образом, чтобы получилось кольцо. Фиксация краев ленты производилась последовательно путем пропитывания фотоадгезивом, нанесения жидкотекучего композита, и засвечивания. Таким образом получали арматуру, условно состоящую из двух частей. Первая (фиксированная) часть кольца была прикреплена к сохранившимся стенкам зуба, вторая - свободная часть - создавала каркас (арматуру) для будущей реставрации.

На основе полученной арматуры проводили дальнейшее восстановление коронки зуба фотокомпозиционным материалом по общепринятой стандартной методике.

Всего в процессе разработки способа нами было проведено 36 реставраций зубов с разрушением коронки более 1/2 ее объема. Отдаленные результаты в течение года показали отсутствие выпавших пломб, не отмечено также их полного или частичного разрушения, изменения цвета, что свидетельствует о хорошей фиксации и высокой косметичности полученных реставраций.

МЕХАНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ АРМИРОВАННОЙ РЕСТАВРАЦИИ ЗУБА

Кукушкин В.Л., Никулина В.Ю., Кукушкина Е.А.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Восстановление анатомической целостности коронки жевательного зуба, подвергшегося эндодонтическому лечению, остается серьезной проблемой терапевтической стоматологии. Средний срок службы пломб редко превышает 1-2 года. Во многом, это связано с большими функциональными нагрузками на эти зубы, и недостаточной механической прочностью материала пломбы. В связи с этим, большой интерес представляет оценка прочности различных видов реставрации зубов, разрушенных кариозным процессом (либо травмой) более чем на $\frac{1}{2}$ объема коронки.

Цель. Провести сравнительную оценку прочности реставраций коронок моляров, изготавливаемых стандартным методом из светоотверждаемых композитных материалов и при армировании конструкции полимерной лентой.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели были исследованы 20 удаленных моляров нижней челюсти с кариозными полостями 2 класса по Г.В.Блэку. Зубы были разделены на две группы:

- 1) контрольная- 10 моляров, восстановленных композиционным пломбировочным материалом "Filtek Z250" по методике, описанной в инструкции по применению;
- 2) опытная - 10 моляров, восстановленных тем же композитом, но предварительно армированных полимерной лентой Construct (USA, Kerr).

В обеих группах с использованием водяного охлаждения было проведено препарирование 20 кариозных полостей, медикаментозная обработка 3% раствором перекиси водорода, адгезивная подготовка путем протравливания 37% ортофосфорной кислотой и нанесения адгезива "Prime Bond". В контрольной группе в кариозные полости вносился композиционный материал "Filtek Z250" по общепринятой стандартной методике.

В опытной группе после препаровки изготавливали кольцевую арматуру по разработанному нами способу (патент РФ на изобретение № 2479278, приоритет от 12.07.2011).

Длину полимерной ленты измеряли индивидуально с помощью зубной нити (флосса) и линейки. Отрезанную от рулона по образцу ленту укладывали в кариозную полость и адаптировали таким образом, чтобы получилось кольцо. Фиксацию краев ленты к боковым стенкам полости производили последовательно, путем пропитывания фотоадгезивом, нанесения текучего композита и полимеризации светодиодной лампой. На основе полученной арматуры проводили восстановление зубов по стандартной методике. Далее восстановленные зубы фиксировали в металлической подставке для последующего испытания. Разрушение зубов проводили на испытательном стенде кафедры физики ЧГМА, с постепенным увеличением силы нагрузки и фиксацией силы (в Н) в момент разрушения.

Результаты обработаны статистически с использованием критерия Манна-Уитни (Z). Данные представлены в виде: Me- медиана, ДИ-интерквартильный (процентильный) интервал. Критический уровень значимости принимался равным 0,05.

Результаты и их обсуждение. В зубах контрольной группы, восстановленных без армирующей ленты, разрушение реставрации происходило при силе в 550 (ДИ 400-1000) Н. При этом нужно отметить, что в первую очередь разрушался пломбировочный материал, распадаясь на мелкие кусочки, после чего происходило разрушение твердых тканей зуба.

В зубах, восстановленных с использованием полимерной ленты, для разрушения коронки понадобилась большая сила, которая составила 900 (ДИ 700-1800) Н, $p(Z) < 0,05$. При этом важно отметить, что реставрация оставалась целостной, но происходил раскол твердых тканей самого зуба.

Заключение. Таким образом, проведенные эксперименты показали, что применение армирующей полимерной ленты усиливает механическую прочность конструкции почти в 2 раза, и в клинике отразится в увеличении срока службы реставрации зуба по разработанному способу.

МИКРОЭКОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВЛАГАЛИЩНОГО БИОТОПА ЖЕНЩИН С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГЕНИТАЛИЙ И НАРУШЕНИЯМИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ

Кунгурцева Е.А., Лещенко О.Я., Попкова С.М., Шабанова Н.М.

ФГБУ "Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека" СО РАМН,
Иркутск, Россия

Инфекционно-воспалительные заболевания женских половых органов занимают особое место в структуре общей заболеваемости на планете. Их значимость обусловлена ростом стертых и первично

хронических форм, что ведёт к нарушению овариально-менструального цикла, снижению фертильности, повышению частоты невынашивания беременности и является этиологическим фактором антенатального инфицирования плода. Нередко развитие воспалительных заболеваний внутренних половых органов женщин происходит на фоне нарушений баланса микрофлоры влагалища и цервикального канала, являясь следствием дисбаланса защитных сил организма, повышением патогенного потенциала бактерий и отражением крайней степени дисбиоза. Микрофлора влагалища играет исключительно важную роль и ее следует рассматривать как своеобразную экологическую систему, реагирующую на любые изменения состояния организма женщины.

Цель настоящего исследования - сравнительное изучение микробиологического баланса индигенной микробиоты и представителей условно-патогенной микробиоты (УПМ) вагинального биотопа у женщин с неспецифическими воспалительными заболеваниями половых путей и репродуктивными нарушениями.

Микробиологическое обследование вагинального биотопа у 324 женщин репродуктивного возраста (от 17 до 40 лет), проживающих в г.Иркутске и обследованных с 2008 по 2012 гг., проводилось на базе лаборатории микробиологии ФГБУ "НЦ ПЗСРЧ" СО РАМН. Из исследования были исключены женщины с урогенитальными инфекциями, передаваемыми половым путем, и беременные. Исследования проводились по стандартным методикам с использованием актуальных справочных материалов (Данилова О.П., Пономаренко В.А., 2000; Меньшиков В.В., 2009). Изучался состав УПМ и концентрация лактобактерий.

Для интегральной оценки микробиологических характеристик использовались следующие показатели: индекс видовой насыщенности (ивн) - среднее количество видов, входящих в состав биоценоза; показатель постоянства (с) - для выявления долевого участия различных видов в структуре биоценоза в %. Интерпретация: с > 50% - постоянный вид; с = 25- 50% - добавочный вид; с < 25% - случайный вид.

Для статистической обработки результатов использовали пакет прикладных программ "STATISTICA"-6.0, Microsoft Excel 2003.

В соответствии с характером репродуктивных нарушений пациентки были распределены по трем клиническим группам: 1 гр. - женщины с воспалительными заболеваниями наружных половых органов и влагалища и шейки матки (кольпит и цервицит (эрозия)), 187 чел.; 2-я гр. - женщины с воспалительными заболеваниями матки и придатков матки (хронический эндометрит и хронический сальпингоофорит) 73 чел.; 3-я - женщины с бесплодием (отсутствие беременности в течение 1 года регулярной половой жизни) и с невынашиванием беременности, 64 чел.

По состоянию микробиологического баланса индигенной микрофлоры (концентрация лактобацилл) у пациенток были выделены три типа вагинального микробиоценоза: первый тип - "нормоценоз" (содержание лактобацилл $\geq 6 \text{ Lg KOE/г}$ и выше), "дисбиоз" (содержание лактобактерий - 4-5 Lg KOE/мг) и "глубокий дисбиоз" (незначительная концентрация, менее 4 Lg KOE/мг, или полное отсутствие роста лактобактерий).

Максимальное количество женщин с "глубоким дисбиозом" отмечено при воспалительных заболеваниях нижнего (44%) и верхнего этажа полового тракта (49%). У каждой четвертой женщины с бесплодием и невынашиванием беременности отмечен дефицит лактобацилл (28%), а у каждой второй (53% в 3-й группе) - глубокий дефицит, что указывает на микробиологическое неблагополучие в вагинальном биотопе и может быть одной из причин развития у них инфекционно-воспалительных заболеваний половой сферы и других репродуктивных нарушений.

Показатели ивн для представителей УПМ по группам были следующие: при цервиците (эрозии шейки матки) наименьший индекс соответствовал "глубокому дисбиозу" (1,6-1,4 соответственно), у женщин с кольпитом наименьший ивн при "нормоценозе" (1,5), но более значимый рост показателя от "нормоценоза" до "глубокого дисбиоза" (1,7), что, возможно, обусловлено особенностью протекания воспалительного процесса. При сальпингоофорите при разной глубине "дисбиоза" - отсутствуют резкие отличия в показателях ивн (ивн=1,8-1,9- 1,8 соответственно) что, возможно, связано с длительностью хронического воспалительного процесса и снижением защитной роли индигенной микрофлоры (лактобациллы) влагалища. При хроническом эндометрите ивн наибольший (2) зарегистрирован на фоне "глубокого дисбиоза" и ивн наименьший (1,3) на фоне "дисбиоза" и "нормы". Это свидетельствует о хронической персистенции УПМ, то есть такой форме существования бактерий, при которой замедлен метаболизм, низка скорость размножения и возможна смена возбудителей при циклическом отторжении эндометрия (при хроническом эндометрите). В 3-й группе (как при невынашивании, так и при бесплодии) ивн наибольший при "нормоценозе" (2 и 1,6 соответственно), а наименьший - при "глубоком дисбиозе" (ивн=1,3). Возможно, эти наблюдения обусловлены индивидуальными особенностями

антагонистической активности популяций индигенных лактобацилл пациенток с формированием патологических связей с транзиторной микрофлорой. Так, в ряде исследований, в 63% случаев оппортунистическая микрофлора не обнаруживается, поскольку локализуется в толще пораженных воспалением тканей.

В иерархии бактериального сообщества в исследуемых группах и внутри них прослеживалась четкая закономерность. Наиболее часто встречающимися видами и постоянными участниками вагинального биотопа у женщин регистрировались лактобактерии во всех исследуемых группах при нормоценозе и дисбиозе (хотя с низкой популяционной плотностью, 4-5 LgКОЕ/мл). Коагулазоотрицательные стафилококки (КОС) (преимущественно *Staphylococcus epidermidis*) были постоянными участниками влагалища у женщин с цервицитом на фоне "нормы" (содержание лактобацилл ≥ 6 LgКОЕ/мл) и при "глубоком дисбиозе"; у женщин с сальпингоофоритом - при "глубоком дисбиозе", а также на фоне "нормы" при невынашивании беременности. При цервиците количественный спектр видов колебался от 1 до 6 видов (от нормоценоза до глубокого дисбиоза соответственно), при кольпите - от 5 до 8, при эрозии шейки матки от 3 до 7, при сальпингоофорите от 6 до 7, при эндометрите - от 1 до 4, при невынашивании - от 3 до 6, при бесплодии от 2 до 8.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о характере динамических изменений микробиологического состояния вагинального биотопа у женщин с неспецифическими воспалительными заболеваниями и репродуктивными нарушениями. В основном плотность и спектр вегетирующих УПМ зависел от концентрации лактобацилл, показатели которых резко возрастали с глубиной дефицита лактофлоры.

Сравнение значений ИВН с качественной картиной микробиоценоза влагалища, на первый взгляд, выявило определенную несогласованность, что может быть обусловлено "патологическим симбиозом" (Бухарин О.В., 2012) индигенной лактофлоры с УПМ или(и) свидетельствует об индивидуальной реакции как организма, так и низкой антагонистической активности индигенных популяций лактофлоры. Анализ полученных данных свидетельствуют об информативности используемых экологических показателей в оценке микробиологического статуса влагалищного микробиоценоза.

Представленный материал послужил основой для дальнейших исследований микробной экологии и изучения процессов взаимоформирования микробиоты трёх биотопов (вагинальный, кишечный и носоглоточный) от каждой из женщин с воспалительными заболеваниями полового тракта и с нарушениями репродуктивной функции на микробиологическом и генетическом уровне с изучением потенциала патогенности УПМ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИМУНОФАНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРИТОНИТОМ

Курупанов С.И., Цепелев В.Л., Степанов А.В., Крюкова В.В.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

При распространенных формах перитонита возникают выраженные нарушения в состоянии основных защитных систем: иммунитета и неспецифической резистентности, от эффективной коррекции которых во многом зависят результаты лечения. В настоящее время в лечении перитонита широко используются такие иммунокоррегирующие пептидные препараты, как Т-активин, тималин, миелопид. Однако, указанные препараты представляют собой неразделенную смесь пептидов, что не позволяет проводить их стандартизацию и, соответственно, резко ограничивает возможности их применения. Дальнейшая перспектива повышения эффективности лечения перитонита заключается в совершенствовании пептидных препаратов, создании их синтетических аналогов и изучении механизмов действия в отношении различных звеньев иммунной системы.

Цель работы - оценить эффективность коррекции иммунологических нарушений у больных с распространенными формами перитонита иммуномодулятором нового поколения - имунофаном.

Методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 63 пациента с распространенными формами перитонита, получавших лечение в отделении гнойной хирургии ККБ г. Читы. Объем хирургического пособия включал: устранение источника перитонита, санацию и дренирование брюшной полости, декомпрессию желудочно-кишечного тракта. В послеоперационном периоде проводили комплексное лечение с применением антибиотиков, инфузионной терапии, анальгетиков.

Первую группу составили 29 больных с распространенным перитонитом, которым дополнительно к комплексному лечению назначали имунофан ("Бионокс", Россия) по 50 мкг внутримышечно 1 раз в сутки в течение 7-10 суток. Имунофан представляет собой гексапептид структурной формулы: Arg-Asp-Lys-Val-Tyr-Arg, созданный путем частичной модификации гормона вилочковой железы - тимо-

пентина (Лебедев В.В., 1999). Причинами перитонита явились: перфоративная язва - 18 (62,1%) больных, деструктивный аппендицит - 5 (17,2%), закрытая травма живота - 3 (10,3%), панкреонекроз - 3 (10,3%). Группу клинического сравнения составили 34 пациента с аналогичным по тяжести патологическим процессом, получавших традиционное комплексное лечение. Причиной перитонита у 20 (58,8%) больных была перфоративная гастродуоденальная язва, у 6 (17,6%) - деструктивный аппендицит, у 4 (11,7%) - панкреонекроз, у 4 (11,7%) - травмы живота.

Субпопуляции лимфоцитов определяли методом непрямой мембранной иммуофлюоресценции с МкАТ ("Сорбент", г. Москва). Концентрацию иммуноглобулинов определяли методом нефелометрии на иммунохимическом анализаторе (Beckman, США). Определение концентрации цитокинов проводили методом твердофазного ИФА с использованием наборов реагентов ТОО "Цитокин" (г. Санкт-Петербург). Статистическую значимость различий оценивали с помощью непараметрического критерия Вилкоксона.

Результаты и обсуждение. Использование имунофана в комплексном лечении больных с перитонитом сопровождалось клиническим улучшением у 89,7% из них. При оценке объективных клинических критериев синдрома системной воспалительной реакции отмечен положительный клинический эффект у больных, получавших имунофан. Так, на третьи сутки назначения препарата отмечалось уменьшение тяжести эндотоксикоза, что проявлялось снижением температуры до субфебрильных значений, достоверным уменьшением лейкоцитоза ($p < 0,05$), а также лейкоцитарного индекса интоксикации ($5,8 \pm 0,6$ до лечения и $3,3 \pm 0,4$ расч. ед. после лечения, $p < 0,05$). У больных, получавших имунофан, средний срок снижения температуры тела до субфебрильных значений составил 2,2 0,3 дня, в группе клинического сравнения - 4,8 0,4 дня ($p < 0,05$). У 24 (82,8%) больных, получавших имунофан, уже на 3-4-е сутки регистрировали снижение тахикардии и частоты дыхания, в то время как в группе с традиционным лечением нормализация данных параметров в указанные сроки отмечена лишь у 15 (44,1%) пациентов. Включение имунофана в программу комплексного лечения больных с перитонитом способствовало уменьшению количества отделяемого по дренажам, восстановлению перистальтики кишечника в более ранние сроки.

Проведенные исследования показали, что у больных с перитонитом отмечается депрессия клеточного иммунитета, что выражается в резком снижении общего числа лимфоцитов в крови, а также количества клеток с маркерами CD3 и CD4. В меньшей степени снижается количество лимфоцитов, несущих маркеры CD8 и CD19. За счет этих сдвигов у данной категории больных уменьшается коэффициент CD4+/CD8+, что также свидетельствует об угнетении реакций клеточного иммунитета.

У больных, получавших имунофан увеличивается общее количество лимфоцитов ($p < 0,01$), практически до нормы возрастает количество CD3+ клеток ($p < 0,01$), увеличивается число клеток, несущих маркер CD4 ($p < 0,01$). Одновременно с этим, практически не изменяется количество CD8+-лимфоцитов (цитотоксические лимфоциты) и CD19+ (B-лимфоциты). У больных, получавших имунофан, возрастает индекс CD4+/CD8+, что мы считаем положительным признаком. Полученные данные свидетельствуют о том, что имунофан нормализует Т-клеточное звено иммунитета у больных с разлитым гнойным перитонитом.

У больных с перитонитом в 1-2-й день после операции наблюдается дисбаланс уровня иммуноглобулинов в сыворотке крови - уменьшается концентрация IgG, одновременно с этим концентрация IgM и IgA достоверно не отличается от нормальных показателей. На 8-10-е сутки после оперативного вмешательства у больных, получавших традиционное лечение, происходит незначительное увеличение уровня IgM и IgA, тогда как концентрация иммуноглобулина G остается сниженной. В процессе лечения имунофаном содержание IgG увеличивается на 55,8% ($p < 0,05$), IgA - на 47,3% ($p < 0,05$), по отношению к группе клинического сравнения, в то время как уровень IgM не изменяется.

Проведенные исследования показали, что у больных с разлитым гнойным перитонитом резко увеличивается концентрация провоспалительных цитокинов в сыворотке крови. Так, в 3,2 раза повышается содержание IL-1 β , в то же время концентрация IL-8 увеличивается в 62,9 раза и в 21,9 раза возрастает содержание TNF α . Активация клеток, продуцирующих цитокины, происходит под влиянием эндотоксинов, микроорганизмов, гипоксии. Иммунная система перестает контролировать секрецию цитокинов и других медиаторов воспаления. Это приводит к тому, что провоспалительные цитокины вместо защиты организма начинают оказывать деструктивное действие на ткани не только в очаге инфекции, но и в других органах, что при определенных условиях может привести к полиорганной недостаточности, сепсису и септическому шоку.

У больных, получавших имунофан, уровень IL-1 снизился в 1,7 раза ($p < 0,01$), IL-8 - в 1,5 раза ($p < 0,01$), TNF α - в 1,6 раза ($p < 0,01$). Мы склонны рассматривать снижение уровня провоспалительных цитокинов как благоприятный фактор, свидетельствующий о более быстрой ликвидации воспали-

тельного процесса у больных, получавших иммуномодулирующую терапию. Нормально функционирующие механизмы иммунной системы препятствуют бесконтрольному выделению цитокинов, обеспечивают адекватную реакцию организма на воспаление.

Выводы:

1. Включение иммунофана в комплексное лечение больных с разлитым гнойным перитонитом приводит к увеличению количества лимфоцитов, несущих маркеры CD3, CD4; повышению концентрации IgG и IgA.
2. Биорегулирующая терапия с применением иммунофана способствует коррекции синдрома системного воспалительного ответа у больных с перитонитом, что выражается в снижении уровня провоспалительных цитокинов (IL-1 β , IL-8 и TNF α) в крови.

ЧАСТОТА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Кушнаренко Н.Н., Казерацкая Е.Б., Лесков С.В., Пережогина О.В.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Цель: изучить причины тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) у онкологических больных.

Материалы и методы. Объектом исследования явились пациенты, находившиеся на лечении в ГУЗ "Забайкальском краевом онкологическом диспансере" в 2012 году по поводу онкологических заболеваний различных локализаций, причиной смерти которых стала ТЭЛА. Пульсоксиметрия проводилась прибором MD300C12. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программ Statistica 6.1 (StatSoft). Данные представляли в виде среднего арифметического значения (M), ошибки средней (m), а также в процентах. Для определения значимости отличий применялся критерий Манна-Уитни. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты: В 2012 г. причиной летального исхода пятнадцати пациентов, явилась ТЭЛА, что составило 13,9% от всех умерших в ГУЗ "Забайкальский краевой онкологический диспансер". Из них женщин - 8(53%), мужчин - 7(47%). Средний возраст пациентов составил $67,3 \pm 1,5$ года. Наиболее часто в опухолевый процесс вовлекались легкие - 5(34%), толстая кишка - 4(26%), желудок - 3(20%), а также матка - 2(13%) и мочевого пузыря - 1(7%). Все пациенты, у которых произошла ТЭЛА, имели опухолевый процесс в далеко зашедшей стадии, а именно T4N3M1. Нами была проведена предварительная оценка вероятности ТЭЛА по 2-м шкалам: M.W. Roges, P.S. Wells (2001 г) и G. LeGal (Женева, 2006г). У 13-ти (86%) пациентов выявлена высокая вероятность возникновения ТЭЛА, 2(14%) пациента демонстрировали умеренную вероятность риска ТЭЛА. Нами установлено, что у всех пациентов произошла массивная тромбоэмболия легочной артерии, клиническая картина ТЭЛА протекала молниеносно, сопровождалась кардиогенным шоком; 5(33%) больных получали лучевую и химиотерапию, 10(67%) больных находились в послеоперационном периоде. Ни в одном из случаев по результатам патологоанатомических вскрытий источник тромба не найден. Одним из самых значимых факторов развития ТЭЛА является гипоксическое состояние. В послеоперационном периоде у 13(86%) пациентов значение сатурации крови кислородом (SPO2) равно $92 \pm 0,5\%$, наблюдается гипоксия. Всем пациентам был выставлен диагноз ТЭЛА при жизни. Гепаринопрофилактика была проведена 3(20%) пациентам. Ни одному из пациентов не проводилось тугозластическое бинтование нижних конечностей в раннем послеоперационном периоде.

Выводы.

1. При ТЭЛА первичная опухоль наиболее часто возникала в легких, желудке, толстом кишечнике, матке.
2. Большая часть больных, умерших от ТЭЛА, страдали опухолевым процессом в далеко зашедшей стадии (T4N3M1).
3. Согласно шкал Женевской (2006) и Roges, Wells (2001) практически все больные имели высокую вероятность возникновения ТЭЛА.
4. Тугозластическое бинтование нижних конечностей пациентам не проводилось.
5. В послеоперационном периоде развивается гипоксия, что имеет значение в развитии ТЭЛА.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОРАФИЯ У ДЕТЕЙ

Ли И.Б.¹, Гаймоленко С.Г.², Степанова Н.М.²

ГУЗ "Краевая детская клиническая больница", Чита, Россия¹

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Заболеваемость детей грыжами передней брюшной стенки по данным разных авторов составляет 4,5-5,5%, из которых наиболее часто встречаются паховые грыжи. В основе заболевания лежит нарушение редукции вагинального отростка брюшины. Особенно часто паховая грыжа наблюдается у детей

до 3 лет с существенным преобладанием пациентов первого года жизни. По данным годового отчета отделения чистой хирургии КДКБ г.Читы грыжесечения составляют 53-58% от всех плановых оперативных вмешательств. Одной из характерных особенностей современного этапа развития детской хирургии является разработка и использование в клинической практике различных малоинвазивных методов лечения, в том числе эндовидеохирургических технологий.

Целью настоящего исследования явилось оценить возможности и эффективность использования лапароскопии в лечении паховых грыж у детей. Для решения поставленной цели были исследованы истории болезни 732 детей, находившихся на лечении в КДКБ г.Читы за период 2006-2012 г.г. по поводу паховых грыж. Для сравнительной оценки результатов лечения детей с паховыми грыжами были выделены 2 группы больных. Первую группу составили дети (53 пациента), которым была выполнена лапароскопическая герниорафия, в группу сравнения включены больные (679 детей), которым выполнялись традиционные в детском возрасте оперативные методики. Сопоставить пациентов сравнимых групп по возрасту и полу трудно из-за значительной разницы в их численности, а также в связи с тем, что до настоящего времени мы придерживаемся следующих основных показаний к проведению эндоскопического метода "грыжесечения": наличие двустороннего поражения, сочетание пупочной и паховой грыж, паховые грыжи у девочек, субклинические формы паховых грыж. Кроме того, учитываются пожелания родителей в выборе метода оперативного лечения.

Лапароскопическая герниорафия внедрена в КДКБ с 2006 года, но широкое распространение по ряду причин получила лишь с 2010 - 83% пациентов, оперированных эндоскопически, получили лечение в период 2010-2012 г.г. В связи с этим, в этот же период времени выполнено выборочное исследование критериев сравнения результатов лечения в группах. Всего обследовано по 25 детей в обеих группах, которые получили лечение в стационаре в один временной промежуток. В первой группе преобладали девочки, но возрастной состав групп был сопоставим (все пациенты - дети младшей возрастной группы, с которыми по уходу находилась мать). Для оценки критериев результатов лечения использованы продолжительность оперативного вмешательства, методы клинического наблюдения и опрос матери.

По мере накопления опыта продолжительность лапароскопической герниорафии уменьшилась с 25-30 до 10-15 минут и в настоящее время в среднем составляет 12 ± 3 мин, в контрольной группе - 25 ± 7 минут. Однако продолжительность вмешательства не может служить решающим фактором, т.к. неоднороден состав оперирующих бригад.

В послеоперационном периоде исследовались такие показатели, как продолжительность болевого синдрома, частота ранних послеоперационных осложнений и рецидивов, косметический результат, дополнительные возможности метода.

После лапароскопического вмешательства больные отмечают умеренные боли в первые сутки после операции и значительное уменьшение болевых ощущений на 2 сутки. К концу третьих суток жалоб на боли не предъявляют 98% пациентов первой группы. В группе сравнения болевой синдром был выражен в течение первых 3 дней после операции, что значительно влияло на эмоциональный тонус и снижало физическую активность ребенка.

Повторные хирургические вмешательства по поводу осложнений в раннем послеоперационном периоде при данной нозологии крайняя редкость, но в группе контроля эпизодически встречаются гематоцеле, гидроцеле, стойкий отек семенного канатика и оболочек яичка, гематомы в области операционной раны. Суммарная доля осложнений в группе открытых вмешательств не превышает 4-5%. При эндовидеохирургических вмешательствах ранних послеоперационных осложнений не наблюдалось. Истинные рецидивы возможны как при традиционном грыжесечении, так и при эндоскопическом вмешательстве. Причины рецидивов заключаются либо в нарушении технологии обработки грыжевого мешка, либо когда используется неадекватный шовный материал. За исследуемый период были повторно оперированы 3 детей с рецидивами после эндоскопической герниорафии. Причиной рецидива являлись протяженные стежки, которые формировали слабые места брюшины и создавали возможность для реканализации грыжевого мешка.

При опросе родителей отмечена полная удовлетворенность косметическим результатом после лапароскопической герниорафии, в то время как в группе сравнения только 2/3 мам были довольны внешним видом послеоперационной области, несмотря на использование внутридермальной техники наложения швов при открытых вмешательствах.

Кроме того, одним из наиболее важных дополнительных преимуществ использования лапароскопии при паховых грыжах является возможность во время вмешательства диагностировать латентно протекающую грыжу с другой стороны. Таких пациентов выявлено 5, всем детям выполнена одномоментная герниорафия с обеих сторон.

Таким образом, к очевидным преимуществам лапароскопического метода при лечении паховых грыж у детей относится возможность визуализации тканевых изменений в содержимом грыжевого мешка, ушивание внутреннего пахового кольца с минимальной травматизацией яичковых сосудов, семявыносящего протока, круглой связки матки. Использование лапароскопической техники у детей с данной патологией позволяет не только уменьшить операционную травму, но и снизить частоту диагностических ошибок.

ЛАПАРОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ

Ли И.Б.¹, Степанова Н.М.², Гаймоленко С.Г.²

ГУЗ "Краевая детская клиническая больница", Чита, Россия¹

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Несмотря на огромный опыт отечественной детской хирургии в лечении перитонитов, практически нулевую летальность, перитонит остается наиболее острой проблемой неотложной абдоминальной хирургии детского возраста. В последние годы в клиническую практику детских хирургических стационаров активно внедряются эндовидеохирургические технологии, в том числе и при лечении перитонитов различного происхождения. Использование лапароскопии в лечении таких пациентов обладает рядом преимуществ: малая травматичность операционного доступа и манипуляций; отличный обзор и визуальный контроль всех этапов операции; уменьшение болевого синдрома и длительности пареза кишечника; раннее восстановление нарушенных функций организма; уменьшение числа раневых, интраабдоминальных послеоперационных осложнений, частоты спаечной болезни брюшины; сокращение сроков пребывания в стационаре.

Нами проведен анализ 72 случаев аппендикулярного перитонита у детей, находившихся на лечении в Забайкальской Краевой детской клинической больнице (г. Чита). Для объективизации оценки результатов лечения нами были выделены 2 группы больных. В первую вошли дети, которым в указанный период была произведена лапароскопическая аппендэктомия, санация и дренирование брюшной полости, в группу сравнения - дети, которым выполнялась традиционная методика лечения осложненного аппендицита, принятая в КДКБ.

Анализ данных показал, что в 42% случаев дети были доставлены в стационар через сутки от начала заболевания. 65% больных составили дети школьного возраста, на долю детей младше 3 лет пришлось 5%. При поступлении состояние расценивалось как тяжелое у 63% пациентов. Ведущими в клинической картине заболевания являлись болевой и интоксикационный синдромы, а также в 93% случаев присутствовали изменения лабораторных показателей в виде умеренного или гипер-лейкоцитоза, ускорения СОЭ.

Всем детям после предоперационной подготовки были выполнены либо традиционная лапаротомия, либо лапароскопия. Все операции выполнялись под эндотрахеальным наркозом с применением миорелаксантов. При выполнении лапароскопического вмешательства для первичного вхождения в брюшную полость использовался метод прямой пункции брюшной полости тупоконечным троакаром (5,5 мм) фирмы "Karl Storz" по верхнему краю пупочного кольца. Через установленный троакар создавался пневмоперитонеум, с максимальным давлением 10-12 мм рт. ст. Вмешательство всегда начинали с диагностического этапа: при этом оценивали количество, характер и распространенность выпота в брюшной полости; состояние париетальной и висцеральной брюшины, сальника; наличие и расположение раздутых петель кишечника; определяли наличие или отсутствие воспалительного инфильтрата, его характер; уточняли источник перитонита. Аппендэктомию выполняли антеградно, с обработкой брыжейки стандартными биполярными щипцами. На основании скелетированного отростка накладывали 2 петли Редера (нить "викрил" 3/0). На расстоянии 1-1,5 см от лигатуры производили биполярную коагуляцию отростка, после чего его пересекали вне зоны коагуляции. Длина культи аппендикса составляла не более 5 мм. Слизистую культи обрабатывали 5% спиртовым раствором йода.

На завершающей стадии вмешательства проводили окончательную санацию брюшной полости путем промывания до макроскопически чистых вод достаточным количеством стерильных растворов (фурациллин, дистиллированная вода, физиологический раствор) с соблюдением правильной последовательности положений операционного стола (смена позиций Фовлера и Тренделленбурга). Дренирование брюшной полости при разлитом перитоните выполняли резиновыми и трубчатыми выпускниками, установленными под контролем оптики в полость малого таза и по боковым каналам.

В 100% случаев был обнаружен гнойный выпот в брюшной полости, преимущественная локализа-

ция которого позволила в 79% случаев выставить диагноз местного перитонита, в 21% случаев - разлитого. Неограниченная форма разлитого перитонита была диагностирована в 89% случаев. Достаточно частыми сопутствующими осложнениями были тифлит и оментит, который в 33% случаев требовал проведения резекции пряди большого сальника.

После лапароскопического вмешательства больные отмечали значительное уменьшение боли на 2 сутки после операции. У большинства больных после лапароскопического вмешательства интоксикационный синдром сохранялся в среднем 3 суток (в группе контроля - 5-7 суток). У большинства пациентов после лапароскопии отмечены проявления пареза 1-2 степени, которые купировались на фоне терапии к 3 суткам послеоперационного периода, в группе сравнения - парез 2-3 степени купировался на 4-5 сутки.

Повторные вмешательства по поводу осложнений в раннем послеоперационном периоде в группе контроля выполнялись в 4% случаев, после лапароскопических операций у 2 пациентов отмечено формирование воспалительных инфильтратов, которые разрешены консервативно.

Таким образом, полученные нами результаты позволяют лапароскопический способ лечения перитонитов считать конкурентоспособным и по сравнению с традиционными методами хирургического лечения его преимуществами, помимо косметического результата, являются: возможность детального визуального осмотра органов брюшной полости; более щадящая ревизия органов и санация брюшной полости; более гладкое (благоприятное) течение послеоперационного периода и раннее восстановление функции ЖКТ; профилактика таких серьезных осложнений перитонита, как кровотечение, эвентрация, спаечная болезнь брюшины.

ХОЛЕЦИСТОСТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ КИСТОЗНЫХ АНОМАЛИЙ ХОЛЕДОХА У ДЕТЕЙ

Ли И.Б.¹, Гаймоленко С.Г.², Степанова Н.М.²

¹ГУЗ "Краевая детская клиническая больница", Чита, Россия

²ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

В настоящее время общепризнано, что у детей с кистозными аномалиями холедоха, наиболее эффективным и надёжным методом хирургического лечения является радикальное иссечение кисты с формированием гепатикоюноанастомоза на изолированной петле по Ру. В период обострения холецистохолангиопанкреатита выполнение данного объёма операции практически невозможно, либо чрезвычайно опасно.

Цель исследования: оценить эффективность разгрузочной холецистостомии в лечении кист холедоха, осложнённых холецистохолангиопанкреатитом.

В 2012 году, в отделении чистой хирургии КДКБ г. Чита, получили лечение 2 пациентки в возрасте 4-х и 5-и лет. Обе девочки поступили в экстренном порядке с клиническими проявлениями обострения холецистохолангиопанкреатита - присутствовали болевой синдром, интоксикация, желтуха. При ультрасонографии живота были обнаружены кистозные образования в проекции наружных желчных ходов, при этом, в обоих случаях, отмечались множественные кистозные расширения внутривнутрипечёночных желчных протоков, слоистость и утолщение стенок желчного пузыря и самого кистозного образования. При УЗИ удалось целенаправленно отследить связь просвета желчного пузыря с кистозным образованием. В биохимическом анализе крови у обеих пациенток отмечено значительное увеличение показателей билирубина, активности щелочной фосфатазы и амилазы крови.

С целью декомпрессии желчных ходов в обоих случаях выполнена лапароскопическая холецистостомия с использованием катетера Фолея. Оперативное вмешательство выполнялось из двух троакаров (5 и 10 мм). После наложения кисетного шва под видеоконтролем кистозные образования пунктированы, одномоментно опорожнены, в месте пункции сформирована холецистостома. Отчетливое улучшение в состоянии пациенток зафиксировано в первые сутки после вмешательства - отмечено купирование болевого синдрома, значительное уменьшение интенсивности желтухи, прогрессивная нормализация биохимических показателей. При контрольном УЗИ выявлено значительное сокращение в размерах, как внутривнутрипечёночных желчных протоков, так и самой кисты.

Через 3 и 4 месяца, при наличии функционирующего желчного свища, обеим девочкам выполнен основной этап операции - радикальное иссечение кисты с формированием гепатикоюноанастомоза на изолированной петле по Ру. В плане предоперационного обследования в обоих случаях выполнена чрезфистульная холецистохолангиография, что позволило выяснить состояние гепатобилиарного тракта. Основным этапом операции проходил с характерными для данной нозологии трудностями, без ослож-

ний. Обе пациентки выписаны из стационара с выздоровлением. При контрольном обследовании одной пациентки через 3 месяца: состояние удовлетворительное, жалоб нет; функция желудочно-кишечного тракта не нарушена; биохимические показатели в физиологических пределах; при УЗ-исследовании расширения внутривенных протоков не определяется, плотность печени обычная, визуализируется функционирующий гепатикоеноанастомоз.

Таким образом, в ряду паллиативных вмешательств, при осложнённом течении кистозных аномалий желчных ходов, лапароскопическую холецистостомию можно рассматривать как подготовительный этап хирургического лечения. Наличие функционирующего разгрузочного желчного свища позволяет значительно уменьшить воспалительные изменения в желчных ходах и самой кисте, что создаёт благоприятные условия для выполнения радикального объёма операции.

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ ТОЛЩИНЫ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ЗОНЫ СЕТЧАТКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ МЕТОДОМ ПАНРЕТИНАЛЬНОЙ ЛАЗЕРКОАГУЛЯЦИИ С ДЛИНОЙ ВОЛНЫ 577НМ

Литвинцев С. В., Зимина М. Г., Деревцова К. А.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

В настоящее время наиболее распространённым методом лечения пролиферативной диабетической ретинопатии (ПДР) является панретинальная лазеркоагуляция (ПЛК).

Цель: определение эффективности и безопасности панретинальной лазеркоагуляции, как метода монотерапии в лечении диабетической ретинопатии.

Материалы и методы. Обследовано 21 человек (28 глаз) с установленной стадией ретинопатии не менее пролиферативной, получивших по 4 сеанса панретинальной лазеркоагуляции с наложением коагулятов до внутренних границ сосудистых аркад количеством до 500 за один сеанс. Анализ толщины центральной зоны сетчатки был проведен с использованием метода оптической когерентной томографии (ОКТ) за 1 день до первого сеанса и через 1-1,5 месяца после завершения монотерапии методом панретинальной лазеркоагуляции с длиной волны 577 нм, параметры лазерного излучения подбирались индивидуально в зависимости от пигментации сетчатой и прозрачности сред до получения коагулятов II-III степени. Офтальмологическое обследование проведено по общепринятым методикам.

Результаты. В результате сравнительного анализа толщина центральной зоны сетчатки после завершённой панретинальной лазеркоагуляции через 1-1,5 месяца в 10 глазах уменьшилась в среднем на $34,1 \text{ мкм} \pm 2,1 \text{ мкм}$, что составляет 35,7% обследованных глаз, в 14 глазах увеличилась в среднем на $27,9 \text{ мкм} \pm 1,5 \text{ мкм}$, что составляет 50% обследованных глаз, в 4 глазах не изменилась - 14,2% случаев. При этом зрительные функции (острота зрения) увеличились на $0,2 \pm 0,04$ у 3-х человек (3 глаза), уменьшились на $0,1 \pm 0,02$ у 1 человека (1 глаз), а в остальных случаях острота зрения осталась неизменной, несмотря на колебания толщины сетчатой. В целом результаты позволяют утверждать, что панретинальная лазеркоагуляция, как метод монотерапии неполноценна и не может быть использована как стандартная в широкой клинической практике без тщательного наблюдения пациента в отношении макулярного отека. Во всех случаях при сохранении диабетического макулярного отека после завершения лазеркоагуляции были выполнены инъекции стероидных препаратов (бетаметазон, триамцинолон) в субтенонново пространство либо ингибиторы ангиогенеза интравитреально с целью уменьшения макулярного отека.

Выводы. Использование панретинальной лазеркоагуляции сетчатки длиной волны 577нм, как метода монотерапии неполноценна, и должна рассматриваться как часть комплексного лечения диабетической ретинопатии и макулярного отека.

ВОЗМОЖНОСТИ ЛАЗЕРНОЙ ДОПЛЕРОВСКОЙ ФЛОУМЕТРИИ КАК МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА В РАННИЕ СРОКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Лобанов С.Л., Троицкая Н.И.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

ГУЗ "Городская клиническая больница №1", Чита, Россия

Острый панкреатит является одним из наиболее распространенных тяжелых заболеваний органов брюшной полости и представляет серьезную медико-социальную проблему в связи с ростом заболеваемости. Наиболее тяжело протекают деструктивные панкреатиты, удельный вес которых достигает 15-

25 %. Диагностика конкретной формы болезни, оценка степени тяжести и прогноза течения острого панкреатита является сложной задачей, особенно в первые часы заболевания.

По мнению ряда авторов одним из важнейших звеньев в патогенезе является расстройство кровообращения на уровне микроциркуляторного русла. Гемодинамические нарушения появляются на ранних стадиях и сопровождают все периоды заболевания. В связи с этим, важное значение приобретает изучение состояния микроциркуляторного русла при остром панкреатите.

В настоящее время одним из эффективных методов изучения микроциркуляции считается лазерная доплеровская флоуметрия, получившая широкое распространение в связи с точностью и оперативностью, возможностью длительного и бесконтактного мониторинга, возможностью проведения исследования неограниченное количество раз.

На базе ГУЗ "Городская клиническая больница №1" г. Читы нами проведено исследование состояния микроциркуляции методом лазерной доплеровской флоуметрии на аппарате ЛАКК-02 (НПП "Лазма", Россия) у 57 больных с различными формами острого панкреатита. В I группу вошли 30 больных с отечной формой панкреатита, во II группу - 27 больных с деструктивной формой острого панкреатита. Группу клинического сравнения составили 19 практически здоровых человек. Исследование проводилось в первые сутки заболевания.

Параметр М характеризует средний приток эритроцитов в единице объема ткани в зондируемом участке в интервале времени регистрации. При анализе полученных данных, показатель М в контрольной группе в 1,4 раза превышал данные в I группе ($p=0,036$). Вместе с тем, во II группе значение М оказалось ниже в 1,7 раза, чем в контрольной и в 1,2 раза чем в I группе ($p=0,010$, $p_1=0,046$).

Показатель σ - это среднее колебание перфузии относительно среднего арифметического потока крови М. По полученным результатам, значение σ в группе контроля выше, чем в I группе в 2,5 раза ($p<0,001$). Показатель σ во II группе в 4,2 раза ниже, чем в группе контроля и в 1,7 раза чем в I группе ($p<0,001$, $p_1=0,048$).

Параметр Kv характеризует соотношение М и σ . Увеличение значения Kv отражает улучшение микрогемодинамики. Показатели Kv, М и σ дают общую оценку состоянию микроциркуляторного русла. Показатель Kv в контрольной группе выше, чем в I группе больных в 1,6 раза ($p=0,006$). Уменьшение значения Kv зарегистрировано во II группе - в 2,5 раза по сравнению с контролем и в 1,9 раза по сравнению с I группой ($p<0,001$, $p_1=0,035$).

Значение индекса эффективности микроциркуляции (ИЭМ) характеризует соотношение пассивных и активных механизмов регуляции микроциркуляции. Наибольшее снижение ИЭМ отмечено во II группе - в 1,1 раза по сравнению с контрольной и I группами ($p=0,043$, $p_1=0,039$).

При анализе максимальных амплитуд кровотока установлено, что Аэ в контрольной группе превышает показатели в I и II группах больных в 1,9 и 3,8 раза ($p=0,046$, $p<0,001$). В то же время, показатель Аэ во II группе ниже, чем в I группе в 2 раза ($p_1=0,032$).

При анализе полученных данных, уровень Ан выше, чем показатели в группах больных в 2,1 и 3,2 раза ($p=0,041$, $p=0,037$). Значение Ан во II группе больных ниже, чем показатель в I группе больных в 1,5 раза ($p_1=0,047$).

По результатам исследования, уровень Ам в контрольной группе превышает показатели в I и II группах больных в 2,6 и 2,7 раза ($p=0,018$, $p=0,026$).

Показатель Ад в контрольной группе превышает показатели в группах больных в 1,5 и 2,3 раза ($p=0,048$, $p=0,029$). В то же время, во II группе значение Ад ниже, чем показатель в I группе больных в 1,5 раза ($p_1=0,022$).

Исходя из полученных результатов, значение Ас в контрольной группе выше показателей в I и II группах больных ($p=0,032$, $p=0,025$).

По результатам исследования, значение ПШ в контрольной группе ниже, чем показатель в I группе больных в 1,5 раза ($p=0,040$). Вместе с тем, уровень ПШ в I группе больных выше в 1,3 раза, чем во II группе ($p_1=0,040$).

Таким образом, у больных панкреатитом изменяется состояние микроциркуляции. Идет обеднение кровотока, снижение вариабельности, что свидетельствует о снижении активных факторов регуляции микроциркуляции и повышении сосудистого тонуса у больных с данной нозологией. Очевидно, что развивается эндотелиальная дисфункция с нарушением механизмов локального поддержания кровотока. У больных с отечной формой повышается шунтовой сброс крови минуя нутритивное русло, при этом при деструктивной форме по сравнению с первой регистрируются более существенные изменения микроциркуляции и компонентов регуляции сосудистого тонуса.

**СОДЕРЖАНИЕ ЭНДОТЕЛИНА-1 И АУТОАНТИТЕЛ К НЕМУ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ
ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА**

Лобанов С.Л., Цыбиков Н.Н., Троицкая Н.И.

**ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия
ГУЗ "Городская клиническая больница №1", Чита, Россия**

Известно, что патогенез острого поражения поджелудочной железы в значительной степени обусловлен ферментоллизом тканей железы. Не исключено, что в механизме вторичной деструкции принимают участие вазомоторные агенты, в том числе эндотелин-1, являющийся одним из мощнейших вазоконстрикторов.

В норме эндотелин-1 воздействует на эндотелиальные рецепторы, вызывая высвобождение факторов релаксации, а в более высоких концентрациях активирует рецепторы на гладкомышечных клетках, стимулируя вазоконстрикцию. Также он способен тормозить выделение из эндотелия тканевого активатора плазминогена и стимулировать активность ингибитора активатора плазминогена 1 типа, усиливая внутрисосудистое свертывание крови. Помимо вазоконстрикторного эффекта эндотелин-1 способен адгезировать и агрегировать лейкоциты и тромбоциты, активировать систему комплемента, усиливать коагуляционный потенциал крови. В связи с этим, изучение содержания данного вещества при остром панкреатите, на наш взгляд, является актуальным.

На базе ГУЗ "Городская клиническая больница №1" г. Читы нами проведено исследование уровня эндотелина-1 и аутоантител к нему в сыворотке крови у 13 больных с различными формами острого панкреатита. I группу составили 9 больных с отечной формой панкреатита, II группу - 14 больных с панкреонекрозом. Группу клинического сравнения составили 10 практически здоровых человек.

Уровень эндотелина-1 определяли методом твердофазного ИФА, с помощью наборов реагентов фирмы "BIOMEDICA GROUP" (Германия) в соответствии с инструкцией производителя. Результаты выражали в фмоль/мл. Уровень аутоантител к эндотелину-1 оценивали методом ИФА, по методике Н.Н. Цыбикова и соавт. (2003). Полученные результаты выражали в единицах оптической плотности (ext.).

Уровень эндотелина-1 в контрольной группе был ниже, чем в группах больных. При панкреонекрозе содержание данного вещества в 1-е сутки было в 1,4 раза выше, чем при отечной форме ($p=0,020$). В динамике заболевания в обеих группах больных отмечено повышение эндотелина-1. В I группе больных указанный показатель был ниже в 1,4 раза, чем во II группе ($p=0,011$).

При анализе полученных данных, уровень антител к эндотелину-1 в контрольной группе составил 0,15 ext., в 1-е сутки заболевания при отечной форме острого панкреатита данный показатель составил 0,29 ext., при деструктивной форме 0,17 ext. Отмечено незначительное увеличение уровня антител к эндотелину-1 на 5-е сутки в I-й группе до 0,31 ext. по сравнению с 1-ми суткам. Во II-й группе больных уровень данного показателя снизился до 0,15 ext.

Повышенное содержание эндотелина-1, с одной стороны, сопровождается вазоконстрикцией, больше выраженной в воспалительном локусе, а с другой - образование лейкоцитарных и тромбоцитарных агрегатов усугубляет нарушение микроциркуляции, особенно в поджелудочной железе. Эти реакции играют важную роль в деструкции железы вследствие образования очагов ишемического повреждения. В процесс альтерации вовлекаются эндотелиоциты, которые продуцируют повышенное количество тканевого фактора. Последний включает каскад активации прокоагулянтов по внешнему пути активации, результатом чего является локальное образование тромбов. Совершенно очевидно, что тромбоз *in situ* усугубит микроциркуляторные нарушения в поджелудочной железе и вызовет дополнительное повреждение.

На основании всего вышеизложенного, нами установлены закономерности изменения уровня аутоантител к эндотелину-1 как в сыворотке крови при различных формах панкреатита. Увеличение уровня антител к эндотелину-1 в 1-е и 5-е сутки отечной формы острого панкреатита в сыворотке крови вполне объяснимо и связано с иммуностимулирующим эффектом антигенных эпитопов эндотелина-1. При деструктивной форме снижение уровня антител к этому пептиду, вероятнее всего, обусловлено образованием иммунных комплексов с последующей элиминацией супервысоких концентраций эндотелина-1. Полученные факты следует расценить как компенсаторные, направленные на снижение концентрации эндотелина-1.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОЙ ИШЕМИИ КИШЕЧНИКА

Лобанов С.Л., Лобанов Ю.С.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Проблема диагностики и лечения мезентериальной ишемии является весьма актуальной. Атеросклеротическое поражение мезентериальных артерий приводит к прогрессирующей ишемии, тромбозу и обширной гангрене кишечника, что сопровождается практически 100%-ной летальностью. Накануне сосудистой катастрофы, иногда за несколько суток, нередко появляются неясные боли в животе. В этот период, при проведении диагностической лапароскопии, как правило отсутствуют патологические изменения в брюшной полости. В связи с этим диагностика данной патологии даже при визуальном осмотре брюшной полости затруднена и может приводить к тактическим ошибкам.

Для оценки состояния кровотока в стенке кишки при указанных состояниях нами использован метод лапароскопической контактной термометрии (ЛКТ). В ранее проведенных нами исследованиях установлена обратная корреляционная связь между ЛКТ тонкой кишки и возрастом больных.

Нами изучены результаты ЛКТ тонкого кишечника у 12 больных с подозрением на мезентериальный тромбоз.

Среди пациентов было 8 мужчин и 4 женщин. Средний возраст составил у мужчин $69 \pm 6,2$, у женщин $73 \pm 7,5$.

Лапароскопия проводилась по поводу неясного болевого абдоминального синдрома. Патологии в брюшной полости обнаружено не было. Вместе с тем у всех этих пациентов нарастала картина катастрофы в брюшной полости и последующие 2-3 суток диагностирован мезентериальный тромбоз и гангрена кишки. Диагноз гангрены кишечника установлен при повторной лапароскопии у 7 больных, при лапаротомии у 5.

В качестве группы клинического сравнения исследования проведены у 15 пациентов с подозрением на острый аппендицит. Температура (Т) измерялась по ранее описанной методике в трех стандартных зонах А, Б, В.

В исследуемой группе показатели Т составили: $32,65 \pm 0,72$; $33,42 \pm 0,45$; $34,11 \pm 0,37$.

В группе клинического сравнения $37,07 \pm 0,28$; $37,55 \pm 0,24$; $37,61 \pm 0,35$. Различия статистически значимо между всеми соответствующими показателями.

Таким образом, использование ЛКТ позволяет оптимизировать возможности диагностической лапароскопии при мезентериальной ишемии предшествующей развитию гангрены кишечника.

МАЛОИНВАЗИВНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ BURSA OMENTFLIS ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Лобанов С.Л., Лобанов Л.С., Ханина Ю.С.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

С внедрением видеолапароскопии все больше авторов считают целесообразным проведение малоинвазивного дренирования брюшной полости с целью эвакуации экссудата при остром деструктивном панкреатите (ОДП). Отведение жидкости из живота в сочетании с консервативной терапией нередко является эффективным и приводит к выздоровлению. Однако в ряде случаев данных мероприятий недостаточно без прямого дренирования сальниковой сумки (ДСС). Вместе с тем нет достаточно четких представлений о показаниях к указанному вмешательству и сроках его проведения.

С 2002-2008 гг. в МУЗ "Городская клиническая больница №1", г. Читы пролечено 963 пациента с острым панкреатитом.

Из 963 больных - отечная форма острого панкреатита выявлена у 828 (86,0%), деструктивная у 135 (14,0%) пациентов.

При деструктивном панкреатите лапароскопия, как первичное оперативное вмешательство проведена у 110 больных. Основными показаниями для проведения лапароскопии были: дифференциальная диагностика с экстренной хирургической патологией, наличие перитонеальных признаков, жидкость в животе по данным УЗИ. В большинстве случаев лапароскопия носила и лечебный характер.

Основными признаками острого деструктивного панкреатита по нашим данным являются в порядке убывания по частоте:

1. Экссудат в брюшной полости - 98 пациентов (89%).
2. Очаги стеатонекроза - 41 (37%).

3. Отек забрюшинного пространства - 19 (17,2%).

4. Выбухание сальниковой сумки - 12 (11%).

На основании проведенных исследований нами определены неблагоприятные макроскопические признаки изменений в брюшной полости при лапароскопии при наличии которых мы проводили одномоментное(с первичной лапароскопией) ДСС:

1. Геморрагический характер экссудата.

2. Значительное количество экссудата в различных областях брюшной полости.

3. Наличие очагов стеатонекроза.

4. Выбухание сальниковой сумки.

Все указанные признаки свидетельствуют о тяжелом течении заболевания.

ДСС при первичной лапароскопии выполнено 21 больному, умерло 4(19,0%).

Средняя летальность среди больных ОДП составила 22,9%.

В аналогичной группе пациентов, которым в качестве первичного вмешательства выполнена лапаротомия (25 чел.), умерло 14(56,0%).

Таким образом, на основании совокупности макроскопических патологических находок при диагностической лапароскопии можно определить показания для ДСС при остром деструктивном панкреатите.

СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ИСХОДАХ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА В РАННИЕ СРОКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Лобанов С.Л., Троицкая Н.И.

**ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия
ГУЗ "Городская клиническая больница №1", Чита, Россия**

Острый панкреатит занимает третье место среди абдоминальной ургентной хирургической патологии после острого аппендицита и острого холецистита. Наиболее тяжело протекают деструктивные панкреатиты, удельный вес которых достигает 15- 25 %. Летальность при данном заболевании наиболее высока при возникновении гнойно-некротических осложнений и достигает 75 - 85 %.

Формирование некроза поджелудочной железы происходит в течение 1-2 суток болезни, и именно в это время терапевтические мероприятия максимально эффективны. Вместе с тем, при поступлении больного данные лабораторных и инструментальных методов обследования не всегда позволяют однозначно судить о тяжести состояния и дальнейшем течении заболевания.

По мнению ряда авторов, одним из важнейших звеньев в патогенезе является нарушение микроциркуляции, проявляющееся ангиоспазмом, венозным застоем, микротромбозами, интерстициальным отеком и гипоксией тканей, что вызывает первичное повреждение панкреоцитов и приводит к развитию ишемического острого панкреатита. Развитие нарушений микроциркуляции является основой развития локального воспаления и неотъемлемым спутником процесса системной воспалительной реакции, которая является одним из проявлений острого панкреатита.

На базе МУЗ "Городская клиническая больница №1" г. Читы нами проведено исследование состояния микроциркуляции у 27 больных с различными вариантами течения панкреонекроза. I группу составили 12 больных с благоприятным течением заболевания, II группу - 15 больных с неблагоприятным течением болезни. Группу клинического сравнения составили 19 практически здоровых человек.

Изучение состояния микроциркуляции проводилось методом лазерной доплеровской флоуметрии на аппарате ЛАКК-02 (НПП "Лазма", Россия). Обследование людей проводилось с соблюдением стандартных условий в первые сутки заболевания.

Оценивались: коэффициент вариации (K_v), отражающий соотношение между перфузией ткани и величиной ее изменчивости; показатель микроциркуляции (M), характеризующий поток эритроцитов в единицу времени через единицу объема ткани; среднеквадратичное отклонение колебаний кровотока (σ); индекс эффективности микроциркуляции (ИЭМ), который отражает соотношение активных и пассивных механизмов в регуляции кровотока по микрососудам. Перечисленные показатели измеряли в перфузионных единицах (пф.ед.). С помощью вейвлет-анализа устанавливались максимальные амплитуды: эндогенного, нейрогенного, миогенного, дыхательного и сосудистого диапазонов.

К параметрам, дающим общую оценку состояния микроциркуляции относятся: M , σ , K_v . При анализе полученных данных, отмечено снижение средних показателей микроциркуляции при благоприятном течении панкреонекроза, что может свидетельствовать об обеднении микроциркуляции, снижении вариабельности кровотока. Повышение данных показателей микроциркуляции при неблагоприятном

течении деструктивного панкреатита может свидетельствовать об отеке в зоне исследования, являющемся следствием венозного застоя в результате действия венозной помпы, что в большей степени проявляется на микроциркуляторном уровне.

При неблагоприятном течении заболевания отмечено возрастание максимальной амплитуды в эндотелиальном диапазоне по сравнению с благоприятным течением, что свидетельствует о превалировании эндотелиальных факторов вазоконстрикции и может являться предиктором развития септического шока.

Зарегистрировано увеличение максимальной амплитуды в нейрогенном диапазоне во II группе больных по сравнению с I группой, свидетельствующее о снижении сопротивления и увеличении шунтового кровотока.

Отмечено повышение максимальной амплитуды в миогенном диапазоне при неблагоприятном течении панкреонекроза, что говорит о снижении периферического мышечного сопротивления и вазодилатации прекапилляров.

Увеличение максимальной амплитуды в дыхательном диапазоне во II группе больных по сравнению с первой, можно объяснить ухудшением оттока в микроциркуляторном русле, что сопровождается увеличением объема крови в веноулярном звене, развитии застойных изменений в микроциркуляторном русле, снижении микроциркуляторного давления.

Таким образом, при неблагоприятном течении панкреонекроза существенно возрастают амплитуды колебаний всего спектра регуляции кровотока, что, возможно, отражает крайнюю степень напряжения компенсаторных возможностей организма по поддержанию адекватного кровоснабжения в тканях. Кроме того, такая динамика может являться предиктором срыва адаптационных ресурсов организма и развития инфекционно-токсического шока.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА ANXA5 У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ ОТГРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ

Логунов Н.А., Голуб Л.А., Харинцева С.В., Зимина М.Г.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Первичная открытоугольная глаукома (ПОУГ) относится к группе заболеваний с наследственной предрасположенностью, развитие которых определяется наследственностью и действием факторов окружающей среды. ПОУГ связана с критическим для зрительного нерва повышением глазного давления, обычно выше 27 мм.рт.ст. Признается, что генетическая предрасположенность к повышению внутриглазного давления и чувствительность зрительного нерва к дегенеративным изменениям являются основными моментами в патогенезе глаукомы. Предположительно, развитие заболевания связано с множественными аллелями низкопенетрантных генов, как в случае общих заболеваний. Одним из способов поиска ассоциированных генов является теоретическое предположение его участия в патогенезе, основываясь на имеющихся знаниях о функции белка, кодируемого данным геном.

Важнейшим звеном патогенеза является нарушение гидродинамики глаза. Причины, по которым внутриглазное давление повышается до опасного для зрительного нерва уровня, до сих пор до конца не ясны. В норме большая часть влаги оттекает через трабекулярную сеть в шлеммов канал. Появление препятствия на этом пути оттока приводит к повышению внутриглазного давления. Передача влаги осуществляется посредством переноса ее через цитоплазму эндотелиальных клеток. Морфологическим проявлением этого процесса является присутствие в цитоплазме эндотелиоцитов шлеммова канала вакуолей. Возникают они в результате инвагинации базальной плазматической мембраны эндотелиальных клеток, обеспечивая, таким образом, возможность проникновения камерной влаги в юкстаканаликулярную ткань. Большинство функций аннексина связано со способностью белка обратимо взаимодействовать с клеточными мембранами, образуя кавеолы и вакуоли. Предположительно, полиморфизм гена ANXA5 может приводить к изменению функции белка и нарушению нормальной гидродинамики глаза.

Цель - изучение частоты встречаемости полиморфизмов гена ANXA5 rs 7676539 (C/T) у больных ПОУГ в Забайкалье.

Материал и методы. Всего было обследовано 303 человека. Из них 223 пациента с ПОУГ и 80 человек группы контроля. Среди пациентов с ПОУГ мужчин 38 (17%), женщин 185 (83%) в возрасте от 60 до 81 года. Контрольную группу составили 80 человек в возрасте от 56 до 76 лет. Критериями исключения были наличие глаукомы любой формы, офтальмогипертензии, катаракты, влажной макулярной дегенерации. Всем обследуемым проведено диагностическое офтальмологическое обследование на глаукому по общепринятой методике. Генетическое исследование, включающее выделение геномной ДНК из клеток букального эпителия, амплификацию исследуемых участков гена аннексина

A5 методом полимеразной цепной реакции, детекцию, проводилось совместно с сотрудниками лаборатории НИИ молекулярной медицины ЧГМА.

Результаты и обсуждение. Среди здоровых субъектов выявлено 37 (46%) С- гомозигот, 32 (40%) С/Т- гетерозигот, 11(14%) Т- гомозигот. В группе больных глаукомой распределение генотипов имело следующий вид: 138 (62%) С- гомозиготы, 44 (20%) С/Т- гетерозиготы, 41 (18%) Т- гомозиготы. Таким образом, носители гетерозиготного варианта ANXA5 среди здоровых лиц встречались в два раза чаще, чем среди больных ПОУГ (χ^2 15,37; df2; $p < 0.05$). Аллельные варианты в обеих группах встречались с одинаковой частотой. В группе пациентов с ПОУГ корреляционная связь между наличием гетерозиготного варианта гена аннексина А5 и развитием заболевания сильно выражена ($r=0,85$, $p < 0,05$, коэффициент ранговой корреляции Спирмена). Отношение шансов равно 2,4 (SE 0,32; 0,79...4,5).

Выводы. Частота встречаемости аллелей гена ANXA5 одинакова у здоровых и больных глаукомой. Среди пациентов с ПОУГ комбинация аллелей выявляется чаще. Шанс развития открытоугольной глаукомы у носителей гетерозиготного варианта в 2,4 раза выше, чем у гомозигот. Таким образом, носительство гетерозиготного варианта гена ANXA5 может оказывать влияние развитие открытоугольной глаукомы у резидентов Забайкальского края.

ИССЛЕДОВАНИЕ СВЯЗИ ТОЛЩИНЫ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ЗОНЫ РОГОВИЦЫ С ПАРАМЕТРАМИ ДИСКА ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЕ

Логунов Н.А., Харинцева С.В., Голуб Л.А., Зимина М.Г.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Известно, что точность определения глазного давления в значительной степени зависит от толщины роговицы в центральной зоне. Занижение значений глазного давления у лиц с более тонкой роговицей может приводить к запоздалой диагностике ранних стадий глаукомы, а также к недостаточно агрессивной гипотензивной терапии. Существует также мнение, что толщина роговицы может быть связана с генетически обусловленными характеристиками ламинарной пластинки и диска зрительного нерва. В обоих случаях тонкая роговица ассоциируется с более выраженными изменениями в диске зрительного нерва.

Цель исследования - сопоставление данных центральной толщины роговицы с шириной нейроретинального пояса и объемом экскавации диска зрительного нерва у больных первичной открытоугольной глаукомой.

Материал и методы. Глаукома диагностирована в 98 глазах. Оптическое когерентное исследование выполняли на приборе Cirrus HD-OCT 5000 (Carl Zeiss Meditec, Германия).

Статистическая обработка проводилась с использованием пакета прикладных программ "Statistica 6.0".

Результаты. Анализ уровней глазного давления показал, что при первичной открытоугольной глаукоме среднее тонометрическое ВГД составило $23,1 \pm 0,3$ мм рт. ст. Средняя толщина роговицы при глаукоме - $535,36 \pm 3,76$ мкм. Величина нейроретинального пояса в равнялась $93,94 \pm 9,87$ мкм. Объем экскавации зрительного нерва составил $0,23 \pm 0,03$ мм³. Коэффициент ранговой корреляции Спирмена для пар толщина роговицы- ширина нейроретинального пояса и толщина роговицы-объем экскавации зрительного нерва (0.0512 и 0.0955 соответственно) не выявил статистически значимой связи между исследуемыми параметрами.

Заключение. Сопоставляя данные средней толщины центральной зоны роговицы в группе обследованных больных глаукомой с параметрами диска зрительного нерва при глаукоме, можно сделать вывод, что глубина экскавации и степень потери волокон нейроретинального пояса не зависит от толщины роговицы. Таким образом, "тонкая" роговица не является фактором, влияющим на течение открытоугольной глаукомы и имеет значение лишь при оценке данных тонометрии.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ВЕРОЯТНОСТЬ ЗНАЧИМОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ НАЛИЧИИ РУБЦОВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ И ВЫЯВЛЕНИЯ ПОСТИНФАРКТНОЙ АНЕВРИЗМЫ ПРИ РУТИННОЙ ЭХОКГ

Лыков А.В., Пархоменко Ю.В., Митин Н.А.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

В сознании медицинской общественности наличие хронической постинфарктной аневризмы является бесспорным фактом, подтверждающим значимость поражения коронарных артерий у данного па-

циента. Однако патогенез постинфарктной аневризмы несравнимо более сложен и не всегда вписывается в "классическую" теорию ишемической болезни сердца.

Цель. Спрогнозировать степень вероятности выявления хирургически значимого коронаросклероза при выявлении по трансторакальной эхокардиографии только рубцовых постинфарктных изменений, либо хронической постинфарктной аневризмы на их фоне.

Методы исследования.

1. Проспективное исследование пациентов, направленных на плановое проведение коронарографии, с анализом вышеуказанных факторов по данным эхокардиографии;
2. Анализ коронарографии с установленными критериями значимого коронаросклероза, как стенозы не менее 50% в бассейне одной или нескольких коронарных артерий, либо стеноз ствола левой коронарной артерии не менее 30%;
3. Создание базы данных с помощью пакета программ Microsoft Office professional 2013;
4. Статистический анализ с помощью пакета статистических программ IBM® SPSS® Statistics 21.0 с применением методов дескриптивной статистики и коэффициентов хи-квадрат Пирсона, Тау-б Кендалла и коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

Полученные результаты. В исследование вошли 1255 пациентов, из которых в дальнейшем было исключено 117 человек повторных случаев. Таким образом количество первичных случаев составило 1138. Мужчин 900 человек (79,1%), женщин 238 (20,9%) Средний возраст $54,8 \pm 7,9$ лет и значимо не различался у мужчин и женщин. Охват эхокардиографией был не полон и составил 1002 первичных случая (89,4%). При коронарографии выявлено 17 человек с аномалиями развития коронарных артерий (1,5%), 324 пациента с интактными сосудами (28,5%), 89 случаев (7,8%) с незначимым коронаросклерозом и 708 пациентов с хирургически значимым поражением (62,2%).

По данным ЭхоКГ рубцовые изменения встречались у 437 пациентов (43,6%), постинфарктная аневризма у 99 (9,9%). Следует отметить, что хроническая постинфарктная аневризма встречалась в 11,1% (11 случаев) у пациентов с интактными артериями, 4,0% (4) с незначимо пораженными, 1 случай (1%) зафиксирован у пациентов с аномалиями коронарных артерий и 83 случая (83,8%) при хирургически значимом коронаросклерозе. Для рубцовых изменений распределение следующее: интактные - 53 (12,1%), незначимые - 30 (6,9%), значимые - 347 (79,4%), аномалии коронарных артерий - 7 (1,6%).

Хи-квадрат Пирсона для рубцовых изменений составил 121,246, ($P < 0.001$), для постинфарктной аневризмы 24,114 ($P < 0.001$). С целью установления силы связи был проведён корреляционный анализ с применением тау-б Кендалла и ранговой корреляции Спирмена.

Тау-б Кендалла составила для рубцовых изменений 0,339 ($P < 0.001$), для постинфарктной аневризмы 0,149 ($P < 0.001$). Коэффициент ранговой корреляции Спирмена для рубцовых изменений 0,350 ($P < 0.001$), для постинфарктной аневризмы 0,154 ($P < 0.001$). Теснота связи в обоих случаях оценивается, как слабая.

Выводы. Хроническая постинфарктная аневризма достаточно часто возникает при интактных на момент ангиографического исследования коронарных артериях. Значение наличия постинфарктной аневризмы, особенно в области верхушки левого желудочка, в плане вероятного коронаросклероза переоценено в кардиологической практики и практически равно диагностическому значению рубцовых изменений по данным эхокардиографии.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КОНЕЧНО-ДИАСТОЛИЧЕСКОГО РАЗМЕРА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ЗНАЧИМОГО КОРОНАРОСКЛЕРОЗА

Лыков А.В., Пархоменко Ю.В., Митин Н.А.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Конечно-диастолический размер является рутинно определяемым показателем при трансторакальной эхокардиографии и важным показателем ремоделирования сердца при ишемической болезни, артериальной гипертензии и хронической сердечной недостаточности. Связь же его с наиболее частой причиной ишемической болезни атеросклеротическим поражением коронарных артерий неясна и требует уточнения.

Цель. Выявить наличие, либо отсутствие связи между конечно-диастолическим размером левого желудочка и развитием коронаросклероза.

Методы исследования. 1. Проспективное исследование пациентов, направленных на плановое проведение коронарографии, с проведением трансторакальной эхокардиографии; 2. Анализ коронарог-

рафии с установленными критериями значимого коронаросклероза, как стенозы не менее 50% в бассейне одной или нескольких коронарных артерий, либо стеноз ствола левой коронарной артерии не менее 30%, незначимым поражением считалось менее указанных значений и интактными артериями признавались при сужениях до 5-10%, кроме ствола левой коронарной артерии; 3. Создание базы данных с помощью пакета программ Microsoft Office professional 2013; 4. Статистический анализ с помощью пакета статистических программ IBM® SPSS® Statistics 21.0 с применением методов дескриптивной статистики, проверки нормальности распределения, построения одномерной линейной модели и расчётом коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

Полученные результаты. В исследование вошло 1138 пациентов. Мужчин 900 человек (79,1%), женщин 238 (20,9%) Средний возраст составил $54,8 \pm 7,9$ лет и значимо не различался у мужчин и женщин. При коронарографии выявлено 17 человек с аномалиями развития коронарных артерий (1,5%), 324 пациента с интактными сосудами (28,5%), 89 случаев (7,8%) с незначимым коронаросклерозом и 708 пациентов с хирургически значимым поражением (62,2%). Охват эхокардиографией был не полон и составил 937 первичных случая (82,3%).

Полученный по данным ЭхоКГ конечно-диастолический размер имел нормальное распределение, что подтверждается расчётом критерия Колмогорова-Смирнова со значением 0,085 ($P < 0.001$). Среднее арифметическое 51,2 со стандартной ошибкой среднего 0,217 и стандартным отклонением 6,71. Для проверки разности в группах по значимости поражения коронарных артерий (подгруппа аномалий была удалена) построена одномерная линейная модель, критерий Тьюки для которой составил 1,436 ($P < 0.05$).

Для установления силы связи с помощью инструмента IBM® SPSS® Statistics 21.0 "оптимальная категоризация" выполнено интервальное разбиение переменной с двумя интервалами с пороговым значением 51. Коэффициент ранговой корреляции Спирмена составил 0,174 ($P < 0.001$).

Вывод. Показано важное диагностическое значение конечно-диастолического размера левого желудочка в плане доинвазивной диагностики хирургически значимого поражения коронарных артерий. Существует возможность применения данного показателя в комплексной модели прогнозирования в сочетании с другими важными предикторами доинвазивной диагностики.

ПОРАЖЕНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ

Любин А.В.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Актуальность. Значимой проблемой современного общества является рост травматизма. Особое место среди данной патологии занимают поражения электрической энергией. Электрический ток проходит через тело человека вдоль потоков тканевой жидкости, кровеносных и лимфатических сосудов, оболочек нервных стволов, что обуславливает высокую степень уязвимости сосудов при электрической травме.

Цель исследования: оценить функцию эндотелия поврежденного участка сосудистого русла по числу циркулирующих эндотелиальных клеток.

Материалы и методы. Обследовано 15 больных с поражением электрическим током в первые сутки после полученной травмы. В работе с людьми соблюдались этические принципы, предьявляемые статьей 24 Конституции РФ и Хельсинкской Декларацией Всемирной медицинской ассоциации. Контрольную группу составили 15 практически здоровых людей сопоставимых по возрасту и полу.

Исследование содержания в крови циркулирующих эндотелиальных клеток определялось методом проточной цитометрии. Для определения циркулирующих эндотелиальных клеток (ЦЭК) кровь забирали в пробирку Моновет 4,9 мл ЭДТА, содержащую динатриевую соль ЭДТА объемом 2,5 мл в утренние часы строго натощак. Оценку ЦЭК осуществляли стандартным методом прямого трех параметрического иммунофлуоресцентного окрашивания цельной крови с использованием панели моноклональных антител IOTest (Beckman Coulter, США) CD45-FITC/CD146-PE и витального красителя 7-AAD, коммерческого лизирующего/фиксирующего раствора OPTILYSE C (Beckman Coulter, США). Контрольные пробы инкубировали с иммуноглобулинами мечеными флуорохромами (FITC, PE) соответствующего изотипа - мышинные IgG1 (Beckman Coulter). Цитофлуорометрию осуществляли на проточном цитофлуориметре "Cytomics FC-500" (Beckman Coulter, США), количество ЦЭК регистрировали на 500 000 лейкоцитов. Данные анализировали с помощью программы CXP Cytometer (Beckman Coulter, США).

Результаты и обсуждение.

Установлено, что действие электричества сопровождалось повреждением клеток эндотелия, воз-

растанием их количества в циркулирующей крови. Так, у пораженных электрическим током число ЦЭК в 1-е сутки с момента увеличивалось на 30% ($p=0,033$), в сравнении с группой здоровых людей. При этом количество живых ЦЭК в 2 раза ниже у пострадавших в сравнении с контролем.

Возрастание количества клеток эндотелия в крови являлось прямым следствием повреждения электричеством стенки сосудов. Повреждение электричеством признается особым видом травмы, при котором происходят морфофункциональные изменения состояния эндотелия сосудов.

Таким образом, не вызывает сомнений факт деструктивного действия переменного электрического тока на эндотелиальный слой сосудистой стенки.

Выводы.

1. Выявлено, что у больных с электротравмой на 30% увеличивалось содержание десквамированных эндотелиоцитов в циркулирующей крови, по сравнению с контрольной группой.
2. У пораженных электрическим током число живых эндотелиальных клеток в 2 раза меньше относительно здоровых лиц.

**ЗОНДОВАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ УЛЬТРАСОНОГРАФИЯ
В КРАЕВОМ ОНКОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ**

Макуршин С.И., Хлобыстин Р.Ю.

ГУЗ “Краевой онкологический диспансер”, Чита, Россия

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Метод эндоскопической ультрасонографии введен в практику в начале 80-х годов прошлого века благодаря изобретению эхоэндоскопа и ультразвукового исследований. Высокая частота ультразвукового сканирования (12 - 20 МГц) обеспечивает высокую разрешающую способность исследования и позволяет дифференцировать структуры стенки пищеварительного канала и прилегающих органов на расстоянии 2 - 4 см, в основном это региональные (параорганные) лимфатические узлы, либо жидкость (асцит), а также различать патологические образования малых размеров. При эндосонографии сканирование производится из просвета полого органа, вследствие чего значительно повышается информативность эндоскопического исследования. Появляется возможность определения распространенности и степени интрамуральной инвазии патологических изменений слизистой, дифференциальной диагностики подслизистых образований. Метод позволяет оценить характер роста опухоли, глубину её инвазии в стенку полого органа, прилегающие органы, изменение и степень поражения лимфатических узлов, методика даёт возможность оценить их количество, размеры, характеристику структуры (N-стадия), хотя ценность эндосонографии в определении T-индекса опухоли до сих пор остаётся дискуссионной. В некоторых случаях зондовая эндоскопическая ультрасонография даёт возможность точно определить уровень резекции, так как при стандартном эндоскопическом исследовании, подслизистая инфильтрация, особенно в начальной стадии, не определяется, а при оперативном вмешательстве хирург не всегда может пальпаторно точно установить метастатический отсев в стенку желудка. Рак желудка в настоящее время остаётся одной из актуальных проблем в торакоабдоминальной онкологии, хотя за последние годы заболеваемость по России снизилась, показатель заболеваемости составляет 26,8 (21,7 по Забайкальскому краю) на 100 тысяч населения. Основными методами диагностики являются эндоскопический и рентгенологический. Метод эндоскопической зондовой ультрасонографии в Забайкальском КОД применяется с декабря 2012 г. и находится на стадии освоения. За 6 месяцев 2013 г. выполнено 52 исследований ультразвуковыми зондами UM-DP12-25R, UM-DP-20-25R фирмы Olympus на аппарате EU-ME1 частота сканирования 12 и 20 МГц. Они применяются при стандартной гастроскопии, проводятся через биопсийный канал аппарата. Всего проведено 52 исследований, из них 9 (17,0%) пациентов с раком желудка, 6 (11,5%) имели подслизистые образования, 21 (40,0%) с эрозивным гастритом (полные зрелые и не зрелые эрозии), 6 (11,5%) пациентов с полипами желудка, 3 (5,8%) с варикозным расширением вен, 7 (13,5%) больных обследовалось по поводу сдавления из вне.

Выводы. Эндосонография желудка является высокоинформативным методом обследования пациентов с различными опухолевыми заболеваниями желудка, у больных с раком желудка позволяет дать оценку местного распространения опухолевого процесса, и должна входить в стандартный комплекс обследования у всех пациентов с образованиями желудка в первую очередь при подозрении на раннюю стадию процесса.

**ПРЕПОДАВАНИЕ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАТОЛОГИИ
В ЦЕНТРЕ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ЧГМА**

Маляричкова А.В., Шаповалов К.Г.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Обучение по специальности анестезиология, реаниматология и интенсивная терапия, а также последующая последипломная подготовка врачей по данной дисциплине является одной из актуальных проблем и постоянно обсуждается на конференциях, съездах и конгрессах. Базовое медицинское образование должно включать тот минимум знаний по вопросам критической медицины, которые позволили бы будущим врачам ориентироваться в вопросах анестезиологии и интенсивной терапии. Но, к сожалению, ввиду специфики дисциплины, не всегда возможно охватить практическую сторону обучения в полной мере.

Принципиальным шагом в этом направлении стала разработка концепции и создание специального учебного подразделения - Центра практических навыков в качестве учебно-методического центра и материально-технической базы для внедрения новых технологий обучения. В ЧГМА центр начал свою работу с 2011 года. На кафедре анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии в центре практических навыков занятия проводятся со студентами 5 и 6 курса, с ординаторами и интернами, врачами-курсантами цикла профпереподготовки. На занятиях отрабатываются навыки проведения сердечно-легочной реанимации, методики катетеризации центральных вен, спинномозговой пункции, способы идентификации эпидурального пространства. На тренажере для проведения прямой ларингоскопии осваиваются навыки и приемы интубации трахеи, а также алгоритмы действий при экстренном обеспечении проходимости дыхательных путей.

В результате на кафедре анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии значительно повысилось качество преподавания и уровень обучения практическим навыкам учеников различных категорий.

**ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ
ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ С И ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ**

Маякова Е.И.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

В настоящее время многими авторами изучается поражение сердца при заболеваниях печени, но еще остаются спорными многие вопросы, так как результаты аналогичных исследований иногда выходят противоречивыми.

Еще в работах Боткина С.П. можно найти описание поражения сердца у больного с "острым инфекционным катаром желчных протоков". Впервые описание удлинения интервала Q-T при циррозе печени дано Н. Kowalski и соавторами в 1953 году. В 2005 году на Всемирном съезде гастроэнтерологов были предложены критерии "цирротической кардиомиопатии", характеризующейся снижением сократительной способности миокарда в ответ на стресс и/или нарушением диастолического расслабления, а также электрофизиологическими изменениями в виде удлинения интервала Q-T. Описаны случаи развития левожелудочковой недостаточности в раннем послеоперационном периоде после трансплантации печени у больных не страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Целью исследования было изучение функциональных изменений сердечно-сосудистой системы у больных вирусным гепатитом С и циррозом печени.

Было исследовано 40 пациентов в возрасте от 20 до 40 лет: 10 человек с вирусным гепатитом С и 30 - с циррозом печени, из которых у 15 больных был компенсированный цирроз печени класса А (по классификации Child-pugh); у 15 - декомпенсированный (класс В и С): класс В у 10 и класс С у 5 человек. В исследование не включали больных с сопутствующей патологией сердечно-сосудистой системы, злоупотребляющих алкоголем, сахарным диабетом. Всем пациентам проводили электрокардиографическое исследование с определением скорректированного интервала Q-Tс по формуле Базетта (в норме ≤ 440 мс); эхокардиографическое исследование с определением размеров и толщины стенок левого желудочка, показателей систолической и диастолической функции по коэффициенту E/A.

Результаты исследования. Длительность интервала Q-Tс оказалась достоверно больше у больных циррозом печени (432 ± 21 мс) по сравнению с больными гепатитом (412 ± 20 мс). По мере прогрессирования цирроза удлинение интервала Q-Tс нарастало с 428 ± 22 мс при компенсированном циррозе, до 441 ± 17 мс при декомпенсированном.

По данным эхокардиографии выявлено ухудшение диастолической функции (при оценке коэффициента E/A) и утолщение стенок левого желудочка у больных циррозом по сравнению с больными гепатитом. Значимых различий размеров камер сердца и фракции выброса левого желудочка между обследованными группами не выявлено. Толщина межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка достоверно не отличались у больных компенсированным и декомпенсированным циррозом и составили: толщина межжелудочковой перегородки $0,98 \pm 0,12$ см и $0,99 \pm 0,11$ см; толщина задней стенки левого желудочка $0,99 \pm 0,21$ и $1,04 \pm 0,23$ см соответственно. Гипертрофию миокарда (толщина межжелудочковой перегородки $> 1,0$ см или толщина задней стенки левого желудочка $> 1,1$ см) выявили у 2 больных гепатитом, у 4 больных компенсированным циррозом и у 7 больных декомпенсированным циррозом.

У пациентов с циррозом печени отмечено снижение коэффициента E/A. При компенсированном циррозе он составляет $1,03 \pm 0,26$, а при декомпенсированном - $0,82 \pm 0,25$. Диастолическая дисфункция ЛЖ была выявлена у 2 больных гепатитом, у 6 больных с компенсированным циррозом печени и у 10 больных с декомпенсированным циррозом.

Выводы. У больных на стадии цирроза печени достоверно чаще встречается удлинение интервала Q-Tс по сравнению с больными на стадии гепатита. Диастолическая функция миокарда значительно ухудшается при циррозе по сравнению с гепатитом.

СОДЕРЖАНИЕ ДЕСКВАМИРОВАННЫХ ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫХ КЛЕТОК (ДЭК) У БОЛЬНЫХ СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО АУТОИМУННОГО ТИРЕОИДИТА

Говорин А.В., Медведева Т.А.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Цель: оценить содержание десквамированных эндотелиальных клеток (ДЭК) в крови как показателя эндотелиальной дисфункции у больных субклинической формой первичного гипотиреоза.

Материалы и методы. Обследовано 2 группы пациентов: 1-ую составили пациенты с субклинической формой гипотиреоза (СГ), 2-ую - с медикаментозным эутиреозом. Средний возраст больных 38 лет, средний стаж заболевания 5 лет. Контрольную группу составили 20 здоровых человек, сопоставимые по возрасту. У всех больных основной причиной гипотиреоза являлся хронический аутоиммунный тиреоидит. Количество ДЭК в плазме крови определялось по методу Hladovec. Статистическая обработка проводилась при помощи пакета программ BIOSTAT. При сравнении групп использовался критерий Манна-Уитни (Z), различия считали значимыми при $p < 0,05$. Данные представлены в виде: Ме - медиана, ДИ - интерквартильный (процентильный) интервал (указан в скобках).

Результаты. У больных субклинической формой гипотиреоза и у пациентов 2-ой группы количество ДЭК не отличалось между собой и составило $1,45 [1,01; 1,67] \times 10^4/\text{мл}$ ($p=0,931$), что статистически значимо не отличалось от показателя контрольной группы ($p=0,714$); у пациентов 2 группы по сравнению с контролем не было выявлено статистически значимого изменения уровня ДЭК ($1,31 [0,78; 1,46]$ мл vs $1,39 [0,84; 1,6] \times 10^4/\text{мл}$ ($p=0,642$)).

На фоне проведения заместительной гормонотерапии также не было выявлено статистически значимого изменения уровня ДЭК ни в одной из групп пациентов ($p=0,621$).

Выводы. Таким образом, в ходе данного исследования не было выявлено увеличения количества ДЭК у больных с СГ, а также значимого влияния заместительной терапии СГ на уровень ДЭК, что позволяет сделать вывод об отсутствии грубого морфологического повреждения эндотелия на фоне СГ.

НАРУШЕНИЯ В СИСТЕМЕ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ГИПОТИРЕОЗОМ

Медведева Т.А., Говорин А.В.

ГБОУ ВПО "Читинская государственная медицинская академия", Чита, Россия

Цель: оценить агрегационную способность тромбоцитов у больных манифестным гипотиреозом и у пациентов с медикаментозным эутиреозом в сравнении с таковой группы контроля.

Материалы и методы. Обследовано 2 группы пациентов: 1 группу составили 40 пациентов с манифестной формой гипотиреоза (средний возраст $39 \pm 8,9$ лет). Длительность заболевания колебалась от 1,5 до 5 лет, 2 группу - 25 пациентов (средний возраст $36 \pm 5,6$ лет) с медикаментозным эутиреозом.

В группу контроля вошли 25 относительно здоровых пациентов (средний возраст $33 \pm 5,9$ лет). Спонтанную и АДФ- индуцированную агрегацию тромбоцитов исследовали с помощью стандартного турбидометрического метода с использованием двухканального лазерного анализатора агрегации тромбоцитов "Биола" (модель LA230, Россия). Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программы "Microsoft Excel и Statistic-5,0 for Windows XP" с использованием t- критерия Стьюдента, критерия Ньюмена- Кейлса. За уровень значимости различий принимали $p < 0,05$. Количественные данные представлены в виде средних значений \pm стандартное отклонение.

Результаты. Установлено, что по данным кривой светопропускания в группе пациентов с манифестным гипотиреозом наблюдалось увеличение спонтанной агрегации (степень $5,38 \pm 1,7$, отн.ед.; скорость $11,04 \pm 1,7\%$; $p < 0,001$), которая отсутствовала в контрольной группе. В группе пациентов с медикаментозным эутиреозом степень агрегации была ниже в сравнении с гипотиреозом ($3,19 \pm 1,8$ отн.ед. и $5,3 \pm 1,7$ отн.ед.; $p < 0,001$), но выше чем в контрольной группе. При использовании в качестве индуктора агрегации АДФ в большой концентрации (10 мкг/мл) показатели степени агрегации у пациентов в группе гипотиреоза увеличивались в сравнении с контролем ($69,54 \pm 18,8$ отн.ед. и $51,1 \pm 15,7$ отн.ед. соответственно; $p < 0,01$) и группой эутиреоза ($69,54 \pm 18,8$ отн.ед. и $48,12 \pm 7,9$). Разницы в значениях этого показателя между группой эутиреоза и контроля выявлено не было ($48,12 \pm 7,9$ отн.ед. и $51,1 \pm 15,7$ отн.ед. соответственно). При изучении скорости АДФ-индуцированной агрегации отмечалось ее увеличение у пациентов с гипотиреозом в сравнении с контролем ($104,63 \pm 18,47$ и $54,8 \pm 20,6\%$ соответственно; $p < 0,05$). Увеличение скорости агрегации у пациентов с манифестной формой гипотиреоза было более выражено, чем при эутиреозе ($104,63 \pm 18,47$ и $54,5 \pm 18,4$ соответственно; $p < 0,01$). Максимально высокие значения скорости агрегации наблюдались в стадию гипотиреоза ($104,63 \pm 18,47$, $p < 0,01$).

Выводы. У пациентов с манифестным гипотиреозом обнаружено увеличение спонтанной агрегации кровяных пластинок. Степень и скорость спонтанной и АДФ- индуцированной агрегации у больных гипотиреозом были значимо выше, чем у пациентов в стадию эутиреоза.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

Медведева Я.В., Забелина М.Н.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Состояние тканей и органов полости рта находится в тесной зависимости от общего состояния организма. В частности, доказана связь распространенности кариеса и его осложнений при ряде соматических заболеваний. Между тем роль психических заболеваний в патогенезе стоматологических болезней практически не изучена. Более того, используемые при лечении психических заболеваний различные группы психотропных препаратов вызывает гипер- или гипосаливацию, снижая болевую чувствительность, что, в свою очередь, способствует переходу острой формы стоматологических заболеваний в хроническую.

В связи с вышеперечисленным целью исследования стало изучение стоматологического статуса у больных шизофренией.

Под нашим наблюдением находился 41 больной с шизофренией, находившихся на лечении в отделении реабилитации филиала п. Береговой ГУЗ "Краевая психиатрической больнице №2". Кроме основного заболевания у них имелись хронические формы заболеваний бронхолегочной, пищеварительной и мочеполовой систем.

Стоматологический статус у них характеризовался высоким индексом распространенности кариеса зубов (98%) за счет большого количества кариозных и удаленных зубов и высокой распространенности заболеваний пародонта (60%).

У пациентов наблюдалась подвижность зубов, кровоточивость десен, зубной камень, его локализация была в основном на язычной поверхности нижних зубов и вестибулярной поверхности верхних моляров. Иногда он обнаруживался на вестибулярной поверхности фронтальных зубов обеих челюстей. У 85% пациентов - пигментированные зубные отложения, что связано с курением. Пародонтальные карманы регистрировались преимущественно в области оральной поверхности нижних резцов и дистальной стороны верхних первых моляров, а их средняя глубина составляла 4-6 мм. Подвижность зубов 2-3 степени. Индекс гигиены по Федорову-Володкиной колебался от 2,0 (гигиеническое состояние полости рта неудовлетворительное) до 3,5 (очень плохое) баллов.

Таким образом, представленные факты говорят о неудовлетворительном состоянии органов и тканей полости рта у больных шизофренией. Последнее может быть обусловлено следующими факторами: наличием сопутствующей патологии, побочным эффектом, применяемых на протяжении многих

лет психотропных препаратов, низким уровнем гигиены и др. Следовательно, таких больных следует обучать в период ремиссии основного заболевания гигиеническим навыкам по уходу за полостью рта. Врач стоматолог, ведущий прием больных с нарушениями психики, должен помогать подбирать средства гигиены и чаще чем 2 раза в год проводить осмотры полости рта у таких пациентов.

ИНДИВИДУАЛЬНОЕ ВОСПРИЯТИЕ ВРЕМЕНИ - ОДИН ИЗ ИНТЕГРАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ

Мельникова С.Л.¹, Мельников В.В.²

¹ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

²ГУЗ Забайкальский Краевой Консультативно-Диагностический Центр, Чита, Россия

Актуальность. Любым биологическим системам свойственна пространственно-временная организация. Несмотря на то, что она включает в себя как пространственный, так и временной компонент, рассмотрение их совместно представляет большие затруднения. Существующие модели оценки биологических систем в целом сталкиваются с рядом проблем. Одной из них является индивидуальность не только структуры, функции, но и восприятия времени. Совокупность всех этих индивидуальных характеристик называют конституцией. Это понятие многоплановое, включающее в себя законы морфофункциональной организации индивидуума, от биохимического до соматотипического и психического уровней. Охватить в исследованиях сразу все показатели не представляется возможным. Оценка параметров восприятия времени необходима для своевременного выявления состояния предболезни как при общей патологии, так и в клинике нервных болезней и возникновении пограничных состояний при психических расстройствах (Моисеева Н.И., 1978-2000). Это объясняется тем, что фактор времени является компонентом адаптационных механизмов (Комаров Ф.И. и др, 2009). При оценке индивидуального восприятия продолжительности времени можно с большой степенью достоверности говорить о том, что недооценивание временных интервалов (субъективное ускорение течение времени) свидетельствует как правило об ослаблении адаптационных возможностей, а способность переоценивать их длительность (субъективное замедление течения времени) - о высоком адаптационном потенциале (Моисеева Н.И., 1981, Бушов, 1994. Романов Ю.А., 2001-2005, Арушанян Э.Б., 2002, Мельникова С.Л. 1997 - 2012).

Цель. Исходя из того, что при измерении только продолжительности воспринимаемых индивидуально временных интервалов не дает представления о непрерывно протекающих изменениях, мы поставили перед собой задачу разработать способ непрерывной регистрации индивидуального восприятия времени и оценить его динамику в разных ситуациях.

Материалы и методы. В основу был положен метод индивидуального отсчета продолжительности минуты, предложенный Н.И. Моисеевой, когда испытуемым предлагалось вести счет про себя с такой скоростью, как им кажется, проходят секунды. Вместо счета про себя нами предлагается регистрация продолжительности индивидуальных секунд в течение индивидуальной минуты на компьютере путем нажатия на клавишу. После предварительного подробного инструктажа и опробования клавиатуры, испытуемый приступает к отсчету. С помощью специально разработанной компьютерной программы происходит регистрация и анализ полученных результатов. Оценивается как продолжительность индивидуальной минуты (ПИМ) в сравнении с эталоном физического времени, так и динамика продолжительности индивидуальных секунд и их вариабельность (ВИС).

Для оценки продолжительности временных интервалов (ИМ и ИС) использовали методы вариационной статистики, с подсчетом средних значений - M , среднеквадратичного отклонения - σ , его ошибки - m .

При характеристике и анализе вариабельности индивидуальных секунд (ВИС) использовали анализ динамического ряда компьютерного показателя продолжительности индивидуальных секунд (ПКИС). Вычисляли математическое ожидание МПКИС (среднее значение ИС всей выборки (300 вариант)), среднее квадратичное отклонение значений динамического ряда ИС - ПКИС, Моду - наиболее часто встречающееся значение ПКИС - МоПКИС, амплитуду моды - число значение ПКИС, соответствующих Мо, выраженное в процентах - АМоПКИС, вариационный размах - разницу между максимальным и минимальным значением ПКИС - σ ПКИС. Вычисляли уравнения регрессии для продолжительности ИС, а также использовали анализ временных рядов по Фурье. Группой наблюдения были практически здоровые молодые люди в возрасте 18-20 лет (30 человек), находящиеся в сходных социальных условиях, находящиеся в спокойном состоянии, утром, до приема пищи.

Полученные результаты. В результате обработки массива данных были получены нормативные показатели индивидуального восприятия времени здоровых молодых людей.

Средняя продолжительность ИМ = $59,6 + 3,53$ ($m=0,85$), среднее значение ПКИС = $17,8 + 4,81$ ($m=1,13$), σ ПКИС = $4,8 + 0,81$ ($m=0,19$), Мода ПКИС (наиболее часто встречающееся значение ряда) = $18,0 + 4,8$ ($m=1,12$), Мах ПКИС (максимальное значение ряда) = $24,0 + 7,51$ ($m=1,83$), Мин ПКИС (минимальное значение ряда) = $13,4 + 4,23$ ($m=1,0$), Амплитуда ПКИС (Разница между max и min значениями ряда) = $11,0 + 4,93$ ($m=1,16$), Коэффициент разброса ПКИС (Амплитуда ПКИС/М ср) = $0,61 + 0,213$ ($m=0,051$).

В результате анализа временных рядов по Фурье мы обнаружили ряд гармоник, встречающихся в норме в спокойном состоянии у молодых людей. В нескольких случаях мы обнаружили совершенно другие варианты распределения показателя ВИС. Это послужило поводом для более подробного анализа состояния молодого человека, проходившего обследование и считавшего себя совершенно здоровым. При записи ЭКГ у него были выявлены желудочковые экстрасистолы, и он был госпитализирован. Нарушения ВИС были отмечены нами и в работах, посвященных исследованию влияния компьютерных игр на индивидуальное восприятие времени.

Вывод. Для оценки общего состояния организма, можно использовать интегральные показатели индивидуального восприятия времени - продолжительность индивидуальной минуты и вариабельность индивидуальной секунды.

ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Мироманов А.М., Миронова О.Б., Гусев К.А.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

В последнее десятилетие отмечается тенденция к росту доброкачественных новообразований проксимального отдела бедренной кости. Проведение обширных оперативных вмешательств, в том числе и тотальной артропластики бедра, является нежелательным первым шагом у данной группы больных вследствие их молодого возраста. В настоящее время более предпочтительно использовать малоинвазивные альтернативные хирургические методы лечения.

Цель исследования - провести анализ результатов лечения методом чрескожной остеоморопластики у пациентов с доброкачественными новообразованиями проксимального отдела бедренной кости.

Материалы и методы. Проведен анализ лечения 6 пациентов в возрасте от 15 до 43 лет с доброкачественными новообразованиями проксимального отдела бедренной кости. Из них у 4 пациентов диагностирована костная киста шейки и головки бедренной кости и в 2 случаях - локальная фиброзная дисплазия вертельной области бедра. Всем пациентам проводилось стандартное общеклиническое обследование, включая выполнение компьютерной томографии и стинциграфии. Всем больным выполнялась трепанбиопсия образований, интраоперационное цитологическое исследование биоптата с последующей чрескожной остеоморопластикой дефектов инъекционным синтетическим остеоиндуктивным костным трансплантатом. Срок наблюдения у 4 пациентов составил 2 года и в 2 случаях 1 год. Для оценки эффективности проводимого лечения использована модифицированная шкала Харриса. Тестирование проводилось всем больным перед оперативным вмешательством, при выписке из стационара и через 1 год после оперативного лечения. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Statistica 6.0 и Microsoft Office Excel 2010. Для сравнения количественных показателей между исследуемыми группами пациентов использовали критерий Манна-Уитни, качественных - χ^2 . Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Установлено, что цитологическое и гистологическое заключения во всех случаях подтвердили предполагаемый клинический диагноз. В раннем послеоперационном периоде у больных каких-либо осложнений не зафиксировано. При контрольном осмотре пациентов через 1 и 2 года после оперативного вмешательства отмечалось отсутствие клинических проявлений заболевания и практически полное восстановление нормальной архитектоники пораженного отдела бедренной кости. При оценке по шкале Харриса средний балл до операции у больных составил $32,3 \pm 4,1$, при выписке из стационара средний балл увеличился до $55,3 \pm 3,7$ - хороший результат лечения, тогда как через год этот показатель увеличивался до $72 \pm 4,6$ баллов, что указывает на отличный результат проведенного лечения ($p < 0,05$).

Заключение. Использование данной методики позволяет не только вызывать гибель новообразованных клеток, не прибегая к широким хирургическим доступам с полным удалением патологического очага, но и полностью восстанавливать нормальную архитектуру кости, что может позволить в будущем использовать любые хирургические способы для данной анатомической области.

МОДЕЛИРОВАНИЕ СУБКАПИТАЛЬНОГО ПЕРЕЛОМА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ

Мироманов А.М., Гусев К.А., Белинов Н.В., Намоконов Е.В.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Переломы шейки бедренной кости составляют 45% от всех переломов опорно-двигательного аппарата, а в структуре инвалидности и смертности данные травмы занимают одно из первых мест. В последние годы регистрируется рост переломов шейки бедренной кости, что связано с прогрессированием остеопороза у пациентов пожилого возраста. Несмотря на то, что вопросам диагностики и лечения переломов шейки бедра постоянно уделяется внимание в периодической печати, остается много открытых вопросов. Вышесказанное диктует необходимость дальнейшего экспериментального изучения данной патологии с целью разработки новых методов диагностики и лечения. Существующие в настоящее время модели перелома шейки бедренной кости не соответствуют картине истинного перелома, тем самым не отражают этиопатогенез данной травмы.

Цель исследования - разработать новый способ моделирования субкапитального перелома бедренной кости. **Материал и методы.** Для выполнения модели использовались 15 крыс линии "Вистар" массой 160 грамм. При работе с животным соблюдались "Международные рекомендации (этический кодекс) по проведению медико-биологических исследований с использованием животных" (1985). Способ осуществляли следующим образом. Животное погружали в наркоз и обрабатывали область оперативного вмешательства, выполняли доступ к тазобедренному суставу путем его вскрытия. Далее обнажали шейку бедренной кости и производили ее фиксацию первым зажимом типа "москит", причем зажим фиксировали таким образом, чтобы рабочие поверхности бранш зажима одной стороной соприкасались с большим вертелом, а другой располагались на основании головки бедренной кости, параллельно субкапитальной линии, перекрывая базальную и трансцервикальную линии. Затем устанавливали второй зажим типа "москит" в направлении противоположном и параллельно первому зажиму, между головкой бедренной кости и первым зажимом, причем бранши второго зажима одной стороной соприкасались с боковой поверхностью первого зажима, а другой с головкой бедренной кости. Далее производили смыкание рабочей поверхности бранш второго зажима до создания субкапитального перелома. Нарушение целостности кости достигается вследствие воздействия силы, направленной по оси шейки бедренной кости. После этого рану послойно ушивали.

Результаты. Во всех 15 случаях моделирования достигнут 100% положительный результат воспроизводимости истинного субкапитального перелома бедренной кости (патент на изобретение РФ по заявке № 2490721, от 20.08.2013г.).

Заключение. Предлагаемый способ моделирования субкапитального перелома бедренной кости является высоковоспроизводимым и позволяет приблизить модель к реальному механизму развития патологического процесса.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Мироманов А.М., Рожанский С.А., Матузов С.А.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

ГУЗ "Городская клиническая больница № 1", Чита, Россия

В остром периоде травмы при разнообразных формах повреждения шейного отдела позвоночника во многих лечебных учреждениях используют различные способы вытяжения не только как в качестве основного метода консервативного лечения, но и как первый этап операции при переднем и заднем доступах, а также в ближайшем послеоперационном периоде. Лечение повреждений шейного отдела позвоночника с помощью вытяжения осуществляется с целью устранения патологических смещений и фиксации анатомических структур в заданном положении на срок необходимый для консервативной или оперативной стабилизации позвоночника. Существующее многообразие способов с использованием петель, различных конструкций скоб говорит о неудовлетворенности исследователей в поиске оптимального метода вытяжения. **Цель исследования** - оценка эффективности нового способа лечения травм шейного отдела позвоночника. **Материалы и методы.** Проведен анализ результатов лечения 49 больных с травмами ШОП для оценки эффективности предлагаемого способа (патент РФ № 2472451, от 20.01.2013г.). Для повышения результативности лечения и снижения риска развития возможных осложнений при травмах шейного отдела позвоночника, вытяжение осуществляют с помощью спиц, проведен-

ных через скуловые отростки височных костей по центру траго-орбитальной линии, перпендикулярно ей, при этом нижние концы спиц неподвижно фиксируют к кости, а верхние концы соединяют между собой фиксирующей скобой и через блок подвешивают груз. Способ осуществляют следующим образом. После обработки кожных покровов области скуловой дуги растворами антисептиков определяют точки проведения спицы - находят середину траго-орбитальной линии (линия проведенная от козелка уха до нижне-наружного угла глаза) и проводят перпендикулярную ей линию, нижний и верхний край скулового отростка височной кости в данной линии - являются точками входа и выхода спицы, соответственно. Выполняют местную анестезию раствором анестетика (3,0-4,0 мл 1% раствора новокаина) в указанных точках. Производят введение спицы через кость в указанных точках, снизу вверх и изнутри наружу. Нижний конец спицы неподвижно фиксируют к нижнему краю скулового отростка височной кости путем ее загибания. Аналогичную манипуляцию выполняют на противоположной стороне. К верхним концам спиц прикрепляют скобу, например, в виде стандартной фиксирующей рамы. Вытяжение осуществляют по обычной методике, прикрепляя груз к скобе через блок. **Результаты.** Данный метод лечения применялся как в специализированных стационарах, так и центральных районных больницах Забайкальского края. У 39 больных метод использовали в предоперационном периоде, у 10 пациентов лечение осуществлялось консервативно (вытяжение в течение 3-4 недель). При использовании предлагаемого способа лечения осложнений не зарегистрировано, во всех случаях получен хороший клинический результат. **Заключение.** Предлагаемый способ является достаточно эффективным, позволяет избегать возможных осложнений при его использовании и может применяться в стационарах любого уровня.

МАТРИКСНЫЕ МЕТАЛЛОПРОТЕАЗЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ГРИППА У ДЕТЕЙ

Мироманова Н.А., Жамсуева Д.Р.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Матриксные металлопротеазы (ММП) представляют собой группу родственных по структуре эндопептидаз, участвующих в деградации базальной мембраны и внеклеточного матрикса. Они секретируются в неактивной форме в межклеточное пространство, где активируются под действием других протеаз и принимают участие в тканевой перестройке. К соединениям, образуемым эндотелиальными клетками, относятся коллагеназы (ММП-1, ММП-8, ММП-13), стромализины (ММП-3, ММП-10) и желатиназы (ММП-2, ММП-9), секретирующиеся в физиологических условиях в межклеточное пространство и разрушающие фибриллярные коллагены, фибронектин и другие белки внеклеточного матрикса. Установлено, что ММП-2 является одним из маркеров воспаления. Содержание ММП в физиологических условиях регулируется содержанием специфических тканевых ингибиторов матриксных металлопротеаз (ММПТИ). Но ММПТИ могут инактивироваться действием протеолитических ферментов - трипсина, хемотрипсина, эластазы нейтрофилов, благодаря чему значительно возрастает активность различных ММП. Проведенные исследования показали, что при заболеваниях сердечно-сосудистой системы в сыворотке крови нарушается нормальное соотношение ММП и ММПТИ, приводящее к развитию фиброза. С вышеуказанных позиций, определенный интерес представляет изучение факторов, приводящих к фиброзированию легочной ткани у детей при гриппе А H1N1/v (пандемическом гриппе), в том числе при осложненных его формах пневмонией.

Цель исследования - изучить содержание матриксных металлопротеаз (ММП-2, ММП-9) и у детей с неосложненным гриппом и при осложненном его течении пневмонией.

Материалы и методы исследования. В исследование включен 201 ребенок с гриппом А H1N1/v, рандомизированные в две группы: первую группу составили 114 детей с неосложненным гриппом. Группу сравнения для этой группы составили 27 детей с сезонным гриппом А H3N2 в постэпидемический период. 87 детей с развившейся внебольничной вторичной вирусно-бактериальной пневмонии на фоне пандемического гриппа объединены во вторую группу. Группой сравнения для второй клинической группы составили 50 детей с внебольничной пневмонией в постэпидемический по гриппу период. Больные исследуемых групп были сопоставимы по полу и возрасту. Контрольную группу составили 20 здоровых детей, сопоставимые по возрасту и полу с исследуемыми клиническими группами.

Объектом для исследования являлась сыворотка крови. Количественное содержание ММП-2 и ММП-9 оценивали с использованием тест-систем "Quantikine MMP-2 и MMP-9 Immunoassay" производства R&D Systems, США. Определение концентрации ММПТИ проводили тест-системой "BioSource HuTIMP-1 kit" производства BioSource Europe S.A., Бельгия. Все измерения проводили с помощью автомати-

ческого вертикального фотометра "Multiscan MCC 340" согласно требованиям тест-систем. После чего производился расчет отношения MMP-2 и MMP-9 к ММРТИ. Полученные данные подвергали статистической обработке с помощью программы "BIOSTAT". Количественные данные выражали в виде среднего значения (M) и стандартного отклонения (SD). Достоверность различий между двумя независимыми совокупностями оценивали с использованием непараметрического критерия Манна-Уитни. Различия сравниваемых показателей считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Известно, что выраженность клинических симптомов заболевания определяется степенью активности иммунных реакций, в процессе которых реализуется эффекторный цитолитический потенциал к вирус-инфицированным клеткам-мишеням при помощи физиологически активных медиаторов микробоцидного действия - катионных белков: ферментных (миелопероксидаза, лизоцим, эластаза) и неферментных (лактоферрин, ферритин, дифензины), осуществляющих нарушение целостности клеточной оболочки возбудителя и блокаду в нем ключевых метаболических процессов, благодаря действию продуктов метаболизма арахидоновой кислоты, секретируемых нейтрофилами в окооклеточное пространство, стимулирующих образование свободных радикалов и окиси азота, также необходимых для инактивации возбудителя. Поэтому первоначально нами исследовано содержание MMP-2, MMP-9, ММРТИ в сыворотке крови у больных с неосложненным течением гриппозной инфекции. Нами установлено, что уровень MMP-2, MMP-9, ММРТИ достоверно отличался у пациентов с тяжелым и среднетяжелым течением гриппа А H1N1/v. В группе детей с сезонным гриппом, а также при легком течении пандемического гриппа уровень металлопротеаз не только не отличался от группы здоровых детей, но и не нарушалось физиологическое отношение данных металлопротеаз к их специфическому ингибитору. Продукция MMP-2, MMP-9 у детей со среднетяжелой формой гриппа А H1N1/v превышала показатели контроля и аналогичные показатели при сезонном гриппе в 2,4 и 2,3 раза, соответственно ($p=0,0001$). Тяжелое течение пандемического гриппа сопровождалось более высоким содержанием MMP-2, MMP-9, превышая показатели здоровых детей в 3,1 раза, а уровень у больных с гриппом А H3N2 - в 2,8 раза ($p=0,0001$). Отмечено, что при тяжелом течении гриппа наблюдалась не только гиперпродукция металлопротеаз, но и нарушалось их физиологическое отношение с продукцией ММРТИ ($p=0,0001$). Уровень исследуемых металлопротеаз повышался во всех исследуемых нами группах больных с пневмонией относительно здоровых индивидуумов. При этом обнаружено, что если при пневмонии, этиологически не связанной с пандемическим гриппом, уровень MMP-2 и MMP-9 превышал контрольные значения в 1,8 и 2,5 раза, независимо от тяжести ее течения, то значения исследуемых металлопротеаз при осложненном гриппе А H1N1/v превышали аналогичные показатели соответственно, в 3,4 и 4,1 раза. Причем, тяжелое течение пневмонии при пандемическом гриппе сопровождалось более значимым повышением уровня MMP-2 и MMP-9 не только по сравнению с контролем и группой сравнения ($p=0,0001$), но и относительно детей с нетяжелыми формами пневмонии при гриппе А H1N1/v ($p=0,0001$). Повышение показателей соотношения MMP-2 и MMP-9 к ММРТИ также отмечены во всех исследуемых группах больных с пневмонией, исключая соотношение MMP-9 к ММРТИ у детей с тяжелой пневмонией группы сравнения ($p=0,061$). Показатель отношения исследуемых металлопротеаз к их физиологическому ингибитору максимально увеличивался у детей с тяжелой пневмонией при гриппе и достоверно отличался от группы детей с нетяжелым ее течением ($p=0,0001$). Нами зафиксировано, что различия всех исследуемых показателей у детей с тяжелой пневмонией при пандемическом гриппе значительно превышали аналогичные у детей с тяжелым гриппом ($p=0,0001$). Помимо этого, уровень MMP-2, MMP-9, ММРТИ у детей с тяжелым течением гриппа превышал таковые показатели у детей с пневмонией, этиологически несвязанной с гриппом А H1N1/v, что подтверждает потенциальную способность вируса пандемического гриппа к фиброзу легочной ткани.

Таким образом, превышение показателей MMP-2, MMP-9 и ММРТИ у детей со среднетяжелым и тяжелым течением гриппа обуславливают течение физиологических процессов, приводящих к инактивации патогена. Однако, выявленные нарушения при данных формах физиологического соотношения исследуемых металлопротеаз к их ингибитору, могут объяснить с одной стороны интенсивность воспалительной реакции, характерной для более тяжелых форма гриппа, а с другой стороны, уже на этой стадии патологического процесса может стать значимым фактором риска развития фиброза легочной ткани. Гиперпродукция металлопротеаз при пневмонии, обусловленной вирусом гриппа А H1N1/v, должна расцениваться как фактор риска не только тяжелого течения пневмонического процесса, но и свидетельствовать о развитии фиброза легочной ткани, что требует тщательного катамнестического наблюдения за данной категорией пациентов.

**ТРАНСФОРМИРУЮЩИЙ ФАКТОР РОСТА- β В ПАТОГЕНЕЗЕ
ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ГРИППА У ДЕТЕЙ**

Мироманова Н.А., Жамсуева Д.Р.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Трансформирующий фактор роста (TGF- β) является сильнейшим стимулятором экспрессии гена, управляющего синтезом интерстициального коллагена. Известно, что TGF- β обладает тремя основными функциями: изменение пролиферации клеток, усиление формирования клеточного матрикса за счет активации синтеза его компонентов и подавления деградации, иммуносупрессивное действие. Именно с действием TGF- β связывают развитие фиброза при ряде патологических процессов. Уникальный характер биологической активности TGF- β особенно ярко проявляется в регуляции защитных реакции в ткани легких. В легкие постоянно попадает большое количество патогенов, активирующих механизмы врожденного иммунитета и развитие воспаления. Гиперактивация воспалительной реакции может привести к отеку, а в случае хронического воспаления - к фиброзу. Для нивелирования этого процесса существует механизм регуляции воспалительной реакции, связанный с продукцией TGF в ткани легких. TGF, с одной стороны, ограничивает активацию клеток иммунной системы, не позволяя воспалительной реакции перейти в гиперергическую фазу, а с другой стороны, активирует метаболизм соединительной ткани для быстрого восстановления исходной структуры ткани и недопущения развития фиброобразования.

С вышеуказанных позиций, определенный интерес представляет изучение факторов, приводящих к фиброзированию легочной ткани у детей при гриппе А H1N1/v (пандемическом гриппе), в том числе при осложненных его формах пневмонией.

Цель исследования - изучить содержание трансформирующего фактора роста- β у детей с неосложненным гриппом и при осложненном его течении пневмонией.

Материалы и методы исследования.

В исследование включен 201 ребенок с гриппом А H1N1/v, рандомизированные в две группы: первую группу составили 114 детей с неосложненным гриппом. Для определения тяжести течения гриппа А H1N1/v пользовались общепринятой классификацией гриппа [5]. Группу сравнения для этой группы составили 27 детей с сезонным гриппом А H3N2 в постэпидемический период.

87 детей с развившейся внебольничной вторичной вирусно-бактериальной пневмонии на фоне пандемического гриппа объединены во вторую группу. Диагноз внебольничной пневмонии устанавливался на основании достоверных критериев, предложенных А.Г. Чучалиным и соавторами. В качестве критериев тяжести внебольничной пневмонии у детей использовали модифицированную шкалу тяжелых внебольничных пневмоний у взрослых (2007). Группой сравнения для второй клинической группы составили 50 детей с внебольничной пневмонией в постэпидемический по гриппу период. Дети с атипичной этиологией внебольничной пневмонии (микоплазменная, хламидийная) из данной группы исключались. Диагноз гриппа А H1N1/v устанавливался на основании эпидемиологического анамнеза, комплекса характерных клинических симптомов и верифицировался путем обнаружения РНК вируса в назофарингеальных мазках методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) и/или с помощью реакции торможения гемагглютинации (РТГА) в парных сыворотках с нарастанием титра антител. Сезонный грипп устанавливался на основании идентификации РНК вируса гриппа А H3N2 в назофарингеальных мазках.

Контрольную группу составили 20 здоровых детей, сопоставимые по возрасту и полу с исследуемыми клиническими групп.

Объектом для исследования явилась сыворотка крови. Определение содержания TGF- β_1 в сыворотке крови проводили с помощью набора для иммуноферментного анализа (производство фирмы "DGR Internarional inc.", Германия). Количественное содержание TGF- β_1 выражали в пкг/мл. Полученные данные подвергали статистической обработке с помощью программы "BIOSTAT". Количественные данные выражали в виде среднего значения (M) и стандартного отклонения (SD). Достоверность различий между двумя независимыми совокупностями оценивали с использованием непараметрического критерия Манна-Уитни. Различия сравниваемых показателей считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение.

Нами установлено, что продукция исследуемого TGF- β_1 достоверно превышала показатели контроля у детей с гриппом, независимо от серологического типа вируса гриппа А. Так, содержание TGF- β_1 превышало показатели контроля при сезонном гриппе в 2,4 раза, при легком течении гриппа А H1N1/v - в 2,5, а у детей со среднетяжелыми и тяжелыми формами, соответственно, в 2,7 и 3,7 раза. В тоже время, показатели TGF- β_1 у детей при пандемическом гриппе, независимо от тяжести его течения, достоверно отличались от аналогичных показателей детей при сезонном гриппе ($p = 0,0001$). Отмечено,

что с нарастанием тяжести пандемического гриппа увеличивалось содержание данного цитокина в сыворотке крови ($p=0,0001$).

Содержание $TGF-\beta_1$ у всех исследуемых пациентов с пневмонией также превышали контрольные значения. При этом выявлено, что максимальная продукция этого цитокина наблюдалась у детей с тяжелым течением пневмонии при пандемическом гриппе ($p=0,0001$), а различия в его уровнях статистически отличались в группах больных с тяжелым и нетяжелым течением пневмонии при гриппе А H1N1/v ($p=0,0001$).

Таким образом, обнаруженное повышение концентрации $TGF-\beta_1$ у детей с гриппом, более значимое при тяжелых формах пандемического гриппа обусловлено снижением активации клеток иммунной системы, направленных на ограничение воспалительной реакции. Гиперпродукция $TGF-\beta_1$ при пневмонии, обусловленной вирусом гриппа А H1N1/v, должна расцениваться как фактор риска не только тяжелого течения пневмонического процесса, но и свидетельствовать о развитии фиброза легочной ткани, что требует тщательного катамнестического наблюдения за данной категорией пациентов.

ГРИПП А H1N1/V У ДЕТЕЙ: КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА

Мироманова Н.А., Брум Т.В., Шальнев В.А., Жамсуева Д.Р.

**ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия
ГУЗ "Краевая клиническая инфекционная больница", Чита, Россия**

Начало 21-го века ознаменовалось появлением нового вируса гриппа А H1N1/Калифорния/04/09. Одним из первых регионов Российской Федерации, встретившихся с пандемическим вирусом гриппа, стал Забайкальский край.

Цель исследования - выявление клинико-лабораторных особенностей гриппа А H1N1/v у детей в зависимости от тяжести его течения.

Материал и методы. В исследование включены 114 детей с неосложненным течением гриппа А H1N1/v, проходивших стационарное лечение в ГУЗ "Краевая клиническая инфекционная больница" в эпидемический сезон октябрь-декабрь 2009 года. Больные рандомизированы в три группы на основании тяжести течения инфекции. Первую группу составили 40 детей с легким течением гриппа, вторую группу - 56 детей со среднетяжелым течением гриппа. 18 детей наблюдались с тяжелым гриппом. Исследуемые были сопоставимы по полу и возрасту. Диагноз гриппа А H1N1/v устанавливался на основании эпидемиологического анамнеза, комплекса характерных клинических симптомов и верифицировался путем обнаружения РНК вируса в назофарингеальных мазках методом ПЦР и/или с помощью РТГА в парных сыворотках с нарастанием титра антител. Все больные получали стандартную терапию в соответствии с методическими рекомендациями Министерства здравоохранения и социального развития РФ. Статистическая обработка данных проводилась при помощи пакета прикладных программ STATISTICA 6.1. Количественные показатели выражали в виде среднего значения (М) и стандартного отклонения (SD).

Результаты исследования и их обсуждение. Нами установлено, что у детей грипп А H1N1/v чаще протекал в легких (35,1%) и среднетяжелых формах (49,1%). Тяжелые формы инфекции зарегистрированы у 15,8% из числа наблюдаемых нами больных.

В группе с легким течением пандемического гриппа большинство больных составили дети в возрасте до пяти лет (82,5%). Контакт с больными, имеющие гриппоподобные симптомы, отмечен у 40% детей данной группы. Чаще больные поступали в стационар в первые двое суток от начала болезни. Поздняя госпитализация (на 3 суток и позже) отмечена в 22,5% случаев. При поступлении больные имели характерную клиническую симптоматику острого респираторного заболевания: острое начало заболевания с манифестацией в виде повышения температуры тела от 37 до 38,5°C, появление вялости, изменение поведения, отказ от еды. Учитывая ранний возраст больных, такие симптомы заболевания, как головная боль, миалгии, боли в глазных яблоках регистрировались в единичных случаях исключительно у детей старших возрастных групп. Длительность интоксикации составила 2,3±0,9 дней. Поражение респираторного тракта характеризовалось чаще клиникой бронхита (85%), проявляясь сухим кашлем. Симптоматика обструктивного бронхита без признаков дыхательной недостаточности наблюдалась у одного ребенка. Длительность кашля составила 5 дней. В двух случаях кашель у детей отсутствовал. В 77,5% случаев наряду с поражением респираторного тракта у детей наблюдалась диарея. Тахикардия и тахипноэ, регистрируемые при поступлении детей данной группы в стационар, носили компенсаторный характер и соответствовали степени повышения температуры тела. Геморрагический

синдром, а также признаки инфекционного токсикоза в этой группе пациентов не регистрировались. Гемограмма у детей в возрасте от 1 месяца до 5 лет характеризовалась нормальным количеством лейкоцитов ($9,1 \pm 2,7 \times 10^9/\text{л}$), умеренным относительным нейтрофилизом (палочкоядерные нейтрофилы - $4,9 \pm 3,8\%$, сегментоядерные нейтрофилы - $43,9 \pm 13,5\%$). Лейкопения наблюдалась у одного ребенка. Показатели тромбоцитов, гемоглобина, СОЭ, а также АСТ, ЛДГ соответствовали возрастной норме. Заболевание у детей с легким течением гриппа протекало гладко, длительность лечения в стационаре составила в среднем $9,7 \pm 4,2$ дней. Дети при среднетяжелом течении гриппа имели более манифестную клиническую симптоматику заболевания. Большинство больных составили дети в возрасте до пяти лет ($89,3\%$). Хотя дети со среднетяжелым течением болезни имели более отчетливую симптоматику, по сравнению с пациентами при легком течении гриппа, поздняя госпитализация (3 суток и позднее) наблюдалась практически в половине случаев ($42,8\%$). Повышение температуры тела регистрировалось в интервале от $38,5$ до $39,5^\circ\text{C}$ с длительностью температурной реакции $2,7 \pm 1,2$ дня. В трех случаях зафиксированы кратковременные эпизоды судорог на высоте температуры, которые у одного ребенка сопровождались галлюцинациями. При этом неврологическая и менингеальная симптоматика у детей отсутствовала, а кратковременные явления галлюцинаций и судорог, позволяли расценивать данные симптомы как проявления специфического инфекционного токсикоза. У $19,6\%$ детей интоксикация сопровождалась выраженной бледностью кожных покровов с их "мраморностью". Поражение респираторного тракта характеризовалось клиникой обструктивного бронхита у $16,1\%$ детей с явлениями компенсаторной дыхательной недостаточности. У шести детей наблюдалась симптоматика ларинготрахеита, причем у четырех из них протекая с явлениями стеноза гортани 1 степени. Показатели SpO_2 у детей, имеющих проявления дыхательной недостаточности, не выходили за пределы нормальных показателей ($96,6 \pm 1,6\%$). В целом, клинические проявления бронхита отмечены у $85,7\%$ детей. Сухой кашель наблюдался у $80,3\%$ детей с длительностью $6,7 \pm 2,5$ дней. В двух случаях кашель у детей не регистрировался. Кратковременная диарея отмечена у $44,6\%$ пациентов, в основном среди детей раннего возраста. В среднем, гемограмма у больных этой группы соответствовала нормальным возрастным показателям. Лейкопения у больных со среднетяжелым течением гриппа наблюдалась в $23,2\%$ случаях ($4,6 \pm 0,5 \times 10^9/\text{л}$). Показатели С-реактивного белка превышали контрольные значения у 7 детей, а уровень АСТ превышал показатели контроля в 1,7 раза. Длительность стационарного лечения составила в среднем $8,3 \pm 3,2$ дня. Тяжелое течение гриппа характеризовалось выраженной интоксикацией, тяжелым поражением респираторного тракта и наличием геморрагического синдрома. Температура фиксировалась на значениях $39,5^\circ\text{C}$ и выше, сопровождаясь выраженной вялостью, адинамией, отказом от еды. Длительность температурной реакции составила $4,6 \pm 1,4$ дня. Дети старшего возраста жаловались на выраженную головную боль, боли в мышцах, ломоту в теле, повторную рвоту. В двух случаях отмечались признаки нарушения сознания (у одного ребенка - кома 1 степени, у второго - сопор), сопровождаясь наличием положительных менингеальных симптомов. Судорожный синдром наблюдался в четырех случаях. Судороги носили генерализованный тонико-клонический характер, чаще являясь кратковременными и возникая на высоте температурной реакции. Лишь у одного ребенка энцефалитическая реакция при отсутствии изменений в ликворе сопровождалась повторными приступами судорог. Поражение респираторного тракта сопровождалось симптомами трахеобронхита, стенозирующим ларинготрахеитом с явлениями стеноза гортани 2 степени. Длительность кашля составила $11,8 \pm 2,9$ дней. Явления фарингита, ринита регистрировались у всех больных. Диарея наблюдалась реже ($11,1\%$), чем у пациентов с нетяжелыми формами течения инфекции. Признаки компенсированного инфекционного токсикоза наблюдались в $94,4\%$ случаев, субкомпенсированного - $5,6\%$. Геморрагический синдром отмечался в $11,1\%$ случаев, проявляясь геморрагической сыпью, носовыми кровотечениями, изменениями показателей коагулограммы (гиперкоагуляция) и тромбоцитопенией. У трети детей ($33,3\%$) тяжелое течение гриппа соответствовало критериям системной воспалительной реакции, сопровождаясь лейкопенией у трех детей, лейкоцитозом - в трех случаях, а также тахикардией, повышением артериального давления и увеличением показателей С-реактивного белка ($7,5 \pm 5,7 \text{ г/л}$). Показатели АСТ у детей с тяжелым течением гриппа составили $80,8 \pm 21 \text{ Ед}$. В целом, тяжелые формы у детей протекали гладко с постепенным регрессом имеющейся клинической симптоматики. Длительность стационарного лечения у пациентов данной группы составила в среднем $9,7 \pm 1,9$ дней. Летальные случаи среди наблюдаемых нами детей с тяжелым гриппом не регистрировались.

**РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОЛИМОРФИЗМОВ МОЛЕКУЛ,
ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ДИСФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ В ПАТОГЕНЕЗЕ
ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ГРИППА А Н1N1/V У ДЕТЕЙ**

Мироманова Н.А.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Диагностика и терапия внебольничной пневмонии в детском возрасте являются актуальными вопросами педиатрии в связи с достаточно высокой заболеваемостью и сохраняющейся смертностью. В 5-15% всех внебольничных пневмоний причиной их развития являются вирусные инфекции, основное значение среди которых имеет вирус гриппа. Тяжелые внебольничные пневмонии у детей нередко сопровождаются синдромом системной воспалительной реакции (ССВР), сепсисом и полиорганной недостаточностью, которые представляют стадии развития одного процесса. В генезе развития ССВР наиболее важным звеном считают гиперпродукцию провоспалительных цитокинов и оксида азота (NO), как основного повреждающего фактора эндотелия капилляров и обуславливающего формирование дисфункции эндотелия. Представляется вероятным, что активность определенных изоформ NOS, являющихся продуктами экспрессии соответствующих генов (NOS1-3), может обеспечивать различную концентрацию NO в организме, и таким образом, определять его функцию как физиологического регулятора, либо как токсического агента.

Цель исследования - изучить частоту встречаемости генотипов полиморфного маркера гена синтазы окиси азота (NOS3 C786T) у детей при гриппе А Н1N1/v, осложненном пневмонией.

Материал и методы. В исследование включено 137 детей с внебольничной пневмонией. Основную группу составили 87 детей с внебольничной пневмонией, как осложнение пандемического гриппа А Н1N1/v, проходивших стационарное лечение в государственном учреждении здравоохранения "Краевая клиническая инфекционная больница" в эпидемический сезон октябрь-декабрь 2009 года. Пневмония в данной группе носила вторичный вирусно-бактериальный характер. У 67 детей этой группы пневмония имела нетяжелое течение, в остальных случаях (n=20) - тяжелое. Группу сравнения для основной группы составили 50 детей с внебольничной пневмонией в постэпидемический по гриппу период. Пациенты всех исследуемых групп были сопоставимы по полу и возрасту. Диагноз внебольничной пневмонии устанавливался на основании критериев, предложенных А.Г. Чучалиным и соавторами. В качестве критериев тяжести внебольничной пневмонии у детей использовали модифицированную шкалу тяжелых внебольничных пневмоний у взрослых (2007). Все пациенты с тяжелым течением внебольничной пневмонии соответствовали критериям ССВР, предложенные Международной согласительной конференции по педиатрическому сепсису (2005). Этиологическую связь с вирусом гриппа А Н1N1/v у детей с пневмонией в сезон циркуляции пандемического гриппа подтверждали путем обнаружения РНК вируса в назофарингеальных мазках методом ПЦР и/или с помощью реакции торможения гемагглютинации (РТГА) в парных сыворотках с нарастанием титра антител. Детей с внебольничной пневмонией в постэпидемический период по гриппу А Н1N1/v тестировали методом ПЦР (назофарингеальные мазки) на группу респираторных вирусов (вирусы гриппа А Н1N1/v, А Н3N2, типа В, парагриппа 1-3 серотипов, аденовирусы, респираторно-синцитиальный вирус, риновирусы, метапневмовирус, бокавирус).

В качестве контрольной группы для оценки распределения генотипов исследуемых полиморфизмов в популяции обследовано 200 здоровых детей, сопоставимых по полу и возрасту с основной группой. Материалом для молекулярно-генетического анализа служили образцы ДНК, выделенные из периферической венозной крови. Для исследования выбрана точка мутации эндотелиальной синтазы окиси азота (NOS3) в позиции 786 (C>T). Амплификацию проводили в термоцикле (модель Ре "Бис" - М111 (ООО "Бис-Н", Новосибирск). В работе использовались стандартные наборы праймеров научно-производственной фирмы "Литех"-"SNP" (Москва). Визуализация продуктов амплификации выполнена с помощью электрофореза в 3% агарозном геле с добавлением бромистого этидия, проходящем в ультрафиолетовом свете.

Полученные данные подвергали статистической обработке с помощью программы "BIOSTAT". При сравнении частот и групп по качественному бинарному признаку пользовались критерием χ^2 . Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$. Для определения частот аллельных вариантов генов применялся закон Харди-Вайнберга. С целью оценки ассоциаций аллелей с генотипом рассчитывали относительный риск (ОР) и отношение шансов (ОШ).

Результаты исследования и их обсуждение. Распределение распространенности генотипов полиморфного локуса C786T гена NOS3 в группе больных с пневмонией и контрольной группе соответствовало ожидаемому равновесию Харди-Вайнберга. Согласно полученным данным, частота геноти-

пов С/С и Т/Т отличалась от группы контроля только у больных с пневмонией в сезон циркуляции вируса гриппа А Н1N1/ν как при тяжелом, так и нетяжелом ее течении ($p=0,05$, $p=0,0001$, соответственно). Частота генотипа С/Т отличалась от здоровых лиц только при тяжелом течении пневмонии при гриппе А Н1N1/ν ($p=0,0001$). Тяжелая пневмония у детей в период циркуляции гриппа характеризовалась достоверно частым обнаружением генотипа Т/Т в сравнении не только с группой контроля, но и группой сравнения ($p=0,0001$). В то же время статистически значимые различия распределения генотипов NOS3 (С786Т) при различном течении пневмонии при гриппе нами не выявлены.

При сравнении частоты аллельных вариантов С и Т гена NOS3 С786Т обнаружены статистически достоверные различия со здоровыми детьми только у больных при тяжелом течении пневмонии при гриппе ($p=0,003$). Причем частота аллели Т регистрировалась чаще у пациентов этой группы и в сопоставлении с группой сравнения ($p=0,003$), но не отличалась от больных с нетяжелой пневмонией при гриппе ($p=0,182$). Расчет относительного риска выявил положительную ассоциацию аллели Т гена NOS3 полиморфизма С786Т с тяжелым течением пневмонии при гриппе А Н1N1/ν (ОР=1,5, ДИ [-1,0; 3,21]).

Таким образом, определение полиморфизма генов молекул, характеризующих дисфункцию эндотелия, дает возможность осуществлять индивидуальный прогноз при пневмонии, ассоциированной с вирусом пандемического гриппа, позволяя тем самым расширить перечень хорошо известных предикторов тяжести ее течения в детском возрасте и повысить вероятность прогноза.

ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ С ИСХОДОМ В ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ

Морозова Е.И., Говорин А.В., Филев А.П., Радаева Е.В., Чистякова М.В.
ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

В последние десятилетия во всем мире отмечается значительный рост вирусных гепатитов с дальнейшим прогрессированием их в цирроз печени с портальной гипертензией, и высоким риском смертельных осложнений. Особого внимания у таких больных заслуживают и кардиогемодинамические нарушения, обозначаемые термином "цирротическая кардиомиопатия", значительно усугубляющие течение и прогноз цирроза печени. В этой связи изучение закономерностей морфо-функциональных изменений сердца у таких больных приобретает особую актуальность.

Цель работы. Изучить особенности развития легочной гипертензии и формирования диастолической дисфункции правого желудочка у больных хроническими вирусными гепатитами с исходом в цирроз печени.

Материалы и методы исследования. Обследовано 90 больных вирусным циррозом печени (65 мужчин и 25 женщин), средний возраст составил $37,8 \pm 7,2$ лет. Было сформировано две группы: 1-ю составили 52 пациента без асцита, 2-ю - 38 больных с асцитом. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц. Критериями исключения из исследования явились: возраст старше 55 лет, сосудистые заболевания головного мозга, заболевания сердца, эндокринной системы, хронический алкоголизм, злокачественные образования, хроническая дыхательная, почечная недостаточность, воспалительные заболевания, психические заболевания, период проведения противовирусной терапии. Эхокардиографическое исследование проводилось по стандартной методике на аппарате "VIVID - 3-expert GE" (США) с определением комплекса общепринятых морфофункциональных параметров. При оценке диастолической функции в импульсном режиме определяли скорость транстрикуспидального потока: максимальные скорости раннего и позднего пика Е и А, отношение Е/А, время изоволюметрического расслабления миокарда ПЖ (IVRT) и время замедления первого потока DTe. Оценивали параметры транспульмонального потока, диаметр легочной артерии, среднее и систолическое давление в легочной артерии. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета статистических программ Statistica 6,0 (StatSoft).

Полученные результаты. Установлено, что у 23,3% больных вирусным циррозом печени развивается легочная гипертензия. При анализе частоты встречаемости ЛГ в зависимости от наличия асцита, выявлено, что в 1-й группе ЛГ формировалась у 13,5%, тогда как во 2-й - у 55,3% больных. Скорость легочного потока увеличивалась относительно аналогичной величины контроля в обеих группах, однако максимальная разница была отмечена у больных с асцитом - на 37,5% ($p<0,01$). Однонаправленно скорости потока изменялся и диаметр ЛА, который превышал таковой здоровых лиц на 12% в 1-й группе и на 15,4% - во 2-й ($p<0,05$). Наряду со скоростью потока изменялась и его форма, проявляющаяся в сокращении времени ускорения (АТ) и увеличении времени выброса крови из правого

желудочка (ЕТ) и, как следствие, уменьшении отношения АТ/ЕТ на 16% у пациентов обеих групп по сравнению с контролем ($p < 0,05$). Анализируя величину среднего и систолического давления в ЛА, отмечена тенденция к его увеличению у всех больных ЦП, хотя достоверная разница с аналогичными показателями контроля была зафиксирована лишь во 2-й группе. Изучая вышеописанные параметры между сформированными группами необходимо отметить, что достоверная разница зарегистрирована практически по всем показателям. Также был проведен анализ встречаемости диастолической дисфункции ПЖ как качественного показателя в зависимости от наличия легочной гипертензии. Так, 1-ю группу составили 23 пациента с ЛГ, 2-ю - 67 больных с отсутствием ЛГ. Установлено, что в 1-й группе пациенты с ДД ПЖ составили 73,7% от общего числа больных с ЛГ, а во 2-й - лишь 7,9%.

Выводы. У больных хроническими вирусными гепатитами с исходом в цирроз печени развивается легочная гипертензия, преимущественно у больных с асцитом. Среди пациентов с установленной ЛГ достоверно чаще встречается диастолическая дисфункция правого желудочка.

ОСОБЕННОСТИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ С ИСХОДОМ В ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ

Морозова Е.И., Говорин А.В., Филев А.П., Радаева Е.В., Чистякова М.В.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

В последнее время достигнут существенный прогресс в изучении особенностей структурно-функциональных изменений сердца у больных с циррозом печени, однако многие вопросы патогенеза цирротической кардиомиопатии остаются неясными.

Целью работы явилось изучение диастолической функции правого желудочка у больных вирусным циррозом печени в зависимости от тяжести клинического течения заболевания.

Материалы и методы исследования. Обследовано 90 больных вирусным циррозом печени (65 мужчин и 25 женщин), средний возраст составил $37,8 \pm 7,2$ лет. По классификации Чайлд-Пью было выделено 3 группы: 34 пациента с классом А (1-я группа), 30 - с классом В (2-я группа), 26 больных с циррозом печени класса С (3-я группа). Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц. Критериями исключения из исследования явились: возраст старше 55 лет, сосудистые заболевания головного мозга, заболевания сердца, эндокринной системы, хронический алкоголизм, злокачественные образования, хроническая дыхательная, почечная недостаточность, воспалительные заболевания, психические заболевания, период проведения противовирусной терапии. Эхокардиографическое исследование проводилось по стандартной методике на аппарате "VIVID - 3-expert GE" (США) с определением комплекса общепринятых морфофункциональных параметров. При оценке диастолической функции в импульсном режиме определяли скорость транстрикуспидального потока: максимальные скорости раннего и позднего пика Е и А, отношение Е/А, время изоволюметрического расслабления миокарда ПЖ (IVRT) и время замедления первого потока DTe. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета статистических программ Statistica 6,0 (StatSoft).

Полученные результаты. По данным доплерографического исследования среди больных вирусным циррозом печени установлено, что у 31,1% больных имела место диастолическая дисфункция ПЖ, которая формировалась по гипертрофическому типу. Анализ параметров, характеризующих данные нарушения, позволил выявить преобладание характерного типа транстрикуспидального диастолического потока, который проявлялся уменьшением фазы позднего диастолического наполнения ПЖ, уменьшением отношения скоростей потоков в фазы раннего и позднего диастолического наполнения, увеличением времени изоволюметрического расслабления и медленного наполнения ПЖ. Изучая особенности транстрикуспидального потока в исследуемых группах выявлено, что у больных вирусным циррозом печени класса В и С уменьшалась максимальная скорость пика Е на 31% и 34%, соответственно ($p < 0,05$). В то время, как отношение Е/А достоверно отличалось от контроля только в 3-й группе и составило 69% от показателя группы здоровых лиц. IVRT превышало аналогичную величину контроля только во 2-й и 3-й группах в 1,4 и 2,3 раза, соответственно ($p < 0,01$). Кроме того, по данному параметру была выявлена достоверная разница между сформированными группами. Так в 1-й группе IVRT была ниже показателя 2-й группы на 23,5%, а 3-й на 53% ($p < 0,05$). DTe, напротив, во всех группах имела тенденцию к снижению, однако достоверно изменялась только во 2-й и 3-й группах больных.

Выводы. У больных хроническими вирусными гепатитами с исходом в цирроз печени выявлено нарушение диастолической функции правого желудочка по гипертрофическому типу, преимущественно у пациентов с классом В и С по Чайлд-Пью.

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНТЕРВАЛА QT У БОЛЬНЫХ С ВИРУСНЫМ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Морозова Е.И., Говорин А.В., Филев А.П., Радаева Е.В., Чистякова М.В.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Цирротическая кардиомиопатия сегодня занимает ведущие позиции в структуре осложнений у больных с циррозом печени, что обусловлено широким распространением данной патологии в последние годы и активным изучением влияния портальной гипертензии на различные органы и системы.

Целью работы явилось изучение продолжительности интервала QT у больных вирусным циррозом печени в зависимости от тяжести клинического течения заболевания.

Материалы и методы исследования. Обследовано 72 больных вирусным циррозом печени (53 мужчины и 19 женщин), средний возраст составил $39,6 \pm 6,2$ лет. По классификации Чайлд-Пью было выделено 3 группы: 16 пациента с классом А (1-я группа), 30 - с классом В (2-я группа), 26 больных с циррозом печени класса С (3-я группа). Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц. Критериями исключения из исследования явились: возраст старше 55 лет, сосудистые заболевания головного мозга, заболевания сердца, эндокринной системы, хронический алкоголизм, злокачественные образования, хроническая дыхательная, почечная недостаточность, воспалительные заболевания, психические заболевания, период проведения противовирусной терапии. Проведено стандартное электрокардиографическое исследование с вычислением скорректированного интервала QT по формуле, предложенной L. S. Fridericia: $QT_F = \frac{QT}{\sqrt{RR^{1/3}}}$. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета статистических программ Statistica 6,0 (StatSoft).

Полученные результаты. Установлено, что QT_F у пациентов с циррозом печени составил $457,75 \pm 59,5$ мс, при этом, данный показатель у женщин и мужчин отличался: $499,5 \pm 34,5$ и 416 ± 49 мс, соответственно. Изучая интервал QT в исследуемых группах, прослеживается тенденция к увеличению данного показателя по мере нарастания тяжести заболевания, в среднем отличаясь от аналогичной величины контроля на 15% ($p < 0,05$). При этом, следует отметить, что между сформированными группами значимых отличий не наблюдалось.

Выводы. У больных вирусным циррозом печени отмечается увеличение продолжительности интервала QT, проявляющиеся уже на раннем этапе заболевания, в большей степени выраженное у женщин.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕЙКОЦИТАРНО-ТРОМБОЦИТАРНОЙ И ЭРИТРОЦИТАРНО-ТРОМБОЦИТАРНОЙ АДГЕЗИИ У ЗДОРОВЫХ И БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Морозова И.Ю., Страмбовская Н.Н.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Цель исследования. Оценка лейкоцитарно-тромбоцитарной и эритроцитарно-тромбоцитарной адгезии у здоровых и больных с острым нарушением мозгового кровообращения.

Методы исследования. Исследование проводилось в группе пациентов с ОНМК (87% из них с ишемическим инсультом, 13% - с геморрагическим), госпитализированные в отделение неврологии и блок интенсивной терапии Краевой клинической больницы г. Чита в 1-е сутки от начала заболевания. Среди обследованных было 19 мужчин и 12 женщин, средний возраст которых составил $62,7 \pm 10,5$ лет. Все больные по степени тяжести инсульта (согласно шкале NIHSS) были разделены на три группы: 1-я группа (10 человек) включала больных с легким течением заболевания - до 5 баллов, 2-я (8 человек) - пациентов, у которых регистрировалась средняя степень тяжести инсульта - от 5 до 10 баллов, 3-я группа (13 человек) - пациентов с тяжелым инсультом и оценкой более 10 баллов. Кроме этого, зарегистрировано два летальных случая заболевания. В контрольную группу вошли здоровые исследуемые ($n=23$) соответствующего возраста ($58,8 \pm 11,5$ лет), не имеющие объективных признаков цереброваскулярной патологии. Всем обследуемым больным в день поступления в стационар в общем анализе крови оценивалось наличие и выраженность лейкоцитоза крови (гематологический анализатор PENTRA 120, Франция). Исследование процессов адгезии (ЛТА и ЭТА) проводилось на проточном цитофлуориметре "Cytomics FC-500" (Beckman Coulter, США), используя стандартный протокол. Данные анализировали с помощью программы "СХР Cytometer" (Beckman Coulter, США).

Полученные данные обработаны методом вариационной статистики с помощью пакетов программ Microsoft Excel 2007 с определением значимости различий при достигнутом уровне $p < 0,05$. Для сравнения показателей применялся критерий Манна - Уитни.

Результаты. В результате исследования нами выявлено, что в группе контроля количество ЛТА составляет $3,2 \pm 1,11\%$, а количество ЭТА - $1,38 \pm 0,47\%$. При оценке тяжести инсульта до 5 баллов количество ЛТА составило $4,6 \pm 0,61\%$ ($p < 0,01$), а количество ЭТА - $1,96 \pm 0,26\%$, при оценке от 5 до 10 баллов - $4,9 \pm 1,12\%$ ($p < 0,01$) и $2,08 \pm 0,5\%$ ($p < 0,01$), а свыше 10 баллов - $6,1 \pm 1,9\%$ ($p < 0,001$) и $2,7 \pm 0,8\%$ ($p < 0,001$), соответственно. Таким образом, увеличение количества лейкоцитарно-тромбоцитарных агрегатов и эритроцитарно-тромбоцитарных агрегатов относительно группы контроля отмечается во всех трёх группах наблюдения, при этом максимальное количество агрегатов зарегистрировано в группе с тяжёлым течением инсульта. Также необходимо отметить, что в двух случаях летального исхода в первые сутки заболевания уровень ЛТА составил 6,38 и 9,07%, а уровень ЭТА 2,73 и 3,88%, соответственно.

Выводы. Выявлено увеличение количества ЛТА и ЭТА у пациентов с ОНМК относительно здоровых обследованных, также установлена прямая зависимость между числом агрегатов у больного и тяжестью патологического процесса, что настраивает на более серьёзное изучение интимных механизмов клеточных взаимодействий в крови с выявлением первопричины и следствия.

ВЛИЯНИЕ ЛЕЙКОЦИТОЗА НА ЛЕЙКОЦИТАРНО-ТРОМБОЦИТАРНУЮ И ЭРИТРОЦИТАРНО-ТРОМБОЦИТАРНУЮ АДГЕЗИЮ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Морозова И.Ю., Страмбовская Н.Н., Терешков П.П.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Цель исследования. Оценка влияния количества лейкоцитов на лейкоцитарно-тромбоцитарную и эритроцитарно-тромбоцитарную адгезию у пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения.

Методы исследования. Исследование проводилось в группе пациентов с ОНМК (87% из них с ишемическим инсультом, 13% - с геморрагическим), госпитализированные в отделение неврологии и блок интенсивной терапии Краевой клинической больницы г. Чита в 1-е сутки от начала заболевания. Среди обследованных было 19 мужчин и 12 женщин, средний возраст которых составил $62,7 \pm 10,5$ лет. В контрольную группу вошли здоровые исследуемые ($n=23$) соответствующего возраста ($58,8 \pm 11,5$ лет), не имеющие объективных признаков цереброваскулярной патологии. Всем обследуемым больным в день поступления в стационар в общем анализе крови оценивалось наличие и выраженность лейкоцитоза крови (гематологический анализатор PENTRA 120, Франция). Исследование процессов адгезии (ЛТА и ЭТА) проводилось на проточном цитофлуориметре "Cytomics FC-500" (Beckman Coulter, США), используя стандартный протокол. Данные анализировали с помощью программы "СХР Cytometer" (Beckman Coulter, США).

Полученные результаты обработаны методом вариационной статистики с помощью пакетов программ Microsoft Excel 2007 с определением значимости различий при достигнутом уровне $p < 0,05$. Для сравнения показателей применялся критерий Манна - Уитни.

Результаты. Все обследованные были разделены на две группы: пациенты, у которых количество лейкоцитов в периферической крови соответствовало норме (54 % обследованных) и пациенты с лейкоцитозом (46% обследованных). Было выявлено, что повышение количества лейкоцитов влечёт за собой увеличение количества ЭТА и ЛТА. Так у пациентов с нормальным количеством лейкоцитов уровень ЛТА составил $4,7 \pm 0,9\%$, а уровень ЭТА - $2,02 \pm 0,4\%$. При наличии лейкоцитоза крови (количество лейкоцитов более 9×10^9 /л крови) уровень ЛТА составил $6,06 \pm 1,9\%$ ($p < 0,001$), а уровень ЭТА - $2,64 \pm 0,84\%$ ($p < 0,01$).

При определении взаимосвязи между количеством лейкоцитов крови в первые сутки заболевания и показателями адгезии выявлено, что при нормальном количестве лейкоцитов определяется слабая обратная связь с уровнем ЛТА и ЭТА, а при повышенном количестве лейкоцитов данная связь прямая, средней степени ($r = 0,5$).

Выводы. На нашем сравнительно небольшом материале выявлено, что количество лейкоцитов влияет на процесс образования ЛТА и ЭТА. Полученные данные свидетельствуют о чрезвычайно важной роли форменных элементов крови и их взаимодействия в процессе развития и течения острого нарушения мозгового кровообращения.

**АНКЕТА-ОПРОСНИК ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ
У СОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

Морозов Л.Т.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Как показали эпидемиологические исследования работающих мужчин (Морозов Л.Т. и др.), врачам соматологам на амбулаторном приеме следует ожидать 8-10 % мужчин со второй и третьей стадией алкогольной зависимости и 10-15 % со стадией начальной. Чрезмерное потребление (с вредными последствиями) измеряется 30-40 %, а на потребление умеренное, малое и трезвость приходится также около 30-40 %. У женщин размеры зависимости меньше в 4-5 раз; в возрасте 40-50 лет размеры зависимости наибольшие.

С этим согласуются аналогичные сплошные исследования в больничных стационарах (Говорин Н.В., Сахаров А.В., 2010; Морозов Л.Т. и др., 2007). В Читинской Городской клинической больнице № 1 болезненная зависимость составила (I+II+III стадии) в среднем среди мужчин 24,3 %, среди женщин - 3,7 %. Но в разных отделениях она колебалась от 2,7 % (офтальмологическое отделение) до 51 % (ожоговое отделение). Алкогольный фактор поглощает 9 % бюджета данного лечебного учреждения.

Но особенно явственно масштаб проблемы обнаружился, когда патологоанатомы стали применять (с 2005 года) новейшие средства исследования. Оказалось, что алкогольная висцеропатия явилась причиной 11-13 % всех смертей (4 место среди всех смертей в ЛПУ Забайкальского края); в 16-17 % указанная висцеропатия способствовала смерти в качестве фонового заболевания и в 12 % выступала как патология сопутствующая. В целом около 40 % умерших имели при жизни объективные телесные расстройства алкогольной этиологии (Чарторижская Н.Н., 2010).

При этом специфическая наркологическая зависимость у умерших может быть меньшей, т.к. висцеропатия в части случаев возможна и при бытовом пьянстве; висцеропатия может опережать развитие зависимости (Верткин А.Л., Цыганков Б.Д., 2008).

Два процента взрослого населения, учтенного в наркологической службе, подобны надводной части айсберга. Исследователи единодушны в том, что значимый "резерв снижения алкоголизма находится в руках соматологов" (Огурцов П.П. и др., 1998).

Из больных, впервые поступивших в Краевой наркологический диспансер с алкогольными психозами, 65-70 % не были до развития психоза знакомы с наркологической помощью и, естественно, зависимыми от алкоголя ("алкоголиками") себя не считали, вплоть до развития психоза. В случае их обращения в поликлинику на формальный вопрос врача "Алкоголем не злоупотребляете?" они, надо полагать, столь же формально отвечали "Не злоупотребляю" - и еще более укреплялись в своем заблуждении. Эта распространенная формальность исследования "вредных привычек" (пункта любой истории болезни), обусловлена в значительной степени тем, что на наркологическое исследование требуется время и, в меньшей мере, умение (которое легко приобрести).

Для облегчения выявления "алкогольной вредности" и ее значения для развития соматической патологии нами предложена и широко апробирована в амбулаторных условиях и в больничных стационарах специальная анкета-опросник, которую без труда заполняют больные, экономя время врача на процедуру расспроса.

Сама анкета состоит из 23 пунктов-вопросов, из которых 8 паспортно-биографические; остальные 15 отражают признаки зависимости: измененную реактивность, психическую зависимость, абстиненцию, признаки побудители потребления, социальные последствия.

В результате предварительных проб и ошибок анкета составлена таким образом, чтобы вопросы и предлагаемые ответы на них (подпункты) легко понимались как исследуемыми, так и исследователями. Анкета недавно баллирована (Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 2012, №1, с. 25-29). Баллы для удобства вписаны в место номеров подпунктов, но и без баллов по заполненной анкете врач легко может получить достаточно верное представление о степени зависимости. Врачу достаточно имеющих у него сведений житейских и оставшихся после изучения наркологии. Для их оживления можно прочитать тему алкоголизм в любом справочнике практического врача.

Приводим несколько пунктов анкеты-опросника:

13. *Забывания на следующий день:* 0) не бывают; 3,5) бывают; 5) бывают часто.
14. *Рвота при "переборах":* 1) никогда не была; 1,5) бывает; 3)ослабела или исчезла;
0) переборов не бывает.
15. *Приходится ли Вам подавлять желание и мысли о выпивке:*
0) нет; 2,5) приходится.

16. *Остановиться после 1-2 рюмок:* 5) невозможно после.....гр.;
2,5) удается не всегда; 0) удается легко.

Для врачей соматологов особенно значимыми могут быть физические признаки абстиненции; их в соответствующем перечне 9 из 21. Симптомы абстиненции больные подчеркивают наиболее охотно. Как показала практика, фактические признаки зависимости больными искажаются незначительно (Бобров А.Е., Шурыгин А.Н., 1985); гораздо в большей степени они склонны искажать оценку этих обстоятельств. Одна из задач врача - исправление неправильных представлений больного о степени его зависимости, формирование адекватной внутренней картины болезни. Для этого исследуемому, предварительно заполнившему анкету и самостоятельно подсчитавшему баллы, через некоторое время нужно представить напечатанную на отдельном листе шифровку соответствия баллов и степеней зависимости: умеренного потребления - чрезмерного потребления (с вредными последствиями) - 1 стадии, - 2 стадии болезни - баллы лечащихся от зависимости в стационаре наркологического диспансера. В это время больные наиболее податливы для рациональных разъяснений и психотерапевтических влияний. Техника заполнения анкеты проста: исследуемому выдается анкета, он подчеркивает подходящее, находясь в месте, где можно сосредоточиться, желательно под присмотром медработника. Нежелательно заполнение в палате, где зачастую анкета вызывает нездоровый интерес, шуточные комментарии, заполняющему могут даваться деструктивные советы.

ОСОБЕННОСТИ ВПЧ-ТИПИРОВАНИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЦИТОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИИ У ЖИТЕЛЬНИЦ Г.ЧИТЫ И ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ

**Мочалова М.Н., Пономарева Ю.Н., Ахметова Е.С.,
Мудров В.А., Кальнина О.В., Добросовестнова С.В.**

**ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия
ГБОУ ВПО "Московский государственный медико-стоматологический университет",
Москва, Россия**

ГУЗ "Забайкальский краевой онкологический диспансер", Чита, Россия

В России наблюдается неуклонный рост заболеваемости раком шейки матки (РШМ), при этом Забайкальский край относится к территориям самого высокого риска по данной онкопатологии. В 2011-2012 гг. показатель заболеваемости РШМ по Забайкальскому краю составил 37,9 и 30,3 на 100 тыс. женского населения, при этом показатель смертности от данного заболевания был 12,6 и 15,5 соответственно. Несмотря на некоторое снижение показателя заболеваемости по итогам 2012 года наблюдается резкое увеличение частоты запущенных форм РШМ (с 25,8% - в 2011 году до 34,2% - в 2012 году), в связи с этим отмечается повышение смертности от РШМ в 2012 году. Тяжелые цервикальные интраэпителиальные неоплазии (CIN2, CIN3) всегда предшествует инвазивному раку на протяжении многих лет и даже десятилетий. В качестве факторов, способствующих неопластическим изменениям в эпителии шейки матки, рассматриваются: инфицирование онкогенными типами и молекулярными вариантами вируса папилломы человека (ВПЧ); персистенция папилломавирусной инфекции (ПВИ); высокая вирусная нагрузка; инфицирование несколькими онкогенными типами вируса папилломы человека; интеграция вирусной ДНК в клеточный геном и т.д.

Цель исследования. Определить особенности типирования ВПЧ высококанцерогенного риска (ВКР) и диагностическую эффективность использования ПАП-теста по сравнению с простым цитологическим исследованием цервикальных мазков у пациенток с цервикальной неоплазией - жительниц г.Читы и Забайкальского края.

Материалы и методы. На первом этапе - для определения типа ВПЧ ВКР проанализировано 186 случаев заболевания CIN I, II, III степени тяжести и РШМ, выявленных в ГУЗ "Забайкальском краевом онкологическом диспансере", городских женских консультациях, кабинета патологии шейки матки диагностической поликлиники ЧГМА (за 2011-2012 гг.). Были сформированы 4 исследуемые группы по возрасту: I группа (20-29 лет) - 38, II группа (30-39 лет) - 44, III группа (40-49 лет) - 37, IV группа (от 50 и старше) - 67 женщин. Определение типа ВПЧ проводилось с применением стандартного ПЦР-исследования отделяемого цервикального канала.

На 2-м этапе - в исследование вошли 100 женщин с подозрением на CIN по данным кольпоскопического исследования, при котором определялись высокоатипичные признаки цервикального поражения - ацетобелый эпителий, мозаика или пунктация. Всем пациенткам проведено обследование на хрониче-

ческие урогенитальные инфекции с помощью культурального метода (посева на условно-патогенную микрофлору из цервикального канала) и ПЦР отделяемого цервикального канала на ИППП: ВПЧ ВКР, ВПГ, ЦМВ, хламидия *trachomatis*, уреаплазма *species*, микоплазма *genitalium*, гонококк, трихомонады.

Общая когорта пациенток была разделена на 2 исследуемые группы: 1 группа (50 человек), где с целью цитологического исследования цервикального мазка использовался ПАП-тест с предварительным фиксированием полученных образцов (фиксатором "Cervix spray fixative") и последующим 3-х компонентным окрашиванием: гематоксилином, щелочным оранжевым, эозином. В контрольной группе женщин (50 человек) - проведено простое цитологическое исследование (с окрашиванием полученных образцов по Романовскому-Гимзе). В дальнейшем всем пациенткам была выполнена прицельная биопсия шейки матки с высокоатипичных зон. Все исследуемые пациентки (перед цитологическим исследованием и прицельной биопсией) имели 1-2 степень чистоты влагалища.

Результаты исследования. На 1-м этапе - изучения особенностей типирования ВПЧ ВКР у пациенток с CIN и РШМ различной степени тяжести в Чите и Забайкальском крае выявлено, что в 3/4 всех случаев CIN и РШМ был традиционно ассоциирован с наиболее онкогенным 16-м типом ВПЧ (с наибольшей частотой инфицирования в молодом репродуктивном возрасте - 20-29 лет - 87,5%), а в половине случаев - с 18-м типом (с максимальной частотой инфицирования в возрасте 40-49 лет - 66%).

Частота персистенции ВПЧ 31 и 33 типов в молодом репродуктивном возрасте составила 12,5% и 25% соответственно. Однако у пациенток старше 50 лет частота обнаружения ВПЧ 31 типа находилась на одном уровне с ВПЧ 16 типа и составила 40%, при этом только у 13% пациенток этого возраста выявлялся 33 тип. Необходимо отметить, что общая частота редко встречающегося 51 типа ВПЧ в Чите и Забайкальском крае практически в 2 раза выше частоты инфицирования 33 типом ВПЧ, начиная с возраста 30 лет и старше. Однако ВПЧ 56 типа, выявляемый у каждой 10-й пациентки в возрасте до 39 лет, не был обнаружен ни у одной женщины старшей возрастной группы.

На 2-м этапе проводилось определение диагностической эффективности стандартных методов цитологического исследования цервикальных мазков (простое цитологическое исследование и ПАП-тест). С помощью гистологического исследования биоптатов шейки матки CIN I-II степени была подтверждена у всех исследуемых женщин (100).

Значительная этиологическая роль в развитии дисплазии у исследуемых пациенток традиционно принадлежала ВПЧ ВКР - 64% и уреаплазменной инфекции - 24%. В остальных случаях были выявлены неспецифическая кокковая флора - 10 %, микоплазменная инфекция - 2,8%, хламидиоз - 2,8%. У 20% женщин имело место сочетание уреаплазменной и папилломавирусной инфекции.

При цитологическом исследовании с помощью ПАП-теста наличие CIN (класс 3 - по Папаниколау) была выявлено у 92% (46) женщин из первой группы против 60% (30) пациенток второй группы, которым проведено простое цитологическое исследование. Таким образом, в первой группе, где использовался ПАП-тест, ложноотрицательный результат цитологического исследования имел место у 8% (4) женщин, а во второй, где использовалось простое цитологическое исследование, - у 40% (20).

При использовании ПАП-теста у 62% (31) пациенток первой исследуемой группы был обнаружен койлоцитоз, который является достоверным признаком персистенции ВПЧ-инфекции. При простом цитологическом исследовании ни в одном из результатов мазка койлоцитоз не выявлен, несмотря на положительный ВПЧ-скрининг по данным ПЦР у данных пациенток. При окончательном гистологическом исследовании ткани шейки матки после радиоволновой эксцизии выявленная HSIL (CIN II) была подтверждена в 100% случаев.

Выводы.

1. При ВПЧ-скрининге у пациенток с CIN в Чите и Забайкальском крае традиционно лидируют наиболее онкогенные и часто встречающиеся 16 и 18 типы. Из редко встречающихся типов обнаруживаются (по мере убывания частоты) 31, 51 и 33 типы.
2. Персистенция ПВИ 16 типа приходится в большинстве случаев на молодой репродуктивный возраст (20-29 лет), 18 типа - на более старший возраст (40-49 лет), что обуславливает пик заболеваемости РШМ в возрасте 25-39 лет.
3. Цитологическое исследование цервикальных мазков при помощи унифицированного ПАП-теста является более эффективным и чувствительным в сравнении с простым цитологическим исследованием.
4. Цитологическая диагностика с помощью ПАП-теста в 60% случаев позволяет подтвердить персистенцию ВПЧ-инфекции, что является немаловажным фактом для назначения противовирусной терапии пациенткам с отрицательным ВПЧ-скринингом при ПЦР-исследовании.

ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА ПРИ КЕТОАЦИДОЗЕ

Муха Н.В., Говорин А.В., Первалова В.Б., Конашкова С.Е., Цырендоржиева В.Б.
ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Цель: изучение морфометрических показателей миокарда левого желудочка при кетоацидозе на фоне декомпенсации у больных с сахарным диабетом 1 типа (СД-1).

Материалы и методы: Обследовано 54 пациента с СД-1. Диагноз СД-1 выставлялся на основании национальных рекомендаций по диагностике и лечению СД, базирующихся на терапевтических стандартах, принятых ВОЗ. Средний возраст больных составил $29,2 \pm 8,9$ лет. Все пациенты были разделены на 4 группы: 1-ю составили 21 больной СД-1, осложненным кетоацидозом; 2-ю - 11 пациентов с впервые выявленным СД-1, осложненным кетоацидозом; 3-ю - 22 больных СД-1 в стадию декомпенсации без кетоацидоза; 4-ю - 15 здоровых лиц (контрольная группа). Эхокардиографическое исследование проводилось у больных СД-1 в 1-е сутки кетоацидоза по методике Американской ассоциации эхокардиографии на аппарате "VIVID-3 EXPERT". Идентификация геометрической модели архитектуры левого желудочка (ЛЖ) проводилась на основе показателей относительной толщины стенки ЛЖ (ОТС ЛЖ) и индекса массы миокарда ЛЖ (ИММ ЛЖ). Выделяли следующие модели ЛЖ:

при $\text{ИММ ЛЖ} \leq N$ и $\text{ОТС ЛЖ} < 0,45$ - нормальная модель ЛЖ (НМ ЛЖ);

при $\text{ИММ ЛЖ} \geq N$ и $\text{ОТС ЛЖ} < 0,45$ - эксцентрическая гипертрофия ЛЖ (ЭГ ЛЖ);

при $\text{ИММ ЛЖ} \geq N$ и $\text{ОТС ЛЖ} \geq 0,45$ - концентрическая гипертрофия ЛЖ (КГ ЛЖ);

при $\text{ИММ ЛЖ} \leq N$ и $\text{ОТС ЛЖ} \geq 0,45$ - концентрическое ремоделирование ЛЖ (КР ЛЖ).

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием электронных таблиц "STATISTICA 6,0". Для всех видов анализа статистически значимыми считали значения $P < 0,05$.

Результаты и обсуждение: При сравнении основных эхокардиографических показателей больных СД-1, осложненным кетоацидозом с контрольной группой отмечено достоверное увеличение абсолютных и индексированных показателей межжелудочковой перегородки (МЖП - $161,18 \pm 38,57$ и $117,46 \pm 28,63$ г, $p < 0,001$; ИМЖП - $102,48 \pm 6,3$ и $62,34 \pm 7,29$, $p < 0,001$). ММЛЖ в группе пациентов СД-1, осложненным кетоацидозом на 37,22% превышает таковые значения контрольной группы. Интересно, что ММЛЖ в группе пациентов с впервые выявленным СД-1, осложненным кетоацидозом на 70,1% превышала данный показатель контроля и на 32,88% первой группы. ИММЛЖ в 1 и 2 группах превышал на 65,8% и 61,5% аналогичного значения контрольной группы. Достоверных межгрупповых различий исследуемых параметров среди больных с СД-1 не выявлено.

При изучении типов ремоделирования левого желудочка у больных обследованных групп наблюдались все 4 геометрические модели, предложенные классификацией. Обращает на себя внимание тот факт, что отсутствие нарушений геометрии левого желудочка встречается лишь у 33,3% пациентов с СД-1, осложненным кетоацидозом. При этом в дебюте заболевания, осложненного кетоацидозом, данный показатель был достоверно выше и составил 63,6%. В группе пациентов с СД-1, осложненным кетоацидозом была максимальной частота концентрического ремоделирования левого желудочка - 41,2%, при этом в группе пациентов СД-1, без кетоацидоза этот показатель составил 31,9%. Частота формирования концентрической гипертрофии левого желудочка составила 6,5% и 4,5% соответственно в 1-й и 3-й исследуемых группах. Установлено, что у пациентов 1 группы была максимальная частота эксцентрической гипертрофии левого желудочка - 19% против 13,6% контрольной группы. Распространенность данной модели среди пациентов с впервые выявленным СД-1, осложненным кетоацидозом составила 9,1%.

Выводы: Таким образом, согласно полученным данным, у лиц с СД-1, осложненным кетоацидозом, в отличие от больных СД-1 без кетоацидоза, геометрическая адаптация миокарда ЛЖ осуществлялась путем преимущественного формирования концентрического ремоделирования. Данный вариант является самым неблагоприятным типом геометрии ЛЖ в плане развития сердечной недостаточности. Выявленные структурные изменения могут являться основой для раннего развития сердечной недостаточности у этой категории больных.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВАЗОВАГАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ

Мязин В.Е., Баркан В.С., Кушнаренко Н.Н.

НУЗ "Дорожная клиническая больница ст.Чита-П", ОАО РЖД, Чита, Россия

По данным популяционных исследований, около 30% взрослых людей имели хотя бы один обморок, синкопальные состояния встречаются у 4-6% доноров, у 1,1% пациентов стоматологических кли-

ник, при проведении отдельных медицинских мероприятий (гастро-, эзофаго-, бронхо-, ректороманоскопия), бесконтрольном применении некоторых лекарственных препаратов (вазоактивных, антиаритмических, гипотензивных и др.). Среди обследуемых по поводу различных типов синкопальных состояний вазовагальные обмороки выявляются в 30-93% случаев.

Цель нашего исследования - выявить особенности в диагностике вазовагальных состояний.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 20 пациентов с подозрением на наличие вазовагальных состояний (17 мужчин и 3 женщины). Средний возраст пациентов составил $30 \pm 2,1$ лет.

Перед индуцированием вазовагальных состояний пациентам проводилась лазерная доплеровская флоуметрия в течение 10 мин. Для оценки сердечно-сосудистой системы в целом проводилось исследование в зоне Захарьина-Геда для сердца на предплечье (Бранько В.В. и др., 1999), расположенной по срединной линии на 4 см выше основания шиловидных отростков локтевой и лучевой костей. Расчет параметров базального кровотока проводился в два этапа. На первом этапе рассчитывались средние значения изменения перфузии: M , σ и K_v . На втором этапе анализировалась осцилляция кровотока, где оценивались параметры микрососудистого тонуса (нейрогенного НТ, миогенного МТ и показатель шунтирования ПШ). Индуцирование вазовагальных состояний проводилось методом велоэргометрии с шагом нагрузки 25 ватт и последующим восстановлением в положении стоя в течение 20 мин. Все положительные пробы были разделены на три группы согласно классификации вазовагальных обмороков Brignole M., et al., 2001. После проведения нагрузочной пробы пациентам повторно проводилась лазерная доплеровская флоуметрия в течение 10 мин с определением тех же показателей.

Допплерэхокардиографическое исследование проводилось на аппарате "ARTIDA" TOSHIBA (Япония) по стандартной методике с использованием рекомендаций Американского эхокардиографического общества. Измерялись следующие эхокардиографические параметры: диаметр левого предсердия, конечный диастолический и конечный систолический размеры левого желудочка, толщина межжелудочковой перегородки и задней стенки, размер правого желудочка в диастолу. По общепринятым методикам вычислялись конечный диастолический и конечный систолический объемы левого желудочка, ударный объем. Фракция укорочения и фракция выброса левого желудочка в систолу. Оценка трансмитрального кровотока проводилась в режиме импульсного доплера по стандартной методике.

Холтеровское мониторирование ЭКГ проводили в течение 24 часов. Для записи ЭКГ использовали портативные кардиорегастраторы "Кардиотехника-04". При этом оценивали показатели суточной, дневной и ночной вариабельности ритма сердца.

Статистический анализ производился с помощью стандартных методов вариационной статистики на ПК с использованием программы Microsoft Excel 2010 и Biostat и определением U-критерия Манна-Уитни.

Полученные результаты. Проведенный нами анализ позволил выявить достоверное ($P < 0.05$) влияние нейрогенного тонуса сосудов на индуцирование вазовагальных состояний. Величина среднего потока крови (M) у пациентов с индуцированными вазовагальными состояниями в 2,5 раза меньше, чем у контрольной группы. На фоне нагрузочной пробы эта величина сохранялась в 2 раза меньше, чем у контрольной группы. Однако по критериям Манна-Уитни достоверности выявлено не было. Т критерий Стьюдента не применялся из-за малого количества пациентов.

Достоверности показателей вариабельности ритма сердца и эхокардиографии выявлено не было.

Выводы. Таким образом, можно достоверно утверждать влияние нейрогенного фактора на развитие вазовагальных состояний.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ

Намоконов Е.В¹, Мирманов А.М¹., Волошин И.Ю²., Дрянов Д.Ю².

¹ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

²НУЗ "Дорожная клиническая больница ст. Чита II" ОАО РЖД, Чита, Россия

Активное хирургическое лечение переломов длинных трубчатых костей приобретает все больше сторонников, и в течение последних лет стало общепринятой лечебной тактикой.

За период 2010-2012 год на лечении в клинике находилось 98 больных с переломами большеберцовой кости различной локализации. У 25 (25,5%) пострадавших имели место переломы мыщелков большеберцовой кости: у 18 пациентов были изолированные повреждения наружного или внутреннего мыщелка, у 7-ми были повреждены оба мыщелка. Переломы диафиза большеберцовой кости были диагностированы у 73 (74,6%) человек.

При изолированных переломах мыщелков большеберцовой кости типа В1 всем больным выполняли закрытую репозицию под контролем электронно-оптического преобразователя с последующей фиксацией перелома спонгиозными винтами, при более тяжелых переломах типа В2, В3 - для фиксации использовали опорные мыщелковые пластины (латеральные и медиальные) с угловой стабильностью. Импрессионно-оскольчатые переломы обоих мыщелков фиксировали двумя пластинами с замещением костных дефектов ауто- или аллотрансплантами. У всех оперированных больных было отмечено полное восстановление конгруэнтности суставных поверхностей большеберцовой кости. Полного восстановления функции сустава удалось достигнуть у 89 пациентов (90,8%).

При диафизарных переломах большеберцовой кости у 56 (57,1%) пациентов для стабилизации костных отломков мы чаще всего использовали интрамедуллярные блокируемые штифты без рассверливания костномозгового канала. Переломы дистальных отделов большеберцовой кости синтезировали пластинами с угловой стабильностью (переднелатеральные у 7, медиальные у 5, метаэпифизарные у 5 пациентов).

Анализируя результаты лечения больных с переломами большеберцовой кости вышеперечисленными методами, можно констатировать, что малая травматичность оперативных вмешательств, минимальная кровопотеря, прочная фиксация отломков, отличный косметический результат, ранняя мобилизация (активизация) больного позволили сократить число осложнений и улучшить анатомо-функциональные результаты.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДИМЕТИЛСЕЛЕНИТА В ЛЕЧЕНИИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ РАН

Намоконов Е.В., Лазуткин М.Н.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Заживление ран является сложным многостадийным процессом, который контролируется большим количеством клеточных факторов, перекисным и иммунным статусом организма.

В последние годы получены серьезные доказательства роли перекисного окисления липидов (ПОЛ) в патогенезе развития и формирования грануляционной ткани. Поэтому одним из элементов патогенетической терапии является стимуляция антиоксидантной системы организма, которая представляет собой ряд ферментов (глутатионпероксидаза и др.), способных нейтрализовать активные радикалы, запускающие систему ПОЛ. Основным структурным элементом всех глутатионпероксидаз является селен (Se).

В связи с этим важным является поиск новых препаратов, обладающих антиоксидантным действием, обеспечивающих значительный противовоспалительный и регенераторный эффект не только на поверхности, но и в глубине патологического очага.

Цель исследования: улучшить результаты лечения ран мягких тканей путем использования для местного лечения антиоксидантной лекарственной композиции на основе селена.

Материалы и методы. Для повышения эффективности лечения путем стимуляции репаративных процессов в ране мы для местного лечения использовали лекарственную композицию - диметилселенит (патент РФ № 2369395 - 2010 г). Основным антиоксидантным ингредиентом в предлагаемой лекарственной композиции является неоселен, который, активируя глутатионпероксидазу, регулирует перекисный гемостаз.

Опыты проведены на 40 крысах-самцах Вистар. После депиляции и обработки спиртовой настойкой йода под эфирным наркозом иссекали участок кожи диаметром до 4 см на спинках животных до подлежащей фасции и накладывали асептическую повязку. Начиная со 2-3 суток под контролем бактериологических исследований с целью стимуляции репаративных процессов, у 20 животных использовали для местного лечения диметилселенит (группа № 1), а у остальных (20 крыс) - мазь на основе диметилсульфоксида (группа № 2). Комплексное исследование, включающее визуальное наблюдение за раной, изучение цитологических мазков-отпечатков, биоптатов грануляционной ткани проводили на 5 и 7 сутки после нанесения раны, что соответствовало 3 и 5 суткам лечения.

Результаты исследований. Морфологическими исследованиями ран у крыс 1-ой группы при использовании диметилселенита установлено, что к 3-им суткам резко снижалась лейкоцитарная инфильтрация, определялась созревающая грануляционная ткань, а к 5 суткам вся раневая поверхность покрыта широким слоем молодой грануляционной тканью. Воспалительная инфильтрация отсутствовала. Обращало на себя внимание большое количество новообразованных капилляров. Морфологическая картина ран, проведенная у животных 2-ой группы, показала следующие закономерные особенно-

сти. К 3-ым суткам лечения поверхностный лейкоцитарно-некротический слой истончился, отчетливо снижалась диффузная лейкоцитарная воспалительная инфильтрация. К 5-ым суткам грануляционная ткань содержит много лимфоцитов и нейтрофилов, имеются клетки фибробластического ряда. Новообразованных сосудов небольшое количество с участками лимфостаза.

При цитологическом исследовании на 3-и сутки лечения у животных 1-ой группы (диметилселенит) во всех наблюдениях отмечалась положительная динамика, которая проявлялась в значительном снижении количества нейтрофильных лейкоцитов 42,2% от общего числа клеток, большинство из них было без признаков дегенерации. Обращало на себя внимание нарастания количества макрофагов до 12,7 % в поле зрения и появление полибластов (10,8%), которые имели тенденцию к расположению гнездами. На 5-ые сутки лечения, к моменту разрастания в ранах полноценных грануляций, цитограммы были представлены большим количеством полибластов, которые чаще всего имели гнездное расположение и составляли 26,5% от общего числа клеток, происходила их активная трансформация в про- и фибробласты, которые располагались гнездами по 7-8 в поле зрения. Во 2-ой группе на 3-и сутки, отмечалось менее значительная динамика снижения количества нейтрофильных лейкоцитов (до 58,5 %), большинство их было без признаков дегенерации, многие микроорганизмы находились внутри клеток в различной стадии разрушения. Отмечалось умеренное нарастание количества гистиоцитарных клеток (полибластов), которые составили 6,7 1,9% от общего числа клеток.

Таким образом, предлагаемая лекарственная композиция предохраняет рану от вторичной инфекции благодаря действию введенного в состав диметилсульфоксида, селен оказывает выраженное антиоксидантное действие в области патологического очага в условиях тканевой ишемии, что значительно улучшает репаративные процессы в ране, тем самым, сокращая сроки заживления ран. Использование лекарственной композиции на основе селена позволяет повысить эффективность лечения за счет снижения риска нагноения, формирования полноценной грануляционной ткани, сокращения сроков заживления ран.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА У ДЕТЕЙ, ВЫЗВАННОГО ВИРУСОМ ЭПШТЕЙНА-БАРР

Обухова В.Н., Мироманова Н.А., Баранчугова Т.С.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

В современной инфекционной патологии человека тема инфекционного мононуклеоза (ИМ) приобретает все большую актуальность в связи с ростом заболеваемости, широкой циркуляцией возбудителей среди населения, высокой распространенностью, специфической тропностью их к иммунокомпетентным клеткам, отсутствием средств специфической профилактики. Медико-социальная значимость этой патологии подтверждается введением обязательного статистического учета заболеваемости мононуклеозом в России, начиная с 1990г., рост которой, вероятно, связан не только с истинным увеличением заболеваемости, но и с улучшением диагностики. По мнению ВОЗ, в настоящее время идет речь о пандемии герпесвирусных инфекций: до 90% взрослого и детского населения планеты инфицировано герпес-вирусами (ГВ), причем у 50% из них отмечают манифестное, рецидивирующее течение. В России и странах СНГ более 22 млн человек страдают от ГВ-инфекций. Частота инфицирования и заболеваемость ГВ-инфекциями уступают только гриппу и другим острым респираторным вирусным инфекциям. Инфекционный мононуклеозим является наиболее характерным типичным клиническим проявлением ГВ-инфекций. В мире ИМ ежегодно заболевает от 16 до 800 лиц на 100тыс. населения. В России ежегодно регистрируют 40-80 случаев ИМ на 100 тыс. населения. Преимущественно подвержены дети, их доля суммарной заболеваемости достигает 65-80%. Исключение составляют дети первых 6-7 месяцев жизни, защищенные материнскими антителами. Максимальная заболеваемость ИМ приходится на 4-8 летний возраст. Это обусловлено как распространением ГВ-инфекций, так и расширением спектра обследования пациентов на наличие герпес-вирусов.

Согласно современным данным, хорошо изученным вирусом ИМ является Эпштейна-Барр вирус (ЭБВИ), который обладает лимфотропностью, эпителиотропностью, тропностью к нервной системе, вызывает разнообразную клиническую симптоматику, требующей проведения тщательного дифференциально-диагностического поиска.

Целью нашего исследования явилось изучение клинико - лабораторных особенностей инфекционного мононуклеоза у детей, вызванного вирусом Эпштейна - Барр.

Материалом для исследования служил ретроспективный анализ историй болезни 38 детей с симп-

томокомплексом инфекционного мононуклеоза, проходивших лечение в Краевой клинической инфекционной больнице с 2010 по 2012 гг.

Нами установлено, что в большинстве случаев заболевание начиналось постепенно с появлением лихорадочно-интоксикационного синдрома. Повышение температуры тела (от субфебрильной до гектической) наблюдалось в первые 3 дня от начала заболевания на фоне признаков интоксикации в виде вялости, слабости, снижения аппетита. Лихорадка сохранялась от 5 до 10 дней. У всех больных отмечалась генерализованная лимфоаденопатия с преимущественной пролиферацией шейной группы лимфоузлов. Синдром тонзиллита характеризовался гиперемией слизистой, увеличением размеров миндалин, появлением налета различного характера в большинстве случаев по типу лакунарной ангины, сопровождалась болезненностью при глотании, при заборе мазка с ротоглотки на микрофлору преобладает стрептококк группы митис. Признаки гепатомегалии выявлены у 31 больного (81,5%), причем в 39,4% случаев гепатомегалия сопровождалась повышением в 10-20 раз по сравнению с нормой активности аминотрансфераз (АЛТ и АСТ) при нормальных показателях билирубина. Увеличение селезенки зарегистрировано в 36,8% случаев.

При проведении ультразвукового исследования всего у 16 человек имелись изменения паренхиматозных органов и явления гепато- и спленомегалии, что составило от общего числа 42,1%. У всех исследуемых детей при проведении ЭКГ выявлена синусовая тахикардия.

В периферической крови у наблюдаемых больных отмечались типичные признаки инфекции: лейкоцитоз (от умеренного до гиперлейкоцитоза), лимфоцитоз, появление атипичных мононуклеаров (от 12 до 22%), увеличение СОЭ от 18-45мм/час. Только у троих больных при наличии классической клинической картины мононуклеоза и обнаружении в крови ДНК вируса при ПЦР-исследовании, появление атипичных мононуклеаров, как основного маркера инфекции, нами не выявлено.

Заболевание протекало у большинства пациентов гладко, осложнения ЭБВИ в наблюдаемых случаях не регистрировались. В 78,9% закончилось выздоровлением, лишь 21,1% дети выписаны с улучшением, что связано с отказом от дальнейшего лечения в стационаре, потребовавшее последующее повторное обращение на долечивание с рецидивирующей ангиной и лихорадкой. При выписке больных из стационара, которая осуществлялась в среднем на 9-10 день болезни, в период ранней реконвалесценции у всех 38 больных (100%) сохранялось увеличение лимфатических узлов, у 31 (81,6%) - увеличение печени, у 10 (26,3%) - селезенки. В общем анализе крови сохранялся лимфоцитоз у 12 (31,6%) больных при нормальном количестве лейкоцитов, и у 3 (7,9%) пациентов - обнаруживались атипичные мононуклеары.

Таким образом, у 50% больных с подозрением на ИМН при типичных изменениях в периферической крови (лейкоцитоз, лимфоцитоз, атипичные мононуклеары, ускорение СОЭ) и классической клинической картиной болезни выявлены положительные результаты исследования методами ПЦР на ЭБВ. 42,1% больных с характерной клиникой ИМН, наличием атипичных мононуклеаров в периферической крови, ПЦР-исследование было отрицательным. В то же время, в 7,9% случаев имелись клинические проявления ИМН, реакции ПЦР были положительными, но атипичные мононуклеары в периферической крови, как основной маркер инфекции, не выявлялись.

Следовательно, сравнительное изучение информативности ПЦР в сопоставлении с клинической картиной болезни и показателями периферической крови при инфекционном мононуклеозе показало большую диагностическую значимость молекулярно-биологических методов диагностики, которые в 57,9% случаев оказались положительными и позволили в наших наблюдениях верифицировать ЭБВИ. Клиника инфекционного мононуклеоза у детей, вызванного ЭБВ, в современных условиях сохраняет свои классические черты, проявляясь генерализованным лимфопролиферативным синдромом на фоне лихорадочно-интоксикационных проявлений и типичных изменений периферической крови. В то же время, отсутствие атипичных мононуклеаров у пациентов с клиникой ЭБВИ не должно стать причиной сомнений в данном диагнозе, а, напротив, служить поводом для использования современных методов лабораторного тестирования на ЭБВ для своевременной диагностики и целенаправленного лечения этой инфекции.

ВОЗМОЖНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ИЗМЕНЕНИЙ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА У БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ЭПИЗОДОМ В ПРОЦЕССЕ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ

Озорнин А.С., Говорин Н.В.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

По современным данным показатели естественной смертности при шизофрении обусловлены сердечно-сосудистой патологией, возникновение которой напрямую зависит от нарушений обмена липоп-

ропротеидов. К настоящему времени известно о феномене гипоальфалиппротеинемии, который встречается у больных шизофренией и не зависит от возраста, пола пациентов, а также формы, течения заболевания, периода его обострения или ремиссии. Кроме того, больные шизофренией нуждаются в длительном, а зачастую пожизненном, приеме психофармакологических препаратов, которые, в свою очередь, могут оказывать неблагоприятное влияние на липидный обмен.

Цель исследования: изучить изменения параметров липидного спектра, липопротеидов у больных с манифестацией параноидной шизофрении в процессе психофармакотерапии рисперидоном и галоперидолом и установить их возможные патофизиологические механизмы.

Методы исследования. В исследование было включено 68 больных с манифестацией параноидной шизофрении (диагноз по МКБ-10 "Шизофрения параноидная, период наблюдения менее года", шифр F 20.09.) в возрасте от 18 до 40 лет (средний возраст больных составил $24,9 \pm 0,6$ лет). В исследуемой группе больных мужчин было 36 (52,9%), женщин 32 (47,1%). У всех больных общий балл по шкале PANSS перед включением в исследование был не менее 80. Контрольную группу составили 20 психически и соматически здоровых людей, сопоставимых по возрасту, полу, социальной принадлежности с исследуемыми больными. Из исследования исключались больные шизофренией с сопутствующими органическими заболеваниями ЦНС, острыми и хроническими соматическими заболеваниями, беременные и лактирующие женщины. В работе с пациентами соблюдались этические принципы, предъявляемые Хельсинкской Декларацией Всемирной Медицинской Ассоциации (World Medical Association Declaration of Helsinki 1964, 2000 ред.).

У всех обследуемых в группах изучалась сыворотка крови. Кровь забирали из вены натощак, в положении сидя, всегда в одно время - 800 часов утра. Содержание общего холестерина (ХС), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), холестерина липопротеидов очень низкой плотности (ХС ЛПОНП), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), триглицеридов (ТАГ), аполипопротеина А1 (апоА1), аполипопротеина В (апоВ), липопротеин (а) (ЛП(а)) определяли, используя стандартные наборы фирмы "Human" (Германия). Индекс атерогенности (ИА) рассчитывали по формуле:

$$\text{ИА} = \frac{\text{ХС ЛПОНП} + \text{ХС ЛПНП}}{\text{ХС ЛПВП}}$$

Статистическую обработку полученного материала проводили с использованием пакетов STATISTICA 6.1 для Windows.

Результаты и их обсуждение. Анализ полученных данных липидного спектра и липопротеидов свидетельствует о том, что у больных с манифестацией параноидной шизофрении по сравнению с контрольной группой были повышены следующие параметры: общего ХС - на 34,2% ($p < 0,001$); ХС ЛПНП - на 69,0% ($p < 0,001$), ХС ЛПОНП - на 35,3% ($p = 0,021$), ТАГ - на 17,1% ($p = 0,023$); ИА - на 54,4% ($p < 0,001$); апоВ - на 130,8% ($p < 0,001$); ЛП(а) - на 54,6% ($p < 0,001$). Уровень ХС ЛПВП был ниже контрольных величин на 6,7% ($p = 0,011$).

У пациентов, получавших лечение рисперидоном, на 4-й неделе терапии изменения со стороны параметров липидного спектра и липопротеидов относительно исходных значений достоверных отличий не имели. К 8-й неделе терапии атипичным антипсихотиком уровни апоА1 и ХС ЛПВП выросли на 4,7% ($p = 0,041$) и 4,2% ($p = 0,012$), соответственно, относительно данных показателей до начала лечения, причем значения ХС ЛПВП стали сопоставимы с контрольными. Остальные параметры липидного спектра и липопротеидов имели тенденцию к росту как относительно показателей до лечения, так и значений 4-й недели терапии.

Биохимический анализ крови пациентов, получавших галоперидол, через 4 недели показал, что содержание общего ХС несколько снизилось относительно исходных значений, но превышало контрольные значения на 23,5% ($p < 0,001$). Снижение ХС произошло в основном за счет фракции ХС ЛПНП, значение которого снизилось на 17,6% ($p = 0,038$) относительно величин, полученных в предыдущий период обследования. Значение данного показателя оставалось выше уровня контрольной группы на 44,8% ($p < 0,001$). ИА у больных на 4-й неделе лечения галоперидолом хотя и превышал контрольные значения на 34,2% ($p = 0,001$), но был ниже исходных на 14,8% ($p = 0,038$). Величина апоА1 увеличилась на 5,4% ($p = 0,024$) относительно значений уровня до лечения, а концентрации апоВ и ЛП(а) уменьшились на 17,8% ($p = 0,038$) и 14,7% ($p = 0,038$), соответственно. При этом уровни апоА1, апоВ, ЛП(а) оставались выше контрольных значений на 8,1% ($p = 0,001$), 111,0% ($p < 0,001$) и 34,6% ($p = 0,001$), соответственно.

Через 8 недель терапии галоперидолом показатели липидного спектра значительно отличались от таковых у пациентов, получавших рисперидон в данный период лечения. Значения общего ХС и ХС ЛПНП были ниже на 18,9% ($p = 0,029$) и 28,1% ($p = 0,024$), соответственно, показателей до лечения,

причем уровень ХС ЛПНП был меньше этого параметра в 1-й группе на 26,2% ($p=0,011$). ИА снизился на 24,0% ($p=0,025$) относительно исходной величины, но оставался достоверно выше на 19,7% ($p=0,010$) относительно данного показателя в контрольной группе. На 8-й неделе лечения значение ИА у больных, получавших лечение галоперидолом, было ниже на 26,0% ($p=0,016$) ИА больных, принимавших атипичных нейролептик. Величины апоВ и ЛП(а) также уменьшились и составили 71,8% ($p<0,001$) и 76,0% ($p=0,007$) от исходных значений, но в то же время данные показатели у пациентов, получавших лечение галоперидолом, были на 26,3% ($p=0,028$) (для апоВ) и на 26,0% ($p=0,023$) (для ЛП(а)) ниже чем у пациентов 1-й группы. Концентрация апоА1 имела тенденцию к снижению относительно 4-й недели терапии, но оставалась выше исходных значений на 3,1% ($p=0,021$).

Тенденция к повышению параметров липидного спектра (ХС, ХС ЛПНП, ХС ЛПОНП, ХС ЛПВП, ТГ) и липопротеидов (АпоВ, ЛП(а)) при использовании атипичного нейролептика может быть обусловлена несколькими причинами. Известно его влияние на функцию гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, что связано с блокадой серотонинэргических рецепторов, следствием чего является снижение АКТГ и кортизола. Имеются данные о воздействии рисперидона на индукцию мРНК двух генов, регулирующих липогенез. Доказано, что терапия рисперидоном приводит к повышению уровня пролактина в плазме крови. Помимо этого, рисперидон вызывает снижение высокомолекулярной фракции адипонектина. Это, в свою очередь, вызывает снижение процесса фосфорилирования рецепторов к инсулину в периферических органах и является причиной инсулинорезистентности у больных. В механизме антиатерогенного действия галоперидола, вероятно, может иметь значение его способность оказывать более выраженное воздействие на α -адренорецепторы по сравнению с рисперидоном. Кроме того, галоперидол способен ингибировать синтез холестерина внутри клеток, повышать уровень инсулина в крови.

Заключение. Таким образом, еще до применения психофармакологических препаратов у больных с первым эпизодом шизофрении нами были обнаружены существенные нарушения в липидном спектре крови. Терапия нейролептиками оказывает неоднозначное влияние на содержание липидов крови: так, при использовании современного антипсихотика рисперидона имеются тенденции к ухудшению показателей липидного спектра, а применение традиционного препарата галоперидола улучшает показатели липидного обмена. Полученные нами данные указывают на необходимость своевременной диагностики и коррекции метаболических нарушений при лечении нейролептиками больных с первым эпизодом шизофрении.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И ДИАГНОСТИКА САРКОИДОЗА В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ ПО МАТЕРИАЛАМ ГУЗ ККБ

Пергаев А.П., Пархоменко Ю.В., Малкин А.В., Гудукина Н.К., Загузина Е.С., Гурулева Л.А.
ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия
ГУЗ "Краевая клиническая больница", Чита, Россия

Актуальность. Саркоидоз является системным воспалительным заболеванием неизвестной природы, характеризующимся образованием в различных органах и тканях неказеифицирующихся гранулем. Саркоидоз - болезнь неизвестной природы, клинические признаки ее многообразны, а отсутствие специфических диагностических подходов может затруднять диагностику. Причина саркоидоза остается неизвестной, но различия в проявлениях этого заболевания допускают предположение о том, что саркоидоз имеет более чем одну причину, что может способствовать различным вариантам течения болезни.

Цель. Изучить варианты клинического течения и диагностики саркоидоза в Забайкальском крае.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ историй болезни больных саркоидозом пульмонологического отделения и отделения торакальной хирургии ГУЗ ККБ за 4 года.

Результаты. За 2009-2013 годы в стационар ККБ было госпитализировано 46 больных с диагнозом "Саркоидоз", из них впервые выявленных - 38 (82,6%), женщин - 32 (69,6%), мужчин - 14 (30,4%). Средний возраст больных составлял - 49,3 года. Больных бурятской национальности в изученной популяции не выявлено.

Клинические формы саркоидоза: легочная - 22 больных - 47,82%, внутригрудная лимфоаденопатия - 8 больных - 17,39%, легочно-медиастинальная - 6 больных - 13,04%, кожная - 6 больных - 13,04%, поражение нервной системы, глазницы, сердца, суставов по 1 больному, соответственно по 2,17%.

Метод компьютерной томографии явился решающим в диагностике легочной, медиастинальной и легочно-медиастинальной форм саркоидоза, а также способствовал верификации поражения нервной системы и глазницы. Преобладали больные 2 рентгенологической стадии саркоидоза - 44%.

Морфологическое подтверждение диагноза имело место у 38 больных. Путем торакотомии с био-

псией подозрительного участка легкого, биопсией лимфоузлов и кожи определялись неказиофицирующиеся гранулемы саркоидного типа.

Двум больным с поражением глазницы и нервной системы в связи с выраженной активностью процесса проведена пульс терапия Метилпреднизолоном - 1,0 внутривенно капельно в течение 3 дней с хорошим клиническим эффектом.

Выводы:

1. Преобладающей клинической формой саркоидоза явилось поражение органов дыхания: легочная, медиастанальная и легочно-медиастанальная форма.
2. Среди больных преобладали женщины среднего возраста.
3. Лиц бурятской национальности в изученной популяции не выявлено.
4. Решающими в диагностике саркоидоза являются рентгенологический и морфологический методы.
5. При выраженной активности процесса эффективна терапия высокими дозами глюкокортикостероидов.

**АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ
НОВООБРАЗОВАНИЙ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ**

Петрачкова Е.Н., Цепелева Т.Г., Кулинич Т.С., Аргунова А.А., Цепелев В.Л.

ФКУ "Главное бюро медико-социальной экспертизы по Забайкальскому краю", Чита, Россия

Злокачественные новообразования представляют собой проблему высокой социальной значимости, так как они являются одной из основных причин смертности и инвалидизации населения. На протяжении последних десятилетий в Российской Федерации, как и в большинстве развитых стран мира, отмечается тенденция к неуклонному росту заболеваемости злокачественными новообразованиями и смертности от них.

Заболеваемость злокачественными новообразованиями в крае в 2011 г. составила 285,8 на 100 тыс. населения (РФ - 364,2, Сибирский Федеральный округ - 359,5), что в сравнении с 2010 г. меньше на 1,7%. Показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями мужского населения в крае составил в 2011 г. - 266,2 (2010 г. - 286,2), РФ - 362,6, СФО - 366,2 на 100 тыс. населения. Заболеваемость женского населения в 2011 г. составила 304,1, (2010 г. - 294,8), РФ-365,6, СФО - 353,8.

В структуре впервые заболевших в 2011 г. 55,1% составляют женщины и 44,9% мужчины (в 2010 г. - 53,3% и 44,9% соответственно), по РФ в 2010 г. данное соотношение составило - 54% и 46%.

В структуре заболеваемости с учетом локализации патологического процесса у мужчин первые 7 ранговых мест занимают:

- рак легкого - 22,0% (2010г. - 22,9%), РФ - 19,5%;
- рак предстательной железы- 12,5% (2010г. - 9,8%), РФ - 11%;
- рак кожи с меланомой - 11,1% (2010 г. - 10,7%), РФ - 12,3%;
- рак желудка - 10,5% (2010 г. - 11,7%), РФ - 9,4%;
- рак мочевого пузыря - 5,2% (2010 г. - 3,4%), РФ - 4,5%;
- рак ободочной кишки - 4,3% (2010 г. - 4,3%), РФ - 5,7%;
- рак лимфатической и кроветворной ткани- 4,1% (2010 г. - 4,5%), РФ - 5,1%.

У женщин структура заболеваемости с учетом локализации представлена следующим образом: первое ранговое место занимает рак молочной железы- 20,9% (2010 г. - 19,7%), РФ-20,5%; второе - рак кожи с меланомой - 15,6% (2010 г. - 13,3%), РФ - 16,3%; третье ранговое место - рак шейки матки - 12,5% (2010 г. - 11,4%), РФ - 5,3%. Четвертое, пятое, шестое, седьмое ранговые места представлены соответственно: рак яичников - 6,3% (2010 г. - 5,0%), РФ - 4,7%; рак желудка - 5,7% (2010 г. - 5,2%), РФ - 6,2%; рак трахеи, бронхов, легкого - 5,6%, (2010 г. - 7,1%), РФ - 3,8%; рак тела матки- 5,3% (2010 г. - 4,8%), РФ - 7,1%.

Злокачественные новообразования в качестве причины первичной инвалидности в Забайкальском крае, как и по РФ, занимают 2 ранговое место после болезней системы кровообращения. За период 2009-2011 гг. впервые вследствие злокачественных новообразований признано инвалидами 3625 чел. (2009 г. - 1253 чел., 2010 г. - 1162 чел., 2011 г. - 1210 чел.), в среднем в год инвалидами вследствие злокачественных новообразований впервые признается 1200 человек.

Уровень первичной инвалидности составил в Забайкальском крае в 2009 г. 14,7 (по РФ - 15,7 СФО - 15,7), 2010 г. - 13,6 (по РФ - 15,5 СФО - 15,7), 2011 г. - 19,1.

В структуре первичной инвалидности по возрасту удельный вес инвалидов молодого возраста (до 44 лет) составил: в 2009 г. - 13,2 % (166 чел.), 2010 г. - 13,3% (155 чел.), 2011 г. - 14,2 % (172 чел.).

Удельный вес инвалидов среднего возраста (45-55 лет женщин и 50-59 лет мужчин) составил в 2009 г. - 36,4 % (457 чел.), 2010 г. - 34,2% (398 чел.), 2011 г. - 35,1 % (425 чел.). Удельный вес инвалидов пенсионного возраста в 2009 г. составил - 50,2 % (630 чел.), 2010 г. - 52,4% (609 чел.), 2011 г. - 50,7 % (613 чел.).

В 2011 г. относительно 2010 г. отмечается рост первичного выхода на инвалидность среди взрослого населения края на 4,1%. Рост ВПИ в основном отмечается среди лиц трудоспособного возраста и в сравнении с 2010 г. составил 7,9%. Следует отметить, что в большинстве случаев на медико-социальную экспертизу направляются лица с запущенными формами заболевания, что является основанием для установления более тяжелых групп инвалидности. Так, удельный вес инвалидов I группы среди лиц трудоспособного возраста впервые признанными инвалидами вследствие злокачественных новообразований в 2011 г. составил 31,3%, инвалидов II группы - 55,4%, инвалидов III группы - 13,2%. Для лиц пенсионного возраста данный показатель составил - 40,3%, 50,6% и 9,1% соответственно. В 2010 г. удельный вес инвалидов I группы среди лиц трудоспособного возраста составил 28,0%, инвалидов II группы - 53,7%, инвалидов III группы - 11,0%, среди лиц пенсионного возраста данный показатель составил - 44,3%, 48,3% и 7,4% соответственно. В контингенте ВПИ преобладают инвалиды II группы - удельный вес 50,0 - 53,0%, затем инвалиды I группы - 36,0 - 40,0%, на долю инвалидов III группы приходится 9,0 - 11,0%.

Таким образом, в 2011 г. отмечается рост первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований среди лиц трудоспособного возраста, утяжеление групп инвалидности во всех возрастных группах, контингент ВПИ формируется в основном за счет инвалидов II и I групп.

СОДЕРЖАНИЕ ИНТЕРЛЕЙКИНА-4 И ИНТЕРФЕРОНА ГАММА У ПАЦИЕНТОВ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Петрищева И.В., Фефелова Е.В., Терешков П.П., Измestьев С.В., Цыбиков Н.Н.
ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Атопический дерматит - это один из самых частых и проблемных дерматозов со сложной многофакторной патогенетической основой. В структуре аллергических заболеваний занимает 50% - 60%, а во всем мире им страдает до 5% населения. Это хроническое воспалительное заболевание кожи, обусловленное гиперпродукцией реактивных антител IgE и/или IgG4, а также нарушением синтеза цитокинов, в первую очередь, интерлейкина-4(IL-4), IL-5, IL-13, интерферона гамма(IFN γ). Уровень экспрессии и продукции этих цитокинов во многом определяет тип иммунного реагирования, а их баланс - состояние ремиссии и обострения заболевания.

Цель: исследовать динамику Т-лимфоцитов, продуцирующих интерлейкин-4 и интерферона гамма у пациентов с атопическим дерматитом до и после лечения.

Материалы и методы исследования. Исследования проводились методом проточной цитометрии на проточном цитометре FC500 Beckman Coulter (США). В исследование включены 12 пациентов в возрастной группе 27 - 47 лет с атопическим дерматитом взрослого периода средней степени тяжести в период обострения. Все пациенты находились на стационарном лечении в ГУЗ ККВД г. Чита и получали стандартную терапию в виде антигистаминных и мембраностабилизирующих препаратов, наружно кортикостероидных мазей и витаминотерапии. Продолжительность лечения в среднем составляла 2 недели. У пациентов проводили забор крови в количестве 5мл до начала терапии, во время лечения и после. Изучали количество клеток, продуцирующих внутриклеточно IL-4 и IFN γ . Для статистической обработки материала использована программа Statistica 6.0 (StatSoft США).

Полученные результаты: Значительную роль в иммунопатогенезе атопического дерматита играет функциональная способность Т-клеток продуцировать интерлейкины, в частности IL-4 и IFN γ . Th1-лимфоциты являются протективными при аллергии, поскольку секретируют IFN γ , являющийся мощным стимулятором фагоцитоза и активирующим клеточный иммунный ответ, а Th2-лимфоциты, продуцирующие IL-4, участвуют в формировании гуморального иммунного ответа. Нами было выявлено, что общее количество лимфоцитов не менялось, но наблюдалось снижение количества Т-хелперов: на 19% уменьшилось процентное соотношение, а общее количество на 23,5%. На 54,7% снизилась относительная численность клеток, продуцирующих IFN γ , более значимо на 77% уменьшилось их количество в абсолютных показателях. В абсолютных показателях значимых изменений нет при исследовании клеток, продуцирующих IL-4. В то время как в относительном количестве их содержание возросло в 2,7 раза после лечения и почти в 2 раза в абсолютных показателях. IL-4 стимулирует синтез IgE В-клетками, что приводит к быстрой активации тучных клеток и выбросу медиаторов воспаления в виде

гистамина, простагландина D2 и др. в последствии формируется отдаленное воспаление в тканях в виде атопического дерматита, а при выраженном синтезе IFN γ кератиноциты усиливают экспрессию на своей поверхности различных молекул, повышают секрецию некоторых цитокинов, что приводит к инфильтрации кожи иммунокомпетентными клетками с последующей их активацией. Таким образом, в патогенезе атопического дерматита ключевым звеном является дисбаланс иммунного ответа между Th1-лимфоцитами и Th2-лимфоцитами с вовлечением иммунокомпетентных клеток в виде кератиноцитов, макрофагов, тучных клеток, тканевых эозинофилов. Нами так же была исследована динамика IL-1b, IL-2, IL-6, IL-10 и ФНО-а, но значимых изменений выявлено не было.

Выводы. На фоне терапии возросло относительное и абсолютное содержание лимфоцитов, продуцирующих интерлейкин-4 и интерферон гамма. Изменения сывороточных уровней цитокинов взаимосвязаны с тяжестью течения атопического дерматита и могут быть использованы в качестве маркеров прогноза и эффективности терапии.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ЛАКТАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Петрухина И.И., Панченко А.С., Страмбовская Н.Н., Батаева Е.П.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Под лактазной недостаточностью понимают сниженную активность кишечной лактазы - фермента пристеночного пищеварения, расщепляющего дисахарид лактозу до моносахаров - глюкозы и галактозы. Фермент синтезируют зрелые энтероциты, расположенные на вершине кишечных ворсинок. В физиологических условиях до 90% лактозы, поступающей с грудным молоком расщепляется в тонком кишечнике с образованием моносахаридов (глюкозы и галактозы), которые всасываются в кровь. У здоровых детей не более 8 - 10% лактозы достигает толстого кишечника, где она подвергается бактериальному брожению с образованием короткоцепочечных жирных кислот (КЦЖК), молочной кислоты (МК), пировиноградной кислоты (ПВК), водорода, углекислого газа, воды. Поступление небольших количеств лактозы в толстую кишку у здоровых детей обладает пребиотическим эффектом, стимулируя пролиферацию бифидобактерий, и повышает колонизационную резистентность. Колоноциты используют КЦЖК в качестве энергетического субстрата, сохраняя для организма большую часть энергии углеводов. При лактазной недостаточности гораздо большая доля лактозы остается нерасщепленной в тонком кишечнике. Накопление лактозы сопровождается гиперосмолярностью кишечного содержимого, транспортом жидкости в просвет кишечника, разжижением и ускорением пассажа химуса.

Выделяют следующие виды недостаточности лактазы:

1. Функциональная транзиторная лактазная недостаточность у недоношенных и маловесных детей, связанная с особенностью созревания лактазопродуцирующих клеток.
2. Первичная - младенческий тип. Относительно редкий синдром, протекающий обычно в виде алактазии. Клиника болезни развивается очень быстро после рождения и протекает в тяжелой форме с поражением внутренних органов. Характерной особенностью является упорная рвота после каждого кормления и наличие лактазы в моче.
3. Первичная, конституциональная - взрослый тип. Относительно распространенный синдром, особенно среди цветного населения, связанный с постепенным (с возрастом) снижением активности лактазы у предрасположенных лиц.
4. Низкая активность лактазы вторичного характера, или вторичная лактазная недостаточность. Это самая частая форма болезни. Причины вторичной недостаточности многочисленны, на первом месте стоят перенесенные острые кишечные инфекции, протекающие с повреждением слизистой оболочки тонкого кишечника.

После сальмонеллёза или шигеллёза, например, лактазная недостаточность различной степени выраженности развивается в 35- 40% случаев, а после ротавирусной инфекции - в 100%. Лактазная недостаточность появляется также при патологических состояниях, сопровождающихся атрофическими изменениями слизистой оболочки тонкого кишечника - целиакии, непереносимости белков коровьего молока, лямблиозе, аллергических энтеритах, различных интоксикациях и лекарственных воздействиях (анаболические стероиды, вмешательства с наркозом), синдроме короткого тонкого кишечника.

Цель работы. Оценить клиническую картину лактазной недостаточности в группах, выделенных в соответствии с генотипами детей.

Материалы и методы. Проведен анализ 30 историй болезней новорожденных детей, находив-

шихся на стационарном лечении в КДКБ в 2012 - 2013 гг. Генотипирование проводилось на ДНК буккального эпителия с помощью полимеразной цепной реакции (тест-система для определения генетического полиморфизма МСМ6 13910Т>С, МСМ6 22018Т >С (ООО "ДНК-Технология", Москва)) с детекцией продукта в режиме реального времени - PCR-RT. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием компьютерных программ "Statistica 6.1.", Microsoft Excel 2010, исследуемые параметры приведены в виде средних величин со стандартными отклонениями (M±SD).

Результаты. По результатам генетического анализа все дети разделены на 3 группы: 1 группа детей, имеющих двояную мутацию в гомозиготном состоянии (МСМ6 13910 СС:МСМ6 22018 СС) - 5 детей; 2 группа - дети имеющие двояную мутацию в гетерозиготном состоянии (МСМ6 13910 ТС:МСМ6 22018 ТС) - 12 детей; 3 группа детей не имеющих искомым мутаций - нормальный генотип (МСМ6 13910 ТТ:МСМ6 22018 ТТ) - 13 детей. При анализе акушерского анамнеза отмечено, что во всех группах отмечался осложненный акушерский анамнез, в 70% случаях встречалась ХФПН, ХВУГП отмечалась в 60%, в 50% случаях женщины имели Jg G к внутриутробным инфекциям, с латентным течением. Анализ полученных данных показал, что большую часть детей составили недоношенные дети, так, в 1-ой группе средний возраст 36 недель, во 2-ой - 37 недель и 35 недель в 3 группе младенцев. При рождении средняя масса детей составила в 1 группе - 2270±833 г, во 2-ой - 2790±675 г, и 3-й - 2500±921г. Все дети находились в ОПН КДБК на лечении и обследовании. При анализе заболеваемости отмечено, что во всех исследуемых группах детей в 100% случаях имело место перинатальное поражение ЦНС гипоксически - геморрагического генеза (церебральная ишемия 1-2 степени, ВЖК 1 - 2 степени), гипоксически - травматического генеза (натальная травма ШОП). Течение неонатальной пневмонии и анемии новорожденного наблюдалось как в 1 группе детей (в 40% и 20% соответственно) так и в 3 группе (38,4%, 23%). При исследовании отмечено, что у новорожденных 1 группы в клинической картине имело место течение дисфункции ЖКТ (метеоризм, диарея, срыгивание) в 60% случаях, во 2-ой группе детей клиника наблюдалась в 50 % (у 6 детей). В 3 группе проблемы ЖКТ встречались у 5 детей (38,4%). Дети осмотрены инфекционистом, проведено копрологическое исследование кала, кал на УПМ, по результатам клиники и обследования новорожденным с дисфункциями ЖКТ выставлен диагноз - дисбактериоз кишечника субкомпенсированная форма, смешанного генеза. Основная часть детей (73%) получали адаптированные молочные смеси, на грудном вскармливании ни один ребенок не находился. При анализе питания детей отмечено, что новорожденные 1 группы чаще всего (80%) получали молочную смесь PreNAN, дети 2 группы в 41,6% случаях находились на PreNAN, в 50 % (6 детей) на NAN, один (8,4%) ребенок получал лечебную смесь (безлактозный NAN). Дети 3 группы исследования в 61, 6% случаях получали смесь NAN. При оценке массы тела детей в 1 месяц жизни отмечено, что во всех исследуемых группах прибавка соответствовала возрасту (700 г).

Выводы:

1. дисфункция ЖКТ у новорожденных детей 1 группы обусловлена наличием первичной лактазной недостаточности, подтвержденная генетическим анализом (наличие двояной мутации в гомозиготном состоянии (МСМ6 13910 СС:МСМ6 22018 СС)).
2. наличие двояной мутации в гетерозиготном состоянии (МСМ6 13910 ТС:МСМ6 22018 ТС) у детей 2 группы не исключает лактазную недостаточность в 50 % случаях.

БИОРЕГУЛЯТОРЫ В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Пинелис И.С., Пинелис Ю.И., Катман М.А., Рудакова Л.Ю., Смирницкая М.В.
ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

На протяжении 35 лет нами проведено экспериментальное и клиническое изучение роли различных биорегуляторов пептидной природы в комплексе лечения ряда стоматологических заболеваний. Показанием к их назначению стали результаты исследования состояния системы гемостаза, иммунитета, перекисного окисления более чем у 3500 больных с заболеваниями тканей пародонта, нервов лица, абсцессами, флегмонами, гайморитом, сиагоденитом, переломом челюсти, невралгией тройничного нерва, опухолями и дефектами челюстно-лицевой области (ЧЛЮ) в возрасте от 5 до 70 лет. В большинстве случаев установлено, что эти заболевания сопровождаются нарушениями в иммунитете, неспецифической резистентности, системе гемостаза, содержании белков острой фазы и факторов местной защиты. Их выраженность зависела от клинических проявлений, стадии и течения процесса, объема оперативного или консервативного лечения. Кроме того, убедительно доказано, что традиционная терапия стоматологических заболеваний не приводила к полному восстановлению лабораторных показателей в период стационарного и амбулаторного лечения.

В комплекс лечения больных включали препараты (тималин, тимоген, тактивин, вилон, эпиталамин, беталейкин, кортексин и др.), оказывающие влияние на основные системы гомеостаза.

Больным с пародонтитом средней степени тяжести назначали тималин, вилон или тимоген в течение 4-6 дней. Для профилактики рецидива повторяли курс биорегулирующей терапии через 8-12 месяцев. Положительный эффект отмечен у 80% пациентов: заметно улучшилось самочувствие, устранялись зуд и боли (100%), кровоточивость (91%), нормализовались плотность и цвет десны (81%), она плотно прилегала к шейкам зубов, проба Шиллера-Писарева стала отрицательной в 81% случаев. Благоприятная динамика клинических индексов отмечена во всех группах, но наибольшей - у лиц с легкой и средней степенью тяжести пародонтита.

У больных с острым и обострением хронического периодонтита использовали вилон в составе пломбирочной пасты. Его эффект проявлялся в быстрой ликвидации экссудативных процессов и в устранении местных изменений. Кроме того, отмечено сокращение сроков лечения до 2-3 дней и повышение эффективности терапии до 96,3%. Спустя 9 мес. после терапии зарегистрирована почти полная регенерация костной ткани в зоне очага деструкции.

Пациентам с абсцессами и флегмонами ЧЛЮ по показаниям вводили эпсорин, тималин, вилон, беталейкин, бестим 2 раза в сутки на протяжении 5-12 дней сразу после вскрытия гнояника. В тяжелых случаях использовали лимфотропный способ введения 0,0005 мг беталейкина. Курс состоял из 3 инъекций. Такая терапия улучшала общее состояние больных, нормализовала температуру на 3-4 сутки, быстрее ликвидировала признаки гнойного воспаления и сокращала сроки лечения в стационаре.

Для купирования острого воспаления и подготовки тканей к пластическому закрытию сообщения полости рта при перфоративных гайморитах проводили предоперационную подготовку. Местно обрабатывали пазуху через свищевой ход (перфорационное отверстие, прокол в нижнем носовом ходе) растворами антисептиков, антибиотиков, ферментов, сорбентом СУМС-1, а в комплексе общего лечения применяли внутримышечно по 1 мл 0,01 % р-ра вилонна на протяжении 3-4 дней. Вилон с успехом заменяли тималином или тимогеном. Их применение сократило срок предоперационной подготовки на 2-3 и эпителизацию ран - на 4-6 дней, а число осложнений - в 2,5 раза.

У лиц с острым сиалоденитом в базисную терапию включали биорегуляторы (10 мг тималина, 1 мл 0,01% р-ра вилонна или 100 мкг тимогена) в течение 5-7, а с хроническим - на протяжении 7 - 12 дней. После лечения у них исчезли боли, уменьшилась гиперемия, нормализовалось слюноотделение. Временная нетрудоспособность составила $8,3 \pm 1,9$ дня (контроль - $14,7 \pm 1,2$ дня). При хронических сиалоденитах отек и боль значительно уменьшились, железа стала менее плотной и бугристой. Слюна стала более прозрачной и без включений, количество ее значительно возросло. Через 1 год железа оставалась незначительно увеличенной, но безболезненной. Устье выводного протока было спокойным, а секрет не содержал хлопьевидных включений.

Больным с переломами нижней челюсти вводили внутримышечно тималин по 5-10 мг 1-2 раза в сутки на протяжении 5-7 дней. При нагноении костной раны, остеомиелите в комплекс терапевтических мер включали по 10 мг эпиталамина на протяжении 10 дней. Для повышения эффективности биорегулирующей терапии разработан способ фонофореза тималина и модифицирован лимфотропный метод введения биорегуляторов (тималин, вилон, тимоген, эпиталамин, кортексин). Эти методы способствовали накоплению препарата в зоне перелома, снижали дозу препарата в 2-4 раза при увеличении периода действия. Под действием иммунокоррекции у обследуемых быстро рассасывались гематомы, отеки и инфильтраты в зоне повреждения, сокращалась частота осложнений. Сроки стационарного лечения равнялись в среднем 23,5 и общей нетрудоспособности - 27,6 дня (в контроле - соответственно 28 и 35 дней).

У больных с черепно-мозговой травмой в сочетании с переломом нижней челюсти леченных эпителином и кортексином, все изучаемые показатели клеточного и гуморального иммунитета, концентрация провоспалительных цитокинов приближались к норме, в отличие от пациентов, получавших традиционную терапию.

У 178 больных со злокачественными опухолями ЧЛЮ, подвергшихся комбинированному лечению (лучевая терапия, удаление опухоли и лимфоузлов), перед операцией назначали тималин, эпсорин, вилон на протяжении 5-7 дней. Заживление ран у них протекало практически без осложнений. В то время как при обычной предоперационной подготовке кровотечение, некроз и нагноение раны, расхождение ее краев наблюдали у 8,5 % случаев.

При лечении больных с обострением невралгии тройничного нерва в комплекс лечения включали эпиталамин и кортексин на протяжении 10 суток, что сокращало частоту и длительность приступа боли, уменьшало их интенсивность. В период ремиссии невралгии пациентам через полгода назначали профилактическую биорегулирующую терапию, что удлиняло ее срок, а при обострении значительно снижало интенсивность и частоту болевых приступов.

У 65 детей с расщелинами неба до операции в течение 3-4 дней внутримышечно вводили по 5 мг тималина. Последнее значительно улучшило исходы хирургического лечения детей, ускорило заживление ран и сократило более чем в 2,5 раза (с 9,23 до 3,85%) число общих и местных осложнений.

Многоэтапные восстановительные операции в ЧЛО существенно снижают состояние защитных систем организма и приводят в 8-32% случаях к различным осложнениям. Нами у 169 пациентов до операции проведен курс терапии тималином, вилоном, эпсорином в течение 7-10 дней. После операции осложнения возникли у 4%, а в контрольной группе - у 20% больных.

По результатам исследований получено 9 патентов на способы лечения и диагностики, которые внедрены более чем 40 лечебных учреждениях России, опубликовано 5 монографий.

Таким образом, назначение биорегуляторов следует шире применять в комплексе лечения стоматологических заболеваний.

СТРУКТУРА И ТЕЧЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ СТАРШЕ 60 ЛЕТ

Пинелис Ю.И., Пинелис И.С.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

В России к началу XXI века также отмечается существенное старение населения, что обусловлено снижением рождаемости, отрицательным естественным приростом населения. У большинства людей, перешагнувших 60-летний рубеж, выявляется от 3-х до 27 хронических заболеваний основных систем организма, что сопровождается развитием синдрома "взаимного отягощения". Естественно, это следует учитывать при лечении стоматологических заболеваний у пожилых и старых людей.

Целью работы - изучить особенности клинической картины наиболее часто встречающихся стоматологических заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста.

Нами проведен анализ 952 историй болезни пациентов пожилого и старческого возраста, находившихся на лечении в стоматологической клинике Читинской государственной медицинской академии и госпиталя ветеранов войн с 2001 по 2011 г.г.

В соответствии с классификацией, принятой ВОЗ, больных в возрасте 60 - 74 года было 81,4%, 75 - 90 лет - 18,4%, старше 90 лет - 0,2%. Городские жители составили 64,4%, а сельские - 35,6% от общего количества больных. Среди них было 34,5% мужчин и 65,5% женщин. Участников и инвалидов ВОВ было 9,8%. Почти все больные госпитализированы в удовлетворительном состоянии, только у 5,9% отмечено состояние средней тяжести и тяжелое.

Больные с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области составили 41,8% от всех госпитализированных. При этом у 49% из них причиной развития абсцессов и флегмон были зубы (периодонтит, периостит, остеомиелит, абсцессы и флегмоны, лимфадениты). Снижение количества одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний обусловлено полной вторичной адентией у многих лиц пожилого и старческого возраста.

Значительно чаще, чем у молодых людей у них развивалось рожистое воспаление, карбункулы, фурункулы, заболевания слюнных желез и височно-нижнечелюстного сустава.

Клиническая картина гнойно-воспалительных заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста часто была скудной и атипичной (отсутствие острого начала, слабовыраженная температурная реакция, умеренные изменения лейкоцитарной формулы, часто отсутствовал лейкоцитоз). Особо отсутствие ряда общих и местных реакций проявлялось у больных с гнойно-септическими заболеваниями в челюстно-лицевой области, имеющих сопутствующую патологию (болезни сердечно-сосудистой системы, сахарный диабет, хронические заболевания печени, поджелудочной железы и др.). В ряде случаев признаки острого воспаления маскировались выраженными проявлениями со стороны центральной нервной системы (заторможенность, сонливость, слабость, нарушение сознания, изменения психики, головная боль, головокружение и др.). Последнее нередко становилось поводом обращения к терапевту, невропатологу, а не стоматологу. Часто толчком к обострению очагов хронической одонтогенной инфекции становились возрастные изменения в различных органах и тканях. Утяжеление течения гнойно-воспалительных заболеваний у части пациентов было обусловлено нарушением сознания; снижением иммунитета, большим числом сопутствующих хронических болезней, вынужденным положением, длительной госпитализацией в общесоматических стационарах, трудностями самостоятельного ухода и др.

У таких пациентов отсутствовали или были минимальными сдвиги в составе периферической крови, которые не характерны для гнойно-воспалительного процесса. У некоторых пациентов тяжелые

флегмоны протекали при нормальной лейкоцитарной формуле и СОЭ, а иногда даже сопровождалась лейкопенией. Такая гипергическая реакция организма на развитие гнойного воспаления, стертость и невыраженность симптомов, мнимое удовлетворительное состояние, вызванная возрастной иммунодепрессией и наличием большого числа сопутствующих заболеваний, нередко затрудняют своевременную диагностику и иногда приводят к запаздыванию распознавания гнойного воспаления и недооценке его степени тяжести.

Лечение гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у лиц пожилого возраста также было достаточно сложно из-за большого числа сопутствующей патологии, значительного ослабления иммунной системы, что заметно удлиняло сроки стационарного лечения.

Если частота лиц с воспалительными заболеваниями пожилого возраста почти не отличалась от таковой у молодых людей, то их число с травмами челюстно-лицевой области было в 5-6 раз ниже. В отделении за 3 года с ранами лица и переломами челюстей обратилось всего 6,5% пациентов пожилого и старческого возраста. Большинство из них травму получило в домашних условиях (бытовая - 45,5%, транспортная - 18,2% и уличная - 36,3%). Нередко причиной повреждений становилось плохое самочувствие (головокружение, гипертонический криз, слабость опорно-двигательного аппарата).

Течение травм челюстно-лицевой области осложнялось заметным снижением регенераторной способности организма. Кроме того, нередко возникали проблемы при лечении переломов челюстей. Они были вызваны полным или значительным отсутствием зубов, что не позволяло использовать назубные шины, а оперативные методы нельзя было применить из-за наличия сопутствующей патологии.

Большую группу составили пожилые люди с доброкачественными и злокачественными опухолями головы и шеи (39,1%).

Заметное место в структуре стоматологической заболеваемости людей пожилого и старческого возраста занимают нервы лица - 15,5%. У подавляющего большинства из них имеет место невралгия ветвей тройничного нерва. Эти пациенты нередко поступают в стационар по 2-3 раза в году. У многих из них длительность заболевания достигает 15-20 лет. Сложность лечения и диагностики данной патологии обусловлена также наличием сопутствующей патологии, особенно, сердечно-сосудистой системы, нарушения внутричерепного давления и др.

Среди прочих заболеваний до 5% занимают заболевания слизистой оболочки полости рта (пузырчатка, многоформная экссудативная эритема, стоматиты и др.). Однако эти заболевания требуют длительного и дорогостоящего лечения, нередко рецидивируют.

Анализ результатов лечения стоматологических больных свидетельствует о том, что 61% пожилых людей выписано с выздоровлением, 34,6% - с улучшением и только 3,9% - без перемен и 0,5% с ухудшением. Летальных исходов не было. Средние сроки стационарного лечения у лиц пожилого и старческого возраста почти при всех стоматологических заболеваниях длиннее, чем у молодых людей. Однако наиболее длительные сроки отмечены у больных с сиалоаденитами, синуситами, стоматитами, невралгией тройничного нерва.

При этом отмечено, что эффективность стоматологического лечения лиц пожилого и старческого возраста находится в прямой зависимости от общего состояния их здоровья и сопутствующей патологии. В частности отмечена существенная связь распространенности кариеса, частичной вторичной адентии, патологии пародонта, заболевания височно-нижнечелюстного сустава, слюнных желез, нервов лица от числа сопутствующих соматических заболеваний разных систем организма (атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, заболевания желудочно-кишечного тракта и др.). Они в значительной мере осложняют и ухудшают состояние полости рта.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ВИЛОНА

Пинелис Ю.И., Кузник Б.И.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Конец XX - начало XXI века ознаменованы глобальным постарением населения планеты. По мнению отечественных демографов в России к 2055 году доля пожилых людей составит 40 - 55%. Это внесет дополнительные проблемы в социальное обеспечение и здравоохранение. Геронтологи озабочены возникшей перспективой и пытаются создать возрастные оздоровительные программы, которые находятся в стадии разработок. По данным Грудянова А.И. (2011) распространенность пародонтита у людей пожилого и преклонного возраста, достигает почти ста процентов, а результаты проводимого

общепринятого лечения не дают стойкой и длительной ремиссии, в связи с этим все большую актуальность приобретают вопросы оказания помощи пожилым и старым людям.

Целью работы явилась оценка эффективности применения биорегулятора Вилон на течение хронического генерализованного пародонтита (ХГП) у больных пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. Нами обследовано 448 пациентов 60-89 лет с ХГП, поступившие в Госпиталь ветеранов войн и труда г. Читы и Дом ветеранов труда "Милосердие" п. Атамановка Забайкальского края. Контролем служила кровь и ротовая жидкость 25 человек, не имеющих на момент обследования заболеваний пародонта и соматической патологии.

Все больные с учетом рекомендаций ВОЗ разделены на 4 группы: 1-я группа сравнения - 204 человека в возрасте 60 - 74 года, получавшие традиционную терапию. 2-я группа сравнения - 190 человек в возрасте 75 - 89 лет, получавшие традиционную терапию. 1-я основная группа - 28 человек в возрасте 60 - 74 года, получавшие в комплексе традиционной терапии ХГП дополнительно Вилон. 2-я основная группа - 26 человек в возрасте 75 - 89 лет, применявшие в комплексе традиционной терапии ХГП дополнительно Вилон.

Основные клинические методы (упрощенный индекс гигиены, определение глубины пародонтальных карманов, оценка кровоточивости десен, рецессии десны, пародонтальный индекс, патологическая подвижность зубов) и лабораторных исследований.

Традиционное лечение больных с ХГП в возрасте 60 - 89 лет включало: обучение гигиене полости рта; проведение профессиональной гигиены и санации полости рта; антисептическую обработку тканей пародонта раствором ромазулана, 0,06%-м раствором хлоргексидина, 1%-м раствором перекиси водорода; наложение нетвердеющей повязки, в состав которой входили дикаин, гепарин, преднизолон, синтомицин, на 20 минут; по показаниям - закрытый кюретаж патологических карманов, ротовые ванночки раствором "Ротокан" - 3 раза в день, аутомассаж с гелем "Метрогил-Дента" - 2 раза в день в течение 5 дней. Одновременно проводили рациональное протезирование или наложение ортопедических шинирующих аппаратов. Кроме того, пациенты получали противовоспалительные, десенсибилизирующие и антибактериальные препараты в течение 10-12 дней. В исследуемых группах больных пожилого и старческого возраста, кроме традиционной терапии, дополнительно вводили внутримышечно по 100 мкг Вилон на протяжении 5 дней.

Результаты. При изучении стоматологического статуса больных пожилого и старческого возраста через 10 дней после завершения курса базисной терапии (группа сравнения) отмечен положительный клинический эффект.

Улучшилось общее состояние больных, в 63,9 % наблюдений отмечено прекращение гноетечения из пародонтальных карманов, уменьшение болевых ощущений в десне - на 68,0 %, кровоточивости десен при чистке зубов - на 41,8 %, появления запаха изо рта - на 61,5 %, редукция пародонтальных карманов - на 40,2 %. Обучение навыкам личной гигиены и проведение профессиональной гигиены улучшило гигиеническое состояние полости рта на 45,1 %. В меньшей степени проявлялись признаки воспалительных и деструктивных процессов в пародонте. В частности, слизистая оболочка десны становилась бледной, менее отечной, уменьшалась кровоточивость десен, хотя усеченные вершины десневых сосочков сохраняли цианотичный оттенок. Индекс гигиены (ОНИ-S) улучшился и составил $1,7 \pm 0,5$ балла, кровоточивость снизилась до 2-й степени по Мюллеману (через 30 с после зондирования). Данные рентгенографии свидетельствовали об отсутствии выраженной репарации костной ткани альвеолярных отростков.

У больных, получавших дополнительно биорегулятор Вилон (основная группа), отмечена более заметная положительная динамика: слизистая оболочка становилась бледно-розовой, ее отек и кровоточивость практически отсутствовали, подвижность зубов уменьшалась. Это подтверждалось оценкой состояния тканей пародонта (ИГ, КПИ, РМА, СРІТN, ІК). Хотя значения показателей и не достигли нормы, но снизились в среднем в 2-3 раза по отношению к группе сравнения и приблизились к норме. Данные рентгенографии практически не отличались от таковых группы сравнения.

Эффект от базисной и биорегулирующей терапии у больных старческого возраста был менее значимым. После стандартного лечения у больных группы сравнения также улучшилось общее самочувствие, более чем у половины из них не было отделяемого из пародонтальных карманов, у 40 и 68,0 % соответственно прекратились боли и зуд в десне, кровоточивость при чистке зубов - у 50 %, запах изо рта - у 60,0 %, значительно улучшилось гигиеническое состояние полости рта. Слизистая оболочка десны стала менее гиперемированной и отечной, уменьшилась кровоточивость десен, хотя вершины десневых сосочков оставались синюшными. Улучшился индекс гигиены (ОНИ-S) - $1,6 \pm 0,3$, кровоточивость снизилась до 2-й степени по Мюллеману. Тем не менее, следует отметить, что значения индек-

сов после базовой терапии не изменились, за исключением ИГ, хотя и он оставался довольно высоким. Данные рентгенографии свидетельствовали об отсутствии нарастания деструктивных процессов в костной ткани альвеолярных отростков.

По окончании лечения с включением в курс базисной терапии Вилона (основная группа) у больных отмечено более заметное улучшение общего состояния, у 90 % из них жалобы отсутствовали. Слизистая оболочка десны была влажной и обычного цвета, сохранялись незначительный отек и кровоточивость при чистке зубов. Значения индексов состояния полости рта и тканей пародонта снизились (на 40-60 %) по отношению к исходным и к таковым группы сравнения. Данные рентгенографии в основной группе и в группе сравнения были одинаковыми.

Сравнительный анализ показал, что более существенные положительные изменения происходили в обеих группах больных пожилого возраста. Это в определенной степени свидетельствует о большем резервном потенциале местного иммунитета ротовой полости и возможности стимуляции защитных механизмов. Однако, несмотря на проведенное стандартное лечение, значения показателей состояния полости рта и тканей пародонта (ИГ, КПИ, РМА, СРITN, ИК) оставались на достаточно высоком уровне, указывая на сохранение очагов хронической инфекции в полости рта. В то же время под действием Вилона они хотя и не нормализовались, но заметно снизились, что свидетельствует о его эффективности.

Через 3 месяца у пациентов обеих групп сравнения (стандартное лечение) жалобы, клиническая картина и значения индексов стали такими же, как и до лечения. Всем им назначен повторный курс лечения. Между тем у 50 % больных обеих основных групп после применения Вилона клиническая картина указывала на фазу ремиссии заболевания.

Выводы. Под действием стандартного лечения улучшение клинического статуса проявлялось, в основном, уменьшением субъективных жалоб пациентов и снижением степени воспаления десны на фоне улучшения гигиенического состояния полости рта. Включение в комплекс базисной терапии биорегулятора Вилон способствовало значительному улучшению клинических результатов и длительности ремиссии.

СОСТОЯНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ СИНДРОМЕ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

**Писаревский Ю.Л., Намханов В.В., Писаревский И.Ю., Погребняков В.Ю., Кузина Т.В.
ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия
ГБОУ ВПО "Бурятский государственный университет", Улан-Удэ, Россия**

Проблема синдрома дисфункции височно-нижнечелюстного сустава по-прежнему остается актуальной в стоматологии. Заболевание в основном встречается у женщин, которые в 57,3%- 80,9% случаев не имеют отклонений со стороны зубных рядов и прикуса, а проводимая традиционная терапия нередко бывает малоэффективной. Это свидетельствует о том, что причинами, обуславливающими возникновение синдрома дисфункции височно-нижнечелюстного сустава у женщин, могут быть не только патологические отклонения со стороны окклюзии и прикуса. В литературе имеются сведения, свидетельствующие о возможной роли нейроэндокринных нарушений в развитии синдрома дисфункции височно-нижнечелюстного сустава у женщин. В общей системе гомеостаза гормоны играют важную роль в сохранении равновесия белкового, липидного и, особенно, минерального обменов. Логично предположить, что нарушения минерального обмена, сопровождающиеся общими потерями минеральной плотности костной ткани, наряду с другими факторами, могут выступать в качестве иницилирующего звена в патогенезе синдрома дисфункции височно-нижнечелюстного сустава.

Цель исследования. Количественно оценить объемы общих потерь минеральной плотности костной ткани при синдроме дисфункции височно-нижнечелюстного сустава.

Материалы и методы. Исследования выполнены с согласия всех участников обследования и соответствовали этическим принципам, предъявляемым Хельсинской Декларацией медицинской ассоциации (World Medical Association Declaration of Helsinki, 2000). Объектом углубленного исследования явились женщины раннего репродуктивного возраста (от 19 до 35 лет). Обследование пациенток проводили по общепринятой схеме; особое внимание уделяли выяснению семейного анамнеза и выявлению клинических признаков нейроэндокринных нарушений (избыточный рост волос на теле без признаков вирилизации, в сочетании с себореей, нарушением менструального цикла, бесплодием). Клинические признаки нейроэндокринных нарушений у пациенток, страдающих синдромом дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, служили критериями для формирования групп наблюдений. В

соответствие с этим были сформированы 2 группы исследования (основная и сравнения) и контрольная группа. 1-я группа (основная) - 26 пациенток с синдромом дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, имеющих клинические признаки нейроэндокринных нарушений; 2-я группа (сравнения) - 28 женщин с синдромом дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, не имеющих клинических признаков нейроэндокринных нарушений. Контрольная группа сформирована из 19 здоровых женщин соответствующего возраста, обследованных в порядке диспансеризации.

Количественную оценку общих потерь минеральной плотности костной ткани (МПКТ) проводили методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (dual-energy x-ray absorptiometry, DEXA) с помощью рентгеновского денситометра фирмы "Hologic". Разрешающая способность выявления отклонений МПКТ от нормы составляла 1%. Лучевая нагрузка была мала и составляла 0,02 мЗв за каждое стандартное исследование. С помощью DEXA определяли проекционную МПКТ, которая, как правило, была связана с массой костной ткани в исследуемом участке. МПКТ оценивали по трем "зонам интереса": поясничный отдел позвоночника в области L1 - L4, проксимальный отдел бедренной кости толчковой ноги и лучезапястный сустав доминирующей руки.

Степень снижения МПКТ устанавливали согласно рекомендациям Международного общества клинической денситометрии 2007 г. (ВОЗ) по T- и Z-критериям (T- и Z-score). T-критерий - это измерение разницы между МПКТ конкретного пациента и среднего значения пика костной массы молодых здоровых людей (30-36 лет), того же самого пола и этноса. Z-критерий - это измерение разницы между МПКТ конкретного пациента и среднего значения МПКТ здоровых людей того же возраста, пола и этноса.

Степень тяжести остеопороза устанавливали по следующим отклонениям в стандартных единицах SD (standart deviation): от + 2,5 SD до - 1,0 SD - норма; от - 1,0 SD до - 2,5 SD - остеопения; от - 2,5 SD и ниже - остеопороз; от - 2,5 SD и ниже, с наличием 1 и более переломов в анамнезе - тяжелый остеопороз [6]. В тех случаях, когда показатели T-критерия были нормальными, а показатели Z-критерия были ниже -1,0 SD, МПКТ оценивали как недостаточную. Значения исследуемых показателей подвергнуты обработке методами вариационной статистики с применением пакета прикладной программы "BIOSTAT" и программы статистического анализа Microsoft Excel, версия XP. Статистическая значимость различий оценивалась по t-критерию Стьюдента для нормально распределенных переменных. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05.

Результаты исследования. Анализ распространенности показателей МПКТ в трех исследуемых зонах скелета у пациенток, страдающих синдромом дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, позволил установить следующие изменения. В контрольной группе во всех трех зонах "интереса" преобладала "норма" (84,2%), и только в 15,8% случаев общие потери МПКТ соответствовали остеопении в одной зоне. Отклонений МПКТ в виде остеопении сразу в двух исследуемых зонах скелета, а также наличие остеопении в сочетании с остеопорозом, зарегистрировано не было. У больных 1-й (основной) группы в 88,5% случаев были обнаружены потери МПКТ различной степени выраженности, и только в 11,5% случаев не было выявлено отклонений от уровня контроля. В основном преобладали случаи остеопении в одной зоне (50,0%) и остеопении в двух зонах (38,5%). Во 2-й группе (сравнения) пациентки, которые не имели отклонений ни в одной из исследуемых "зон интереса", встречались в 3,5 раза чаще по сравнению с пациентками 1-й группы (50,0% против 11,5%). Однако, по сравнению с контролем, показатель "норма" в этой группе был ниже в 1,6 раза (50,0% против 84,2%). Остеопения в одной исследуемой зоне встречалась чаще, по сравнению с таковым параметром в двух зонах (32,1% против 17,9%). Вместе с тем, наличие участков остеопороза на фоне остеопении у больных данной группы установлено не было.

Учитывая возраст больных, степень снижения МПКТ оценивали с помощью Z-критерия. Установлено, что в контрольной группе почти во всех исследуемых отделах скелета МПКТ находилась на уровне популяционной нормы по Z-критерию (от - 0,15 ± 0,02 SD в области бедренной кости до - 0,24 ± 0,03 SD в области лучезапястного сустава и - 0,32 ± 0,02 SD в поясничной области). У пациенток 1-й (основной) группы, страдающих синдромом дисфункции височно-нижнечелюстного сустава на фоне нейроэндокринных нарушений, отмечено статистически значимое снижение МПКТ. Здесь во всех исследуемых "зонах интереса" обнаружены явления остеопении по Z-критерию (от - 1,14 ± 0,09 SD в области бедренной кости до -1,17 ± 0,13 SD в области лучезапястного сустава и - 1,33±0,11 SD в поясничной области). Во 2-й группе (сравнения), где пациентки, страдающие синдромом дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, не имели клинических признаков нейроэндокринных нарушений, отклонений параметров МПКТ в исследуемых "зонах интереса" по Z-критерию не выявлено.

Заключение.

Практически у всех здоровых женщин раннего репродуктивного возраста МПКТ соответствует уровню популяционной нормы. Полученные данные свидетельствуют, что синдромом дисфункции ви-

сочно-нижнечелюстного сустава может быть обусловлен общими потерями МПКТ. Фоновые нейроэндокринные расстройства у больных 1-й (основной) группы, очевидно, способствуют максимальной распространенности (88,5%) общих потерь МПКТ с преобладанием поражения поясничного отдела. Более низкий уровень распространенности (50,0%) общих потерь МПКТ выявлен при синдроме дисфункции височно-нижнечелюстного сустава без сопутствующих нейроэндокринных расстройств у больных 2-й группы (сравнения).

СОСТОЯНИЕ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА В Г. ИРКУТСКЕ И ЕГО РАЙОНАХ, ОЦЕНКА РИСКА ЗДОРОВЬЮ НАСЕЛЕНИЯ

Плешевенкова Е.Н.

Управление Роспотребнадзора по Иркутской области, Иркутск, Россия

По оценке экспертов ВОЗ, загрязнение воздуха является одним из основных рисков, связанным с окружающей средой. В настоящее время обращается серьезное внимание на выявление связи состояния здоровья населения с возможным вредным воздействием факторов окружающей среды и определением последствий этого влияния на благополучие человека.

Город Иркутск является крупным экономическим, транспортным и промышленным центром Иркутской области, где проживает 25% населения региона. Среди отраслей промышленности развито авиастроение, гидроэнергетика, транспорт и пищевая промышленность.

В административно-территориальном отношении город состоит из 4 районов:

Правобережный - исторический и административно-деловой центр, проживают 113,1 тыс. человек, на территории округа расположен завод тяжелого машиностроения;

Октябрьский - район современной жилой застройки, 143,5 тыс. жителей, здесь находятся Иркутский аэропорт, релейный завод и масложиркомбинат;

Свердловский - 198,5 тыс. жителей, в округе расположены Иркутская ГЭС, Ново-Иркутская ТЭЦ, железнодорожный транспортный узел;

Ленинский - 142,7 тыс. жителей, в районе находятся Иркутский авиазавод и железнодорожная станция.

Атмосферный воздух города загрязняется выбросами от стационарных и передвижных источников, загрязнения от автотранспорта составляют 60,1% от общего объема выбросов. Иркутск входит в перечень самых загрязненных городов РФ и занимает 9 рейтинговую позицию (ГД "О состоянии и об охране окружающей среды Российской Федерации в 2011г."). По объему валовых выбросов от предприятий Иркутск находится на 3 месте среди 42 муниципальных образований Иркутской области, по выбросам автотранспорта - на первом месте. Приоритетными загрязнителями воздуха являются:

- от стационарных источников: диоксид серы, оксиды азота, взвешенные вещества, сажа, формальдегид, бенз(а)пирен и др.

- от автотранспорта: диоксид серы, оксиды азота, летучие органические соединения, оксид углерода, сажа.

Целью исследования является современная оценка загрязнения атмосферного воздуха города Иркутска по городским округам и риска влияния загрязняющих веществ при хроническом ингаляционном воздействии на здоровье населения.

На основании данных о среднесуточных концентрациях веществ в атмосферном воздухе рассчитаны суммарные показатели загрязнения атмосферного воздуха ($K_{\text{сум}}$). Установлено, что в среднем за период 2003-2012 годы загрязнение воздуха оценивается как очень высокое ($K_{\text{сум}} > 9,4$) в одной мониторинговой точке в Правобережном округе г. Иркутска (центральная часть города). Высокое загрязнение атмосферы наблюдается в Ленинском и Свердловском районах ($K_{\text{сум}}$ 7,8 и 4,6 соответственно). Умеренное загрязнение воздуха ($K_{\text{сум}}$ 2,4) регистрируется в Октябрьском районе. В двух мониторинговых точках, расположенных в жилой застройке Правобережного и Свердловского районов, $K_{\text{сум}}$ не превышало 1,3 и состояние атмосферного воздуха оценивалось как удовлетворительное. Следует отметить, что в этих двух точках отбор проб ведется по сокращенной программе на присутствие 3 веществ (диоксид азота, оксид углерода и диоксид серы). При расчете коэффициента суммарного загрязнения по этим трем веществам (K_3) для всех постов наблюдения по городу - уровень загрязнения в указанных точках самый высокий.

Для оценки возможного неблагоприятного влияния на здоровье населения были определены уровни риска (НІ) для здоровья населения. Результаты проведенной оценки свидетельствуют о небольшом снижении величины ингаляционного неканцерогенного риска в г. Иркутске, за последние три года

средняя по городу величина риска уменьшилась с 9,5 до 7,2. По проведенным расчетам наибольший суммарный индекс опасности неканцерогенных эффектов наблюдался в Правобережном (13,5) и Ленинском (12,8) районах г. Иркутска.

По уровню неканцерогенного риска наиболее значимо влияние атмосферного воздуха на органы дыхания, далее следуют нарушения иммунитета, патология крови, смертность, системные нарушения, патологии развития, болезни нервной и сердечно-сосудистой системы.

Канцерогенный риск от хронического ингаляционного воздействия загрязнителей атмосферного воздуха в городе Иркутске оценивается как высокий (более $1 \cdot 10^{-4}$), неприемлемый для населения, обусловлен содержанием в воздухе бенз(а)пирена, формальдегида и хрома.

Таким образом, проведенный анализ свидетельствует о неудовлетворительном санитарно-гигиеническом состоянии атмосферного воздуха города Иркутска по всем городским районам. Наиболее загрязнен Правобережный округ в районе центра города, что связано в большей степени с влиянием автомобильного транспорта. Риск влияния загрязненного воздуха на здоровье населения имеет тенденцию к снижению, но остается на высоком уровне. Наиболее подвержены риску при воздействии химических веществ, загрязняющих атмосферный воздух, система органов дыхания, иммунитет и кровь.

Проведенная оценка риска для здоровья населения города Иркутска при воздействии загрязненного атмосферного воздуха является отправной точкой в исследовании причинно-следственных связей развития заболеваний. Продолжение дальнейших исследований в этом направлении позволит планировать профилактические мероприятия по снижению неблагоприятного влияния факторов окружающей среды на здоровье населения, такие, как паспортизация канцерогенных производств, разработка территориальных программ, включающих вопросы оздоровления окружающей среды, снижения смертности и заболеваемости населения, а также профилактики новообразований.

Решение медико-экологических проблем возможно при снижении содержания (концентраций) канцерогенных и неканцерогенных химических веществ в атмосферном воздухе и величин риска до диапазона приемлемых значений.

СТРУКТУРА ПОКАЗАНИЙ К ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ ОПЕРАЦИЯМ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Плоткин И.Б.¹, Хавень Т.В.¹, Белокрыницкая Т.Е.², Баннова Т.В.¹,
Каргина Д.С.¹, Куклин С.И.¹, Рябинина А.Г.¹, Иозефсон С.А.²

¹ГУЗ "Краевая клиническая больница", Чита, Россия

²ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

За последнее 50-летие, развитие электронных и оптических технологий создало возможность выполнять множество гинекологических операций малоинвазивным лапароскопическим методом. Оперативная лапароскопия в гинекологии - раздел эндоскопической хирургии, где преимущества метода наиболее очевидны. В настоящее время этот метод широко применяется в повседневной гинекологической практике, а навыки его выполнения врачи приобретают еще на этапе обучения в интернатуре и клинической ординатуре.

Цель работы - провести оценку показаний к лапароскопическим операциям, выполненным в гинекологическом отделении Краевой клинической больницы г. Читы, которое является учреждением высочейшей технологичной медицинской помощи и 2 дня в неделю оказывает urgentную гинекологическую помощь жительницам г. Читы.

Результаты и их обсуждение. Проанализировано 316 карт стационарных больных, прооперированных лапароскопическим доступом в гинекологическом отделении ГУЗ "ККБ" г. Читы. Структура показаний к эндохирургическому вмешательству в порядке ранжирования представилась следующим образом. Первое место заняли восстановительно-реконструктивные операции на трубах и трубно-перитонеальный адгезиолизис - 33,9 % (107/316), при этом в 37,4 % (40/107) случаях одновременно проводилась диагностическая гистероскопия с биопсией эндометрия, что подтверждает сведения современной мировой литературы, утверждающей, что бесплодие должно быть ведущим показанием к гинекологическим лапароскопиям, выполняемым в плановом порядке. Выявленный нами факт обусловлен, прежде всего, уровнем и профилем работы гинекологического отделения краевого стационара. На втором месте оказались кисты яичников - 28,8 % (91/316), из них 15,4 % (14/91) были прооперированы в экстренном порядке в связи с клиникой "острого живота", обусловленной разрывом кисты. Низкий процент экстренных лапароскопических операций объясняется организационно-техническими сложно-

стями (наличие плановой лапароскопической операционной только 2 раза в неделю, отсутствие эндоскопического оборудования в дежурной операционной). На третьем по частоте месте был эндометриоз яичников - 8,2 % (26/316). Четвертое ранговое место поделили пациентки с миомами матки преимущественно субсерозной и интерстицио-субсерозной локализаций узла - 5,7% (18/316) и с гнойными воспалительными заболеваниями придатков матки - 5,7 % (18/316). На фоне общего большого числа больных, госпитализированных с острыми или обострившимися хроническими сальпингоофоритами, малая численность последней группы обусловлена тем, что в неё были включены только гнойно-деструктивные заболевания, послужившие поводом для тубэктомии или аднексэктомии (пиосальпинксы и гнойные tuboовариальные образования) и не учтены воспалительные заболевания, выявленные при диагностической лапароскопии, когда производились только санация и дренирование брюшной полости. Диагностические лапароскопии, целью которых было проведение дифференциальной диагностики между острой гинекологической и хирургической патологией, находились так же на четвертом месте и зарегистрированы в 5,7 % (18/316) случаев. Трубная беременность оказалась на пятом среди ранжированных мест по частоте анализируемых эндовидеохирургических операций - 5,1% (16/316). В исследуемой когорте частота лапароскопий по поводу поликистозных яичников была небольшой и составила 3,8% (12/316), что отражает современные общемировые тенденции. В нашем стационаре в последние 5 лет произошло снижение частоты оперативных вмешательств при поликистозных яичниках, что обусловлено внедрением современного международного алгоритма консервативного лечения, эффективность которого не ниже, чем хирургического. С наименьшей частотой показаниями к лапароскопическим операциям были стерилизация маточных труб 2,9% (9/316), которые были выполнены социально неблагополучным многодетным матерям и женщинам с тяжелой экстрагенитальной патологией после родов и аборт по медицинским показаниям, и апоплексия яичника 1,9 % (6/316).

Выводы. Таким образом, ведущие места среди показаний к лапароскопическим операциям в гинекологическом отделении ГУЗ "ККБ" г. Читы, как и должно быть в учреждении высокотехнологической помощи, занимают трубно-перитонеальное бесплодие и кисты яичников, ассоциированные с репродуктивными нарушениями.

ПРОДЛЕННАЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ПОЧЕЧНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ РОДИЛЬНИЦ С СИНДРОМОМ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

**Плоткин И.Б., Иоцефсон С.А., Белокриницкая Т.Е., Ческовский А.В., Хавень Т.В., Куклин С.И.
ГУЗ "Краевая клиническая больница", Чита, Россия
ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия**

Термин "диализ" происходит от греческого "dialysis", что буквально означает "проникновение". Механизмы, задействованные в разных видах заместительной почечной терапии (ЗПТ), основаны на принципе транспорта воды и растворенных веществ, при котором вещества, входящие в состав одного раствора, соприкасаются с другим раствором через полупроницаемую мембрану. Вода и низкомолекулярные субстанции могут проходить через поры мембраны, тогда как более крупные молекулы фильтруются через нее в зависимости от точки просеивания для данного размера пор.

Продленная заместительная почечная терапия (ПЗПТ), "протезирует" функции и физиологические механизмы нативного органа, обеспечивает количественное и качественное очищение крови, поддерживает гомеостаз, предотвращает осложнения, восстанавливает функции органа. Наиболее часто используются медленная низкопоточная гемодиализация и медленная продолжительная гемофильтрация в модификациях.

В последние годы высокообъемная медленная продолжительная гемофильтрация определяется как наиболее эффективная для лечения больных, находящихся в состоянии шока, связанного с синдромом системной воспалительной реакции (ССВР). Удаление конвекционным путем средне- и высокомолекулярных токсических веществ является самым важным механизмом, обеспечивающим "непочечный" дезинтоксикационный эффект продленных методов заместительной почечной терапии.

За 9 месяцев 2013 года вышеперечисленными методами с успехом пролечены 16 пациенток гинекологического отделения ККБ с синдромом полиорганной недостаточности.

Клинический пример: пациентка К., 31 год, с диагнозом: "Внебольничная вирусно-бактериальная пневмония в верхней и нижней доли правого легкого, нижней доли левого легкого, тяжелое течение. РДСВ. Инфекционно-токсический шок II ст. от 03.05.13 г. ОПН, стадия олигоанурия. ХОБЛ, средней степени тяжести, бронхитический тип, умеренное обострение. Хронический пиелонефрит, стадия латентного воспаления. Беременность 32 недели. ХФПН, декомпенсация. Антенатальная гибель плода".

В отделении реанимации катетеризирована правая подключичная вена, мочевого пузыря, установлен желудочный зонд. Начата базовая терапия: инфузионная (кристаллоиды, крахмалы), антибактериальная, противовирусная, антигрибковая терапия, нутритивная поддержка (парантерально - кабивен), профилактика тромбоэмбообразования (фракционированные гепарины), гормонотерапия, спазмолитическая терапия, диуретическая терапия, профилактика кардиодепрессии. 04.05.13 г. пациентка с применением стимуляции окситоцином родоразрешена через естественные родовые пути.

Учитывая нарастание клиники ИТШ у данной пациентки, рентген картины отека легкого, результаты исследования: прокальцитониновый тест $\geq 0,5$ что свидетельствует о высоком риске ИТШ; нарастание уремии: мочевины - 14,7 ммоль/л; креатинин - 275 мкмоль/л.

Принято решение начать сеанс высокообъемной продленной вено-венозной гемофильтрации. Забор крови в экстракорпоральный контур осуществлялся через двухпросветный диализный катетер, установленный в правую яремную вену. Количество процедур четыре (4,6,7 и 9 мая) на скорости кровотока по экстракорпоральному контуру 200 мл/мин. Продолжительность сеансов от 10 часов до 29 часов.

После второй процедуры от 06.05.13. произведена экстубация - пациентка переведена на самостоятельное дыхание, увеличился почасовой диурез, нормализация гемодинамики.

10.05.13 г. гемоглобин - 118 г/л; эритроциты - $3,49 \times 10^6$ /мкл; гематокрит - 40,4%; тромбоциты - 189×10^3 /мкл; лейкоциты - $6,1 \times 10^3$ /мкл; общий белок - 52 г/л; мочевины - 11,0 ммоль/л; креатинин - 137 мкмоль/л; рН крови 7,452; натрий - 139 ммоль/л; калий - 3,6 ммоль/л; хлориды - 105 ммоль/л; глюкоза (сыворотка) - 3,73 ммоль/л.

10.05.13 г. переведена в гинекологическое отделение с последующим выздоровлением.

Выводы.

Потенциальный положительный эффект медленной продолжительной гемофильтрации в лечении синдрома полиорганной недостаточности - это удаление токсических веществ (конвекционный транспорт веществ вместе с ультрафильтратом и адсорбции этих веществ на поверхности мембраны), улучшением гемодинамики за счет стабилизации внутрисердечного давления, постоянным поступлением в сосудистое русло жидкости из интерстициального пространства легких, уменьшением отека, связанного с нарушением работы сердца и улучшением оксигенации периферических тканей.

Метод медленной продолжительной гемофильтрации является достаточно эффективным в лечении акушерских и гинекологических пациентов с синдромом полиорганной недостаточности.

ПРИМЕНЕНИЕ МАГНИТОПЛАЗМЕННОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ ОЖОГОВЫХ РАН К ДЕРМАТОМНОЙ ПЛАСТИКЕ

Подойницына М.Г., Крюкова В.В., Цепелев В.Л.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Ожоговая травма продолжает оставаться в первой тройке всех прочих травм, тенденции к снижению не наблюдаются. Поиск новых методов лечения, направленных на быстрое восстановление кожного покрова пациента, - одна из важнейших задач комбустиологии. Значительное место в комплексном лечении глубоких ожогов отводится физическим методам, направленным на скорейшее очищение ран и подготовку к дерматомной пластике.

Целью работы явилась оценка влияния магнитоплазменной терапии на подготовку ожоговых ран к дерматомной пластике.

Методы исследования. В основу работы положены результаты обследования и лечения 27 обожженных, находившихся на лечении в ожоговом центре в 2012-2013 годах. Лечение магнитоплазменной терапией получили больные с глубокими (ШБ-IVст.) ожогами площадью до 30 % поверхности тела. Причинами ожога у 16 больных явилось пламя, у 9 - кипятком, у 2 - контактный ожог раскаленными предметами. Лечение осуществлялось аппаратом "Плазон" и МАГ-30. Одновременно на раневую поверхность воздействовали потоком воздушной плазмы и в проекции раны создавалось переменное магнитное поле частотой 50 Гц с магнитной индукцией 30 мТл. Магнитоплазменная терапия использовалась для воздействия на ожоговую поверхность по 2-5 минут в зависимости от площади поражения в течение 5-7 дней с момента получения ожога. Контрольную группу составили 22 пациента с подобными по глубине, площади и причинам ожоги, получившие лечение, включающее некрэктомию, применение антисептиков и различных мазей на гидрофильной основе на раневую поверхность. Динамику изменения ожоговых ран изучали при помощи мазков-отпечатков по методу М.П.Покровской и М.С.Макарова, а также отделяли количество микроорганизмов в ране из расчета на 1г ткани и содержание

общего белка в раневом отделяемом по методу Лоури. Статистическую значимость различий оценивали с помощью непараметрического критерия Вилксона.

Результаты и их обсуждение. Клинико-цитологические показатели в основной группе больных свидетельствуют о том, что сроки начала отторжения ожогового струпа достоверно отличаются от контрольной группы в сторону уменьшения. Магнитоплазменная терапия способствует смене воспалительного типа цитограмм на регенераторный и более быстрому очищению ожоговых ран от некроза. При исследовании исходных цитограмм в мазках-отпечатках отмечалось значительное количество деструктивно измененных нейтрофилов (до 83%), однако, уже после четырех-пяти сеансов магнитоплазменной терапии в цитограммах отмечается уменьшение числа дегенеративных нейтрофилов (до 38,7%), а количество полибластов и фибробластов увеличилось по сравнению с группой традиционно леченных больных (до 32,2% и 6,3% соответственно). Количество макрофагов в мазках отпечатках увеличилось уже на 2-3 сутки, что свидетельствует о более раннем очищении ран от некротических тканей. В контрольной группе цитограммы даже на 8-9 день носили дегенеративно-воспалительный характер.

Клинически у больных, получавших магнитоплазменную терапию, по сравнению с контрольной группой, отмечалось уменьшение серозно-гнойного отделяемого из ран, отека и гиперемии, появлялись мелкозернистые розовые грануляции, отмечалась краевая эпителизация. Это важно для проведения аутодермопластики и приживления кожных трансплантатов. Сроки проведения первой аутодермопластики сократились на 15% ($p < 0,05$). Случаев отторжения не было, поскольку применение магнитоплазменной терапии приводит к уменьшению количества микроорганизмов в ране во все сроки исследования ($p < 0,01$). Количество микробов предполагаемым нами методом было ниже критического уровня (105 микробных тел на 1 см³), также отмечалось снижение уровня белка в отделяемом из раны на 3-и ($p < 0,01$) и 6-е сутки после некрэктомии ($p < 0,05$).

Вывод. Полученные результаты позволяют рекомендовать магнитоплазменную терапию для лечения больных с ожоговой травмой поскольку уменьшает сроки регенерации тканей и время подготовки больных к первой аутодермопластике, что в конечном итоге, способствует более быстрому выздоровлению больных и сокращению сроков госпитализации.

ВЛИЯНИЕ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ НА ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Попова Н.Г., Щербак В.А., Гевондян С.В., Дудкина Е.А., Доровская Е.Н., Рябинина М.А.
ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия
ГБУЗ "Забайкальский краевой перинатальный центр", Чита, Россия

Цель исследования: изучить параметры физического развития недоношенных детей, вскармливаемых смесями с полным и частичным гидролизом белка.

Методы исследования. В течение 2012 года в отделениях патологии новорожденных КДКБ №2 и ЗКПЦ г. Читы был проведен ретроспективный анализ физического развития 44 недоношенных детей, находившихся на искусственном вскармливании, из них: 24 ребенка находились на вскармливании смесью с частичным гидролизом белка (1 группа) и 20 детей - смесью с глубоким гидролизом белка (2 группа). Данные группы сопоставимы как по сроку гестации, так и по весу: 1 группа (29,60 + 1,57 нед. и 1301 + 152,3 гр.) и 2 группа (29,65 + 1,59 нед. и 1296 + 163,2 гр.) соответственно. Обработку полученных данных проводили с использованием пакета STATISTICA 6.1 для Windows (StatSoft Inc., США).

Результаты и их обсуждение. При оценке гастроинтестинального пассажа мы обратили внимание на достоверно быстрое его становление при вскармливании смесью с глубоким гидролизом белка ($p = 0,036$). Ведущим в развитии ребенка является достаточная дотация белка. На фоне кормления смесью с глубоким гидролизом белка отмечалась гипопроотеинемия у 19 (95%) детей и не наблюдалась у детей получавших смесь с частичным гидролизом белка ($2 = 36,30$ ($df = 1$); $p = 0,0000$). В нашем исследовании, во 2 группе протеинурия диагностировалась у 9 (45%) против 3 (12,5%) младенцев в 1 группе ($2 = 4,29$ ($df = 1$); $p = 0,038$). Протеинурия во 2 группе сохранялась от 18 до 22 дней, что, вероятно, обусловлено экскрецией эссенциальных аминокислот с мочой. При анализе показателей физического развития в конце первого месяца жизни мы обратили внимание на средние показатели роста в обеих подгруппах (от 10 до 25 перцентилей), однако окружность груди и головы во 2-й группе были достоверно ниже, чем в 1-й ($p = 0,028$). Показатели веса достоверно выше в 1-й группе - 1417,5 + 167,8 гр., при сопоставлении с данными 2-й группы - 1297,5 + 167,6 гр. ($p = 0,033$). Догоняющий характер физического развития детей, вскармливаемых смесью с частичным гидролизом белка к 28 суткам жизни и отста-

вание в физическом развитии детей (ниже 10 перцентиля), находящихся на кормлении смесью с глубоким гидролизом белка еще раз подтверждает важность достаточной концентрации белка в питании недоношенных детей.

Выводы. Применение смеси с глубоким гидролизом белка у детей, родившихся с весом 1000 - 1500 грамм оправдано при выраженных нарушениях гастроинтестинального пассажа на этапе становления вскармливания. Однако, для того, чтобы добиться догоняющего темпа роста ребенка, предпочтительнее его перевод на смесь с частичным гидролизом белка.

СТАНОВЛЕНИЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ

Попова Н.Г., Гевондян С.В., Полухина А.В., Савкина И.С., Доровская Е.Н., Рябинина М.А.
ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия
ГБУЗ "Забайкальский краевой перинатальный центр", Чита, Россия

Цель исследования: изучить протеолитическую активность кала (ПАК) и характер копрограммы у недоношенных детей в зависимости от длительности введения глюкокортикоидов матери перед родами.

Материалы и методы. Проведен анализ характера копрограммы и ПАК у 31 ребенка, рожденных на СГ 28-32 недели, чьи матерям проводилась предродовая подготовка дексаметазоном от 1-х до 5-ти суток для профилактики РДС. Дети были разделены на три группы: 10 детей, чьи мамам дексаметазон вводился перед родами однократно (1 группа), 11 детей, чьи мамы получили глюкокортикоиды двукратно (2-я группа) и 10 детей, чьи мамам дексаметазон вводился трехкратно (3-я группа). Обработку полученных данных проводили с использованием пакета STATISTICA 6.1 для Windows (StatSoft Inc., США).

Результаты и их обсуждение. Мы обратили внимание, что у детей 1-й группы ПАК достоверно выше ($p < 0,002$), чем во 2-й и 3-й подгруппах и в среднем составила 1:4 (1-я подгруппа) против 1:2 (2-я подгруппа) и 1:1 или "не определяется" (3-я группа). При анализе характера копрограммы у детей 1-й группы достоверно реже ($p < 0,01$) отмечался нейтральный жир, чем у детей 2-й и 3-й группы. С целью коррекции липолитической активности кала назначался Креон 10 000 ЕД из расчета 1 000 ЕД/кг/сут, на фоне терапии которым у детей 1-й группы ПАК составила 1:5 уже через 7 дней ($p < 0,01$ при сравнении с 3-й подгруппой), во 2-й группе - через 10 дней ($p < 0,05$ при сравнении с 3-й подгруппой). В 3-й группе через 5 дней применения Креона ПАК оставалась крайне низкой, а у 4-х детей не определялась, у 6-ти детей составила 1:1, что потребовало перерасчета дозы - 2000 ЕД/кг/сут. Данная доза вводилась в течение еще 10 дней, прежде чем показатели ПАК достигли 1:5 у 7-ми детей, 3-м малышам креонотерапия была продолжена до 15 дней для достижения нормативных показателей. При оценке характера копрограммы отмечались нейтральные жиры во всех группах. Однако, если в 1-й единичные капли нейтрального жира отмечались до 5-го дня жизни ($p < 0,001$ при сравнении с 3-й подгруппой), при анализе на 7-й день купировались полностью, то у детей 2-й группы тенденция к снижению количества нейтрального жира отмечалось с 7-го дня ($p < 0,05$ при сравнении с 3-й группой), к 10-м суткам у 7 детей капли нейтрального жира не определялись, у 4-х - единичные капли фиксировались до 12-ти суток. В 3-й группе нейтральный жир в значительном количестве фиксировался на 10-й день лечения креоном, тенденция к снижению отмечается с 14-го дня терапии и полностью исчезли из копрограммы на 16-й день у 7-ми детей и на 20-й день - у 3-х малышей.

Выводы. Липолитическая активность поджелудочной железы ребенка на фоне родового введения дексаметазона должна диагностироваться и корректироваться как можно раньше во избежание тяжелых осложнений.

ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ АНЕМИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Попова Н.Г., Гевондян С.В., Полухина А.В., Савкина И.С., Доровская Е.Н., Рябинина М.А.
ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия
ГБУЗ "Забайкальский краевой перинатальный центр", Чита, Россия

Цель: изучение особенностей коррекции ранней анемии недоношенных на фоне хламидийной инфекции (ХИ).

Материалы и методы. Обследовано 42 недоношенных ребенка, родившихся с массой тела от 1000 до 1500 г, разделенных на 2 группы: 22, получавших препарат Эральфон (ЗАО "ФармФирма

"Сотекс") - основная группа и 20, не получавших препарата - группа сравнения. Сравнение выделенных групп детей по массе тела при рождении, гестационному возрасту, степени отягощенности материнского анамнеза, состоянию при рождении показало, что они были репрезентативны и существенно не различались.

Препарат Эральфон применяли 10-ти детям, начиная с возраста 6 дней и 12 - с 10 дней жизни. До назначения Эральфона, в период его применения и после окончания курса, проводили исследования показателей красной крови, свободного железа (СЖ), общей железосвязывающей способности сыворотки (ОЖСС), свободного ферритина (СФ), трансферрина.

Детям группы сравнения на 13-15-е сутки жизни проводилась гемотрансфузия.

Диагноз врожденного хламидиоза был подтвержден ПЦР полуколичественным и количественным методом и ИФА с определением титра и авидности.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета статистических программ Statistica 8,0 (StatSoft).

Результаты и их обсуждение. На фоне ХИ диагностировались анемия в 98%, значительное повышение свободного ферритина при статистически незначимом снижении уровня трансферрина, СЖ и ОЖСС, что позволило начать терапию Эральфоном в раннем неонатальном периоде. При введении Эральфона наблюдалась тенденция к росту ретикулоцитарного индекса (РИ) (>2 -х). В группе сравнения показатели РИ, несмотря на гемотрансфузию к концу неонатального периода были < 2 .

При введении Эральфона на фоне роста уровня СФ, синтезируемого из поврежденных клеток, отмечалась нормализация его уровня с параллельным ростом уровня гемоглобина и эритроцитов. В группе сравнения, несмотря на проведенную гемотрансфузию, до конца неонатального периода продолжался рост СФ с параллельным снижением уровня гемоглобина и эритроцитов. Статистически незначимое снижение трансферрина в первые две недели нивелировалось на фоне применения Эральфона, что свидетельствует не столько о дефиците железа, сколько о дефиците эритропоэтина.

Выводы. Применение Эральфона позволяет снизить частоту тяжелых форм ранней анемии недоношенных, в том числе и на фоне ХИ.

ОСОБЕННОСТИ ДЕБЮТА БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Потапова Н.Л.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

На сегодняшний день не оставляет сомнений актуальность изучения бронхиальной астмы со всех позиций. Во всем мире возрастает доля детей, имеющих симптомы данного заболевания. Универсальным ключом к решению большинства проблем, таких как гиподиагностика бронхиальной астмы, утяжеление течения вследствие несоответствия объема базисной терапии и выраженности патологических нарушений, является правильный сбор анамнеза и грамотная оценка клинико-anamnestических показателей.

Полный, вдумчивый, индивидуальный анализ семиотики поражения органов и систем всегда был краеугольным камнем и залогом успешной диагностики и лечения любых болезней. Схожесть симптомов поражения дыхательных путей вследствие ряда анатомо-физиологических особенностей раннего возраста с проявлениями бронхиальной астмы делают вопрос ранней диагностики необходимым, в первую очередь, для практических врачей.

Цель исследования. Целью настоящей работы явился анализ особенностей дебюта и развития бронхообструктивного синдрома у детей при бронхиальной астме разной степени тяжести.

Материалы и методы.

С целью комплексной клинико - анамнестической оценки проведено обследование 190 детей, больных бронхиальной астмой. Все пациенты находились на стационарном лечении в пульмонологическом отделении (зав. отделением - О.В. Гаврикова) Краевой детской клинической больницы города Читы (главный врач - В.В. Комаров). Критериями включения явились: дети в возрасте от 3 до 16 лет; установленный ранее или первично диагноз бронхиальной астмы легкой, средней или тяжелой степени тяжести.

Диагноз бронхиальной астмы выставлялся в соответствии с рекомендациями Национальной программы "Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактики" (2008 г).

Критерии исключения: наличие сопутствующих тяжелых декомпенсированных заболеваний, способных оказать влияние на результаты исследования.

С учетом возрастных особенностей детского организма было выделено 3 группы детей. Распределение детей по возрасту и полу представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение детей по возрасту и полу (n/%)

Возрастные группы	3-6 лет	7-11 лет	12-16 лет	Всего
Мальчики	23	34	37	94 (49,5%)
Девочки	28	46	22	96 (50,5%)
Итого:	51(26,8%)	80 (42,1%)	59 (31,1%)	190 (100%)

В общей совокупности соотношение мальчиков и девочек было 1:1. В разные возрастные периоды это соотношение менялось. В дошкольном возрасте несколько преобладали девочки (1,2:1). Наибольшая частота встречаемости бронхиальной астмы пришлась на вторую возрастную группу - в данной возрастной группе девочек было незначительно больше - 1,3:1. В старшей возрастной группе соотношение мальчиков и девочек было 1,7:1, соответственно. Возможно, преобладание мальчиков отчасти зависит от большего воздействия неблагоприятных факторов (активное курение), а также от меньшей ответственности по выполнению врачебных рекомендаций по сравнению с девочками.

Анамнестическое исследование включало в себя следующие этапы: беседа с родителями, беседа с ребенком и обязательный ретроспективный сбор анамнеза (анализ формы 112). При этом учитывались отягощенная наследственность, указание на наличие в анамнезе рецидивирующего бронхообструктивного синдрома, признаков гиперреактивности бронхов, связь появления затруднения дыхания с действием конкретного аллергена, эффективность бронхолитических препаратов и т.д.

Физическое развитие ребенка, наличие/отсутствие деформаций грудной клетки давали представление о длительности и выраженности бронхообструктивного синдрома.

Контрольную группу составили 66 здоровых детей в возрасте от 3 до 16 лет.

Результаты. Длительность бронхиальной астмы с момента диагностирования во всех группах составила от 1 до 13 лет. Однако наименьшая длительность заболевания наблюдалась при легком течении БА и составила 2,4 года; при бронхиальной астме тяжелого течения средняя продолжительность заболевания составила 5,7 лет.

Постановка диагноза в группе легкой БА, так же как и возраст дебюта обструктивного синдрома, в основном приходится на возраст старше 6 лет. Однако при среднетяжелом течении БА картина меняется: появляется тенденция к более раннему появлению бронхообструктивного синдрома и установлению диагноза БА. В этой группе рецидивирующий бронхообструктивный синдром в возрасте до 6 лет выявлен у 66,2% детей (в возрасте от 1 до 3 лет - у 26% больных, с 3 до 4 лет - у 9,6%, с 4 до 6 лет - у 30,6% детей). В группе с тяжелым течением бронхообструктивный синдром в возрасте до 6 лет выявлен у подавляющего числа пациентов - 78,5% детей. Дебют и постановка диагноза в группе пациентов с тяжелой бронхиальной астмой лидировали в группе раннего возраста и составили 40%, в то время как при легкой степени тяжести заболевания максимальное число случаев рецидивирующего бронхообструктивного синдрома пришлось на детей в возрасте старше 6 лет. Данные показатели свидетельствуют о тенденции к формированию более тяжелого течения болезни при раннем дебюте клинических симптомов. Персистенция обструктивного синдрома у детей школьного возраста в группе тяжелой бронхиальной астмы составила около 21%.

В случае формирования тяжелого течения диагноз рецидивирующего бронхита с обструктивными проявлениями регистрировался в сроки, в среднем, на 1 год превышающие сроки постановки диагноза бронхиальной астмы - $6,8 \pm 0,5$ и $5,7 \pm 0,4$ (лет), соответственно. Необходимо отметить, что в этот период времени рецидивирующая обструкция у большинства пациентов (около 2/3 детей) наблюдалась 3 и более раз. Несомненно, данные проявления требовали особого внимания и тщательного обследования детей. По нашему мнению, такая ситуация обусловлена меньшей настороженностью медицинских работников к проявлениям бронхообструктивного характера в раннем возрасте в связи с анатомо-физиологическими особенностями дыхательной системы у детей до 3 лет.

Анализ гендерных особенностей выявил в группе мальчиков наибольшую частоту дебюта бронхиальной астмы в возрасте до 6 лет - 62,7%. Доля девочек, заболевших до 6 лет, составила 53,1%. Длительность бронхообструктивного синдрома и заболевания была достоверно выше в группе мальчиков. Характер одышки, кашля, симптомы, сопровождающие приступ были практически одинаковыми в обеих группах.

Выводы. Дебют бронхообструктивного синдрома в возрасте до 3 лет чаще приводит к формированию тяжелого течения бронхиальной астмы. Постановка диагноза несколько запаздывает, что требует более четкой информационной и практической подготовки врачей в плане дифференциальной диагностики бронхообструктивного синдрома.

ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ НЕКОТОРЫХ ЦИТОКИНОВ КРОВИ С ИЗМЕНЕНИЯМИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ГИПОТИРЕОЗОМ

Присяник В.И., Серебрякова О.В.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Цель работы: исследовать взаимосвязь некоторых цитокинов крови (ИЛ-1 β , ФНО- α) и развитие диастолической дисфункции левого желудочка у больных гипотиреозом.

Методы исследования. Диагноз гипотиреоза устанавливался на основании данных клинического обследования, исследования гормонального статуса щитовидной железы, а также проведения УЗИ щитовидной железы. Стандартизация показателей производилась на группе из 14 здоровых лиц, средний возраст которых составил $36,1 \pm 10,8$ лет.

Для изучения количественного определения фактора некроза опухолей альфа (ФНО- α) и интерлейкина -1бета (ИЛ-1 β) использовались наборы для иммуноферментного анализа (ИФА) ООО "Протеиновый контур" г. Санкт-Петербург.

Для оценки диастолической функции левого желудочка у 38 больных гипотиреозом проводилось исследование трансмитрального потока методом доплеровской эхокардиографии на аппарате "Acuson - Sekvoya 512" (США) из апикального доступа в 4-камерном сечении при положении контрольного (стробруемого) объема между створками митрального клапана. Кроме определения значений отдельных параметров трансмитрального потока проводилось определение типа спектра потока (нормальный, гипертрофический, псевдонормальный, декомпенсированный).

Все больные гипотиреозом также были разделены на две группы: 1-ую группу составили 25 пациентов с манифестным гипотиреозом, 2-ую - 13 пациентов с осложненным гипотиреозом.

Полученные данные. При анализе изменений уровня цитокинов у пациентов с гипотиреозом отмечается значительное увеличение ИЛ - 1 β , ФНО- α в сыворотке крови, причем наибольшее содержание данных медиаторов выявлено у больных с осложненной формой заболевания. Так, уровень ИЛ -1 β у этой категории пациентов увеличивался на 89,4% по сравнению с лицами контрольной группы ($P < 0,01$) и на 16,3% с больными манифестной стадией гипотиреоза ($P < 0,05$).

У больных с осложненной формой гипотиреоза также наиболее значительно возрастал уровень ФНО- α на 98,3% ($P < 0,01$) по отношению к показателям контрольной группы и на 35,7% ($P < 0,05$) выше больных с манифестным гипотиреозом.

Таким образом, у пациентов с синдромом гипотиреоза отмечается активация иммунной системы, что проявляется существенным повышением концентрации цитокинов в сыворотке крови, причем наиболее высоких значений достигает уровень ФНО- α .

Для оценки диастолической функции левого желудочка у всех больных при проведении эхокардиографического исследования были изучены параметры трансмитрального потока. В нашем исследовании из всех типов спектра мы встретили лишь два: нормальный и гипертрофический.

Нарушения диастолического наполнения выявлены у 56,9% больных гипотиреозом. Причем, частота ее нарушения была наибольшей у больных с осложненной формой заболевания и составила - 61,54%.

В процессе развития тирогенной миокардиопатии структура левого желудочка претерпевает определенные изменения, происходит так называемый процесс ремоделирования левого желудочка.

В нашей работе мы также выделили группы больных, имеющих тот или иной тип архитектоники левого желудочка, и изучили особенности состояния кардиогемодинамики, в том числе и показателей трансмитрального потока, в зависимости от типа геометрии ЛЖ.

У больных гипотиреозом наиболее часто встречались эксцентрическая и концентрическая гипертрофии ЛЖ (37% и 47%, соответственно), 16% пациентов имели нормальную геометрию ЛЖ.

В группе больных гипотиреозом ДД ЛЖ наблюдалась у пациентов, имеющих концентрическое ремоделирование в 86,7% и у 35,7% больных с ЭГЛЖ. Частота встречаемости диастолической дисфункции левого желудочка в этих группах достоверно превышала таковую у пациентов с НГ ЛЖ ($P < 0,01$).

Таким образом, у больных с гипофункцией щитовидной железы достаточно часто выявляются нарушения диастолической функции левого желудочка (в нашем исследовании, в 56,9% случаев), причем ДД ЛЖ регистрируется чаще при осложненной форме гипотиреоза - 61,54%. Наиболее выраженные морфо-функциональные изменения сердца отмечены у больных с осложненными формами гипотиреоза.

Для изучения возможного патогенетического влияния повышенного содержания цитокинов сыворотки крови на формирование диастолической дисфункции левого желудочка пациенты были разделены на две группы: первая - больные без ДД ЛЖ; вторая - с ДД ЛЖ.

При изучении количества такого медиатора, как ФНО- α , в сыворотке крови больных гипотиреозом с диастолической дисфункцией левого желудочка было выявлено значительное повышение его ($6,07 \pm 0,92$ пкг/мл), по сравнению, с таковым показателем здоровых лиц на 107% ($P < 0,01$), а с пациентами 1й группы ($4,42 \pm 1,55$ пкг/мл) - на 37,2% ($P < 0,05$).

Наибольший уровень ИЛ-1 β отмечен у больных гипотиреозом с диастолической дисфункцией. Так, концентрация ИЛ-1 у этой категории лиц ($6,35 \pm 0,44$ пкг/мл) увеличивалась на 87,9% ($P < 0,01$), по сравнению, с показателями контрольной группы ($3,38 \pm 0,59$ пкг/мл) и на 24,5% с больными без поражения миокарда ($5,10 \pm 0,72$ пкг/мл) ($P < 0,05$).

Таким образом, у больных с диастолической дисфункцией левого желудочка на фоне гипотиреоза выявлено более выраженное повышение уровня цитокинов в сыворотке крови (особенно концентрация ФНО - α).

Более значительно их концентрация возрастала у пациентов с осложнённой формой заболевания и у тех больных, у которых была выявлена диастолическая дисфункция левого желудочка.

Итак, полученные данные позволяют говорить о роли повышенного содержания цитокинов крови (ФНО- α и ИЛ-1 β) в формировании кардиомиопатии с гемодинамическими нарушениями у больных с гипофункцией щитовидной железы.

Выводы.

1. У больных с гипотиреозом выявлено увеличение содержания провоспалительных цитокинов в сыворотке крови, наиболее значительное повышение отмечено у пациентов с осложненной формой заболевания.
2. У пациентов с диастолической дисфункцией левого желудочка на фоне гипотиреоза выявлено более выраженное повышение уровня цитокинов в сыворотке крови (особенно концентрация ФНО - α).

СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНОЙ АКТИВНОСТЬЮ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА

**Радаева Е.В., Говорин А.В., Чистякова М.В., Зайцев Д.Н., Соколова Н.А., Муха Н.В.
ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия**

Цель исследования: изучить основные показатели микроциркуляции у больных хроническим вирусным гепатитом (ХВГ) с учетом биохимической активности заболевания.

Материалы и методы. Обследовано 86 больных ХВГ средний возраст которых составил $35,1 \pm 7,9$ лет. Критериями исключения из исследования явились: возраст старше 50 лет, эссенциальная и симптоматические артериальные гипертензии, заболевания сердца (стенокардия; инфаркт миокарда; реваскуляризация коронарных артерий), хронический алкоголизм и тяжелая сопутствующая патология. Контрольную группу составили 16 практически здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту. Исследование микроциркуляторного русла осуществлялось с помощью лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) лазерным анализатором капиллярного кровотока ЛАКК-02 производства НПП "Лазма" (Россия). Определяли показатель микроциркуляции (ПМ); среднеквадратическое отклонение (σ); коэффициент вариации (Кv). Исследования проводились с соблюдением стандартных условий для методики ЛДФ, датчик устанавливался на нижней трети предплечья. Статистическую обработку полученного материала проводили с использованием программы "BIOSTAT". Применялись непараметрические методы. Описательная статистика изучаемых параметров представлена медианой и межквартильным интервалом (25-го и 75-го перцентилей).

Результаты. В зависимости от биохимической активности заболевания печени все больные были разделены на 3 группы: 1-ую составили пациенты с минимальной активностью гепатита (АЛТ до 3 норм) - 42 человека; 2-ую - пациенты со средней биохимической активностью (АЛТ от 3 до 10 норм) - 35 человек; 3-ю - с высокой активностью гепатита (АЛТ более 10 норм) - 9 человек. При анализе основных показателей капиллярного кровотока у больных с ХВГ было выявлено, что ПМ был значи-

тельно снижен по сравнению с контролем (12,35 [7,32;14,69]) у всех больных ХВГ. При этом наиболее выраженные изменения выявлены в 3-ей группе пациентов: ПМ в данной группе был почти в 3 раза ниже, чем в группе контроля (3,46 [2,41;3,87]) и достоверно ниже, чем в 1-ой и 2-ой группах, где данный параметр был практически одинаков (5,02 [4,23;6,36] и 5,91 [5,17;6,97], соответственно). Среднеквадратическое отклонение, характеризующее среднюю модуляцию кровотока (σ), между группами больных не отличалось, однако, было снижено в сравнении с показателем практически здоровых (0,7 [0,58;1,04] в 1-ой группе; 0,8 [0,61;1,15] во 2-ой группе; 0,9 [0,61;1,60] в 3-ей и 3,21 [1,20;5,33] у здоровых). Коэффициент вариации, отражающий соотношение между перфузией ткани и величиной ее изменчивости (K_v), у пациентов с ХВГ в сравнении с контролем изменялся однонаправленно с другими показателями микроциркуляции, кроме пациентов 3-ей группы. В этой группе больных K_v (22,3[12,8;22,9]), был выше, чем аналогичный показателя 1-ой и 2-ой групп, и не различался с контролем (25,09[16,21;32,96]), что вероятнее всего является компенсаторным механизмом так называемой "псевдонормализации" капиллярного кровотока. Группы 1 и 2 по K_v друг от друга не отличались (13,97[12,45;19,31] и (14,48[10,70;20,63]), соответственно).

Таким образом, у пациентов с ХВГ выявлено снижение капиллярного кровотока в сравнении со здоровыми лицами. Наиболее выраженные изменения микроциркуляции встречаются у больных с высокой активностью заболевания.

ДИНАМИКА ММР-9 И ТИМР-1 ПРИ ОСТРОМ ПЕРЕДНЕ-БОКОВОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННОМ АНЕВРИЗМОЙ

Рацина Е.В., Соколова Н.А.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Постинфарктные аневризмы осложняют 10-35% трансмуральных инфарктов миокарда. Система матриксных металлопротеиназ и их тканевых ингибиторов, как известно, принимает участие в процессах репарации миокарда после инфаркта. Работа этой системы может иметь особенности при ИМ, осложненном аневризмой.

Цель исследования: изучить особенности динамики ММР-9 и ТИМР-1 при остром передне-боковом инфаркте миокарда, осложненном аневризмой.

Материалы и методы исследования. Обследовано 46 больных с острым трансмуральным передне-боковым инфарктом миокарда, из них у 20 человек (43,5%) ИМ осложнился развитием постинфарктной аневризмы. У 9 человек с ИМ, осложнившимся развитием постинфарктной аневризмы (I группа), и у 14 человек без аневризмы (II группа) проводилось исследование содержания матриксной металлопротеиназы 9 (ММР-9) и тканевого ингибитора матриксных металлопротеиназ 1 (ТИМР-1). Забор крови проводился в динамике трижды согласно фазовому течению репаративных процессов: 1-й - в первые трое суток от ИМ, 2-й - в период с 10-го по 12-й день, 3-й - перед выпиской на 18-22-й день. Контрольную группу составили 5 человек, сопоставимые по возрасту, без клиники ИБС и артериальной гипертензии.

Полученные результаты. В I периоде репаративного процесса в обеих группах больных имеет место повышение содержания ММР-9 по сравнению с контролем ($pI=0,05$ и $pII=0,001$), однако во II группе больных это повышение более значительное (статистически значимая разница между группами: $p=0,0016$). Такая же картина отмечается и во II периоде (10-12-й день): содержание ММР-9 в I группе повышено в сравнении с контролем, но ниже, чем во II группе больных ($p=0,0061$). Концентрация ММР-9 в I группе больных примерно сопоставима с таковой во II группе лишь в III (18-22-й день) периоде ($p=0,37$).

При оценке содержания ТИМР-1 также отмечается его повышение в обеих группах во всех трех периодах по сравнению с контролем, однако, имеются различия в его динамике. Во II группе больных происходит постепенное нарастание его концентрации от I к III периоду. В I группе наблюдается другая картина: в I периоде содержание ТИМР-1 повышается (причем более значительно, чем во II группе), затем во II периоде происходит его снижение, и вновь нарастание - к III периоду. При этом статистически значимой разницы в показателях ТИМР-1 между группами во всех трех периодах выявлено не было ($pI=0,81$, $pII=0,59$, $pIII=0,84$).

Выводы. При ИМ, осложненном аневризмой, в I и II периоде репаративного процесса отмечается незначительное повышение уровня ММР-9 наряду с более высоким содержанием ТИМР-1 в I периоде (т.е. идет ингибирование активности ММР-9 в I периоде) в сравнении с группой больных без аневризмы. Возможно, это говорит о замедлении процессов утилизации поврежденных компонентов внеклеточного матрикса в зоне ишемии, что ведет к отсрочке процессов репарации. Прекращение сократи-

тельной активности, гибель кардиомиоцитов и компонентов внеклеточного матрикса в зоне ишемии приводит к взбуханию ишемизированного участка, которое устраняется по мере заместительного фиброза. Однако в случае замедления процессов репарации данное изменение геометрии ЛЖ закрепляется, и формируется аневризма ЛЖ.

УРОВЕНЬ ГОМОЦИСТЕИНА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 И 2 ТИПА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ИЛИ ОТСУТСТВИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ

Роднина О.С.¹, Страмбовская Н.Н.¹, Кузник Б.И.¹, Сизикова О.Н.², Малкова И.Ф.².

¹ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

²ГУЗ "Краевая клиническая больница", Чита, Россия

Введение. Гомоцистеин (ГЦ) - естественный метаболит незаменимой аминокислоты метионина, появляющийся в организме как побочный продукт деметилирования метионина. Некоторое количество ГЦ необратимо превращается в цистеин, но большая его часть вновь превращается в метионин, при участии ферментов, коферментами которых являются производные витаминов В6, В12, фолиевой кислоты. Нарушения обмена гомоцистеина, приводит к его накоплению в плазме крови, оказывая системное атеротромбогенное воздействие. Гипергомоцистеинемия (ГГЦ) увеличивает риск развития атеросклероза, тромбоза, инфаркта миокарда.

Цель. Оценить уровень гомоцистеина в крови у больных сахарным диабетом 1 и 2 типов, в зависимости от наличия или отсутствия осложнений.

Материалы и методы исследования. Всего обследовано 42 больных сахарным диабетом (СД) 1 и 2 типа (10 мужчин и 32 женщины), 19 пациентов СД-1 и 23 пациента СД-2. Все больные получали традиционную терапию, пациенты, получавшие препараты, влияющие на обмен ГЦ (витамины В6, В12, Вс), в обследование не включались. Контрольную группу составили 30 практически здоровых людей (17 женщин, 13 мужчин). Уровень гомоцистеина определяли в сыворотке крови натощак, иммуноферментным методом на автоматическом анализаторе IMMULITE 1000 (США), референтные пределы 5-15 мкмоль/л.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью программы Statistica 6,0 (StatSoftInc., USA). При проведении описательной статистики вычисляли среднюю, стандартное отклонение, медиану и интерквартильные интервалы (25-й и 75-й процентиля). При сравнении групп рассчитывали критерий Манна-Уитни. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. В контрольной группе уровень гомоцистеина сыворотки крови составил 9,6 мкмоль/л (интервал 7,9 - 11,1 мкмоль/л). Концентрация гомоцистеина у пациентов СД 1 типа без осложнений была 6,4 мкмоль/л (интервал 5,7-7,8 мкмоль/л), а с осложнениями 14,6 мкмоль/л (интервал 12,9 - 15,0 мкмоль/л). У больных СД 2 типа без осложнений уровень гомоцистеина составляет 6,9 мкмоль/л (интервал 6,5-8,95 мкмоль/л), а у пациентов с осложнениями 11,6 мкмоль/л (интервал 9,6 - 13,6 мкмоль/л).

Таким образом, уровень ГЦ у больных СД 1 типа с осложнениями был выше, чем у практически здоровых лиц ($p < 0,05$) и пациентов СД без осложнений ($p < 0,05$). Гипергомоцистеинемия (ГГЦ) ассоциируется с развитием дисфункции и поражения эндотелия, что обусловлено цитотоксическим эффектом ГЦ. ГГЦ может усугублять свойственную СД дисфункцию эндотелия и усиливает тяжесть заболевания, способствуя развитию макрососудистых осложнений.

Выводы.

1. При тяжелом течении сахарного диабета в плазме крови больных зарегистрированы более высокие концентрации гомоцистеина, что, несомненно, усугубляет имеющуюся эндотелиальную дисфункцию и приводит к устойчивому прогрессированию осложнений заболевания.
2. Концентрация гомоцистеина в крови не зависит от типа сахарного диабета.

ПОВРЕЖДЕНИЕ МЫШЕЧНОЙ ТКАНИ ПРИ ГРИППЕ А/Н1N1/09

Романова Е.Н., Сепп А.В., Говорин А.В., Лукьянов С.А.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

При изучении биохимических анализов крови больных гриппом А/Н1N1/09, осложненном пневмонией, выявлен интересный факт - у многих пациентов с тяжелым течением пневмонии регистрировалось повышение активности КФК и ЛДГ. Это было интерпретировано нами как признак повреждения мышечной ткани. При морфологическом исследовании скелетной мускулатуры у некоторых умерших пациентов на

фоне геморрагий выявлены вакуольная дистрофия миоцитов и миоцитоз. В связи с этим представлялось интересным более детально изучить патоморфологические изменения в почках у умерших больных.

Целью настоящего исследования явилось изучение частоты встречаемости маркеров повреждения скелетной мускулатуры по данным иммуногистохимического исследования аутопсийного материала.

Материалы и методы. Проанализированы протоколы и патологоанатомические диагнозы аутопсий 46 пациентов, умерших от гриппа А/Н1N1. Диагноз гриппа А/Н1N1 был подтвержден методом ПЦР. У всех умерших выявлены признаки острого респираторного дистресс-синдрома, множественные очаги двухсторонней инфильтрации легочной ткани, отек головного мозга, синдром ДВСК. Дополнительно проводили идентификацию миоглобина в просвете канальцев почек с помощью наиболее чувствительного и максимально селективного метода - иммуногистофенотипирования. Иммуногистохимическое исследование было выполнено с использованием парафиновых срезов паренхимы почек (материал из мозговой и корковой зон органа) погибших больных биотин-стрептавидиновым иммунопероксидазным методом с антителом к человеческому миоглобину (Rabbit Anti-Human Myoglobin Polyclonal) Antibody) производства Spring Bioscienc (USA).

Результаты. При изучении аутопсийного материала умерших пациентов во всех исследованных случаях наблюдалась достаточно гетерогенная, но стереотипная картина изменений в почках - основная масса нефронов почек не подвержены каким-либо грубым морфологическим изменениям на светоптическом уровне, но отмечались явления белковой дистрофии эпителия канальцевого аппарата, умеренный отек эпителия (темные клетки, также как и светлые, приближены к кубической форме), многие собирательные трубочки в своих расширенных просветах содержат гомогенное вещество. Микроциркуляторное русло характеризовалось полнокровием, наличием в просвете капилляров сладжес.

При исследовании некоторых почек (22-х умерших), паренхима в отдельных зонах характеризовалась слабым кровенаполнением сосудов стромы и капилляров клубочков, были выявлены максимальные патологические изменения. При этом подоциты капсулы нефронов подвергнуты резкому отеку, их ядра гиперхромные. Просвет капилляров капсулы зияет, эндотелиальные клетки отечные, их гиперхромные ядра выступают в просвет. Эпителиоциты проксимального отдела канальцев нефрона резко вакуолизированы, со слабой зернистостью, разрушаются. Эпителиоциты тонкой трубочки также подвергаются деструкции. Их просвет зияет (особенно это хорошо видно в мозговом отделе почки), и частично заполнен детритом. Эпителиоциты дистального канальца уплощены, значительная часть их подвергнута разрушению и десквамируется. В ряде случаев зафиксирован эффект расширения зоны базальной мембраны эпителиальной выстилки канальца и формирование просвета-щели между ней и подлежащего кровеносного капилляра. Именно в данных зонах часть гомогенных масс из просвета извитых канальцев дали яркую реакцию с диаминобензидином (бесструктурные массы буро-рыжего цвета).

Выводы. Таким образом, по результатам иммуногистохимического исследования полутонких срезов паренхимы почек 46-ти погибших больных выявлено наличие миоглобина в просвете канальцев почек в 22 случаях (48%). При сопоставлении и анализе результатов комплексного морфологического исследования погибших с клиническими данными, можно предположить, что вероятными источниками высвобожденного миоглобина явились дыхательная мускулатура грудной клетки и мышцы живота. В меньшей степени источником миоглобина могли явиться мускулатура опорно-двигательного аппарата (позиционное сдавление с последующим токсико-ишемическим поражением тканей). Так, имеющаяся нагрузка на мышечную ткань в условиях дефицита макроэргов ведёт к появлению несоответствия энергетического обеспечения миоцитов их потребностям и кислородному голоданию. Развивающаяся гипоксия, обусловленная первичным инфекционным поражением органов дыхания, падением артериального давления с замедлением кровотока и нарушением микроциркуляции сопровождается разрушением мышечных клеток и миоглобинурийным нефрозом. Согласно литературным данным определенный вклад в повреждение мышечной ткани при гриппе вносит и развивающаяся гиперпродукция цитокинов, также не исключается, что сам вирусный агент может вырабатывать мышечно-специфичные токсины.

СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ИЗОЛИРОВАННЫМ И СОЧЕТАННЫМ ПЕРЕЛОМНОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Рудакова Л.Ю.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Актуальность темы. Переломы нижней челюсти занимают ведущее место среди травм челюстно-лицевой области. Часто переломы нижней челюсти сочетаются с закрытой черепно-мозговой трав-

мой (сотрясением головного мозга (ЗЧМТ). Течение сочетанных повреждений характеризуется взаимным отягощением различных функциональных нарушений, приводящим к ухудшению течения раневого процесса и более частому развитию воспалительных осложнений. Несмотря на большое количество работ, посвященных состоянию свертывания крови при травме челюстей, комплексно не изучался первичный, вторичный и третичный гемостаз у больных с переломом нижней челюсти, сочетающимся с легкой ЗЧМТ.

Цель исследования: изучить динамику показателей гемостаза у больных с изолированным переломом нижней челюсти и при сочетании перелома нижней челюсти с легкой ЗЧМТ.

Материалы и методы.

Под наблюдением находилось 53 мужчины в возрасте от 18 до 45 лет. Больных разделили на 2 группы: 1 группа - 33 пострадавших с изолированным переломом нижней челюсти; 2 группа - 20 пострадавших с переломом нижней челюсти в сочетании с легкой ЗЧМТ. Все исследуемые госпитализированы в челюстно-лицевые отделения клиники ЧГМА и Краевой клинической больницы на 1-2 сутки после травмы, где им проводили стандартное комплексное лечение. Для исследования сосудистотромбоцитарного, коагуляционного гемостаза и фибринолиза кровь у больных забирали на 1-2, 14 и 21-е сутки после травмы. Контролем служила кровь 25 здоровых мужчин такого же возраста.

Систему гемостаза оценивали по агрегации тромбоцитов (Born G., 1962), коагуляционным тестам (МНО, АЧТВ, тромбированное время, содержание фибрин-мономеров, концентрация фибриногена), эуглобулиновому фибринолизу.

Статистическую обработку проводили с помощью пакета прикладных программ Statistica (версия 6). Описание выборки производили с помощью подсчета средней и медианы (Me) и интерквартильного размаха в виде 25 и 75 перцентилей (С25 и С75). Достоверность различий оценивали по критерию Манна-Уитни.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что у больных с переломом нижней челюсти в 1-2 сутки повышалась спонтанная агрегация тромбоцитов по сравнению со здоровыми лицами, которая подтверждалась изменением кривой по степени агрегации и по степени светопропускания. На 14-е сутки наблюдения параметры кривой агрегации максимально приблизились к таковым у здоровых людей и сохранялись на 21-е сутки. Подобно спонтанной агрегации у пациентов с переломом нижней челюсти, в первые сутки после травмы увеличивалась и АДФ-индуцированная агрегация кровяных пластинок. При этом подъем максимальной амплитуды и максимальный наклон одинаково повторялись для кривой, зарегистрированной по степени агрегации и степени светопропускания. Через 2 недели характер агрегатограмм пациентов соответствовал здоровым людям.

У больных с переломом нижней челюсти и ЗЧМТ признаки гиперагрегации тромбоцитов были более выраженными. Это относится к активности спонтанной и АДФ-индуцированной агрегации, продолжительности синдрома гиперагрегации кровяных пластинок. Повышение спонтанной и АДФ-индуцированной агрегации сохранялось в течение 3-х недель, в отличие от пациентов с изолированным переломом нижней челюсти.

Таким образом, у больных с переломом нижней челюсти в первые сутки после травмы развивается гиперагрегация тромбоцитов. Ее характер и продолжительность зависели от наличия ЗЧМТ. При изолированном переломе нижней челюсти она выявляется только в течение первых двух недель, а в сочетании с ЗЧМТ - трех недель после травмы.

Установлено, что у пациентов с переломом нижней челюсти уменьшается МНО, АЧТВ, повышается содержание растворимых фибрин-мономерных комплексов. Это состояние можно расценить как гиперкоагуляционный синдром. На этом фоне тормозился фибринолиз и возрастала концентрация фибриногена, являющегося не только фактором F1 свертывания крови, но и белком острой фазы воспаления. К 14-суткам наблюдения у таких больных проявления гиперкоагуляционного синдрома уменьшались: увеличивались МНО, АЧТВ, ускорялся фибринолиз, практически приходя к нормальным значениям, однако при этом оставались повышенными концентрация РФМК и фибриногена.

У пациентов с переломом нижней челюсти в сочетании с ЗЧМТ, в первые сутки признаки гиперкоагуляционного синдрома проявлялись сильнее. У них в большей степени, чем при изолированном переломе, уменьшалось МНО, АЧТВ, увеличивалась концентрация фибриногена и растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК), тормозился эуглобулиновый фибринолиз. При исследовании в динамике у таких пациентов признаки гиперкоагуляции сохранялись и на 14-е сутки. Лишь к 21 суткам проявлялась положительная динамика, когда МНО, АЧТВ приближались к показателям здоровых людей. При этом сохранялось повышенное содержание фибриногена и РФМК.

Таким образом, у больных с переломом нижней челюсти в первые сутки развивается гиперагрегация тромбоцитов. При его сочетании с ЗЧМТ повышенная агрегация кровяных пластинок сохраняется

в течение 3 недель. При переломе нижней челюсти в первые сутки проявляются признаки гиперкоагуляционного синдрома и торможения фибринолиза, которые более выражены при сочетании с ЗЧМТ. Нарушения коагуляционного гемостаза и фибринолиза сопровождают сочетанный с ЗЧМТ перелом в течение 2 недель.

ОСОБЕННОСТИ РЕГЕНЕРАЦИИ КОЖИ КРЫС ПОД ВЛИЯНИЕМ ПРОДУКТОВ РАСТВОРЕНИЯ КОЛЛАГЕНА

Русаева Н.С., Обыденко В.И., Лаба Е.М.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Проблема заживления ран остается одной из важнейших в хирургии мирного и, особенно, военного времени. В настоящее время для решения этой проблемы успешно применяются различные коллагенсодержащие раневые покрытия. Известно, что коллаген и продукты его распада (пептиды) усиливают синтез собственного коллагена, стимулируют остеогенез, останавливают кровотечение. Воздействуя, на кислотолабильные связи в молекуле коллагена, были получены продукты растворения коллагена (ПРК) с различной молекулярной массой. Для получения ПРК использовались уксусная кислота и кисломолочные комплексы. Настоящее исследование было предпринято с целью изучения морфологических особенностей заживления полнослойных, глубоких, условно-асептических ран кожи крыс при использовании продуктов распада коллагена (ПРК) на основе кисломолочного комплекса 1 (КМК1) и уксусной кислоты.

Для достижения этой цели в работе были поставлены следующие задачи:

1. изучить на экспериментальном материале динамику заживления условно асептических полнослойных плоскостных ран кожи крыс без лечения и при стимуляции репаративных процессов ПРК на основе КМК 1 (молекулярная масса 46000-48000 угл. ед.);
2. изучить на экспериментальном материале динамику заживления ран кожи крыс при стимуляции репаративных процессов ПРК на основе уксусной кислоты (молекулярная масса 247000-265000 угл. ед.).

Материалы и методы. Эксперимент проводился на 45 белых беспородных крысах - самцах, в возрасте 1,5 лет, массой тела 250-300 гр. Модель полнослойной условно-асептической плоскостной раны кожи воспроизводилась под эфирным наркозом методом иссечения кожного лоскута в межлопаточной области размером 1 см². Крысы были разделены на три группы: 1) контрольная - в данной группе заживление проходило самостоятельно, под струпом, 2) экспериментальная - для заживления ран в этой группе использовались аппликации ПРК на основе КМК1, 3) экспериментальная - для заживления ран в этой группе использовались аппликации КМК на основе уксусной кислоты. Забор материала осуществлялся на 3, 7, 14, 21 сутки и по заживлению ран. Морфологический материал подвергался стандартной заливке в парафин, полученные препараты окрашивали по методу Ван-Гизона, гематоксилин-эозином. Морфометрию проводили с применением программного обеспечения МЕКОС. Статистическая обработка полученных результатов выполнена непараметрическим методом (критерий Манна-Уитни) с определением достоверности различий при достигнутом уровне значимости $p \leq 0,05$.

В ходе эксперимента выяснилось, что применение ПРК приводит к стимуляции заживления ран. Это проявлялось в усилении пролиферации и дифференцировки фибробластов, процессов фибриллогенеза, более раннем формировании и созревании грануляционной ткани. В экспериментальных группах было выявлено значительное ускорение динамики сокращения размеров ран, сроков отпадения первичного струпа и окончательного заживления раневых дефектов, более раннее формирование волосяных фолликулов и сальных желез. Отмечалось, что заживление ран в контрольной группе проходило медленнее, характеризовалось низкой пролиферативной активностью эпителия и соединительной ткани, малым количеством сосудов в грануляционной ткани, более поздними сроками ее созревания по сравнению с экспериментальной группой. Так окончательное заживление ран в контрольной группе наблюдалось на $26,4 \pm 1,7$ сутки, в первой экспериментальной группе на $17,4 \pm 0,6$ сутки ($p \leq 0,01$), во второй на $20,6 \pm 1,2$ сутки ($p \leq 0,01$). Причем, наилучшим репаративным эффектом, в нашем эксперименте, обладали ПРК на основе КМК1. Видимо, имея меньшую молекулярную массу, и более жидкую консистенцию, ПРК на основе КМК1 лучше проникали под струп к раневой поверхности.

Вывод: применение продуктов растворения коллагена на основе уксусной кислоты (молекулярная масса 247000-265000 угл. ед.) и кисломолочного комплекса 1 (молекулярная масса 46000-48000 угл. ед.) стимулирует заживление ран кожи крыс в эксперименте.

ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГЕНЕТИЧЕСКИ МОДИФИЦИРОВАННОЙ СОИ НА НЕКОТОРЫЕ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КРЫС В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Русаева Н.С., Обыденко В.И., Лаба Е.М.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

В настоящее время генетически модифицированные продукты, в том числе и соевые бобы, получили широкое распространение на российском рынке. Генетически модифицированную сою обнаруживают в молочных, мясных, хлебобулочных продуктах, детском питании и даже косметике. До настоящего времени вопрос о безопасности длительного употребления генетически модифицированных организмов для млекопитающих и их потомства остается спорным. По данным ряда авторов употребление генетически модифицированных продуктов вызывает онкологические заболевания, снижение иммунитета, аллергию, отсутствие потомства в третьем поколении.

Целью нашей работы явилось изучение влияния длительного употребления ГМ сои на морфологию и функцию поджелудочной железы крыс.

Материалы и методы. Объектом исследования стало третье поколение белых беспородных крыс получавших соевый белок в количестве 4 грамма в сутки на протяжении всей жизни. Контрольную группу составили 10 белых беспородных крыс, находившихся на стандартном виварном рационе. Наличие маркера генной модификации промотора S35 в бобах сои подтверждали реакцией ПЦР с аллель-специфическими праймерами для выявления промотора S35 в ДНК сои. Животных выводили из эксперимента передозировкой эфирного наркоза. Для исследования биохимических параметров в конце эксперимента производился забор крови у животных обеих групп. Морфологический материал подвергался стандартной проводке и заливке в парафин, препараты окрашивали гематоксилин - эозином. На срезах определяли площадь сечения ядер, площадь сечения цитоплазмы ациноцитов. Морфометрию проводили с применением программного обеспечения МЕКОС. Статистическая обработка полученных результатов выполнена непараметрическим методом (Критерий Манна-Уитни) с определением достоверности различий при достигнутом уровне значимости $p \leq 0,05$.

В результате исследования в поджелудочной железе экспериментальных крыс отмечалось сохранение дольчатого строения паренхимы, однако обращал на себя внимание полиморфизм ациносов, по сравнению с материалом контрольной группы. В некоторых дольках обнаруживались дистрофические изменения цитоплазмы ациноцитов в виде средневакуольной дистрофии. В перидуктальных и периваскулярных пространствах были выявлены признаки склероза, полиморфноклеточной воспалительной инфильтрации. Отмечалось полнокровие междольковых кровеносных сосудов. Площадь сечения ядер в экспериментальной группе увеличивалась до $17,1 \pm 2,3$ мкм² ($p < 0,05$), площадь сечения цитоплазмы уменьшалась до $67,7 \pm 8,2$ мкм² ($p < 0,05$), что приводило к увеличению ядерно-цитоплазматического соотношения до $0,252 \pm 0,008$ ($p < 0,05$).

На фоне морфологических изменений поджелудочной железы у экспериментальных животных наблюдалась повышение уровня глюкозы до $4,3 \pm 0,7$ ммоль/л ($p < 0,01$), также отмечалось увеличение количества триглицеридов до $3,0 \pm 0,5$ ммоль/л ($p < 0,01$), общего холестерина до $4,7 \pm 0,5$ ммоль/л, мочевины в 2,2 раза и креатинина в 2,7 раза ($p < 0,01$).

Таким образом, длительное употребление генетически модифицированной сои приводит к воспалительно-дистрофическим изменениям поджелудочной железы, и изменению биохимических показателей крови крыс.

НЕПРЕДНАМЕРЕННАЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ГИПОТЕРМИЯ В ОНКОЛОГИИ

Рюмкин И.С., Коннов Д.Ю.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Во многих рандомизированных исследованиях доказано негативное влияние даже умеренной интраоперационной гипотермии на результаты хирургического лечения больных. Непреднамеренная интраоперационная гипотермия значительно увеличивает риск кардиальных и инфекционных послеоперационных осложнений. На ее фоне возрастает послеоперационная кровопотеря и потребность в гемотрансфузии. Пациенты, перенесшие гипотермию, медленнее просыпаются, и их пробуждение чаще сопровождается мышечной дрожью. Периоперационная гипотермия приводит к увеличению сроков госпитализации и внутрибольничной летальности.

Цель работы. Выяснить степень и динамику снижения температуры у больных злокачественными новообразованиями при плановых оперативных вмешательствах.

Задачи работы.

1. Провести неинвазивный мониторинг температуры тела пациентам во время общей многокомпонентной анестезии при плановых оперативных вмешательствах.
2. Выяснить степень гипотермии и зависимость снижения температуры с течением времени.
3. Выяснить зависимость степени и динамики гипотермии от пола и нозологической формы.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 160 пациентов хирургических отделений Забайкальского краевого онкологического диспансера. Пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа - операции проводились под многокомпонентной общей анестезией, 2 группа - оперативные вмешательства под спинномозговой анестезией. Все пациенты были терапевтически подготовлены и имели гистологически подтвержденные диагнозы. Мониторинг температуры проводился неинвазивными температурными датчиками мониторов Rohen Solvo M3000. Статистическая обработка результатов производилась в программе Microsoft Office Excel® с использованием доверительного критерия Стьюдента.

Полученные результаты. Пациентам 1 группы производилась непрерывная термометрия, снижение температуры начиналось с момента индукции двухфазно - линейное снижение продолжалось в течении 120 минут у женщин с опухолями репродуктивной системы, в том числе с опухолями молочных желез более, чем на $2,2^{\circ}\text{C} \pm 0,2^{\circ}\text{C}$, гиперболическое снижение в течении 45 минут на $2,7^{\circ}\text{C} \pm 0,02^{\circ}\text{C}$ у пациентов с опухолями желудочно-кишечного тракта, почек, мочевого пузыря и средостения; снижение температуры у пациентов с опухолями головы и шеи линейное на $1,1^{\circ}\text{C} \pm 0,02^{\circ}\text{C}$ - фаза плато всех случаях начиналась после 120 минут от момента индукции. Значительнее и быстрее, а в случае обширных полостных операций чаще имело место снижение температуры у женщин (в 96% случаев более чем на $0,8^{\circ}\text{C}$ по сравнению с остальными участниками группы). У пациентов 2 группы снижения температуры не выявлено.

Выводы.

1. Многокомпонентная общая анестезия севофлюраном без интраоперационного подогревания пациентов неизбежно ведет к значимой гипотермии.
2. Основными факторами риска по быстрому и выраженному снижению температуры при плановых оперативных вмешательствах является женский пол и полостные операции.
3. Без подогревания в среднем температура при плановых операциях снижается на $2,00^{\circ}\text{C} \pm 0,080^{\circ}\text{C}$ в течение первых 120 минут.
4. При спинномозговой анестезии интраоперационной гипотермии не наблюдается.

ВЛИЯНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ "КУКА КУРОРТНАЯ" НА ЛИПИДНЫЙ ГОМЕОСТАЗ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ

Самойленко Г.Ю.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Хронический гастрит занимает особое место среди заболеваний органов пищеварения как по частоте, так и по характеру течения патологического процесса. Выявление провоцирующего фактора развития и прогрессирования гастрита является перспективным как для ранней диагностики, так и для его профилактики и лечения. Многочисленные экспериментально-клинические данные свидетельствуют о немаловажной роли нарушений липидного обмена в патогенезе хронического гастрита [6]. Липиды служат основным молекулярным компонентом, определяющим структурно-функциональное состояние биомембран клеточных образований. При нарушении липидного обмена происходят количественные и качественные изменения, приводящие к модификации клеточных и органных функций, которые определяют характер течения патологического процесса. Морфофункциональное состояние липидного бислоя во многом зависит от процессов перекисного окисления липидов. Повышенная интенсивность свободнорадикального окисления липидов поддерживает хронизацию, прогрессирование процесса и способствует трансформации гастрита в язвенную болезнь. В связи с этим остается актуальным решение вопроса о возможности коррекции дислипидемии и дисбаланса в системе "перекисное окисление липидов - антиоксиданты". Кроме лекарственного воздействия, представляется перспективным применение методов немедикаментозной терапии, среди которых достойное место занимают минеральные воды. Известно, что их лечебное действие определяется химическим составом. Минеральная вода "Кука Курортная" относится к лечебно-столовым гидрокарбонатным магниево-кальциевым (натриево-

магниево-кальцевым), (железистым) минеральным водам, минерализация: 1,0 - 3,8 г/дм³. В настоящее время доказаны многие аспекты механизма ее действия, но практически не изучено влияние на состояние липидного обмена у больных хроническим гастритом.

Цель исследования: изучение действия минеральной воды "Кука Курортная" на показатели липидного обмена у больных хроническим гастритом.

Материалы и методы. Обследовано 30 пациентов в возрасте от 18 до 77 лет. В зависимости от получаемых лечебных комплексов больные были разделены на три группы. В первую группу вошли 10 человек, получавшие традиционную терапию, во вторую - 10 человек, принимавшие минеральную воду, в третью - 10 пациентов, принимавшие минеральную воду на фоне традиционной терапии. Контрольную группу составили 10 практически здоровых лиц.

Вода назначалась в подогретом до 30°C - 50°C виде, за 20 мин - 30 минут до еды с пониженной, за 30 мин - 45 минут - с нормальной и за час-полтора с повышенной кислотностью желудочного сока.

Биологическим материалом служила сыворотка крови обследуемых больных. Для определения показателей обмена липидов (общий холестерин - ОХ, холестерин липопротеидов низкой плотности - ХС ЛПНП, холестерин липопротеидов высокой плотности - ХС ЛПВП, холестерин липопротеидов очень низкой плотности - ХС ЛПОНП, триглицеридов - ТГ) использовались коммерческие наборы фирмы "Нитай" (Германия). Исследования выполнялись в центральной научно-исследовательской лаборатории Читинской государственной медицинской академии.

Результаты и обсуждение. При изучении динамики липидного спектра крови под влиянием минеральной воды выявлены положительные изменения. Согласно полученным данным, после курса лечения наблюдается снижение количества ОХ и ТГ во всех группах больных. В третьей группе при приеме минеральной воды на фоне традиционной терапии уменьшение ОХ и ТГ происходит на 11,1 % и 12 % соответственно. Известно, что при снижении уровня ТГ уменьшается образование обогащенных ими ЛПОНП, которые в результате действия липазы печени могут превращаться в мелкие "атерогенные" ЛПНП. Исходные значения ХС ЛПНП были ниже значений контрольной группы. После лечения в первой группе уменьшение происходит на 3 %, во второй - на 9,8 %, в третьей - на 10,6 %. Уровень ХС ЛПОНП у всех пациентов был выше значений контрольной группы. После курса лечения отмечается его снижение, но, по-прежнему, показатели остаются выше значений контрольной группы. Произошло достоверно значимое повышение количества исходно сниженного ХС ЛПВП во всех группах, наиболее заметно в третьей группе больных - на 16,5%.

Наблюдаемую динамику, особенно снижение уровня ХС ЛПНП и ХС ЛПОНП можно рассматривать как позитивный момент, так как именно указанные липопротеиды наиболее чувствительны к перекисидации, в отличие от ХС ЛПВП, которые, наоборот, обладают антиоксидантными свойствами. Применение минеральной воды "Кука Курортная" в комплексном лечении оказывает выраженное лечебное действие, нормализуя показатели липидного обмена.

Выводы.

1. При хроническом гастрите наблюдаются качественные и количественные изменения липидных компонентов: повышение количества ОХ, ХС ЛПНП, ХС ЛПОНП, снижение уровня ХС ЛПВП.
2. Применение минеральной воды "Кука Курортная" в комплексном лечении нормализует уровень липидных компонентов плазмы крови, что связано с ее ионным составом.
3. Корректирующее действие воды при нарушениях липидного обмена позволяет рекомендовать ее для профилактического и лечебного применения больным хроническим гастритом.

СТРУКТУРА АЛКОГОЛИЗАЦИИ ОТДЕЛЬНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ

Сахаров А.В., Говорин Н.В.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Несмотря на некоторое улучшение общей наркологической ситуации, по-прежнему сохраняется проблема высокого потребления алкоголя в РФ. К большому сожалению, складывается впечатление, что масштабы алкоголизации населения не осознаются российским обществом в полной мере или осознаются как естественный процесс. В то же время анализ официальных отчетов наркологической службы не дает полного представления о распространенности злоупотребления алкоголем, т.к. учитывает только обращающихся за медицинской помощью.

Целью данной работы стало описание результатов собственных эпидемиологических исследований по изучению структуры алкоголизации различных групп населения на территории Забайкальского края.

Методы исследования. На первом этапе в 2007 году было осуществлено наркологическое обследование 1 145 подростков в возрасте 15-16 лет - учащихся средних образовательных учреждений из 7 сельских районов и 3-х городов Забайкальского края. Мальчиков среди обследованных было 46,8 % (536), девочек - 53,2 % (609). Средний возраст составил $15,02 \pm 0,03$ лет. Вторым этапом стало изучение популяции призывников в Забайкальском крае. Работа осуществлялась на базе Военно-врачебной комиссии в период осеннего призыва 2009 года и весеннего призыва 2010 года. Всего исследованием было охвачено 5 482 призывника в возрасте от 17 до 27 лет (средний возраст - $19,51 \pm 0,02$ лет).

На третьем этапе осуществлялось обследование пациентов крупного многопрофильного стационара г. Читы. Обследование госпитализированных осуществлялось сплошным методом в течение 30 календарных дней 2010 года. Всего получало медицинскую помощь за данный период 954 человека. Из них 27 человек (2,8 %) отказались от обследования, 11 человек (1,1 %) не были обследованы ввиду тяжести своего состояния, поэтому в исследование были включены 916 человек. Мужчин среди обследованных пациентов было 49,3 % (452), женщин - 50,7 % (464). Возраст включенных в исследование больных стационара был от 15 до 89 лет. Средний возраст составил $51,06 \pm 0,60$ лет.

На четвертом этапе в 2012-2013 гг. сплошным методом было обследовано 252 беременные женщины на поздних сроках гестации и роженицы на базе Городского родильного дома города Читы и Забайкальского краевого перинатального центра. Возраст обследованных составил от 15 до 41 года (средний возраст - $26,9 \pm 0,3$ лет).

Пятым этапом стало обследование сплошным методом студентов 1 и 2 курсов Забайкальского горного колледжа имени М.И. Агашкова. Всего в исследование было включено 341 человек в возрасте от 15 до 23 лет. Средний возраст составил $17,4 \pm 0,06$ лет. Юношей среди обследованных было 60,4 %, девушек - 39,6 %. На шестом этапе исследование осуществлялось в Читинской государственной медицинской академии. Было проведено анонимное анкетирование студентов первого и второго курсов лечебно-профилактического факультета. Всего в исследование вошло 268 лиц в возрасте от 17 до 33 лет. Средний возраст составил $19,1 \pm 0,11$ лет. Юношей среди обследованных было 23,8 %, девушек - 76,2 %.

Выделение в исследовании донологических форм употребления спиртных напитков основано на классификации Э.Е. Бехтеля (1986). Для постановки наркологических диагнозов использовались критерии МКБ-10. Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с использованием пакета прикладных статистических программ "Statistica-6.0" и пакета анализа Microsoft Excel. Она включала описание выборки, нахождение средней арифметической, среднеквадратического отклонения и ошибки средней арифметической, определялись частоты встречаемости признаков, группировка данных.

Результаты и их обсуждение. Среди обследованных 14-15-летних подростков больных синдромом зависимости от алкоголя не выявлено, абстинентов было 64,9 % (65,1 % среди мальчиков и 64,8 % среди девочек), случайно пьющих - 24,2 % (21,6 % и 26,4 % соответственно), ситуационно пьющих - 7,4 % (8,6 % и 6,4 % соответственно), систематически пьющих - 3,1 % (4,1 % и 2,1 % соответственно), привычно пьющих - 0,4 % (0,6 % и 0,3 % соответственно). Таким образом, употребление алкоголя с вредными последствиями (F 10.1) выявлено у 3,5 % подростков (у 4,7 % мальчиков и 2,4 % девочек).

При обследовании 18-летних призывников употребление алкоголя с вредными последствиями (F 10.1) диагностировано у 22,4 % исследуемого контингента, алкогольная зависимость (F 10.2) - у 1,1 %. Среди 19-26-летнего призывного контингента в Забайкальском крае наркологическая патология, связанная с употреблением алкоголя, была выявлена в 27,6 % случаев, в том числе синдром зависимости от алкоголя - в 2,2 %.

Структура алкоголизации призывников с учетом донологических форм потребления алкоголя выглядела следующим образом: абстиненты (неупотребляющие) - 8,5 %, случайно пьющие - 21,2 %, ситуационно пьющие - 41,9 %, систематически пьющие (злоупотребляющие) - 19,4 %, привычно пьющие (предалкоголизм) - 7,3 %, синдром зависимости от алкоголя - 1,7 %. Следовательно, при клиническом обследовании всех лиц призывного возраста, прибывших на Военно-врачебную комиссию за два призыва наркологическая патология, вызванная приемом алкоголя, установлена в 25,8 % случаев. Употребление алкоголя с вредными последствиями было выявлено у 24,1 % (1 320) призывников, синдром зависимости от алкоголя - у 1,7 % (94).

В результате исследований, проведенных в крупном многопрофильном соматическом стационаре города Читы, установлено, что распространенность наркологической патологии, связанной с употреблением алкоголя, составила 25,7 %, в том числе синдром зависимости от алкоголя - 13,9 %. Структура алкоголизации пациентов с учетом донологических форм потребления алкоголя выглядела следующим образом: абстиненты - 21,6 %, случайно пьющие - 32,4 %, ситуационно пьющие - 20,3 %, систе-

матически пьющие - 8,3 %, привычно пьющие - 3,5 %, синдром зависимости от алкоголя - 13,9 %. Среди мужского контингента употребление алкоголя с вредными последствиями диагностировано в 19,9 %, алкогольная зависимость - в 24,3 % случаев, среди женского контингента - в 3,9 % и 3,7 % случаев соответственно.

При клиническом обследовании беременных и рожениц абстиненты составили 68,6 %, случайно и ситуационно пьющие - 24,6 %, систематически и привычно пьющие (злоупотребляющие и предалкоголизм) - 6,8 %, синдром зависимости от алкоголя - 0 %. Т.е. наркологическая патология, вызванная алкоголем, установлена у 6,8 % беременных женщин за счет употребления алкоголя с вредными последствиями.

В результате работы в средне-специальном учебном заведении получена следующая структура алкоголизации студентов: абстиненты - 50,8 %, случайно пьющие - 21,1 %, ситуационно пьющие - 20,2 %, систематически пьющие - 6,1 %, привычно пьющие - 1,2 %, синдром зависимости от алкоголя - 0,6 %. Т.е. наркологическая патология, вызванная алкоголем, установлена у 7,9 % студентов преимущественно за счет употребления алкоголя с вредными последствиями.

Клинически структура алкоголизации студентов 1 курса высшего учебного заведения выглядела следующим образом: абстиненты - 65,9 %, случайно пьющие - 20,0 %, ситуационно пьющие - 12,9 %, систематически пьющие - 1,2 %, привычно пьющие - 0 %, синдром зависимости от алкоголя - 0 %. Среди студентов 2 курса абстинентов было 55,4 %; случайно пьющих - 28,6 %; ситуационно пьющих - 10,3 %, систематически пьющих - 4,6 %, привычно пьющих - 1,1 %, страдающих алкоголизмом - 0 %.

Заключение. Таким образом, проведенные в Забайкальском крае исследования по изучению алкогольной ситуации показали существенный удельный вес алкогольных расстройств среди молодежи и среди пациентов соматического стационара. Полученные результаты наглядно демонстрируют необходимость внедрения действенных программ профилактических мероприятий, направленных на улучшение наркологической ситуации.

ОПИСАНИЕ ВСПЫШКИ ПИЩЕВОЙ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ В ГОРОДЕ ЧИТЕ

**Сахарова Д.А., Кижло Л.Б., Емельянова А.Н., Калинина Э.Н., Сергеева Э.И.
ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия**

Пищевые токсикоинфекции в связи с причинами своего развития носят преимущественно социальный характер. При этом знание основ их диагностики и лечения остается по-прежнему актуальным ввиду группового и эксплозивного (взрывного) характера заболеваемости, при котором за короткое время (несколько часов) заболевают почти все употреблявшие инфицированный продукт; наличия вспышек в организованных коллективах; тяжести течения; вероятности осложнений; преобладания среди заболевших детей и лиц пожилого возраста.

Цель работы: описать вспышку пищевой токсикоинфекции в городе Чите среди подростков - членов молодежных спортивных команд ДСЮШ ФК "Енисей" г. Красноярск, ФК "Томь" г. Томск, ФК "Металлург" г. Новокузнецк, прибывших в г. Читу для участия в спортивных соревнованиях по футболу в сентябре 2012 года.

Материалы и методы. Был осуществлен ретроспективный анализ историй болезни подростков, госпитализированных в Краевую клиническую инфекционную больницу в сентябре 2012 года, доставленных из эпидемического очага. Всего были проанализированы 24 истории болезни пациентов (100 % заразившихся). Кроме того, использованы данные результатов расследования, проведенного Управлением Роспотребнадзора по Забайкальскому краю и ФБУЗ "Центр гигиены и эпидемиологии в Забайкальском крае". Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с использованием пакета анализа Microsoft Excel. Она включала описание выборки, нахождение средней арифметической, ошибки средней арифметической, определялись частоты встречаемости признаков, группировка данных.

Результаты. За медицинской помощью в первые сутки обратились 83,0 % заболевших, на вторые сутки - 17,0 %. Все госпитализированные были мужского пола в возрасте от 14 до 16 лет (средний возраст составил $15,6 \pm 0,24$ лет).

При поступлении в стационар у 45,8 % пациентов были боли в животе, у 50 % отмечалась общая слабость и недомогание. Жалобы на рвоту до 2 раз, приносящую облегчение, присутствовали у 62,5 % больных, до 10 раз с облегчением состояния - у 29,0 %. Предъявляли жалобы на жидкий стул до 5 раз 29,0 % обратившихся, до 7 раз - 4,0 %; повышение температуры тела до 38,5°C отмечалось у 37,5 %.

В результате общее состояние было оценено как удовлетворительное у 46,0 % подростков, средней степени тяжести - у 54,0 %. Тяжелого течения ни у одного пациента зарегистрировано не было.

Из анамнеза выяснено, что 54,0 % больных употребляли в пищу накануне гороховую кашу с мясной котлетой и борщ; 46,0 % - помидоры с чесноком и сыром, гречневую кашу, салат, бутерброд с сыром и маслом; 29,0 % - кисломолочный продукт "Снежок", солянку; 25,0 % - грибной суп, вареное яйцо, сметану; 16,0 % - вареную курицу; 13,0 % - кисель.

Были назначены следующие обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, кровь на реакцию Вассермана, кал на яйца глистов, копрограмма, кал на острые кишечные инфекции методом полимеразной цепной реакции, кал на условно-патогенную микрофлору, бактериальный посев промывных вод желудка, соскоб на энтеробиоз, 33,0 % больным электрокардиограмма.

По результатам анализов у 8,0 % отмечалось снижение гемоглобина, у 12,0 % - лейкоцитоз, у 4,0 % - лейкопения, у 12,0 % - тромбоцитопения, СОЭ у всех было в пределах верхней границы нормы. При анализе бактериального посева промывных вод желудка был обнаружен *Staphylococcus aureus* в концентрации $5 \cdot 10^3$ у 42,0 % пациентов, $1 \cdot 10^3$ - у 29,0 %, условно-патогенная микрофлора - $5 \cdot 10^3$ у 8,0 %, $1 \cdot 10^3$ - у 16,0 %. Кал на яйца глистов, кал на кишечную группу, реакция Вассермана, ПЦР на острые кишечные инфекции были отрицательными в 100 % случаев.

Всем больным было проведено промывание желудка, назначены энтеросорбенты. Регидратационная терапия (Sol. Regidroni) проводилась в 58,0 % случаев. Все обратившиеся были выписаны из стационара на следующие сутки.

В ходе расследования, проведенного специалистами Управления Роспотребнадзора по Забайкальскому краю и ФБУЗ "Центр гигиены и эпидемиологии в Забайкальском крае" в кафе, где питались подростки, были выявлены нарушения СП 2.3.6.1079 "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям общественного питания, изготовлению и оборотоспособности в них пищевых продуктов и продовольственного сырья". В ходе внеплановой проверки отобрано 20 проб пищевой продукции и продовольственного сырья, пробы воды, смывов. По результатам лабораторных исследований (испытаний), выданных ФБУЗ "Центр гигиены и эпидемиологии в Забайкальском крае" 2 пробы готовых блюд не отвечали требованиям санитарных норм и правил по микробиологическим показателям. При обследовании 5 сотрудников организации общественного питания на стафилококк у 2-х человек обнаружен *Staphylococcus aureus*.

Заключение. Таким образом, причиной пищевой токсикоинфекции явилось употребление недоброкачественной продукции в организации общественного питания. При анализе данной вспышки следует отметить своевременность диагностики и обращения пациентов за медицинской помощью, что позитивно отразилось на тяжести состояния и сроках стационарного лечения.

ПОКАЗАТЕЛИ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С ПРИ РАЗНОЙ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Сахарова Д.А., Витковский Ю.А., Емельянова А.Н., Кижло Л.Б.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Гепатит С характеризуется высокой частотой хронизации, длительным персистированием возбудителя, высоким риском развития осложнений - цирроза печени, первичной гепатокарциномы и является ведущим в структуре смертности от заболеваний печени. При этом высокая частота формирования хронических форм и развития осложнений обусловлена "ускользанием" вируса от иммунного надзора. Механизмы этого феномена до сих пор четко не установлены, предполагается, что центральную роль в элиминации вируса гепатита С играет Т-клеточное звено иммунитета, которое, в конечном итоге всё же оказывается недостаточным. В настоящее время не в полной мере выяснены вопросы, касающиеся состояния системы иммунитета в зависимости от клинических факторов - наличия репликации, активности процесса, стадии и длительности заболевания, наличия сопутствующей патологии, генотипа HCV, что может иметь важное практическое значение.

Целью настоящего исследования стало изучение некоторых показателей иммунного статуса больных хроническим вирусным гепатитом С в зависимости от длительности заболевания.

Методы исследования. Было обследовано 69 человек, находившихся на стационарном лечении в ГУЗ "Краевая клиническая инфекционная больница" г. Читы за период с 2011 по 2013 гг. по поводу хронического вирусного гепатита С. Женщин было 30,4 % (21), мужчин - 69,6 % (48). Возраст обследованных составлял от 16 до 58 лет, средний возраст - 36 ± 1 год. Диагноз хронического вирусного

гепатита С выставлен на основании клинико-лабораторных данных и обнаружения РНК HCV методом ПЦР. Все больные были разделены на две группы: первую составили лица с длительностью заболевания до 5 лет (66,7 %), вторую - с длительностью болезни свыше 5 лет (33,3 %). Группу контроля составили 9 здоровых человек в возрасте от 27 до 42 лет, средний возраст 34 ± 2 года. Женщин среди них - 66,7 %, мужчин - 33,3 %. От всех обследованных получено добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Кровь для иммунологического обследования получали путем пункции локтевой вены в строго стерильных условиях на 2-3-и сутки стационарного лечения. Взятие крови осуществляли в утренние часы (8-9 часов) строго натощак. Для иммунофенотипирования кровь забирали в пробирку VACUTAINER (BD), содержащую динатриевую соль ЭДТА объемом 2,5 мл. Изучались активность и количество Lymphocytes (CD45+), T-cell (CD3+), T-help (CD3+CD4+), T-killer (CD3+CD8+), T-cellAktiv (CD3+HLA-DR+), T-helpAktiv (CD3+CD4+HLA-DR+), T-killAktiv (CD3+CD8+HLA-DR+), B-cell (CD19+), NK-cell (CD3-CD16+CD56+), T-NK-cell (CD3+CD16+CD56+). Оценку субпопуляционной структуры лимфоцитов осуществляли стандартным методом прямого пяти-параметрического иммунофлюоресцентного окрашивания цельной крови с использованием коммерческого лизирующего/фиксирующего раствора OPTILYSE C (Beckman Coulter) и панели моноклональных антител tetraCHROME™ и IOTest (Beckman Coulter). Цитофлюорометрию осуществляли на проточном цитофлюориметре "Cytomics FC-500" (Beckman Coulter, USA), регистрировали суммарно не менее 10 тыс. событий. Данные анализировали с помощью программы CXP Cytometer (Beckman Coulter).

Определение показателя лимфоцитарно-тромбоцитарной адгезии (ЛТА) проводили по методу, предложенному Ю.А. Витковским и соавт. (1999). Свежую гепаринизированную кровь обследуемых больных наслаивали на градиент урографин-фикол (плотность 1,077) и выделяли лимфоциты. Собирали интерфазное кольцо, содержащие клетки и кровяные пластинки, однократно промывали фосфатно-солевым буфером (рН 7,4) и центрифугировали при 1000 об/мин в течение 3-4 минут. Надосадочную жидкость сливали, осадок микроскопировали в камере Горяева. Показатель ЛТА выражали числом лимфоцитарно-тромбоцитарных коагрегатов на 100 клеток (норма - 13-15 %). Степень адгезии (ЛТИ) определяли как число кровяных пластинок, адгезированных на поверхности одного лимфоцита (норма - $3,0 \pm 0,3$).

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием пакета анализа Microsoft Excel. Она включала описание выборки, нахождение средней арифметической, среднеквадратического отклонения и ошибки средней арифметической, определялись частоты встречаемости признаков, группировка данных. Достоверность различий определялась по t критерию Стьюдента.

Результаты. Установлено, что у всех больных хроническим вирусным гепатитом С изменены показатели иммунограммы, по сравнению с контролем: значимое повышение относительного и абсолютного количества лимфоцитов ($p < 0,001$), субпопуляций CD3+ ($p < 0,001$), CD3+CD4+ ($p < 0,01$), активированных Т-лимфоцитов (CD3+HLA-DR+) ($p < 0,001$), активированных Т-хелперов (CD3+CD4+HLA-DR+) ($p < 0,001$), активированных Т-киллеров (CD3+CD8+HLA-DR+) ($p < 0,01$). Одновременно отмечено снижение, по сравнению с контролем, процента и количества субпопуляций лимфоцитов CD19+ ($p < 0,001$) и CD3-CD16+CD56+. Повышенным оказался и иммунорегуляторный индекс (CD4+/CD8+). Не выявлено отличий, в сравнении с контролем, по таким показателям клеточного иммунитета, как абсолютное и относительное количество Т-киллеров (CD3+CD8+) и относительного количества субпопуляции CD3+CD16+CD56+.

При изучении показателей иммунограммы у больных хроническим вирусным гепатитом С в зависимости от длительности заболевания получены следующие результаты: чем продолжительнее стаж болезни, тем значимо больше становилось активированных Т-лимфоцитов (до 5 лет - $8,35 \pm 0,91$ %, более 5 лет - $10,95 \pm 3,14$ %, $p < 0,05$; контроль - $3,93 \pm 0,22$ %, $p < 0,01$), активированных Т-хелперов (до 5 лет - $2,27 \pm 0,18$ %, более 5 лет - $2,81 \pm 0,38$ %, $p < 0,05$; контроль - $1,4 \pm 0,09$ %, $p < 0,01$) и активированных Т-киллеров (до 5 лет - $4,12 \pm 0,59$ %, более 5 лет - $5,64 \pm 0,70$ %, $p < 0,05$; контроль - $1,66 \pm 0,35$ %, $p < 0,01$). При этом иммунорегуляторный индекс (CD4+/CD8+) был повышен на ранних сроках заболевания и снижался после 5 лет болезни (до 5 лет - $2,13 \pm 0,13$, более 5 лет - $1,63 \pm 0,12$, $p < 0,01$; контроль - $1,58 \pm 0,10$). Другие показатели клеточного иммунитета не зависели от длительности течения хронического вирусного гепатита С.

Установлено, что у больных хроническим вирусным гепатитом С общий показатель ЛТА является пониженным - $9,13 \pm 0,56$ %, при этом заметна тенденция к снижению ее с увеличением стажа болезни, хотя значимых изменений не выявлено (до 5 лет - $9,33 \pm 0,76$ %, более 5 лет - $8,75 \pm 0,74$ %). Среднее число тромбоцитов, вступивших в контакт с лимфоцитами, у больных ХВГС было уменьшенным - $2,60 \pm 0,12$, показатель не менялся в зависимости от длительности болезни (до 5 лет - $2,60 \pm 0,15$, более 5 лет - $2,61 \pm 0,19$).

Заключение. Таким образом, у больных хроническим вирусным гепатитом С, в сравнении с контролем, установлен значительный рост популяции активированных Т-лимфоцитов (CD3+HLA-DR+), активированных Т-хелперов (CD3+CD4+HLA-DR+) и активированных Т-киллеров (CD3+CD8+HLA-DR+), что является проявлением дисрегуляции клеточного иммунитета и отражает иммунопатогенез HCV-инфекции. При этом данные изменения значимо усиливаются с ростом длительности заболевания. В то же время показатель лимфоцитарно-тромбоцитарной адгезии оказался сниженным у больных, особенно с более высоким стажем болезни, что свидетельствует о дисфункции Т-лимфоцитов, проявляющейся в уменьшении их способности к адгезии тромбоцитов. Полученные результаты демонстрируют необходимость изучения иммунограммы и теста лимфоцитарно-тромбоцитарной адгезии для оценки иммунитета у больных хроническим вирусным гепатитом С.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА PPARG (PRO12ALA) ПРИ ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИИ

Серкин Д.М., Серебрякова О.В., Харинцева С.В.,
Страмбовская Н.Н., Харинцев В.В., Дагбаева С.Д.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Эндокринная офтальмопатия - самостоятельное заболевание, которое характеризуется прогрессирующим иммуномедиаторным воспалением в экстраокулярных мышцах и ретробульбарной клетчатке. Заболеваемость эндокринной офтальмопатией достигает 0,8-1,2% в популяции. До настоящего времени патогенез эндокринной офтальмопатии остается полностью не изученным. Имеются литературные данные о роли гена PPARG в патогенезе эндокринной офтальмопатии, поэтому представляет интерес связь полиморфизма гена PPARG с развитием эндокринной офтальмопатии.

Целью исследования явилось изучение распространенности генотипов гена PPARG (Pro12Ala) у пациентов с эндокринной офтальмопатией.

Материалы и методы. Обследовано 52 пациента с эндокринной офтальмопатией и 36 здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту. Диагноз эндокринной офтальмопатии верифицировался клинически, подтверждался осмотром офтальмолога и при необходимости с помощью визуализации структур орбиты с помощью компьютерной томографии. Материалом для молекулярно-генетического анализа служили образцы ДНК, выделенные из периферической крови обследуемых лиц. Для исследования выбрана точечная мутация гена PPARG в позиции 12 (Pro>Ala). В работе использовались стандартные наборы праймеров НПФ "Литех" (Москва). Визуализация продуктов амплификации выполнена с помощью электрофореза в 3% агарозном геле с добавлением бромистого этидия.

Полученные данные обработаны с помощью программы "Statistica 6.0". Статистический анализ полученных данных проведен с использованием критерия χ^2 . Для определения частот аллельных вариантов применялся закон Харди-Вайнберга. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Распространенность генотипа нормальной гомозиготы (Pro/Pro) в исследуемой группе составила - 78,8%, в контрольной - 77,8%. Генотип гетерозиготы (Pro/Ala) встречался в группе пациентов с эндокринной офтальмопатией в 15,4%, а в когорте здоровых лиц - 22,2%. Мутантная гомозигота (Ala/Ala) встречалась только среди лиц с эндокринной офтальмопатией в 5,8% наблюдений. Обнаруженные различия распространенности генотипов статистически значимый характер ($p < 0,05$). Распространенность аллелей Pro и Ala в изучаемой группе 86,5% и 13,5%, отличалась при сравнении с контрольной группой 88,9 и 11,1% соответственно ($p < 0,01$). Частота встречаемости лиц с Pro+ и Ala+ в контрольной группе составляет 100% и 22,2%, что превышает встречаемость лиц с аналогичными аллелями в когорте пациентов с эндокринной офтальмопатией 94,2% и 21,1% ($p < 0,05$).

Для наиболее различающегося по встречаемости в контрольной и исследуемой группе генотипа Ala/Ala подчитывался относительный риск и отношение шансов. Относительный риск генотипа Ala/Ala в возникновении эндокринной офтальмопатии 1,73 (95% ДИ; 1,45 - 2,08), а отношение шансов 5,16 (95% ДИ; 0,26 - 103,04).

Выводы. Нормальная аллель Pro гена PPARG (Pro12Ala) встречается чаще в контрольной группе. Мутантный гомозиготный генотип Ala/Ala гена PPARG (Pro12Ala) обнаружен только у пациентов с эндокринной офтальмопатией. Гетерозиготный генотип Pro/Ala гена PPARG (Pro12Ala) встречается чаще в контрольной группе. Генотип Ala/Ala может способствовать возникновению эндокринной офтальмопатии.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА PPARG (C1431T) ПРИ ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИИ

Серкин Д.М., Серебрякова О.В., Харинцева С.В.,

Страмбовская Н.Н., Харинцев В.В., Дагбаева С.Д.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Эндокринная офтальмопатия - аутоиммунное заболевание, характеризующееся поражением органа зрения и структур орбиты (глазодвигательные мышцы, ретробульбарная клетчатка, слезная железа). Данное заболевание часто ассоциировано с аутоиммунной патологией щитовидной железы. До настоящего времени механизмы развития эндокринной офтальмопатии полностью не изучены. Имеются литературные данные о роли PPARG рецептора в трансформации фибробластов орбиты в адипоциты при эндокринной офтальмопатии, поэтому представляет интерес связь полиморфизма гена PPARG с развитием данного заболевания.

Целью исследования явилось изучение распространенности генотипов гена PPARG (C1431T) у пациентов с эндокринной офтальмопатией.

Материалы и методы. Обследовано 52 пациента с эндокринной офтальмопатией и 36 здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту. Диагноз эндокринной офтальмопатии верифицировался клинически, подтверждался осмотром офтальмолога и при необходимости с помощью визуализации структур орбиты с помощью компьютерной томографии. Материалом для молекулярно-генетического анализа служили образцы ДНК, выделенные из периферической крови обследуемых лиц. Для исследования выбрана точечная мутация гена PPARG в позиции 1431 (C>T). В работе использовались стандартные наборы праймеров НПФ "Литех" (Москва). Визуализация продуктов амплификации выполнена с помощью электрофореза в 3% агарозном геле с добавлением бромистого этидия.

Полученные данные обработаны с помощью программ "Statistica 6.0" и "2x2 Contingency Table". Статистически анализ полученных данных проведен с использованием критерия χ^2 . Для определения частот аллельных вариантов применялся закон Харди-Вайнберга. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Распространенность генотипа нормальной гомозиготы (C/C) в исследуемой группе составила - 57,7%, в контрольной - 41,7%. Генотип гетерозиготы (C/T) встречался в группе пациентов с эндокринной офтальмопатией в 25%, а в когорте здоровых лиц - 50%. Мутантная гомозигота (T/T) встречалась среди лиц с эндокринной офтальмопатией в 17,3% наблюдений, в контроле - 8,3%. Обнаруженные различия распространенности генотипов носили статистически значимый характер ($p < 0,001$). Распространенность аллелей C и T в изучаемой группе 70,2% и 29,8%, отличалась при сравнении с контрольной группой 66,7% и 33,3% соответственно ($p < 0,01$). Частота встречаемости лиц с C+ и T+ в контрольной группе составляет 91,7% и 58,3%, в когорте пациентов с эндокринной офтальмопатией лица с аналогичными аллелями составляют 82,7% и 42,3% ($p > 0,05$).

Для наиболее различающегося по встречаемости в контрольной и исследуемой группе генотипа C/T подчитывался относительный риск и отношение шансов. Относительный риск генотипа C/T в возникновении эндокринной офтальмопатии 0,61 (95% ДИ; 0,39 - 0,96), а отношение шансов 0,33 (95% ДИ; 0,13-0,82).

Выводы. Нормальная аллель C гена PPARG (C1431T) встречается чаще у лиц с эндокринной офтальмопатией, а мутантная аллель T - в контрольной группе. Гомозиготные генотипы C/C и T/T гена PPARG (C1431T) более распространены у пациентов с эндокринной офтальмопатией. Гетерозиготный генотип C/T гена PPARG (C1431T) способствует снижению на 39% риска развития эндокринной офтальмопатии.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА КОАКТИВАТОРА PPARGC 1A (GLY482SER)

ПРИ ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИИ

Серкин Д.М., Серебрякова О.В., Харинцева С.В.,

Страмбовская Н.Н., Харинцев В.В., Дагбаева С.Д.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Эндокринная офтальмопатия - аутоиммунное заболевание, которое характеризуется иммуномедиаторным воспалением в экстраокулярных мышцах и ретробульбарной клетчатке, поражением органа зрения. Механизм развития эндокринной офтальмопатии до настоящего времени полностью не изучен. Имеются литературные данные о роли PPARG в патогенезе заболевания, поэтому представляет интерес связь полиморфизма гена коактиватора PPARGC 1A с развитием эндокринной офтальмопатии.

Целью исследования явилось изучение распространенности генотипов гена коактиватора PPARGC 1A (Gly482Ser) у пациентов с эндокринной офтальмопатией.

Материалы и методы. Обследовано 52 пациента с эндокринной офтальмопатией и 36 здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту. Диагноз эндокринной офтальмопатии верифицировался клинически, подтверждался осмотром офтальмолога и при необходимости с помощью визуализации структур орбиты с помощью компьютерной томографии. Материалом для молекулярно-генетического анализа служили образцы ДНК, выделенные из периферической крови обследуемых лиц. Для исследования выбрана точечная мутация гена коактиватора PPARGC 1A в позиции 482 (Gly>Ser). В работе использовались стандартные наборы праймеров НПФ "Литех" (Москва). Визуализация продуктов амплификации выполнена с помощью электрофореза в 3% агарозном геле с добавлением бромистого этидия.

Полученные данные обработаны с помощью программы "Statistica 6.0". Статистически анализ полученных данных проведен с использованием критерия χ^2 . Для определения частот аллельных вариантов применялся закон Харди-Вайнберга. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Распространенность генотипа нормальной гомозиготы (Gly/Gly) в исследуемой группе составила - 38,5%, в контрольной - 38,9%. Генотип гетерозиготы (Gly/Ser) встречался в группе пациентов с эндокринной офтальмопатией в 34,6%, а в когорте здоровых лиц - 44,4%. Мутантная гомозигота (Ser/Ser) встречалась среди лиц с эндокринной офтальмопатией в 26,9% наблюдений, у здоровых лиц в 16,7% наблюдений. Обнаруженные различия распространенности генотипов статистически значимый характер ($p < 0,01$). Распространенность аллелей Gly и Ser в изучаемой группе 55,8% и 44,2%, отличалась при сравнении с контрольной группой 61,1 и 38,9% соответственно ($p < 0,001$). Частота встречаемости лиц с Gly+ и Ser+ когорте пациентов с эндокринной офтальмопатией 73,1% и 61,5%, статистически значимо отличаясь от показателей в контрольной группе (83,3% и 61,1% соответственно) ($p < 0,01$).

Для наиболее различающегося по встречаемости в контрольной и исследуемой группе генотипа Ser/Ser подчитывался относительный риск и отношение шансов. Относительный риск генотипа Ser/Ser в возникновении эндокринной офтальмопатии 1,25 (95% ДИ; 0,88 - 1,79), а отношение шансов 1,84 (95% ДИ; 0,63 - 5,37).

Выводы. Нормальная аллель Gly гена PPARGC A1 (Gly482Ser) встречается реже, а мутантная Ser гена PPARGC A1 (Gly482Ser) - чаще, чем в контрольной группе. Мутантный гомозиготный генотип Ser/Ser гена PPARGC A1 (Gly482Ser) встречается чаще у пациентов с эндокринной офтальмопатией. Гетерозиготный Gly/Ser и нормальный гомозиготный Gly/Gly генотипы гена PPARGC A1 (Gly482Ser) встречается чаще в контрольной группе.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА КОАКТИВАТОРА PPARGC 1B (ALA203PRO) ПРИ ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИИ

Серкин Д.М., Серебрякова О.В., Харинцева С.В.,
Страмбовская Н.Н., Харинцев В.В., Дагбаева С.Д.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Эндокринная офтальмопатия - патология, находящаяся на стыке интересов эндокринологии и офтальмологии. При эндокринной офтальмопатии наблюдается поражение всех структур орбиты (орган зрения, глазодвигательные мышцы, ретробульбарная клетчатка, слезная железа, зрительный нерв). Патогенез эндокринной офтальмопатии до настоящего времени полностью не изучен. Имеются литературные данные о роли PPARG в патогенезе заболевания, поэтому представляет интерес связь полиморфизма гена коактиватора PPARGC 1B в формировании эндокринной офтальмопатии.

Целью исследования явилось изучение распространенности генотипов гена коактиватора PPARGC 1B (Ala203Pro) у пациентов с эндокринной офтальмопатией.

Материалы и методы. Обследовано 52 пациента с эндокринной офтальмопатией и 36 здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту. Диагноз эндокринной офтальмопатии верифицировался клинически, подтверждался осмотром офтальмолога и при необходимости с помощью визуализации структур орбиты с помощью компьютерной томографии. Материалом для молекулярно-генетического анализа служили образцы ДНК, выделенные из периферической крови обследуемых лиц. Для исследования выбрана точечная мутация гена коактиватора PPARGC 1B в позиции 203 (Ala>Pro). В работе использовались стандартные наборы праймеров НПФ "Литех" (Москва). Визуализация продуктов амплификации выполнена с помощью электрофореза в 3% агарозном геле с добавлением бромистого этидия.

Полученные данные обработаны с помощью программы "Statistica 6.0". Статистически анализ по-

лученных данных проведен с использованием критерия χ^2 . Для определения частот аллельных вариантов применялся закон Харди-Вайнберга. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Распространенность генотипа нормальной гомозиготы (Ala/Ala) в исследуемой группе составила - 19,2%, в контрольной - 25%. Генотип гетерозиготы (Ala/Pro) встречался в группе пациентов с эндокринной офтальмопатией в 55,8%, а в когорте здоровых лиц - 58,3%. Мутантная гомозигота (Pro/Pro) встречалась среди лиц с эндокринной офтальмопатией в 25% наблюдений, у здоровых лиц в 16,7% наблюдений. Обнаруженные различия распространенности генотипов статистически значимый характер ($p < 0,01$). Распространенность аллелей Ala и Pro в изучаемой группе 47,1% и 52,9%, отличалась при сравнении с контрольной группой 54,2 и 45,8% соответственно ($p < 0,001$). Частота встречаемости лиц с Ala+ и Pro+ когорте пациентов с эндокринной офтальмопатией 75% и 80,8%, статистически значимо отличаясь от показателей в контрольной группе (83,3% и 75% соответственно) ($p < 0,001$).

Для наиболее различающегося по встречаемости в контрольной и исследуемой группе генотипа Pro/Pro подчитывался относительный риск и отношение шансов. Относительный риск генотипа Pro/Pro в возникновении эндокринной офтальмопатии 1,21 (95% ДИ; 0,84 - 1,75), а отношение шансов 1,67 (95% ДИ; 0,57 - 4,9).

Выводы. Нормальная аллель Ala гена PPARGC 1B (Ala203Pro) встречается реже, а мутантная Pro гена PPARGC 1B (Ala203Pro) - чаще, чем в контрольной группе. Мутантный гомозиготный генотип Pro/Pro гена PPARGC 1B (Ala203Pro) встречается чаще у пациентов с эндокринной офтальмопатией. Гетерозиготный Ala/Pro и нормальный гомозиготный Pro/Pro генотипы гена PPARGC 1B (Ala203Pro) встречается чаще в контрольной группе.

ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ

Сизова О.А., Гончарова Е.В., Старновская Е.Н., Шемякин П.А., Ческовский А.В.
ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Цель исследования. Определить особенности ремоделирования левого желудочка у молодых пациентов с терминальной хронической почечной недостаточностью, находящихся на программном гемодиализе.

Материал и методы. В исследование включено 40 пациентов с хронической терминальной почечной недостаточностью воспалительного генеза, находящихся на гемодиализе, из них - 20 мужчин и 20 женщин. Средний возраст пациентов составил $34 \pm 2,5$ лет. Критериями исключения явились: возраст старше 45 лет, заболевания сердца, ряд тяжелой соматической и эндокринной патологии. Эхокардиографическое исследование проводилось на аппарате "Vivid-7 dimension" (США). Изучались следующие показатели: конечный систолический и конечный диастолический размер левого желудочка; толщина задней стенки левого желудочка в диастолу и толщина межжелудочковой перегородки в диастолу; фракция выброса и систолическое укорочение левого желудочка. Массу миокарда левого желудочка рассчитывали по формуле рекомендуемой Американским обществом эхокардиографии (ASE). Также оценивали индекс массы миокарда левого желудочка и относительную толщину миокарда левого желудочка. Гипертрофию левого желудочка диагностировали при ИММЛЖ 110 г/м^2 и более. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием электронных таблиц "EXCEL-2010" и "Biostat".

Результаты. У молодых пациентов с терминальной хронической почечной недостаточностью, находящихся на гемодиализе, нормальная геометрия левого желудочка была обнаружена в 7 случаях, что составило 17,5%, концентрическая гипертрофия левого желудочка выявлена у 33 (75%) и эксцентрическая гипертрофия ЛЖ наблюдалась значительно реже у 3 пациентов (7,5%). Установлено, что у больных с концентрической гипертрофией левого желудочка - незначительная гипертрофия встречалась в 20% случаев, умеренная гипертрофия в 16% случаев, значительная в 12,5 % случаев. Также отмечено, что значительная гипертрофия миокарда левого желудочка встречалась исключительно только у мужчин.

Выводы. Было выявлено, что у 82,5% пациентов имеет место гипертрофия левого желудочка, где концентрическая гипертрофия левого желудочка встречается в 75%, а эксцентрическая гипертрофия в 2,5 % случаев. Для дальнейшей оценки изменений миокарда планируется включение в исследование большего числа пациентов, с формированием группы больных с преддиализной стадией ХБП 3 ст.

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИОНИЗИРОВАННОЙ АРГОНОВОЙ ПЛАЗМЫ ПРИ
ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ СУЖЕНИЯХ ПИЩЕВОДА И ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ**

Скажутин Т.В., Чугай О. А., Цепелев В.Л.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Аргоноплазменная коагуляция (АПК) - метод монополярной электрохирургии, при котором энергия электромагнитного поля высокой частоты передается на ткань бесконтактным способом с помощью потока ионизированного инертного газа - аргона. На сегодняшний день метод АПК эффективно применяется в открытой и эндоскопической хирургии, гинекологии, гастроэнтерологии, оториноларингологии. Внедрение ионизированной аргоновой плазмы в гибкую эндоскопию преследовало 2 основные цели: остановка кровотечений из полых органов различной этиологии и деструкция обтурирующих просвет опухолей. Впоследствии, перечень показаний к применению был расширен благодаря успешным клиническим испытаниям АПК в лечении доброкачественных аденом, ангиодисплазий, свищевых ходов различной локализации.

Описанный в литературе побочный эффект - растяжение тканей - объясняет целесообразность внедрения плазменных технологий в структуру дилатирующих методик. В связи с чем, нами впервые было предложено и применено лечение доброкачественных стенозов пищевода и пилородуоденальной зоны методом воздействия ионизированной аргоновой плазмы.

В период с 2010 года по настоящий момент в Краевой клинической больнице г. Читы эндоскопическим способом с применением ионизированной аргоновой плазмы было пролечено 54 человека, которые в последующем были разделены в зависимости от локализации сужения на 2 группы.

Первую составили 42 пациента с рубцовыми стриктурами пищевода в возрасте от 23 до 73 лет, средний возраст - $56,2 \pm 3,3$ лет. Из них мужчин - 31, женщин - 11. Основным этиологическим фактором стеноза пищевода в 36 случаях (85,7%) явился химический ожог; у 6 пациентов (14,3%) сужение сформировалось как следствие длительно текущего пептического рефлюкс-эзофагита. У 25 пациентов сроки формирования стеноза составили от 4 до 12 месяцев, у 17 - от года до 26 лет. Степень сужения пищевода была от 0,3 см до 0,7 см, среднее значение - $0,54 \pm 0,05$ см. Комбинированное лечение (сочетание антеградного или ретроградного бужирования с методом АПК) проводилось 29 пациентам, в результате чего нами было выявлено, что бужирование не дает заметного стойкого расширения пищевода, поскольку при проведении эзофагоскопии нередко просвет уже разбужированного пищевода оставался критичным и непроходимым для гастроскопа наименьшего диаметра (6мм). В отношении 13 пациентов применена монотерапия методом АПК. Количество сеансов, приходящихся на 1 курс лечения, составило от 3 до 10. Основным критерием эффективности являлось полное восстановление пассажа пищи по пищеводу, при котором диаметр дилатированных стриктур достигал 1,2 см и более. Положительная эндоскопическая динамика клинически сопровождалась купированием дисфагии и восстановлением естественного питания.

Гистологическая картина пищевода до лечения характеризуется признаками хронического эзофагита: инфильтрация эозинофилами и нейтрофилами, гиперплазия базальных клеток, удлинение сосочков собственной пластинки, фиброзирование подслизистой зоны. Гистограмма пищевода по окончании лечения методом АПК представлена эпителиальным слоем с нормализацией средней толщины выстилки, стратификацией слоев и явлениями регенераторной плоскоклеточной метаплазии. При этом наблюдается выраженное уменьшение высоты слизистой и значительное снижение количества лейкоцитов как в слизистой, так и в подслизистой зонах. Иммунофенотипирование с антителами к фактору роста фибробластов (TGF) выявило стойкое возрастание уровня экспрессии данного показателя в подслизистой зоне. Аналогичные результаты получены при иммунофенотипировании с антителами к металлопротеазе 2 (ММР-2), ответственной за распад 4 фракции коллагена: по окончании лечения наблюдается увеличение уровня экспрессии ММР-2 в 2 раза в сравнении с первоначальным значением, как в слизистой, так и в подслизистой зонах.

Во вторую группу наблюдений вошли 12 пациентов с язвенным пилородуоденальным стенозом в возрасте от 36 до 65 лет, средний показатель - $56,9 \pm 3,2$. Из них мужчин - 8, женщин - 4. Все пациенты страдали язвенной болезнью более 10 лет. Три пациента были ранее оперированы по поводу перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки. Степень сужения выходного отдела желудка была различной от 0,4 см до 0,8 см, среднее значение - $0,62 \pm 0,3$. У 5 из 12 пациентов диагностирован субкомпенсированный стеноз, у 7 - компенсированный стеноз пилородуоденальной зоны. Всем проводили от 3 до 10 сеансов за один курс лечения до полного восстановления проходимости выходного отдела желудка. Среднее количество сеансов АПК составило $4,8 \pm 0,6$. По окончании лечения во всех случаях удалось

добиться расширения стенозированного участка до 1,2 см и более, что сопровождалось отчетливой положительной клинической динамикой - у пациентов купировалась рвота, нормализовался стул. В случаях субкомпенсированных стенозов отмечалась нормализация показателей ионограммы. Все пациенты были выписаны в удовлетворительном состоянии, при обследовании больных в отдаленные сроки (от 6 месяцев до 1,5 лет) рецидивов стеноза не отмечено.

Таким образом, воздействие ионизированной аргоновой плазмы - малотравматичный и эффективный способ лечения доброкачественных стенозов ЖКТ, позволяющий достичь выраженный и стабильный клинический эффект за короткий срок. После курса АПК в слизистом и подслизистом слоях стенозированного участка отмечается уменьшение морфологических признаков воспаления, нормализация толщины эпителиальной выстилки, стратификация слоев. В результате воздействия ионизированной аргоновой плазмы происходит ремоделирование рубцовой ткани стенозированного участка за счет увеличения экспрессии матриксной металлопротеиназы 2 и фактора роста фибробластов.

Все вышесказанное наглядно демонстрирует высокую клиническую эффективность плазменных технологий в лечении доброкачественных стенозов желудочно-кишечного тракта различной этиологии. Воздействие ионизированной аргоновой плазмой выступило достойной альтернативой традиционным дилатирующим методикам в лечении рубцовых стенозов пищевода, таким как бужирование и баллонная дилатация, отличающимся травматичностью и высоким риском сопутствующих осложнений. Применение метода АПК в лечении язвенных пилородуоденальных стенозов позволило отказаться от традиционных полостных оперативных вмешательств у больных в стадии компенсации.

ИССЛЕДОВАНИЕ КОСТНОЙ ТКАНИ В ГОЛОВКЕ БЕДРЕННОЙ КОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕТРАЦИКЛИНОВОЙ МЕТКИ ПОСЛЕ СУБКАПИТАЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ БЕДРА У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ

Смекалов В.П., Белинов Н.В.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Переломы шейки бедренной кости и неудовлетворительные результаты металлоостеосинтеза данных переломов представляют огромную социально-медицинскую проблему, решение которой многие авторы видят в развитии малоинвазивной хирургии. Неудовлетворительные результаты остеосинтеза связывают в первую очередь с нарушением кровообращения в проксимальном отделе бедренной кости, которое развивается после травмы, а так же с повреждением внутрикостной сосудистой сети массивными металлоконструкциями при остеосинтезе. Выше сказанное диктует необходимость дальнейшего экспериментального изучения процессов кровообращения и остеогенеза в головке после перелома шейки бедренной кости.

Цель исследования: изучить состояние костной ткани головки бедренной кости при экспериментальном переломе шейки бедренной кости в ранние сроки после травмы с использованием "тетрациклиновой метки".

Материалы и методы. В эксперименте использовали 30 беспородных половозрелых крыс в возрасте 120 дней, весом 180-230 граммов. Все животные были разделены на три группы А, Б, и В. В каждой группе по 10 животных, которые были разделены на 2 подгруппы по 5 крыс. Группы "А" и "Б" экспериментальные, группа "В" контрольная. Животным всех трех групп под ингаляционным эфирным наркозом создавался субкапитальный перелом шейки левой бедренной кости. Эутаназия всем животным производилась под ингаляционным эфирным наркозом. В группе "А", первой подгруппе (5 крыс) тетрациклин вводился за 3 часа до перелома, эутаназия производилась через 12 часов после перелома. Второй подгруппе тетрациклин вводился за 1 часа до перелома. Эутаназия проводилась через 24 часа после перелома. В группе "Б", первой подгруппы тетрациклин вводился спустя 3 часа после перелома эутаназия проводилась через 12 часов. Второй подгруппе тетрациклин вводился спустя 1 час после перелома. Эутаназия производилась через 24 часа после перелома. Животным контрольной группы "В" тетрациклин не вводился, эутаназия производилась, через 12 и 24 часа после перелома шейки бедренной кости. Оценка "тетрациклиновой метки" проводилась через 12 и 24 часа после экспериментального перелома на костных шлифах, приготовленных без декальцинации.

Результаты. На препаратах (костный шлиф) головок левых бедренных костей, у животных экспериментальной группы "А", первой подгруппы отмечено яркое, желто-зеленое свечение тетрациклина. Границы трабекул четкие. Полоска отложения тетрациклина имеет яркое желто-зеленое свечение. Это говорит о том, что тетрациклин, введенный за 3 часа до перелома, в достаточном количестве отложился

ся в хрящевой и костной ткани головки бедренной кости. По данным препаратам можно косвенно утверждать, что процессы адсорбции и остеогенеза до перелома шейки бедра были не нарушены. Головка бедренной кости в полной мере получала кровоснабжение.

На препаратах (костный шлиф) головок левой бедренной кости животных экспериментальной группы "А" вторая подгруппа отмечено умеренное, желто-зеленое свечение тетрациклина. Границы трабекул размыты. Полоска отложения тетрациклина имеет умеренное желто-зеленое свечение. В препаратах больше желтого оттенка, чем зеленого. Полоска отложения тетрациклина имеет прерывистую структуру, в которой преобладает желтый оттенок. Данное обстоятельство говорит о том, что тетрациклин, введенный за 1 час до перелома, в умеренном количестве отложился в костной и хрящевой ткани головки бедренной кости. Процессы адсорбции и остеогенеза до перелома шейки бедра были не нарушены. Головка бедренной кости хорошо кровоснабжалась.

Препараты (костный шлиф) головок левых бедренных костей из экспериментальной группы животных "Б", первая и вторая подгруппы. На представленных препаратах желто-зеленое свечение отсутствует. Костные трабекулы слабо дифференцируются, границы размыты. Данная картина свидетельствует о том, что тетрациклин введенный в брюшную полость через 3 часа и через 1 час после перелома шейки бедренной кости в костную ткань головки не поступил, следовательно, процессы адсорбции и остеогенеза резко нарушены. Кровообращение в головке бедра после перелома шейки было нарушено.

В препаратах животных контрольной группы "В" и первой и второй подгруппах желто-зеленое свечение отсутствует, поскольку тетрациклин не вводился.

Выводы.

Введение тетрациклина до операции дает люминесцентное свечение в костных шлифах, что говорит о процессах остеогенеза проходящего в головке бедренной кости и хорошем кровоснабжении проксимального отдела бедра.

При введении тетрациклина после перелома шейки бедра свечение "тетрациклиновой метки" отсутствует. Данное обстоятельство подтверждает нарушение остеогенеза и минерализации остеоида в хряще и костных балках головки бедренной кости и нарушении кровообращения в проксимальном отделе бедра.

РОЛЬ ВНУТРИКОСТНОЙ СОСУДИСТОЙ СЕТИ В КРОВΟΣНАБЖЕНИИ ГОЛОВКИ БЕДРА ПОСЛЕ СУБКАПИТАЛЬНОГО ПЕРЕЛОМА ШЕЙКИ У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ

Смекалов В.П., Белинов Н.В.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Переломы проксимального отдела бедренной кости - это актуальная и не решенная медицинская и социальная проблема. Количество переломов шейки бедренной кости составляют 45% от всех переломов опорно-двигательной системы. Так же в последние годы регистрируется рост количества переломов шейки бедренной кости, что связано с увеличением продолжительности жизни с одной стороны и прогрессирующим остеопорозом у лиц пожилого возраста с другой стороны. Для лечения такой категории больных требуются малоинвазивные методы остеосинтеза. Вышесказанное диктует необходимость дальнейшего экспериментального исследования данной патологии, особенно изучение кровоснабжения головки, после перелома шейки бедренной кости, и после остеосинтеза малоинвазивными металлоконструкциями.

Цель исследования: оценить роль внутрикостной сосудистой сети проксимального отдела бедра на кровоснабжение головки после субкапитального перелома шейки бедренной кости в остром опыте на лабораторных животных.

Материалы и методы.

Проведен эксперимент на 39 беспородных половозрелых крысах-самцах с массой тела 180-220 г. Возраст животных - 120 дней, что соответствует трем календарным месяцам. Опыты осуществлены в соответствии с "Правилами проведения работ с использованием экспериментальных животных" (приказ МЗ СССР № 742 от 13.11.84). Исследования проводилось с использованием люминесцентного микроскопа Olympus CX-31, с увеличением X 150.

Животные были разделены на 2 группы: 1-я контрольная - 9 животных, 2-я экспериментальная - 30 крыс. Контрольная группа была разделена на три подгруппы (А, Б, В) по 3 крысы в каждой подгруппе. Экспериментальная группа разделена на 3 подгруппы (А, Б, В) по 10 животных в каждой. Всем животным под ингаляционным эфирным наркозом, соответственно по подгруппам выполнялись следующие

операции: в подгруппе "А" выполнялась задняя артродомия левого тазобедренного сустава без его вывиха, затем производили вытяжение за дистальный отдел конечности и в расширенную суставную щель вводили скальпель и отсекали круглую связку головки бедренной кости. После пересечения круглой связки капсула сустава и рана ушивались послойно. Животным подгруппы "Б" выполнялась задняя артродомия слева с полным пересечением капсулы тазобедренного сустава и последующим сдвигом ее до основания шейки бедренной кости. Рану послойно ушивали. В подгруппе "В" крысам задним доступом выполнялась артродомия левого тазобедренного сустава. Капсула тазобедренного сустава рассекалась параллельно шейки бедренной кости. По разработанной нами методике (заявка на изобретение №2012105717 от 17.02.12.) производился субкапитальный перелом шейки бедренной кости, затем капсула сустава и операционная рана послойно ушивались.

Через три часа после операции экспериментальной группе животных внутривенно вводили тетрациклин в дозе 30 мг на 1 кг веса на 0,25% растворе новокаина. Животным контрольной группы тетрациклин не вводился. Через 24 часа после операций под ингаляционным эфирным наркозом всем животным выполнялась эутаназия. У животных экспериментальной и контрольной групп извлекался проксимальный отдел левой бедренной кости для приготовления костных шлифов.

Результаты и обсуждение.

В костных шлифах головки бедренной кости контрольной группы животных во всех подгруппах при исследовании в люминесцентном микроскопе костные трабекулы слабо контурируются, желто-зеленое свечение отсутствовало (тетрациклин животным не вводился). В костных шлифах бедренных костей экспериментальной группы животных в подгруппе "А", которым пересекалась круглая связка головки бедренной кости, отмечалось яркое, желто-зеленое свечение тетрациклина. В костных шлифах головки бедренной кости в подгруппе "Б" экспериментальной группы животных, которым пересекалась капсула тазобедренного сустава и кровеносные сосуды идущие в ней, отмечалось яркое желто-зеленое свечение тетрациклина. При люминесцентном исследовании костных шлифов головки бедренной кости животным подгруппы "В", которым производился субкапитальный перелом шейки бедренной кости с разрушением внутрикостной сосудистой сети, свечение тетрациклина в костных структурах полностью отсутствовало.

Выводы.

Основное кровоснабжение головки бедренной кости получает через внутрикостную сосудистую сеть шейки бедренной кости. Повреждение артерий круглой связки и сетчатых артерий капсулы тазобедренного сустава существенного влияния на кровоснабжение головки бедренной кости не оказывают. При субкапитальных переломах шейки в головке бедренной кости кровообращение через внутрикостную сосудистую сеть прекращается.

ИССЛЕДОВАНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ КОСТНОЙ ТКАНИ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ В РАННИЕ СРОКИ ПОСЛЕ СУБКАПИТАЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ

Смекалов В.П., Белинов Н.В.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Результаты хирургического лечения переломов шейки бедренной кости даже после малоинвазивных методов остеосинтеза остаются неудовлетворительными. Причины асептических некрозов головки бедренной кости и развитие ложных суставов после переломов шейки бедренной кости остаются недостаточно изученными. В то же время при данных переломах сохраняется высокий процент стационарной летальности, особенно у пациентов пожилого возраста. По данным одних авторов она достигает 5%, по данным других до 25% переломов не срастаются, у каждого третьего после консолидации возникает аваскулярный некроз головки бедра, у 40% - деформирующий коксартроз. Данное положение диктует необходимость дальнейшего экспериментального исследования кровообращения и состояние структуры костной ткани в проксимальном отделе бедренной кости как после переломов шейки бедра, так и после различных методов металлоостеосинтеза.

Цель исследования: изучить морфологические изменения хрящевых и костных структур головки бедра при экспериментальных субкапитальных переломах шейки в ранние сроки после травмы.

Материалы и методы.

В эксперименте использовались 20 беспородных половозрелых крыс-самцов, массой 180-220 граммов. Возраст животных - 120 дней, что соответствует трем календарным месяцам. Опыты осуществля-

лись в соответствии с "Правилами проведения работ с использованием экспериментальных животных" (приказ МЗ СССР № 742 от 13.11.84).

Животным, разделенным на две группы "А" и "Б" (в каждой группе по 10 крыс), под ингаляционным эфирным наркозом выполнялся субкапитальный перелом шейки левой бедренной кости по оригинальной методике (Заявка на изобретение № 2012105717.17. 02.12).

Животные группы "А" были выведены из эксперимента под ингаляционным эфирным наркозом через 24 часа после перелома шейки бедренной кости, животные группы "Б" через 48 часов. Для гистологического исследования были взяты головки бедренных костей на стороне перелома. После фиксации в течение суток в 10% нейтральном растворе формалина, декальцинации материал проводился по традиционной методике.

Для гистологического исследования хрящевых и костных структур головки бедренной кости использовались парафиновые срезы толщиной 8-10 микрон, окрашенные гематоксилином и эозином. Исследования проводились на микроскопе фирмы Olimpus с увеличением $\times 150$.

Результаты и обсуждение.

При исследовании препаратов головок бедренных костей через 24 часа (группа А) структура суставного гиалинового хряща сохранена. В его поверхностной зоне располагаются мелкие уплощенные хондроциты, напоминающие фиброциты. В промежуточной зоне сохраняются более крупные, округлой формы хондроциты.

В метаэпифизарном хряще нечетко различаются пограничная зона, зона столбчатых клеток и зона пузырчатых клеток. Зона столбчатых клеток не формирует колонки. Зона пузырчатых клеток характеризуется гидратацией, они увеличены, округлой формы. Вокруг костных балок мало остеобластов. Васкуляризация слабо выражена. В большинстве микропрепаратов метафизарной пластинки головки бедренной кости через сутки после перелома наблюдаются выраженные ишемические и дистрофические процессы. Ядра хондроцитов слабо окрашены, много бесклеточных полей. Васкуляризация слабо выражена. Вокруг костных балок небольшое количество остеобластов, кровоизлияния.

При исследовании структуры головки бедренных костей через 48 часов (группа Б) обнаруживается следующая гистологическая картина. В поверхностной зоне суставного хряща сохраняются мелкие уплощенные хондроциты, напоминающие фиброциты. В промежуточной зоне обнаруживаются более крупные, округлой формы хондроциты с бледными, слабо окрашенными гематоксилином ядрами. Дистальные отделы суставного гиалинового хряща теряют свое строение, клеточные зоны исчезают, сохраняются только бесклеточные поля межучного вещества. В метаэпифизарном хряще становятся неразличимыми пограничная зона, зона столбчатых клеток и зона пузырчатых клеток. Ядра единичных клеток слабо окрашены гематоксилином, большей частью отсутствуют. В полостях между костью и хрящом кровеносные капилляры, обеспечивающие питание клетки глубжележащих зон хрящевой пластинки, отсутствуют. Вокруг костных балок нет остеобластов. Васкуляризация отсутствует.

Выводы.

- в головке бедренной кости экспериментальных животных через 24 часа после субкапитального перелома шейки бедренной кости развиваются процессы ишемии и дистрофии;
- через 48 часов после субкапитального перелома шейки в головке бедра развивается картина тяжелой ишемии и некроза ее структур.

СОСТАВ ЖИРНЫХ КИСЛОТ КОНДЕНСАТА И КРОВИ ПРИ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ **Соловьёва Н.В.**

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

В структуре заболеваемости детей Забайкалья преобладает бронхолегочная патология, что обусловлено резко континентальным климатом, повышенной загазованностью и задымленностью воздушного слоя. Неблагоприятные агрессивные факторы внешней среды вызывают напряжение всех функциональных систем детского организма, поэтому стимулируется липидный обмен. В настоящее время расширяется применение здоровьесберегающих технологий исследования органов дыхания среди детей. Прижизненное изучение поверхностно-активных веществ лёгких проводилось с помощью атравматичного неинвазивного метода - в экспирате, который непосредственно отражает состояние сурфактанта.

Нами обследован 31 ребёнок с острой пневмонией в возрасте от 7 до 14 лет. Осложнения имели 13 детей (41,9%), а 18 (58,1%) - без осложнений.

Контрольную группу составили 50 практически здоровых детей того же возраста. Содержание жирных кислот общих липидов изучалось в выдыхаемой влаге и параллельно в сыворотке крови.

Соотношение основных классов жирных кислот в сыворотке крови у детей с острой пневмонией без осложнений имело следующий вид: величины насыщенных жирных кислот составили 36,54 отн.% против 36,48 отн.% (контроль), моноеновых кислот - на 27,5% выше и полиеновых - на 25,2% меньше контроля. Сумма ненасыщенных кислот упала на 1,6% от контроля.

В крови у детей с осложнённой формой цифры насыщенных и моноеновых жирных кислот выросли на 16,1% и 22,3% соответственно; полиеновых - составили 60,7%. Сумма полиненасыщенных жирных кислот достигла 89,4% от нормы.

У больных с осложнённой формой пневмонии в крови величины предельных жирных кислот выросли на 15,6%. Удельный вес моноеновых кислот был повышен на 28,4% ($p < 0,05$) и 21,8% ($p < 0,05$) - в группе без осложнений и с ними соответственно, а полиеновых кислот снижен до 75,8% ($p < 0,01$) и 61,2% ($p < 0,001$) относительно контроля. Цифры пальмитата, достоверно выросли в крови у лиц с осложнённой формой.

Характеристика показателей крови у детей с осложнениями острой пневмонии следующая: пальмитат снижался и рос стеарат, что позволило сохранить общий объём данного семейства. Основу пула моноеновых кислот составил достоверный рост цифр С18:1 - при пневмонии без осложнений, в противоположной группе - наряду с этим увеличился уровень пальмитоолеината. Доля полиненасыщенных жирных кислот падала за счёт С18:2 - в 1,4 раза, С18:3 - в 1,6 раза и С20:4 - в 6,4 раза у больных с осложнениями. Отсутствие последних снизило линолеат и арахидонат в 1,3 раза и 1,9 раза соответственно; и повысило линоленоат - в 3,1 раза.

Анализ основных семейств жирных кислот в экспирате у детей с неосложнённой формой пневмонии показал, что цифры насыщенных жирных кислот составили 61,86 отн.% (контроль - 68,51 отн.%); моноеновых и полиненасыщенных - возросли на 42,9% и на 7,3% соответственно. Сумма ненасыщенных жирных кислот повысилась на 21,2% относительно нормы.

Общая картина главных классов жирных кислот при осложнении заболевания в конденсате: насыщенные кислоты уменьшились на 3,6% от контроля; моноеновые - возросли на 45,2%, а полиненасыщенные - составили 77,0% от контроля. Сумма всех полиненасыщенных жирных кислот равнялась 108,4%.

В составе насыщенных жирных кислот экспирата у больных без осложнений снизились С14:0 и С15:0, а также С17:0 при относительном росте цифр пальмитата и падении в 3,3 раза стеарата. Общий объём предельных кислот снижался до 90,3% без осложнений и до 96,4% - с осложнениями. Количества моноеновых жирных кислот возрастали на 42,9% и 45,3% соответственно. Уровень полиненасыщенных кислот оставался прежним за счёт роста цифр С18:2 и С18:3, на фоне уменьшения С20:4 в 2,3 раза. При осложнениях падал уровень С18:3, и особенно резко - в 4,9 раза - С20:4.

Проведённые исследования подтверждают зависимость процессов обмена липидов, как в организме, так и в сурфактанте. Осложнённый вариант пневмонии провоцирует максимально выраженный дефицит полиненасыщенных жирных кислот поверхностно-активных веществ легочной ткани и крови.

АДАПТАЦИОННО-ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА

Соловьева Т.Л., Калинина С.В.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Актуальность. Человек в течение всей жизни находится под постоянным воздействием целого спектра факторов окружающей среды - от экологических до социальных, и все они непосредственно влияют на его жизнедеятельность, здоровье и, в конечном итоге, на продолжительность жизни. Стресс является одним из факторов, вызывающих расстройства функций пищеварительной системы и сопровождается накоплением в организме человека патологических интермедиатов, являющихся эндотоксинами. Эндогенная интоксикация связана с повышенным распадом биомолекул, клеток и тканей, накоплением эндотоксинов мембранодеструктивного действия. Качественный спектр и количество микрофлоры кишечника нарушаются, в первую очередь, при ухудшении условий ее обитания. К таким условиям относятся нерациональное питание, экзаменационный стресс и др. Изменения нормального микробиоценоза желудочно-кишечного тракта играют важную роль в развитии гастроинтестинальной патологии. Чтобы сохранить жизнеспособность, человеку требуется восстановить взаимодействие с эволюционно сформированным микроокружением и создать прежний естественный микробиоценоз.

Целью работы явилось определение состояния микрофлоры кишечника у студентов во время экзаменационного стресса; на фоне приема пробиотиков и без них.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 30 студентов в возрасте от 20 до 23 лет.

Первая группа (15 человек) получала "Наринэ-форте" по 10 мл 2 раза в день в течение всего периода экзаменационной сессии, вторая группа (15 человек) служила контролем. "Наринэ-форте" - жидкий пробиотик, содержащий кислотоустойчивые штаммы *L.acidophilus*, *B.bifidum* 791БАГ и *B.longum* в концентрации не менее 109 КОЕ в 1 мл. Согласно рекомендациям по применению препарата бактерии, входящие в состав "Наринэ-форте", хорошо приживаются на всех слизистых желудочно-кишечного тракта и обладают выраженной антагонистической активностью к широкому кругу патогенных и условно-патогенных микроорганизмов. Кроме этого имеет ярко выраженное укрепляющее и иммуностимулирующее действие.

Для оценки результатов исследования осуществлялся забор материала (фекалий) 2-хкратно: за месяц до экзамена и во время сессии. Для определения состояния микрофлоры кишечника использовались стандартные бактериологические методы.

Результаты. Содержание основных представителей микрофлоры кишечника (бифидо- и лактобактерий) у студентов в исследуемой и контрольной группах до экзамена достоверно не различалось. Тогда как во время стресса снижалось во второй группе до 106-107 КОЕ в 1 г фекалий по сравнению с первой - 108 -109±0,3 КОЕ в 1 г.

На основании проведенных исследований был сделан **вывод:** состояние микрофлоры кишечника студентов во время экзаменационного стресса остается нормальным на фоне приема пробиотика (в частности, "Наринэ-форте") по сравнению с теми студентами, которые пробиотик не принимали. В связи с этим для профилактики дисбиоза, гастроинтестинальной патологии и иммунодефицита рекомендуется принцип заселения желудочно-кишечного тракта представителями нормобиоты.

ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЮ РЕЗКИХ ФОРМ АТРОФИИ КОСТНОЙ ТКАНИ НА БЕЗЗУБОЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Соловьев С.Н., Марченко Т.И.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Ортопедическое лечение больных с неблагоприятными клиническими условиями на беззубой нижней челюсти сопряжено с большими сложностями и остается одной из актуальных проблем в стоматологии. Основной причиной затрудненной адаптации является отсутствие должной устойчивости протезов на опорных тканях беззубой нижней челюсти из-за резкой атрофии костной ткани. Одним из факторов, способствующих изменению клинико-анатомических особенностей протезного ложа, является несвоевременная обращаемость пациентов за ортопедической помощью.

Цель исследования: изучить факторы, влияющие на формирование протезного ложа у пациентов с полным отсутствием зубов на нижней челюсти.

Материал и методы. Для оценки эффективности ортопедического лечения у больных с полным отсутствием зубов были обследованы 81 больной с полной утратой зубов, обратившихся в ортопедическое отделение стоматологической клиники Читинской государственной медицинской академии.

Объектом углубленного исследования явились 54 человека 45-65 лет со сложными клиническими условиями на беззубой нижней челюсти. Состояние костной основы протезного ложа нижней челюсти соответствовало 4-му классу по классификации И.М. Оксмана, с преобладанием атрофии альвеолярной части в дистальных отделах челюсти.

Первую группу составили пациенты длительно пользующиеся частичными съёмными протезами, не соответствующими функциональным и эстетическим требованиям. Во вторую группу вошли пациенты с полной адентией на нижней челюсти, со сроком службы протезов более 6 лет. Третья группа сформирована пациентами длительно не обращавшимися за ортопедической стоматологической помощью.

Проведен клинико-статистический анализ возможных причин возникновения неравномерной атрофии альвеолярной части, на основе сбора анамнеза.

Результаты и обсуждение. По данным нашего исследования одной из основных причин развития резкой атрофии альвеолярной части являлся необоснованно длительный срок пользования съёмными ортопедическими конструкциями.

Установлено, что до протезирования 14 пациентов пользовались частичными съёмными протезами в течение 5-10 лет, 3-е из них продолжали носить протезы даже при отсутствии клammerной фиксации.

Полными съёмными протезами пользовались 22 пациента сроком от 10-18 лет после протезирования, при этом 12 человек ни разу не меняли протезы; 10 лиц из этой группы повторно обращались за ортопедической помощью, однако носить новые протезы отказывались в пользу старых конструкций.

Среди жалоб были:

- невозможность адаптации к ним в течение 1,5-2,5 месяцев, несмотря на многочисленные коррекции;
- травма слизистой оболочки протезного ложа,
- слабая фиксация протезов,
- затрудненное пережевывание пищи.

При этом исследуемые лица не предъявляли жалоб к изношенным протезам, в единичных случаях отмечали эстетические дефекты (изменение цвета базиса и искусственных зубов и т.д.).

Лица, в количестве 18 человек длительное время не обращались за ортопедической помощью вошли в 3-ю группу. Так, до полной утраты зубов, у 8 пациентов в течение 3-7 лет было несколько пар зубов только во фронтальном отделе, 6 человек имели одиночно стоящие зубы. И только у 4 пациентов полностью отсутствовали зубы верхней и нижней челюсти в течение 1,2-3,5 лет.

Таким образом, несоответствие внутренней поверхности базиса протеза с подлежащими тканями протезного ложа, в результате его износа в одном случае, и, длительная не обращаемость за ортопедической помощью в другом, способствует уменьшению объема костной ткани и изменению формы альвеолярной части. Данная ситуация еще более усложняет клинические условия на беззубой нижней челюсти и прогноз ортопедического лечения, что несомненно увеличивает сроки адаптации к протезам.

УЧАСТИЕ ГАММА / ДЕЛЬТА И АЛЬФА / БЕТА Т-ЛИМФОЦИТОВ В ФОРМИРОВАНИИ КОАГРЕГАТОВ С ТРОМБОЦИТАМИ

Солпов А.В., Терешков П.П., Витковский Ю.А.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Результаты исследований последних лет пополняют доказательства того, что тромбоциты, наряду с их гемостатической активностью, участвуют в воспалении и иммунитете. В предыдущих исследованиях мы показали, что CD4 + лимфоциты взаимодействуют с тромбоцитами и формируют гетеротипические агрегаты. Мы также обнаружили, что тромбоциты обеспечивают адгезию CD4 + лимфоцитов к субэндотелиальному внеклеточному матриксу в условиях потока с образованием гетеротипические кластеров, которые зависят от адгезии и агрегации тромбоцитов и опосредованы CD40L, PSGL-1 и бета1-зависимых интегринов. В этом исследовании мы изучали участие гамма / дельта и альфа / бета Т-лимфоцитов в формировании коагратов с тромбоцитами. В исследовании мы использовали кровь шести здоровых мужчин (в качестве антикоагулянта был использован цитрат натрия, 3,8%). Образцы крови были предварительно инкубированы со специфическими антителами для тромбоцитов и общих Т-клеток, гамма / дельта и альфа / бета субпопуляций Т-лимфоцитов (Beckman Coulter). Для детекции этих видов клеток и тромбоцитов использовали моноклональные антитела анти-CD3 -FITC (Beckman Coulter, Brea, Калифорния, США), анти-TCR PAN альфа / бета- PE (Beckman Coulter, Brea, Калифорния, США), анти-TCR PAN гамма / дельта- PC5 (Beckman Coulter, Brea, Калифорния, США), анти-CD41 - PC7 (Beckman Coulter, Brea, Калифорния, США), анти-CD45 -ECD (Beckman Coulter, Brea, Калифорния, США) и соответствующие негативные контроли. Подсчет клеточных агрегатов и определения фенотипа лимфоцитов в составе этих агрегатов проводили с использованием проточного цитометра FC 500 (Beckman Coulter, Brea, CA, USA). В течение одного теста подсчитывали минимум 5000 лимфоцитов. Обнаружено, что в цельной крови количество лимфоцитарно-тромбоцитарных агрегатов составило $3,37 \pm 0,8$ % от общего числа лейкоцитов. Процентное содержание коагратов Т-клеток с тромбоцитами встречалось в $72,15 \pm 5,7$ % от общего количества лимфоцитарно-тромбоцитарных агрегатов. В общем пуле Т-клеточно-тромбоцитарных агрегатов Т-гамма / дельта клетки обнаружены в $6,27 \pm 2,4$ %, а Т-альфа / бета в $85 \pm 6,4$ %. Таким образом, в цельной крови здоровых доноров в Т-клеточно-тромбоцитарной адгезии преобладают альфа / бета Т-лимфоциты, а Т-гамма / дельта лимфоциты принимают участие в меньшей степени. Возможно, этот вид контактного взаимодействия важен для Т-клеточной миграции и участия тромбоцитов в иммунном ответе.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ - ДИСТАНЦИОННЫЙ АНАЛИЗ

Баркан В.С.¹, Лазуткин М.Н.², Алексеев С.А.¹

¹НУЗ "Дорожная клиническая больница на ст.Чита-2" ОАО "РЖД", Чита, Россия

²Министерство Здравоохранения Забайкальского края, Чита, Россия

В условиях современного транспортного обеспечения увеличиваются скорости и объемы перевозок, становится более интенсивным поток пассажиров. Это увеличивает значимость "человеческого

фактора", ужесточает требования к индивидуальному состоянию здоровья работников, обеспечивающих безопасность дорожного движения.

На Забайкальской железной дороге, протяженность которой составляет 3336,1 километра, работает около 55 тысяч работников. Согласно приказа 302н от 11.11.2011 года эти работники, в соответствии с факторами профессиональной вредности, подлежат регулярному профилактическому медицинскому осмотру. Эта обязанность возложена на 14 лечебных учреждений, расположенных на протяжении всей Забайкальской железной дороги (ЗабЖД) в Забайкальском крае и Амурской области.

По итогам годовых отчетов 2008-2009 годов лишь в 4 лечебных учреждениях проводилось обследование работников в должном объеме. В 10 лечебных учреждениях проводилось лишь электрокардиография и единичные исследования функции внешнего дыхания, эхоэнцефалографии и/или реографии. Причем в 4 лечебных учреждениях исследования проводили врачи без наличия специализации и сертификата.

Учитывая сложную ситуацию с заболеваемостью сердечно-сосудистыми заболеваниями (ежегодно от сердечно-сосудистых катастроф на рабочем месте в 2006 - 2009 годах погибло 4-5 человек), отсутствие квалифицированных специалистов на местах в 2010 году было принято решение о создании на базе Дорожной клинической больницы на станции Чита-2 центра дистанционного анализа функциональных методов исследования. Изначально было запланировано дистанционное обследование пациентов по 5 методикам: электрокардиография (ЭКГ), исследование функции внешнего дыхания (ФВД), холтеровское мониторирование электрокардиографии (ХМ ЭКГ), суточное мониторирование артериального давления (СМАД), электроэнцефалография (ЭЭГ).

В 2010 году была отлажена передача ЭКГ со всех лечебных учреждений ЗабЖД, проведено начало передачи ЭЭГ в тестовом режиме. В 2011 году начата постоянная передача и расшифровка ЭКГ, ФВД, ХМ ЭКГ, СМАД и ЭЭГ с ряда станций, где проблема с обследованиями стояла особенно остро. В 2012 году к дистанционному анализу перечисленных 5 методик в рамках профилактических осмотров подключились все лечебные учреждения ЗабЖД, к концу года к используемым методикам были добавлены реовазография (РВГ) и паллестезиометрия (исследование вибрационной чувствительности - ВТ).

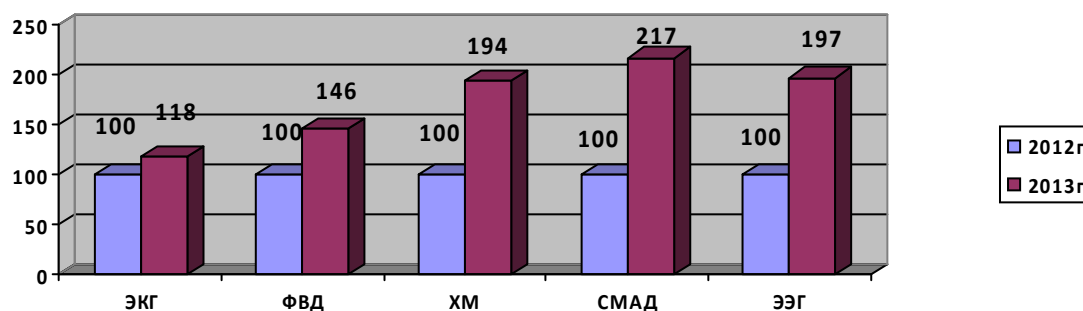
Целью настоящего исследования явилась оценка медицинской и экономической эффективности дистанционного анализа функциональных методов исследования, правовой обеспеченности ежегодных профилактических медицинских осмотров.

Материалы и методы. В 20011 - 2013 годах (по август 2013года) на 14 станциях ЗабЖД с помощью дистанционных технологий проведен анализ 70854 ЭКГ, 18152 ФВД, 4590 ХМ ЭКГ, 2672 СМАД, 2345 ЭЭГ, 1219 РВГ и 7034 ВТ.

Исследования проводились с помощью медицинского оборудования фирм "Нейрософт" г.Иваново (электрокардиографы "Поли-Спектр - 8ЕХ", спирографии "Спиро-Спектр", регистраторы Холтеровского мониторирования ЭКГ "Спектр-СМ", электроэнцефалографы "Нейрон-Спектр-3" и реографы "Рео-Спектр-3"), "Петр Телегин" г. Нижний Новгород (регистраторы СМАД ВРLab) и МВН г.Москва (вибротестеры МВН-2). Передача и расшифровка данных проводилась в системе электронной врачебно-экспертной комиссии (ВЭК) "Медеск" с использованием "облачных" технологий.

Полученные результаты. С 2012 года начато регулярное обследование работников ЗабЖД в рамках ежегодных профилактических медицинских осмотров по 5 методикам в 14 лечебных учреждениях. При этом за 2012 год было проведено 37002 ЭКГ (в среднем 3047 в месяц), 8882 ФВД (740 в месяц), 1858 ХМ ЭКГ (154 в месяц), 1057 СМАД (88), 930 ЭЭГ (77). В конце 2012 года начаты исследования РВГ (72 за декабрь 2012г) и ВТ (622 за 3 месяца).

За 8 месяцев 2013 года проведено 28913 ЭКГ (в месяц 3614), 8681 ФВД (1085 в месяц), 2393 ХМ ЭКГ (299 в месяц), 1528 СМАД (191), 1221 ЭЭГ (152), 1147 РВГ (143) и 7034 ВТ (801 в месяц).



Таким образом рост количества ЭКГ в 2013 году составил 18%, ФВД - 46%. Но особенный рост отмечает более высокотехнологичные методы исследования (ХМ ЭКГ - на 94%, СМАД - на 117%, ЭЭГ

- на 97%), которые ранее были доступны только в Дорожной клинической больнице на станции Чита-2 и в ограниченном количестве еще в 2-3 лечебных учреждениях.

Проведение дистанционного анализа квалифицированными специалистами увеличило качество обследования. За июнь-август 2013 года при проведении ЭКГ (9207) и ХМ ЭКГ (822) было выявлено 255 патологических состояния (процент выявленной патологии составил 2,5%), из них

- Наджелудочковая экстрасистолия (более 1500 при ХМ ЭКГ, более 3 на ЭКГ) - 26;
- Ускоренный наджелудочковый ритм, в т.ч. СВТ - 24;
- Фибрилляция/трепетание предсердий - 14;
- Мономорфная желудочковая экстрасистолия - 16;
- Полиморфная желудочковая экстрасистолия - 38;
- Неустойчивая желудочковая тахикардия - 10;
- АВ-блокада 1 степени - 26;
- АВ-блокада 2 степени типа Мобитц 1 - 19;
- АВ-блокада 2 степени типа Мобитц 2 - 7;
- АВ-блокада 3 степени - 1;
- Феномен WPW - 13;
- Очаговые изменения на ЭКГ (патологический Q) - 17;
- Острый инфаркт миокарда - 1
- Бругадоподобные изменения ЭКГ - 2;
- Полная блокада левой ножки пучка Гиса - 9;
- Эпизоды горизонтальной депрессии сегмента ST - 15.



Рис.1. ЭКГ-признаки гипертрофической кардиомиопатии, подтвержденной в последующем при эхокардиографии у работника железной дороги 24 лет, регулярно проходившего медосмотр.



Рис.2. ЭКГ-признаки острого инфаркта миокарда у 30-летнего работника ОАО "РЖД".

При СМАД (за 3 месяца проведено 505 исследований) у 21 пациента (4,1%) были выявлены признаки стабильной или лабильной артериальной гипертензии.

Чтобы исключить ложно-положительные результаты СМАД, так называемую "гипертензию белого халата", а также для выявления факторов риска на более ранних стадиях, в текущем году начата программа по анализу центрального аортального давления и жесткости артерий. Эти показатели оцениваются с помощью программы "Vasotenz" в процессе СМАД аппаратами VPLab (фирмы "Петр Телегин").

Внедрение дистанционного анализа на ЗабЖД позволило увеличить количество проводимых исследований в районах непосредственного проживания работников ОАО "РЖД" до 7, что позволяет проводить обследование согласно нормативной документации.

Исследования проводятся квалифицированными специалистами, в сложных или спорных случаях возможно принятие коллегиального решения. Кроме того, в работе могут быть задействованы специалисты, временно не имеющие возможность посещать место работы. В работе нашего центра участвуют 2 врача, находящихся в отпуске по уходу за ребенком.

Немаловажным является экономический аспект работы центра дистанционного анализа: при обследовании по месту проживания и работы не требуется длительный отрыв от работы, при поступлении в стационар для лечения, пациенты поступают уже с готовыми результатами обследования, что укорачивает их пребывание в стационаре.

Использование в системе электронной врачебно-экспертной комиссии "Медеск" обезличенных данных, передача данных по защищенным каналам.

Выводы. Использование дистанционного анализа функциональных методов исследования за счет современных цифровых технологий позволяют количественно и качественно улучшить диагностические возможности при прохождении ежегодных профилактических осмотров, а также проводить более тщательный отбор на профессиональную пригодность при приеме на работу.

ОЦЕНКА УРОВНЯ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ СТУДЕНТОВ 3 И 5 КУРСОВ К ЭКСТРЕМАЛЬНЫМ ЖИЗНЕННЫМ СИТУАЦИЯМ

Степанов А.В., Любин А.В., Малезик М.С., Перепелицын Н.И.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

В настоящее время одной из важнейших медицинских и социальных проблем является рост травматизма. При этом данные статистики явственно свидетельствуют о том, что своевременное оказание первой медицинской помощи пострадавшим предупреждает ухудшение состояния организма и способно влиять на весь процесс дальнейшего лечения, уменьшая его продолжительность и снижая летальность. В этой связи является актуальным установление уровня подготовленности студентов 3 и 5 курсов Читинской государственной медицинской академии к оказанию первой медицинской помощи.

Цель работы: определить уровень подготовленности студентов 3 и 5 курсов к оказанию первой медицинской помощи.

Задачи:

1. Выяснить мнение студентов о медицине края в условиях ЧС.
2. Выявить осведомленность студентов об ответственности за неоказание медицинской помощи.
3. Установить, в какие экстремальные жизненные ситуации студенты попадали чаще всего.
4. Определить, какую помощь студенты могут оказать, находясь в ЧС.

Материалы и методы. Проанкетированы студенты 3 курса (n=156) и 5 курса (n= 130) ЧГМА. Предмет исследования - мнение студентов ЧГМА.

Результаты.

1. На вопрос о том, может ли медицина Забайкальского края оказать помощь в полном объеме, 23% студентов 3 курса и 27% 5 курса считают, что все необходимое имеется, 56% (3 курс) и 49 % (5 курс) соответственно считают, что есть существенные дефекты в работе Забайкальского здравоохранения и 21% (3курс) и 24% (5 курс) считают, что медицина Забайкальского края не может эффективно работать в условиях ЧС в регионе.
2. На вопрос о юридической ответственности за неоказание медицинской помощи 70% студентов 3 курса и 87% 5 курса отметили свою осведомленность, 30% и 13%, соответственно, не знают о такой ответственности.
3. На вопрос о том, в какие экстремальные ситуации попадали сами студенты 29% (3 курс) и 27% (5 курс) ответили - травмы, 20% и 23% - физическое насилие, 13% и 20% алкогольное опьянение с нежелательными последствиями, 8% и 7% - бытовые пожары, 10% и 20% - электротравма, 5 % и 3% - другое.
4. При ответе на вопрос о том, какую помощь Вы можете оказать пострадавшему, 80% 3 курса и 97% 5 курса смогут наложить повязку, 10% (3 курс) и 60% (5курс) смогут наложить трахеостому, 70% (3 курс) и 92% (5 курс) смогут произвести иммобилизацию, 74% (3 курс) и 93% (5 курс) смогут остановить кровотечение, 34% (3 курс) и 96% (5 курс) смогут произвести СЛР, 8% (3 курс) и 67% (5 курс) смогут оказать дезинтоксикационную помощь.

Выводы. Студенты 5 курса более подготовлены в вопросах оказания первой медицинской помощи, чем студенты 3 курса. Необходимо расширить раздел изучения вопросов первой медицинской помощи при подготовке студентов ЧГМА. Организовать повторное обучение практическим навыкам первой помощи для закрепления остаточных знаний и умений.

КОРРЕКЦИЯ ИММУННЫХ НАРУШЕНИЙ ЦИТОМЕДИНАМИ

Степанов А.В., Цепелев В.Л.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Практически при всех заболеваниях наблюдаются нарушения в иммунном статусе. Причем они затрагивают как клеточное, так и гуморальное звено иммунитета. Чаще всего для поддержки данного звена иммунной системы используются различные неспецифические стимуляторы, а также иммуноглобулины (пентаглобин, интраглобин и др.). Однако введение последних является в большей степени только заместительной терапией и не приводит к восстановлению дефектов в иммунитете. Также данные препараты обладают выраженными антигенными свойствами.

Мы обратили внимание на пептидные биорегуляторы - цитомедины. Термин "цитомедины" произошел от греческого *citos* - клетка и латинского *mediator* - посредник. Эти соединения осуществляют связь между группами клеток и оказывают влияние на их специфическую активность. Цитомедины

несут от клетки к клетке определенную информацию, записанную с помощью последовательности аминокислот и конформационных модификаций.

Цель исследования: выделить и изучить влияние цитомединов при критических состояниях.

Материалы и методы.

Выделение цитомединовых соединений из различных органов и тканей. Методы оценки иммунного статуса, комплемента, гемостаза, содержание РНК и ДНК в клетках, хроматографические методы, клеточные культуры лимфоцитов и фибробластов, полученных от больных с тяжелыми формами перитонита и ожоговой болезни, с выраженными иммунодефицитами.

Результаты.

Нами было установлено, что при перитоните, ожоговой болезни и выраженных иммунодефицитах наблюдается резкое изменение спектра цитомединов - некоторые соединения исчезают полностью. Причем общее содержание цитомединовых регуляторов снижалось более чем в 3-4 раза. Уровень уменьшения цитомединов находился в прямой зависимости от тяжести поражения изучаемых тканей.

С целью коррекции нарушенных межклеточных взаимоотношений, одним из проявлений которых являются изменения в иммунитете, использовались цитомедины тимуса, лимфатических узлов, сумки Фабрициуса, пейеровых бляшек тонкого кишечника, костного мозга, селезенки, плаценты, парадонта.

Биологическое действие полученных пептидов показано в разнообразных моделях: каловый перитонит, ожоговая болезнь, неонатальная тимэктомия, эмбриональная бурсэктомия, в культурах лимфоидных клеток. В клеточных культурах от больных с ожоговым или токсико-септическим шоком нами показано, что многие цитомедины стимулируют экспрессию рецепторов на лимфоцитах больных людей, однако не влияют на лимфоидные клетки от здоровых доноров. Причем было установлено, что различные цитомедины действуют на определенные этапы развития Т- и В-лимфоцитов. Также было показано органоспецифичность полученных соединений. Кроме этого, они обладают некоторым антикоагулянтным действием - блокируют контактную фазу активации свертывания крови и замедляют образование протромбиназы на уровне фактора VIII и фактора IX и тормозят несколько зуглобулиновый фибринолиз. Из других свойств данных соединений следует отметить, что они ингибируют фибринолитическую активность как интактных, так и активированных стрептазой нейтрофильных лейкоцитов, стимулируют активацию комплемента по альтернативному пути и тормозят активацию его по классическому пути, увеличивают содержание РНК и ДНК в культуре фибробластов. Также данные пептидные соединения влияют на течение воспалительной реакции: снижает проявления эксудации, а при местном использовании стимулирует пролиферацию. Цитомедины нормализуют состояние иммунитета (уровень антителообразования и цитотоксические клеточные реакции) при тяжелом каловом перитоните и ожогах. В дальнейшем были синтезированы наиболее активные пептиды. По данной работе нами получено 12 патентов и авторских свидетельств на изобретения.

Заключение. Полученные пептидные регуляторы открывают возможность создания на их основе медицинских препаратов нового поколения, отвечающих определению "лекарства будущего". Он обладает едва заметным эффектом или вовсе не действует в здоровом организме и проявляет специфическое направленное действие у больных пациентов. Полученное нами соединение действует физиологично, соединяясь с рецептором на соответствующей клетке-мишени, эффективно в низких дозах и не оказывает побочного влияния. Наибольший эффект цитомедины вызывают в тканях того органа, из которого они выделены. По нашему мнению данные препараты могут найти применение в качестве дополнительной коррегирующей терапии при многих заболеваниях.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Степанова Н.М.², Ли И.Б.¹, Гаймоленко С.Г.²

¹ГУЗ "Краевая детская клиническая больница", Чита, Россия

²ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Острая инвагинация кишечника (ОИК) - наиболее частый вид приобретенной непроходимости кишечника, который встречается преимущественно у детей грудного возраста (85-90%), особенно часто у младенцев 4-9 мес. На сегодняшний день актуальным остается разработка и внедрение малотравматичных методов диагностики и лечения инвагинации в детском возрасте.

За период 2000-2010 г.г. в отделении чистой хирургии Забайкальской краевой детской клинической больницы находилось на лечении 83 ребенка с острой инвагинацией кишечника. В возрасте до 1 года составили 68% детей, от 1-3 лет - 22,5%, старше 3 лет - 9,5%. Соотношение мальчиков и девочек

3:1. Среди провоцирующих факторов у 75% пациентов отмечены функциональные причины (изменение режима питания, введение прикорма, продрома кишечной инфекции), у 8 детей выявлены органические причины (дивертикул Меккеля, опухоль подвздошной кишки). 46,3% детей поступили в ранние сроки от начала заболевания, продолжительность заболевания более 24 часов была отмечена в 36,6% случаев. У 75% детей состояние оценивалось как средне-тяжелое и тяжелое. В анамнезе заболевания имелись приступы беспокойства, многократная рвота (30%). Симптом "малинового желе" наблюдался у 48% детей и всегда сопровождался рвотой. В большинстве случаев отмечен субфебрилитет.

Общепризнанная диагностическая и лечебная тактика при илеоцекальной и толстокишечной инвагинации заключается в выполнении пневмоирригоскопии. Предпринимается одно- или двукратная попытка расправления инвагината при дозированном нагнетании воздуха в толстую кишку под контролем манометрии и рентгеноскопии. Общеизвестно, что данная методика используется в срок заболевания до 12-24 ч. Этот способ диагностики и консервативного лечения позволяет в настоящее время не только эффективно диагностировать инвагинацию, но и добиться по данным нашего стационара расправления инвагината у 62,7% больных детей.

При поздних сроках поступления и неэффективности консервативного лечения проводится оперативное вмешательство. Такая тактика логична и оправдана, но недостаточно совершенна. Известно, что деструктивные изменения в инвагинате больше зависят от формы инвагинации кишки, чем от сроков заболевания. Так при илеоцекальной инвагинации некроз может возникнуть уже через 5-6 часов от начала заболевания, тогда как при толстокишечной форме инвагинации некроз кишки не обнаруживается даже позже 24 часов. По данным отделения чистой хирургии оперативное вмешательство было выполнено 37,3% детей вследствие позднего поступления в стационар и неэффективности консервативной дезинвагинации. При позднем поступлении в стационар каждому четвертому пациенту потребовалась резекция сегмента кишечника (подвздошная кишка, илеоцекальный угол) по поводу наступившего некроза. В случаях выполнения вмешательства при неэффективности консервативного лечения резекция кишечника выполнена только одному пациенту. В целом частота резекций за рассматриваемый период снизилась с 19-23% до 6-9%, за счет использования плановых релапаротомий и лапароскопии.

Использование эндовидеотехники открывает новые возможности в диагностике и лечении инвагинации кишечника - под визуальным контролем с помощью инструментов инвагинат может быть расправлен, выполнена оценка состояния кровообращения в ущемленной кишке, выявлена причина инвагинации. Показаниями к лапароскопическому вмешательству являются неэффективность консервативной дезинвагинации при сроках заболевания до 12-24 часов; попытка консервативного расправления при позднем поступлении больного (за исключением осложнений заболевания); эпизод инвагинации у детей старше 1 года, а также рецидивирующая инвагинация с целью уточнения причины.

Для проведения лапароскопической операции мы использовали педиатрическую модель лапароскопа фирмы "Karl Storz" (Германия) диаметром 5 мм с углом осмотра 30°, комплекс эндоскопических инструментов, электрокаутер. Всем детям с признаками инвагинации кишки перед началом лапароскопии проводили назогастральную интубацию, катетеризацию мочевого пузыря. Операцию выполняли под эндотрахеальным наркозом с введением миорелаксантов и проведением ИВЛ. Для первичного входа в брюшную полость нами используется метод прямой пункции брюшной полости тупокопичным троакаром фирмы "Karl Storz". Создание пневмоперитонеума и введение двух рабочих троакаров диаметром 5 мм выполнялось по традиционной методике. При первичной ревизии брюшной полости визуализировалось место инвагинации кишки, оценивались форма инвагинации, состояние брюшной полости (наличие, количество и характер выпота, реакция париетальной брюшины, степень пареза кишечника), выраженность микроциркуляторных изменений в ущемленном отделе кишки.

Инвагинат обычно располагается в верхней трети правого латерального канала или под правой долей печени. Эндоскопическая картина инвагинации представлена наличием циркулярной складки, охватывающей шейку внедренного участка кишки. Имеющийся в норме плавный переход подвздошной кишки в толстую при инвагинации отсутствует. Участок толстой кишки, содержащий инвагинат, уплотнен, имеет синюшный оттенок. При отсутствии противопоказаний приступают к лапароскопическому расправлению инвагината за счет тракции за внедренную кишку и при одновременном нагнетании воздуха в толстую кишку. После расправления инвагината выполняется оценка степени циркуляторных расстройств в стенке кишечных петель, ранее находившихся в инвагинате, оценка полноты дезинвагинации. Четкая визуализация всей слепой кишки, червеобразного отростка и илеоцекального перехода свидетельствует о полном устранении тонкотолстокишечной инвагинации. Кроме того необходимо тщательно осмотреть подвздошную кишку для обнаружения расположенной выше тонко-тонкокишечной инвагинации, которая нередко является местом первичного внедрения и наиболее выраженных цирку-

ляторных расстройств. Эндоскопическая ревизия позволяет выявить анатомические предпосылки возникновения инвагинации кишечника, способные в послеоперационном периоде вызвать ее рецидив: дивертикул Меккеля, воспаленные лимфатические узлы, эмбриональные тяжи и спайки, *coecum mobile* и т.д. При наличии подобных образований решается вопрос о возможности их лапароскопического устранения, конверсии или выполнения отсроченного вмешательства.

При невозможности лапароскопической дезинвагинации или при выявлении органических причин инвагинации, эндоскопическое устранение которых зачастую бывает невозможным, выполняли открытое оперативное вмешательство из минидоступов (правосторонняя поперечная лапаротомия).

Лапароскопия по описанной методике выполнена 7 детям в возрасте от 2 мес до 3 лет. У всех пациентов лапароскопия позволила установить точный диагноз, оценить вариант инвагинации и предположить степень циркуляторных расстройств в ущемленной кишке. На этапе становления методики в нашем стационаре закономерными трудностями считаем поиск места установки рабочих троакаров, особенно у детей грудного возраста при малом объеме брюшной полости и значительном вздутии кишечных петель. Конверсия выполнена в 3 случаях. Причины выполнения открытого вмешательства: невозможность устранения инвагинации, обнаружение дивертикула Меккеля, наличие признаков некроза кишечника. Функция кишечника после лапароскопической дезинвагинации восстанавливается в 1 сутки, как и после пневмоирригоскопии. Осложнений, летальных исходов не отмечено.

По нашим данным, лапароскопия на этапе первичной ревизии брюшной полости всегда позволяет подтвердить диагноз инвагинации кишечника, в последующем почти в 90% наблюдений добиться полного расправления инвагината, значительно облегчить течение послеоперационного периода, достичь восстановления функции кишечника в первые сутки после операции, сократить сроки госпитализации.

ОРГАНОСБЕРЕГАЮЩАЯ ТАКТИКА ПРИ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ Степанова Н.М.², Гаймоленко С.Г.², Ли И.Б.¹

¹ГУЗ "Краевая детская клиническая больница", Чита, Россия

²ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Среди закрытых повреждений органов брюшной полости в детском возрасте наиболее часто встречается травма селезенки. Значительное накопление опыта, развитие интенсивной терапии, внедрение в клиническую практику эндохирургических технологий позволило разработать органосохраняющие хирургические вмешательства при травматических повреждениях селезенки.

Целью данной работы явилось провести анализ хирургической тактики при закрытых повреждениях селезенки у детей.

Было проанализировано 32 случая закрытой травмы живота с повреждением селезенки у детей в возрасте от 1 года до 15 лет, получивших лечение в условиях ГУЗ "Краевая детская клиническая больница" (г. Чита) за 2006-2012 г.г. 62,5% составили мальчики. При поступлении среднетяжелое состояние было диагностировано у 47%, тяжелое - у 41% детей. Всем пациентам помимо стандартного лабораторного обследования выполнялось ультразвуковое исследование живота с целью оценки степени повреждения органа, выявления факта внутрибрюшного кровоизлияния, его объема. Для оценки степени гемоперитонеума по УЗИ признакам использовали классификацию, предложенную специалистами НИИ неотложной детской хирургии и травматологии (г. Москва). У 59% пациентов с подкапсульными повреждениями и незначительными разрывами селезенки при отсутствии признаков профузного или продолжающегося кровотечения проводилась интенсивная консервативная терапия, наблюдение в условиях отделения анестезиологии и реанимации. В 19% случаев выполнялась диагностическая лапароскопия, которая заканчивалась ликвидацией гемоперитонеума и дренированием брюшной полости. В 15% дети были подвергнуты открытому вмешательству, причем лишь в половине случаев была выполнена спленэктомия. Во всех случаях спленэктомий использовались различные методы реимплантации ткани селезенки между листками малого сальника или желудочно-ободочной связки. Через 1-3 месяца после выписки из стационара у всех пациентов при контрольном УЗИ паренхима селезенки имела однородную структуру, формирования посттравматических кист не наблюдали.

Таким образом, использование органосберегающей тактики при повреждениях селезенки у детей при соблюдении ряда условий (возможность полного первичного и динамического обследования, круглосуточного интенсивного наблюдения, наличие квалифицированного персонала и т.д.) оправдано. Использование лапароскопии позволяет снизить количество диагностических ошибок, неоправданных лапаротомий и спленэктомий.

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ "ЦЕСЕЙДИНОМ" НА ПАРАМЕТРЫ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Степанова Ю.Н., Байке Е.Е.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

В Забайкальском крае наблюдается напряженная эпидемиологическая ситуация по туберкулезу. Высокая заболеваемость говорит о том, что современная противотуберкулезная терапия не обеспечивает 100% эффективности лечения больных. Показателем активности морфологических нарушений в легочной ткани при туберкулезе легких является нарушение обмена липидов и процессов их перекисидации. Доказана роль дефицита селена в развитии ряда патологических состояний сердечно-сосудистой системы, онкологической патологии и т.д. Селен входит в состав фермента глутатионпероксидазы и тем самым участвует в антиоксидантной защите организма. В литературе имеются немногочисленные данные изучения поступления селена в организм при туберкулезе органов дыхания. Кроме того, отсутствуют сведения также о целесообразности и методике использования селеносодержащих препаратов для лечения туберкулеза параллельно с назначением стандартной противотуберкулезной терапией, влияние на конечный эффект проводимых лечебных воздействий. В этой связи целью данного исследования явилось изучение параметров перекисного окисления липидов (ПОЛ) в сыворотке крови у больных туберкулезом органов дыхания до и после лечения химиотерапией в сочетании с селеносодержащим препаратом "Цесейдин".

Методы исследования. Исследование проводилось на базе терапевтического отделения Забайкальского краевого противотуберкулезного диспансера №1 г. Читы. Проведено обследование 68 больных туберкулезом легких в возрасте от 19 до 56 лет. Больные были разделены на 2 группы. 1-я группа (18 человек) - больные, получающие стандартное лечение, 2-я группа (50 человек) - пациенты, получающие стандартную химиотерапию и препарат "Цесейдин". Цесейдин принимали в сухом виде по чайной ложке (5гр.) 3 раза в день, запивая водой в течение 2-х месяцев лечения. Контрольную группу составили 31 практически здоровых человека соответствующего возраста. Были изучены показатели до лечения и через 2 месяца после начала терапии. В сыворотке крови изучены следующие параметры: уровень веществ с изолированными двойными связями (E_{220}) - субстраты ПОЛ, содержание диеновых конъюгатов (ДК; E_{232}) - первичных интермедиатов липопероксидации, кетодиенов и сопряженных триенов (КД и СТ; E_{278}) - вторичных продуктов ПОЛ, величины соединений, реагирующих с тиобарбитуровой кислотой (ТБК), общая антиокислительная активность (АОА) по ранее описанным методикам. Кроме того, определяли относительное содержание продуктов ПОЛ по расчету коэффициентов $E_{232/220}$ и $E_{278/220}$. Полученные результаты обработаны методом вариационной статистики с помощью программы "Biostat".

Анализ полученных результатов свидетельствует, что активному туберкулезу легких сопутствует выраженная активация свободнорадикальных процессов. Так, во всех 2-х исследуемых группах по сравнению с контролем достоверно повышены практически все показатели ПОЛ. В то же время, уровень промежуточных продуктов ПОЛ - ТБК-активных продуктов в исследуемых группах был повышен по сравнению с контролем. Уровень АОА в опытных группах был ниже контрольного. Таким образом, достоверных отличий между 1-ой и 2-ой группами в исследуемых параметрах до лечения не зарегистрировано.

При сопоставлении полученных данных после лечения установлено, что в группе больных, получающих стандартную противотуберкулезную терапию уменьшились лишь показатели КД и СТ в изопропанольной фазе на 10,1% ($p<0,05$) и ТБК-активных продуктов на 15,3% ($p<0,05$).

Анализируя полученные данные видно, что в группе больных, получающих стандартное противотуберкулезное лечение изменились лишь параметры ТБК, которые уменьшились на 5% ($p<0,05$), КД и СТ в изопропанольной фазе уменьшились на 12,5% ($p<0,05$).

В опытной группе больных, получающих дополнительно "Цесейдин" изменения исследуемых параметров были более значимыми. Так, содержание ДК в гептановой фазе снизилось на 26,7% ($p<0,001$), показатель $E_{278/E_{220}}$ увеличился на 14,8% ($p<0,001$), уровень ДК в изопропанольной фазе снизился на 43,5% ($p<0,001$), КД и СТ - на 18,5% ($p<0,05$). Содержание ТБК позитивного материала уменьшилось на 28,6% ($p<0,001$), уровень АОА возрос на 32,8% ($p<0,001$) и практически достиг контрольных значений.

Таким образом, у больных туберкулезом органов дыхания, проживающих в Забайкалье, в крови на фоне селенодефицита имеется выраженное снижение уровня антиоксидантной защиты и усиление процессов перекисного окисления липидов. Использование стандартной терапии не приводит к ликвидации этого состояния, в то же время, как применение у данной категории больных, наряду с химиотерапией, селеносодержащего препарата "Цесейдин" способствует устранению дисбаланса в системе "ПОЛ - антиоксиданты".

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ НА РАЗВИТИЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Стовба Е.С.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Цель: изучить влияние хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) на развитие сердечной недостаточности у больных инфарктом миокарда.

Материал и методы. Проанализировано 73 истории болезни пациентов с инфарктом миокарда с зубцом Q: мужчин - 37 (50,6 %), женщин - 36 (49,4%) в возрасте $63,4 \pm 10,3$ лет. Диагноз инфаркта миокарда был установлен согласно принятым стандартам. Диагноз ХОБЛ верифицирован на основании медицинской амбулаторной документации, индекса курения и спирографии. Признаки сердечной недостаточности оценивали по классификации Т. Killip.

Все пациенты были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли пациенты с инфарктом миокарда с зубцом Q без сопутствующей ХОБЛ - 25 человек (34,3%): мужчин - 7 (9,6%) и женщин - 18 (24,7%). 2-ю группу составили пациенты с инфарктом миокарда с зубцом Q и диагностированной ранее ХОБЛ - 48 человек (65,7%): мужчин - 30 (41,0%) и женщин - 18 (24,7 %). Индекс курения составил $35,6 \pm 12,5$ пачка/лет у мужчин и $15,3 \pm 5,2$ пачка/лет у женщин. Для статистической обработки данных применялся пакет статистических программ "Statistica 6,0". Для сравнения дискретных величин использовался х-квадрат. Статистически значимыми считали различия при значениях $P < 0,05$.

Полученные результаты. В первой группе пациентов признаков сердечной недостаточности не было выявлено (Killip I класс) у 11 человек (15,0%): 3 мужчин (4,1%) и 8 женщин (10,9%), II класс - у 9 человек (12,3 %): 3 мужчин (4,1%) и 6 женщин (8,2%), III класс - у 5 человек (6,8 %): 1 мужчины (1,4%) и 4 женщин (5,4 %). Признаков сердечной недостаточности IV класса в этой группе не было выявлено.

У пациентов второй группы (с сопутствующей ХОБЛ) признаков сердечной недостаточности не было выявлено (Killip I класс) почти в 2 раза реже, чем у пациентов первой группы - у 6 человек (8,2%), причем количество мужчин и женщин было одинаковым - по 3 человека (4,1%). Однако, у этой группы пациентов, признаки сердечной недостаточности по Killip II - IV класса встречались в 3 раза чаще, чем у пациентов с инфарктом миокарда без сопутствующей ХОБЛ: II класса - у 28 человек (38,4%): 18 мужчин (24,8%) и 10 женщин (13,6%), III класса - у 12 человек (16,5%): 7 мужчин (9,7%) и 5 женщин (6,8%), IV класса - у 2 мужчин (2,8%).

У больных 1 группы признаки сердечной недостаточности II - III класса по Killip встречались у женщин статистически значимо чаще ($p < 0,05$), чем у мужчин.

У больных 2 группы признаки сердечной недостаточности II - IV класса по Killip встречались статистически значимо чаще ($p < 0,05$) у мужчин, чем у женщин: II класса - в 1,8 раза, III класса - в 1,4 раза, IV класса - в 2 раза.

Выводы. У больных инфарктом миокарда с сопутствующей ХОБЛ признаки сердечной недостаточности развивались значимо чаще, чем у больных инфарктом миокарда без сопутствующей ХОБЛ. У больных инфарктом миокарда с сопутствующей ХОБЛ выявлялся более высокий класс сердечной недостаточности. У мужчин инфарктом миокарда с сопутствующей ХОБЛ признаки сердечной недостаточности встречались значимо чаще, чем у женщин.

ЧАСТОТА ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА ОСНОВНЫХ БЕЛКОВ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН- АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ В ЗАБАЙКАЛЬЕ: ЭТНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Страмбовская Н.Н.¹, Ухинов Э.Б.²

¹ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

²МУЗ ГКБ "Городская больница №4", Улан-Удэ, Россия

Сегодня во всем мире происходит накопление сведений о носительстве генетического полиморфизма, преимущественно SNP-вариантов для выявления общепопуляционной картины и субпопуляционных различий.

Цель. Изучить характер распределения генетического полиморфизма, ассоциированного с дисфункцией ангиотензин-альдостеронового каскада среди резидентов разных этнических групп наблюдаемой открытой популяции Забайкальского края.

Методы. Методом исследования послужила полимеразная цепная реакция с детекцией продукта

амплификации в агарозном геле либо в режиме реального времени (PCR-RT) на геномной ДНК лейкоцитов периферической крови здоровых резидентов Забайкальского края различных этнических субпопуляций (русские (n=168), буряты(n=116)), в возрасте $41,6 \pm 11,7$ лет. Проверка нулевой статистической гипотезы о равенстве относительных частот в двух популяциях проводилась с помощью вероятностного калькулятора статистического пакета Statistica 6.1 (StatSoft, USA).

Результаты. В результате исследования обнаружены все искомые мутации в гомо- и гетерозиготном состоянии с частотным подчинением закону Харби-Вайнберга. Полиморфизм AGT(Thr174Met) в исследуемой популяции встречался с частотой в генотипах: AGT174ThrThr - 79,5%, AGT174ThrMet - 19%, AGT174MetMet - 1,5% и аллельным распределением: AGT174Thr - 0,89, AGT174Met - 0,11. В этнических субпопуляциях достоверных частотных различий в носительстве не выявлено (русские: AGT174ThrThr - 78%, AGT174ThrMet - 21%, AGT174MetMet - 1%; буряты: AGT174ThrThr - 81%, AGT174ThrMet - 17%, AGT174MetMet - 2%; ($p > 0,05$)).

Полиморфизм AGT(Met235Thr) наблюдался нами у исследуемых с частотным распределением в генотипах: AGT235MetMet - 34%, AGT235MetThr - 45,5%, AGT235ThrThr - 20,5%, в аллелях: AGT235Met - 0,57, AGT235Thr - 0,43. При сравнении показателей между изучаемыми группами нами выявлено достоверное различие в носительстве гетерозиготного генотипа AGT235MetThr: у европеоидов - 54%, среди монголоидов - 38% ($p < 0,048$), а также генотипа AGT235ThrThr: в русской субпопуляции - 14%, в бурятской - 34% ($p < 0,007$). Кроме этого наблюдалось различное распределение аллелей: у лиц европейской национальности AGT235Met - 0,51, AGT235Thr - 0,49, у бурят - 0,7 и 0,3 соответственно ($p < 0,019$).

Носительство AGTR1(A1166C) в популяции выявлено следующее: по генотипам: AGTR11166AA - 60%, AGTR11166AC - 33%, AGTR11166CC - 7%; по аллелям: AGTR11166A - 0,76, AGTR11166C - 0,24. Однако внутри этнических групп данные показатели отличались, значительно в носительстве гомозиготных состояний: у лиц европейской субпопуляции - AGTR11166AA - 56%, AGTR11166CC - 16%;, а у лиц бурятской субпопуляции - 81% и 2% соответственно ($p < 0,01$). Частота аллелей также отличалась: у европеоидов AGTR11166A - 0,7, AGTR11166C - 0,3; у монголоидов - AGTR11166A - 0,91, AGTR11166C - 0,09 соответственно ($p < 0,027$).

При изучении распределения ACE(Ins/Del) полиморфизма в общей группе получены следующие данные: ACEInsIns - 29,5%, ACEIns/Del - 45%, ACEDelDel - 25,5%; аллели ACEIns - 0,52, ACEDel - 0,48. При сравнении в субпопуляциях значимо различалось лишь носительство генотипа ACEDelDel, так среди русских - 30%, среди бурят - 15% ($p < 0,035$).

Выводы. При изучении частот генетического полиморфизма основных белков ангиотензин-альдостероновой системы в носительстве между этническими группами Забайкальского края выявлены некоторые различия, в частности среди бурят преобладает мутантный генотип AGT235ThrThr - 34%, против 14% у русских, однако у последних превалирует носительство мутантных генотипов AGTR11166CC - 16%, против 2% у монголоидов и ACEDelDel: 30% против 15% соответственно.

ЧАСТОТА ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА БЕЛКОВ ОСНОВНЫХ ТРОМБОЦИТАРНЫХ РЕЦЕПТОРОВ В ЗАБАЙКАЛЬЕ: ЭТНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Страмбовская Н.Н., Князева А.С.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Полиморфизм генов тромбоцитарных рецепторов играет важнейшую роль в регуляции межклеточных взаимоотношений, а также степени активации тромбоцитов в кровотоке в норме и при воздействии естественных индукторов адгезии и агрегации, особенно это значимо при соматической патологии, требующей назначения дезагрегантов.

Цель. Изучить характер распределения генетического полиморфизма основных белков тромбоцитарных рецепторов среди резидентов Забайкальского края, в том числе и разных этнических групп изучаемой популяции.

Методы. Методом исследования послужила полимеразная цепная реакция с детекцией продукта амплификации в агарозном геле либо в режиме реального времени (PCR-RT) на геномной ДНК лейкоцитов периферической крови здоровых резидентов Забайкальского края различных этнических субпопуляций (русские (n=168), буряты(n=116)), в возрасте $41,6 \pm 11,7$ лет. Проверка нулевой статистической гипотезы о равенстве относительных частот в двух популяциях проводилась с помощью вероятностного калькулятора статистического пакета Statistica 6.1 (StatSoft, USA).

Результаты. В результате в исследуемой популяции обнаружены все искомые мутации в гомо- и гетерозиготном состоянии с частотным подчинением закону Харби-Вайнберга. Наиболее часто встречаемый полиморфизм ITGA2(C807T), в изучаемой популяции был найден с распределением в генотипах: ITGA2807CC - 44,8%, ITGA2807CT - 36,9%, ITGA2807TT - 18,3% и аллельным распределением: ITGA2807C - 0,63, ITGA2807T - 0,37. В этнических субпопуляциях достоверных частотных различий в носительстве не выявлено (русские: ITGA2807CC - 46%, ITGA2807CT - 33%, ITGA2807TT - 21%; буряты: ITGA2807CC - 43%, ITGA2807CT - 41%, ITGA2807TT - 16%; ($p>0,05$)).

SNP-мутация ITGB3(Leu33Pro) зарегистрирована в популяции следующем соотношении генотипов: ITGB3 33LeuLeu - 73,6%, ITGB3 33LeuPro - 16,4%, ITGB3 33ProPro - 10% и аллелей: ITGB3 33Leu - 0,82, ITGB3 33Pro - 0,18. Среди лиц европейской национальности отмечалось некоторое преобладание лиц-носителей мутантного гомозиготного генотипа в сравнении с частотой последнего среди бурят (ITGB3 33ProPro 11% и 7% соответственно) с увеличением частоты аллеля ITGB3 33Pro (0,19 и 0,12 соответственно ($p>0,05$)).

Полиморфизм GP1BA(Thr145Met) наблюдался нами у исследуемых с частотным распределением в генотипах: GP1BA145ThrThr - 78,1%, GP1BA145ThrMet - 21,4%, GP1BA145MetMet - 0,5%, в аллелях: GP1BA145Thr - 0,89, GP1BA145Met - 0,11. При сравнении показателей (частоты генотипов и аллелей) между изучаемыми подгруппами достоверных различий нами не выявлено ($p>0,05$), однако носителем мутантного гомозиготного генотипа явилась представительница европейской субпопуляции.

Частотное распределение SELP(A7666C) в популяции обнаружено следующее: по генотипам SELP7666AA - 79,6%, SELP7666AC - 17,9%, SELP7666CC - 2,5%; по аллелям: SELP7666A - 0,89, SELP7666C - 0,11. Однако внутри этнических групп данные показатели отличались: у лиц европейской субпопуляции - SELP7666AA - 75%, SELP7666AC - 21%, SELP7666CC - 4%; по аллелям: SELP7666A - 0,86, SELP7666C - 0,14, а у лиц бурятской субпопуляции - SELP7666AA - 93%, SELP7666AC - 7%, SELP7666CC не выявлен; по аллелям: SELP7666A - 0,93, SELP7666C - 0,07 ($p<0,02$).

При изучении распределения P2RY12(H1/H2) полиморфизма в общей группе получены следующие данные: P2RY12H1/H1 - 74,1%, P2RY12H1/H2 - 21,9%, P2RY12H2/H2 - 4%; аллели P2RY12H1 - 0,85, P2RY12H2 - 0,15. При сравнении в субпопуляциях значимо различалось лишь носительство мутантного генотипа P2RY12H2/H2, так среди русских он зарегистрирован в 7% случаях, среди бурят не выявлен ($p<0,04$).

Выводы: При изучении частот генетического полиморфизма основных белков тромбоцитарных рецепторов у резидентов Забайкальского края выявлены сравнимое с общепопуляционными распределение генотипов и аллелей, между этническими группами Забайкальского края в носительстве изучаемых SNP существенных различий не обнаружено, однако обращает на себя внимание выявление гомозиготного носительства по мутантному аллелю генетического полиморфизма GP1BA(Thr145Met), SELP(A7666C), P2RY12(H1/H2) лишь у представителей европейской субпопуляции.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОПТИМИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ В ПЕРИОД ЕЕ РЕСТРУКТУРИЗАЦИИ

Ступина О.П., Говорин Н.В.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Европейское регионально бюро ВОЗ, оценивая современные системы здравоохранения, отмечает, что зона их ответственности вышла за пределы организационных функций, а основной акцент делается на профилактику и лечение расстройств и болезней. При этом охрана психического здоровья с самого начала была в первых рядах этого развития.

Последние десять лет в Российской Федерации особое значение приобретают новые формы организации психиатрической службы, основной целью которых является уменьшение стигматизации и дискриминации пользователей психиатрических услуг, а также полное принятие и интеграция их в общество. Для этого в рамках оптимизации психиатрической помощи Приказом Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 года № 566н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах" были рекомендованы Порядки оказания психиатрической помощи, целью которых является приближение медицинской помощи к населению, т.е. деинституционализация, сокращение сроков круглосуточного лечения больных в психиатрических учреждениях.

Совершенствование и развитие новых внебольничных форм оказания психиатрической помощи в Забайкальском крае стало доступным после ввода в 2013 году новых лечебных корпусов Краевой

психиатрической больницы № 2. Для более четкой организации и преемственности оказания психиатрической помощи населению Забайкалья необходимо на первом этапе реструктуризировать имеющуюся психиатрическую базу путем объединения ГКУЗ "Краевая психиатрическая больница № 2" - крупного психиатрического стационара на 750 коек с ГКУЗ "Краевой психоневрологический диспансер", оказывающего внебольничную помощь.

Объединение позволит скоординировать действия врачей психиатров и специалистов, оказывающих психиатрическую, психотерапевтическую и социальную помощь на всех ее этапах разным категориям пациентов. Так, пациенты клиники первого психотического эпизода после выписки из стационара будут переводиться в амбулаторное отделение настойчивого лечения и наблюдения, что позволит на перспективу сократить количество повторных госпитализаций, уйти от проблемы "вращающихся дверей", когда пациент, выписавшись из стационара, прекращает получать поддерживающую терапию и в течение месяца вновь поступает в больницу. Пациенты геронтологического профиля с психическими расстройствами будут получать психиатрическую помощь не только в условиях гериатрического отделения больницы, но и в условиях стационара на дому, где медицинскую, психологическую и социальную помощь будут оказывать специалисты амбулаторной службы учреждения. Данные формы оказания психиатрической помощи являются инновационными и позволят основной ее акцент сместить на сообщество (т.е. без изоляции больных в условия круглосуточного стационара). Кроме того, эти подходы к оказанию психиатрической помощи являются более демократичными и в перспективе позволят сократить коечный фонд краевых психиатрических лечебных учреждений.

Стоит отметить, что в Забайкальском крае с 1993 года регистрируются достаточно высокие показатели самоубийств, особенно среди трудоспособного населения. Перед психиатрами стоит важная задача об организации суицидологической и кризисной служб, ведь в настоящее время кризисная служба на нашей территории организационно не представлена. Объединение Психотерапевтической поликлиники с Психиатрической больницей № 2 позволит организовать специализированную помощь лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением, в структуру которой войдут "Телефон доверия", кабинет социально-психологической помощи, отделение для кризисных состояний.

Объединение данных психиатрических учреждений позволит также усовершенствовать оказание судебно-психиатрической помощи пациентам с психическими заболеваниями, организовать два специализированных отделения по принудительному лечению, кабинет амбулаторного принудительного лечения и активного диспансерного наблюдения. Это, в свою очередь, улучшит работу по наблюдению за больными и снизит их общественную опасность для населения Забайкальского края.

Все перечисленные мероприятия позволят организовать психиатрическую службу Забайкальского края в соответствии с требованиями, представленными в "Порядке оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения".

Реструктуризация взрослой психиатрической службы, даст возможность приступить к реорганизации детской стационарной психиатрической службы. Так, Краевая психиатрическая больница № 1 будет реорганизована в детскую психиатрическую больницу с отделением военно-врачебной экспертизы и детским реабилитационным центром с общим коечным фондом до 150 коек. Данная реорганизация улучшит материальную базу для содержания детей в условиях круглосуточного стационара и позволит в дальнейшем совершенствовать оказание психиатрической помощи детскому населению. В структуре амбулаторного отделения детская психиатрическая помощь будет представлена отделением интенсивного наблюдения и лечения, работа которого будет строиться во взаимодействии с образовательными, социальными службами, военными комиссариатами и инспекцией по делам несовершеннолетних. Это позволит координировать целостность оказания медицинской помощи детскому и подростковому населению.

Заключение. Таким образом, концептуально развитие региональной психиатрической службы Забайкалья должно быть направлено на общественно-ориентированную модель с развитием стационарзамещающих технологий, внедрением новых лечебно-реабилитационных форм оказания психиатрической помощи, акцентированием усилий на профилактику психических расстройств через формирование здорового образа жизни и информированности населения, а также подготовку специалистов первичного звена здравоохранения по вопросам суицидологии и диагностики депрессивных расстройств.

ГОРМОНИНДУЦИРОВАННЫЕ ТРОМБОФИЛИИ НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИЕМА ПОЛОВЫХ СТЕРОИДОВ: МИФЫ И РЕАЛЬНОСТИ

Стуров В. Г.^{1,2}

¹Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава РФ,

²Медицинский центр общей и репродуктивной эндокринологии ООО "Астрамед",
Новосибирск, Россия

Гормониндуцированные тромбофилии (ГИТ) нередко развиваются у женщин в условиях приема ими гормональных оральных контрацептивов (ОК), или заместительной гормонотерапии (ЗГТ), особенно эстрогенсодержащих препаратов и зачастую представляют реальную угрозу развития венозного тромбоэмболизма (ВТЭ). При этом частота и тяжесть ГИТ прямо коррелирует с наличием у пациенток тех или иных генетических форм тромбофилических состояний. Потенциально высокую опасность приобретает применение половых стероидов у пациенток имеющих тромбогенные мутации в генах ф. V-Leiden G1961A, протромбина G20210A, β -субъединицы фибриногена G-455A, а также "тромбофилических полиморфизмах" гена PAI-1 (675 5G/4G), t-PA (C-7351T) и генов, ответственных за метаболизм гомоцистеина (MTHFR, MTRR, MTHFD и др.). Кроме того определена взаимосвязь между риском развития кардио-васкулярной патологии и полиморфизмом эндотелиальных α -рецепторов (ЭР α). Обнаружено несколько вариантов аллельных полиморфизмов ЭР α : IVS1-401C/C, IVS1-397C/T и IVS1-345G/G, влияющих на риск развития венозных и артериальных тромбозов у лиц, принимающих ОК, так и повышающие риск развития ИМ и летального исхода при применении ЗГТ. Определено, что показатели гемостаза при приеме ОК, равно как при ЗГТ, изменяются (обычно в пределах возрастных референтных нормативов), но при этом являются неблагоприятными факторами риска тромбообразования, проявляющиеся в снижении концентрации антикоагулянтных, наряду с повышением концентрации, прокоагулянтных белков, так и благоприятные эффекты вследствие повышения концентрации активаторов системы фибринолиза.

Совокупные изменения в системе гемокоагуляции при приеме ОК характеризуются следующим: "скрытая" гиперкоагуляция с наличием тромбинемии, снижение антикоагулянтного потенциала (свободного протеина S и антитромбина III), повышение активности протромбина, F VII, VIII, XII и фибриногена, гиперагрегация тромбоцитов, усиление пристеночного свертывания (фактор Виллебранда, гиперадгезия тромбоцитов), активация фибринолиза (повышение плазминогена и t-PA с последующим истощением).

Кроме того, венозная стенка на фоне приема ОК также претерпевает ряд изменений, связанных с применением половых стероидов. Патогенетическое "флебоагрессивное" действие препаратов группы ОК объясняется рядом ангиотропных эффектов половых гормонов.

При наличии тромбогенных факторов риска рекомендуется применять не более 35 мг ЭЕ и прогестина II поколения (150 мкг левоноргестрела или 1 мг норэтинстерона). ОК III поколения принимать нежелательно в связи с более высоким риском развития венозного тромбоза.

На основании представленных данных предлагается профилактическая гемореологическая терапия при применении ОК у женщин с высоким тромбогенным риском (в частности, наследственных и приобретенных факторов риска, отягощенного семейного тромбофического анамнеза и иных относительных противопоказаний к применению ОК).

Использование альтернативных оральным методам контрацепции: барьерные методы; внутривлагалищные кольца (Новоринг), трансдермальные препараты (Клемара. Евра), внутриматочные системы с левоноргестеролом (Мирена), подкожные импланты (норплант).

Гемореологическая превентивная терапия показана всем женщинам группы высокого риска развития ВТЭ в течение всего периода применения ОК, включающая в себя применение: препаратов фолиевой кислоты; флеботоников группы диосмина (флебодиа, детралекс) и изокверцетин (антистакс); местные гепаринсодержащие трансдермальные гели и мази (гепатромбин, тромблесс и др.; дезагреганты группы аспирина и дипиридамола; гепариноиды (весел-дуэ-ф); растительные гепатопротекторы; энзимные препараты в терапевтических дозах. Также рекомендуется применение методов КВЧ и гирудотерапии.

При этом у женщин, имеющих наследственные тромбофилии, носительство гомозиготных тромбогенных ДНК-полиморфизмов, применение ОК или ЗГТ требует параллельного применения адекватной антитромботической терапии на весь период использования половых стероидов.

АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИВЫЧНОГО НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЭНОКСАПАРИНА НАТРИЯ ("ГЕМАПАКСАН")

Стуров В.Г.^{1,2}

¹Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава РФ,
²Медицинский центр ООО "Клиника профессора Пасмана", Новосибирск, Россия

Превычное невынашивание беременности (ПНБ) является бичом современного акушерства в России, поскольку встречается с частотой 15-20%. Следует отметить, что препараты группы низкомолекулярных гепаринов (НМГ) являются препаратами выбора в терапии и профилактике тромбозомболических состояний у женщин с синдромом привычного невынашивания беременности.

Целью исследования являлось изучить клиническую эффективность препарата Гемапаксан (эноксапарин натрия) в антиромботической терапии акушерской патологии.

Материалы и методы исследования. С соблюдением этических норм проведено обследование и лечение 20 женщин с использованием препарата Гемапаксан. Больные распределены по нозологическим единицам следующим образом: 15 человек с синдромом привычного невынашивания беременности: из них 10 с наследственной формой тромбофилии (подтвержденной коагулологическими и генетическими исследованиями), 5 пациенток - с иммунной формой приобретенной тромбофилии - антифосфолипидным синдромом средней и низкой степени активности; 3 женщин с идиопатической формой бесплодия, имевшие носительства тромбогенных аллельных генетических полиморфизмов (2 - мутацию фактора V-Лейден и 1 - носительство мутации в гене PAI-1); 2 пациентки имели в анамнезе тромбоз глубоких вен (подтвержденной УЗИ-сканированием и доплерометрией) на фоне длительного применения оральных контрацептивов. При этом генез тромбогенных осложнений на фоне приема половых гормонов укладывался в понятие гормониндуцированной тромбофилии. В контрольной группе у 15 женщин с аналогичной патологией антиромботическая терапия проводилась без применения НМГ, а лишь с использованием дезагрегантов, ангиопротекторов, препаратов фолиевой кислоты и антиоксидантов.

Поскольку до настоящего времени нет подтверждения того, что эноксапарин натрия проникает через плацентарный барьер, нами применялся Гемапаксан и у беременных (начиная с 10 недели срока гестации). Многоцентровые исследования доказывают также безопасность применения эноксапарина натрия (Гемапаксана) у беременных с эклампсией на фоне гематогенной тромбофилии. Однако при его применении требуется контроль числа тромбоцитов и оценки риска геморрагических осложнений. Эноксапарин натрия не рекомендуется для применения у беременных женщин с искусственными клапанами сердца, но в данном отчете мы не представляем данные о клинической эффективности применения Гемапаксана у беременных.

Средние дозы Гемапаксана составляли 0,4-0,6 мл - 40-60 мг эноксапарина натрия в виде подкожного введения 1 раз в сутки, что соответствовало 90-100 МЕ/кг массы тела больного в сутки, что согласуется с международными рекомендациями. Средний курс инъекций препарата составлял от 10 до 15 дней. Патогенетически оправдана комбинация НМГ с вагинальным приемом микронизированного прогестерона (Утрожестан), что позволяет невилировать нетромбогенные эффекты маркеров тромбинемии, нормализовать гормональный баланс, улучшить маточно-плацентарный (хориональный) кровоток и, тем самым, обеспечить пролонгирование беременности.

Таким образом, в сравнении с пациентами контрольной группы, при применении Гемапаксана отмечено достоверное снижение концентрации маркеров внутрисосудистого свертывания (РФМК и Д-димеров) в 1,79 и 2,3 раза соответственно, что является адекватным лабораторным критерием эффективности антиромботической терапии препаратами группы эноксапарина. Не было отмечено снижение уровня АТ-III (ниже 75%), а также случаев развития гепарининдуцированной тромбоцитопении. При применении Гемапаксана ни у одного пациента не было отмечено ни геморрагических, ни аллергических осложнений. Также не было отмечено каких-либо местных реакций на применение данного препарата, тогда как при использовании иных фракционированных гепаринов нередко пациенты отмечают образование инфильтратов и микрогематом в месте инъекций.

Таким образом, применение препарата Гемапаксан (эноксапарин натрия) у пациентов с ПНБ в условиях тромбофилических состояний, способствует быстрому и надежному снижению плазменного уровня маркеров внутрисосудистого свертывания, купированию признаков тромбинемии, что определяет высокую клиническую эффективность и безопасность антиромботической терапии и профилактики. Применение Гемапаксана оправдано также и фармако-экономическими аспектами. Согласно нашим данным, лучшие исходы имеют место у пациенток, которые получали терапию НМГ с ранних сроков беременности и в фертильном цикле.

НМГ является препаратом выбора для профилактики и лечения тромботических осложнений у онкологических больных. Возможность столь широкого применения НМГ связана с его влиянием на систему свертывания крови, противовоспалительными, антицитокинными свойствами, со способностью подавлять активность системы комплемента, а также с наличием противоопухолевой активности.

ИЗМЕНЕНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ВОСПРИЯТИЯ ВРЕМЕНИ У ЖЕНЩИН ПРИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ НАГРУЗКЕ В РАЗНЫЕ ФАЗЫ ОВАРИАЛЬНО-МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

Субочева Е. С.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

В последние десятилетия с нарастанием темпа жизни существенно увеличивается информационная нагрузка на человека, что приводит его в состояние цейтнота и стресса. Выход из этих состояний зависит от индивидуальных особенностей человека, в частности от временной организации и уровня его интеллекта. Временная организация - это совокупная структура эндогенных ритмов, одной из характеристик которой является индивидуальное восприятие времени. Известно, что оно зависит от многих факторов и является общей адаптационной характеристикой человека. Так, юноши, по-разному оценивающие время, имеют отличия в реакции на интеллектуальные нагрузки. Однако к настоящему времени малоизученной остаётся реакция на такой род воздействий у девушек в связи с особенностями их временной организации.

Целью нашего исследования стало изучение влияния интеллектуальной нагрузки на величину индивидуальной минуты в разные фазы овариально-менструального цикла.

Для достижения этой цели последовательно решались следующие задачи.

1. Достоверно определить фазы овариально-менструального цикла у здоровых женщин.
2. Выбрать дозированную интеллектуальную нагрузку.
3. Определить показатели индивидуального восприятия времени до и после неё в разные фазы овариально-менструального цикла у одних и тех же молодых женщин.

Исследования проведены на 15 молодых здоровых женщинах в возрасте от 18 до 20. У них определяли уровень половых гормонов в сыворотке крови до, и после нагрузки методами ИФА, измеряли базальную температуру в течение трёх-четырёх циклов, для контроля овуляции использовали метод УЗИ. Таким образом, были достоверно определены фазы овариально-менструального цикла. В качестве нагрузки были выбраны 8 тестов Айзенка для определения индекса интеллекта. Эти тесты предлагалось пройти за ограниченный промежуток времени (40 минут). Для оценки индивидуального времени использовали показатель индивидуальной минуты определяемой с помощью специально разработанной компьютерной программы [Архентов А.И., Мельникова С.Л., 2000].

Всего проведено 6 серий наблюдений на одних и тех же испытуемых. Результаты были обработаны методом вариационной статистики, с вычислением достоверности различий в группах по Стьюденту. А также проведён корреляционный, регрессионный и многофакторный анализ полученных данных с помощью программного продукта "ЭЛИТА"

В результате анализа полученных данных мы обнаружили, что исходные показатели индивидуальной минуты, полученные в разные фазы овариально-менструального цикла, до нагрузки достоверно отличаются. Наиболее адекватно оценивали время женщины в овуляторную фазу. Минута их индивидуального времени практически соответствовала минуте физического времени ($58,0 \pm 1,14$). В преовуляторную фазу женщины были склонны недооценивать время, несколько субъективно "замедляя" его ход. Их индивидуальная минута составила ($54,1 \pm 1,2$). Индивидуальная минута существенно изменялась в ответ на интеллектуальную нагрузку у женщин в разные фазы овариально-менструального цикла. Если в пре- и пост- овуляторную фазу женщины, как правило, ускоряли субъективное течение времени на 5-7 секунд, то в овуляторную фазу достоверно "замедляли" его на 5-7 секунд.

Проведя регрессионный анализ, мы обнаружили тесные взаимосвязи между успешностью выполнения теста Айзенка и динамикой показателя индивидуальной минуты у женщин в разные фазы овариально-менструального цикла. Наиболее успешно с интеллектуальной нагрузкой женщины справляются в овуляторную фазу овариально-менструального цикла.

Исходя из полученных нами данных, следует, что интеллектуальная нагрузка приводит к изменению индивидуального восприятия времени. Динамика этих изменений зависит от фазы овариально-менструального цикла, на которую приходится интеллектуальная нагрузка. Поскольку показатель ин-

дивидуального восприятия времени является интегральным и характеризует адаптивные способности организма, можно считать, что наибольшими адаптивными возможностями организм женщины обладает в овуляторную фазу, что является биологически целесообразным.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕВРОТИЧЕСКИХ И АДДИКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У СТУДЕНТОВ СРЕДНЕ-СПЕЦИАЛЬНОГО УЧЕБНОГО ЗАВЕДЕНИЯ

Тарасова О.А., Говорин Н.В., Сахаров А.В.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Высокая распространенность невротических и аддиктивных расстройств среди молодого населения является одной из актуальных медицинских и социальных проблем современного общества. В связи с этим в последние годы большое внимание уделяется состоянию психического здоровья студенческой молодежи. Учебная нагрузка, взаимоотношения в новом коллективе являются одними из факторов, способствующих возникновению психических нарушений у студентов. Своевременное выявление невротических и аддиктивных расстройств позволит в дальнейшем определить основные направления лечебных и профилактических мероприятий.

Цель работы: оценить распространенность невротических и аддиктивных расстройств у студентов средне-специального учебного заведения.

Материалы и методы. Сплошным методом в 2013 году было проведено анкетирование и психологическое обследование студентов 1 и 2 курсов Забайкальского горного колледжа имени М.И. Агошкова. В исследование были включены 342 человека в возрасте от 15 до 23 лет. Средний возраст составил $17,4 \pm 0,06$ лет. Юношей среди обследованных было 60,4 %, девушек - 39,6 %.

Распространенность невротических расстройств у студентов определялась с помощью клинического опросника выявления и оценки невротических состояний К.К. Яхина и Д.М. Менделевича. При помощи данного опросника определялись коэффициенты по шести клиническим шкалам. Сумма коэффициентов меньше " - 1,28" указывала на болезненный характер выявляемых расстройств по отдельной шкале.

Выявление депрессивных расстройств проводилось с помощью шкалы "Цунга". Степень алкоголизации оценивалась при помощи теста "AUDIT". Выделение донологических форм употребления спиртных напитков было основано на классификации Э.Е. Бехтеля. Оценка степени никотиновой зависимости определялась по тесту Фагерстрема. Интернет зависимость определялась согласно методике К.Янг.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием пакета анализа Microsoft Excel. Она включала описание выборки, нахождение средней арифметической, среднеквадратического отклонения и ошибки средней арифметической, определялись частоты встречаемости признаков, группировка данных. Достоверность различий определялась по t критерию Стьюдента.

Результаты. По опроснику К.К. Яхина и Д.М. Менделевича болезненные изменения по шкале тревоги выявлены у 17,5 % студентов; по шкале невротической депрессии - у 13,5 %; по шкале астении - у 9,6 %; по шкале истерического типа реагирования - у 13,8 %; по шкале обсессивно-фобических нарушений - у 18,7 % по шкале вегетативных нарушений - у 10,8 %.

При интерпретации данных выявлены более высокие показатели распространенности невротических нарушений по всем шкалам опросника среди женского контингента, в сравнении с мужским.

Так, тревожные расстройства встречались у девушек в 24,2 % случаев, у юношей - в 12,1 % ($p < 0,01$). По шкале невротической депрессии болезненные расстройства были выявлены у 19,1 % девушек и 9,7 % юношей ($p < 0,02$). Существенными были также отличия по шкале астении: болезненный характер выявляемых расстройств отмечался у 15,4 % женского контингента и у 5,3 % мужского ($p < 0,01$). Конверсионные нарушения обнаружены у 19,1 % девушек и 0,97 % юношей ($p < 0,001$). Показатели по шкале обсессивно-фобических нарушений были среди женской части также выше, чем среди мужской (26,4 % и 12,6 % соответственно; $p < 0,01$). Вегетативные нарушения отмечались у 13,9 % девушек и у 8,8 % юношей.

По шкале "Цунга" легкая депрессия определялась у 22 % обследованных; умеренная - у 0,3 %; тяжелая - у 0,3 %. При анализе показателей по данной шкале установлено, что легкая депрессия выявлена у 19,9 % обследованных юношей и 26,5 % девушек. Умеренная депрессия регистрировалась у 0,5 % обследованных юношей; тяжелая депрессия отмечалась у 0,8 % девушек. Показатели по шкале "Цунга" в пределах нормы были у 77,4 % обследованных.

Согласно тесту "AUDIT", безопасное употребление спиртного установлено у 83,6 % обследованных, опасное употребление - у 14,0 %; вредное потребление - у 1,2 %; зависимость от алкоголя - у 1,2 %.

Среди обследованных студентов структура алкоголизации выглядела следующим образом: абстиненты (трезвенники)- 50,8 %, случайно пьющие- 21,1 %, ситуационно пьющие- 20,2 %, систематически пьющие- 6,1 %, привычно пьющие (предалкоголизм)-1,2 %, синдром зависимости от алкоголя- 0,6 %. Обнаружено, что наркологическая патология, вызванная алкоголем, отмечается у 7,9 % студентов.

Табачная зависимость выявлена у 43,1 % учащихся. По тесту Фагерстрема у 81,8 % курящих установлена очень слабая зависимость, слабая- у 11,1 %, средняя -у 3,9 %, высокая -у 2,6%, очень высокая у 0,6 %.

Интернет-зависимость по методике К.Янг установлена у 5,9% студентов.

Выводы. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о довольно высокой распространенности невротических и аддиктивных расстройств среди студентов средне-специального учебного заведения. При этом невротическая депрессия, истерические, тревожные и обсессивно-фобические нарушения значимо чаще встречаются у девушек. Полученные данные указывают как на необходимость своевременной психотерапевтической коррекции указанных нарушений, так и требуют осуществления профилактических мероприятий в студенческой среде с целью предупреждения возникновения психических расстройств.

ПРОФИЛАКТИКА ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ В ПЕРИОДЕ АДАПТАЦИИ К ДЕТСКОМУ ДОШКОЛЬНОМУ УЧРЕЖДЕНИЮ

Тихоненко О.А., Гаймоленко И.Н., Власова А.Н., Панченко А.С.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

В современных условиях самой частой инфекционной патологией в детской популяции России являются острые респираторные инфекции (ОРИ). Инфекции верхних дыхательных путей являются серьезной проблемой для здравоохранения в связи с их широкой распространенностью и наносимым экономическим ущербом. Показано, что наиболее высокий удельный вес частой заболеваемости отмечается среди организованных детей дошкольного возраста, особенно в первый год посещения детских коллективов. В структуре заболеваемости детского населения определяющую роль играют болезни органов дыхания, причем среди часто болеющих доля этой патологии устойчиво составляет 80-85%. В настоящее время оздоровление детей из группы часто и /или длительно болеющих, а также разработка профилактических мер для детей в период адаптации в дошкольном образовательном учреждении, являются одними из актуальных задач педиатрии. Большой вклад в решение проблемы профилактики ОРИ у детей в период адаптации вносили специальные оздоровительные программы, предложенные в разные годы. Все эти разработки не потеряли актуальности и сегодня, однако в новых социально-экономических условиях частично утрачены механизмы их реализации и содержание этих программ требует обновления.

Цель: оценить эффективность комплексной программы профилактики ОРЗ у организованных детей, посещающих детское дошкольное учреждение (ДДУ).

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Детского Образовательного Учреждения № 99 г. Читы, соответствовало принципам Хельсинской декларации.

Критерии включения: дети, часто болеющие респираторными заболеваниями (по критериям А.А. Баранова, В.Ю. Альбицкого, 1986) в период адаптации к ДДУ.

Критерии исключения: наличие хронических заболеваний бронхолегочной системы; тяжелые врожденные, наследственные заболевания различных органов и систем; наличие первичной иммунной недостаточности; указания в анамнезе на аллергические реакции при употреблении витаминных препаратов.

Под наблюдением находились 58 детей в возрасте от 2 до 5 лет. Анализ амбулаторных карт выявил факторы риска анте и постнатального периода. Токсикоз и хроническая фетоплацентарная недостаточность выявилась у 42% беременных женщин, острые респираторно - вирусные инфекции (ОРВИ) у 25%, угроза прерывания беременности на разных сроках у 21%, гестоз встречался у 8%, анемия у 4%. Все дети родились доношенными. Анализ длительности естественного вскармливания показал, что 46% детей находились на грудном вскармливании до года, 29% - до 6 месяцев, 17% - до 3 месяцев, 8% - до 9 месяцев. Среди заболеваний в период раннего возраста наиболее часто встречалось перинатальное поражение центральной нервной системы - 50%, дистрофия по типу гипотрофии - у 17%, дисбиоз кишечника - у 12,5%, аденоиды - у 12,5%, анемия - у 8%. Нервно - психическое развитие, физическое развитие соответствовало возрастной норме.

Основная группа - 30 человек в период адаптации к ДДУ получали водный раствор витамина D3 (Аквадетрим) 500 МЕ ежедневно - 2 месяца, фитопрепарат Тонзилгон 10 капель 3 раза в день - 1

месяц, молочную смесь Клинутрен Юниор стакан в день постоянно. Группа сравнения - 28 детей. Проведенный анализ анамнестических данных детей из обеих групп не выявил различий в онтогенетическом, социальном и биологическом анамнезе. Группы сопоставимы по возрасту и полу. Оценка периода адаптации проводилась по следующим критериям: частота ОРЗ в период адаптации, оценка физического развития, эмоционального состояния, сна и аппетита.

Клиническую эффективность определяли по частоте эпизодов ОРИ в течение 6 месяцев. Эффективность профилактического действия препаратов оценивали по уровню заболеваемости ОРЗ в двух группах, вычисляя показатели эффективности по Т.А. Семененко (2001): индекс эффективности, $P1/P2$; показатель защищенности - $(1-P2/P1)*100\%$; где P1 - показатель заболеваемости в контрольной группе (% случаев на 100 детей), за 6 месячный период наблюдения; P2 - показатель заболеваемости в опытной группе (% случаев на 100 детей), за 6 месячный период наблюдения. Для лабораторной оценки эффективности комплексной программы определяли состояние процессов липопероксидации и уровень антиокислительной защиты в конденсате выдыхаемого воздуха (КВВ) (метод И.А. Волчегорского и соавт. (1989), в модификации Б.С. Хышиктуева (1997)). Лабораторное исследование проводилось двукратно: при поступлении ребенка в детское дошкольное учреждение и через два месяца адаптации.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась при помощи электронных таблиц EXCEL2000 для Windows. При нормальном распределении рядов данных различия между группами выявлялись при помощи критерия Стьюдента. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. В период адаптации к ДДУ среди детей основной группы уровень заболеваемости составил 23%. В группе сравнения за аналогичный промежуток времени уровень заболеваемости соответствовал 75%, следовательно, индекс эффективности на фоне проведения профилактики составил 3,3 ($p < 0,05$), показатель защищенности - 69% ($p < 0,05$). В течение последующих 6 мес. в основной группе детей уровень заболеваемости составил 63,6% (заболело ОРИ - 14 человек), в группе сравнения заболели все дети (100%). Индекс эффективности на фоне применения профилактической схемы составил 1,5 ($p < 0,05$), показатель защищенности - 36% ($p < 0,05$). При этом следует отметить, что частота заболеваний в группе детей, получивших профилактику, составила в среднем 1,6, а в группе сравнения - 2,4.

При оценке параметров системы "ПОЛ-антиоксиданты" в конденсате выдыхаемого воздуха было выявлено, что у детей из основной группы в период адаптации относительное содержание первичных и вторичных продуктов липопероксидации практически не изменилось по сравнению с исходным уровнем. В группе сравнения регистрировалось статистически значимое увеличение коэффициентов E232/220 на 25,0% ($p = 0,007$) и E278/220 на 34,0% ($p < 0,001$) по сравнению с данными, полученными до поступления детей в ДДУ. Следует отметить, что в группе сравнения цифры этих показателей были выше, чем в основной группе на 20,8% ($p = 0,027$) для E232/220 и на 29,5% ($p = 0,014$) для E278/220. Кроме того, в основной группе, при не высоком уровне продуктов липопероксидации в конденсате было отмечено повышение общей антиоксидантной активности на 24,5% ($p < 0,001$) от исходных значений. Дисбаланс в системе "ПОЛ - антиоксиданты", регистрируемый в группе сравнения может явиться одним из ключевых звеньев в патогенезе респираторных заболеваний и требует адекватной коррекции.

Таким образом, период адаптации детей к ДДУ на фоне применения Тонзилгона, водного раствора витамина Д3 (Аквадетрима), витаминизированной молочной смеси (Клинутрен Юниор) протекает клинически более благоприятно. Это проявляется уменьшением количества ОРИ в исследуемой группе, как в период адаптации ребенка (в течение 2 месяцев), так и в анамнезе в течение последующих 6 месяцев наблюдения в сравнении с детьми, не получавшими комплексную профилактику. Клинический эффект подтверждается уменьшением степени неспецифических воспалительных процессов в респираторном тракте, что проявляется отсутствием роста активности процессов липопероксидации и увеличением антирадикальной защиты у детей исследуемой группы в сравнении с группой "плацебо".

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ КЛЕТОЧНОГО ЦИКЛА ПРИ НАРУЖНОМ ГЕНИТАЛЬНОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ

**Ткачев В.Н., Евтушенко И.Д., Ильяди Е.Б., Новицкий В.В., Наследникова И.О; Кублинский К.С.
ГБОУ ВПО "Сибирский государственный медицинский университет", Томск, Россия**

Эндометриоз является хроническим, прогрессирующим и рецидивирующим заболеванием, поражающим 12-60% женщин репродуктивного возраста, которое характеризуется эктопическим разрастанием эндометрия. Современные исследователи склонны расценивать автономный рост очагов эндомет-

риоза как результат отсутствия адекватного контроля за пролиферацией и дифференцировкой клеток гетеротопий со стороны организма женщины. Наличие полиморфных вариантов генов-регуляторов клеточного цикла, в частности генов p53, p21, Rb1, делает возможным изменение уровня контроля над остановкой клеточного цикла и не обеспечивает полноценной реализации исправления генетического аппарата клетки.

Цель: провести анализ распределения аллелей и генотипов полиморфных вариантов генов p53, p21, Rb1 у женщин с генитальным эндометриозом.

Материал и методы.

В программу исследования вошли 300 женщин репродуктивного возраста, проживающих на территории Томской области и г. Томска, находившихся на стационарном лечении в гинекологической клинике ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России. Основную группу составили 200 женщин с наружным генитальным эндометриозом. В группу контроля включено 100 женщин, которым проводилась диагностическая лапароскопия по поводу синдрома хронической тазовой боли, бесплодия и у которых не было выявлено органической патологии, а также женщины, которым проводилась добровольная хирургическая стерилизация. Всем женщинам была проведена лапароскопия по стандартной методике с использованием аппаратуры фирмы "Karl Storz" (Германия) и последующим гистологическим исследованием операционного материала.

У всех женщин было получено добровольное информированное согласие на забор венозной крови и использование её для проведения исследований. Выделение ДНК из периферической крови проводили сорбентным методом. Определение вариантных генотипов генов p53 C72G, p21 G1026A, Rb1 T137C осуществляли методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени. Кривые накопления флуоресцентного сигнала анализировались с помощью амплификатора ДТ-96 ("ДНК-технология", Россия). Распределение генотипов по полиморфным локусам проверяли на соответствие равновесию Харди-Вайнберга с помощью точного теста Фишера. Для анализа ассоциации маркеров исследуемых генов с эндометриозом сравнивали частоты аллелей и генотипов в группах больных и здоровых индивидов, используя критерий χ^2 с поправкой Йетса на непрерывность.

Полученные результаты.

При сравнительной оценке распределения генотипов и аллелей полиморфного участка G72C гена p53 у женщин с генитальным эндометриозом наблюдалось снижение частоты генотипа GG и появление генотипа CC ($\chi^2=10,90$, $p<0,05$) и преобладание редкого аллеля C ($\chi^2=11,65$, $p<0,05$). Была показана положительная ассоциация эндометриоза с аллелем C (OR=2,50) и генотипом CC (OR=22,83) полиморфизма G72C гена p53. Анализ распределения полиморфного варианта G1026A гена p21 у женщин с эндометриозом продемонстрировал, что частота встречаемости AA-генотипа (16,00%) превышала таковую у здоровых лиц (6,00%) более чем в два раза ($\chi^2=14,22$, $p<0,05$). Риск развития эндометриоза при носительстве аллеля A гена p21(G1026A) возрастал в 1,7 раза, а при наличии AA-генотипа - почти в 3 раза. При сравнительной оценке распределения генотипов и аллелей (соответственно $\chi^2=2,59$, $p=0,27$ и $\chi^2=2,71$, $p=0,1$) полиморфного участка T137C гена Rb1 статистически значимых различий у пациенток с генитальным эндометриозом и женщин без эндометриоза обнаружено не было.

Выводы.

Таким образом, риск развития генитального эндометриоза связан с наличием в генотипе женщины аллеля C и генотипа CC полиморфного варианта G72C гена p53, а также аллеля A и генотипа AA полиморфизма G1026A гена p21.

К ВОПРОСУ О ФАКТОРАХ РИСКА ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА

Томина Е.А.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

В последнее десятилетие наблюдается рост кислотозависимых заболеваний желудочно-кишечного тракта, особенно за счет такой патологии, как гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ). По данным разных авторов распространенность ГЭРБ среди взрослого населения составляет 20-40%. Увеличилась частота тяжелых рефлюкс-эзофагитов, пищевода Барретта, аденокарциномы пищевода. Многие исследователи отмечают недостаточную эффективность традиционной антирефлюксной и кислотоснижающей терапии ГЭРБ. Рефрактерность к лечению отмечается у 15-30% больных преимущественно с неэрозивной формой патологии. Медикаментозная коррекция симптомов часто имеет кратковременный эффект, а прекращение лечения приводит к рецидиву. Общеизвестен такой фактор риска

развития рефлюкса как избыточное расслабление нижнего пищеводного сфинктера (в результате высокого внутрибрюшного давления, приема препаратов, снижающих тонус гладких мышц, курения). Однако в настоящее время рефлюкс часто встречается у лиц молодого возраста с нормальной массой тела, без вредных привычек и хронических заболеваний. Это является предпосылкой для поиска других факторов риска, влияющих на возникновение заброса желудочного содержимого в пищевод.

Цель работы - патофизиологическое обоснование нарушений жевания, глотания и негативных эмоций во время приема пищи как факторов риска гастроэзофагеального рефлюкса.

Глотание - это нейромышечная реакция с произвольным и непроизвольным компонентом. Все стадии глотания зависят от характера пищевого комка. Для твердого пищевого комка требуется большее открытие верхнего пищеводного сфинктера и более сильное сокращение глотки, для жидкой пищи - меньшее открытие и меньшее сокращение. Длительность жевания непосредственно влияет на степень измельчения пищевого комка и, соответственно, на силу сокращения гладкой мускулатуры глотки и пищевода. Частота глотания также имеет значение. Особенность перистальтики пищевода заключается в том, что повторный глоток, сделанный сразу после первого способен угнетать сокращения пищевода, а короткие повторные глотательные движения вызывают расслабление нижнего пищеводного сфинктера. Нормальная перистальтика возможна лишь при медленных глотках и полном освобождении пищевода от предыдущего пищевого комка.

Современный ритм жизни, связанный с постоянным цейтнотом, является причиной того, что прием пищи осуществляется в очень короткие промежутки времени. Это неизбежно ведет к недостаточному пережевыванию, увеличению количества глотательных движений, в результате чего происходит наложение перистальтических волн, расслабление нижнего пищеводного сфинктера, т.е. формируются предпосылки для возникновения рефлюкса. Количество, ритмичность и сила глотательных движений также связаны с эмоциональным состоянием, в котором пребывает человек во время еды. Тревожность, чувство гнева, недовольства, которые пациент испытывает во время приема пищи, наряду с изменением частоты и глубины дыхательных движений, приводят к разбалансировке сокращений диафрагмы, через отверстие в которой проходит пищевод. Известно, что именно мышечные волокна ножек диафрагмы, формируя отверстие, являются составляющим звеном нижнего пищеводного сфинктера, дисфункция которого и приводит к формированию рефлюкса.

Таким образом, немедикаментозная терапия ГЭРБ наряду с рекомендациями по снижению массы тела, уменьшению калорийности и объема пищи, должны включать обучение пациентов правильному жеванию, глотанию и приему пищи в хорошем настроении, что значительно уменьшит проявления ГЭРБ, позволит улучшить качество жизни и сократить затраты на медикаментозное лечение.

ВОЗДЕЙСТВИЕ ПРОВосПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ НА СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Троицкая Н.И., Лобанов С.Л.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Острый панкреатит является одним из наиболее распространенных тяжелых заболеваний органов брюшной полости, занимая третье место среди абдоминальной ургентной хирургической патологии после острого аппендицита и острого холецистита. Одним из важнейших звеньев в патогенезе является расстройство кровообращения на уровне микроциркуляторного русла. Гемодинамические нарушения возникают на ранних стадиях и сопровождают все периоды заболевания. Ангиоспазм, венозный застой, микротромбозы, интерстициальный отек и гипоксия тканей вызывают ишемию и некротическое поражение ткани поджелудочной железы. Развитие нарушений микроциркуляции является основой развития локального воспаления и неотъемлемым спутником процесса системной воспалительной реакции, которая является одним из проявлений острого панкреатита.

Ведущая роль в развитии воспалительной реакции принадлежит цитокинам, оксиду азота, фактору агрегации тромбоцитов, активированным эндотелиальным клеткам. При развитии воспаления, в результате неконтролируемой продукции провоспалительных цитокинов, поверхность эндотелия приобретает повышенную тромбогенность и адгезивность, возникают микротромбозы, нарушается микроциркуляция, возникает массивная вазодилатация, переполнение венозного русла, резкое повышение проницаемости сосудистой стенки, гипоксия тканей. Развиваются отек и гиповолемия, нарушается кровообращение жизненно важных органов, возникает их дисфункция, которая может переходить в необратимую полиорганную недостаточность, сепсис, септический шок.

На базе ГУЗ "Городская клиническая больница №1" г. Читы нами проведено исследование уровня провоспалительных цитокинов IL-1 β , IL-6, TNF- α в сыворотке крови у 13 больных с различными формами острого панкреатита. I группу составили 9 больных с отечной формой панкреатита, II группу - 14 больных с панкреонекрозом. Группу клинического сравнения составили 10 практически здоровых человек.

Определение концентрации IL-1 β , IL-6, TNF- α в сыворотке крови и абдоминальном экссудате проводилось методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием наборов реагентов ООО "Цитокин" (г. Санкт-Петербург) и ЗАО "Вектор-Бест" (г. Новосибирск).

Установлено, что в 1-е сутки заболевания уровень IL-1 β в группе больных отечной формой в 2,2 раза ниже по сравнению с панкреонекрозом ($p < 0,001$). На 5-е сутки заболевания при деструктивной форме панкреатита данный показатель повышался в 3,6 по сравнению с началом наблюдения ($p_1 < 0,001$).

Уровень IL-6 в группе клинического сравнения в 4,4 и 8,6 раза превышал показатели в обеих группах больных ($p = 0,009$, $p < 0,001$). На 5-е сутки заболевания содержание IL-6 в группе больных отечными формами панкреатита незначительно повышается, в то же время при деструктивных формах острого панкреатита на 5-е сутки данный показатель не определяется.

Концентрация TNF- α снижалась в группе с отечной формой в 6,5 раза, в группе с деструктивной формой - в 100 раз по сравнению с контрольной группой ($p < 0,001$, $p < 0,001$). На 5-е сутки заболевания концентрация TNF- α в сыворотке при легком течении острого панкреатита резко снижается, тогда как в аналогичные сроки при тяжелом течении заболевания отмечается его повышение 14,5 раза ($p_2 < 0,001$).

При анализе полученных нами данных, наибольший интерес вызывает резкое снижение IL-6 и TNF- α в сыворотке крови на 5-е сутки при отечной и деструктивной формах острого панкреатита. На первый взгляд, эти сдвиги находятся в явном противоречии с клинической картиной заболевания. Однако, согласно данным Цыбикова Н.Н. и соавторов, уровень цитокинов достаточно жестко лимитируется аутоантителами класса Ig G в крови и класса S Ig A в других биологических жидкостях (слюна, слезная жидкость, назальный секрет). Следует предполагать, что полное исчезновение названных цитокинов обусловлено их элиминацией в динамике острого панкреатита.

ВЛИЯНИЕ ГОМОЦИСТЕИНА И ЦИСТЕИНА НА СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Троицкая Н.И., Лобанов С.Л., Цыбиков Н.Н.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Как известно, важная роль в процессе инициации воспаления отводится продуктам обмена метионина - цистеину и гомоцистеину. Гомоцистеин в плазме подвергается окислению, в процессе которого образуются свободные радикалы, токсичные для клеток эпителия, что приводит к потере эластичности внутрисосудистой выстилки, а также окислению липопротеидов низкой плотности. Следствием повреждения эндотелиальной выстилки сосудов является стимуляция тромбоцитов и лейкоцитов, угнетение синтеза оксида азота. Гомоцистеин стимулирует агрегацию тромбоцитов, адгезию лейкоцитов, стимулируя высвобождение цитокинов и хемокинов. При этом нарушаются функции тканевого активатора плазминогена, способствует связыванию липопротеина с фибрином, а также ингибирует функцию естественных антикоагулянтов. Кроме того, гомоцистеин стимулирует факторы свертывания - V, X, и XII. Таким образом, гомоцистеин является сильным патогеном, участвующим во всех звеньях патологического процесса, вместе с тем, роль данного вещества в патогенезе острого панкреатита до сих пор не ясна.

На базе ГУЗ "Городская клиническая больница №1" г. Читы нами проведено исследование уровня гомоцистеина и цистеина в сыворотке крови у 13 больных с различными формами острого панкреатита. I группу составили 9 больных с отечной формой панкреатита, II группу - 14 больных с панкреонекрозом. Группу клинического сравнения составили 10 практически здоровых человек.

Концентрацию гомоцистеина и цистеина в сыворотке крови и абдоминальном экссудате определяли с применением высокоэффективной жидкостной хроматографии по методу А.А. Дутова, Д.А. Никитина, А.А. Федотовой (2007). Результаты выражали в мкмоль/л.

Уровень гомоцистеина в сыворотке крови в 1-е сутки заболевания в контрольной группе был в 1,5 раза ниже, чем данный показатель в I группе и в 2 раза ниже, чем во II группе ($p < 0,001$, $p < 0,001$). Во II группе в динамике отмечено снижение данного показателя в 1,4 раза ($p_1 = 0,034$).

Уровень цистеина в 1-е сутки заболевания в контрольной группе был в 3,4 раза выше данных I группы и в 4,4 раза выше, чем во II группе ($p < 0,001$, $p < 0,001$). На 5-е сутки заболевания в обеих

группах отмечено повышение данного показателя, однако, его концентрация была ниже в 2,4 и 3,6 раза по сравнению с результатами контрольной группы ($p < 0,001$, $p < 0,001$).

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о важной роли гомоцистеина и цистеина в патогенезе различных форм острого панкреатита. Резкое увеличение концентрации гомоцистеина в сыворотке крови свидетельствует о включении этого соединения в альтернативную фазу панкреатита путем повреждения эндотелия с последующей экспрессией молекул адгезии для нейтрофилов и моноцитов с последующим синтезом и секрецией тканевого фактора, инициирующего фибриновый блок в ткани поджелудочной железы и вторичный некроз. Есть все основания полагать, что деструкция железы происходит путем ферментолита и вторичным механизмом, реализуемым гипергомоцистеинемией.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИОКАРДА НА ФОНЕ ДЕЙСТВИЯ ГОМОЦИСТЕИНА **Фефелова Е.В., Измestьев С.В., Сепп А.В., Цыбиков Н.Н.**

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Цель исследования: Изучить характер морфологических изменений в миокарде при введении гомоцистеина.

Методы исследования. Эксперимент поставлен на 40 белых беспородных крысах - самцах средней массой 150 граммов, одного возраста. Животные содержались в стандартных идентичных условиях. Экспериментальные исследования проводились в соответствии с требованиями "Европейской конвенции о защите позвоночных животных, которые используются в исследовательских и других научных целях" (Strasbourg, 18.03.1986) и постановления Первого национального конгресса по биоэтике (Киев, 2001).

Животные были разделены на четыре группы по 10 особей в каждой. Крысам первой и второй группы внутрибрюшинно вводили физиологический раствор, а животным третьей и четвертой группы - гомоцистеин в дозе 0,001 мг на 1 мл ОЦК в течение 14 дней. Животные первой и третьей группы были забиты на 7 сутки, а второй и четвертой - на 14 сутки.

Для гистологического исследования ткани сердца фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина. Серийные парафиновые срезы толщиной 4-5 мкм изготавливали по стандартной методике. С целью обзорной окраски, гистологические срезы окрашивали гематоксилин-эозином; для выявления компонентов соединительной ткани окрашивали пикрофуксином по Ван Гизону.

Исследование и морфометрический анализ тканей проводили с помощью микроскопа "Opticam PRO5" с использованием цифровой фотокамеры "Olympus CX-41" и программы анализа изображений "Optika Vision Pro" ver. 2.7.

Статистическую обработку результатов проводили с использованием методов непараметрической статистики, с помощью пакета программ Statistica 6.0.

Полученные результаты и их обсуждение. При проведении морфометрических исследований сердца макроскопические показатели у экспериментальных групп, получавших гомоцистеин, и контрольных животных не имели статистически значимых различий: геометрические размеры органов были практически идентичны, было лишь зафиксировано небольшое уменьшение массы сердца (на 3,3% по сравнению с группами контроля).

При изучении гистологического строения миокарда желудочков были выявлены следующие изменения: зафиксировано статистически достоверное изменение геометрических показателей кардиомиоцитов, в том числе уменьшение их диаметра, в группах, получавших гомоцистеин. Снизилось число одноядерных клеточных элементов, с соответствующим изменением соотношения одноядерных к многоядерным кардиомиоцитам (1:10,1 и 1:8,1 у животных 3-й и 4-й групп соответственно, при соотношении 1:5,2 и 1:5,25 в 1-й и 2-й группах контроля).

Гистоморфологически миокард экспериментальных животных характеризовался межклеточным отеком, белковой дистрофией основного массива кардиомиоцитов, наряду с несколько неравномерной, диффузно-очаговой гипертрофией части мышечных волокон (их клетки с крупными гиперхромными ядрами и линейными размерами превышающими средние значения контрольных группы в 1,2 и 1,4 раза), и диффузным перимускулярным кардиосклерозом максимально выраженном в субэндокардиальной зоне. Причем дистрофические и склеротические процессы в миокарде от 4-й группы животных были выражены резче, чем в тканях животных 3-й группы. Так же в ряде случаев (около 30%), на 14-е сутки, в межклеточной строме было отмечено формирование диффузных лимфогистиоцитарных инфильтратов с примесью плазматических клеток, эффект фибриноидного набухания периваскулярной стромы и признаки развивающихся васкулитов и капилляритов.

Исходя из данных эксперимента, нами установлено, что интоксикация животных гомоцистеином вызывает значительные изменения в структурной организации миокарда, что влияет на нарушение кровообращения как в самом сердце, так и во всем организме. Объяснить такое действие гомоцистеина можно следующим образом. Структура молекулы самого гомоцистеина и, в особенности, производного соединения - гомоцистеиновой кислоты имеет сходство с N-метил-D-аспартатом (NMDA) - аналогом глутамата. Активация NMDA-рецепторов вызывает вход ионов кальция внутрь клетки, чрезмерное накопление кальция в цитоплазме влечет за собой ряд негативных последствий, таких как индукция процессов ПОЛ, нарушение биологического окисления и др. Известно наличие NMDA-рецепторов в кардиомиоцитах. Исходя из этого, в основе токсического эффекта гомоцистеина на миокард может лежать способность самого гомоцистеина и продукта его аутоокисления гомоцистеиновой кислоты активировать NMDA-рецепторы, создавая в клетках повышенный уровень ионов кальция и активных форм кислорода, что приводит к повреждению и гибели клеток. Окислительный стресс считается основным механизмом патогенного действия гомоцистеина. Последний также нарушает нормальную продукцию оксида азота эндотелиальными клетками, понижает его биодоступность за счет повышения окислительной инактивации. Одновременно повышается экспрессия матриксных металлопротеиназ, что обуславливает повышение синтеза коллагена в интерстиции миокарда.

Вывод. Следствием гипергомоцистеинемии является повреждения клеток, развитие воспалительной реакции в поврежденных тканях. В нашем эксперименте мы получили уменьшение количества миокардиоцитов, в тканях миокарда появились признаки воспаления, репаративные процессы снизились, развилась рабочая гипертрофия миокардиоцитов.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ, КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ И ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

**Фролова Н.И.¹, Белокриницкая Т.Е.¹, Баркан Т.М.², Гительман Н.А.³,
Плоткин И.Б.⁴, Савватеева Е.А.⁵, Каргина Р.Н.⁶, Солдатова Н.В.⁶,
Васильева Д.В.¹, Забелина О.И.¹, Пискарева А.А.¹**

¹ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

²НУЗ "Дорожная клиническая больница ст. Чита-2 ОАО РЖД", Чита, Россия

³ГБУЗ "Забайкальский краевой перинатальный центр", Чита, Россия

⁴ГУЗ "Краевая клиническая больница", ⁵ГУЗ "Городской родильный дом г. Читы",

⁶Управление трудовых ресурсов и демографической политики Забайкальского края, Чита, Россия

В рамках реализации краевой долгосрочной целевой программы "Улучшение демографической ситуации в Забайкальском крае (2009-2015 годы)" 29-30 ноября 2012 года в г. Чите состоялось Собрание научной общественности "Факторы, воздействующие на демографическую ситуацию Забайкальского края", в решении которого вынесены задачи: объединяя усилия учёных края, изучающих человеческий фактор, обеспечивая междисциплинарное взаимодействие и научную основу для принятия конструктивных решений, считать приоритетными исследования и анализ социально-демографической обстановки Забайкальского края, ... анализ и охрану репродуктивного здоровья молодёжи Забайкальского края".

Репродуктивное здоровье женщин, особенно молодого фертильного возраста, имеет особую медико-социальную значимость, так как оно напрямую связано со здоровьем новорожденных и детей, следовательно, последующих поколений, с будущим нации и государства в целом. Многофакторный анализ рождаемости в Забайкальском крае с 2003 по 2010 годы показал, что в увеличении рождаемости в период с 2003 по 2006 год главную роль сыграл структурный фактор - число женщин основного репродуктивного возраста (до 30 лет) находилось в фазе роста. В 2011 году пик деторождения переместился на возрастную группу 25-29 лет, таким образом, в свете современной демографической оценки популяции и прогнозирования темпов прироста населения, чрезвычайно важно иметь представление о репродуктивном здоровье женской части населения 18-29 лет, являющейся основой репродуктивного потенциала.

Цель исследования - оценить структуру причин госпитализаций в гинекологический стационар женщин 18-29 лет, составляющих основу репродуктивного потенциала популяции забайкальцев.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели проанализировано 1131 отобранных сплошным методом карт стационарных больных (учетная форма №003/у) женщин в возрасте 18-29 лет, коренных жительниц Забайкальского края, госпитализированных в гинекологические отделения ЛПУ г. Читы за 6 месяцев 2013 года. Указанная численность данной выборки обусловлена тем, что при отборе сплошным методом 1000 карт пациенток, госпитализированных в связи с гинекологическими

заболеваниями, выявлен 131 случай госпитализации для производства операции искусственного медицинского аборта в первом триместре гестации. Статистический анализ включал число n (количество пациенток с данной нозологической формой) и оценку распространенности признака в группе (%).

Результаты и обсуждение. Негативным фактором для последующей репродуктивной функции женщины является инструментальный аборт. Доказано, что хирургический аборт является ведущей причиной последующих гинекологических заболеваний (воспалительные заболевания матки и придатков, бесплодие, нарушения менструального цикла, патология эндометрия, эндометриоз, невынашивание беременности, плацентарная недостаточность и др.) и репродуктивных нарушений вплоть до абсолютной инфертильности. Согласно полученным нами результатам, каждая одиннадцатая женщина была госпитализирована для производства операции искусственного медицинского аборта в первом триместре гестации (131/1131; 11,6%). Исходя из того, что нежеланная беременность заболеванием не является, расчет структуры гинекологической патологии мы проводили на 1000 пациенток.

Установлено, что наиболее распространенные причины госпитализаций в гинекологический стационар в связи с заболеваниями составляют осложнения беременности. Так, первое по частоте место в когорте обследованных пациенток заняли прерывания беременности - самопроизвольные и неуточненные аборты в I-II триместрах гестации 23,2% (232/1000); второе - угрожающие прерывания беременности до 22 недель гестации - 19,2% (192/1000); третье - обострения хронических воспалительных заболеваний органов малого таза - 9,7% (97/1000); четвертое - осложнения абортов - 7,9% (79/1000); пятое - осложнения послеродового периода (эндометриты; гематометры; осложнения со стороны ран промежности и передней брюшной стенки) - 8,2% (82/1000). Далее в порядке ранжирования распределились доброкачественные образования яичников 6,6% (66/1000); острые воспалительные заболевания органов малого таза - 5% (50/1000); прерывание беременности по медицинским показаниям на сроке 20 недель 4,9% (49/1000); расстройства менструального цикла (дисменорея, дисфункциональные маточные кровотечения) - 3% (30/1000); прервавшаяся эктопическая беременность - 2,7% (27/1000); синдром поликистозных яичников - 1,5% (15/1000), абсцесс бартолиновой железы - 1% (10/1000); миома матки - 1% (10/1000), рвота беременной - 0,9% (9/1000), осложненные кисты яичников (разрывы, кровоизлияния) - 0,7% (7/1000); старые разрывы шейки матки - 0,7% (7/1000); бесплодие - 0,6% (6/1000); апоплексия яичника - 0,5% (5/1000); дисфункция яичников - 0,5% (5/1000); киста гартнера хода - 0,3% (3/1000); аномалии девственной плевы и наружных гениталий - 0,3% (3/1000); полип эндометрия - 0,3% (3/1000); киста бартолиновой железы - 0,2% (2/1000); плацентарный полип после родов - 0,1% (1/1000).

Выводы. Структуру причин госпитализаций в гинекологический стационар женщин в возрасте 18-29 лет определяет их гендерное поведение риска, низкий уровень репродуктивного образования и отсутствие ответственного отношения к своему здоровью. Наиболее распространенные причины госпитализаций - искусственные инструментальные аборты, осложнения беременности и воспалительные заболевания органов малого таза, что создает реальную угрозу не только репродуктивному здоровью конкретных индивидуумов, но и демографическому потенциалу популяции забайкальцев в целом. С целью сохранения качества репродуктивного потенциала населения Забайкальского края необходимо совершенствовать медицинские, образовательные, организационные направления системы профилактики абортов, воспалительных заболеваний гениталий и прегравидарной подготовки. Инструментальный аборт у женщин раннего фертильного возраста - потенциальных будущих матерей, должен быть полностью заменен медикаментозным - цивилизованным и более щадящим для репродуктивной системы методом прерывания нежеланной беременности, экономически менее затратным, сопряженным со значительно меньшим количеством осложнений, широко распространенным и хорошо зарекомендовавшим себя в мировой практике.

Участники Собрания научной общественности "Факторы, воздействующие на демографическую ситуацию Забайкальского края" 29-30.11.12 г. обратились к Органам исполнительной власти Забайкальского края с предложением организовать краевую Комиссию по сохранению репродуктивного здоровья жителей Забайкалья, в которую войдут представители органов исполнительной власти Забайкальского края, Комитета по делам молодежи, Министерства трудовых ресурсов и демографической политики Забайкальского края, Министерства образования, науки и молодежной политики Забайкальского края и Министерства здравоохранения Забайкальского края, Территориального фонда ОМС, Читинской медицинской академии, Краевого центра планирования семьи и репродукции, медико-педагогических центров для молодежи.

ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР У ПАЦИЕНТОК С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА И СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТИРЕОЗА

Фёдорова А.П., Серебрякова О.В., Булло Л.А.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Цель исследования. Изучить состояние липидного спектра у женщин с ишемической болезнью сердца (ИБС) на фоне сахарного диабета 2 типа (СД2) и субклинического гипотиреоза.

Материал и методы. В исследование включено 20 женщин со стабильной стенокардией II-III функционального класса на фоне сахарного диабета 2 типа и субклинического гипотиреоза (средний возраст $64,7 \pm 8,1$ лет). Группу сравнения составили 14 женщин со стабильной стенокардией II-III функционального класса в сочетании с сахарным диабетом 2 типа и нормальной функцией щитовидной железы (средний возраст $63,8 \pm 7,0$ лет). Кроме общеклинического обследования больным проводилось ультразвуковое исследование щитовидной железы, определяли уровень тиреотропного гормона (ТТГ), свободного Т4 и антител к тиреоидной пероксидазе. Параметры липидного спектра оценивались на автоматическом биохимическом анализаторе "Roche Magnus 5000". Исследование включало содержание общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), триглицеридов (ТГ). Расчетным путем были вычислены: холестерин липопротеидов очень низкой плотности $\text{ХСЛПОНП} = \text{ТГ}/2,2$; индекс атерогенности (ИА) $= \text{ОХС} - \text{ХСЛПВП}/\text{ХСЛПВП}$.

Результаты. 95% женщин (19) в основной группе и 78% (11) в группе контроля имели ожирение (индекс массы тела $33,6 \pm 5,9$ и $30,7 \pm 4,9$ соответственно). Средний уровень ТТГ у женщин с субклиническим гипотиреозом составил $11,4 \pm 6,6$ мкМЕ/мл (при норме 0,4 - 4 мкМЕ/мл). Целевые значения глюкозы крови натощак, гликированного гемоглобина были достигнуты у 9 (45%) женщин в основной группе и у 6 (43%) в группе сравнения. Уровень ОХС в основной группе составил $5,54 \pm 0,7$ ммоль/л и был выше, чем в контрольной группе - $4,7 \pm 0,6$ ммоль/л ($p < 0,05$). Средний уровень ХС ЛПНП составил $2,6 \pm 0,93$ и $2,28 \pm 0,6$ ммоль/л соответственно, ХС ЛПОНП $0,8 \pm 0,48$ и $0,81 \pm 0,37$ ммоль/л, ХС ЛПВП - $1,3 \pm 0,24$ и $1,25 \pm 0,25$ ммоль/л соответственно. Гипертриглицеридемия ($\text{ТГ} > 1,7$ ммоль/л) имела место в обеих группах - $2,06 \pm 1,06$ и $1,86 \pm 0,76$ ммоль/л соответственно, статистически значимой разницы между этими показателями липидного спектра не отмечено. Индекс атерогенности в основной группе был выше, чем в группе контроля ($4,42 \pm 0,8$ ед. и $3,6 \pm 0,57$ ед. соответственно, $p < 0,05$).

Выводы. Липидный спектр в плазме крови женщин со стабильным течением стенокардии напряжения на фоне сахарного диабета 2 типа и субклинического гипотиреоза характеризуется гиперхолестеринемией, повышением уровня ХС ЛПНП, гипертриглицеридемией. Отмечается более высокий уровень общего холестерина и индекса атерогенности по сравнению с женщинами с нормальной функцией щитовидной железы. Для дальнейшей оценки изменений липидного профиля планируется формирование группы женщин с ИБС без эндокринной патологии.

ОСОБЕННОСТИ АРХИТЕКТониКИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЖЕНЩИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА И СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТИРЕОЗА

Фёдорова А.П., Серебрякова О.В.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Цель исследования. Определить частоту гипертрофии и типы геометрии миокарда левого желудочка у женщин с ишемической болезнью сердца (ИБС) на фоне сахарного диабета 2 типа (СД 2) и субклинического гипотиреоза.

Материал и методы. В исследование было включено 17 женщин со стабильной стенокардией II-III функционального класса на фоне сахарного диабета 2 типа и субклинического гипотиреоза. Группы сравнения составили 14 женщин со стабильной стенокардией II-III функционального класса в сочетании с сахарным диабетом 2 типа и нормальной функцией щитовидной железы и 10 женщин со стабильной стенокардией II-III функционального класса и субклиническим гипотиреозом. Средняя продолжительность сахарного диабета в основной группе составила $9,9 \pm 6,1$ лет, в группе сравнения $9,1 \pm 8,6$ лет. У всех женщин в анамнезе имелась артериальная гипертензия. Группы были сопоставимы по возрасту, выраженности сердечной недостаточности, степени артериальной гипертензии. Из исследования исключались женщины с высокой артериальной гипертензией, тяжелой сердечной недостаточностью с

фракцией выброса <50%. Помимо общеклинического обследования проводилось ультразвуковое исследование щитовидной железы. Диагноз субклинического гипотиреоза устанавливался при уровне ТТГ свыше 4,0 мкМЕ/мл и нормальном уровне свободного Т4. Ультразвуковое исследование сердца проводилось на аппарате "ЕКО7" Samsung Medison (Корея) и Vivid-7 dimension (США). Изучались следующие показатели: конечный систолический и конечный диастолический размер левого желудочка (КСР и КДР, мм); толщина задней стенки левого желудочка в диастолу (ТЗСЛЖ, мм) и толщина межжелудочковой перегородки в диастолу (ТМЖП, мм). Массу миокарда левого желудочка (ММЛЖ, г) рассчитывали по формуле рекомендуемой Американским обществом эхокардиографии (ASE). Также оценивали индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ, г/м²). Гипертрофию левого желудочка диагностировали при ИММЛЖ 110 г/м² и более. На основании таких показателей как индекс относительной толщины стенки левого желудочка (ИОТС) и ИММЛЖ определяли тип геометрии левого желудочка. Данные представлены в виде среднего значения и стандартного отклонения ($M \pm SD$). Для сравнения групп проводился однофакторный дисперсионный анализ, затем группы попарно сопоставлялись при помощи критерия Ньюмена-Кейлса.

Результаты. Все женщины в основной группе и женщины в группе с ИБС на фоне субклинического гипотиреоза имели ожирение (индекс массы тела $34,6 \pm 5,7$ и $31,3 \pm 4,3$ соответственно), в группе больных с ИБС на фоне СД 2 типа ожирение диагностировано у 11 (78%) больных (имт $30,7 \pm 4,9$). Гипертрофия миокарда левого желудочка выявлена у 100% женщин в основной группе (ММЛЖ $258,7 \pm 37,0$ г) и была статистически значимо больше ($p < 0,05$), чем в группах сравнения ($212,1 \pm 54,1$ и $223 \pm 33,6$ г соответственно). Однако при оценке ИММЛЖ различия ($p < 0,05$) выявлены только между основной группой и группой женщин с ИБС на фоне СД 2 типа (ИММЛЖ $141,8 \pm 23,3$ и $117 \pm 24,3$ г/м² соответственно). У 15 (88%) женщин в основной группе выявлена концентрическая гипертрофия левого желудочка, у 2 (11%) эксцентрическая гипертрофия. У женщин в группе с ИБС на фоне СД 2 типа преобладала эксцентрическая гипертрофия левого желудочка и выявлена у 5 (35,8%) больных, на долю концентрического ремоделирования и концентрической гипертрофии пришлось по 28,6% (8 больных), у 1 женщины (7%) был нормальный тип геометрии левого желудочка. В группе больных с ИБС на фоне субклинического гипотиреоза концентрическая гипертрофия выявлена у 7 (70%) женщин, эксцентрическая гипертрофия у 2 (20%), концентрическое ремоделирование у 1 (10%) больной.

Выводы. У обследованных женщин с ишемической болезнью сердца на фоне сахарного диабета 2 типа и субклинического гипотиреоза гипертрофия миокарда левого желудочка встречалась в 100% случаев, при этом преобладающим являлся концентрический тип ремоделирования левого желудочка.

ОПТИЧЕСКАЯ КОГЕРЕНТНАЯ ТОМОГРАФИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА Харинцева С.В., Щербакова С.Ю., Голуб Л.А., Зимина М.Г.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

В настоящее время ишемическая нейропатия является одной из наиболее частых причин синдрома внезапной потери зрения. Основными причинами развития данной патологии служат артериальная гипертензия, атеросклероз сосудов головного мозга, сахарный диабет, системные заболевания соединительной ткани.

Цель исследования: установить степень поражения нервных волокон сетчатой оболочки глаза у больных ишемической нейропатией.

Материалы и методы. В исследование включено 46 пациентов ишемической нейропатией, средний возраст которых составил $41,7 \pm 4,9$ лет.

Степень поражения нервных волокон сетчатой оболочки глаза определялась на оптическом когерентном томографе RTVue -100. При анализе состояния зрительного нерва составлялась карта толщины слоя нервных волокон, выявлялась асимметрия, с учетом размеров диска зрительного нерва. В ходе динамического наблюдения составлялись карты степени отклонения от нормы и карты изменений по сравнению с первым визитом, что позволяло выявлять статистически значимые отклонения. Всем пациентам проводилась гипербарическая оксигенация, массаж глазного яблока, терапия сосудорасширяющими, вазоактивными, ноотропными препаратами, антикоагулянтами и антиоксидантами.

Результаты и обсуждение. У пациентов с передними ишемическими нейропатиями анализ когерентных томограмм выявил резкое увеличение толщины внутренних и внешних слоев сетчатки за счет

интратретинального отека и обширных зон ишемии до 500 мкм. Прорыв гематоретинального барьера при остром нарушении кровообращения в диске зрительного нерва приводил к избыточному накоплению жидкости в сетчатке. Наиболее значимый отек регистрировался в нижнем сегменте перифовеа, вследствие накопления интратретинальной жидкости в слоях макулы. На фоне ишемических зон, отслойки нейроэпителия выявлялись в 28% случаев. Участки кровоизлияний давали оптически негативный эффект и структура сетчатой оболочки в этих зонах не определялась. Такие микроретинотометрические показатели отмечались в течение первых 10 дней. Затем регистрировались снижение отека до 300 мкм, атрофия фрагментов слоя фоторецепторов и прогрессирующая гибель ганглиозных клеток сетчатки. В острую стадию количественные параметры головки диска зрительного нерва и слоя нервных волокон сетчатки не определялись. Отмечено резкое увеличение площади и толщины перипапиллярного слоя нервных волокон в остром периоде. Наиболее значимый отек (более 46% от цифр контроля) регистрировался в нижних отделах, но достоверных изменений по секторам не было выявлено, что вероятно связано с поражением цилиарных артерий на разных уровнях. В перипапиллярной зоне отмечены кровоизлияния в виде полос у всех больных. В стадию вторичной атрофии регистрировалось уменьшение площади отека диска зрительного нерва и прогрессирующее истончение слоя нервных волокон на 32-47% от нормативных данных.

Выводы:

1. Оптическая когерентная томография позволяет провести неинвазивное исследование морфологических особенностей течения острого нарушения кровообращения в диске зрительного нерва и может быть использована в динамическом наблюдении и прогнозе заболевания.
2. Обнаружены ишемические изменения, как в диске зрительного нерва, так и в макулярной области, что объясняет низкую остроту зрения в острый период поражения.

ДИНАМИКА ПОЛЯ ЗРЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОПТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ С ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИЕЙ.

Харинцев В.В., Харинцева С.В., Серебрякова О.В., Серкин Д.М.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Поражение зрительного нерва является основной причиной слепоты и слабовидения у больных с эндокринной офтальмопатией.

Цель исследования: Исследовать состояние поля зрения у пациентов с эндокринной офтальмопатией (ЭОП).

Методика: в исследование включено 38 пациентов с ЭОП, средний возраст которых составил $39,2 \pm 13,1$ лет. Группа контроля включала 18 человек без признаков ЭОП. Диагноз заболевания верифицировался клинически на основании офтальмологического обследования, включающего офтальмоскопию, компьютерную периметрию. Подтверждение диагноза проводили с помощью компьютерной томографии орбит. Изменения в поле зрения регистрировались с помощью периметра "Периком", анализ проводился с помощью программы тотальной периметрии. Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи программы "Биостатистика". Для всех видов анализа статистически значимыми считали значения $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Изменения в поле зрения регистрировались у 21 пациента. Выявлено снижение времени реакции у пациентов с ЭОП на 38,7% ($p = 0,032$) от группе контроля. Скотомы первого порядка у пациентов с ЭОП возросли на 19,4% ($p < 0,05$). Значимого изменения скотом второго порядка не было выявлено. Увеличение количества абсолютных скотом на 10,4% по сравнению с контролем не было достоверным ($p > 0,5$). У 9 человек с ЭОП отмечено значительное расширения слепого пятна, за счет резкого увеличения толщины внутренних и внешних слоев сетчатки до 450 мкм. Наиболее значимый отек регистрировался в нижнем сегменте перифовеа, более 80% от цифр контроля ($P < 0,05$), вследствие накопления интратретинальной жидкости в слоях макулы. Наиболее массивный отекпо данным офтальмоскопии (более 46% от цифр контроля), обуславливающий выстояние диска в стекловидное тело, отмечался в нижних отделах, но достоверных изменений по секторам не было выявлено. Уменьшение площади отека диска зрительного нерва и прогрессирующая гибель ганглиозных клеток сетчатки и последующая вторичная атрофия зрительного нерва связаны с гипоксией, снижающей продукцию адеозинтрифосфорной кислоты (АТФ).

Вывод. Ранняя диагностика нарушений в сетчатке и зрительном нерве с помощью программы тотальной периметрии позволяет выявить ранние проявления оптической нейропатии и оптимизировать комплексную терапию заболевания.

ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ: ПРЕДОПЕРАЦИОННОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ

Хлобыстин Р.Ю.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Расширенные анатомические резекции печени являются перспективным и потенциально радикальным методом лечения злокачественных опухолей. В настоящее время именно они являются стандартом операций на печени. Несомненно, резекции печени являются технически сложными операциями, и правильное полное обследование больных на дооперационном этапе является важнейшим моментом для получения удовлетворительных результатов проводимого лечения. Все диагностические мероприятия у онкологического больного направлены, прежде всего, на правильную установку стадии заболевания и уточнения местного распространения опухолевого процесса. Именно стадирование злокачественного заболевания становится определяющим фактором в назначении адекватного этой стадии заболевания комплекса лечебных мероприятий и объемов оперативного лечения. Таким образом, для подготовки и проведения операции на печени кроме стандартного набора предоперационных диагностических методов (общеклинические анализы крови и мочи, ЭКГ, осмотр терапевта) используют и дополнительные методы обследований.

Всем больным с узловыми образованиями печени обязательно проведение обследования, направленного на определение или исключение вторичного характера поражения печени злокачественными опухолями других локализаций. Печень является основным органом - мишенью метастазирования злокачественных опухолей брюшной полости, что связано с особенностью венозного оттока. Таким образом, необходимо проведение ФГС и ирригоскопии для выявления возможных первичных опухолей ЖКТ. Всем онкологическим больным, в том числе и с опухолями печени, показано проведение рентгенологического исследования легких в двух проекциях. Мужчины должны быть осмотрены урологом, женщины гинекологом с проведением маммографии. Необходимо проведение УЗИ органов брюшной полости, почек, забрюшинного пространства, которое помимо характеристики опухолевого процесса в печени, позволяет исследовать почки, забрюшинные лимфатические узлы. Ультразвуковое исследование печени позволяет определить не только локализацию опухоли в печени и расположение в долях и сегментах, но и взаимоотношение опухоли с печеночными венами и воротными структурами печени, что является основным фактором в определении резектабельности опухоли и определении объема операции. При расположении опухолевых узлов в легкодоступных для пункции отделах печени (2,3,4,5,6 сегменты) необходимо проведение тонкоигольной пункционно-аспирационной биопсии опухоли для цитологической верификации злокачественного заболевания. Идеальный вариант, когда УЗИ-исследование проводит врач, который в последующем будет проводить интраоперационное УЗИ печени.

КТ или МРТ органов брюшной полости на сегодняшний день являются обязательными диагностическими методами обследования больных с опухолями печени. Проводить исследование необходимо с внутривенным контрастированием, что позволяет оценить и определить особенности кровоснабжения печени у данного больного, характер опухоли и взаимоотношение с сосудами печени. Эти два метода являются не взаимоисключающими, а дополняющими методами. По литературным данным МРТ печени с внутривенным контрастированием препаратом "Примавист" является наиболее диагностически ценным и полным методом при первичных опухолях печени и желчных протоков.

При сложности определения особенностей артериального кровоснабжения печени необходимо выполнение ангиографии сосудов печени, которое позволяет определить характер отхождения печеночной артерии, её деление, расположение и взаимоотношение печеночных вен с опухолью, характер и особенности кровоснабжения опухоли.

В группе больных с хроническими гепатитами В, С и циррозом печени необходимо проведение исследования функционального состояния печени, степень выраженности цирроза печени по Чайлд-Пью, консультация инфекциониста, а при необходимости - гастроэнтеролога. Так же всем больным с подозрением на первичную опухоль печени показано исследование уровня альфа-фетопротейна крови.

Непосредственно на операции после полной ревизии брюшной полости и мобилизации печени завершающим этапом диагностических мероприятий является проведение в обязательном порядке интраоперационное УЗИ печени. Последнее позволяет уточнить истинные границы опухоли, взаимоотношение с сосудами печени, выявить дополнительные неопределяемые образования печени и принять окончательное решение о выполняемом объеме оперативного вмешательства у данного больного.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ГЕМИГЕПАТЭКТОМИЙ

Хлобыстин Р.Ю.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Анатомические резекции печени остаются единственным методом лечения, который может обеспечить радикальное лечение, как при первичных опухолях печени, так и при вторичном её поражении опухолями различных локализаций. Необходимость развития хирургической гепатологии в онкологии связана с рядом факторов:

- Печень является основным органом - мишенью метастазирования злокачественных опухолей брюшной полости, что связано с особенностью венозного оттока. Зачастую метастазы в печень являются единственным проявлением распространенного опухолевого процесса. Радикальное хирургическое удаление метастазов рака в сочетании с радикальным лечением на первичном опухолевом процессе с применением всего арсенала противоопухолевых методов лечения (химиотерапевтическое, лучевое лечение) позволяет добиться значительного улучшения отдаленных результатов лечения. Наиболее часто это возможно при метастазах колоректального и нейроэндокринного рака. Так в России у каждого третьего больного с впервые выявленным колоректальным раком диагностируют метастазы в печень. У половины больных после завершения радикального лечения в дальнейшем выявляются метастазы, и в этом случае в 25% случаях печень является единственным органом, пораженным метастазами.
- Значительное увеличение заболеваемости хроническими вирусными гепатитами В, С и циррозом печени различной этиологии, что является основным фактором резко увеличивающим риск возникновения гепатоцеллюлярного рака печени.

Таким образом, на сегодняшний день основными показаниями к выполнению анатомических резекций печени в онкологии являются:

- первичные опухоли печени (гепатоцеллюлярный рак, холангиоцеллюлярный рак, гепатобластома, другие первичные злокачественные опухоли печени);
- злокачественные опухоли внепеченочных желчных протоков;
- вторичные опухоли печени (метастазы колоректального рака, рака почки, нейроэндокринного рака, рака молочной железы и др.).

Всего за период с марта по август 2013 в Краевом онкологическом диспансере выполнено семь анатомических резекций печени. Выполнено пять гемигепатэктомий справа и две гемигепатэктомии слева. Показаниями к выполнению операции были: в четырех случаях - метастазы колоректального рака, в остальных случаях метастазы нейроэндокринного рака желудка, первичный гепатоцеллюлярный рак печени, паразитарная киста печени.

Особенности техники операции: во всех случаях использовался воротный (задний) доступ к глиссоновым ножкам.

- операция выполнялась в положении больного на операционном столе лежа на спине с подложенным под спину на уровне мечевидного отростка валиком;
- использовался косопродольный доступ справа;
- мобилизация печени осуществлялась с пересечением круглой и серповидной связки во всех случаях, пересечением треугольной и венечной связки на стороне резекции печени;
- проводилась лимфодиссекция и выделение сосудисто-протоковых структур печеночно-двенадцатиперстной связки;
- для сосудистой изоляции удаляемой доли печени проводилось пересечение и лигирование печеночной артерии, ветви воротной вены, идущей к соответствующей доле печени, долевого желчного протока;
- в случае выполнения правосторонней гемигепатэктомии справа осуществлялось выделение, пересечение и лигирование коротких печеночных вен и правой печеночной вены в кавальных воротах печени, при левосторонней гемигепатэктомии - выделение, пересечение и лигирование левой печеночной вены;
- рассечение паренхимы печени и удаление доли печени проводилось по линии демаркации. Рассечение печени осуществлялось пересечением с использованием монополярного электрокоагулятора между зажимами с последующим лигированием. Во всех случаях для уменьшения кровопотери использовался прием Прингла. Общее время пережатия печеночно-двенадцатиперстной связки составило от 7 до 18 минут;
- окончательный гемостаз проводился при восстановлении нормального кровотока печени с использованием электрокоагулятора, биологического клея "Сульфокрилат";

- выполнялся контроль желчеистечения с плоскости резекции;
- зоны операции дренировалась двумя ПВХ трубками.

Переливание компонентов крови проводилось в пяти случаях, когда общая кровопотеря превышала 500мл. В четырех случаях ограничили переливанием свежезамороженной плазмы.

Результаты операции: в четырех случаях наблюдался обычный послеоперационный период, дренажи удалены на шестые сутки после операции, швы сняты после полного заживления операционной раны, больные были выписаны из стационара после получения гистологического заключения. У двух пациентов в послеоперационном периоде наблюдались биохимические признаки печеночной недостаточности (гипербилирубинемия, значительное повышение уровня АЛА, АСТ), которые были купированы применением гепатопротекторов к моменту выписки из стационара. В двух случаях наблюдалось формирование желчных свищей, которые не осложнили послеоперационный период и не увеличили длительность послеоперационного периода. В настоящий момент на фоне консервативного лечения у одного пациента свищ закрылся через восемь недель с момента операции, второму продолжается лечение амбулаторно. Одна больная погибла в раннем послеоперационном периоде. В данном случае пациентка 45 лет оперировалась с диагнозом: "Рак печеночного угла ободочной кишки 2Аст. Комплексное лечение в 2009г. Прогрессирование заболевания в 2012, метастаз в правую долю печени с распадом, 4 курса полихимиотерапевтического лечения. Вскрытие и дренирование абсцесса 7.11.2012г. Прогрессирование на фоне лечения, прорастание в переднюю брюшную стенку, передние отрезки 8,9,10,11 ребер справа, 2 курса полихимиотерапевтического лечения, угроза распада опухоли". Учитывая, что возможности других методов противоопухолевого лечения были исчерпаны, а также принимая во внимание молодой возраст больной, 2.04.2013 было решено выполнить "операцию - отчаяния": комбинированную гемигепатэктомию справа с резекцией передней и боковой брюшной стенки, передних отрезков 8-9-10-11 ребра справа, резекцию тонко-толстокишечного анастомоза. Операция выполнялась с техническими трудностями из-за распространенного опухолевого процесса и сопровождалась массивной кровопотерей. К сожалению, больная погибла через 12 часов после проведенной операции.

Таким образом, расширенные анатомические резекции печени являются перспективным и потенциально радикальным методом лечения злокачественных опухолей. В настоящее время именно они являются стандартом операций на печени. Несомненно, резекции печени в объеме гемигепатэктомии являются технически сложными операциями, и для получения удовлетворительных результатов требуют использования всего арсенала хирургических знаний навыков.

ПОКАЗАТЕЛИ АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ И МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН С КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Царенок С.Ю., Горбунов В.В., Аксенова Т.А., Панина Е.С., Розалёнок А.В.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия
НУЗ "Дорожная клиническая больница на станции Чита-2" ОАО "РЖД", Чита, Россия

В настоящее время остеопороз и сердечно-сосудистые заболевания рассматриваются как имеющие общие факторы риска развития, а также оказывающие непосредственное влияние друг на друга. Так, установлено, что у женщин с ИБС минеральная плотность костной ткани (МПКТ) ниже, чем в общей популяции. Согласно эпидемиологическим исследованиям, каждое снижение МПКТ на одно стандартное отклонение увеличивает риск преждевременной смерти, не связанной с остеопоротическими переломами на 40% в течение последующих двух лет. Имеются данные и о том, что остеопороз, кальцификация аорты, клапанов сердца и атеросклеротическое поражение артерий - взаимосвязанные патологические процессы. Вероятно, что сочетание двух заболеваний - ИБС и остеопороза у одного и того же больного является взаимоотягощающим. Атеросклеротическое поражение сосудов является одной из ведущих причин, приводящих к уменьшению эластичности сосудистой стенки. В последнее время артериальная ригидность рассматривается как значимый фактор риска сердечно-сосудистых событий. Существуют различные показатели, отражающие эластические свойства аорты и периферических артерий, однако "золотым стандартом" на сегодняшний день признан метод измерения скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) на каротидно-фemorальном сегменте при помощи аппланационной тонометрии.

Цель исследования: оценить показатели артериальной ригидности и минеральной плотности костной ткани у женщин с коронарным атеросклерозом.

Материалы и методы. Обследовано 28 женщин с верифицированным диагнозом ИБС в возрасте от 54 до 79 лет (66,5±9,6), подписавших информированное согласие на участие в исследовании. Мине-

ральная плотность костной ткани измеряли при помощи рентгеновского DEXA денситометра CHALLENGER, DMS-APELEM, Франция в проксимальном отделе бедра и поясничных позвонках. Всем участникам исследования оценивали абсолютный риск остеопоротических переломов при помощи FRAX. Модель FRAX представляет собой онлайн калькулятор, где отражены основные факторы риска остеопоротических переломов, после заполнения предложенной в калькуляторе анкеты, рассчитывается абсолютный десятилетний риск возникновения основных остеопоротических переломов и перелома шейки бедра у конкретного пациента. Показатели артериальной ригидности определяли при помощи аппланационной тонометрии с контурным анализом пульсовой волны на аппарате SphygmoCor AtCor Medical, Австралия. Оценивали следующие показатели: центральное систолическое давление (CSP), центральное диастолическое давление (CDP), пульсовое давление в аорте (CPP), давление аугментации в аорте (AP), индекс аугментации (Alx), скорость распространения пульсовой волны на каротидно-фemorальном сегменте (СРПВ). Пациентки были разделены на две группы: первую группу составили женщины, имеющие в анамнезе низкоэнергетический перелом любой локализации и высокий абсолютный риск остеопоротических переломов (возраст $68,0 \pm 10,1$ лет), вторую группу - пациентки с ИБС с низким абсолютным риском по FRAX и не имевших низкоэнергетических переломов (возраст $63,8 \pm 8,3$ лет, $p=0,63$). Статистическая обработка проведена при помощи пакета программ Statistica 6.0 с использованием непараметрических критериев Вальда-Вольфовица, ранговой корреляции Спирмена.

Результаты. Выявлено, что в группе пациенток ИБС с тяжелым остеопорозом и низкоэнергетическими переломами в анамнезе значительно повышалось давление аугментации в аорте на $77,2\%$ ($19,5 \pm 11,01$ против $11,0 \pm 4,4$, $p=0,011$), центральное пульсовое давление было выше на $26,2\%$ ($49,22 \pm 20,68$ против $38,8 \pm 6,01$, $p=0,0009$), отмечено повышение индекса аугментации ($32,0 \pm 8,01$ против $24,0 \pm 10,62$, $p=0,013$) по сравнению с группой с низким абсолютным риском по FRAX, без переломов в анамнезе. Такие показатели как систолическое и диастолическое давление в аорте не демонстрировали значимых отличий между группами. При оценке СРПВ, которая в настоящее время рассматривается как критерий артериальной жесткости и фактор риска сердечно-сосудистых событий, установлено, что у женщин с тяжелым остеопорозом СРПВ была выше на $21,4\%$ ($9,23 \pm 1,7$ м/с против $7,6 \pm 1,2$ м/с, $p=0,0019$) по сравнению с группой с изолированной ИБС.

Установлено, что в группе женщин ИБС с тяжелым остеопорозом минеральная плотность костной ткани как в поясничных позвонках по Т-критерию ($-0,6 \pm 1,47$ против $-0,2 \pm 1,2$; $p=0,041$), так и в проксимальном отделе бедра ($-1,3 \pm 0,63$ против $0,03 \pm 1,2$; $p=0,024$) была достоверно ниже. При оценке абсолютного риска по FRAX показатель major osteoporotic (MO) в этой же группе женщин был значительно выше ($19,3 \pm 7,8$ против $7,3 \pm 3,3$, $p=0,000001$). Нами проведен корреляционный анализ между показателями давления в аорте, СРПВ и минеральной плотностью костной ткани. Выявлена отрицательная связь средней силы между МПКТ позвонков и CSP ($R=-0,39$, $p=0,04$), Т-критерием позвонков и CDP ($R=-0,41$, $p=0,03$), Т-критерием позвонков и индексом аугментации ($R=-0,4$, $p=0,04$).

Выводы. У женщин ИБС в сочетании с тяжелым остеопорозом отмечается повышение центрального пульсового давления, давления аугментации в аорте, индекса аугментации и скорости распространения пульсовой волны. Выявлена отрицательная корреляционная связь между показателями давления в аорте и минеральной плотностью костной ткани в позвонках.

ПЕПТИДНЫЕ РЕГУЛЯТОРЫ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ

Цепелев В.Л., Степанов А.В., Цепелев С.Л., Цыбиков Н.Н.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Центральные органы гуморального иммунитета - костный мозг и бурса Фабрициуса - продуцируют пептидные биорегуляторы, обладающие широким спектром биологической активности. Были выделены различные пептидные препараты: миелопид (Петров Р.В.), гемалин (Хавинсон В.Х.), бурсилин (Степанов А.В.), Б-активин (Арион А.В.). Однако долгие годы отсутствовали сведения о химической структуре и молекулярных механизмах действия входящих в состав названных препаратов индивидуальных пептидов, что затрудняло научно обоснованное их применение в клинической практике. Принципиально новым этапом в изучении пептидных регуляторов гуморального иммунитета стало выделение, структурная характеристика и синтез индивидуальных пептидов.

Нами выделены и синтезированы регуляторные пептиды со следующими первичными структурами:

- гемопептид (ГП) - Ser-Ala-Glu-Glu-Lys-Glu-Ala,
- бурсопептид-1 (БП-1) - Tyr-Glu-Gly,

- бурсопептид-2 (БП-2) - Trp-Thr-Ala-Glu-Glu-Lys-Gln-Leu,
- бурсопептид-3 (БП-3) - Lys-Glu-Glu-Leu-Asn-Glu,
- бурсопептид-4 (БП-4) - Glu-Arg-Asp-Pro.

Анализ аминокислотных последовательностей показал, что БП-2 гомологичен фрагменту 3-10-цепи гемоглобина птиц, БП-3 - фрагменту 15-20-цепи иммуноглобулина, а ГП - фрагменту 4-10-цепи гемоглобина свиньи. Остальные пептиды не имеют гомологии с известными пептидными и белковыми структурами. Синтез структурно охарактеризованных пептидов гуморального иммунитета позволил подробно изучить их биологические свойства, используя различные экспериментальные модели. Результаты показали, что пептиды обладают иммунорегуляторными свойствами, влияют на системы гемостаза и неспецифической резистентности, но отличаются друг от друга по степени выраженности конечных эффектов.

Регуляторные пептиды костного мозга и бursы Фабрициуса проявляют иммуностимулирующую активность в различных моделях иммунодефицита. ГП, БП-1 и БП-2 действуют преимущественно на гуморальное звено иммунитета: стимулируют экспрессию IgM-рецепторов, усиливают иммунный ответ при эмбриональной бурсэктомии. В то же время, БП-3 оказывает влияние на Т-систему иммунитета: восстанавливает иммунный ответ у тимэктомированных животных, увеличивает экспрессию E-рецепторов тимоцитов.

Регуляторные пептиды оказывают влияние на экспрессию дифференцировочных антигенов лимфоцитов больных с иммунодефицитом, а также вмешиваются в механизмы активации лимфоцитов, опосредованные интерлейкином-2. БП-1 стимулирует экспрессию маркеров, характерных для В-лимфоцитов (CD19, CD21, CD22, CD38, CD72), и потенцирует активирующее влияние IL-2 на экспрессию CD38. БП-3 усиливает экспрессию Т-клеточных антигенов (CD2, CD3, CD4) и стимулирует экспрессию CD4 на фоне действия IL-2. ГП и БП-2 обладают широким спектром действия, стимулируя экспрессию дифференцировочных антигенов Т-, В-лимфоцитов и NK-клеток, а также усиливают IL-2 индуцированную экспрессию антигенов CD2, CD3, CD4 и CD25. Все изученные пептиды увеличивают количество антителообразующих клеток на пике вторичного иммунного ответа.

БП-3 и БП-4 действуют также на систему неспецифической резистентности, стимулируя фагоцитарную активность и кислородзависимый метаболизм макрофагов. ГП, БП-2 и БП-3 оказывают влияние на воспалительный процесс, снижая явления экссудации за счет уменьшения секреции мононуклеарами провоспалительных цитокинов (IL-1, IL-8 и TNF). Кроме того, БП-3 стимулирует пролиферативную активность фибробластов.

В следующих экспериментах изучали механизмы действия регуляторных пептидов при патологических состояниях, сопровождающихся иммунодефицитом и воспалением. При экспериментальной термической травме и у животных с разлитым гнойным перитонитом регуляторные пептиды костного мозга и бursы Фабрициуса стимулируют продуктивную и индуктивную фазы иммунного ответа. БП-3 активен только в продуктивную фазу. У животных с термической травмой и перитонитом под влиянием изучаемых пептидов уменьшаются проявления хронического ДВС-синдрома, ингибируется внешний и внутренний путь образования протромбиназы и активируется фибринолиз. БП-1 не влияет на параметры гемокоагуляции, но активирует фибринолиз.

Важным шагом в изучении молекулярных механизмов действия иммунорегуляторных пептидов стало обнаружение на лимфоидных клетках рецепторных структур, специфически взаимодействующих с БП-2 и ГП. Частичная гомология первичной структуры БП-2 и ГП позволяет предполагать, что они действуют на лимфоидные клетки через одни и те же рецепторы.

Анализ закономерностей проявления биологической активности индивидуальных пептидов, а именно: дозозависимый эффект *in vivo* и *in vitro*, селективное воздействие на определенные клетки-мишени через связывание со специфическими рецепторами, отсутствие видовой специфичности, физиологическая коррекция поврежденных звеньев иммунитета и гемостаза, дает основание полагать, что они представляют собой новый класс пептидных регуляторов, которые участвуют в сложной сети регуляторных процессов, обеспечивающих нормальное функционирование организма в целом. Структурно охарактеризованные низкомолекулярные эндогенные регуляторные пептиды с изученным механизмом проявления их активности представляют хорошую основу для разработки лекарственных средств нового поколения - естественных корректоров направленного действия, не вызывающих побочные эффекты.

МЕХАНИЗМЫ ДЕЙСТВИЯ РЕГУЛЯТОРНЫХ ПЕПТИДОВ БУРСЫ ФАБРИЦИУСА ПРИ ВОСПАЛЕНИИ

Цепелев В.Л., Степанов А.В.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Иммунная система осуществляет контроль за морфогенезом, физиологическими и биохимическими процессами, назначение которых сводится к поддержанию гомеостаза. Мы попытались выяснить механизмы действия иммунорегуляторных пептидов бursы Фабрициуса при одном из самых распространенных типовых патологических процессов - воспалении.

Цель работы - изучить механизмы регуляторного действия пептидов бursы Фабрициуса на течение воспаления.

Методы исследования. Проведены исследования биологической активности синтетических пептидов бursы Фабрициуса: бурсопептид-2 (БП-2) - Trp-Thr-Ala-Glu-Glu-Lys-Gln-Leu, бурсопептид-3 (БП-3) - Lys-Glu-Glu-Leu-Asn-Glu.

Эксперименты проведены на 42 неинбредных крысах и 42 мышах. Экссудативную фазу воспаления моделировали путем субплантарного введения мышам агара тип USA (Горбунов С.М., 1985). Проллиферативный компонент воспаления исследовали по методике R. Meier (1974).

Мононуклеары крови человека выделяли на градиенте плотности фиколл-верографин ($=1,077 \text{ г/см}^3$). Клетки культивировали в среде RPMI-1640 в плоскостонных планшетах при 37°C , в атмосфере 5% CO_2 и влажности 80-90%. Определение концентрации цитокинов проводили методом твердофазного ИФА с использованием наборов реагентов ТОО "Цитокин". Образцы исследовали с помощью фотометра для микропланшета с длиной волны 450 нм.

Фибробласты выделяли из 8-12-и недельных эмбрионов человека, взятых при искусственном прерывании беременности и вносили в среду 199, содержащую гидролизат лактальбумина и 20% фетальной сыворотки теленка в соотношении 1:1. Концентрацию клеток доводили до $3 \times 10^5/\text{мл}$. В культуру фибробластов вносили пептиды в концентрациях от 0,005 до 0,5 мкг/мл. Клетки культивировали в течение 72-х часов, после чего определяли количество клеток, содержания ДНК и РНК (Трудолюбова М.Г., 1977).

Статистическую значимость различий оценивали с помощью непараметрического критерия Вилкоксона.

Результаты и их обсуждение. В первой серии экспериментов изучали характер действия регуляторных пептидов на экссудативную фазу воспаления. Исследования проведены на мышах, которым субплантарно вводили агар тип USA. В опыте исследуемые пептиды вводили внутримышечно 1 мкг/кг за 60 минут до флогогена, а в контроле - аналогичное количество физиологического раствора. Через 3 часа после инъекции флогогена мышей умертвляли передозировкой эфирного наркоза. Величину отека определяли по разности масс воспаленной и здоровой лап животного.

Установлено, что БП-2 и БП-3 ингибируют экссудативную фазу воспаления, уменьшая воспалительный отек. Так, БП-2 снижает прирост массы воспаленной конечности на 59% ($p < 0,05$), БП-3 - на 46% ($p < 0,05$).

В следующей серии экспериментов изучали влияние регуляторных пептидов на пролиферативный компонент воспаления. Для этого крысам под гексеналовым наркозом имплантировали подкожно стерильные ватные тампоны массой 30 мг. В опытной группе применяли исследуемые соединения в дозе - 1 мкг/кг внутримышечно 1 раз в сутки в течение 7 дней, в контроле - физиологический раствор в том же объеме. Через семь дней тампоны извлекали и высушивали до постоянной массы при 80 C . Величина прироста массы тампона свидетельствовала о степени активности пролиферативных процессов.

Установлено, что при введении БП-3 происходит увеличение прироста массы тампонов на 32,9% ($p < 0,05$). Бурсопептид-2 не оказывает влияния на пролиферативную фазу воспаления.

Таким образом, иммунорегуляторные пептиды бursы Фабрициуса оказывают корректирующее действие на течение воспалительного процесса. Последующие эксперименты проведены с целью изучения возможных механизмов действия изучаемых пептидов при воспалении.

Провоспалительные цитокины (IL-1, IL-8 и TNF α) являются важнейшими медиаторами воспаления. Данные соединения вызывают гиперемия, отек, инфильтрацию тканей, дегрануляцию лейкоцитов, активируют практически все типы клеток, участвующих в формировании воспалительной реакции, включая фибробласты, эндотелий, резидентные макрофаги. В связи с этим, нами изучено влияние регуляторных пептидов на характер секреции провоспалительных цитокинов как нестимулированными, так и активированными ЛПС, мононуклеарами крови здоровых людей.

Установлено, что в культуре нестимулированных мононуклеаров происходит незначительное повы-

шение продукции TNF α под действием БП-3. Другие изучаемые пептиды не оказывают влияния на выработку провоспалительных цитокинов нестимулированными клетками.

Стимуляция мононуклеаров ЛПС приводит к повышению продукции провоспалительных цитокинов. Внесение БП-2 в культуру стимулированных клеток, вызывает снижение уровня IL-1 β на 40,7% (392,4 \pm 53,6 в контроле и 232,6 \pm 38,3 пг/мл в опыте, $p < 0,05$) и TNF α - на 55,6% (934,1 \pm 142,9 в контроле и 414,8 \pm 98,1 пг/мл в опыте, $p < 0,05$). Под влиянием БП-3 в культуре стимулированных мононуклеаров уменьшается продукция IL-1 β на 35,5% ($p < 0,05$) и IL-8 - на 43,7% ($p < 0,05$).

Таким образом, одним из возможных механизмов ингибирующего действия регуляторных пептидов на экссудативную фазу воспаления является снижение секреции провоспалительных цитокинов.

В следующей серии экспериментов мы попытались выяснить, с какими структурами связана стимуляция пролиферативной фазы воспаления. Важную роль в репарации тканей, в том числе и при воспалении, играют фибробласты.

Установлено, что БП-3 оказывает стимулирующее влияние на пролиферацию фибробластов в культуре. Инкубация с БП-3 приводит к тому, что на одинаковой площади подложки за трое суток количество фибробластов становится больше, чем в контроле. Бурсопептид-3 стимулирует пролиферацию фибробластов в диапазоне концентраций от 0,01 до 0,5 мкг/мл. Максимальная активность препарата зарегистрирована в концентрации 0,05 мкг/мл (354,7 \pm 20,7 клеток в контроле и 654,5 \pm 42,1 в опыте, $p < 0,001$). Под влиянием БП-3 в культуре фибробластов возрастает содержание ДНК и РНК, что обусловлено увеличением клеточной массы.

Таким образом, БП-3 в условиях культуры клеток увеличивает интенсивность деления и способствуют образованию более плотного слоя фибробластов, что свидетельствует об их способности вмешиваться в процесс контактного ингибирования роста, повышая значение критического уровня количества клеток в популяции, и стимулировать пролиферацию фибробластов. Не исключено, что с активацией фибробластов связано стимулирующее влияние исследуемых пептидов на репаративную фазу воспаления.

Выводы. Бурсопептид-2 и бурсопептид-3 ингибируют экссудативную фазу воспаления за счет уменьшения секреции мононуклеарами провоспалительных цитокинов (IL-1 β , IL-8 и TNF α). Бурсопептид-3 стимулируют репаративную фазу воспаления за счет увеличения пролиферативной активности фибробластов.

ВЛИЯНИЕ БИОРЕГУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ НА УРОВЕНЬ БЕЛКОВ ОСТРОЙ ФАЗЫ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ АБСЦЕССЕ ЛЁГКОГО

Цыбиков М.Н.³, Лиханов И.Д.², Борщевский В.С.³, Кузник Б.И.¹,
Цепелев В.Л.¹, Масло Е.Ю.¹, Цыбиков Н.Н.¹

¹ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия
²ГУЗ "Краевая клиническая больница", Чита, Россия, ³ФГУ "321 Окружной военный
клинический госпиталь СибВО" Минобороны России, Чита, Россия

Одной из распространенных форм острой деструкции лёгочной ткани является абсцесс лёгкого - гнойно-воспалительное поражение с бактериальным и аутолитическим протеолизом. Лечение таких больных остается одной из актуальных проблем современной хирургии, что объясняется тяжестью течения, высокой частотой осложнений и летальности заболевания.

При остром абсцессе лёгкого, в условиях бактериально-токсической агрессии, возникает дезорганизация нейроэндокринной и иммунной систем, что приводит к гиперпродукции цитокинов, обуславливая проявление общей воспалительной реакции со стороны органов и систем - синдрома системного воспалительного ответа.

Патогенетическая терапия острого абсцесса лёгкого проводится с учетом устранения первичного очага хирургическим путем, рациональной антибиотикотерапии, а также интенсивной терапии. Одним из ключевых моментов патогенетической терапии синдрома системного воспалительного ответа является иммунокорректирующая терапия, позволяющая контролировать продукцию важнейших маркеров иммунитета и воспаления - БОФ.

Целью данного исследования стало изучение лабораторных проявлений синдрома системного ответа на воспаление у больных с острым абсцессом лёгкого и возможность коррекции данного синдрома, путем включения в комплексную терапию тималина.

Материалы и методы исследования. Всего было обследовано 66 больных (40 мужчин и 26 женщин) с острым абсцессом лёгкого, которые были поделены на 2 группы. Первая группа (n=20) получала

традиционное лечение (антибактериальная, дезинтоксикационная терапия, дренирование) вторая (n=46) - традиционное лечение с включением тималина. В контрольную группу вошли 100 здоровых доноров.

Содержание реактантов острой фазы воспаления определяли методом ракетного иммуноэлектрофореза с использованием моноспецифических антисывороток для определения различных белков ("Севак", Чехия).

Статистическая обработка полученных данным проведена с использованием пакета программ "Microsoft Exel for Windows XP". При сравнении групп использовался t-критерий Стьюдента для независимых выборок, различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Полученные результаты. У больных с острым абсцессом лёгкого очень высоко содержание С-реактивного белка (СРБ), в то время, как в норме он отсутствует. Концентрация орозомукоида оказалось повышенной в 2 раза. Известно, что орозомукоид является белком, способным оказывать иммуномодулирующее воздействие на различных этапах иммунного ответа. Этот белок супрессирует ответ лимфоцитов на некоторые виды митогенов, гуморальный ответ и клеточно-опосредованную цитотоксичность.

Содержание 2-макроглобулина (α_2 -МГ) составила 73,3% от нормы. Хотя α_2 -МГ относится к БОФ, его концентрация при абсцессе лёгкого в большинстве случаев снижалась. Последнее обусловлено потреблением α_2 -МГ в результате нейтрализации протеолитических ферментов лизосомального происхождения. В то же время, макроглобулины являются отрицательными реактантами острой фазы воспаления, и снижение их синтеза на более поздних стадиях необходимо для стимуляции образования коллагена, свертывания крови, активации тималина, стимулирующего естественные киллеры. При септическом воспалении связывание макроглобулинов с экзотоксинами может как способствовать санации очага воспаления, так и стать причиной развития системной воспалительной реакции.

Уровень 1-антитрипсина у пациентов уменьшался. Однако в отдельных случаях концентрация этой антипротеазы возрастала, что может отражать реакции потребления и усиления синтеза 1-антитрипсина в условиях формирования "протеазного взрыва".

Концентрация C_3 -компонента комплемента у больных до лечения повышалась. Известно, что C_3 , образуя активные фрагменты, играет важную роль в процессах микроциркуляции, усиливает фагоцитарную активность лейкоцитов и способствует усилению клеточного и гуморального иммунитета. Безусловно, эта реакция является положительной, направленной на ликвидацию патологического процесса.

При традиционной терапии острого абсцесса лёгкого наблюдалось уменьшение уровня СРБ, однако его концентрация оставалась очень высокой. Содержание орозомукоида и церулоплазмينا у таких больных в процессе традиционного лечения практически не изменялась и оставалась на высоких цифрах, а концентрация C_3 -компонента комплемента даже возрастала. Уровень α_2 -МГ и 1-антитрипсина не изменялся и был значительно ниже нормы, что отражает их дальнейшее потребление.

Содержание контрреактантов в процессе традиционного лечения у больных не изменялось и оставалось на низких цифрах, что может свидетельствовать о плохом прогнозе течения заболевания.

Иное выявлялось при использовании тималина. У таких пациентов в 2 раза уменьшилась концентрация СРБ, орозомукоида - на 28%. Содержание трансферрина, напротив, увеличилось на 12,9%. Нормализовалась концентрация α_2 -МГ.

Очевидно, что нормализация уровня антипротеаз широкого спектра действия является благоприятным признаком, ибо свидетельствует о прекращении тканевого распада и выхода лизосомальных ферментов. Кроме того, восстановление до нормы уровня 1-антитрипсина и α_2 -МГ, являющихся универсальными ингибиторами, в том числе плазмина и активатора плазминогена, свидетельствует о нормализации процесса фибринолиза.

Назначение тималина больным сопровождалось увеличением преальбумина и наметилась тенденция к увеличению уровня трансферрина. Безусловно, эти сдвиги являются благоприятными, свидетельствующими о значительном прогрессе в течении заболевания.

Таким образом, контроль за динамикой положительных и отрицательных БОФ позволяет наблюдать за течением заболевания и эффективностью проводимой терапии.

Выводы.

1. У больных острым абсцессом лёгкого отмечается закономерная динамика концентрации БОФ.
2. Включение в традиционную терапию тималина сопровождается нормализацией основных показателей синдрома системного воспалительного ответа.

ВЛИЯНИЕ БИОРЕГУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ НА СИСТЕМУ ГЕМОСТАЗА ПРИ ОСТРОМ АБСЦЕССЕ ЛЁГКОГО

Цыбиков М.Н.³, Лиханов И.Д.², Борщевский В.С.³, Кузник Б.И.¹,
Цепелев В.Л.¹, Масло Е.Ю.¹, Цыбиков Н.Н.¹

¹ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России,
²ГУЗ "Краевая клиническая больница, город Чита", ³ФГУ "321 Окружной военный
клинический госпиталь СибВО" Минобороны России, Чита, Россия

При гнойной хирургической инфекции всегда возникают нарушения в свёртывающей системе крови, вплоть до развития хронического ДВС-синдрома. Разблокирование в данной ситуации микроциркуляторного русла, создание условий для лучшего обмена веществ, насыщения тканей кислородом, удаления продуктов обмена, а также доступа лекарственных препаратов должно приводить к улучшению терапевтического эффекта и ликвидации указанных нарушений.

Патогенетическая терапия острого абсцесса легкого проводится с учетом устранения первичного очага хирургическим путем, рациональной антибиотикотерапии, а также интенсивной терапии. Многочисленными исследованиями установлено, что включение иммуномодуляторов способствует не только нормализации иммунитета, но и ликвидации хронической стадии ДВС-синдрома. Последнее обусловлено тем, что биорегулирующая терапия нормализует иммунный механизм регуляции системы гемостаза.

Целью данного исследования стало изучение лабораторных проявлений ДВС-синдрома у больных с острым абсцессом лёгкого и возможность коррекции данного синдрома, путем включения в комплексную терапию тималина.

Материалы и методы исследования. Всего было обследовано 66 больных (40 мужчин и 26 женщин) с острым абсцессом лёгкого, которые были поделены на 2 группы. Первая группа (n=20) получала традиционное лечение (антибактериальная, дезинтоксикационная терапия, дренирование) вторая (n=46) - традиционное лечение с включением тималина. В контрольную группу вошли 100 здоровых доноров.

Изучались показатели, характеризующие общую коагуляционную активность крови, отдельные фазы коагуляции и фибринолиз: время свертывания крови, время рекальцификации плазмы, активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), протромбиновое время, тромбиновое время, концентрация фибриногена, концентрация продуктов деградации фибриногена (ПДФ), тотальный эуглобулиновый, хагеманзависимый (каолиновый) и индуцированный стрептокиназой фибринолиз, уровень анти-тромбина III (АТ-III), этаноловый тест, протаминсульфатный тест.

Статистическая обработка полученных данных проведена с использованием пакета программ "Microsoft Exel for Windows XP". При сравнении групп использовался t-критерий Стьюдента для независимых выборок, различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Полученные результаты. У больных с абсцессом лёгкого время свертывания крови и рекальцификации плазмы, протромбиновое и тромбиновое время не отличались от нормы. Вместе с тем, у таких больных наблюдалось сокращение АЧТВ, почти в 2 раза было увеличено содержание фибриногена, более чем в 10 раз повышена концентрация ПДФ, резко снижен уровень анти-тромбина III, значительно заторможен тотальный эуглобулиновый и хагеманзависимый фибринолиз, а также лизис сгустка, индуцированный стрептокиназой.

При этом в тесте тотального эуглобулинового фибринолиза и лизиса сгустка, индуцированного стрептокиназой, выявлено уменьшение времени растворения 1 г фибрина. Последний факт, однако, не означает, что концентрация фибриногена не играет роли в интенсивности фибринолиза. Хотя скорость растворения 1 г фибрина может возрастать, однако на лизис целого сгустка должно оказывать влияние количество образующегося фибрина, благодаря чему общая фибринолитическая активность падает.

Практически у всех больных выпадал положительный этаноловый тест, а в 82% случаев выявлялась положительная реакция на протаминсульфат.

Представленные данные, говорят о том, что у больных с абсцессом лёгкого усиливается постоянное внутрисосудистое свертывание крови вплоть до развития ДВС-синдрома, приобретающего хроническое течение. Об этом в частности, говорит диссонанс в отдельных показателях коагулограммы, снижение уровня АТ-III, резкое увеличение концентрации фибриногена и продуктов его деградации, положительные реакции на этанол и протаминсульфат.

Несомненно, что усиление постоянного внутрисосудистого свертывания крови обусловлено не только распадом тканей лёгкого с появлением микровезикул, но и экспрессией тканевого фактора стимулированными макрофагами и эндотелиальными клетками. Торможение же фибринолитической активности обусловлено не только повышением уровня фибриногена, но и снижением концентрации

плазминогена и его активаторов, о чем свидетельствует удлинение хагеманзависимого фибринолиза и лизиса сгустка, индуцированного стрептокиназой.

У больных, принимавших только традиционную терапию, показатели общей коагуляционной активности не изменились. Между тем у них выявлялось уменьшение уровня фибриногена, повышалось содержание антитромбина III, в 2 раза уменьшалась концентрация ПДФ, стимулировался тотальный эуглобулиновый и хагеманзависимый фибринолиз, а также лизис сгустка, индуцированный стрептокиназой. Число положительных реакций на этанол у таких больных уменьшилось в 4 раза, а на протаминасульфат - более, чем в 2 раза.

Представленные данные говорят о том, что при традиционной терапии к концу курса лечения сохраняется гиперкоагуляция, сопровождающаяся торможением фибринолиза. Все это свидетельствует о том, что окончательно не ликвидированы причины, способствующие интенсивному постоянному внутрисосудистому свёртыванию крови и усиленному появлению ингибиторов тканевого активатора плазминогена.

При лечении тималином удлинялось время рекальцификации, АЧТВ достигало нормы, концентрация фибриногена резко снижалась, хотя и оставалась на верхних границах нормы, уровень ПДФ приближался к норме и практически нормализовались все исследуемые виды фибринолиза. Этаноловый и протаминасульфатный тесты у всех больных стали отрицательными. При лечении тималином скорость растворения 1 г фибрина в хагеманзависимом фибринолизе возрастала почти в 2 раза. Это, безусловно, благоприятная реакция, свидетельствующая об активизации фибринолитических реакций.

Выводы.

1. У пациентов с острым абсцессом лёгкого регистрируется гиперкоагуляция, снижается уровень анти-тромбина III, увеличивается концентрация фибриногена, тормозится тотальный эуглобулиновый и хагеманзависимый фибринолиз, возрастает уровень ПДФ и регистрируется этаноловый и протаминасульфатный тесты, что указывает на развитие ДВС-синдрома.
2. Включение в традиционную терапию тималина приводит к ликвидации признаков ДВС, усилению фибринолитической активности крови.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ ПРИ ПОСТВАГОТОМИЧЕСКОЙ ДИАРЕЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Чистохин С.Ю., Белоцкая Л.В., Блюменкранц А.Э.

**ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия
НУЗ “Дорожная клиническая больница на ст. Чита-2”, Чита, Россия**

Довольно специфичным и частым (5-20%) осложнением органосберегающих и экономных операций на желудке с ваготомией считается диарея. Причинами ее могут быть и дизбиоз на фоне ахлогидрии и гастростаза, и ускоренное после денервации и разрушения привратника опорожнение желудка с быстрым пассажем недообработанной пищи по тонкой кишке, заметную роль играют изменения (по типу перераспределения) регионарного кровотока, микроциркуляции и трофики тонкой и толстой кишки, существенное значение придается экстрагастральной денервации, приводящей к дискоординации и усилению моторики ободочной кишки. Единых взглядов на патогенез и морфогенез постваготомических кишечных расстройств пока нет и это затрудняет их прогнозирование, профилактику и лечение.

В целях выяснения роли и места морфофункциональных изменений органов пищеварения в патогенезе постваготомической диареи нами проведены хронические эксперименты на 14 беспородных собаках обоего пола, массой 10-16 кг, которым выполнены стволовая ваготомия с преднамеренно широкой пилоропластикой по Гейнеке-Микуличу. Содержание собак, обезболивание, операции и эвтаназии проводились в соответствии с требованиями приказов МЗ СССР №755 от 12.08.1977 и № 701 от 27.07.1978. Все животные выводились из опыта в сроки 12-15 дней. Исследования проводились интраоперационно под кетаминным наркозом: внутрижелудочная рН-метрия, электрогастро-, энтеро- и колография с введением игольчатых электродов субсерозно, биопсия стенок желудка, тонкой и толстой кишки для микроморфометрических исследований трофики и микроциркуляции (окраска азур-П-эозином), а также, состояния интрамуральных нервных сплетений (окраски нитратом серебра и метиленовым синим). Обработка параметрических данных проведена с помощью пакета статистического анализа MS Excel.

У 5 животных (I группа) наблюдалось спонтанное благоприятное бессимптомное течение постваготомического периода, у 9 собак (II группа) зарегистрирована диарея до 5-8 раз в сутки.

У собак I группы с благоприятным течением после ваготомии обнаруживалась стабильная гипосекретия соляной кислоты (инсулиновая рН 3,5-5,8; гистамин-зависимая рН 3,0-4,1). Изменение мо-

торики характеризовалось снижением электрической активности тела желудка и тонкой кишки на 14-20% при одновременном усилении антральной, дуоденальной и толстокишечной моторики на 12-29%. При микроморфометрических исследованиях найдена гипотрофическая гастропатия с уменьшением толщины фундальной и антральной слизистых на 15-18%, а трофика слизистых оболочек тонкой и толстой кишок почти не менялась. Умеренное, на 15-23%, снижение количества функционирующих микрососудов наблюдалось в фундальном и антральном отделах, при этом отмечено небольшое, на 5-9%, увеличение количества капилляров в тонкой и толстой кишке. В фундальном и антральном отделах выявлено умеренное, на 15-18%, уменьшение количества нервных ганглиев - до 3-4 на мм², уменьшение числа функционирующих нейроцитов на 15-24%. В подслизистой оболочке тонкой и толстой кишки нейродегенеративные процессы едва заметны, а в межмышечных сплетениях нарушений не обнаружено.

Во II группе (9 собак) с постваготомической диареей морфофункциональные изменения оказались более выраженными и носили стойкий характер. Резко снизилась кислотопродуцирующая функция (инсулин-зависимая рН на уровне 5,4-6,7, гистаминовая рН 4,6-6,1). Биоэлектрическая активность пищеварительных органов заметно возросла, но более всего - в 1,5-2 раза - усилилась тонко- и толстокишечная моторика; регистрировались электромио-граммы гиперкинетического типа с частыми дизритмиями и волнами спастического типа. Микроморфометрическими исследованиями установлено, что умеренные атрофические и стойкие воспалительные изменения в слизистых оболочках гастродуоденальной зоны сочетались с гипосекреторной энтеро- и колопатией с истончением слизистых на 12-24%, значительным укорочением и деформациями крипт, уменьшением на 35-50% числа бокаловидных клеток.

Обнаружены заметные микроциркуляторные расстройства во всех отделах пищеварительной системы - плотность микрососудистого рисунка слизистых оболочек уменьшилась на 35-42% в желудке и тонкой кишке и на 20-24% в толстой, заметно расширились, переполнились базальные и подслизистые артериолы и вены, появились шунты между ними. Во всех оболочках желудка найдено уменьшение количества ганглиев - на 28-36% (до 2-3 на мм²), и количества нейроцитов в них на 20-32%. В подслизистых оболочках тонкой и толстой кишок найдены умеренные нейродегенеративные расстройства, а в межмышечных сплетениях у большинства собак отмечена некоторая гипертрофия ганглиев с увеличением числа нейроцитов в них до 12-15 на мм², утолщением волокон и обогащением их сети.

Таким образом, в эксперименте выяснено, что при благоприятном течении после стволовой ваготомии с разрушением привратникового механизма морфофункциональные изменения в органах пищеварения незначительны, преходящи и недостоверны. При постваготомической диарее желудочная гипосекретия и нарастающие гипермоторные и атрофические нарушения совпадают с выраженными дисциркуляторными и нейродеструктивными процессами в подслизистых оболочках при одновременном морфологическом и функциональном усилении межмышечного нервного аппарата и переполнением микрокровотока дистальных отделов пищеварительного тракта. Этим можно обосновать применение в клинике нейропротекторов и средств, улучшающих микроциркуляцию для профилактики и лечения постваготомических патологических синдромов.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ПОСТВАГОТОМИЧЕСКОЙ ДИАРЕЕ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Чистохин С.Ю., Белоцкая Л.В., Гончар В.Я., Блюменкранц А.Э.

**ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия
НУЗ "Дорожная клиническая больница на ст. Чита-2", Чита, Россия**

В современной желудочной хирургии продолжается изучение функциональных и морфологических последствий различных вариантов экономных операций на желудке с ваготомией при осложненной язвенной болезни. Весьма характерным и частым (5-20%) осложнением считается диарея, кроме того, у части больных (10-15%) сохраняются дооперационные органические и функциональные поражения ободочной и прямой кишки, нередко сопровождающие язвенную болезнь. Единых взглядов на патогенез и морфологию постваготомических толстокишечных расстройств пока нет, недостаточно представлена клиническая, рентгеновская и эндоскопическая семиотика этих нарушений, что затрудняет их прогнозирование, профилактику и лечение.

В целях уточнения взаимосвязи морфофункциональных изменений органов пищеварения и их роли в патогенезе постваготомической диареи нами проанализированы результаты повторных обследований 106 больных с осложненными дуоденальными (61 больной) и желудочными (45) язвами - до, через 1-2 месяца, через 1-2 года и через 5-10 лет после антрум-резекции по Габереру-Финнею (64) или пилоросохраняющей

антрум-резекции (42) с ваготомией, выполненных в 2003-2012 годах в клинике общей хирургии ЧГМА на базе ДКБ ст.Чита-II. Для пред- и послеоперационных обследований применялись: фиброгастродуоденоскопия и фиброколоноскопия с биопсией слизистых для микроморфометрических исследований, ирригоскопия, изучение кислотопродуцирующей функции желудка оригинальным способом по а.с. № 1387989 с помощью двухпросветного зонда или рН-метрии с помощью системы "Гастроскан-24", рентгенологически оценивали моторно-эвакуаторную функцию желудка и скорость пассажа бария по тонкой кишке, изучение количественного и качественного состава толстокишечной микрофлоры. Обработка параметрических данных и корреляционный анализ проведены с помощью статистического пакета MS Excel.

Результаты клинических патофизиологических исследований во многом совпали с результатами экспериментальных исследований: у 72 больных с бессиндромным течением после ваготомии с антрум-резекцией констатирована стабильная ахлоргидрия: базальная и стимулированная инсулином и гистамином кислотопродукция снизилась на 91-97% в первые недели и на 96-100% в отдаленные сроки. Клинико-рентгенологические показатели моторики желудка и пассажа контраста по тонкой кишке у этих пациентов существенно не ухудшались, самопроизвольно и довольно быстро, за 6-12 недель, нормализовались. При колоноскопии лишь в первые недели и месяцы обнаруживались поверхностные колитные изменения; при ирригоскопии после операций заметно улучшились равномерность как заполнения контрастной взвесью всех отделов ободочной кишки, так и опорожнения. Микроморфометрическими исследованиями обнаружено равномерное, во всех отделах пищеварительного тракта непродолжительное снижение плотности микрососудистого рисунка на 20-32%, с последующим спонтанным восстановлением его почти до исходного уровня, сопровождающееся стойкой фундальной атрофией и неглубокими транзиторными гипотрофическими изменениями антральной, дуоденальной и толстокишечной слизистых. Бактериологическими исследованиями установлено, что качественный и количественный состав толстокишечной микрофлоры существенно не менялся у большинства пациентов этой группы, лишь у 6 (12%) выявлен легкий дизбактериоз в виде уменьшения бифидо- и лактобактерий, увеличения грибов рода *Candida* до $10^5 - 10^6$.

У 34 больных II группы с наблюдавшейся в первые недели после ваготомии диареей I-II степени и продолжавшейся диареей более года-двух у 8 из них, секреторные результаты операции оказались неоднозначными: желаемый уровень ацидности (БПК 0-0,4 мэкв/ч и г-МПК 0-2 мэкв/ч) достигнут почти у всех пациентов. С первых же послеоперационных недель наблюдалось прогрессирующее усиление рентгеновских параметров желудочной и тонко-кишечной моторики - до двукратного и более увеличения в отдаленные сроки.

При колоноскопии и в первые месяцы, и в последующие годы обнаруживались умеренные воспалительные, иногда эрозивные, изменения. При ирригоскопии: заметно усугубились отмечавшиеся и до операции неравномерность заполнения контрастной взвесью, сглаженность гаустр, нередко отмечались признаки синдрома раздраженной кишки.

Микроморфометрически во II группе обнаружены значительные и довольно специфические изменения микроциркуляции: нарастающее обеднение на 38-45% микрососудистого рисунка в фундальной и антральной слизистых при обогащении его на 15-20% в дуоденальной и на 22-30% в толстокишечной слизистых, сопровождающееся запустеванием субэпителиальных, но расширением и переполнением в подслизистых и мышечных микрососудах, появлением большого числа артериоло-веннулярных анастомозов. Дисциркуляторным процессам вполне соответствуют стойкая атрофия фундальной и антральной слизистых с их истончением на 15-20%, тенденция к гипертрофии дуоденальной слизистой и гиперсекреторная колопатия с гипертрофией на 18-25% и значительной инфильтрацией, иногда с микрополипозом. Бактериологически обнаружены значительные нарушения толстокишечного микробного гомеостаза у большинства пациентов этой группы в первые месяцы, и у 7 (21%) в отдаленные сроки выявлялся дизбактериоз II-III степени [2, 3] в виде резкого уменьшения бифидо- и лактобактерий, активного заселения грибами рода *Candida* (10^8 и более), *St. aureus* (10^6 и более), гемолитическими штаммами *E. coli* ($10^4 - 10^6$).

Заключение: клиническими исследованиями показано, что стволовая ваготомия и антрум-резекция с разрушением привратникового механизма приводит к временным, а иногда и к стойким микроциркуляторным нарушениям и нейродеструктивным процессам в слизистых оболочках пищеварительного тракта, к нарастающей гипермоторике желудка, тонкой и толстой кишки, а при возникновении дизбактериоза - к упорной диарее и другим патологическим синдромам. Следовательно, пред- и послеоперационная медикаментозная коррекция состава микрофлоры пищеварительного тракта в сочетании с лекарственным и физиотерапевтическим воздействием на моторику, нервный аппарат и микроциркуляцию ободочной кишки, поможет значительно уменьшить частоту и тяжесть постваготомической диареи и других колопроктологических расстройств.

**КАРДИОГЕМОДИНАМИКА У ПАЦИЕНТОВ С ВИРУСНЫМ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕОМЕТРИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА**

**Чистякова М.В., Говорин А.В., Гончарова Е.В., Радаева Е.В., Щербакова О.А.
ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия**

Цель. Изучить показатели структуры, диастолической функции левого и правого желудочков, центральной гемодинамики в зависимости от типа геометрии ЛЖ у пациентов с вирусным циррозом печени (ЦП).

Методы исследования. В нашей работе проанализированы результаты обследования 62 пациентов с вирусным циррозом печени проходивших лечение в городской инфекционной больнице г. Читы. Средний возраст больных составил $40,3 \pm 2,6$ лет, длительность заболевания $4,1 \pm 2,01$ года. Контрольная группа состояла из 17 здоровых добровольцев. Выполнялись доплер-ЭхоКГ по стандартной методике в положении больного на левом боку на аппарате "VIVID-5S" с определением размеров полостей сердца, объемов и толщины стенок желудочков. При исследовании трансмитрального и транстрикуспидального потоков методом доплеровской ЭхоКГ изучались показатели диастолической функции желудочков. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета статистических программ Statistica 6,0.

Полученные результаты. Нам не удалось обнаружить в литературе сведений, касающихся распространенности нарушений кардиогемодинамики в зависимости от типа геометрии ЛЖ у пациентов с ХВГ и ЦП, и поэтому нами был предпринят подобный анализ. Пациенты с ЦП были подразделены на 5 подгрупп: контрольная группа, НГ - нормальная геометрия, КГ - концентрическая гипертрофия, КР - концентрическое ремоделирование, ЭГ - эксцентрическая гипертрофия, выявлено, что больные с нормальной геометрией ЛЖ были одного возраста со здоровыми пациентами, но моложе пациентов с КГ ЛЖ и ЭГ ЛЖ, по длительности заболевания группы не отличались между собой, ИМТ в группе контроля был ниже, чем в остальных группах, $p < 0,001$. Маркер поражения паренхимы печени и гепатоцеллюлярного некроза (АЛТ) практически не отличался у пациентов ЭГ ЛЖ с контрольной группой, но был выше у больных с НГ ЛЖ в 1,8 раз, с КР ЛЖ в 1,7 раз, у пациентов с КГ ЛЖ в 6 раз, $p < 0,001$. Можно предположить, что небольшое повышение уровня АЛТ в крови (НГ и КР ЛЖ) сопряжено с небольшой перегрузкой объемом сердца и невыраженными изменениями геометрии ЛЖ, а повышение данного показателя в 6 раз (КГ ЛЖ) указывает на возрастающую нагрузку на сердце. У пациентов в группе с ЭГ ЛЖ работоспособность ЛЖ ниже, чем при других типах ремоделирования при этом отсутствует значимое повышение АЛТ, возможно, это происходит из-за более выраженной печеночной недостаточности. Среднее давление в ЛА было повышено во всех группах по сравнению с контрольной группой, у пациентов с ЭГ установлено наибольшее ($p < 0,001$), по всей видимости, это происходит за счет формирования портокавальных шунтов и длительной перегрузки сердца объемом крови с увеличением нагрузки на легочную циркуляцию. Установлено, что у больных с ЭГ ЛЖ наблюдается нарастание размеров и объемов ЛЖ, снижается ИОТ, происходит расширение ствола и ветвей ЛА, нарушается расслабление обоих желудочков ($p < 0,001$).

У пациентов с КГ также являющимся неблагоприятным в плане развития сердечной недостаточности типом геометрии ЛЖ повышается конечно-диастолическое давление ЛЖ выявляются большие показатели размеров ЛП, ПЖ формируется дилатация ствола и ветвей ЛА, происходит увеличение скорости выброса правого желудочка, ухудшение расслабления обоих желудочков ($p < 0,001$).

Во всех группах у пациентов с ЦП установлено повышение показателей характеризующих увеличение массы миокарда ЛЖ (ТМЖП, ТЗС ЛЖ, ММ ЛЖ, иММ ЛЖ), наибольшие показатели выявлены в группах КГ, КР и ЭГ ЛЖ, $p < 0,001$. Это является независимым предиктором сердечно-сосудистого риска. Увеличивается индекс сферичности в систолу и диастолу, миокардиальный стресс в диастолу отражающий величину преднагрузки на ЛЖ, вероятно, повышение данного показателя также является следствием активации портокавальных анастомозов. Во всех исследуемых группах выявлено увеличение внутрижелудочковой механической задержки наибольший в группе с КГ в отличие от показателей группы контроля ($p < 0,001$), что является независимым предиктором ухудшения течения сердечной недостаточности и высокой смертности.

Таким образом, у больных с ЦП установлены четыре типа ремоделирования ЛЖ с формированием разной степени выраженности легочной гипертензии и активности гепатита, сопровождающиеся увеличением массы миокарда ЛЖ, индекса сферичности ЛЖ в систолу и диастолу, миокардиального стресса в диастолу и увеличением внутрижелудочковой механической задержки. Самыми неблагоприятными по показателям центральной гемодинамики были концентрическая гипертрофия и эксцентрический и тип геометрии ЛЖ.

ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НА ФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ С ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ И ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Чистякова М.В., Говорин А.В., Гончарова Е.В., Радаева Е.В., Щербакова О.А.
ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Цель. Изучить функциональное состояние эндотелия у больных с хроническим вирусным гепатитом (ХВГ) и циррозом печени (ЦП) в зависимости от наличия у них диастолической дисфункции левого желудочка (ДДЛЖ) и правого желудочка (ДДПЖ), умеренной легочной гипертензии и активности вирусного процесса.

Методы исследования. В нашей работе проанализированы результаты обследования 74 пациентов с вирусным гепатитом и 62 пациентов циррозом печени проходивших лечение в городской инфекционной больнице г. Читы. Средний возраст больных составил $40,3 \pm 2,6$ лет, длительность заболевания $4,1 \pm 2,01$ года. Критерий умеренной биохимической активности процесса оценивали по уровню фермента аланинаминотрансферазы (увеличение в 3-5 раз). Умеренная легочная гипертензия расценивалась при повышении систолического давления в легочной артерии (31-39 мм рт. ст). Контрольная группа состояла из 17 здоровых добровольцев. Исследование эндотелия проводили в режиме двухмерного сканирования диаметра плечевой артерии (ПА) в покое. Использовали пробу с реактивной гиперемией. Наличие дисфункции эндотелия (ЭД) регистрировалось при значении эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) менее 10%. Выполнялись доплер-ЭхоКГ по стандартной методике в положении больного на левом боку на аппарате "VIVID-5S". Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета статистических программ Statistica 6,0.

Полученные результаты. Сопоставляя состояние функции эндотелия у больных с гепатитом и циррозом печени в зависимости от наличия у них легочной гипертензии (ЛГ), мы получили неожиданные результаты. У больных с ЦП осложненным наличием умеренной легочной гипертензии в пробе с реактивной гиперемией реакция сосуда была несоразмерной: в группе пациентов с циррозом печени без ЛГ показатель ЭЗВД был в 4,6 раза меньше, чем в контрольной группе, а в группе 2 (с умеренной ЛГ) мы наблюдали парадоксальную реакцию, вместо вазодилатации имела место вазоконстрикция (8%) от изначального диаметра сосуда. У пациентов с ХВГ в группе без ЛГ, величина ЭЗВД была в 4,45 раз меньше показателя группы контроля, а уровень данного параметра у больных осложненным наличием умеренной легочной гипертензии был равен нулю. Соответственно изменялся и коэффициент чувствительности плечевой артерии, величина указанного коэффициента у больных с циррозом печени с ЛГ имела отрицательное значение, а у пациентов с ХВГ осложненным умеренной ЛГ нулевое, что свидетельствует о максимально выраженной дисфункции эндотелия у больных с ЛГ. По скорости кровотока достоверных различий выявлено не было.

При формировании групп по признаку наличия или отсутствия диастолической дисфункции достоверных различий по частоте выявления эндотелиальной дисфункции не обнаружено: ЭД встречалась у 69,6% пациентов с ДДЛЖ и у 64,1% пациентов с ДДПЖ, причем у пациентов ЭД проявляющаяся парадоксальной пробой, всегда сопровождалась ДД обоих желудочков. У пациентов с нормальной функцией эндотелия нарушений ДД желудочков не наблюдалось.

Суммарная частота встречаемости нарушений функционального состояния эндотелия в группе больных с ХВГ и ЦП составила - в 69%. В группе пациентов с вирусным гепатитом ЭД встречалась реже - 61% случаев, против 85% случаев в группе пациентов с циррозом печени ($P=0,002$).

При формировании групп по признаку активности вирусного процесса достоверных различий по частоте выявления ЭД не обнаружено: ЭД встречалась у 63% и 67% больных с активным ХВГ и ЦП, и 71% и 69% с неактивным гепатитом и циррозом соответственно.

Выводы. Таким образом, частота встречаемости эндотелиальной дисфункции в большей степени зависела от выраженности патологического процесса и была максимальной у больных с умеренной легочной гипертензией. Наличие или отсутствие активности вирусного процесса, диастолической дисфункции желудочков сердца не играло существенной роли в формировании нарушений функционального состояния эндотелия.

НЕИНВАЗИВНАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ ПОСТОЯННЫМ ПОТОКОМ

Шаповалов К.Г., Коннов В.А., Ковалев В.В., Махазагдаев А.Р., Казанцева В.В.
ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия
ГУЗ "Городская клиническая больница №1", Чита, Россия

Неизбежной чертой стремительного развития современной анестезиологии-реаниматологии является её инвазивность. Интенсивный подход к лечению пациентов с разнообразной патологией способ-

ствует улучшению исходов, сокращению сроков и стоимости пребывания в стационаре. Обратной стороной указанных достижений является возрастание риска ятрогений, нередко фатальных, необходимость дополнительного обучения персонала.

В настоящее время возможности медицинской техники позволяют широко применять искусственную вентиляцию легких при различных состояниях. Произошел пересмотр подходов к респираторной терапии - от исключительно протеза при дыхательной недостаточности до эффективного компонента в лечении разнообразной патологии.

Очевидно, что инвазивные и неинвазивные методики ИВЛ имеют как свои преимущества, так и недостатки. Поэтому при конкретном патологическом процессе требуется проведение серьезных клинических исследований с целью обоснования показаний. Одновременно продолжается совершенствование различных подходов к проведению респираторной терапии.

Многие коллеги столкнулись с дилеммой выбора метода ИВЛ в период пандемии гриппа в 2009 г. При анализе публикаций XII съезда Федерации анестезиологов-реаниматологов России встречаются противоречивые мнения о неинвазивной респираторной поддержке при ОРДС и вирусной пневмонии, причем реализация данного подхода, как правило, менее ресурсоемка.

Одним из интересных подходов к реализации малоинвазивной вентиляции легких является разработанный Р. Торос (Словакия) режим CFS (поддержка постоянным потоком). Методика сводится к введению в дыхательные пути пациента через трахеостомическую канюлю либо под местной анестезией с помощью прямой ларингоскопии катетера для санации, в который подается увлажненный и подогретый постоянный поток 100% кислорода.

Основные показания для применения малоинвазивного режима CFS - кондиционирование дыхательной смеси пациентам с функционирующей трахеостомой и респираторная поддержка у больных с хронической дыхательной недостаточностью.

Высокий газоток через однопросветный катетер, введенный в трахею, в пневматической системе сопло - трахея создает добавочный однонаправленный поток газов. При этом снижается усилие вдоха (поток газов синергический), но с, другой стороны, при спонтанном выдохе возникает сопротивление, и повышается давление в дистальных отделах дыхательных путей. Методика позволяет доставлять высокие потоки газа в дыхательные пути больного без риска возникновения баротравмы, отрицательного влияния на гемодинамику и способствует газообмену не только в анатомически мертвом пространстве, но и в легких.

Режим CFS с помощью аппарата "Chirilog-SV" апробирован в городской клинической больнице №1 г. Читы у пациентов с функционирующей трахеостомой на этапе прекращения респираторной поддержки, что позволяет избежать развития трахеобронхитов за счет адекватного кондиционирования вдыхаемой смеси. Также данная технология успешно реализована с помощью аппарата "Фаза-5" для подачи увлажненного подогретого кислорода больному с декомпенсированной хронической дыхательной недостаточностью через катетер, введенный в трахею путем прямой ларингоскопии.

Таким образом, малоинвазивный режим CFS в рамках своих показаний является высокоэффективной методикой респираторной поддержки, доступной для внедрения в большинстве стационаров Забайкальского края.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЦИТОКИНОВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ГРИППОМ В

Шуняева Е.В., Кижло Л.Б., Емельянова А.В.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

В инфекционном процессе активное участие принимают различные звенья иммунитета, среди которых лидирующие позиции занимают цитокины - важнейшие составляющие иммунной системы, участвующие в репродукции и клональной активации отдельных субпопуляций лимфоцитов, пролиферация которых приводит к активации синтеза новых. Это позволяет объединить практически все цитокины понятием цитокинового каскада, пусковым фактором которого являются вирусы и их антигены.

Цель настоящего исследования явилось определить содержание в сыворотке крови у больных гриппом В цитокинов IL-8, ФНО- α , IL-1 β , IL-10, IL-4.

Материалы и методы. Исследование иммунитета осуществлялось у 20 пациентов, получавших стационарное лечение в Краевой инфекционной больнице г. Читы. Критериями включения в исследование является лабораторно подтвержденный грипп В методом ПЦР, информированное согласие пациента на участие в исследовании. Концентрация цитокинов IL-8, ФНО- α , IL-1 β , IL-10, IL-4 определяли методом

ИФА с использованием реактивов ЗАО "Вектор-Бест" (г. Новосибирск). Объектом исследования служила сыворотка крови. Контрольную группу составили 20 условно здоровых людей аналогичного возраста.

Статистическая обработка осуществлена при помощи электронной программы Windows XP Excel, 2010, "Биостат,2006". Достоверность различий между двумя независимыми совокупностями оценивали с использованием непараметрического критерия Манна-Уитни. Различия сравниваемых показателей считали достоверными при $p \leq 0,05$.

Результаты. Установлено, что уровни исследуемых цитокинов при гриппе В имеют свои особенности. При развитии гриппозной инфекции развивается каскад ранних и поздних цитокиновых реакций, проявляющихся в первую очередь значительным выбросом иммунокомпетентными клетками провоспалительных цитокинов (IL-1 β , IL-8, TNF- α), направленных на инактивацию и ликвидацию возбудителя. Так у пациентов с гриппом В значение IL-1 β составило $8,4 \pm 5,4$ пг/мл, что значительно превышало показатели контрольной группы $1,5 \pm 0,3$ пг/мл ($p \leq 0,001$). Именно этот цитокин индуцирует "острофазовые реакции" - лихорадку, лейкоцитоз, продукцию и секрецию острофазных белков, экспрессию интегринов, хемотаксис гранулоцитов. В группе исследуемых с гриппом В содержание TNF- α превышало показатели контрольной группы $0,76 \pm 0,24$ пг/мл и составило $1,9 \pm 0,5$ пг/мл ($p \leq 0,001$). TNF- α , как и другие цитокины является важным низкомолекулярным медиатором межклеточных взаимодействий, обладает выраженной противовирусной, цитотоксической активностью по отношению к вирусинфицированным клеткам, повышает проницаемость капилляров, усиливает повреждение эндотелия сосудов, что приводит к внутрисосудистому тромбозу. Кроме того, определение этого цитокина имеет большое значение в определении иммунного статуса и уровня противовирусной активности организма. IL-8 самый ранний из провоспалительных цитокинов, наряду с другими цитокинами IL-8 участвует в процессах стимуляции и дегрануляции лейкоцитов, способствует миграции фагоцитов в очаг воспаления и вызывает синтез молекул адгезии, повышенное содержание IL-8 в сыворотки больных воспалительными легочными заболеваниями коррелирует с тяжестью воспалительного процесса, он участвует в усилении свободнорадикальных процессов в легких, способствует поражению легочной ткани. У пациентов с гриппом В показатели IL-8 увеличивались по сравнению с контрольной группой $1,001 \pm 0,26$ пг/мл и составили $7,6 \pm 1,3$ пг/мл ($p \leq 0,001$). Данные изменения могут свидетельствовать о прогрессировании воспаления легочной ткани и содержание IL-8 может быть использовано для контроля над ходом лечения и прогнозированием исхода заболевания.

В ответ на действие вируса активируется синтез противовоспалительных цитокинов, направленных на затухание воспалительного процесса. Благодаря потенциальным и иммуносупрессивным свойствам широко распространенной экспрессии во многих клетках IL-10 играет важную роль, при многих болезнях, включая воспаление, он может ингибировать антимикробный ответ на ранних стадиях воспаления, однако защищает организм от гиперовоспаления и повреждения тканей, вызванных механизмами защиты от инфекции. Нами установлено, что концентрация противовоспалительного цитокина IL-10 у пациентов с гриппом В составила $1,5 \pm 0,9$ пг/мл, что превышает показатели контрольной группы $0,59 \pm 0,08$ пг/мл ($p \leq 0,001$). С другой стороны повышение IL-10 может свидетельствовать о присоединении бактериальной инфекции, что играет не маловажную роль в прогнозе течения и исхода гриппа. Максимум продукции IL-4 наступает через 24-48 ч с момента активации клеток. При этом IL-4 рассматривается как цитокин, ограничивающий иммуновоспалительные реакции и снижающий ответ организма на инфекцию. Выявлено, что у пациентов с гриппом В показатели IL-4 увеличивались $4,8 \pm 4,4$ пг/мл по сравнению со здоровыми $0,6 \pm 0,18$ пг/мл ($p \leq 0,001$).

Выводы. Таким образом, выявлены нарушения свидетельствующие о дисбалансе в системе цитокиновой регуляции у больных гриппом В, это проявляется повышением в сыворотке крови как противовоспалительных так и провоспалительных цитокинов, увеличение этих показателей напрямую зависит от степени тяжести и активности патологического процесса и позволяет сделать заключение об участии изучаемых цитокинов в патогенезе гриппа В.

АНТИЯДЕРНЫЕ АНТИТЕЛА В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Щаднева С.И., Белозерцева Л.В.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Антиядерные (антинуклеарные) антитела (АНА) - это гетерогенная группа антител против основных компонентов ядра клетки (нуклеопротеидов, белков хроматина и др.). Исследование на антиядерные антитела проводят при подозрении на аутоиммунное заболевание или в случае присоединения аутоим-

мунного компонента, играющего существенную роль в патогенезе многих нозоформ. К настоящему времени описано более 100 разновидностей АНА, направленных против цитоплазматических и ядерных структур. АНА могут быть разделены на три группы:

1. Истинные АНА - к dsDNA, ssDNA, гистонам, ядерной РНК;
2. Антитела к экстрагируемым ядерным антигенам - к Sm, n-RNP, Scl 70;
3. Цитоплазматические антитела - к SS-A (Ro)*, SS-B (La)* и Jo-1.

Наличие АНА может быть связано с такими заболеваниями, как системная красная волчанка (СКВ), ревматоидный артрит (РА), смешанное заболевание соединительной ткани (СЗСТ), системная склеродермия (ССД), синдром Шегрена (СШ), дерматомиозит (ДМ), полимиозит (ПМ), дискоидная красная волчанка и с другими синдромами (например, с CREST-синдромом - разновидность склеродермии в виде кальциноза, синдрома Рейно, дискинезии пищевода, склеродактилии, телеангиоэктазии и прогрессирующим системным склерозом). Антитела к цитоплазматическим антигенам, выявляющиеся при полимиозите и дерматомиозите взрослых, также причисляются к АНА, так как они направлены против рибопroteinовых структур, и в их возникновении предположительно участвуют сходные патогенетические механизмы. Разнообразие типов АНА и наличие клинико-лабораторных корреляций позволяет использовать АНА как показатель, позволяющий клиницисту уточнить прогноз, течение и предупредить обострение заболевания.

Антинейтрофильные цитоплазматические антитела (АНЦА) ассоциируются с некротизирующим васкулитом. АНЦА рассматриваются как чувствительный и специфичный показатель АНЦА-ассоциированных болезней, к которым относятся гранулематоз Вегенера, узелковый полиартериит, синдром Чарга-Стросса, перекрестный ангиитный синдром с почечными проявлениями.

Цель исследования: показать значение определения антиядерных антител для ранней диагностики ревматических заболеваний на примере ревматологического отделения ККБ №1 г. Читы.

Материал и методы. В ревматологическом отделении ККБ №1 г. Читы с 2011 г. проводится определение АНЦА для дифференциальной диагностики системных васкулитов и с 2013 г. определяется панель антиядерных антител для диагностики системных заболеваний соединительной ткани (СЗСТ). Для дифференциальной диагностики СЗСТ определялись следующие антитела: dsDNA, ssDNA, гистоны, SS-A (Ro), SS-B (La), Sm, RNP/Sm, Scl 70, Jo-I. Использовалась таблица частоты выявления антител для диагностики различных СЗСТ. Для дифференциальной диагностики использовалась диагностическая панель АНЦА, исследовались антитела к PR3 (протеиназе 3), антитела к MPO (миелопероксидазе) и антитела к GBM (клубочковой базальной мембране).

Большое значение определение антиядерных антител имело в ранней диагностике ревматических заболеваний в случаях неполного соответствия клинических проявлений заболевания диагностическим критериям, спорных лабораторных данных.

За период с 2011 г. по первое полугодие 2013 г. в ревматологическом отделении ККБ г. Читы обследовано 56 пациентов с ревматическими заболеваниями (40 больным исследовались АНА и 16 больным - АНЦА).

У четверых пациенток с выраженным суставным синдромом в дебюте заболевания (отмечалось преимущественное поражение пястно-фаланговых суставов 2-4 пальцев и проксимальных межфаланговых суставов пальцев кистей), сочетающимся с утренней скованностью до 1 часа, увеличением СРБ, СОЭ, предварительным диагнозом Серонегативный ревматоидный артрит, непереносимостью и неэффективностью базисной терапии сульфасалазином и метотрексатом, в связи с чем проводилась вынужденная терапия глюкокортикоидами с положительным эффектом, были выявлены антитела dsDNA, ssDNA в большом титре, что позволило изменить диагноз на СКВ и продолжить адекватную терапию.

У троих пациенток с впервые возникшим артритом с вероятным диагнозом Ревматоидный артрит определение профиля антиядерных антител позволило диагностировать Синдром Шарпа (были выявлены антитела ssDNA и RNP/Sm в значительных титрах, характерные для данного заболевания).

У одного пациента с дискоидной красной волчанкой, проходившего лечение в ККВД г. Читы, при отсутствии клинических проявлений полисиндромности заболевания, увеличения СОЭ, но отмечавшейся эффективности кратковременной терапии глюкокортикоидами, при исследовании профиля антиядерных антител были выявлены RNP/Sm антитела, в связи с чем диагностирована СКВ, назначена терапия глюкокортикоидами с положительным эффектом.

Исследование панели антиядерных антител позволило провести дифференциальную диагностику между первичным и вторичным полимиозитом, своевременно назначить адекватное лечение пациентке.

Выявление АНЦА оказало решающее значение в первичной диагностике Гранулематоза Вегенера у двоих пациентов. У одной пациентки в дебюте отмечалось поражение глаз, наблюдалась с диагнозом:

Увеит. У второго пациента заболевание дебютировало с геморрагического васкулита, проводилась дифференциальная диагностика с лептоспирозом, исключалось заболевание крови (отмечались анемия, лейкоцитоз, тромбоцитоз, увеличение СОЭ) и полимиозит (были боли в мышцах нижних конечностей), через год возникло поражение глаз, некроз склеры левого глаза. На основании выявления антител к протеиназе-3 в обоих случаях был выставлен диагноз Гранулематоз Вегенера, начато комплексное лечение цитостатиками, глюкокортикоидами. В динамике у обоих пациентов отмечается уменьшение активности заболевания на фоне лечения.

Заключение:

1. Определение профиля антиядерных антител и АНЦА имеет большое значение для дифференциальной диагностики ревматических заболеваний (коллагенозов и системных васкулитов) и своевременного их лечения во избежание тяжелых осложнений.
2. Суставной синдром, напоминающий дебют ревматоидного артрита, но не подтверждающийся лабораторными диагностическими критериями (отрицательные ревматоидный фактор и АЦЦП), не поддающийся лечению стандартными базисными противовоспалительными препаратами, требует проведения дифференциальной диагностики с другими системными заболеваниями соединительной ткани, включая исследование профиля антиядерных антител.

**ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОАРТРОЗА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА
ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ**

Щеглакова Г.Ю., Бабичев Ю.И.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Целью настоящего исследования являлось изучение роли гипотиреоза в патогенезе остеоартроза височно-нижнечелюстного (ОА ВНЧС) сустава и разработка метода этиотропной терапии.

Для осуществления поставленной цели проводили экспериментальное моделирование гипотиреоза у 200 беспородных, половозрелых крыс-самцов с массой тела 200-230 г. Для этого 1 раз в день энтерально вводили через пищевой зонд водно-крахмальную суспензию мерказолила в дозе 10,0 мг/кг массы тела крысы на протяжении 30 (1-я группа), 90 (2-я группа) и 120 (3-я группа) дней. После моделирования гипотиреоза, у половины животных из каждой группы проводили лечение гипотиреоза препаратом "Эутирокс" в течение 14 дней. Контрольная группа сформирована из 35 здоровых особей. Соблюдали стандартные условия содержания и обычный рацион питания (Приказ МЗ СССР № 1179 от 10.10.1983).

У животных всех групп определяли содержание гормонов щитовидной железы и ТТГ методом твердофазного ИФА крови, проводили рентгенологическое исследование ВНЧС, гистологическое исследование препаратов.

Результаты исследования. К 30 суткам эксперимента (1-я группа) развивается начальная стадия остеоартроза (преартрозная хондропатия) ВНЧС на фоне гипотиреоза. При гистологическом исследовании с морфометрией отмечено уплощение и расширение головки ВНЧС в переднезаднем направлении на 4% ($p < 0,001$). Расширение суставной щели на 128% ($p < 0,001$), за счет истончения суставного диска на 27% ($p < 0,001$). В 23 % случаев отмечен разрыв суставного диска. Слой гиалинового хряща суставной головки становился толще на 12% ($p < 0,001$) с вакуольной дистрофией хондроцитов, расположенных в зоне зрелого хряща. Клетки увеличенного объема превращались в пузырьчатые хондроциты, с периферическим расположением ядра, диаметр клеток увеличился на 40% ($p < 0,001$).

Костные трабекулы головки мыщелка утолщались на 24% ($p < 0,001$) с образованием грубопетливой сети. Кровеносные сосуды заустевали, уменьшился диаметр их просвета на 35% ($p < 0,01$) с одновременным истончением стенок на 23% ($p < 0,001$). По периметру сосудов обнаружено отложение зерен гемосидерина, что, возможно, связано с повышенной проницаемостью их стенок и косвенно подтверждает отек периваскулярных мягких тканей. Одновременно отмечено расширение шейки мыщелкового отростка на 12% ($p < 0,001$).

Через 90 дней эксперимента (2-я группа) головка мыщелкового отростка нижней челюсти деформирована, с неровной поверхностью. Поперечный размер мыщелка увеличен на 3,5% ($p < 0,001$), а толщина суставного диска уменьшена на 49,2% ($p < 0,001$). Толщина гиалинового хряща, покрывающего ямку и головку сустава, меньше показателей у контрольной группы животных на 15% ($p < 0,001$). Возможно, это связано с истончением промежуточной зоны суставного гиалинового хряща, содержащей зрелые хондроциты, диаметр которых уменьшен на 8,1% ($p < 0,001$). Изогенных групп здесь значительно меньше. В базальной зоне хряща кальцинированный слой существенно шире некальцинированного.

Субхондральные костные трабекулы расширены на 36,3% ($p < 0,05$), практически сливаются между собой, сохраняя узкие участки миелоидной и фиброзной ткани. Количество и диаметр кровеносных сосудов уменьшаются на 33,6% ($p < 0,001$), просвет их, большей частью спавшийся. Толщина сосудистой стенки уменьшена на 49,2% ($p < 0,001$). Ширина шейки мышечкового отростка увеличена на 24,24% ($p < 0,01$). Полученная картина характеризует развитие склерозирующего ОА ВНЧС.

К 120 дню эксперимента (3-я группа) у животных наблюдается выраженная деформация костной ткани головки мышечкового отростка за счет появления на ее поверхности значительной бугристости. Поперечный размер мышечка увеличивается на 13 % ($p < 0,001$) и явно выражено изменение кривизны суставных поверхностей.

Значительное истончение суставного диска на 59 % ($p < 0,001$), с фрагментацией, гомогенизацией и разволокнением на всем протяжении. Толщина гиалинового хряща мышечка меньше показателей контроля на 37 % ($p < 0,01$). Хондроциты мелкие, упорядоченно расположены, формируют единичные изогенные группы. Размер клеток уменьшился на 21 % ($p < 0,001$). В базальной части наблюдается расширение зоны окостенения. В зоне субхондральной кости отмечено утолщение и слияние костных балок с развитием картины фиброостеосклероза. В центральной части суставной головки обнаружены большие кистовидные (тонкостенные) полости, частично заполненные форменными элементами крови. Толщина костных трабекул увеличена на 123 % ($p < 0,001$). Наблюдается задержка линейного роста костной ткани. Количество и диаметр кровеносных сосудов сократилось на 39 % ($p < 0,01$). Толщина сосудистой стенки уменьшилась на 52 % ($p < 0,001$). Шейка мышечкового отростка расширена на 26 % ($p < 0,001$).

Полученные данные свидетельствуют о том, что к 120-м суткам на фоне гипотиреоза у крыс развивается картина деформирующего ОА ВНЧС. Неравномерные динамические функциональные перегрузки подхрящевых отделов в подлежащих губчатых отделах кости наряду с утолщением костных трабекул приводят к трабекулярным микропереломам, снижению плотности костного вещества, появлению участков ишемии и некроза с образованием дефектов - кист. Возможно, это связано с перенапряжениями в костной ткани при жевательной нагрузке.

Коррекция гипотиреоза. Титр тиреоидных гормонов Т3 и Т4 у крыс, не получавших препарат "Эутирокс" (левотироксин натрия), через 14 дней после отмены мерказолила оставался стабильно низкими, а ТТГ-высокими, при сравнении с контролем, что свидетельствовало о наличии гипотиреоза. У животных, получавших препарат "Эутирокс", титры Т3 и Т4 повысились на 18% ($p < 0,001$) и 66% ($p < 0,01$) соответственно и достигли показателей контрольной группы. Уровень гормона ТТГ снизился 23% ($p < 0,001$) и также достиг контрольных значений.

После коррекции гипотиреоза в стадии преартрозной хондропатии (1 группа), в отличие от группы без коррекции гипотиреоза, у крыс уменьшился поперечник суставной головки в переднезаднем направлении, толщина суставного диска восстановилась, он становился более структурированным и отсутствовало его разволокнение, слой гиалинового хряща суставной головки, уменьшился на 9% ($p < 0,05$). Не прослеживалась вакуолярная дистрофия хондроцитов, расположенных в зоне зрелого хряща, диаметр клеток также уменьшился на 28% ($p < 0,01$). Клетки в суставном гиалиновом хряще упорядоченно расположены, с образованием единичных изогенных групп. Толщина субхондральных костных трабекул головки мышечка уменьшилась на 84% ($p < 0,001$). Прослеживалось нарушение костного рисунка и выявлялись единичные слияния костных балок. Диаметр кровеносных сосудов увеличился на 13% ($p < 0,01$). Сосудистая стенка становилась толще на 7% ($p < 0,01$). По периметру сосудов исчезли отложения гемосидерина, что свидетельствовало о снижении проницаемости сосудистой стенки. Ширина шейки мышечкового отростка уменьшилась на 6% ($p < 0,05$). Все параметры исследования приближались, или соответствовали значениям контрольной группы.

Во 2-й группе параметры костной и хрящевой тканей нормализовались, по сравнению с группой без коррекции гипотиреоза, но оставались статистически значимо ниже таковых в контрольной группе. Коррекция гипотиреоза в 3-й группе не привела к статистически значимым изменениям параметров тканей ВНЧС, все показатели оставались стабильными, как в группе с коррекцией гипотиреоза, так и без таковой.

Выводы:

1. Гипотиреоз в эксперименте у крыс, при длительном течении, является одной из причин развития деформирующего остеоартроза височно-нижнечелюстного сустава.
2. Коррекция гипотиреоза у лабораторных крыс с использованием препарата "Эутирокс" приводит к восстановлению структуры костной и хрящевой тканей височно-нижнечелюстного сустава только в стадию преартрозной хондропатии.

ВЛИЯНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ В КРОВИ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ ПОДАГРОЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Щербакова О.А., Говорин А.В., Гончарова Е.В., Чистякова М.В.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Цель: изучить содержание некоторых антиоксидантов в эритроцитах крови больных первичной подагрой с артериальной гипертензией.

Методы исследования. Обследовано 117 больных первичной подагрой, средний возраст составил $47,1 \pm 6,0$ лет. Диагноз подагры выставлен на основании классификационных критериев по Wallace S.L., 1977. Уровень мочевой кислоты пациентов с первичной подагрой составил 503 [443; 589] мкмоль/л. Контрольную группу составили 29 практически здоровых лиц, сопоставимых по возрасту. Были выделены 2 группы больных подагрой: 1-я - с нормальными цифрами артериального давления (18 человек) и 2-я - с артериальной гипертензией (АГ) 1-2 степени (99 человека). Изучался ряд антиоксидантов: супероксиддисмутаза, глутатионпероксидаза, глутатионредуктаза, эритроцитов крови. Активность супероксиддисмутазы (СОД) определялась с помощью реакции дисмутирования, глутатионпероксидазы (ГПО) - реакции взаимодействия восстановленного глутатиона с гидроперекисью трет-бутила и глутатионредуктазы (ГР) - с использованием теста Варбурга.

Результаты. Установлено, что активность СОД эритроцитов была снижена у мужчин обеих исследуемых групп на 48% и 57%, соответственно, по сравнению с контролем. При этом у больных с наличием АГ этот показатель оказался на 17,2% ниже, чем у пациентов с нормальными цифрами АД ($p < 0,05$). Отмечалось снижение активности ГПО и ГР эритроцитов в 1-й, 2-й группах на 54%, 74% и на 57%, 98%, соответственно, по сравнению с контролем ($p < 0,05$). Отмечалась статистически значимая разница по активности данных показателей и внутри групп пациентов ($p < 0,05$).

При проведении корреляционного анализа выявлена обратная связь средней силы между активностью СОД, ГПО, ГР эритроцитов крови и уровнем мочевой кислоты сыворотки крови (коэффициент корреляции = от -0,51 до 0,42, $p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, угнетение антиоксидантной защиты, имеющееся у больных первичной подагрой и установленная взаимосвязь с гиперурикемией свидетельствует о возможной роли в развитии артериальной гипертензии у данной категории пациентов.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ НЕЭТЕРИФИЦИРОВАННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ В КРОВИ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ ПОДАГРОЙ НА РАЗВИТИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Щербакова О.А., Говорин А.В., Гончарова Е.В., Чистякова М.В.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Цель: изучить патогенетическую взаимосвязь между содержанием неэтерифицированных жирных кислот (НЭЖК), глицерола в сыворотке крови и показателями диастолической функции левого желудочка у больных первичной подагрой.

Методы исследования. Обследовано 117 больных первичной подагрой, средний возраст которых составил 42 [34; 46] года. Диагноз подагры выставлен на основании классификационных критериев по Wallace S.L., 1977. Группа контроля - 29 здоровых мужчин соответствующего возраста. Уровень мочевой кислоты сыворотки крови определяли с помощью ферментативного колориметрического теста с использованием реакции с уриказой ("HUMAN", Германия). В плазме крови было изучено содержание НЭЖК (Меньшиков В.В., 1987), глицерола (Rifal N., 1991; Tletz N., 1999). Всем пациентам проводилось эхокардиографическое исследование по методике Американской ассоциации эхокардиографии на аппарате Logic 400.

Результаты. Выделены 2 группы пациентов: 1-я - без диастолической дисфункции левого желудочка (ДДЛЖ) (35 мужчин) и в сочетании с ДДЛЖ (79 мужчин) - 2-я группа. Больные первичной подагрой с ДДЛЖ отличались более длительным течением заболевания, имели более высокий уровень мочевой кислоты сыворотки крови по сравнению с больными подагрой без ДДЛЖ ($p < 0,05$). Установлено, что содержание НЭЖК в плазме крови больных подагрой в сочетании с ДДЛЖ - на 68% выше, чем у здоровых лиц и на 12% - с мужчинами 1-й группы ($p < 0,01$). Уровень глицерола у больных подагрой без ДДЛЖ и с ДДЛЖ был снижен на 28% и 40% по сравнению с контрольной группой, соответственно ($p < 0,01$), при этом внутри исследуемых групп была выявлена статистически значимая разница ($p < 0,05$). Коэффициент НЭЖК/глицерол в 1-й группе был увеличен в 2,3 раза по сравнению с

контролем, а во 2-й - в 2,9 раза выше, чем у здоровых лиц и на 27% больше, чем у больных подагрой с сохранённой диастолической функцией ЛЖ ($p < 0,05$).

При проведении корреляционного анализа установлено, что скорость пика Е и Е/А отрицательно коррелировали с НЭЖК, коэффициентом НЭЖК/глицерол (коэффициенты корреляции от -0,34 до -0,61, $p < 0,05$), в то время как скорость пика А, напротив, была положительно взаимосвязана с глицеролом и коэффициентом НЭЖК/глицерол (коэффициенты корреляции от 0,39 до 0,53, $p < 0,05$). Уровень мочевой кислоты имел отрицательную корреляционную взаимосвязь средней силы со скоростью пика Е ЛЖ и Е/А ЛЖ и уровнем глицерола (коэффициенты корреляции от -0,41 до -0,46, $p < 0,05$) и положительную - с содержанием НЭЖК, коэффициентом НЭЖК/глицерол (коэффициенты корреляции от 0,52 до 0,58, $p < 0,05$).

Выводы. У пациентов с первичной подагрой зафиксированы существенные изменения с содержанием НЭЖК и глицерола сыворотки крови. Максимальные нарушения субстратного метаболизма выявлены у больных первичной подагрой с наличием ДДЛЖ. Установлена патогенетическая взаимосвязь показателей НЭЖК, глицерола, мочевой кислоты и диастолической дисфункции левого желудочка у больных первичной подагрой.

ТРАНСПУПИЛЛЯРНАЯ ТЕРМОТЕРАПИЯ ПРИ ДАЛЕКОЗАШЕДШЕЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЕ

Щербакова С.Ю., Харинцева С.В., Логунов Н.А., Голуб Л.А.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Глаукома - это прогрессирующая оптическая нейропатия (ГОН), характеризующаяся экскавацией ДЗН и является одной из основных причин слабовидения и слепоты во всем мире.

Цель исследования: оценка клинической эффективности транспупиллярной термотерапии и информативности параметров комплекса ганглиозных клеток сетчатки, полученных методом оптической когерентной томографии у пациентов с глаукомой.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 13 пациентов (20 глаз) с диагнозом "открытоугольная глаукома" в возрасте от 48 до 74 лет средний возраст 53 года. Всем пациентам проводилось лечение ТТТ на диодном лазере с длиной волны 810 нм Iris Medical OculightSL/Slx. Использовался непрерывный режим излучения, экспозиция составляла 60 секунд, диаметр пятна 1,8 мм, мощность излучения 250-300 мВт. Исследовали морфологические изменения оценки параметров диска зрительного нерва, толщины слоя перипапиллярных нервных волокон сетчатки и параметров комплекса ГКС (GCC), которые определялись до и после ТТТ (протокол RNFL /Nerve Head и GCC/ Thickness Maps) с помощью оптического когерентного томографа (ОКТ) фирмы OPTOVUE RTVue-100. Осложнений в ходе лазерного воздействия и после проведенной терапии не наблюдалось.

Результаты и обсуждение. У пациентов все показатели соответствовали 3 стадии глаукомы с различной степенью потерь нервных волокон в диске зрительного нерва RNFL μm и макулярной области GCC μm (комплекс ганглиозных клеток), FLV% (фокальные потери), GLV% (глобальные потери). У 4-х пациентов зарегистрировано значительное улучшение остроты зрения (от 0,01 до 1,0) после курса терапии. У этих больных до проведения ТТТ в показателях FLV и GLV были незначительные ухудшения, при значительной потере RNFL. У остальных больных острота зрения варьировалась (0,1-05) и в среднем улучшилась на 30%. Показатели FLV, GLV, RNFL у этой группы соответствовали средним величинам.

Через 6 месяцев десяти больным проводился второй курс лечения. У пяти пациентов этой группы острота зрения до проведения второго курса ухудшилась на 50%, после лазерного воздействия восстановилась до цифр от предыдущего на конец лечения. За интервал между курсами ухудшились значения RNFL, показатели FLV и GLV на 10-15 %, которые так же восстановились после второго курса ТТТ. У остальных 5 больных острота зрения не изменилась и показатели RNFL, FLV и GLV незначительно улучшились по сравнению с предыдущими данными. За время наблюдения было отмечено, что изменения показателей, характеризующие состояние зрительной системы у пациентов с ГОН 3 стадии, до и после воздействия транспупиллярной термотерапии диска зрительного нерва зависит от степени потерь значений RNFL, FLV, GLV.

Выводы:

1. Транспупиллярная термотерапия диска зрительного нерва является высокоэффективным методом лечения, направленным на ограничение реализации ключевых механизмов патогенеза глаукомы. Это ведет к восстановлению процессов проведения импульсов в нейронах сетчатки, то есть способствует восстановлению зрительных функций.
2. Отмечено, что эффект от лечения зависит от степени поражения ганглиозных клеток FLV и GLV в макулярной области.

**СОДЕРЖАНИЕ БЕЛКА ТЕПЛОВОГО ШОКА-70 И АУТОАНТИТЕЛ К НЕМУ
У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ**

Юдина Н.А., Цыбиков Н.Н.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Введение. Известно, что в патогенезе первичной открытоугольной глаукомы (ПОУГ) принимает участие достаточно большое количество факторов: механические, сосудистые, гуморальные и генетические. Доказана роль в патогенезе глаукомы белков теплового шока (heat shock protein - Hsp). Эти белки синтезируются поврежденными клетками в ответ на различные физические, химические и физиологические воздействия и обеспечивают резистентность клеток. Исследования последних лет показывают, что важную роль в защите ганглионарных клеток сетчатки играют белки теплового шока. Защитные эффекты Hsp-70 обеспечиваются их шаперонной активностью, способностью к фолдингу коагулированных белков, активацией антиоксидантной защиты, участием в утилизации необратимо поврежденных белков, ограничением гиперпродукции оксида азота и антиапоптотическими эффектами. При ПОУГ вследствие нарушения оттока внутриглазной жидкости, обусловленного недостаточностью трабекулярной сети, повышения внутриглазного давления (ВГД) происходит механическая компрессия зрительного нерва с последующей ишемией. Можно предположить, что вследствие гибели ганглионарных клеток сетчатки происходит выработка Hsp-70, которые попадают во внутриглазную жидкость (ВГЖ), а также по увеосклеральному пути в слезную жидкость (СЖ). Таким образом, появление Hsp-70 в глазных жидкостях может отражать процесс деструкции ганглионарных клеток сетчатки. Не исключено, что накопление Hsp-70 во ВГЖ может сопровождаться образованием аутоантител (аАТ) с последующим формированием иммунных комплексов, инициирующих развитие местных васкулитов.

Цель: исследовать содержание Hsp-70 и аАТ к нему в сыворотке крови, в слезной и внутриглазной жидкостях у больных ПОУГ и у лиц не страдающих ПОУГ, на основании чего выяснить их участие в патогенезе развития о/у глаукомы.

Материалы и методы.

Нами обследовано 27 человек в возрасте от 48 до 76 лет. Мужчин было 10(39%), женщин - 17(61%). Из исследования исключали пациентов с воспалительными заболеваниями глаз, аутоиммунными увеитами, диабетической ретинопатией.

Всем пациентам проводилось стандартное офтальмологическое обследование в условиях ГУЗ "Забайкальская краевая клиническая больница" (Чита), включавшее визометрию (без коррекции и с коррекцией), периметрию, тонометрию, биомикроскопию переднего отрезка, офтальмоскопию, гониоскопию.

Исследуемые были разделены на 2 группы. Основную группу составляли 10 человек с ПОУГ. Всем пациентам были проведены антиглаукомные операции. Основным фоновым заболеванием была ишемическая болезнь сердца вне обострения. В контрольную группу входили 17 человек без повышения ВГД и глаукомных изменений. Пациенты обеих групп были сопоставимы по полу и возрасту, средний возраст пациентов составил 57 лет.

Оценку содержания Hsp-70 и аАТ к нему проводили по результатам определения их концентрации в сыворотке крови (СК), СЖ и ВГЖ. Уровень Hsp-70 определяли методом твердофазного ИФА, использовали реактивы фирмы "Assay Designs". Уровень аАТ к Hsp-70 оценивали оригинальным методом, описанным ранее. Полученные результаты выражали в единицах оптической плотности.

Статистическую обработку проводили с применением пакета прикладной программы Biostat. При сравнении групп использовали критерий Манна-Уитни (Z). Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05.

Результаты и обсуждение.

Оказалось, что у обследуемых лиц контрольной группы концентрация Hsp-70 в СЖ 0/787(0/544-0/859) нг/мл, в СК составляла 0.453(0.248-0.545) нг/мл, а у пациентов с ПОУГ она возрастала в СЖ до 1.645(1.355-2.133), в СК 0.992(0.608-1.526) нг/мл.

Во время проведения оперативных вмешательств у больных о/у глаукомой проводился забор ВГЖ. Во ВГЖ содержание Hsp-70 составило 0.442 (0.189-0.617) нг/мл. Этот факт свидетельствует о степени тяжести о/у глаукомы и отражает процесс повреждения ганглионарных клеток сетчатки.

Нами установлено, что у пациентов с ПОУГ уровень аАТ класса IgG в СК увеличен в 4 раза и уровень аАТ класса sIgA в СЖ к Hsp-70 увеличен в 2 раза по сравнению с контрольной группой.

Выводы.

Можно предположить, что появление Hsp-70 в глазных жидкостях происходит по увеосклеральному пути и может свидетельствовать о деструкции ганглионарных клеток сетчатки.

Увеличение уровня аАТ класса sIgA к Hsp-70 в глазных жидкостях может отражать развитие местной иммунной реакции на гиперпродукцию Hsp-70.

Обнаруженные аАТ с одной стороны связывают Hsp-70 и снижают ее уровень, а с другой - образующиеся иммунные комплексы могут включать новые звенья патогенеза ПОУГ.

**СОДЕРЖАНИЕ НЕЙРОСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЕНОЛАЗЫ,
ГЛИАЛЬНОГО ФИБРИЛЛЯРНОГО КИСЛОГО ПРОТЕИНА И АУТОАНТИТЕЛ
К НИМ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ, СЛЕЗНОЙ И ВНУТРИГЛАЗНОЙ ЖИДКОСТЯХ
У БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ**

Юдина Н.А., Цыбиков Н. Н.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Первичная открытоугольная глаукома (ПОУГ) - одна из главных причин слабости зрения и слепоты среди населения. Её распространенность увеличивается с возрастом. Так в 40-45 лет ПОУГ страдает 0.1% населения, в 50-60 лет и старше - около 10%. Это указывает на важную роль инволюционных процессов в возникновении и развитии заболевания. Патогенетические механизмы развития ПОУГ, особенно, глаукомной оптической нейропатии изучены далеко не полностью. Более детальное изучение патогенеза данного заболевания имеет значение, как для своевременной диагностики глаукомы, так и для адекватного лечения в каждом конкретном случае.

Вместе с тем при развитии ПОУГ не остается безучастным слой нервных волокон сетчатки, маркерами повреждения которого может явиться глиальный фибриллярный кислый протеин (GFAP) и нейроспецифическая енолаза (NSE). Эти маркеры - высокоспецифичные белки головного мозга, встречающиеся за пределами ЦНС в клетках периферических нервов. Можно предположить, что вследствие гибели ганглионарных клеток сетчатки происходит выделение GFAP и NSE, которые попадают во внутриглазную жидкость (ВГЖ), а также по увеосклеральному пути в слезную жидкость (СЖ). Таким образом, появление GFAP и NSE в глазных жидкостях может отражать процесс деструкции ганглионарных клеток сетчатки. Не исключено, что накопление GFAP и NSE, как привилегированных антигенов во ВГЖ может сопровождаться образованием аутоантител (аАТ) с последующим формированием иммунных комплексов, инициирующих развитие местных васкулитов. Однако, до настоящего времени в доступной нам литературе мы не обнаружили сведения по данной проблеме, что и побудило к проведению настоящего исследования.

Цель: Исследовать содержание NSE, GFAP и аАТ к ним в сыворотке крови (СК), СЖ, ВГЖ у больных ПОУГ и у лиц не имеющих глаукомных изменений, на основании чего выяснить участие данных нейромаркеров и их аАТ в патогенезе развития ПОУГ.

Материалы и методы.

Нами обследовано 37 человек в возрасте от 48 до 76 лет. Мужчин было 16, женщин-21. Из исследования исключали пациентов с воспалительными заболеваниями глаз, аутоиммунными увеитами, диабетической ретинопатией, поражениями центральной нервной системы. Исследуемые были разделены на 2 группы. Основную группу составляли 20 человек с ПОУГ. В контрольную группу входили 17 человек без повышения ВГД и глаукомных изменений. Пациенты обеих групп были сопоставимы по полу и возрасту, средний возраст пациентов составил 57 лет. Уровень NSE в СК, СЖ и ВГЖ определяли методом твердофазного ИФА, использовали реактивы фирмы "Fujirebio, Diagnostics, Inc". (Германия). Уровень GFAP определяли методом твердофазного ИФА, использовали реактивы фирмы "Вектор-Бест" (Россия, Новосибирск). Уровень антител к NSE оценивали оригинальным методом. Статистическую обработку проводили с применением пакета прикладной программы Biostat. При сравнении групп использовали критерий Манна-Уитни (Z). Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05.

Результаты и обсуждение.

Оказалось, что концентрация NSE в СЖ у пациентов с ПОУГ в сравнении с контрольной группой возрастала в 22 раза и достигала 32,66 (28.99-38.13) мкг/мл. В СК у больных ПОУГ содержание NSE составило 3.412(0,258-8.839) мкг/мл и в сравнении с контрольной группой увеличилось в 10 раз. Нами установлено, что в СЖ у пациентов с ПОУГ уровень аАТ класса sIgA увеличен в 2 раза по сравнению с контрольной группой, а СК возрастает в 10 раз. У обследуемых лиц контрольной группы концентрация GFAP в СЖ составляла 0.712 (0.350-0.850) нг/мл, в СК-0,162 (0.098-0.170) нг/мл а у пациентов с о/у глаукомой она возрастает практически в 2 раза. Во время проведения оператив-

ных вмешательств у больных ПОУГ проводился забор ВГЖ. Во ВГЖ содержание GFAP составило 0,324(0,250-0,471) нг/мл. Обнаруженный факт, вероятно, свидетельствует о степени тяжести ПОУГ и отражает процесс компрессионного повреждения ганглионарных клеток сетчатки. Нами установлено, что у пациентов с ПОУГ уровень аАТ класса IgG в СК и уровень аАТ класса sIgA в СЖ к GFAP увеличен в 2 раза по сравнению с контрольной группой.

Выводы.

Появление маркеров повреждения нервной ткани в глазных жидкостях свидетельствует о деструкции ганглионарных клеток сетчатки. Увеличение уровня аАТ класса sIgA к маркерам повреждения в глазных жидкостях может отражать развитие местной иммунной реакции на гиперпродукцию GFAP и NSE. Не исключено, что динамика маркеров повреждения нервной ткани и аАТ к ним могут явиться важными диагностическими и прогностическими критериями ПОУГ. Обнаруженные аАТ с одной стороны связывают маркеры повреждения нервной ткани и снижают их уровень, а с другой - образующиеся иммунные комплексы могут включать новые звенья патогенеза ПОУГ.

СОДЕРЖАНИЕ ЭНДОТЕЛИНА-1 И АУТОАНТИТЕЛ К НЕМУ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ, СЛЕЗНОЙ И ВНУТРИГЛАЗНОЙ ЖИДКОСТЯХ У БОЛЬНЫХ С ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ

Юдина Н.А., Цыбиков Н. Н.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Известно, что в патогенезе первичной открытоугольной глаукомы (ПОУГ) участвует достаточно большое количество факторов, среди которых важную роль могут играть местные вазомоторные реакции. В последние годы накопилось достаточно много данных о том, что сосудистый эндотелий доминирует в механизмах ауторегуляции кровообращения. В них происходит образование вазоактивных агентов, участвующих в гуморальной регуляции сосудистого тонуса. Не исключено, что дисфункция эндотелия может являться одной из причин глаукомы. Особую роль в патогенезе глаукомы играет эндотелин -1 (ЭТ-1), вазоактивный пептид. ЭТ-1 присутствует в водянистой влаге и в стекловидном теле, концентрация его возрастает у пациентов с глаукомой. Особый интерес представляет роль ЭТ-1 в возникновении ишемии и гибели ганглионарных клеток сетчатки. Ишемия провоцирует выработку ЭТ-1 и тем самым формируется "порочный круг". Таким образом, эндотелиальная дисфункция глазных сосудов может быть триггером в патогенезе нарушений локального кровотока при ПОУГ.

Цель исследования: Определение концентрации ЭТ-1 и аАТ к нему в жидкостях глаза и в сыворотке крови у больных ПОУГ.

Материал и методы.

Нами обследовано 26 человек в возрасте от 48 до 76 лет. Мужчин было 11(42%), женщин - 15(58%). Из исследования исключали пациентов с воспалительными заболеваниями глаз, аутоиммунными увеитами, диабетической ретинопатией. Всем пациентам проводилось стандартное офтальмологическое обследование в условиях ГУЗ "Забайкальская краевая клиническая больница" (Чита), включавшее визометрию (без коррекции и с коррекцией), периметрию, тонометрию, биомикроскопию переднего отрезка, офтальмоскопию, гониоскопию.

Исследуемые были разделены на 2 группы. Основным фоновым заболеванием была ишемическая болезнь сердца вне обострения. Пациенты обеих групп были сопоставимы по полу и возрасту. Оценка содержания ЭТ-1 и аАТ к нему проводили по результатам определения их концентрации в сыворотке крови (СК), слезной жидкости (СЖ) и ВГЖ. Уровень ЭТ-1 определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа (ИФА), использовали реактивы фирмы "Biomedica group". (Германия). Уровень аАТ к ЭТ-1 оценивали оригинальным методом, описанным ранее, суть которого заключается в сенсбилизации интактных планшетов антигенами с последующей инкубацией исследуемой жидкости и выявления аАТ различных классов ИФА методом. Полученные результаты выражали в единицах оптической плотности. Статистическую обработку проводили с применением пакета прикладной программы Biostat. При сравнении групп использовали критерий Манна-Уитни (Z). Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05.

Результаты и обсуждение.

Оказалось, что у лиц контрольной группы содержание ЭТ-1 в СК составляло 0.478(0.355-0.923) фмоль/мл, а у пациентов с ПОУГ возрастало до 0.628 (0.545-0.882) фмоль/мл. Уровень ЭТ-1 в СЖ при развитии ПОУГ увеличивался с 0.803 (0.355-0.923) до 1.359 (1.342-2.197) у больных ПОУГ

фмоль/мл. Во ВГЖ содержание ЭТ-1 составило 0.741(0,651-0.805) фмоль/мл. Таким образом, при формировании ПОУГ уровень ЭТ-1 параллельно возрастает в СК и СЖ. Вероятно, причиной этого сдвига являются метаболические нарушения, приводящие к развитию локальной ишемии. Последняя может провоцировать переход проэндоотелина в эндотелин-1 и тем самым приводить к развитию вазоспазма. Другой причиной, приводящей к синтезу ЭТ-1, может являться действие тромбина. Последний появляется в результате следующих реакций. Локальная ишемия сопровождается эндотелиальной дисфункцией, выражением которой является гиперпродукция и экспрессия тканевого фактора (ТФ), в результате чего активизируется действие тромбина, VIIa, IXa, Xa, обладающих протеазной активностью. Появление последних сопровождается вторичным повреждением эндотелия с генерацией ЭТ-1 и запуском "порочного круга". Следует учесть, что появление фактора Хагемана (XIIa) приводит к одномоментной активации систем фибринолиза, комплимента и калликреин-киннинов, в результате чего появляются новые протеазы, усугубляющие эндотелиальную дисфункцию.

Нами установлено, что происходит увеличение аАТ класса IgG в СК 0.282 (0.238;0.324) по сравнению с контролем 0.132 (0.124;0.138) и аАТ класса sIgA в СЖ 0.115 (0.098;0.132) в сравнении с контролем 0.082 (0.078;0.091). Это свидетельствует о возможной иммунной регуляции ЭТ-1. Местное образование sIgA к ЭТ-1 представляется возможным из-за наличия лимфоидных клеток в структурах глаза. Вероятно, sIgA местно вызывает снижение ЭТ-1, уменьшение вазоспазма и улучшение микроциркуляции в тканях глаза. С другой стороны, образованные иммунные комплексы могут инициировать развитие местных васкулитов и таким образом запускать новые звенья патогенеза ПОУГ по механизму аллергических реакций III типа. Наконец, не исключена возможность, что часть аАТ может обладать каталитической активностью (антитела-абзимы), которые самостоятельно, без привлечения компонентов комплимента или цитолитических лимфоцитов, т.е. без эффекторного взрыва способны разрушать антигены, в нашем случае, ЭТ-1. Показано, что в пуле аАт к ЭТ-1, выделенных аффинной хроматографией из СК пациентов контрольной группы обнаруживаются аАт-абзимы, обладающие каталитической активностью.

Выводы:

1. У больных ПОУГ увеличивается уровень ЭТ-1 в СК и СЖ.
2. В СК, СЖ, ВГЖ выявлены аАт различных классов к ЭТ-1, уровень которых резко возрастает при ПОУГ.

СОДЕРЖАНИЕ

Аветисян М.А., Витковский Ю.А. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ГЕНОТИПОВ ПОЛИМОРФНОГО ВАРИАНТА C807T В ГЕНЕ ITG A2 СРЕДИ ЗДОРОВЫХ РЕСПОНДЕНТОВ И БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПРИНИМАЮЩИХ И НЕ ПРИНИМАЮЩИХ АСПИРИН, БУРЯТСКОЙ И РУССКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТЕЙ.....	1
Аксенова Т.А., Горбунов В.В. ВРЕМЕННЫЕ И СПЕКТРАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАбельНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ.....	1
Алексенко Е.Ю., Гатиятов Ю.Ф., Галеева А.П., Первалова Н.Г. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ИБС НА ЭТАПЕ АМБУЛАТОРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ.....	2
Анохова Л.И., Белокриницкая Т.Е., Тарбаева Д.А., Белозерцева Е.П., Фролова Н.И., Исаков А.П. АНАЛИЗ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ ПО ДАННЫМ ГБУЗ ЗКПЦ Г.ЧИТЫ.....	3
Артамонова З.А., Намоконов Е.В., Терешков П.П., Сычугова И.В. НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНИТЕТА ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ ОСТРОЙ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОЙ ИШЕМИИ.....	4
Ахметова Е.С., Мочалова М.Н., Серебрякова О.В., Хавень Т.В., Кузьмина Л.А., Фалько Е.В., Черникова И.А. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С GESTАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.....	5
Байке Е.В. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ РИНИТОВ.....	7
Байке Е.В. ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ТУБОТИМПАНАЛЬНЫХ СРЕДНИХ ОТИТОВ.....	7
Баранов С.В., Цыбиков Н.Н., Исакова Н.В. ДИНАМИКА БЕЛКОВ ТЕПЛОВОГО ШОКА В РОТОВОЙ И ДЕСНЕВОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАРОДОНТИТЕ.....	8
Баранчугова Т.С., Мироманова Н.А., Обухова В.Н., Патеюк Ю.Н. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТОДОВ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ГНОЙНЫХ МЕНИНГИТОВ У ДЕТЕЙ.....	9
Белинов Н.В., Богомолов Н.И. МАЛОИНВАЗИВНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ.....	10
Белинов Н.В., Богомолов Н.И. МЕТАЛЛООСТЕОСИНТЕЗ ЧРЕЗВЕРТЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА.....	11
Белинов Н.В., Богомолов Н.И. ОРИГИНАЛЬНЫЙ СПОСОБ РЕПОЗИЦИИ КОСТНЫХ ОТЛОМКОВ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ.....	12
Белозерцева Е.П., Белокриницкая Т.Е., Фролова Н.И., Анохова Л.И., Тарбаева Д.А. ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА У СТУДЕНТОК г.ЧИТЫ.....	12
Белозерцев Ю.А., Юнцев С.В., Белозерцев Ф.Ю., Сафронова Е.С. ОСОБЕННОСТИ МНЕМОТРОПНЫХ ЭФФЕКТОВ ЭКСТРАКТА РОДИОЛЫ РОЗОВОЙ И МЕЛАКСЕНА ПРИ БЕССОННИЦЕ.....	13
Белокриницкая Т.Е., Фролова Н.И., Страмовская Н.Н., Петров А.А., Глотова Е.Ю., Дмитриева Е.И., Кириченко В.А. ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ТРОМБОФИЛИЕЙ, У ПАЦИЕНТОК С ПРИВЫЧНЫМИ ПОТЕРЯМИ БЕРЕМЕННОСТИ В РАННИЕ СРОКИ.....	15
Богомолов Н.И., Белинов Н.В. ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ МЕТАЛЛООСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ.....	16
Бондаревич Е.А., Коцюркинская Н.Н. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДИКОРАСТУЩИХ РАСТЕНИЙ ВОСТОЧНОГО ЗАБАЙКАЛЬЯ В ДЕТОКСИКАЦИИ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ.....	17
Боричева Ю.А., Крюкова В.В., Цепелев В.Л. КЛИНИКО-ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МАГНИТОПЛАЗМЕННОЙ ТЕРАПИИ ГНОЙНЫХ РАН.....	19
Брянцева Е.Н., Алексеев С.А., Баркан В.С., Горбунов В.В. АНАЛИЗ ЦЕНТРАЛЬНОГО АОРТАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ДИСТАНЦИОННОМ СУТОЧНОМ МОНИТОРИРОВАНИИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА, ИСКЛЮЧЕНИЕ ЛОЖНО-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ.....	19
Вишнякова Т.М., Долина А.Б. РАЦИОНАЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПРОТИВОИНФЕКЦИОННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ.....	21
Вишнякова Т.М., Долина А.Б. ПОКАЗАТЕЛИ ЭКГ У ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ.....	21

Власова А.Н., Тихоненко О.А., Шелехова В.П. ВЛИЯНИЕ ВИТАМИНА Д НА РАЗВИТИЕ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ.....	22
Гагаркина Л.С., Царенок С.Ю., Горбунов В.В. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНТРАКОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.....	23
Гаймоленко И.Н., Гаврикова О.В., Безгина Г.В., Фетисова Е.С. КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МУКОВИСЦИДОЗА У ПАЦИЕНТОВ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ.....	25
Говорин Н.В., Сахаров А.В. СМЕРТНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ, СВЯЗАННАЯ С АЛКОГОЛЕМ.....	26
Говорин Н.В., Бодагова Е.А. СОСТОЯНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ВРАЧЕЙ.....	28
Голуб Л.А., Логунов Н.А., Харинцева С.В., Зимина М.Г. СРОКИ РАЗВИТИЯ ВТОРИЧНОЙ КАТАРАКТЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МОДЕЛИ ИНТРАОКУЛЯРНЫХ ЛИНЗ.....	29
Голуб Л.А., Логунов Н.А., Харинцева С.В., Зимина М.Г., Щербакова С.Ю. УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИЯ ХРУСТАЛИКА В ЛЕЧЕНИИ ГЛАУКОМЫ У ЖИТЕЛЕЙ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ.....	30
Гомбоева А.Ц., Никитина Л.П. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРЕПОДАВАНИЯ БИОХИМИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ.....	31
Гончарова Е.В., Чистякова М.В., Щербакова О.А. ИЗМЕНЕНИЯ ПАРАМЕТРОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТАМИ ЖЕЛЕЗА И СЕЛЕНА.....	32
Гончарова Е.В., Чистякова М.В., Щербакова О.А. ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ АНЕМИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ.....	34
Громов П.В., Шаповалов К.Г., Малярчиков А.В. СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ ОБЕЗБОЛИВАНИИ ОПИОИДАМИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ.....	35
Губанова М.В., Кушнаренко Н.Н. МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПО ДАННЫМ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У МУЖЧИН С ПОДАГРОЙ.....	36
Деревцова К. А., Зимина М. Г., Литвинцев С. В. РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОГО МАКУЛЯРНОГО ОТЕКА В ОТДЕЛЕНИИ ОФТАЛЬМОЛОГИИ КЛИНИКИ ГБОУ ВПО ЧГМА.....	37
Донских И.В., Ефимова Н.В. МЕДИКО-ЭКОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОГНОЗ НА ТЕРРИТОРИИ РАЗМЕЩЕНИЯ ПРОИЗВОДСТВА АЛЮМИНИЯ.....	38
Емельянова О.Н., Богомолова И.К., Чаванина С.А., Исакова Н.В., Петрова А.И., Тунуханова Е.В. К ПРОБЛЕМЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ.....	39
Ерофеев Б.Б., Нестерова Л.А., Хавень Т.В., Ерофеева Л.Г., Ахметова Е.С., Серебрякова О.В., Гуляева Н.А. ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА ПРИ ИНСУЛИНЗАВИСИМОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ.....	40
Жигжитова Е.Б., Вырупаева С.Ф., Жилина А.А., Пустотина З.М. ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ЛИРАГЛУТИД В ЛЕЧЕНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА.....	42
Жигжитова Е.Б., Пустотина З.М., Жилина А.А., Рюмкина М.А., Щелканов Р.Р. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ САХАРНОГО ДИАБЕТА ГЛАЗАМИ ПАЦИЕНТОВ.....	43
Жилина А.А., Унагаева Н.Н., Ягунова К.М., Пустотина З.М., Жигжитова Е.Б. СИНДРОМ ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА У БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ.....	43
Зайцев Д.Н., Говорин А.В., Филев А.П., Соколова Н.А., Радаева Е.В., Муха Н.В., Цырендоржиева В.Б. НИТРОКСИДПРОДУЦИРУЮЩАЯ ФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ И ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПРОСТАТИТЕ.....	44
Зайцев Д.Н., Говорин А.В., Потемкин П.С. СОДЕРЖАНИЕ ГОМОЦИСТЕИНА, ФАКТОРА ФОН ВИЛЛЕБРАНДА В ПЛАЗМЕ КРОВИ И НИТРОКСИДПРОДУЦИРУЮЩАЯ ФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ.....	45
Зимина М.Г., Харинцева С.В., Логунов Н.А., Голуб Л.А., Деревцова К.А., Литвинцев С.В. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИЕЙ В ОТДЕЛЕНИИ ОФТАЛЬМОЛОГИИ КЛИНИКИ ГБОУ ВПО ЧГМА.....	46
Злова Т.П., Лебедева Ю.В., Ахметова В.В. РЕГИОНАЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ У ДЕТЕЙ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ.....	47

Игнатъева А.В., Гаймоленко И.Н. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ.....	48
Измествьев С.В., Фефелова Е.В., Цыбиков Н.Н., Терешков П.П. УРОВЕНЬ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ИММУННЫХ КОМПЛЕКСОВ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ.....	50
Ильина Н.Н., Мичудо О.А., Мохова Э.Н. ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ-ПОДРОСТКОВ.....	51
Казанцева Е.В., Новопашина Г.Н., Мудров В.А., Короленко Т.Г. ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ЭКСПОЗИЦИЕЙ СВИНЦА И КАДМИЯ И ФОРМИРОВАНИЕМ ВНУТРИУТРОБНОЙ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА.....	52
Калганов Г.Д., Ковалев В.В., Куклина Е.Ю., Старцев В.А., Шаповалов К.Г. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СВЕРХОСТРОЙ МЕСТНОЙ ХОЛОДОВОЙ ТРАВМЫ.....	53
Калинкина Т.В., Горбунов В.В., Аксенова Т.А., Ермакова Т.В., Малюткина Е.А. КОНТРОЛЬ МНО ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.....	54
Караваева Т.М., Плотникова О.К. ИЗМЕНЕНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ АКТИВНОСТИ СЫВОРОТКИ КРОВИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ С ВЫСОКИМ СОДЕРЖАНИЕМ ПОЛИФЕНОЛОВ-ФЛАВОНОИДОВ.....	55
Карасева Н.В., Баркан В.С., Гончарова Е.В., Пешкова С.В. АНАЛИЗ НАРУШЕНИЙ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ НОЧНОЙ ГИПОКСЕМИИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ.....	55
Князева А.С., Страмбовская Н.Н. ЧАСТОТА НОСИТЕЛЬСТВА ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ IL-1 β (T-31C), IL-6 (C-174G), TNF (G-308A) У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА С СИНДРОМОМ КОГНИТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ.....	56
Князева А.С., Страмбовская Н.Н. ЧАСТОТА НОСИТЕЛЬСТВА ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ЦИТОКИНА IL-10 В ПОЗИЦИИ (G-1082A), (C-819T), (C-592A) У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА С СИНДРОМОМ КОГНИТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ.....	58
Козлова А.В., Фефелова Е.В., Терешков П.П., Максименя М.В. ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ СОДЕРЖАНИЯ ХЕМОТАКСИЧЕСКОГО ПРОТЕИНА 1 И МАТРИКСНОЙ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ 9 В СЛЕЗНОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ КОНТАКТНОЙ КОРРЕКЦИИ.....	59
Колесникова Л.И., Прорубщикова М.Ю., Сутурина Л.В. СОДЕРЖАНИЕ ПОЛОВЫХ СТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ЖЕНЩИН ПРОХОДЯЩИХ ПРОЦЕДУРУ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РЕЗУЛЬТАТА ПРОГРАММЫ.....	61
Коннов В.А., Шаповалов К.Г. УРОВЕНЬ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУННОГО ОТВЕТА В ПЛАЗМЕ БОЛЬНЫХ С МЕСТНОЙ ХОЛОДОВОЙ ТРАВМОЙ ПРИ ИСХОДНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПИТАНИЯ.....	62
Коннов В.А., Шаповалов К.Г. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ОЖОГОВОЙ ТРАВМЫ.....	63
Кочерова В.В., Хамина Н.А., Анудариева С.Ц. ГИПОКСИЧЕСКИ-ГЕМОРАГИЧЕСКОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДОНОШЕННЫХ И НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАННЕЙ АДАПТАЦИИ.....	64
Кочерова В.В., Суслопарова Е.В. ВЕГЕТАТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ В ПЕРИОДЕ РАННЕЙ АДАПТАЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ НА ФОНЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ВНУТРИУТРОБНОЙ ГИПОКСИИ.....	65
Кошмелёва Е.А., Белокрыницкая Т.Е., Тарбаева Д.А. ТЕЧЕНИЕ РОДОВ И ПУЭРПЕРИЯ ПОСЛЕ ГРИППА А(H1N1)/09.....	67
Крамарский В.А., Стемпковская Н.А., Дудакова В.Н. ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАНИЙ К КЕСАРЕВУ СЕЧЕНИЮ ПРИ ПРЕДШЕСТВУЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ В АНАМНЕЗЕ В ВЫБОРЕ МЕТОДА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ.....	67
Крамарский В.А., Дудакова В.Н., Дорошенко Е.Ю., Афанасьев Э.Б., Савченко Е.В. РЕЗЕРВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ УЛУЧШЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ ИНФЕКЦИИ ОТ МАТЕРИ К ПЛОДУ В Г. ИРКУТСКЕ.....	68
Красавина Д.А., Орлова О.Р., Ерёмин С.А. НЕОБХОДИМОСТЬ ВВЕДЕНИЯ МЕТОДА КОЖНОГО ЭНМГ В АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	70
Красавина Д.А., Парфенова Н.Н. ПЛОСКОСТОПИЕ КАК ПРИЗНАК СИСТЕМНОГО ВОВЛЕЧЕНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА.....	70
Крохалева Ю.А., Страмбовская Н.Н., Терешков П.П. ЭКСПРЕССИЯ ТОЛЛ-ПОДОБНЫХ РЕЦЕПТОРОВ TLR2 (ARG753GLN), TLR4 (ASP299GLN) И УРОВЕНЬ МАРКЕРА АКТИВАЦИИ TLR2 (ARG753GLN), TLR4 (ASP299GLN) НА МОНОЦИТАХ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ МОЗГОВЫМ ИНСУЛЬТОМ.....	71

Крохалева Ю.А., Страмбовская Н.Н., Алферова А.Е. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЧАСТОТА ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА TOLL-РЕЦЕПТОРОВ (TLR2 (ARG753GLN), TLR4 (ASP299GLN), TLR6 (SER249PRO)) У БОЛЬНЫХ МОЗГОВЫМ ИНСУЛЬТОМ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ.....	72
Крюкова В.В., Цепелев В.Л., Степанов А.В., Курупанов С.И. УРОВЕНЬ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНЫМИ РАНАМИ, ПОЛУЧАВШИХ СОРБЦИОННО-АППЛИКАЦИОННУЮ ТЕРАПИЮ.....	73
Кублинский К.С., Евтушенко И.Д., Ильяди Е.Б., Новицкий В.В., Наследникова И.О., Ткачев В.Н., Агаркова Т.А. КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БЕСПЛОДИЯ, АССОЦИИРОВАННОГО С ЭНДОМЕТРИОЗОМ.....	74
Кудрявцева О.В., Хлобыстин Р.Ю. РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ БОЛЬШОГО ОБЪЕМА: ОСОБЕННОСТИ АНАСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ВЕДЕНИЯ.....	75
Кузьмин А.Г., Сепп А.В., Мельникова С.Л. СТРУКТУРА МИОКАРДА ПРИ ДЕЗАДАПТИВНОМ РЕМОДЕЛИРОВАНИИ СЕРДЦА.....	76
Куклина Е.Ю. ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА "ПРОНТОСАН" В ЛЕЧЕНИИ МЕСТНОЙ ХОЛОДОВОЙ ТРАВМЫ III-IV СТЕПЕНИ.....	77
Куклина Е.Ю. РАННЯЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА.....	78
Кукушкин В.Л., Никулина В.Ю., Кукушкина Е.А. О СПОСОБАХ РЕСТАВРАЦИИ МОЛЯРОВ.....	79
Кукушкин В.Л., Никулина В.Ю., Кукушкина Е.А. МЕХАНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ АРМИРОВАННОЙ РЕСТАВРАЦИИ ЗУБА.....	80
Кунгурцева Е.А., Лещенко О.Я., Попкова С.М., Шабанова Н.М. МИКРОЭКОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВЛАГАЛИЩНОГО БИОТОПА ЖЕНЩИН С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГЕНИТАЛИЙ И НАРУШЕНИЯМИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ.....	80
Курупанов С.И., Цепелев В.Л., Степанов А.В., Крюкова В.В. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИМУНОФАНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРИТОНИТОМ.....	82
Кушнаренко Н.Н., Казерацкая Е.Б., Лесков С.В., Пережогина О.В. ЧАСТОТА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.....	84
Ли И.Б., Гаймоленко С.Г., Степанова Н.М. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОРАФИЯ У ДЕТЕЙ.....	84
Ли И.Б., Степанова Н.М., Гаймоленко С.Г. ЛАПАРОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ.....	86
Ли И.Б., Гаймоленко С.Г., Степанова Н.М. ХОЛЕЦИСТОСТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ КИСТОЗНЫХ АНОМАЛИЙ ХОЛЕДОХА У ДЕТЕЙ.....	87
Литвинцев С. В., Зимина М. Г., Деревцова К. А. ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ ТОЛЩИНЫ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ЗОНЫ СЕТЧАТКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ МЕТОДОМ ПАНРЕТИНАЛЬНОЙ ЛАЗЕРКОАГУЛЯЦИИ С ДЛИНОЙ ВОЛНЫ 577НМ.....	88
Лобанов С.Л., Троицкая Н.И. ВОЗМОЖНОСТИ ЛАЗЕРНОЙ ДОППЛЕРОВСКОЙ ФЛОУМЕТРИИ КАК МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА В РАННИЕ СРОКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	88
Лобанов С.Л., Цыбиков Н.Н., Троицкая Н.И. СОДЕРЖАНИЕ ЭНДОТЕЛИНА-1 И АУТОАНТИТЕЛ К НЕМУ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА.....	90
Лобанов С.Л., Лобанов Ю.С. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОЙ ИШЕМИИ КИШЕЧНИКА.....	91
Лобанов С.Л., Лобанов Л.С., Ханина Ю.С. МАЛОИНВАЗИВНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ BURSA OMENTFLIS ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ.....	91
Лобанов С.Л., Троицкая Н.И. СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ИСХОДАХ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА В РАННИЕ СРОКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	92
Логунов Н.А., Голуб Л.А., Харинцева С.В., Зимина М.Г. ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА ANXA5 У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ ОТГРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ.....	93
Логунов Н.А., Харинцева С.В., Голуб Л.А., Зимина М.Г. ИССЛЕДОВАНИЕ СВЯЗИ ТОЛЩИНЫ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ЗОНЫ РОГОВИЦЫ С ПАРАМЕТРАМИ ДИСКА ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ОТГРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЕ.....	94
Лыков А.В., Пархоменко Ю.В., Митин Н.А. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ВЕРОЯТНОСТЬ ЗНАЧИМОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ НАЛИЧИИ РУБЦОВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ И ВЫЯВЛЕНИЯ ПОСТИНФАРКТНОЙ АНЕВРИЗМЫ ПРИ РУТИННОЙ ЭХОКГ.....	94

Лыков А.В., Пархоменко Ю.В., Митин Н.А. ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КОНЕЧНО-ДИАСТОЛИЧЕСКОГО РАЗМЕРА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ЗНАЧИМОГО КОРОНАРОСКЛЕРОЗА.....	95
Любин А.В. ПОРАЖЕНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ.....	96
Макуршин С.И., Хлобыстин Р.Ю. ЗОНДОВАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ УЛЬТРАСОНОГРАФИЯ В КРАЕВОМ ОНКОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ.....	97
Маларчииков А.В., Шаповалов К.Г. ПРЕПОДАВАНИЕ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАТОЛОГИИ В ЦЕНТРЕ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ЧГМА.....	98
Маякова Е.И. ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ С И ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ.....	98
Говорин А.В., Медведева Т.А. СОДЕРЖАНИЕ ДЕСКВАМИРОВАННЫХ ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫХ КЛЕТОК (ДЭК) У БОЛЬНЫХ СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО АУТОИМУННОГО ТИРЕОИДИТА.....	99
Медведева Т.А., Говорин А.В. НАРУШЕНИЯ В СИСТЕМЕ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ГИПОТИРЕОЗОМ.....	99
Медведева Я.В., Забелина М.Н. СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ С ШИЗОФРЕНИЕЙ.....	100
Мельникова С.Л., Мельников В.В. ИНДИВИДУАЛЬНОЕ ВОСПРИЯТИЕ ВРЕМЕНИ - ОДИН ИЗ ИНТЕГРАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ.....	101
Мироманов А.М., Миронова О.Б., Гусев К.А. ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ.....	102
Мироманов А.М., Гусев К.А., Белинов Н.В., Намоконов Е.В. МОДЕЛИРОВАНИЕ СУБКАПИТАЛЬНОГО ПЕРЕЛОМА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ.....	103
Мироманов А.М., Рожанский С.А., Матузов С.А. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА.....	103
Мироманова Н.А., Жамсуева Д.Р. МАТРИКСНЫЕ МЕТАЛЛОПРОТЕАЗЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ГРИППА У ДЕТЕЙ.....	104
Мироманова Н.А., Жамсуева Д.Р. ТРАНСФОРМИРУЮЩИЙ ФАКТОР РОСТА- β В ПАТОГЕНЕЗЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ГРИППА У ДЕТЕЙ.....	106
Мироманова Н.А., Брум Т.В., Шальнев В.А., Жамсуева Д.Р. ГРИПП А Н1N1/V У ДЕТЕЙ: КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА.....	107
Мироманова Н.А. РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОЛИМОРФИЗМОВ МОЛЕКУЛ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ДИСФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ В ПАТОГЕНЕЗЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ГРИППА А Н1N1/V У ДЕТЕЙ.....	109
Морозова Е.И., Говорин А.В., Филев А.П., Радаева Е.В., Чистякова М.В. ЛЕГочная ГИПЕРТЕНЗИЯ И ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ С ИСХОДОМ В ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ.....	110
Морозова Е.И., Говорин А.В., Филев А.П., Радаева Е.В., Чистякова М.В. ОСОБЕННОСТИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ С ИСХОДОМ В ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ.....	111
Морозова Е.И., Говорин А.В., Филев А.П., Радаева Е.В., Чистякова М.В. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНТЕРВАЛА QT У БОЛЬНЫХ С ВИРУСНЫМ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ.....	112
Морозова И.Ю., Страмбовская Н.Н. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕЙКОЦИТАРНО-ТРОМБОЦИТАРНОЙ И ЭРИТРОЦИТАРНО-ТРОМБОЦИТАРНОЙ АДГЕЗИИ У ЗДОРОВЫХ И БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ.....	112
Морозова И.Ю., Страмбовская Н.Н., Терешков П.П. ВЛИЯНИЕ ЛЕЙКОЦИТОЗА НА ЛЕЙКОЦИТАРНО-ТРОМБОЦИТАРНУЮ И ЭРИТРОЦИТАРНО-ТРОМБОЦИТАРНУЮ АДГЕЗИЮ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ.....	113
Морозов Л.Т. АНКЕТА-ОПРОСНИК ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У СОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.....	114
Мочалова М.Н., Пономарева Ю.Н., Ахметова Е.С., Мудров В.А., Кальнина О.В., Добросовестнова С.В. ОСОБЕННОСТИ ВПЧ-ТИПИРОВАНИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЦИТОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИИ У ЖИТЕЛЬНИЦ Г.ЧИТЫ И ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ.....	115
Муха Н.В., Говорин А.В., Перевалова В.Б., Коначкова С.Е., Цырендоржиева В.Б. ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА ПРИ КЕТОАЦИДОЗЕ.....	117
Мязин В.Е., Баркан В.С., Кушнаренко Н.Н. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВАЗОВАГАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ.....	117

Намоконов Е.В., Мироманов А.М., Волошин И.Ю., Дрянов Д.Ю. НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ.....	118
Намоконов Е.В., Лазуткин М.Н. ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДИМЕТИЛСЕЛЕНИТА В ЛЕЧЕНИИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ РАН.....	119
Обухова В.Н., Мироманова Н.А., Баранчугова Т.С. КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА У ДЕТЕЙ, ВЫЗВАННОГО ВИРУСОМ ЭПШТЕЙНА-БАРР.....	120
Озорнин А.С., Говорин Н.В. ВОЗМОЖНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ИЗМЕНЕНИЙ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА У БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ЭПИЗОДОМ В ПРОЦЕССЕ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ.....	121
Пергаев А.П., Пархоменко Ю.В., Малкин А.В., Гудукина Н.К., Загузина Е.С., Гурулева Л.А. КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И ДИАГНОСТИКА САРКОИДОЗА В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ ПО МАТЕРИАЛАМ ГУЗ ККБ.....	123
Петрачкова Е.Н., Цепелева Т.Г., Кулинич Т.С., Аргунова А.А., Цепелев В.Л. АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ.....	124
Петрищева И.В., Фефелова Е.В., Терешков П.П., Измestьев С.В., Цыбиков Н.Н. СОДЕРЖАНИЕ ИНТЕРЛЕЙКИНА-4 И ИНТЕРФЕРОНА ГАММА У ПАЦИЕНТОВ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ.....	125
Петрухина И.И., Панченко А.С., Страмбовская Н.Н., Батаева Е.П. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ЛАКТАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ.....	126
Пинелис И.С., Пинелис Ю.И., Катман М.А., Рудакова Л.Ю., Смирницкая М.В. БИОРЕГУЛЯТОРЫ В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.....	127
Пинелис Ю.И., Пинелис И.С. СТРУКТУРА И ТЕЧЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ СТАРШЕ 60 ЛЕТ.....	129
Пинелис Ю.И., Кузник Б.И. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ВИЛОНА.....	130
Писаревский Ю.Л., Намханов В.В., Писаревский И.Ю., Погребняков В.Ю., Кузина Т.В. СОСТОЯНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ СИНДРОМЕ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА.....	132
Плешевенкова Е.Н. СОСТОЯНИЕ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА В Г. ИРКУТСКЕ И ЕГО РАЙОНАХ, ОЦЕНКА РИСКА ЗДОРОВЬЮ НАСЕЛЕНИЯ.....	134
Плоткин И.Б., Хавень Т.В., Белокриницкая Т.Е., Баннова Т.В., Каргина Д.С., Куклин С.И., Рябинина А.Г., Иозефсон С.А. СТРУКТУРА ПОКАЗАНИЙ К ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ ОПЕРАЦИЯМ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ.....	135
Плоткин И.Б., Иозефсон С.А., Белокриницкая Т.Е., Ческовский А.В., Хавень Т.В., Куклин С.И. ПРОДЛЕННАЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ПОЧЕЧНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ РОДИЛЬНИЦ С СИНДРОМОМ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.....	136
Подойницына М.Г., Крюкова В.В., Цепелев В.Л. ПРИМЕНЕНИЕ МАГНИТОПЛАЗМЕННОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ ОЖОГОВЫХ РАН К ДЕРМАТОМНОЙ ПЛАСТИКЕ.....	137
Попова Н.Г., Щербак В.А., Гевондян С.В., Дудкина Е.А., Доровская Е.Н., Рябинина М.А. ВЛИЯНИЕ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ НА ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ.....	138
Попова Н.Г., Гевондян С.В., Полухина А.В., Савкина И.С., Доровская Е.Н., Рябинина М.А. СТАНОВЛЕНИЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ.....	139
Попова Н.Г., Гевондян С.В., Полухина А.В., Савкина И.С., Доровская Е.Н., Рябинина М.А. ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ АНЕМИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....	139
Потапова Н.Л. ОСОБЕННОСТИ ДЕБЮТА БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.....	140
Просяник В.И., Серебрякова О.В. ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ НЕКОТОРЫХ ЦИТОКИНОВ КРОВИ С ИЗМЕНЕНИЯМИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ГИПОТИРЕОЗОМ.....	142
Радаева Е.В., Говорин А.В., Чистякова М.В., Зайцев Д.Н., Соколова Н.А., Муха Н.В. СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНОЙ АКТИВНОСТЬЮ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА.....	143
Рацина Е.В., Соколова Н.А. ДИНАМИКА ММР-9 И ТИМР-1 ПРИ ОСТРОМ ПЕРЕДНЕ-БОКОВОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННОМ АНЕВРИЗМОЙ.....	144

Роднина О.С., Страмбовская Н.Н., Кузник Б.И., Сизикова О.Н., Малкова И.Ф. УРОВЕНЬ ГОМОЦИСТЕИНА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 И 2 ТИПА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ИЛИ ОТСУТСТВИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ.....	145
Романова Е.Н., Сепп А.В., Говорин А.В., Лукьянов С.А. ПОВРЕЖДЕНИЕ МЫШЕЧНОЙ ТКАНИ ПРИ ГРИППЕ А/Н1N1/09.....	145
Рудакова Л.Ю. СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ИЗОЛИРОВАННЫМ И СОЧЕТАННЫМ ПЕРЕЛОМОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ.....	146
Русаева Н.С., Обыденко В.И., Лаба Е.М. ОСОБЕННОСТИ РЕГЕНЕРАЦИИ КОЖИ КРЫС ПОД ВЛИЯНИЕМ ПРОДУКТОВ РАСТВОРЕНИЯ КОЛЛАГЕНА.....	148
Русаева Н.С., Обыденко В.И., Лаба Е.М. ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГЕНЕТИЧЕСКИ МОДИФИЦИРОВАННОЙ СОИ НА НЕКОТОРЫЕ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КРЫС В ЭКСПЕРИМЕНТЕ.....	149
Рюмкин И.С., Коннов Д.Ю. НЕПРЕДНАМЕРЕННАЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ГИПОТЕРМИЯ В ОНКОЛОГИИ.....	149
Самойленко Г.Ю. ВЛИЯНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ "КУКА КУРОРТНАЯ" НА ЛИПИДНЫЙ ГОМЕОСТАЗ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ.....	150
Сахаров А.В., Говорин Н.В. СТРУКТУРА АЛКОГОЛИЗАЦИИ ОТДЕЛЬНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ.....	151
Сахарова Д.А., Кижло Л.Б., Емельянова А.Н., Калинина Э.Н., Сергеева Э.И. ОПИСАНИЕ ВСПЫШКИ ПИЩЕВОЙ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ В ГОРОДЕ ЧИТЕ.....	153
Сахарова Д.А., Витковский Ю.А., Емельянова А.Н., Кижло Л.Б. ПОКАЗАТЕЛИ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С ПРИ РАЗНОЙ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	154
Серкин Д.М., Серебрякова О.В., Харинцева С.В., Страмбовская Н.Н., Харинцев В.В., Дагбаева С.Д. ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА PPARG (PRO12ALA) ПРИ ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИИ.....	156
Серкин Д.М., Серебрякова О.В., Харинцева С.В., Страмбовская Н.Н., Харинцев В.В., Дагбаева С.Д. ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА PPARG (C1431T) ПРИ ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИИ.....	157
Серкин Д.М., Серебрякова О.В., Харинцева С.В., Страмбовская Н.Н., Харинцев В.В., Дагбаева С.Д. ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА КОАКТИВАТОРА PPARGC 1A (GLY482SER) ПРИ ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИИ.....	157
Серкин Д.М., Серебрякова О.В., Харинцева С.В., Страмбовская Н.Н., Харинцев В.В., Дагбаева С.Д. ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА КОАКТИВАТОРА PPARGC 1B (ALA203PRO) ПРИ ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИИ.....	158
Сизова О.А., Гончарова Е.В., Старновская Е.Н., Шемякин П.А., Ческовский А.В. ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ.....	159
Скажугина Т.В., Чугай О. А., Цепелев В.Л. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИОНИЗИРОВАННОЙ АРГОНОВОЙ ПЛАЗМЫ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ СУЖЕНИЯХ ПИЩЕВОДА И ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ.....	160
Смекалов В.П., Белинов Н.В. ИССЛЕДОВАНИЕ КОСТНОЙ ТКАНИ В ГОЛОВКЕ БЕДРЕННОЙ КОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕТРАЦИКЛИНОВОЙ МЕТКИ ПОСЛЕ СУБКАПИТАЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ БЕДРА У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ.....	161
Смекалов В.П., Белинов Н.В. РОЛЬ ВНУТРИКОСТНОЙ СОСУДИСТОЙ СЕТИ В КРОВΟΣНАБЖЕНИИ ГОЛОВКИ БЕДРА ПОСЛЕ СУБКАПИТАЛЬНОГО ПЕРЕЛОМА ШЕЙКИ У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ.....	162
Смекалов В.П., Белинов Н.В. ИССЛЕДОВАНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ КОСТНОЙ ТКАНИ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ В РАННИЕ СРОКИ ПОСЛЕ СУБКАПИТАЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ.....	163
Соловьёва Н.В. СОСТАВ ЖИРНЫХ КИСЛОТ КОНДЕНСАТА И КРОВИ ПРИ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ.....	164
Соловьёва Т.Л., Калинина С.В. АДАПТАЦИОННО-ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА.....	165
Соловьёв С.Н., Марченко Т.И. ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЮ РЕЗКИХ ФОРМ АТРОФИИ КОСТНОЙ ТКАНИ НА БЕЗЗУБОЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ.....	166
Солпов А.В., Терешков П.П., Витковский Ю.А. УЧАСТИЕ ГАММА / ДЕЛЬТА И АЛЬФА / БЕТА Т-ЛИМФОЦИТОВ В ФОРМИРОВАНИИ КОАГРЕГАТОВ С ТРОМБОЦИТАМИ.....	167
Баркан В.С., Лазуткин М.Н., Алексеев С.А. НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ - ДИСТАНЦИОННЫЙ АНАЛИЗ.....	167

Степанов А.В., Любин А.В., Малезик М.С., Перепелицын Н.И. ОЦЕНКА УРОВНЯ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ СТУДЕНТОВ 3 И 5 КУРСОВ К ЭКСТРЕМАЛЬНЫМ ЖИЗНЕННЫМ СИТУАЦИЯМ.....	171
Степанов А.В., Цепелев В.Л. КОРРЕКЦИЯ ИММУННЫХ НАРУШЕНИЙ ЦИТОМЕДИНАМИ.....	171
Степанова Н.М., Ли И.Б., Гаймоленко С.Г. СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ.....	172
Степанова Н.М., Гаймоленко С.Г., Ли И.Б. ОРГАНОСБЕРЕГАЮЩАЯ ТАКТИКА ПРИ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ.....	174
Степанова Ю.Н., Байке Е.Е. ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ "ЦЕСЕЙДИНОМ" НА ПАРАМЕТРЫ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ.....	175
Стовба Е.С. ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ НА РАЗВИТИЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА.....	176
Страмбовская Н.Н., Ухинов Э.Б. ЧАСТОТА ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА ОСНОВНЫХ БЕЛКОВ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ В ЗАБАЙКАЛЬЕ: ЭТНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ.....	176
Страмбовская Н.Н., Князева А.С. ЧАСТОТА ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА БЕЛКОВ ОСНОВНЫХ ТРОМБОЦИТАРНЫХ РЕЦЕПТОРОВ В ЗАБАЙКАЛЬЕ: ЭТНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ.....	177
Ступина О.П., Говорин Н.В. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОПТИМИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ В ПЕРИОД ЕЕ РЕСТРУКТУРИЗАЦИИ.....	178
Стуров В. Г. ГОРМОНИДУЦИРОВАННЫЕ ТРОМБОФИЛИИ НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИЕМА ПОЛОВЫХ СТЕРОИДОВ: МИФЫ И РЕАЛЬНОСТИ.....	180
Стуров В.Г. АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИВЫЧНОГО НЕВЫШАНИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЭНОКСАПАРИНА НАТРИЯ ("ГЕМАПАКСАН").....	181
Субочева Е. С. ИЗМЕНЕНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ВОСПРИЯТИЯ ВРЕМЕНИ У ЖЕНЩИН ПРИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ НАГРУЗКЕ В РАЗНЫЕ ФАЗЫ ОВАРИАЛЬНО-МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА.....	182
Тарасова О.А., Говорин Н.В., Сахаров А.В. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕВРОТИЧЕСКИХ И АДДИКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У СТУДЕНТОВ СРЕДНЕ-СПЕЦИАЛЬНОГО УЧЕБНОГО ЗАВЕДЕНИЯ.....	183
Тихоненко О.А., Гаймоленко И.Н., Власова А.Н., Панченко А.С. ПРОФИЛАКТИКА ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ В ПЕРИОДЕ АДАПТАЦИИ К ДЕТСКОМУ ДОШКОЛЬНОМУ УЧРЕЖДЕНИЮ.....	184
Ткачев В.Н., Евтушенко И.Д., Ильяди Е.Б., Новицкий В.В., Наследникова И.О; Кублинский К.С. ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ КЛЕТОЧНОГО ЦИКЛА ПРИ НАРУЖНОМ ГЕНИТАЛЬНОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ.....	185
Томина Е.А. К ВОПРОСУ О ФАКТОРАХ РИСКА ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА.....	186
Троицкая Н.И., Лобанов С.Л. ВОЗДЕЙСТВИЕ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ НА СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ.....	187
Троицкая Н.И., Лобанов С.Л., Цыбиков Н.Н. ВЛИЯНИЕ ГОМОЦИСТЕИНА И ЦИСТЕИНА НА СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА.....	188
Фефелова Е.В., Измestьев С.В., Сепп А.В., Цыбиков Н.Н. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИОКАРДА НА ФОНЕ ДЕЙСТВИЯ ГОМОЦИСТЕИНА.....	189
Фролова Н.И., Белокриницкая Т.Е., Баркан Т.М., Гительман Н.А., Плоткин И.Б., Савватеева Е.А., Каргина Р.Н., Солдатова Н.В., Васильева Д.В., Забелина О.И., Пискарева А.А. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ, КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ И ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА.....	190
Фёдорова А.П., Серебрякова О.В., Булло Л.А. ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР У ПАЦИЕНТОК С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА И СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТИРЕОЗА.....	192
Фёдорова А.П., Серебрякова О.В. ОСОБЕННОСТИ АРХИТЕКТониКИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЖЕНЩИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА И СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТИРЕОЗА.....	192
Харинцева С.В., Щербакова С.Ю., Голуб Л.А., Зимина М.Г. ОПТИЧЕСКАЯ КОГЕРЕНТНАЯ ТОМОГРАФИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА.....	193

Харинцев В.В., Харинцева С.В., Серебрякова О.В., Серкин Д.М. ДИНАМИКА ПОЛЯ ЗРЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОПТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ С ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИЕЙ.....	194
Хлобыстин Р.Ю. ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ: ПРЕДОПЕРАЦИОННОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ.....	195
Хлобыстин Р.Ю. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ГЕМИГЕПАТЭКТОМИЙ.....	196
Царенок С.Ю., Горбунов В.В., Аксенова Т.А., Панина Е.С., Розалёнок А.В. ПОКАЗАТЕЛИ АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ И МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН С КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ.....	197
Цепелев В.Л., Степанов А.В., Цепелев С.Л., Цыбиков Н.Н. ПЕПТИДНЫЕ РЕГУЛЯТОРЫ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ.....	198
Цепелев В.Л., Степанов А.В. МЕХАНИЗМЫ ДЕЙСТВИЯ РЕГУЛЯТОРНЫХ ПЕПТИДОВ БУРСЫ ФАБРИЦИУСА ПРИ ВОСПАЛЕНИИ.....	200
Цыбиков М.Н., Лиханов И.Д., Борщевский В.С., Кузник Б.И., Цепелев В.Л., Масло Е.Ю., Цыбиков Н.Н. ВЛИЯНИЕ БИОРЕГУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ НА УРОВЕНЬ БЕЛКОВ ОСТРОЙ ФАЗЫ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ АБСЦЕССЕ ЛЁГКОГО.....	201
Цыбиков М.Н., Лиханов И.Д., Борщевский В.С., Кузник Б.И., Цепелев В.Л., Масло Е.Ю., Цыбиков Н.Н. ВЛИЯНИЕ БИОРЕГУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ НА СИСТЕМУ ГЕМОСТАЗА ПРИ ОСТРОМ АБСЦЕССЕ ЛЁГКОГО.....	203
Чистохин С.Ю., Белоцкая Л.В., Блюменкранц А.Э. МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ ПРИ ПОСТАВАГОТОМИЧЕСКОЙ ДИАРЕЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ.....	204
Чистохин С.Ю., Белоцкая Л.В., Гончар В.Я., Блюменкранц А.Э. ВЗАИМОСВЯЗЬ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ПОСТАВАГОТОМИЧЕСКОЙ ДИАРЕЕ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ.....	205
Чистякова М.В., Говорин А.В., Гончарова Е.В., Радаева Е.В., Щербакова О.А. КАРДИОГЕМОДИНАМИКА У ПАЦИЕНТОВ С ВИРУСНЫМ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕОМЕТРИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА.....	207
Чистякова М.В., Говорин А.В., Гончарова Е.В., Радаева Е.В., Щербакова О.А. ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НА ФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ С ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ И ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ.....	208
Шаповалов К.Г., Коннов В.А., Ковалев В.В., Махазагдаев А.Р., Казанцева В.В. НЕИНВАЗИВНАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ ПОСТОЯННЫМ ПОТОКОМ.....	208
Шуняева Е.В., Кижло Л.Б., Емельянова А.В. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЦИТОКИНОВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ГРИППОМ В.....	209
Щаднева С.И., Белозерцева Л.В. АНТИЯДЕРНЫЕ АНТИТЕЛА В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	210
Щеглакова Г.Ю., Бабичев Ю.И. ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОАРТРОЗА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ.....	212
Щербакова О.А., Говорин А.В., Гончарова Е.В., Чистякова М.В. ВЛИЯНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ В КРОВИ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ ПОДАГРОЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....	214
Щербакова О.А., Говорин А.В., Гончарова Е.В., Чистякова М.В. КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ НЕЭТЕРИФИЦИРОВАННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ В КРОВИ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ ПОДАГРОЙ НА РАЗВИТИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА.....	214
Щербакова С.Ю., Харинцева С.В., Логунов Н.А., Голуб Л.А. ТРАНСПУПИЛЛЯРНАЯ ТЕРМОТЕРАПИЯ ПРИ ДАЛЕКОЗАШЕДШЕЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЕ.....	215
Юдина Н.А., Цыбиков Н.Н. СОДЕРЖАНИЕ БЕЛКА ТЕПЛООВОГО ШОКА-70 И АУТОАНТИТЕЛ К НЕМУ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ.....	216
Юдина Н.А., Цыбиков Н.Н. СОДЕРЖАНИЕ НЕЙРОСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЕНОЛАЗЫ, ГЛИАЛЬНОГО ФИБРИЛЛЯРНОГО КИСЛОГО ПРОТЕИНА И АУТОАНТИТЕЛ К НИМ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ, СЛЕЗНОЙ И ВНУТРИГЛАЗНОЙ ЖИДКОСТЯХ У БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ.....	217
Юдина Н.А., Цыбиков Н.Н. СОДЕРЖАНИЕ ЭНДОТЕЛИНА-1 И АУТОАНТИТЕЛ К НЕМУ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ, СЛЕЗНОЙ И ВНУТРИГЛАЗНОЙ ЖИДКОСТЯХ У БОЛЬНЫХ С ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ.....	218