

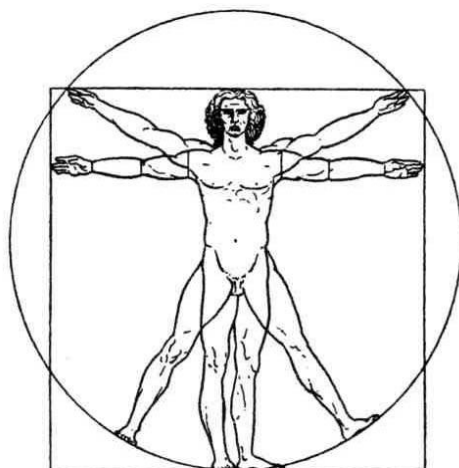
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
ЧИТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

*Radices litterarum amarae sunt, fructus dulces.
Корни наук горьки, а плоды сладки.*

МЕДИЦИНА ЗАВТРАШНЕГО ДНЯ

Материалы XIII межрегиональной научно-практической
конференции молодых ученых,
посвященной 60-летию СНО
Читинской государственной медицинской академии
Часть I

22-25 апреля 2014 года



Чита - 2014

УДК 61.001

Медицина завтрашнего дня: Материалы XIII межрегиональной научно-практической конференции молодых ученых, посвященной 60-летию СНО Читинской государственной медицинской академии, часть I, Чита, 22-25 апреля 2014 г. - Чита: РИЦ ЧГМА, 2014. - 158 с.

В настоящий сборник включены тезисы научных работ, выполненные молодыми учеными Забайкалья, Сибири, Дальнего Востока, Украины, Белоруссии и Узбекистана.

В работах рассматриваются актуальные медико-биологические проблемы, вопросы клинической медицины.

Сборник адресован студентам, аспирантам и преподавателям медицинских вузов, научным работникам, врачам всех специальностей.

Ответственный за выпуск:

куратор Молодежного научного общества

Читинской государственной медицинской академии

к.м.н., доцент **Пруткина Е.В.**

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ТЕРАПИИ

ОСЛОЖНЕНИЯ ГРИППА АН1N1 2014 ГОДА ПО МАТЕРИАЛАМ ГУЗ ККБ

Акулова Е.А., Романова Д.И., Ванчиков Ч.Б.

Читинская государственная медицинская академия, Чита
Научный руководитель: к.м.н., доцент Пергаев А.П.

В 2009 году произошла вспышка нового штамма вируса, который сразу назвали "свиным гриппом" (он же мексиканский грипп, он же Калифорния 04/2009).

В среднем в 5% случаев заболевания развивалась тяжелая форма гриппа АН1N1, которая часто очень быстро (в течение 2 - 3 дней) прогрессировала, представляя угрозу для жизни. Смертность от "нового гриппа" составляла 0,5%. В то же время причины и факторы, повышающие риск неблагоприятного течения болезни у таких пациентов, на сегодняшний день до конца не изучены.

Цель работы. Изучить характер поражения внутренних органов при гриппе АН1N1-2014 года.

Задачи работы. Определить наиболее часто встречающиеся осложнения гриппа АН1N1 на момент исследования.

Материалы и методы. Прокурированы больные и проанализированы истории болезни пульмонологического и реанимационного отделений ККБ с 10 февраля до 20 марта 2014 г. Статистические методы: дескриптивный анализ, расчёт критерия хи-квадрат Пирсона, критерия Манна-Уитни.

Результаты исследования. Нами изучены истории болезни 29 пациентов, с положительной ПЦР к РНК вирусу гриппа А Н1N1. У 8 больных-27,58% диагностирована вирусно-бактериальная пневмония. В 6 случаях-20,68% развился респираторный дистресс-синдром (РДС). Синдром дыхательной недостаточности отмечался в разной степени выраженности у всех больных этой группы ($P > 0.05$). Синдром рабдомиолиза развился у 4 пациентов-13,79%. В 4 случаях он трансформировался в острое повреждение почек (ОПП). ДВС-синдром у 1 пациента-3,45%, инфекционно-токсический шок (ИТШ) у 2 больных-6,89%. Неблагоприятный исход у 3 больных-10,34%.

РДС-синдром характеризовался двусторонней интерстициальной инфильтрацией легочной ткани рентгенологическим феноменом "матового стекла", гипоксемией (SpO_2 снижалась до 60% и $PaCO_2$ возрастало до 136 ммоль/л ($P < 0.05$)). Синдром рабдомиолиза характеризовался: гиперкалиемией до 6,2 ммоль/л ($N 3,4-4,5$), гипокальциемией до 0,4 ммоль/л ($N 1,15-1,29$), гиперурикемией до 22,9 ммоль/л ($N 2,5-8,3$), появлением в моче эритроцитов до 20 в поле зрения ($N 1-3$), повышением миоглобина до 224 mg/ml (референтные значения 16-76) ($P < 0.05$). При отрицательном тропониновом тесте отмечалось повышение трансаминаз (АЛТ максимально повышался до 1290 МЕ/л, а АСТ максимально повышался до 3010 МЕ/л); снижение уровень прокоагулянтов (протромбин, фибриноген) и альбумина в сыворотке крови ($P < 0.05$). ОПП протекало с повышением креатинина крови до 1800 мкмоль/л и мочевины до 22,9 ммоль/л ($P < 0.05$).

Вывод. Из осложнений гриппа АН1N1 наиболее часто встречаются: вирусно-бактериальная пневмония, осложненная РДС-синдромом; дыхательная недостаточность разной степени выраженности; синдром рабдомиолиза; ОПП; ИТШ.

ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ У ЛИЦ ДО 45 ЛЕТ

Бадагарова Д.Б., Малкина А.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита
Научный руководитель: к.м.н., доцент Романова Е.Н.

В настоящее время во всем мире наблюдается тенденция к росту случаев острого коронарного синдрома, в том числе и с летальными исходами у лиц молодого возраста. Поскольку эта часть населения является трудовым и интеллектуальным потенциалом общества, данная проблема имеет высокую как медицинскую, так и социальную значимость.

Цель работы: проанализировать случаи острого коронарного синдрома у лиц до 45 лет, выявить факторы риска, фоновые заболевания, сопутствующую патологию, оценить эффективность терапии, влияние на качество жизни, дальнейший прогноз и профессиональную трудоспособность среди лиц молодого возраста (до 45 лет) за 2012-2014 гг. на базе кардиологического отделения ККБ.

Задачи:

1. Изучить особенности клинического течения острого коронарного синдрома в возрасте до 45 лет.
2. Выявить факторы риска, фоновые заболевания, характер поражения коронарных артерий и миокарда.
3. Оценить проводимую терапию.

Материалы и методы. Представлены результаты обследования 60 пациентов, которые находились на лечении в отделении кардиологии ККБ г. Читы по поводу острого коронарного синдрома (ОКС) в 2012-2013 году. Возраст пациентов варьировал от 29 до 45 лет (средний - 41 год). Мужчин было 57 (95%), женщин 3 (5%). Европейской расы - 53 человека (88%), 7 (12%) - монголоидной. Среди заболевших неработающих было 50%, офисных сотрудников - 22%, рабочие специальности - у 28%. Оценивались анамнестические данные, состояние липидного обмена, данные ЭКГ, ЭхоКГ, коронароангиография (КАГ), а также проводимая терапия и исходы.

Результаты и обсуждения. Наиболее распространенным фактором риска оказалось курение - в 77% случаях (средний стаж 20 лет), злоупотребление алкоголем - у 40%, нерациональное питание - 60%. Частые стрессы отмечали все заболевшие - 100%. Среди фоновых заболеваний ХОБЛ зарегистрирована у 40 человек (67%), гипертоническая болезнь у 30 (50%), АКО 1 ст. - у 24 (40%), постинфарктный кардиосклероз - у 11 (27,5%), ХБП - у 10 (17%), сахарный диабет - у 5 (8%), системные заболевания - у 2 (3%), врожденные заболевания сосудов - у 1 (2%). КАГ проведена 42 больным (70%), при этом окклюзия выявлена у 28 человек (67%). Наиболее часто была поражена ПНА - в 24 случаях (86%), ПКА - 13 (46%), огибающая артерия - 9 (32%), ВТК - 1 (3,6%), диагональная артерия - 1 (3,6%). Аномалия коронарных сосудов выявлена в 1 случае (3,6%). При проведении ЭхоКГ зарегистрированы следующие изменения: фиброз - у 11 пациентов (18,3%), гипокинезия - у 18 (30%), гипертрофия левого желудочка - у 55 (92%), признаки атеросклероза аорты - у 48 (80%), снижение фракции выброса - у 18 (30%), гипертрофия межжелудочковой перегородки - у 4 (7%), дилатация полостей - у 10 (17%), легочная гипертензия - у 6 (10%), миксома - у 1 (2%). Исход ОКС в инфаркт миокарда имел место у 20 пациентов, из них ЧТКА со стентированием проведено 9 больным (45%), 2 (10%) предложено АКШ в плановом порядке. Тромболизис проводился 4 пациентам (7%). Медикаментозная терапия была представлена БАБ у 54 пациентов (90%), АК - 10 (17%), ИАПФ - 24 (40%), АРА - 5 (8%), двойную дезагрегантную терапию получали 38 человек (63%), антикоагулянты - 60 (100%), статины - 56 (93%), нитраты - 58 (97%).

Выводы. Острый коронарный синдром у лиц до 45 лет развивался преимущественно у мужчин на фоне курения, нерационального питания, частых стрессов, атеросклероза, ХОБЛ и артериальной гипертензии. В 27,5% ОКС развивался после перенесенного инфаркта миокарда. В 33% случаях исходом ОКС явился инфаркт миокарда. По данным КАГ наиболее часто регистрировалась окклюзия ПНА и ПКА. По данным ЭхоКГ наиболее часто определялись признаки атеросклероза аорты, гипертрофия левого желудочка, гипокинезия и снижение фракции выброса. При ОКС с подъемом ST в 45% случаях проводилось ЧТКА со стентированием. Отмечено недостаточное назначение дезагрегантов, ИАПФ на этапе стационарного лечения.

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕДИАГНОСТИРОВАННОГО
САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА И НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА
СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДА ЧИТЫ**

Бакшеева Е.Н., Инюшова Н.О., Курбатова Н.С., Прохорова Н.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: д.м.н. Сereбрякова О.В.

Сахарный диабет (СД) является серьезным социально-значимым заболеванием, резко повышающим риск инвалидности и преждевременной смерти.

Цель работы. Выявление распространенности недиагностированных нарушений углеводного обмена (НУО) среди жителей города Читы.

Материалы и методы. Скрининговое популяционное обследование на нарушения углеводного обмена (НУО) проведено в период с 14 ноября 2013 г. по 14 февраля 2014 г., на базе диагностической поликлиники ЧГМА, поликлиники ККБ - исследование уровня глюкозы крови в произвольное время на глюкометре OneTouch "VerioPro+". Интерпретация результатов - в соответствии с критериями Всемирной организации здравоохранения.

Результаты исследования. В скрининге приняли участие 1823 человека. У 139 диагнозов СД был установлен ранее, и они были исключены из исследования. Таким образом, проанализировано 1684 анкет скринированных (400 мужчин - 23,8% и 1284 женщин - 76,2%). Средний возраст составил $52,6 \pm 15,8$ года (от 1 года до 88 лет). 21% (351 человек) обследованных утвердительно ответили на вопрос наследственности по СД, из них у 154 человек выявлены НУО. Глюкоза плазмы $\geq 6,1$ ммоль/л натощак или постпрандиальный результат $\geq 7,8$ ммоль/л выявлены у 24% (406 человека) - пограничная гипергликемия (ПГ). Явный СД с результатом глюкозы крови более 11,1 ммоль/л выявлен у 0,8% (13 человек). В группе до 25 лет (174 человека) нормогликемия (НГ) определена у 146 человек, среднее значение составило $5,3$ ммоль/л $\pm 0,01$, у 28 обследованных значения глюкозы крови соответствовали ПГ или СД, из них у 13 человек результат получен после приема пищи, соответственно глюкоза крови $\geq 6,1$ ммоль/л натощак или $\geq 7,8$ ммоль/л после еды зафиксирована у 0,8% (13 человек) и у 1 человека с впервые выявленным СД в возрасте 6 лет, среднее значение $7,2 \pm 1,06$. В возрастной группе от 25 до 44 лет (491 человек): НГ у 351 скринированных - $5,4$ ммоль/л $\pm 0,55$, ПГ у 140 человек, из них у 61 человека погрешность связана с измерением после приема пищи, соответственно НУО выявлены у 4,3% (72 человек) - значение $7,1$ ммоль/л $\pm 4,2$, недиагностированный ранее СД у 3 человек. В группе 45-60 лет (559 человек): НГ у 302 человек - $5,5$ ммоль/л $\pm 1,2$, ПГ у 257 человек, из них у 90 погрешность после приема пищи, НУО у 9,5% (160 человек) - $7,7$ ммоль/л $\pm 4,8$, явный СД у 7 человек.

В группе 61-75 лет (389 человек): НГ у 203 человек - $5,6$ ммоль/л $\pm 0,03$, ПГ у 186 человек, из них у 66 человек результат постпрандиальный, НУО у 7,0% (118 человек) - $7,2$ ммоль/л $\pm 1,03$, впервые выявленный СД у 2 обследованных. Старше 75 лет (71 человек): НГ у 29 - $5,6$ ммоль/л $\pm 1,0$, ПГ у 43 человек, из них у 15 человек погрешность после приема пищи, НУО у 1,6% (27 человек) - $7,4$ ммоль/л $\pm 4,7$, впервые выявленный СД у 1 человека.

Выводы.

1. Распространенность недиагностированного СД и НУО среди обследованных жителей г. Читы составили 0,8 % и 23,2% соответственно. В результате скрининга выявлен СД у ребенка 6 лет.
2. Наибольшая распространенность СД и НУО выявлена в средней возрастной группе 46-64 года.

Учитывая вышеизложенное, необходима первичная профилактика НУО, СД 2 типа, то есть активное воздействие на образ жизни населения, выявление диабета в группах риска и проведение скрининга на постоянной основе, создание системы мониторинга за лицами, у которых были выявлены НУО или СД 2 типа.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛОЙ ПНЕВМОНИИ

Бондарь В.Э., Ёлгин И.И., Жигарева Е.Ю., Шабанова М.И.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: к.м.н. Лукьянов С.А.

Пневмония тяжелого течения является важнейшей проблемой современных стационаров. Среди всех госпитализированных больных с пневмонией летальность колеблется от 1-5% (в общей совокупности) до 30-50% у пациентов, которым требуется проведение ИВЛ. Пневмонии занимают первое место среди причин смертности от инфекционных болезней и 6-е место в общей структуре смертности населения. Наиболее важным аспектом терапии пневмонии, особен-

но при тяжелом течении, является своевременное назначение антибактериальных препаратов (АБП) в эффективной дозе. Существующие рекомендации по лечению пневмоний зачастую не учитывают особенности фармакодинамики антибиотиков при тяжелом течении заболевания. Поэтому нерешенным вопросом остается выбор оптимального способа введения антибактериальных препаратов при тяжелой пневмонии с учетом особенностей организма больного, что нередко становится проблемой для практического врача.

Цель работы. Оценить эффективность персистирующего введения АБП по сравнению с их болюсным введением у больных тяжелой пневмонией.

Задачи. Провести взаимосвязь между различными режимами терапии и исходом заболевания, временем нахождения в ОРИТ, общим временем госпитализации, динамикой клинических показателей у больных тяжелой пневмонией.

Материалы и методы. В проспективное исследование включены 22 пациента в возрасте от 40 лет с диагнозом тяжелой пневмонии в ОРИТ, верифицированной на основании наличия инфильтрата по данным рентгенологического исследования органов грудной клетки (в двух проекциях) и/или КТ ОГК. Всем больным проводились следующие процедуры исследования: в первые 24 часа с момента поступления больного в стационар - демография, физикальные данные (ЧДД, SpO₂, ЧСС, АД, вспомогательная дыхательная мускулатура), общеклинический лабораторный минимум (о/а крови и б/х крови), которые повторялись через 48-72 часа с момента поступления. Для статистической обработки данных применялись методы непараметрической статистики (критерий Манна-Уитни). Протокол исследования был одобрен на заседании ЛЭК ЧГМА.

Результаты исследования. Среди больных, включенных в исследование, 11 получали АБП по традиционной схеме введения (болюсно через определенные временные промежутки) - I группа, 10 человек постоянную терапию (непрерывная инфузия антибиотиков в течение 24-48 часов) - II группа. Пациенты обеих групп исследования были сопоставимыми по возрастным характеристикам, гендерной структуре, не было статистически значимых различий по физикальным и лабораторным показателям при поступлении. Объем сопутствующей терапии среди пациентов исследуемых групп был одинаков. Среди пациентов I группы у 5 (46%) наблюдался благоприятный исход, а у 6 (54%) летальный; среди пациентов II группы: у 6 пациентов благоприятный исход (60%), у 4 (40%) - летальный. Различие между группами по показателю летальности не было статистически значимым ($p > 0,1$). Также было установлено, что во II группе отмечались: значимо более высокий уровень диастолического артериального давления через 48-72 часа: 119 [110; 125] мм.рт.ст. против 105 [95; 110] мм.рт.ст. в I группе, значимо лучшая динамика SpO₂ через 48-72 часа: 93,5 [92; 98] % против 86 [79; 93] %, значимо более низкий уровень лейкоцитов в динамике через 48-72 часа: 10,2 [7,1; 14,7] тыс. против 12,5 [7,4; 14,1] тыс. и значимо более высокий уровень тромбоцитов в динамике через 48-72 часа: 266 [247; 332] тыс. против 109 [89; 235] тыс. соответственно.

Выводы. Постоянное введение антибактериальных препаратов (непрерывная инфузия в течение 24-48 часов) у больных с тяжелыми пневмониями характеризуется лучшей динамикой артериального давления, сатурации капиллярной крови, уровня лейкоцитов и тромбоцитов по сравнению с интермиттирующим введением, однако, значимо не снижает госпитальную летальность.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ HELICOBACTER PYLORI ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ И ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРИТАХ

Бороева А.Д.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: д.м.н., профессор Эйльбарт В.Л.

Уже почти 30 лет продолжается интенсивное изучение микроорганизма *Helicobacter pylori*, особенно вопросов лечения инфекции. Последний пересмотр основного документа, регламентирующего тактику ведения пациентов с *Helicobacter pylori*-ассоциированными заболеваниями,

произошел в 2010 году во Флоренции (Маастрихт-4). Полный текст рекомендаций на английском языке был опубликован в феврале 2012 года под названием "Management of Helicobacter Pylori infection - the Maastricht IV/ Florence Consensus Report" в журнале GUT. В настоящее время появились трудности в лечении Helicobacter pylori: бактерии приняли устойчивую форму. Резистентность Helicobacter pylori к антибиотикам - возрастающая проблема, поэтому ее частота должна исследоваться на региональном и международном уровне. Антибиотикорезистентность приводит к тому, что эффективность эрадикации снизилась в развитых странах с 80-90% до 40-70%. Поэтому необходим постоянный пересмотр стандартных схем лечения и создание новых подходов к терапии заболеваний, ассоциированных с Helicobacter pylori.

Цель работы: выявить наиболее оптимальные методы терапии при выявлении Helicobacter pylori.

Материалы и методы исследования: нами проведён анализ историй болезни 180 больных язвенной болезнью желудка, двенадцатиперстной кишки, хроническим гастритом, находившихся на лечении в "НУЗ ДКБ на станции Чита - 2" в период с 2011-2013 год. Статистическая обработка проводилась с использованием критерия Стьюдента.

Результаты исследования. Из 180 больных женщин-55 (31%), мужчин-125 больных (69%). Из них на железной дороге работают 157 больных (87%). Средний возраст женщин, больных инфекцией Helicobacter pylori, находился в пределах от 40 до 46 лет, средний возраст мужчин в пределах от 35 до 40 лет. 86 исследуемых пациентов (48%), проживающие в городе Чита, 94 пациента (52%), проживающие в Забайкальском крае. Длительность заболевания, ассоциированного Helicobacter pylori, у 43 пациентов (24%) до 1 года, у 45 (25%) от 1 до 3 лет, у 92 больных (51%) от 3 до 5 лет. Всех больных (100%) беспокоил болевой синдром. Ярко выраженный болевой синдром был у 36 больных (20%), выраженный - у 99 больных (55%), мало выраженный - у 45 (25%). Стандартная тройная схема достаточно эффективна в условиях Забайкальского края: у 157 пациентов (87%), квадротерапия у 18 пациентов (10%), альтернативная у 5 больных (3%). На фоне эрадикационной терапии болевой синдром купировался на 5 сутки у 89 больных (49%), на 7 сутки у 91 больных (51%). По данным биопсии выявлена Helicobacter pylori: "+" у 128 больных (71%), "++" у 28 больных (15,5%), "+++" у 19 больных (10,5%), "++++" у 5 больных (3%). В качестве антибактериальной терапии в стандартной тройной схеме использовались амоксициллин в дозе 500 мг по 1 таблетке 4 раза в день, кларитромицин 500 мг по 1 таблетке 2 раза в день, в квадротерапии использовался тетрациклин 500 мг по 1 таблетке 4 раза в день.

Выводы. В связи со значительной устойчивостью к антибиотикам Helicobacter pylori не следует избегать применения стандартных схем. Некоторые из стандартных схем необходимо усилить наличием 2 антибиотика. Применение квадротерапии обосновано при реинфекции и суперинфекции Helicobacter pylori с усилением антибактериального компонента этой схемы. В условиях нарастающей антибиотикорезистентности к методам повышения эффективности эрадикационной терапии следует отнести использование высоких доз омепразола, увеличение длительности терапии до 10 дней. Своевременная и адекватная эрадикационная терапия является залогом успеха в восстановлении здоровья многих людей, считается эффективным фактором профилактики рака желудка.

ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА И КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОСТЕОПОРОЗА СРЕДИ ЖЕНЩИН ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ РУССКОЙ И БУРЯТСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТЕЙ Верхотурова С.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита
Научный руководитель: д.м.н., профессор Горбунов В.В.

Остеопороз (ОП) - системное заболевание скелета, характеризующееся снижением массы кости в единице объема и нарушениями микроархитектоники костной ткани, приводящими к повышению хрупкости костей и высокому риску их переломов.

Цель работы: оценить распространенность факторов риска и особенности клинических проявлений ОП среди коренных жителей Забайкальского края русской и бурятской национальностей.

Материалы и методы. Нами были проанкетированы 40 женщин с ОП: 20 русской и 20 бурятской национальностей в возрасте от 50 до 80, средний возраст составил $64,5 \pm 8,9$ лет. Факторы риска и клинические проявления ОП выделялись согласно Российским клиническим рекомендациям по остеопорозу 2012 года. С помощью on-line калькулятора FRAX производился расчет абсолютного 10-летнего риска основных остеопоротических переломов (major osteoporotic - MO). Для обработки данных использовалась программа Statistica 6.0. Учитывая ассиметричное распределение признака, применялись непараметрические критерии - Спирмена, Gamma - корреляция, описательная статистика. Расчет кальция в диете был проведен при помощи калькулятора фирмы "Никомед".

Результаты исследования. Среди пациенток I группы чаще встречалась склонность к падениям - 50% (10 человек), низкая физическая активность - 25% (5 человек) и курение - 15% (3 человека) ($p < 0,04$). Среди представительниц II группы данные показатели были ниже: склонность к падениям - 25%, низкая физическая активность - 5%, курила 1 женщина. Однако во II группе чаще встречалось ожирение - в 40%, 2 пациентки (10%) указали наличие перелома шейки бедра у родителей, в 70% случаев (14 человек) были выявлены факторы риска дефицита витамина Д ($p < 0,03$). Такой фактор риска как раннее начало менопаузы в обеих группах существенно не различался. При оценке абсолютного 10-летнего риска развития основных остеопоротических переломов было установлено, что среди русских женщин он имел более высокое значение - 18 ± 6 , чем у пациенток бурятской национальности - 17 ± 5 ($p < 0,03$).

Содержание кальция в рационе у представительниц I группы оказалось достоверно ниже, чем во II группе и составило 440 ± 74 мг и 601 ± 94 мг ($p < 0,05$), что может быть обусловлено особенностями питания с повышенным содержанием молока и молочных продуктов у большинства обследованных пациенток бурятской национальности. При корреляционном анализе была подтверждена взаимосвязь высокого абсолютного 10-летнего риска основных остеопоротических переломов с такими факторами риска ОП как: ранняя менопауза, перелом шейки бедра у родителей и дефицит витамина Д.

В структуре остеопоротических переломов в 37,5% преобладали переломы дистальной трети лучевой кости и в 31,25% - компрессионные переломы позвонков. Чаще всего переломы получали при падении с высоты собственного роста в гололед, а компрессионные переломы позвонков нередко выявлялись лишь на рентгенограмме при обследовании по поводу остеохондроза и предъявлении пациентками жалоб на снижение роста в течение последних 2-4 лет.

Выводы:

1. Представительницы бурятской национальности имеют повышенный риск дефицита витамина Д.
2. Пациенты с факторами риска остеопороза употребляют недостаточное количество кальция, что более выражено среди русских жительниц.
3. Чаще всего пациенты переносят переломы дистальной трети лучевой кости, что, возможно, связано с опорой на руки во время падения.
4. Повышение МО в большей степени связано с такими факторами риска, как ранняя менопауза, переломы шейки бедра у родителей и дефицит витамина Д.

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Гамова А.О., Казанцева Н.Н.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: к.м.н. Жигула З.М.

Многочисленные исследования свидетельствуют о развитии у больных с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) различных видов аритмий, в том числе опасных для

жизни желудочковых нарушений ритма высоких градаций. Многие авторы считают, что именно фатальные аритмии сердца имеют наиболее высокий удельный вес среди причин внезапной кардиальной смерти больных с ОНМК.

Цель работы. Изучить особенности нарушений ритма сердца у больных с ОНМК.

Материалы и методы. Ретроспективно проанализированы 381 история болезни пациентов, находившихся на лечении в отделении больных с острым нарушением мозгового кровообращения Краевой клинической больницы с мая по декабрь 2013 года. Из них для дальнейшего изучения отобраны истории болезни 50 пациентов (средний возраст 63[61;75] года), у которых выявлялись аритмии при проведении холтеровского мониторирования (24 человека) или имели место нарушения ритма при поступлении по данным ЭКГ (26 человек). Статистическая обработка проводилась с помощью пакета программ "Microsoft Excel 2007".

Результаты исследования. Пациенты с аритмиями по этиологии ОНМК разделились на 3 группы: 1 - ишемический инсульт - 45 человек (90%), 2 - геморрагический инсульт у 6% (3 человека), а смешанный инсульт составил 4% (2 человека). Фоновым заболеванием были: ИБС - 46% (23 человека), гипертоническая болезнь 84% (42 человека). Холтеровское мониторирование (ХМ) проводилось 24 больным с ОНМК, что составило всего 6,29% от общего числа пролеченных больных. При этом выявлены следующие нарушения ритма: наджелудочковая экстрасистолия выявлена у 54,1% (13 человек), фибрилляция предсердий (ФП) у 41,6% (10 человек), желудочковая экстрасистолия (ЖЭ) встречалась у 58,3% (14 пациентов). В группе пациентов с желудочковой экстрасистолией 50% (7 человек) имели ЖЭ 1-2 класса, и 50% - ЖЭ 3-4 класса по классификации Lown- Wolf. Фибрилляция предсердий выявлена у 26 пациентов при поступлении в стационар по данным ЭКГ и у 10 больных по данным холтеровского мониторирования, что составило всего 9,4% от всех пролеченных в течение 6-х месяцев пациентов. Наиболее часто встречалась постоянная форма ФП - 44% (22 человека), пароксизмальная форма ФП - 22% (11 человек), персистирующая форма ФП выявлена у 6% больных (3 человека), что подтверждает высокий риск тромбоэмболических осложнений (в данном случае развитие инсульта) у пациентов с любой формой ФП. Также у больных с ОНМК имели место и брадиаритмии. Так, склонность к синусовой брадикардии (ЧСС средняя 60 и менее в минуту) наблюдалась в 37,5% случаев (9 человек). Синдром слабости синусового узла (выраженная синусовая брадикардия, ЧСС минимальная менее 40 в мин, паузы более 2 секунд) по данным ХМ впервые был выявлен у 12,5% (3 человека). Сложные нарушения ритма - сочетание фибрилляции предсердий (брадисистолический вариант) и пробежек желудочковой тахикардии (ЖЭ 4Б класс по Лауну) - встречались у 8,3% (2 человека).

Выводы. У обследованных больных с ОНМК имеют место сложные жизнеугрожающие нарушения ритма сердца и редкое проведение суточного мониторирования ЭКГ. Данным пациентам показано проведение холтеровского мониторирования, что может повлиять на своевременное выявление аритмий, назначение необходимого лечения и профилактику внезапной сердечной смерти.

СКРИНИНГ ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА У БЕРЕМЕННЫХ В Г. ЧИТЕ

Гармаева С.Б., Бариданова Д.Д., Дадашов Р.М., Тайжеева А.И.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: к.м.н. Жигжитова Е.Б.

Гестационный сахарный диабет (ГСД) - это заболевание, характеризующееся гипергликемией, впервые выявленной во время беременности, но не соответствующее критериям манифестного сахарного диабета.

Целью настоящего исследования явилось выявление частоты не диагностированного ГСД у беременных г. Читы скрининговым методом.

Материалы и методы. Нами проведено скрининговое обследование беременных в Женской консультации ГУЗ "Городской родильный дом". Уровень глюкозы крови исследовали в утреннее время на глюкометре "One Touch Verio Pro", после этого проводили анкетирование обследованных женщин. Полученные результаты обработаны в программе BioStat (версия 4.03, 1998 год), использовали критерий Стьюдента и χ -квадрат. Статистически значимыми считались значения $p < 0,05$.

Результаты исследования. В скрининге приняли участие 102 беременные женщины, среди них у 84 - определен уровень гликемии натощак, у 18 - постпрандиальная гликемия. Средний возраст женщин составил $25,9 \pm 0,5$ лет. По результатам исследования уровня гликемии натощак выделены 2 группы: 1 группа (уровень глюкозы $< 5,1$ ммоль/л) - 41 чел. (48,8%), 2 группа (уровень глюкозы $\geq 5,1$ ммоль/л) - 43 чел. (51,2%). Средний показатель глюкозы крови натощак в 1 группе составил $4,69 \pm 0,04$ ммоль/л, а во 2-ой - $5,48 \pm 0,07$ ммоль/л ($p=0,0001$). В настоящее время гликемия натощак в плазме венозной крови $\geq 5,1$ ммоль/л является критерием диагностики гестационного сахарного диабета. В связи с этим женщины 2-й группы были направлены на лабораторное исследование глюкозы крови. Постпрандиальная гликемия у всех обследованных женщин была в пределах референтных значений, ее средний уровень был равен $5,94 \pm 0,18$ ммоль/л.

Средний возраст женщин в 1 группе составил $25,8 \pm 0,81$ лет, во 2 группе - $26,4 \pm 0,72$ лет. Средние значения ИМТ до беременности в 1 и 2 группах не отличались ($21,95 \pm 0,56$ кг/м² и $21,8 \pm 0,63$ кг/м² соответственно; $p=0,86$). Отягощенная наследственность по сахарному диабету отмечалась у 16-ти из 43-х женщин с повышенным уровнем гликемии, а у лиц с нормогликемией всего лишь у 4-х из 41-й ($p=0,04$). Гипергликемия до беременности у обследованных в 2-х группах выявлялась крайне редко (1 случай в каждой группе). У одной женщины из 2 группы гипергликемия уже выявлялась во время беременности, но ГСД не был верифицирован.

Согласно Российскому национальному консенсусу "Гестационный сахарный диабет: диагностика, лечение, послеродовое наблюдение" (2012 г.) пероральный глюкозотолерантный тест (ПГТТ) должен проводиться всем беременным женщинам на сроке гестации 24-28 недель, если ранее во время беременности гипергликемия не выявлялась. В 1 группе у женщин со сроком гестации более 24 недель ПГТТ проводился у 3-х беременных из 25-ти, а во 2 группе - всего у 1 женщины из 17-ти.

Выводы.

1. При проведении скрининга у половины обследованных женщин гликемия натощак соответствовала критерию гестационного сахарного диабета.
2. Наследственная предрасположенность к сахарному диабету отмечается чаще у беременных женщин с повышенным уровнем гликемии.
3. Пероральный глюкозотолерантный тест у беременных женщин при наличии показаний проводится крайне редко.

ПРОБЛЕМА ИЗБЫТОЧНОГО ВЕСА И ОЖИРЕНИЯ КАК ФАКТОРА ВЛИЯЮЩЕГО НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ЛИЧНОСТНУЮ ТРЕВОЖНОСТЬ

Гвоздева Н.А., Малинина А.В., Шагдаров Б.Д.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: д.м.н. Кушнарченко Н.Н.

Ожирение - хроническое обменное заболевание, основным патологическим механизмом которого является избыточное накопление жировых отложений. Разумеется, это выражается не только в увеличении общего веса, но и в появлении всевозможных проблем со стороны многих органов и систем. Ожирение на сегодняшний день является одной из острейших проблем современного общества. Большинство этих лиц страдают не только от болезней и ограничения подвижности; они имеют низкую самооценку, депрессию, эмоциональный дистресс и другие психологические проблемы, обусловленные предубеждением, дискриминацией и изоляцией, существу-

ющими по отношению к ним в обществе. Каждый третий житель планеты страдает от избыточного веса, а каждый пятый может похвастаться ожирением. Распространённость метаболического синдрома уже в 2 раза превышает распространённость СД. По прогнозам ученых к 2025 году ожирением будет страдать 75% взрослого населения Европы.

Цель работы. Выявить людей с избыточным весом и ожирением, определить качество жизни и уровень личностной тревожности, сравнить.

Задачи исследования.

1. Выявить и обследовать людей с избыточным весом и ожирением.
2. Определить тип пищевого поведения.
3. Определить качество жизни исследуемых больных.
4. Выявить личностную тревожность.

Материалы и методы. Обследовано 98 человек с МС, в возрасте от 23 до 80 лет. Из них 55 женщин и 43 мужчины. Исследование проведено с помощью: 1 - специально разработанной анкеты для выявления общего соматического состояния; 2- анкеты для определения типа пищевого поведения; 3- анкеты, разработанной по программе "SF-36 HealthStatusSurvey", для оценки качества жизни; 4- анкеты для определения уровня личностной тревожности Ч. Д. Спилберга - Ю. Л. Ханина. Полученные результаты обработаны с помощью программы "SF-36 HealthStatusSurvey"; шкалы Ч. Д. Спилберга - Ю. Л. Ханина; программы BIOSTAT; Microsoft Excel 2010.

Результаты исследования. В ходе работы, исследуемые были разделены на три группы: люди страдающие избыточным весом - 30 человек, I степень ожирения - 38 человек, II степень ожирения - 30 человек. Типы пищевого поведения распределились следующим образом: избыточный вес - компульсивный 55,6%, эмоциональный 22,2%, смешанный 22,2%; I степень ожирения - смешанный 100,0%; II степень ожирения - компульсивный 22,2%, эмоциональный 11,1%, смешанный 66,7%. Оценили уровень качества жизни: избыточный вес - высокий 22,2%, средний 66,7%, низкий 11,1%; I степень ожирения - высокий 23,5%, средний 64,7%, низкий 11,8%; II степень ожирения - высокий 2,3%, средний 93,3%, низкий 4,4%. Определили уровень личностной тревожности: избыточный вес - высокий 50,0%, низкий 50,0%; I степень ожирения - высокий 47,1%, средний 47,0%, низкий 5,9%; II степень ожирения - высокий 66,7%, средний 33,3%.

Выводы. В результате исследования выявлено, что люди с избыточным весом имеют преимущественно компульсивный вид расстройства пищевого поведения, в то время как у людей с I и II степенью ожирения ведущим является смешанный тип. Качество жизни у всех трёх групп соответствует среднему уровню, но если подробно рассматривать среднее значение каждой группы избыточный вес, I степень, II степень (59,4, 56,9, 49,2 соответственно), то ярко видно отрицательную динамику. Личностная тревожность также возрастает с увеличением веса.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Грудинина Н.В., Семенникова А.В., Моюбова Г.А.к.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: к.м.н. Руцкина Е.А.

В настоящее время, несмотря на совершенствование подходов к терапии с хронической сердечной недостаточности (ХСН), ежегодно в мире от нее умирает около 1 миллиона человек. Способность ряда лекарственных препаратов улучшать прогноз и качество жизни больных с ХСН доказана в клинических исследованиях, результаты которых отражены в современных клинических рекомендациях (КР). Однако, несмотря на доступность и фундаментальность КР, реальная практика имеет существенные отличия.

Цель работы. Изучить соответствие КР реальной клинической практике у больных с ХСН, а также оценить их качество жизни.

Материалы и методы. В исследование включено 68 пациентов с ХСН, из них 32 мужчины и 36 женщин. Причиной ХСН в 100% случаев явилось сочетание ИБС и артериальной гипертензии. Стадия ХСН определялась согласно классификации Василенко-Стажеско: ПА стадия - 40% случаев, стадия ПБ в 55% и стадия ПП в 5% случаев. У всех пациентов выявлялись факторы, отягощающие течение ХСН, оценивалась причина и частота госпитализаций в год, определялось наличие фибрилляции предсердий (ФП), вычислялся количественный индекс приверженности больных к лечению (ИПЛ) на амбулаторном и стационарном этапах ведения, который представляет собой соотношение должного количества приема лекарственных препаратов к реально получаемому. Согласно современным КР при ХСН ПА стадии - 1-я группа больных, пациенту необходимо принимать следующие лекарственные препараты: ингибиторы АПФ, β - блокаторы, калийсберегающие диуретики, дезагреганты и статины - в случае приема всех вышеуказанных препаратов ИПЛ расценивается как 5/5. Во 2-ю группу пациентов вошли лица, с ХСН ПА стадии и ФП, ИПЛ 6/6, с учетом приема антикоагулянтов. При стадии ХСН ПБ и ПП в отсутствие ФП (3-я группа больных) показаны сердечные гликозиды и петлевые диуретики - ИПЛ 7/7, а при стадии ХСН ПБ и ПП и наличии ФП (4-я группа больных) антикоагулянты - ИПЛ 8/8. Качество жизни пациентов оценивалось с помощью опросника MOS SF 36. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программы Microsoft Excel 2010.

Результаты исследования. Факторы, отягощающие течение ХСН: курение 26% пациентов, (индекс курения у мужчин составил $30,5 \pm 23,1$, а у женщин $11,2 \pm 4,2$); страдают ХОБЛ 28% больных. Нормальный вес определялся в 28% случаев, дефицит веса - 4,4%, избыточный вес - 32,3%, ожирение 1 стадии - 66,7%, 2 стадии - 25%, 3 стадии - 8,3%. Дислипидемия - 67,6% случаев. ФП встречалась в 30,8%, при этом пароксизмальная форма в 57,4%, постоянная форма в 42,6%. Инсульт, на фоне имеющейся ФП, перенесли 14,5%. Антикоагулянт при ФП принимали 33% больных. Причины госпитализации: декомпенсация ХСН - 61,7%, развитие острого коронарного синдрома - 26,5%, инфаркт миокарда - 11,8%. При изучении ИПЛ на амбулаторном этапе установлено, что в 1-й группе пациентов полноценную базисную терапию с ИПЛ 5/5-5/4 в среднем получали 11% больных. ИПЛ 5/3 был в 1,5%, ИПЛ 5/2 в 2,9%, 5/1 в 4,4%, терапию не получали 2,9% пациентов (ИПЛ 5/0). При подсчете ИПЛ во 2-й группе пациентов установлено, что ИПЛ 6/6, 6/5, 6/4 и 6,1 встречался в 1,5% случаев. В 3-ей группе ИПЛ 7/6, 7/5 отмечался в 8,8% случаев, ИПЛ 7/4, 7/2 в 2,9%, ИПЛ 7/3 в 7,3%, ИПЛ 7/0 в 4,4% случаев. В 4-й группе ИПЛ 8/7 отмечался в 1,5% случаев, ИПЛ 8/6 в 4,4%, ИПЛ 8/5 в 7,3%, ИПЛ 8/4 в 5,8%, 8/3 и 8/1 в 1,5%, ИПЛ 8/2 в 2,9% случаев. На стационарном этапе все больные получали терапию ХСН в полном объеме. При оценке качества жизни установлено снижение показателей, отражающих жизненную активность, психическое здоровье, социальное и ролевое функционирование на 50 и более %.

Выводы:

1. В проведенном регистре больных с ХСН выявлена низкая частота назначения препаратов с доказанным влиянием на прогноз и качество жизни на амбулаторном этапе ведения.
2. Значительное улучшение качества терапии отмечается в период пребывания больных в специализированном кардиологическом стационаре, где врачи в своей работе руководствуются КР.
3. Снижение уровня качества жизни больных с ХСН, высокая частота госпитализаций и развитие коронарных событий обусловлено низкой приверженностью больных к лечению.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Дашинимаева С.Ц., Мухомедзянова С.С.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: д.м.н., профессор Ларева Н.В.

Цель исследования. Оценить гендерные особенности этиологии, клинической картины и лечения хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Материалы и методы. В ретроспективное одномоментное исследование включены 200 больных с ХСН (100 мужчин и 100 женщин), находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении Краевой клинической больницы в период с марта по ноябрь 2012 года. Диагноз верифицирован по данным медицинской документации. Статистическая обработка проведена с помощью пакета программ BIOSTAT 3.0. Для оценки различий между группами использованы критерий Манна-Уитни, критерий хи-квадрат и точный критерий Фишера. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Включенные в исследование женщины были старше мужчин (средний возраст составил $61,9 \pm 9,8$ лет и $58,09 \pm 12,8$ лет, соответственно, $p = 0,019$), имели более высокую ЧСС при поступлении ($83,01 \pm 16,9$ и $77,13 \pm 15,3$ удара в минуту, соответственно, $p = 0,005$) и более низкие показатели скорости клубочковой фильтрации, определенной расчетным способом по формуле Кокрофта-Голта ($77,17 \pm 29,9$ и $91,54 \pm 30,9$ мл/мин, соответственно, $p < 0,001$). В структуре причин ХСН преобладала ишемическая болезнь сердца (ИБС), причем у мужчин она встречалась чаще, чем у женщин (77% против 63%, $p = 0,045$). Частота таких причин как артериальная гипертония (20% против 30%), хроническая ревматическая болезнь сердца (2% против 5%) была одинаковой. Особенностей клинических проявлений ХСН в зависимости от пола нами не выявлено. Наиболее часто встречалась одышка (89% мужчин и 91% женщин), утомляемость (49% мужчин и 57% женщин), тахикардия (48% мужчин и 53% женщин). Реже встречались такие симптомы, как снижение работоспособности (30% мужчин и 25% женщин) и отеки (9% мужчин и 13% женщин). В структуре коморбидной патологии у женщин преобладал пиелонефрит (20%), частота встречаемости которого не отличалась от мужчин (14%). Кроме того у женщин чаще встречался сахарный диабет (18% против 7% у мужчин, $p = 0,033$). У женщин чаще формировался 3 функциональный класс ХСН (46% против 29% мужчин, $p = 0,019$). Распространенность 2 функционального класса ХСН была высокой вне зависимости от пола (56% мужчин и 48% женщин, $p = 0,322$). При проведении ЭхоКГ-исследования более чем у половины пациентов была выявлена диастолическая дисфункция левого желудочка, распространенность которой не зависела от пола (57% и 62% женщин). Фракция выброса (ФВ) левого желудочка в среднем у женщин была несколько выше, чем у мужчин ($65,2 \pm 10,4\%$ и $61,5 \pm 9,8\%$, $p = 0,010$), количество же пациентов со сниженной ФВ было одинаково в группе мужчин (12%) и женщин (8%). Обращала на себя внимание более широкая распространенность легочной гипертензии у мужчин (60%) в сравнении с женщинами (43%), $p = 0,024$.

В программе лечения больных ХСН на стационарном этапе у мужчин и женщин одинаково часто использовались β -адреноблокаторы (82% и 83%), антиагреганты (78% и 80%), ингибиторы АПФ (23% и 22%), сартаны (35% и 41%), антагонисты альдостерона (19% и 28%), сердечные гликозиды (5% и 7%); при этом женщинам чаще назначались диуретики (51% против 32% мужчин, $p = 0,010$). При выписке мужчинам и женщинам с одинаковой частотой были даны рекомендации по приему β -блокаторов (81% и 75%), ингибиторов АПФ (21% и 16%), сартанов (31% и 39%), антагонистов альдостерона (18% и 29%), диуретиков (28% и 36%) и сердечных гликозидов (7% и 6%); дезагреганты чаще рекомендованы мужчинам (85% против 61% женщин, $p = 0,001$).

Выводы. В структуре причин ХСН преобладает ИБС, чаще встречающаяся у мужчин. Особенностью клинической картины ХСН является более старший возраст пациенток женского пола, более частое формирование у женщин 3 функционального класса заболевания, более широкая распространенность в когорте женщин сахарного диабета и более низкая - легочной гипертензии. Отличий в лечебной программе в зависимости от пола практически не прослеживается, при этом обращает на себя внимание неполное соответствие проводимой терапии современным клиническим рекомендациям по ХСН, что диктует необходимость оптимизации проводимых лечебных мероприятий.

**ИНФАРКТ МИОКАРДА КАК ПРИЧИНА СМЕРТИ И ЕГО МЕСТО
В СТРУКТУРЕ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПО МАТЕРИАЛАМ
ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ №1 ЗА 2010-2012 ГОДЫ**

Загузина М. В., Намоконова А. Е., Мишкилеева Д. А., Лапердина А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: Барковская О. Н.

Инфаркт миокарда - одна из наиболее острых проблем современной кардиологии, а также одна из самых распространенных причин смертности и инвалидизации населения в мире. В РФ ежегодно более 150 тысяч человек страдают данным заболеванием, а еще около 40 тысяч человек переносят повторный ИМ.

Цель: выявление значимости ИМ в структуре летальных исходов по материалам ГКБ №1.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили протоколы вскрытий больных, умерших от ИМ за период с 2010-2012 гг. Проведен клинико-морфологический и статистический анализ 115 случаев смерти.

Результаты исследования. ИМ стойко занимает существенную значимость в структуре летальных исходов. Подавляющее большинство летальных исходов с ИМ приходится на возраст 71-80 лет, но также встречаются случаи в возрасте от 25-35 лет. Встречаемость ИМ за период 2010-2012 гг. приходится на женщин 52,2% и на мужчин 47,8%. В структуре летальных исходов первичный ИМ 47% случаев от общего числа и повторный ИМ - 53%. Атеросклеротические изменения представлены атеросклерозом аорты и ее магистральных ветвей, коронарных артерий, артерий ГМ. Но преимущественное значение имеет атеросклероз аорты 70,1% случаев от общего числа и коронарных артерий - 29,9%. Атеросклеротические изменения главным образом 2-4 стадии. Были рассмотрены фоновые заболевания при ИМ, такие как: стенокардия - 4,8%, симптоматическая гипертензия - 16,7%, гипертоническая болезнь - 12,9%, ХСН - 3,3%, ОН - 2,9%. Также были рассмотрены СД (преимущественно 2 типа) - 7,1%, алкоголизм - 4,3%, СПИД и ВИЧ - 4,8% и другие заболевания, не связанные с ССС - 20,0%.

Выводы:

1. ИМ стойко занимает существенную значимость в структуре летальных исходов.
2. Летальные исходы, связанные с ИМ, преобладают в возрасте 71-80 лет, что составило 41,7% от общего числа.
3. ИМ встречается у женщин на 4,4 % чаще, чем у мужчин.
4. За период 2010-2012 гг. отмечается тенденция "омоложения" инфаркта миокарда.

**ЧАСТОТА ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА, АССОЦИИРОВАННОГО
С ЗАМЕДЛЕННЫМ МЕТАБОЛИЗМОМ ВАРФАРИНА, У ПАЦИЕНТОВ
С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ**

Зими́на А.В., Попова М.Ю.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: к.м.н. Зайцев Д.Н., к.м.н., доцент Страмбовская Н.Н.

Цель исследования. Выявить случаи носительства генетического полиморфизма, ассоциированного с метаболизмом варфарина у пациентов с сердечно-сосудистой патологией в Забайкальском крае.

Задачи исследования:

1. Выявить частоту встречаемости полиморфизма генов, ассоциированных с замедленной метаболизацией варфарина.
2. Сопоставить дозу получаемого варфарина с имеющимся генетическим полиморфизмом.
3. Выявить частоту встречаемости полиморфизма генов, ассоциированных с нормальной метаболизацией варфарина.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 32 человека, средний возраст которых составил $61,5 \pm 12,4$ года, из них 21 женщина (66%) и 11 мужчин (34%). Количество пациентов, которые принимали варфарин после операции протезирования клапанов сердца - 7 человек (22%), с целью профилактики тромбоэмболических осложнений при наличии мерцательной аритмии - 22 человека (69%), с целью лечения тромбоэмболии легочной артерии - 3 человека (9%). У всех пациентов определялся уровень МНО. Исследование заявленного генетического полиморфизма проводилось методом PCR-RT. Рекомендуемая доза варфарина, с учетом генетического полиморфизма, рассчитывалась с помощью алгоритма Gage. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программы Microsoft Excel.

Результаты исследования. Генетический полиморфизм, ассоциированный с метаболизмом варфарина в исследуемой группе: CYP2C9(A1075C): AA-генотип был выявлен у 87,5% пациентов; AC - у 9,375%; CC - у 3,125%; CYP2C9(C430T): CC-генотип - у 87,5% больных; CT - у 9,375%; TT - у 3,125%; полиморфизм VKORC1(G1639A): GG-генотип - у 31,25%; GA - у 50%; AA - у 18,75%; CYP4F2(V433M): CC-генотип - у 53,125%; CT - у 34,375%; TT - у 12,5%. Средний уровень МНО в исследуемой группе составил $2,01 \pm 1,3$. Средняя доза варфарина в исследуемой группе составила $4 \text{ мг} \pm 1,65 \text{ мг}$.

Пациенты, имеющие нормальный генотип составили 18,75% (6 человек), больные с 1 мутацией в генотипе - 68,75% (22 человека), с 2 мутациями - 12,5% (4 человека). У пациентов, которые имели 1 мутацию в генотипе средняя суточная доза варфарина, назначенная врачом-терапевтом, составила 4,125 мг, а у пациентов, имеющих 2 мутации, средняя суточная доза варфарина составила 3,75 мг. При расчете дозы варфарина с учетом генетического полиморфизма, проведенного с помощью алгоритма Gage, было установлено, что необходимая средняя доза варфарина у 8 (25%) больных - носителей "неблагоприятного" генотипа, составила 2,8 мг, что оказалось на 39% выше средней дозы, которые получали пациенты в реальной клинической практике (3,9 мг). У пациентов с "неблагоприятным" генотипом, ассоциированным с замедленным метаболизмом варфарина, наиболее часто определялся уровень МНО, превышающий терапевтический диапазон (2-3), что проявлялось в виде подкожных гематом.

Выводы:

1. В 25% случаев исследуемые пациенты являлись носителями "неблагоприятного" генотипа, обуславливающего замедленную метаболизацию варфарина с развитием передозировки данного непрямого антикоагулянта при стандартной схеме подбора его дозы.
2. Средняя доза варфарина у носителей "неблагоприятного" генотипа составила 3,9 мг, что, учитывая результаты проведенного исследования генетического полиморфизма, на 39% больше рекомендуемой дозы (2,8 мг), рассчитанной по алгоритму Gage.
3. В 18,75% случаев пациенты являлись носителями "благоприятного" генотипа, который предполагает безопасное увеличение дозы варфарина.

**ВЛИЯНИЕ МАСОЧНЫХ СРЕДСТВ ПРОФИЛАКТИКИ РЕСПИРАТОРНЫХ
ИНФЕКЦИЙ НА ДЫХАТЕЛЬНУЮ СИСТЕМУ У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ**

Золтеева К.Э., Белькова К.Е.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: Лыков А.В.

Эпидемия вируса гриппа H1N1 в России, произошедшая в 2009 г. продемонстрировала опасность и высокую контагиозность данной патологии для населения. В феврале, марте 2014 г. в Забайкальском крае вновь зарегистрирован всплеск заболеваемости и высокий уровень смертности от осложнений гриппа. На первый план вновь выходит проблема адекватной профилактики инфекций, передающихся воздушно-капельным путём, осуществить которую немедикаментозно можно банальным ношением маски. Однако не оказывает ли сама по себе данная мера влияние на человеческий организм?

Цель работы. Изучить влияние длительного ношения масочных средств профилактики на показатели дыхательной системы.

Задачи исследования.

1. Выявить динамику сатурации кислорода у молодых здоровых лиц при ношении масок.
2. Оценить состояние сердечно-сосудистой системы на основании изменения ЧСС.
3. Определить связь данных изменений с перенесенными острыми респираторными заболеваниями в недавнем прошлом.

Материалы и методы. Критерии включения: 1. Добровольное согласие; 2. Возможность ношения масочных средств профилактики. Критерии исключения: 1. Хронические заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной систем; 2. Острое респираторное заболевание (ОРЗ) в момент исследования

Методика проведения: испытуемым проводилось скрининговое исследование сатурации кислорода с помощью пульсоксиметра Choicemmed MD300C12. В течение 60 минут респонденты использовали маски, не выполняя тяжёлой физической работы, после чего тест повторялся.

Статистическая обработка: при анализе распределения использовались 25 и 75 процентиля, расчёт коэффициента хи-квадрата Пирсона, критерия Уилкоксона, Краскела-Уоллиса. Статистическая программа IBM® SPSS® STATISTICS® 21.0

В исследование вошло 60 человек в возрасте 22-24 лет. Из них женщин 48 (80%), мужчин 12 (20%). 20 человек (33%) отмечали перенесенное ОРЗ в течение 2 недель до эксперимента. Доля таких лиц у мужчин составила 25% (3 человека) и у женщин 35,4% (17 человек). Хи-квадрат Пирсона показал значение $P=0,375$.

Результаты исследования. Более 90% респондентов отметили неприятные субъективные ощущения при правильном ношении маски: дискомфорт от ношения маски, головокружение, головные боли. Средняя сатурация крови кислородом до ношения составила 98 % (97;98), после ношения 96 (95;97). Средняя ЧСС до ношения 79 (70,25; 85), ЧСС после ношения 85,5 (76,25; 91,5). Критерий знаковых рангов Уилкоксона составил в случае сатурации -4,619 ($P<0.000$), в случае ЧСС -6,026 ($P<0.000$). В подгруппах по перенесенному ОРЗ в течение 2 недель использовался анализ с расчётом критерия Краскела - Уоллиса, который был достоверен только в случае сатурации ($P=0,049$). Средняя разница в основной группе составила 1,45 (0;2), в группе перенесенных ОРЗ 2,4 (1; 2,9) Статистически достоверная разница по полу была выявлено только в отношении ЧСС ($P=0,046$). Средняя динамика ЧСС у мужчин составила 1,42 (-5;7,5) у женщин 7,15 (4;10,75).

Выводы.

1. Ношение масочных средств профилактики влияет на функциональное состояние дыхательной системы у здорового человека, что выражается в снижении сатурации крови кислородом в среднем на 2% уже при 60 - минутной экспозиции.
2. Наиболее выраженное падение сатурации крови до 2,5% отмечено в группе респондентов недавно перенесших ОРЗ, что свидетельствует о дезадаптации компенсаторных механизмов у таких лиц.
3. Увеличение ЧСС более характерно у женщин, чем для мужчин.

Ношение масок - высокоэффективный метод индивидуальной и коллективной профилактики гриппа, однако, одновременно становится дополнительной нагрузкой для внешнего дыхания, особенно у реконвалесцентов после ОРЗ. Для решения данной проблемы можно предложить маршрутизацию работников, использование дезинфицирующей аппаратуры, дозированное ношение масок с организацией мест отдыха.

**ВЛИЯНИЕ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА
НА КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТЕОАРТРОЗА**

**Еремин О.В., Белозерцева Н.Ф., Мингазова Е.С., Хороших Т.К.,
Хохлова М.А., Шулимова А.С.**

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: к.м.н. Царенок С.Ю., к.м.н., доцент Аксенова Т.А.

Одной из важнейших составляющих здорового образа жизни является рациональное питание. Большинство населения с пренебрежением относится к своему здоровью. Нехватка времени, некомпетентность в вопросах культуры питания, темп современной жизни - все это привело к неразборчивости в выборе продуктов. Одной из мишеней неправильного питания является опорно-двигательная система. Имеются данные о влиянии избыточной массы тела на прогрессирование остеоартроза (ОА) коленных суставов. Работ по оценке влияния нутритивного статуса у больных ОА на клинические проявления в доступной литературе не обнаружено.

Цель работы: оценить влияние нутритивного статуса на клинические проявления остеоартроза.

Материалы и методы. Проведено анкетирование 42 пациентов с остеоартрозом, находящихся на лечении в отделении терапии НУЗ ДКБ ст. Чита-2 с использованием скринингового теста Mini Nutritional Assessment (MNA) и авторских карт, включающих информацию о возрасте, антропометрических данных, оценку боли по Визуальной аналоговой шкале (ВАШ), числу болезненных суставов (ЧБС), данных инструментальных и лабораторных исследований. Средний возраст составил $59,8 \pm 14,0$ лет, из них 32 женщины и 10 мужчин. Исследование одномоментное поперечное. Статистическая обработка данных при помощи Statistica 6.0 с использованием непараметрических критериев Вольда-Вольфовица, Колмогорова-Смирнова, Манна-Уитни, корреляционный анализ проведен при помощи ранговой корреляции Спирмена.

Результаты исследования. В гендерном отношении показатели скринингового теста оказались выше у мужчин ($p=0,03$), что свидетельствует о более высоком нутриционном статусе, при этом ИМТ был достоверно выше у женщин ($29,8 \pm 4,71$; $27,0 \pm 4,79$, $p=0,001$). Группы не различались по ЧБС, ВАШ, рентгенологической стадии, у женщин показатель СОЭ был значимо выше ($12,8 \pm 8,2$; $10,6 \pm 4,6$ мм/час, $p=0,003$). Далее пациенты были разделены на группы с учетом рентгенологической стадии ОА, в первую группу вошли пациенты с I стадией по Келгрэну 10 человек, во вторую группу пациенты со II и III стадией 32 человека. Выявлено, что пациенты первой группы были моложе ($57,8 \pm 14,48$; $60,43 \pm 14,04$, $p=0,01$), имели более низкий ИМТ ($27,8 \pm 4,82$; $29,5 \pm 4,83$, $p=0,003$), показатель скринингового теста ($11,5 \pm 1,93$; $14,2 \pm 1,54$, $p=0,0007$), больше ЧБС ($p=0,0007$), выше СОЭ ($16,5 \pm 10,06$; $10,9 \pm 6,17$, $p=0,000023$), но отметили меньшую выраженность боли по ВАШ ($59,0 \pm 10,7$; $62,5 \pm 19,42$, $p=0,0001$). Для уточнения степени влияния нутритивного статуса на клинические проявления ОА пациентов разделили на группы с учетом баллов скринингового теста, первую группу составили пациенты с показателем менее или равным 11 баллам - 16 пациентов (риск недоедания), вторую с показателем 12 и более - 26 пациентов (нормальное и повышенное питание). Оказалось, что в первой группе пациенты были старше ($61,6 \pm 14,4$; $58,69 \pm 13,9$, $p=0,0006$), имели более высокий ИМТ ($29,68 \pm 5,9$; $28,8 \pm 4,09$, $p=0,002$), большее число болезненных суставов ($7,37 \pm 4,28$; $4,07 \pm 3,47$, $p=0,005$), отмечалось ускорение СОЭ ($13,18 \pm 6,89$; $11,7 \pm 7,98$, $p=0,002$). При проведении корреляционного анализа выявлена обратная связь между показателями теста MNA и ЧБС ($R=-0,4$, $p=0,007$), рентгенологической стадией ($R=-0,37$, $p=0,03$). ИМТ был обратно связан с ЧБС ($R=-0,36$, $p=0,019$) и имел прямое взаимодействие с уровнем СОЭ ($R=0,3$, $p=0,04$).

Заключение. У пациентов с остеоартрозом снижение нутритивного статуса ассоциировалось с увеличением ЧБС, рентгенологической стадией, при этом наблюдалась обратная взаимосвязь ИМТ и ЧБС. Высокий ИМТ у данной категории больных ведет к утяжелению течения остеоартроза (усиление болевого синдрома, увеличение ЧБС, рентгенологическое прогрессирование) и последующему снижению нутритивного статуса.

ВЛИЯНИЕ БИСОПРОЛОЛА НА ПОКАЗАТЕЛИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Ермакова Т.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: к.м.н. Калинкина Т.В., д.м.н., профессор Горбунов В.В., Брянцева Е.Н.

Артериальная гипертония (АГ) является одним из самых распространенных хронических неинфекционных заболеваний. По данным эпидемиологических исследований, в России более 40 млн. больных АГ. Тревогу вызывает широкое распространение АГ среди особых профессиональных групп мужчин трудоспособного возраста, таких как работники локомотивных бригад. Эта профессия предъявляет повышенные требования к центральной нервной системе, что обусловлено условиями труда и пребыванию в условиях хронического стресса, который создает предпосылки предрасположенности к развитию соматических заболеваний, в том числе АГ.

Цель работы. Оценить влияние бисопролола на показатели скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) и параметры вегетативной регуляции у работников локомотивных бригад с артериальной гипертензией I стадии.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе НУЗ "Дорожная клиническая больница на ст. Чита-1". В исследование включены 20 пациентов мужского пола от 20 до 40 лет с артериальной гипертензией (АГ) I стадии, являющиеся работниками локомотивных бригад. Эффективность терапии оценивали по результатам суточного мониторирования АД (СМАД). СМАД проводилось в амбулаторных условиях прибором VPLab ("Петр Телегин", Россия). Оценивались среднесуточные, дневные, ночные величины систолического и диастолического АД (САД, ДАД). Структурно-функциональные свойства сосудистой стенки оценивались прибором VPLa с возможностью оценки скорости распространения пульсовой волны (СРПВ). Состояние вегетативной нервной системы оценивалось на аппарате Поли-Спектр ("Нейрософт", Россия), с помощью кардиоваскулярных тестов по Эвингу, включавших в себя пробу с глубоким управляемым дыханием (Kr-r), пробу Вальсальвы (Квальс), активную ортостатическую пробу (К30:15, снижение САД), пробу с изометрическим сокращением (повышение ДАД). Все пациенты до начала исследования в течение как минимум 14 дней не получали антигипертензивного лечения. В качестве терапии пациентам назначался бисопролол ("Конкор", Мерк КГаА, Германия) в виде монотерапии в первоначальной дозе 5 мг.

Для статистической обработки данных использовали пакет программ Statistica 6.0. При правильном распределении для анализа применялись параметрический критерий Стьюдента, при неправильном - непараметрический критерий (Манна-Уитни). Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Средний возраст пациентов составил $31,5 \pm 8,6$ лет. Индекс массы тела в среднем $24,5 \pm 2,3$. По данным СМАД в исследуемой группе у всех пациентов зарегистрирована артериальная гипертензия. Среднее давление днем САД $147,8 + 7,8$ мм рт. ст. и ДАД $86,5 + 6,1$ мм рт. ст.; ночью САД $131,2 + 6,7$ мм рт. ст. и ДАД $78,7 + 5,3$ мм рт. ст. Суточные показатели СРПВ находились в пределах 10,2 м/с. Средняя ЧСС за сутки составила 88,2/мин. По результатам теста по Эвингу средний балл составил 6,1, что свидетельствовало о наличии вегетативного дисбаланса, связанного с повышенным тонусом симпатического отдела нервной системы. Монотерапия бисопрололом в дозировке 5 мг была эффективна, целевые уровни АД достигнуты у 14 (60,8%) пациентов. У 9 (39,2%) пациентов из-за не достигнутого целевого уровня АД на 4 неделе терапии доза была увеличена до 7,5 мг. Через 12 недель у 100% пациентов достигнут целевой уровень АД. Отмечалась достоверная положительная динамика снижения АД по данным СМАД: днем САД $123,1 + 8,3$ мм рт. ст. ($\Delta 16,7\%$; $p < 0,05$) и ДАД $71,9 + 7,4$ мм рт. ст. ($\Delta 16,3\%$; $p < 0,05$); ночью САД $112,7 + 7,3$ мм рт. ст. ($\Delta 14,1\%$; $p < 0,05$) и ДАД $69,8 + 6,6$ мм рт. ст. ($\Delta 11,3\%$; $p < 0,05$). Также, снижение СРПВ на 5,3% от исходных значений. Достоверно снижалась ЧСС ($\Delta 14,0\%$; $p < 0,05$), в зависимости от исходных значений.

Выводы. Монотерапия бисопрололом у людей с АГ способствует достижению целевых

уровней АД, ЧСС, уменьшает жесткость сосудистой стенки. Анализ кардиоваскулярных тестов свидетельствует о благоприятном влиянии бисопролола на повышенный тонус симпатической нервной системы у больных с АГ.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЧРЕСКОЖНОЙ ТРАНСЛЮМИНАРНОЙ КОРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ СО СТЕНТИРОВАНИЕМ: ВЗГЛЯД ПАЦИЕНТА

Кавецкая Е.А., Ваградян Р.Г.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: к.м.н. Томина Е.А.

Коронарное стентирование на сегодняшний день является "золотым стандартом" в лечении ИБС. Известно, что некоторые виды медицинских вмешательств, увеличивая продолжительность жизни и положительно влияя на долгосрочный прогноз, значительно ухудшают качество жизни, что воспринимается пациентами как отрицательный результат. Оценка врача, основанная на объективных клинических критериях, далеко не всегда совпадает с мнением пациента об эффективности проведенного лечения.

Цель работы: проанализировать эффективность проведенной ЧТКА со стентированием, учитывая восприятие самих пациентов

Материалы и методы: обследовано 46 больных. Средний возраст респондентов составил $62 \pm 5,8$ лет. 73% (34) составили мужчины, 27% (22) - женщины. Показанием для проведения коронарного вмешательства у 78% (36) пациентов послужил инфаркт миокарда, у 22% пациентов (10) - стабильная стенокардия III-IV функциональных классов. Все пациенты имели какие-либо проявления хронической сердечной недостаточности (ХСН) - I фк - 10%, II фк - 40%, III - 50%. На 5 сутки после стентирования пациентов анкетировали, используя болезнь-специфический Миннесотский опросник "Жизнь с сердечной недостаточностью", дополненный вопросами, касающимися оценки здоровья в целом до и после проведенного лечения и визуально-аналоговой шкалой (ВАШ) чувства тревоги за свое здоровье. В исследование не включались пациенты с нарушениями ритма, кардиогенным шоком, степень острой сердечной недостаточности по Killip не превышала I. Статистическая обработка проводилась с помощью пакета программ Биостат 3.0, использовались методы непараметрической статистики, при сравнении вычислялся критерий Манна-Уитни.

Результаты исследования. Все пациенты со стенокардией и 87% больных с инфарктом миокарда после проведенного вмешательства отметили уменьшение или полное исчезновение болей за грудиной, уменьшение одышки. У 13 % пациентов с инфарктом на момент анкетирования отмечалось сохранение болевого синдрома в прекардиальной области, который был охарактеризован как чувство "тяжести". Согласно анкете, определяющей динамику восприятия состояния здоровья, до проводимой терапии 86% пациентов с инфарктом миокарда определили состояние здоровья как худшее, чем у большинства знакомых, 92% отметили ожидание того, что здоровье ухудшится, тогда как после проведенного стентирования данные показатели составили 46 % и 68% соответственно ($p < 0,05$). По ВАШ тревоги у пациентов с инфарктом наблюдалось уменьшение среднего показателя с 80 ± 10 до 60 ± 10 баллов до и после ($p < 0,05$). В группе пациентов со стенокардией наблюдалось более оптимистичное восприятие состояния своего здоровья: все пациенты определили его как не худшее чем у знакомых, однако 80% (8) ожидали его ухудшения при опросе до лечения, в то время как после вмешательства у всех больных ожидание ухудшения не выявлялось. При анализе ВАШ тревоги в группе пациентов со стенокардией был выявлен более низкий уровень как до, так и после вмешательства (40 ± 10 и 30 ± 10 соответственно), $p < 0,05$. До стентирования по результатам Миннесотского опросника наибольшее количество баллов набрала группа пациентов с инфарктом миокарда, ХСН I функционального класса (86 ± 14), что не соответствовало тяжести объективных признаков недостаточности кровообращения. После лечения наибольшее количество баллов (85 ± 12) отмечалось у пациентов с ХСН

III функционального класса. Данное несоответствие может быть связано с тревожным состоянием перед предстоящим вмешательством у некоторых больных, которое повлияло на ответы.

Выводы: согласно восприятию пациентов ЧТКА со стентированием является эффективным вмешательством (купирование болей, одышки), однако выраженный тревожный компонент, выявленный у большинства больных, является фактором, усугубляющим дальнейшее течение ишемической болезни.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ЧГМА

Казакова А.И., Новокшанова С.В., Пакулова В.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита.

Научный руководитель: к.м.н. Радаева Е.В.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) справедливо называют эпидемией XX века. Они являются ведущей причиной смертности населения во многих экономически развитых странах, в том числе и в России, составляя 55 % от общей смертности. Основными причинами эпидемии ССЗ традиционно считают факторы образа жизни, такие как: курение, избыточное потребление алкоголя, нерациональное питание и недостаточная физическая активность, а также артериальную гипертонию, ожирение и психосоциальный стресс. Именно модификация факторов риска (ФР) является приоритетным направлением стратегии по снижению смертности населения от ССЗ.

Цель исследования: оценить распространенность ФР, способствующих развитию ССЗ среди студентов медицинской академии.

Материалы и методы: В данной работе представлены результаты обследования 362 студентов Читинской государственной медицинской академии, из них 272 девушек и 90 юношей, в возрасте от 17-25 лет (средний возраст $19,8 \pm 2,4$ г). Для оценки ФР развития ССЗ использовалась разработанная нами анкета, которая включала в себя вопросы, оценивающие социально-экономическое положение студентов, курение, наследственность. Оценка физической активности, рациональности питания проводилась с помощью специальных опросников. Для выявления тревожно-депрессивных расстройств проводилось анкетирование по госпитальной шкале HADS. Кроме того, оценивались следующие антропометрические показатели: рост, вес, объем талии, индекс массы тела, артериальное давление (АД). Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы "Статистика 6.0".

Результаты исследования. По данным сбора анамнеза жизни наследственная предрасположенность к ССЗ выявлена у 38,4 % респондентов, одинаково часто среди юношей и девушек. Курящими оказались 11,6% студентов. Артериальная гипертензия зарегистрирована в 2,5% случаев, 3% опрошенных имели повышенное нормальное АД. При оценке рациональности питания выявлено, что 205 из 362 студентов (56,6%) питаются вполне рационально, но 157 (43,4%) - нерационально, с преобладанием жирной, углеводистой пищи, низким потреблением овощей и фруктов, и нарушением режима питания. Также было выяснено, что у большинства респондентов (62,4%) присутствовал низкий уровень физической активности. Избыточный вес среди мужчин имели 15,6%, ожирение - 4,4%, абдоминальное ожирение, что определялось объемом талии более 94 см для мужчин и более 80 см для женщин - 6,7%; среди девушек - 5,9%, 2,2%, 7,3%, соответственно. Тревожно-депрессивные расстройства были выявлены у более чем половины студентов (54,7%). По результатам анкетирования у студентов превалирует клиническая тревога (от 11 баллов и выше) - 29,3 %; субклиническая тревога (от 8 до 10 баллов) наблюдалась у 18,5 %. Не менее выраженными оказались депрессивные нарушения. Субклиническая депрессия обнаружена у 20,2 % и клиническая у 20,7 % респондентов. В общем, в состоянии депрессии находятся 40,9% студентов. Известно, что низкий социально-экономический статус является независимым фактором риска ССЗ в России. В нашем исследовании мы оценили и этот показатель. В качестве основного критерия социально-экономического благополучия выб-

ран среднемесячный доход студента. Выявлено, что около половины студентов (51,6%) имеют доходы ниже прожиточного минимума.

Выводы: основными ФР ССЗ в студенческой среде являются так называемые модифицируемые ФР: гиподинамия, тревожно-депрессивные расстройства, низкий социально-экономический статус, нерациональное питание. Мероприятия, направленные на оптимизацию стиля жизни и физической активности, могут снизить вероятность развития сердечно-сосудистой патологии у студентов в будущем.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОЙ АСТМЕ

Казанцева Л.С., Балданова Б. Б., Малханова Д.А., Русских Е.С., Денисов Е.К.,
Ковалева Ю.А., Номоконова К. В., Михайлюк А. А., Дудка В.С., Рязанова А.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: к.м.н., Лукьянов С.А., к.м.н., доцент Цырендоржиева В.Б.,
к.м.н., доцент Романова Е.Н.

Бронхиальная астма (БА) - одно из самых распространенных заболеваний: в мире насчитывается 300 млн. больных, в Европе - 30 млн. По оценкам специалистов, в 2008 г. в Российской Федерации было зарегистрировано 7 млн. больных БА. Важнейшей проблемой медицины являются обострения БА. Согласно Национальных Клинических Рекомендаций 2013 года приступ БА, по поводу которого пациент обращается за медицинской помощью/госпитализируется называется острой астмой (ОА). Важнейшим компонентом терапии ОА являются ингаляционные бронходилататоры короткого действия (БКД). Тем не менее, нерешенным вопросом остается выбор оптимального способа введения БКД при острой астме.

Цель работы. Оценить эффективность персистирующего введения БКД по сравнению с их интермиттирующим введением у больных острой астмой.

Задачи. Провести взаимосвязь между различными режимами терапии и исходом заболевания, временем нахождения в ОРИТ, общим временем госпитализации, динамикой клинических и спирографических показателей у больных острой астмой.

Материалы и методы. В исследование включены 35 больных с диагнозом ОА (жизнеугрожающего/тяжелого/среднетяжелого обострения астмы) согласно клиническим рекомендациям Российского (2013 года)/Европейского респираторного общества (РРО, ERS). Всем больным проводились следующие процедуры исследования: демографические данные (пол, возраст, рост, вес), анамнестические сведения (частота госпитализаций, базисная терапия БА), физикальные данные (ЧДД, SpO₂, ЧСС, АД), спирографические тесты (ОФВ₁, ПСВ, ФЖЕЛ, ОФВ₁/ФЖЕЛ) при поступлении -4 часа, через 8-12 часов, через 12-24 часа и через 48-72 часа с момента поступления. Для проведения спирографии использован астма-монитор Vitalograph(Ennis, Ireland).

Для статистической обработки данных применялись методы непараметрической статистики (критерий Манна-Уитни). Протокол исследования был одобрен на заседании ЛЭК ЧГМА.

Результаты исследования. Среди больных, включенных в исследование, 21 получал БКД фенотерол / ипратропий в форме раствора для ингаляционного введения или сальбутамол/ипратропий в форме раствора для ингаляционного введения или в небулах по традиционной схеме введения (через определенные временные промежутки) - I группа, 14 человек - постоянную терапию теми же препаратами в соответствующих дозах (посредством маски с небулайзером/маски Вентури) - II группа. Пациенты обеих групп исследования были сопоставимыми по возрастным характеристикам, гендерной структуре, не было статистически значимых различий по физикальным показателям при поступлении. Объем сопутствующей терапии среди пациентов исследуемых групп был одинаков. Летальный исход наступил у 1 пациентки в I группе. Было установлено, что у пациентов II группы отмечались: лучшая динамика ЧДД через 8-12 часов: 20 [18; 20] против 24 [22; 28] в минуту в I группе, значимо лучшая динамика SpO₂ через 8-12 часов: 96 [95; 98]% против 94

[93; 95]%, значимо более высокий ОФВ1 через 8-12 часов: 42,5 [33; 56]% против 35 [27; 44]% и меньшие сроки нахождения в ОРИТ: $0,64 \pm 0,4$ дня против $1,29 \pm 0,52$ дня соответственно.

Выводы. Постоянное введение БКД у больных с острой астмой характеризуется лучшей динамикой одышки, сатурации капиллярной крови, спирографических показателей, а также меньшими сроками пребывания больных в реанимационном отделении.

ОСОБЕННОСТИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ

Казерацкая Е.Б., Сотникова С.Г.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: д.м.н. Кушнаренко Н.Н., Медведева Т.А.

Субклинический гипотиреоз (СГ) относится к наиболее распространенным нарушениям функции щитовидной железы. Наиболее велика распространенность СГ в возрастной группе старше 75 лет, где она достигает 16-21% (G. Canaris, 2000), однако, в связи с расширением использования в клинической практике гормонов щитовидной железы в настоящее время СГ достаточно часто выявляется у лиц молодого и среднего возраста. Доказана роль дисфункции эндотелия в развитии атеросклероза, ИБС, артериальной гипертензии и хронической сердечной недостаточности у больных СГ. Вместе с тем, распространенность эндотелиальной дисфункции у данной категории больных к настоящему времени в достаточной степени не изучена, в связи с чем, особо актуальным представляется изучение сосудистой функции эндотелия как одного из наиболее чувствительных факторов сердечно-сосудистого риска.

Цель работы: оценить сосудодвигательную функцию эндотелия с использованием неинвазивного ультразвукового исследования плечевой артерии у пациентов с СГ.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 3 группы пациентов. Первую группу составили пациенты с субклиническим гипотиреозом (20 человек), вторую группу - пациенты с эутиреозом (10 человек). В группу контроля вошли 20 человек сопоставимых по возрасту. Средний возраст больных составил 51 ± 4 года. Диагноз СГ подтверждался при наличии двукратного с интервалом 3 месяца выявления тиреотропного гормона (ТТГ), превышающего верхнюю границу референтного диапазона ($4,0$ мМЕ/л), на фоне нормальных уровней тетрайодтиронина (Т4 $10,3-24,5$ пмоль/л) и трийодтиронина (Т3 $2,3-6,3$ пмоль/л). Оценку сосудодвигательной функции эндотелия проводили на правой плечевой артерии в соответствии с рекомендациями Американского общества эхокардиографии. Диаметр артерии измеряли при помощи линейного ультразвукового датчика переменной частоты $7,0-10,5$ МГц с фазированной решеткой на аппарате "Аloka-4000" при частоте $7,5$ МГц. Оценка функции эндотелия включала два этапа: оценку эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) в пробе с реактивной гиперемией и исследование эндотелийнезависимой вазодилатации (ЭНВД) в пробе с приемом нитроглицерина.

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 исследования. Уровень ЭЗВД у пациентов субклиническим гипотиреозом и эутиреозом был статистически значимо ниже, чем у пациентов контрольной группы ($6,8 \pm 1,2\%$ и $6,2 \pm 1,3\%$, против $15,2 \pm 1,5\%$, $p < 0,001$). Показатели ЭЗВД и ЭНВД у пациентов, страдающих гипотиреозом значимо не отличались от группы эутиреоза и составили $6,8 \pm 1,2\%$ и $5,9 \pm 1,4$, $p = 0,08$; $17,4 \pm 0,5\%$ и $17,8 \pm 0,4\%$, $p = 0,65$ соответственно. Исходный уровень ЭНВД у больных СГ и в группе эутиреоза не имел значимых различий в сравнении с группой контроля ($16,4 \pm 1,2$ и $17,8 \pm 1,5$, $p = 0,54$).

Выводы. Таким образом, при естественном течении СГ имеет место развитие эндотелиальной дисфункции в виде нарушения сосудодвигательной активности эндотелия, что является неблагоприятным фактором сердечно-сосудистого риска.

ОЦЕНКА ПОРАЖЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Карпова А.С., Бакалова Ю.В., Хачерян М.К.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: к.м.н. Просяник В.И.

Диабетическая полинейропатия (ДП) - одно из наиболее распространенных хронических осложнений сахарного диабета, приводящая к ранней инвалидизации пациентов. Неврологические осложнения с одинаковой частотой встречаются при всех типах СД. По данным ряда эпидемиологических исследований, частота ДП при всех типах сахарного диабета варьирует от 5 до 100% (большие расхождения данных связаны с трудностью диагностики и зависят от используемых методов исследования). В среднем частота развития ДП: у больных СД типа 1 составляет 13-54%, у больных СД типа 2 составляет 17-45%. К факторам риска развития диабетической полинейропатии, по данным некоторых исследований, относятся: длительность заболевания, степень гипергликемии, возраст пациента, мужской пол, высокий рост.

Цель работы. Оценить функциональное состояние периферической нервной системы при помощи оценки общей шкалы неврологических симптомов TSS (Total Symptoms Score).

Материалы и методы. Были обследованы 50 больных СД, средний возраст которых составил $53,6 \pm 11,3$. Длительность заболевания колебалась от 3 до 19 лет. Среди 50 больных сахарным диабетом было 17 больных СД 1 типа и 36 больных СД 2 типа. 42 пациента находились на инсулинотерапии, из них с СД 2 типа - 25 человек. При распределении по полу: мужчины составили 38%, а женщины - 62%. Уровень гликированного гемоглобина составил 8,8%. Всем пациентам проводили исследование, которое включало скрининг периферической нейропатии посредством опросника - оценка общей шкалы неврологических симптомов (Total Symptoms Score, TSS). Шкала TSS включает оценку четырех основных симптомов - боль, парестезии, жжение, онемение в области стоп или голени. Оценка по TSS варьирует от 0 (нет симптомов) до 14,66 баллов (все симптомы сохраняющиеся постоянно). Исследуемые величины представлены в виде медианы, 1 и 3 квартиля. Для оценки достоверности различий показателей для трех независимых групп использовали критерий Крускала-Уоллиса. Статистически значимыми при сравнении одной пары показателей считали различия при $P < 0,05$.

Результаты исследования. Все пациенты были разделены на 3 группы: 1-ую группу больных со стажем заболевания менее 5 лет составили 15 человек, 2-ую группу с длительностью заболевания от 5 до 10 лет - 18 больных, 17 человек с сахарным диабетом более 10 лет - 3-я группа больных. У обследуемых пациентов суммарный показатель неврологического счета при анкетировании TSS составил: в первой группе больных (стаж СД менее 5 лет) - 5,56 [3,99; 7,48], во 2-ой группе (с длительностью заболевания менее 10 лет) - 5,33 [3,41; 6,9], а у пациентов третьей группы со стажем СД более 10 лет - 6,33 [2,33; 7,32], что свидетельствует о нарушении функции периферической нервной системы во всех исследуемых группах больных независимо от продолжительности сахарного диабета. Также было отмечено, что наибольший суммарный показатель при оценке неврологического статуса был достоверно выше у пациентов в 3-ей группе, по сравнению с 1-ой и 2-ой группами ($P < 0,05$), что не противоречит литературным данным. При исследовании функционального состояния периферической нервной системы у мужчин (19 человек) и женщин (31 человек) больных сахарным диабетом выявлено, что суммарные показатели неврологического счета у женщин составили 5,82 [2,24; 7,40] и были достоверно выше, чем у мужчин - 5,66 [4,16; 7,32], ($P < 0,05$).

Выводы.

1. Суммарный показатель неврологического счета, по данным анкеты TSS, характеризующий поражение периферической нервной системы у пациентов с сахарным диабетом был высоким во всех исследуемых группах, и наиболее значим у больных с длительным стажем заболевания.
2. По данным анкетирования TSS у женщин с СД 1 и 2 типа выявлено преобладание клинических симптомов диабетической полинейропатии, по сравнению с мужчинами, имеющими сахарный диабет.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОНТРОЛЯ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Кислошаева М.А., Ярко И.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: к.м.н. Муха Н.В.

Бронхиальная астма относится к одному из самых распространенных заболеваний человека, 5-8 % в общей популяции. На сегодняшний день в мире этой болезнью страдают около 300 млн. человек, причем у подавляющего большинства пациентов бронхиальная астма не контролируется. Тесная анатомическая связь органов дыхания и пищеварения, их функциональное взаимодействие и относительная общность нервно-гуморального механизма регуляции их деятельности объясняют частоту сочетанных нарушений функций этих органов. Многие проведенные исследования подтверждают связь бронхиальной астмы с различными заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

Цель. Изучение частоты встречаемости симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) у больных бронхиальной астмой в зависимости от контроля течения заболевания.

Материалы и методы. Настоящее исследование проведено у 52 пациентов с бронхиальной астмой ГУЗ "Городская поликлиника №2" и ГУЗ "Городская клиническая больница №1". Контроль течения бронхиальной астмой определялся с помощью анкетирования пациентов с использованием опросника ACQ 5. Для выявления первых симптомов ГЭРБ использовался опросник Gerd Q. Средний возраст больных бронхиальной астмой составил 46 ± 5 лет. Из них 79,9% женщин и 20,1% мужчин.

Полученные результаты. Из 52 опрошенных пациентов с бронхиальной астмой неконтролируемое течение заболевания имели 35 больных, частично контролируемое - 27 больных. Контролируемое течение не выявлено ни в одном случае.

У пациентов с неконтролируемым течением бронхиальной астмы, согласно опроснику Gerd Q, выявлена очень низкая и низкая вероятность развития ГЭРБ у 19 пациентов, что составило 54,3% от общего количества обследованных. Из них 14 женщин и 5 мужчин. 8 - 10 баллов по опроснику Gerd Q, что свидетельствует об умеренной вероятности ГЭРБ, было выявлено у 12 женщин (34,3%) и 3 мужчин (8,6%). Более 11 баллов выявлено у 1 пациента, что составило 2,8%, и свидетельствует о выраженной вероятности диагноза ГЭРБ.

У пациентов с частично контролируемым течением бронхиальной астмы, согласно опроснику Gerd Q, частота выявления очень низкой и низкой вероятности развития ГЭРБ определялась значительно чаще, и составила 78,6% от данной категории больных. Более 8 баллов по опроснику Gerd Q было выявлено у 21,4% пациентов: 5 женщин и 1 мужчины. Более 11 баллов по опроснику Gerd Q не выявлено у одного пациента.

Выводы. Неадекватный контроль течения бронхиальной астмы ассоциируется с большей частотой выявления ГЭРБ у данных пациентов.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТЫМИ КАТАСТРОФАМИ

Китаева Е.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: к.м.н. Жилина А.А.

Тесная взаимосвязь между поражениями печени и сердечно-сосудистыми заболеваниями не вызывает сомнений. Взаимосвязь со стороны сердца и печени необходимо рассматривать с двух позиций: с одной стороны, в печени наступают изменения, обусловленные первичным поражением миокарда и связанные с этим расстройства гемодинамики, кислородным голоданием и гуморальными сдвигами, а с другой стороны, патология печени может являться важным факто-

ром для возникновения или усугубления уже имеющихся сердечно-сосудистых нарушений и оказывать влияние на прогноз.

Цель работы. Изучить распространенность и выявляемость патологии печени у больных с острым нарушением мозгового кровообращения и острым коронарным синдромом (ОКС).

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 51 человек, находившихся на стационарном лечении в Краевом сосудистом центре ККБ с октября 2013 г. по февраль 2014 г., 37 из них получали лечение в отделении для больных с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК), 14 - в отделении для больных с острым инфарктом миокарда с диагнозом ОКС без подъема сегмента ST. Всем пациентам проводился опрос с целью выявления заболеваний печени в анамнезе, а также анализ биохимических показателей функции печени (уровень билирубина, активность АСТ и АЛТ) на момент поступления в стационар и в динамике.

Статистическая обработка результатов проведена в программе Statistica 6.0. Использовались методы описательной статистики (медиана, 25 и 75 процентиля), критерий Хи - квадрат. Статистически значимыми считались различия при P менее 0,05.

Результаты исследования. Установлено, что более половины больных с сердечно-сосудистыми катастрофами 29 человек (57%) имели признаки поражения печени, 22 пациента (43%) не имели таковых, при этом данные группы были сопоставимы по возрасту (67 (39; 83) лет и 67 (46; 89) лет соответственно). ОНМК с одинаковой частотой встречалось как у больных с заболеваниями печени (18 человек (62%)), так и без такового (19 пациентов (86%)), $p=0,265$. В то же время при наличии ОКС признаки поражения печени наблюдались достоверно чаще (11 человек (38%)), чем без них (3 пациента (14%)), $p=0,002$. До госпитализации заболевания печени были установлены у 13 больных (45%), при этом длительность заболевания составила 14,5 (5; 24) лет. У 16 больных (55%) признаки нарушения функции печени не нашли отражения в диагнозе. Более половины пациентов с ОНМК (61%) имели заболевания печени различной этиологии (двое больных вирусными гепатитами, один с алкогольной болезнью печени, в 2х случаях имела место смешанная этиология (вирусная + алкогольная), 6 человек страдали неалкогольным стеатогепатитом на фоне ЖКБ), у 7 больных (39%) нами был установлен криптогенный гепатит. У трети пациентов (27%) с ОКС также имели место уже установленные заболевания печени (1 больной с вирусным гепатитом, 3 человека с неалкогольным стеатогепатитом), у 7 пациентов (64%) имелись признаки криптогенного гепатита. В момент госпитализации биохимические признаки нарушения функции печени наблюдались у 22 больных (76%), при этом у 13 больных (45%) выявлено повышение активности АСТ в пределах 122 (74; 157) ЕД/л; у 11 (38%) - повышение активности АЛТ до 60 (48; 86) Ед/л; у 9 (31%) - отмечалось повышение уровня общего билирубина до 27 (25; 36,7) мкмоль/л.

Выводы. Заболевания печени различной этиологии являются частой коморбидной патологией у больных с сердечно-сосудистыми катастрофами. Однако в большинстве случаев они не находят своего отражения в диагнозе и не корректируются, что, в свою очередь, может взаимно усугубить как состояние печени, так и сердечно-сосудистый прогноз.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

Козыкина Н.В., Неделева С.О.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: к.м.н., доцент Шелудько Л.П.

Профилактическое направление всегда являлось приоритетным в здравоохранении Российской Федерации, работа активизировалась с 2013 г., когда в стране начали внедрять новый порядок диспансеризации определенных групп взрослого населения. Диспансеризация проводится в два этапа путем углубленного обследования граждан 21 - 99 лет с возрастным промежутком в 3 года при наличии информированного добровольного согласия гражданина, гражданин имеет право отказаться от проведения диспансеризации в целом либо от отдельных видов медицинских вмешательств, входящих в объем диспансеризации. Целью диспансеризации является раннее

выявление хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения, основных факторов их развития, а также потребления наркотических и психотропных средств без назначения врача; определение группы здоровья, необходимых профилактических, лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий в зависимости от состояния здоровья.

Цель работы. Оценить состояние здоровья населения, прошедшего диспансеризацию в ГУЗ "Городская поликлиника №5".

Материалы и методы исследования. Изучение результатов диспансеризации проводилось путем оценки учетных форм №131/у "Карта учета диспансеризации (профилактических медицинских осмотров)", №025/у-ПЗ "Паспорт здоровья", отчетной формы №131/о "Сведения о диспансеризации определенных групп взрослого населения".

Полученные результаты. Диспансеризацию в 2013 г. прошли 14162 человека (100% от запланированных), среди них 49,8% работающее население, 42,4% - неработающие и 7,8% составили учащиеся очной формы обучения. От прохождения диспансеризации в целом отказались 111 человек (0,78%). Направлено на 2 этап 42,8% от прошедших 1 этап диспансеризации, из них не завершили 2 этап (продолжают обследование) 19,5%. Одним из индикаторов мониторинга проведения диспансеризации является выявление факторов риска (ФР) ХНИЗ. Установлено, что 31,9% обследованных в поликлинике имеют ФР ХНИЗ, из них 79,9% имеют 2 и более ФР, большинство из которых являются модифицируемыми, что позволит при их адекватной коррекции снизить вероятность развития заболеваний. Структура ФР по результатам диспансеризации в поликлинике представлена следующим образом: 1 место - низкая физическая активность, 2 место - нерациональное питание, 3 место - высокий уровень стресса. В структуре выявленных во время диспансеризации как заболеваний, так и подозрений на них, на 1 месте болезни системы кровообращения (54,0% и 35,0%), на 2 месте - заболевания эндокринной системы (14,8% и 16,1%), на 3 месте - болезни глаз (7,7% и 10,0%). Из числа граждан, полностью завершивших диспансеризацию, 1 группу здоровья имеют 29,5%, 2 группу здоровья - 22,3%, 3 группа составляет 48,2%. По результатам диспансеризации лицам со 2-3 группой здоровья установлено диспансерное наблюдение в 5,5% случаев; назначено лечение 23,7%; дополнительно обследовано вне рамок диспансеризации 8,4%; направлено на санаторно-курортное лечение 3,4%; не выявлено лиц, нуждающихся в ВТМП.

Выводы. Диспансеризация определенных групп взрослого населения позволила выявить ранее незарегистрированные ФР и ХНИЗ. 31,9% обследованных имеют ФР заболеваний, из них почти 80% по 2 и более ФР, при этом 90,5% ФР являются модифицируемыми. Высокий и очень высокий сердечно-сосудистый риск имеют 11,2% обследованных. В структуре ХНИЗ, выявленных при диспансеризации, на I месте болезни системы кровообращения, преобладает III группа здоровья. Полученные результаты диспансеризации свидетельствуют о необходимости разработки и реализации мер по совершенствованию профилактики и раннему выявлению заболеваний с целью своевременного назначения адекватного лечения и коррекции факторов риска.

ПРОБЛЕМА ЗАПОРОВ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Коновалова Н.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: к.м.н., доцент Лузина Е.В.

Цель: изучить распространенность и адекватность коррекции запоров (З) среди пациентов различного профиля.

Задачи:

1. Исследовать распространенность З в зависимости от пола и возраста.
2. Выявить влияние соматической патологии и длительности приема лекарственных препаратов на частоту синдрома З.
3. Проанализировать адекватность лечения З.

Материалы и методы: было опрошено 219 пациентов различного профиля, находившихся под наблюдением в поликлинике № 5 и на лечении в ККБ г. Читы в период с 04.10.2013 г. по 15.02.2014 г., из них мужчин - 91 человек (42%), женщин 128 человек (58%), средний возраст $52,36 \pm 17,65$. Использовалась анкета, разработанная самостоятельно, которая включала следующие вопросы: пол, возраст, наличие хронического заболевания, прием лекарственных препаратов, наличие З, длительность страдания З, обращаемость за медицинской помощью, применение немедикаментозного лечения, лекарственных препаратов и частота приема. Под З пациенты понимали в 34 % случаев длительные интервалы между актами дефекации, в 23% - менее трех дефекаций в неделю, в 18 % - необходимость натуживания при дефекации, в 13 % - невозможность дефекации без слабительных средств, в 12 % - чувство неполного опорожнения кишечника. Статистическая обработка проводилась методом описательной статистики (программное обеспечение Биостат).

Результаты исследования. Среди опрошенных синдром З выявлен у 116 респондентов, что составило 53%. Большинство страдающих З оказались женщины (93 %) среднего возраста - $54,5 \pm 15,6$ лет. Страдали З более 5 лет - 67% больных. Синдром З чаще обнаруживался у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями: при гипертонической болезни - 19,1 %, при стенокардии - 17,3%, при сочетании гипертонической болезни и стенокардии - 29,3%. При заболеваниях пищеварительной системы З имели место: у 16 человек (13,7%) с хроническим панкреатитом, у 4 человек (3,4%) с хроническим гастритом, у 4 (3,4%) - с хроническим холециститом. Хронический пиелонефрит был обнаружен у 4 пациентов (3,4%). Заболевания эндокринной системы оказали влияние на формирование З у 5 человек (4,3%): сахарный диабет - 3 (2,5%), заболевания щитовидной железы - у 2 (1,8%). З встречался у 5 человек с ревматологическими заболеваниями, среди которых у 1 (0,9%) диагностирован остеоартроз, у 1 (0,9%) - ревматизм, у 3 (2,5%) - ревматоидный артрит. Среди страдающих З у 2 пациентов (1,8%) диагностирована бронхиальная астма. Пациенты, имеющие синдром З, в 55% случаев принимали иАПФ, в 51% - препараты аспирина, в 44 % - статины, в 32 % - кардиометаболические препараты, в 15% - диуретики, в 14 % - В-адреноблокаторы, в 11 % - ферментные препараты. За медицинской помощью по поводу З обращались 46 человек, что составило 40%. Многие респонденты, для нормализации стула, использовали немедикаментозные методы: в 29% - стакан воды по утрам, 22% - массаж живота, 18% - обильное употребление клетчатки, 18 % - значительное употребление воды, 8 % - физические упражнения. Лекарственные препараты применяли 54 анкетированных (47%), из которых половина (29 человек) использовали препараты сенны, 30 % (16 человек) - препараты лактулозы и 17 % (9 пациентов) пикосульфат натрия, причем 22 % опрошенных принимали слабительные ежедневно, 48 % - 2-3 раза в неделю, 15% - 1 раз в неделю, 9 % - 1 раз в месяц, 6 % - эпизодически.

Выводы:

1. Запор - это синдром, которым страдает половина пациентов с различными заболеваниями внутренних органов. Чаще всего запор встречается у женщин в возрасте $54,5 \pm 15,6$ лет.
2. На формирование запора оказывают влияние заболевания сердечно-сосудистой системы и прием ингибиторов АПФ, препаратов аспирина, статинов.
3. Лечение запоров является не адекватным, меньше половины больных обращаются за медицинской помощью. Из медикаментозных средств чаще используются раздражающие слабительные, имеющие низкий профиль безопасности.

**КОНТРОЛЬ ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ
МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ**

Коноплева С.В., Жапова Н.Б.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: к.м.н. Жигула З.М.

Распространенность острых нарушений мозгового кровообращения сегодня приняла масштабы мировой катастрофы: ежегодно в мире развивается около 20 миллионов инсультов, почти 5

миллионов людей умирают от сосудистых заболеваний головного мозга, только 10% больных возвращаются к прежнему уровню жизни.

Цель исследования. Выявить и оценить контроль факторов риска у больных с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК).

Материалы и методы исследования. Проведено клиническое обследование и анкетирование 65 пациентов (69% женщин и 31% мужчин), находящихся на лечении в отделении для больных с ОНМК на базе Краевой клинической больницы с ноября 2013 г. по февраль 2014 г. Курация больных проводилась на 10-12 сутки от момента госпитализации. Выяснялись анамнез заболевания, фоновые и сопутствующие заболевания, длительность артериальной гипертензии, средние и максимальные значения артериального давления до госпитализации и на момент курации. Оценивались липидный спектр, наличие фибрилляции предсердий по данным ЭКГ и холтеровского мониторирования, определялись риски тромбоэмболических осложнений при фибрилляции предсердий по шкале CHA₂DS₂-VASc и риск кровотечений по шкале HAS-BLED. После выявления факторов риска ОНМК оценивалось наличие и регулярность приема гипотензивных, антитромбоцитарных и гиполипидемических препаратов. Статистическая обработка проводилась с помощью пакета программ "Microsoft Excel 2007" с использованием непараметрических методов.

Результаты исследования. Клинический материал исследования составили 65 больных, средний возраст которых составил 65 [59; 74] лет, из них 97% (63 чел.) - с ишемическим ОНМК и 3% (2 чел.) - с геморрагическим инсультом. При этом среди больных с ишемическим инсультом 29% (18 человек) имели уже повторное ОНМК. Фоновыми заболеваниями были: гипертоническая болезнь 100%, атеросклероз - 69% (45 человек), ИБС - 48% (31 человек), сахарный диабет - 15% (10 человек), хроническая ревматическая болезнь сердца - 1,5% (1 человек). В стационаре у всех обследованных больных выявлено повышение артериального давления (АД). Артериальная гипертензия (АГ) на догоспитальном этапе была диагностирована у 80% (52 больных), цифры АД соответствовали 2 и 3 степени АГ с максимальными подъемами АД до 220-240/100-120 мм. рт.ст. - у 9,6% (5 чел.). Постоянно гипотензивные препараты принимали только 54% пациентов (28 чел.). Целевой уровень АД на догоспитальном этапе достигнут только у 23% больных (12 человек), а на момент курации в стационаре в 100% случаев. Дислипидемия имела место у 86% пациентов (56 чел.), при этом гиполипидемические препараты постоянно получали 22% (14 человек). У 29% (19 чел.) больных выявлена фибрилляция предсердий: постоянная форма - 84% (16 чел.), пароксизмальная форма - 16% (3 чел.). При наличии фибрилляции предсердий у 42% (8 человек) диагностирован повторный ишемический инсульт. У данных больных средний балл по шкале CHA₂DS₂-VASc составил 6 [4,5;6,5;], по шкале HAS-BLED 3 [2;3], что говорит о высоком риске тромбоэмболических осложнений и умеренном риске кровотечения. При этом антикоагулянтная терапия амбулаторно не применялась ни в одном случае. В стационаре у 89% больных (17 чел.) с фибрилляцией предсердий назначены пероральные антикоагулянты в виде дабигатрана этексилата и варфарина. Следует отметить, что сочетание фибрилляции предсердий, дислипидемии, артериальной гипертензии наблюдалось у 17 больных, что составляет 89% больных с ФП и 26% всех проанкетированных больных. Несмотря на высокий риск сердечно-сосудистых осложнений, дезагрегантную терапию (ацетилсалициловая кислота 75-100мг в сутки) на амбулаторном этапе получали 46% пациентов (30чел.), в стационаре - 97%.

Выводы. У пациентов с ОНМК выявлена высокая частота встречаемости АГ (100%), дислипидемии (86%), фибрилляции предсердий (29%), и имеет место низкий медикаментозный контроль данных факторов риска на амбулаторном этапе, что приводит к развитию сердечно-сосудистых катастроф.

ВНЕЗАПНАЯ ОСТАНОВКА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Кочнева А.А., Эпова Е.Д.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: к.м.н. Лукьянов С.А.

Внезапная остановка сердца (ВОС) у больных, госпитализированных из-за тяжелой респираторной инфекции, является нерешенной проблемой. Часто ВОС развивается и за пределами отделения интенсивной терапии (ОРИТ), что было продемонстрировано в ряде зарубежных исследований и регистров. Тем не менее, прогностические маркеры ВОС все еще неясны.

Цель работы. Анализ частоты ВОС при тяжелой респираторной инфекции и изучение факторов, связанных с ней.

Материалы и методы. В проспективное исследование были включены 55 пациентов с тяжелыми респираторными инфекциями в ОРИТ и терапевтическом отделении. Диагноз тяжелой инфекции нижних дыхательных путей (ИНДП): внебольничной или нозокомиальной пневмонии был установлен согласно клиническим рекомендациям Российского/ Европейского респираторного общества (РРО, European Respiratory Society). Респираторные инфекции были верифицированы на основании наличия инфильтрации легочной ткани на рентгенограмме грудной клетки или снимках компьютерной томографии. Заболевание у всех больных имело тяжелое течение на основании критериев РРО/ATS/ERS. Все пациенты получали дополнительный кислород или респираторную поддержку, антибиотики и инфузионную терапию. Всем больным проводились следующие процедуры исследования: физикальные данные (ЧДД, SpO₂, ЧСС, АД), общеклинический лабораторный минимум (о/а крови, б/х крови, коагулограмма, электролиты, газовый состав артериальной крови), которые оценены при поступлении и через 24 часа с момента поступления. Для статистической обработки применяли методы непараметрической статистики (критерий Колмогорова - Смирнова), для выявления предикторов рассчитывали многофакторный регрессионный анализ в программе Statistica 6.0.

Результаты исследования. Несмотря на проводимую интенсивную терапию, 22 пациента (40%) умерли. Внезапная остановка сердца наступила в 8 случаях (36,3% всех смертельных случаев), что было интерпретировано как смерть при отсутствии септического шока или полиорганной дисфункции, на фоне ясного сознания. Вероятной причиной ВОС была возможная фатальная аритмия. Пациенты, у которых наступила ВОС, были сопоставимы по возрастной и гендерной структуре с выжившими больными и пациентами, умершими от ОДН/ сепсиса. Также было установлено, что в группе ВОС отмечались: значимо более высокий уровень ЧДД при поступлении: 30 [29; 31] в минуту против 24 [19; 27], значимо более низкий уровень SpO₂ через 24 часа: 90 [88; 93] % против 94 [90; 96] %, значимо более высокий уровень фибриногена: 11 [9; 14] г/л против 4,95 [3,3; 8,2] г/л и значимо более высокий уровень D-димера плазмы при поступлении: 1450 [575; 2000] нг/мл против 250 [200; 500] нг/мл соответственно. Многофакторный регрессионный анализ показал, что основными предикторами ВОС были: низкий показатель SpO₂ (<90%) через 24 часа с момента поступления: $-0,91 \pm 0,07$ ($p < 0,05$), высокий уровень ЧДД (>25) через 24 часа с момента поступления: $0,48 \pm 0,05$ ($p < 0,05$), низкий уровень систолического АД (<100 мм.рт.ст.) через 24 часа с момента поступления: $-0,31 \pm 0,07$ ($p < 0,05$) и низкий уровень сывороточного калия $-0,4 \pm 0,05$ ($p < 0,05$).

Выводы. Внезапная остановка сердца - частое осложнение тяжелых ИНДП (36,3% в структуре летальности), важнейшими предикторами которого являются низкий уровень SpO₂, тахипноэ, артериальная гипотония и низкий уровень сывороточного калия. Механизм ВОС при тяжелой ИНДП требует дальнейшего изучения.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Кривошапко Д.В., Мажиева А.С., Единархова К.Д.

Читинская государственная медицинская академия, г. Чита

Научные руководители: к.м.н., доцент Цырендоржиева В.Б., к.м.н., доцент Нимаева Д.Ц.

В настоящее время классификация тяжести бронхиальной астмы у пациентов, получающих лечение, основана на наименьшем объеме терапии, которая требуется для поддержания контроля над течением заболевания. На стационарное лечение поступают больные чаще с бронхиальной астмой средней тяжести и тяжелой персистирующей астмой. Если контроль астмы остается субоптимальным после добавления длительно действующих β_2 -агонистов (ДДБА), доза ингаляционных стероидов в эквиваленте БДП должна быть увеличена до 800 мкг/сутки, максимальная доза ИГКС до 1000 мкг в эквиваленте БДП. У взрослых с недостаточным контролем астмы на низких дозах ИГКС добавление ДДБА более эффективно, чем увеличение дозы ИГКС, в снижении частоты обострений, требующих применения пероральных стероидов. Ингаляторы, содержащие фиксированные комбинации, гарантируют применение ДДБА только вместе с ИГКС и могут улучшать комплаентность. Кроме этого, рекомендуют добавление антилейкотриеновых препаратов и теофиллинов замедленного высвобождения. Высокие дозы ингаляционных стероидов могут применяться с помощью дозированных аэрозольных ингаляторов (ДАИ) со спейсером или через небулайзер. Базисная терапия больных бронхиальной астмой позволяет добиться достижения и поддержания клинического контроля над заболеванием в течение длительного периода времени с учетом безопасности терапии, стоимости лечения и удовлетворения пациента достигнутым уровнем контроля.

Цель работы. Выяснить частоту назначения базисной терапии больным бронхиальной астмой в амбулаторных условиях и в стационаре.

Материалы и методы исследования. Нами проведено исследование в стационаре 22 больных с бронхиальной астмой, средний возраст которых 60,6 лет, женщин 18 чел., мужчин - 4. Продолжительность заболевания 15,4 лет.

Результаты исследования. С тяжелой персистирующей астмой обнаружено 7 пациентов, средней тяжести - 15 пациентов. Спектр сопутствующей патологии у наших пациентов выявлен следующий: ХОБЛ - 12 чел., гипертоническая болезнь - 12 чел., ИБС, стенокардия - 9 чел., постинфарктный кардиосклероз - 1 чел., атеросклероз аорты, мозговых артерий - 8 чел., сахарный диабет - 5 чел., ЖКБ, хронический калькулезный холецистит - 4 чел., алиментарно-конституциональное ожирение - 2 чел. Амбулаторно большинство пациентов по ДЛЮ получали ИГКС (77,3%): симбикорт - 7 чел., серетид - 5 чел., тевакомб - 3 чел., беклазон - 4 чел., таблетированный преднизолон - 7 чел., спирива - 3 чел. (13,6%). В условиях стационара больные среднетяжелой и тяжелой астмой получали интенсивную терапию системными стероидами парэнтерально в суточной дозе до 210-340 мг, per os таблетированный преднизолон по 30-40 мг/сутки коротким курсом, одновременно пульмикорт в суточной дозе до 1000 мкг через небулайзер, а также беродуал через небулайзер. В дальнейшем с переходом на (ДАИ) беклазон в суточной дозе до 1000 мкг (симбикорт 160/4,5 мкг по 2 дозы 2 раза в сутки, серетид 50/500 мкг по 2 дозы 2 раза в сутки, кленил-Джет 1000 мкг/сутки). Короткодействующие бронходилататоры назначались после по "требованию" до 3-4 раз в сутки.

Выводы:

1. Бронхиальной астмой страдали чаще пожилые больные, с сопутствующей патологией со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой патологией (ХОБЛ, гипертоническая болезнь, ИБС, атеросклероз), что отягощало течение процесса и требовало терапии сопутствующих заболеваний.
2. Среди пациентов астмой преобладали женщины.
3. В амбулаторных условиях более 2/3 больных получали базисную терапию по астме в большинстве случаев по ДЛЮ, что свидетельствует о достаточно высоком уровне диспансерного наблюдения за этими больными в поликлинике.

4. На этапе стационарного лечения у больных со среднетяжелой и с тяжелой астмой проводится адекватная базисная терапия астмы.
5. Следует отметить недостаточно частое назначение на амбулаторном этапе и в стационаре ДДБА, антилейкотриеновых препаратов и теофиллинов замедленного высвобождения.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ У БЕРЕМЕННЫХ С ПОЗИЦИИ РОССИЙСКОГО НАЦИОНАЛЬНОГО КОНСЕНСУСА ОТ 2012 ГОДА

Куйдина Н.А., Рожкова С.В., Цыренова Э.Д.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: к.м.н. Жилина А.А., к.м.н. Жигжитова Е.Б.

Цель работы: изучить распространенность и правильность диагностики сахарного диабета (СД) и его осложнений как у матери, так и у плода согласно нового национального консенсуса "Тестационный сахарный диабет (ГСД)" от 2012 г., оценить результаты лечения различных типов СД.

Материалы и методы. Проанализировано 4129 историй болезней пациенток Краевого перинатального центра, за период с апреля 2012 по декабрь 2013 года. Оценивали гликемию натощак, пероральный глюкозотолерантный тест (ПГТТ), наличие кетоновых тел в моче после лечения, осложнения беременности (поздний гестоз, артериальная гипертензия, пиелонефрит, преждевременные роды, аномалии родовой деятельности), УЗИ признаки диабетической фетопатии (крупный плод, многоводие, кардиомиопатия), состояние ребенка после родов по шкале Апгар. Все беременные с СД были разделены на три группы: 1 группу (1Г) составили женщины с ГСД, 2 группу (2Г) - пациентки с СД 1 типа (СД1т), 3 группу (3Г) - с СД 2 типа (СД2т). Больные в группах были сопоставимы по возрасту. Статистическая обработка проведена в программе Statistica 6.0, использовали медиану, 25 и 75 процентиля, критерии Хи-квадрат, Манна-Уитни. Статистически значимыми считали различия при P менее 0,05.

Результаты исследования. Диагноз СД имели 83 женщины (2%). 1Г составили 59 женщин (71,7%), 2Г - 11 беременных (13,3%) и 3Г - 13 женщин (15,7%). СД 1 и 2 типов в основном был установлен до беременности 8 человек (80%) и 7 человек (58%) соответственно. Во время беременности у двух женщин (20%) СД1т и у 3 пациенток (25%) СД2т были выявлены лишь в третьем триместре. Наличие ГСД чаще обнаруживалось в 3-м триместре - 31 больная (66%), реже во 2-ом - 15 человек (32%) и лишь у 1 пациентки (2%) был выявлен в первом. Уровень гликемии натощак до лечения при СД2т составил 8,5 (6,9; 10,4) ммоль/л и 6,45 (6,0; 6,9) ммоль/л при ГСД. ППГТТ проведен 17 беременным: 3 женщинам (23%) с СД2т и 14-ти с ГСД (24%), при этом у 5 пациенток с ГСД он выполнен на сроке более 28 недель, при уровне гликемии натощак 7,6 (6,6; 9,4) ммоль/л. Беременным с СД2т чаще назначалось комбинированное лечение (диета+инсулинотерапия) в отличие от женщин с ГСД (11 человек (85%) и 26 человек (45%) соответственно, $p=0,022$), при этом суточная доза инсулина в 3Г была выше (10 (6;14) Ед), чем в 1Г (6 (4;6) Ед), $p=0,005$. Целевой уровень гликемии на фоне лечения натощак не достигли 4 беременных 2Г (36%), 5 женщин (38%) 3Г и 12 пациенток (21%) 1Г, что составило 25% от общего числа беременных с СД. Кетоновые тела в моче на фоне лечения были выявлены у 4 беременных (36%) 2Г, у 9 (69%) - 3Г и 14 - 1Г (24%), при этом достоверно чаще кетоновые тела выявлялись при СД 2 типа, чем при ГСД ($p=0,005$). Осложнения беременности с одинаковой частотой встречались при различных типах диабета: 10 пациенток с СД1т (90%), 10 (77%) - с СД2т, 43 (74%) - с ГСД. УЗИ признаки диабетической фетопатии наблюдались у 5 женщин (45%) 2Г, у 8 (63%) - 3Г и у 14 (24%) - 1Г, при этом достоверно чаще встречались при СД2т, чем при ГСД, $p=0,021$. Однако кардиомиопатия плода была выявлена только в 1Г - 2 случая (3,4%). При оценке состояния ребенка после родов наиболее часто наблюдалось оптимальное состояние новорожденного: при СД1т - 6 человек (55%), 10 детей (83%) при СД2т и 42 ребенка (89%) при ГСД. Отклонения различной степени тяжести чаще наблюдались у новорожденных от женщин с СД1т - 5 случаев (45%), реже от женщин с СД 2 типа (17%) и у 5 новорожденных (12%) родильниц

с ГСД, $p=0,036$. Однако не было выявлено статистически значимых различий между наличием отклонений у новорожденных в 1Г и 3Г.

Выводы. В диагностике и лечении СД у беременных не используются критерии нового национального Консенсуса от 2012 г., что, вероятно, способствует частому развитию осложнений как у матери, так и у плода.

При лечении различных типов диабета у 1/4 женщин не были достигнуты целевые уровни гликемии, что требует более жестких подходов к лечению и назначению инсулинотерапии.

СТРУКТУРА БОЛЕЗНЕЙ ПОЧЕК У БЕРЕМЕННЫХ ЗА 2010 - 2012 ГОД ПО ДАННЫМ ККБ

Куст Е.А., Цыжитова Б.Ц., Краснова Е.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: к.м.н., доцент Малов В.И.

Болезни почек у беременных женщин встречаются часто и представляют серьезную опасность для нормального развития гестационного процесса и плода. Это связано с тем, что нарушения работы почек ведет к нарушению многих жизненно важных функций организма, а беременность, в свою очередь, существенно увеличивает нагрузку на почки. Например, частота пиелонефрита у беременных составляет 12,2% и продолжает возрастать (по данным отдельных авторов до 20% и более).

Цель работы. Проанализировать структуру заболеваний почек у беременных, госпитализированных в нефрологическое отделение ККБ с 2010 по 2012 год.

Задачи:

1. Выявить наиболее часто встречаемые формы патологии почек у беременных.
2. Распределить формы заболевания по группам в зависимости от возраста женщины и срока гестации.
3. Рассмотреть варианты течения основной нозологической формы - пиелонефрита.

Материалы и методы исследования. Было проанализировано 245 историй болезни беременных женщин, находившихся в отделении нефрологии за период с 2010 по 2012 год, в диагнозах которых встречаются пиелонефриты и гломерулонефриты, осмотрено 23 пациентки с различными вариантами патологии почек. Возраст пациенток колебался от 17 до 43 лет. Подавляющее большинство составили беременные в возрасте 17-26 лет.

Данные собственных исследований. В результате исследований было выявлено, что наиболее часто встречаемая форма заболевания почек у беременных за период с 2010 - 2012 годы - пиелонефрит (см. табл.).

Таблица

Заболевания почек у беременных

Нозологическая форма	Количество больных	Процент
Острый гестационный пиелонефрит	22	8,9
Рецидив хронического пиелонефрита	181	73,9
Хронический гломерулонефрит	23	9,4
Врожденные аномалии развития почек	19	7,8

Следует отметить, что гестационный пиелонефрит мы наблюдали в третьем триместре беременности, в то время как вторичные пиелонефриты и гломерулонефрит выявлялись у пациенток гораздо раньше, преимущественно в первой половине беременности. При остром гестационном пиелонефрите в начале заболевания преобладали общие симптомы тяжелого инфекционного процесса, причем местные проявления отсутствовали или были слабо выражены.

Хронический пиелонефрит протекал, как правило, латентно, либо проявлялся малой симптоматикой в виде общей слабости, тупых болей в поясничной области, усиливающихся при физической нагрузке или движении. У некоторых пациенток имело место повышение АД, которое, скорее всего, было обусловлено беременностью, а не пиелонефритом. Гломерулонефрит протекал по смешанному варианту. Он проявлялся отеками и артериальной гипертензией, а также ЭКГ признаками гипертрофии левого желудочка. В моче преобладала микрогематурия, цилиндурия. Гестоз выявляется почти у половины больных с гломерулонефритом (чаще на 28 неделе), в связи с этим перевод в перинатальный центр.

Выводы:

1. Наиболее частой формой заболеваний почек у беременных является пиелонефрит.
2. В первой половине беременности выявляются хронические пиелонефрит и гломерулонефрит. Острый гестационный пиелонефрит возникает в третьем триместре беременности.
3. Хронический пиелонефрит протекает у беременных по латентному варианту, что следует иметь в виду в тактике выявления заболевания на амбулаторном этапе.

КОНТРОЛЬ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Людвигевич С.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: д.м.н. Филев А.П., к.м.н. Муха Н.В.

Повышенная частота сердечных сокращений (ЧСС) является независимым фактором риска, увеличивающим общую смертность, частоту внезапной сердечной смерти и смерти от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Эта зависимость имеет место как в общей популяции, так и в отдельных подгруппах: пожилых больных, пациентов с артериальной гипертензией (АГ), инфарктом миокарда (ИМ), сахарным диабетом, больных с установленным диагнозом ишемической болезни сердца (ИБС).

Цель работы: оценить контроль ЧСС у больных с артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы: проведен анализ 65 амбулаторных карт пациентов ГУЗ "Городская поликлиника №2" за 2013 год с артериальной гипертензией I - III степеней I - II стадии (по классификации ВОЗ 1999 г.) группы высокого общего сердечно-сосудистого риска. Проводилась оценка частоты сердечных сокращений (ЧСС) по данным протоколов суточного профиля артериального давления и антигипертензивной терапии.

Результаты исследования. Все пациенты принимали комбинированную антигипертензивную терапию, представленную препаратами таких групп как блокаторы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, бета-блокаторы, диуретики, блокаторы кальциевых каналов. В 32% случаев пациенты не принимали препараты, обладающие пульс-урежающим действием. В данной категории пациентов целевой уровень АД не был достигнут в 76% случаев, а средняя величина ЧСС составила $78,4 \pm 8,2$ уд./мин. В 24% случаев достигнут целевой уровень АД, а средняя ЧСС составила $68,4 \pm 5,2$ уд./мин. 68% пациентов в рамках гипотензивной терапии принимали препараты влияющие на ЧСС. Неконтролируемая АГ зарегистрирована у 58% данной категории больных, а средний уровень ЧСС оказался достаточно высоким и составлял $76,2 \pm 8,7$ уд./мин.; в 10,6% случаев она была выше 80 уд./мин. В 11,4% случаев ЧСС была в пределах нормы и составила $59,4 \pm 6,2$ уд./мин. Средняя ЧСС у пациентов с АГ, достигшим целевой уровень АД, составил $62,3 \pm 5,6$ уд./мин.

Выводы:

1. Пациентам с АГ необходим адекватный контроль ЧСС.
2. Повышенный уровень ЧСС у пациентов с АГ ассоциируется с потребностью в назначении препаратов, обладающих пульс-урежающим действием.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТАМИ ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Маришкина К.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: к.м.н., доцент Романова Е.Н.

В настоящее время ИБС занимает лидирующие позиции в структуре заболеваний. Операция аортокоронарного шунтирования (АКШ) является самым эффективным методом лечения ИБС и позволяет пациентам улучшить качество жизни.

Цель исследования: изучение клинического течения ИБС у больных в отдаленные сроки после АКШ. Установить характер и частоту осложнений после операции АКШ у больных ИБС.

Материалы и методы: проанализированы 38 амбулаторных карт пациентов, наблюдаемых в поликлинике №5 г. Читы, которым за период с 2009 по 2012 г проведена операция АКШ. Возраст пациентов варьировал от 44 до 73 лет (средний - 61,3). Из них 19 (50%) человек трудоспособного возраста. Инвалидность 3 группы имеют 9 человек (23,6%); 2 группы - 13 (34,2%). После операции АКШ инвалидность снята у 18 человек (47,3%). Перевод из 2 группы в 3 - у 4 человек (10,5%). Перевод из 3 группы во 2 у 3 чел (7,9%). Мужчин было 31 (81,5%), женщин - 7 (18,5%). Операция аутовенозное АКШ артерий тупого края в условиях искусственного кровообращения проведена 4 больным (10,5%), маммарокоронарное шунтирование - 3 (7,9%), их сочетание - 21 (55,3%), сочетание аутоартериального АКШ артерии тупого края и маммарокоронарного шунтирования - в 10 случаях (26,3%).

Результаты исследования. Из исследованных пациентов страдают ИБС менее 10 лет - 11 человек (28,9%), более 10 лет - 27 (71%). Инфаркт миокарда (ИМ) до АКШ имел место у 34 человек (89,5%), два и более ИМ - у 11 (28,9%). Среди фоновых заболеваний ГБ наблюдалась у 34 (89,5%); СД у 17 (44,7%); ХОБЛ у 5 чел. (13,1%); АКО у 2 (5,2%); хрон. пиелонефрит у 5 (13,1%); ХРБС у 1 (2,6%). Показанием для АКШ послужили данные КАГ: окклюзия и субокклюзия ветвей коронарных артерий в 33 случаях (86,8%), окклюзия и субокклюзия ОВ в 3 (7,9%), окклюзия ПНА в 28 (73,6%), ЗМЖВ - 7 (18,4%), 2 ДА - 2 (5,2%), ОА - 12 (31,5%), ПА - 3 чел. (7,9%), 1 ДА - 3 (7,9%), ПКА - 8 (21%), 2 ВТК - 2 (5,2%), ПЖ - 2 (5,2%). Стенозы всех ветвей зарегистрированы у 25 человек (65,7%). Стенозы ПНА у 8 (21%), ПКА у 12 (31,5%), ПА у 1 (2,6%), ЛКА у 4 (10,5%), ОА у 6 (15,7%), 1 ДА у 6 (15,7%), ВТК у 6 чел. (15,7%), 2 ДА у 3 (7,9%), ОВ у 2 (5,2%), 2 ВТК у 1 (2,6%). Регистрация сочетания окклюзии и стеноза выявлена у 24 человек (63,1%); две и более ветви окклюзии - у 22 (57,8%), две и более ветви стеноза - у 12 чел. (31,5%). По данным КАГ, проведенных после АКШ: шунты к ДВ и ПКА контрастировать не удалось у 4 человек (10,5%) вследствие окклюзии шунта, из них 3 не принимали назначенную терапию. Остаточные стенозы и диссекция не выявлены у 34 чел. (89,4%). Ранние осложнения в виде нарушений ритма и проводимости зарегистрированы у 14 чел. (36,8%), гемогидроторакс слева у 4 (10,5%). Поздние - хронический остеомиелит грудины, инфицированная рана груди у 4 (10,5%). Сочетание 2-х и более осложнений имело место у 6 больных (15,6%). Не выявлено осложнений у 17 (44,7%). Постоянно наблюдаются у кардиолога и принимают назначенные препараты (бета-блокаторы, ингибиторы АПФ, статины, дезагреганты) - 26 чел. (68,4%), не наблюдаются и не принимают назначенную терапию в полном объеме - 12 чел. (31,5%).

Выводы. КАГ проводилась преимущественно у пациентов с ИБС длительного течения на фоне ГБ (89,5%) и СД (44,7%). Показанием для проведения АКШ по данным КАГ послужили окклюзии и субокклюзии коронарных артерий (86,8%) с преимущественной локализацией в ПНА (73,6%), ОА (31,5%), ПКА (21%). У 25 чел. перед АКШ зарегистрировано стенозирование с локализацией в ПКА (31,5%), ОА и ВТК (15,7%). При этом комбинированные поражения коронарных артерий имели место в 63,1% случаях. После операции АКШ окклюзия шунта зарегистрирована в 10,5%, в том числе в 7,9% пациенты не принимали назначенную терапию в полном объеме. Остаточный стеноз и диссекция не были выявлены в 89,4% случаях. В ранний послеоперационный период наиболее часто наблюдались нарушения ритма и проводимости (36,8%). Гемогидроторакс слева развивался в 10,5%. Хронический остеомиелит грудины, инфицирован-

ная рана груди в 10,5%. Необходим тщательный контроль у кардиолога, приверженность к назначенной терапии для избежания осложнений после реваскуляризации миокарда.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПУЛЬС ТЕРАПИИ ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИИ

Миронова С.Ю.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: к.м.н. Серкин Д.М.

Эндокринная офтальмопатия - аутоиммунное заболевание, представляющее комплексное поражение тканей орбиты и сопровождающееся инфильтрацией, отеком и пролиферацией ретробульбарных мышц, орбитальной клетчатки и соединительной ткани. Заболеваемость достигает 16 случаев на 100 000 населения в год.

Цель работы: оценить качество жизни до и после пульс терапии эндокринной офтальмопатии.

Задачи: исследовать качество жизни до пульс терапии, через 7 дней и через 30 дней после проведения пульс терапии эндокринной офтальмопатии.

Материалы и методы. Исследуемую группу составили 30 человек с эндокринной офтальмопатией в возрасте от 35 до 73 лет. Оценка проводилась с помощью опросника GO-QOL до, через 7 дней и через 30 дней после проведения пульс терапии эндокринной офтальмопатии. Сравнение групп проводилось с помощью критерия хи-квадрат, отличия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждения. До лечения большинство пациентов (87%) оказались неудовлетворенными качеством жизни по данным опросника GO-QOL. Через 7 дней после проведения пульс терапии эндокринной офтальмопатии, качество жизни значительно улучшилось. Удовлетворенных качеством жизни оказалось 93% ($p < 0,005$). Через 30 дней после пульс терапии эндокринной офтальмопатии большинство пациентов (67%) оказались удовлетворены качеством жизни ($p < 0,005$ по сравнению с показателями до лечения; $p < 0,01$ по сравнению с полученными данными через 7 дней). Улучшение качества жизни пациентов после проведения пульс терапии эндокринной офтальмопатии связано с уменьшением основных беспокоящих пациентов симптомов, при относительно хорошей субъективной переносимости терапии. Статистически значимое снижение качества жизни через 30 дней после проведения пульс терапии эндокринной офтальмопатии по сравнению с 7 днем, вероятно, объясняется прогрессирующим характером течения заболевания и возможной необходимостью повторения курса пульс терапии.

Выводы:

1. При эндокринной офтальмопатии обнаружено снижение качества жизни пациентов.
2. Через 7 и 30 дней после проведения пульс терапии эндокринной офтальмопатии большинство пациентов удовлетворены качеством жизни.
3. Максимальная удовлетворенность качеством жизни пациентов зафиксирована на 7 день после проведения пульс терапии эндокринной офтальмопатии.

ИСХОДЫ ОПЕРАЦИЙ ПО ПРОТЕЗИРОВАНИЮ КЛАПАНОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПО ДАННЫМ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ

Окладникова Ю.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: к.м.н. Щаднева С.И., Белозерцева Л.В.

Среди болезней системы кровообращения хроническая ревматическая болезнь сердца (ХРБС) занимает 4 место после артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, ин-

сульта. Процент операций протезирования клапанов при ХРБС по данным различных центров около 25%. Актуальность проблемы возрастает с увеличением количества операций на клапанах сердца, необходимостью в постоянной антикоагулянтной терапии, связанной с большим риском осложнений. В Забайкальском крае на 2013 год зарегистрировано 1877 человек с ХРБС.

Цель исследования. Оценить исходы оперативного лечения клапанных пороков у больных с хронической ревматической болезнью сердца и определить частоту наиболее часто встречаемых тяжелых послеоперационных осложнений.

Материалы и методы. Проведен анализ больных с ХРБС, находившихся на лечении в отделении ревматологии ККБ №1 г. Читы с 2009 по 2013 гг. Использовались методы дескриптивной статистики, количественные переменные не исследовались. Для оценки статистической достоверности различий применялся расчет критерия Хи-квадрата Пирсона. Нулевая гипотеза отвергалась при значении $p < 0,05$.

Результаты исследования. В отделении ревматологии ККБ №1 за этот период пролечено 410 больных с ХРБС, из них с протезированными клапанами сердца - 269 пациентов. Одноклапанное протезирование митрального клапана было проведено 128 пациентам (48%), протезирование аортального клапана - 63 пациентам (24%), комбинированное протезирование митрального, аортального клапанов и пластика трикуспидального клапана - 78 пациентам (28%). По времени, прошедшему после операций протезирования клапанов сердца, пациенты разделились следующим образом: 1-3 месяца после операции - 27 больных (10%), от 3 месяцев до года - 84 больных (31,3%), больше года после операции - 158 пациентов (58,7%). У 194 больных (72%) были выявлены осложнения, из них: тромбоэмболии (ТЭ) - у 23 больных (11,9%), инфекционный эндокардит (ИЭ) - у 95 (48,9%), дисфункция протеза - у 10 пациентов (5,2%), тромбоз протеза - у 5 (2,6%), рестенозы (площадь митрального клапана менее 1,5 см², площадь аортального клапана меньше 1,0 см²) - у 61 (31,4%). В первые три месяца послеоперационного периода регистрировались: ИЭ у 3 пациентов (в 1,5%) и ТЭ (ОНМК) у 1 больного (0,5%); в период от 3 месяцев до 1 года у 14 пациентов (7,2%) выявлен ИЭ, у 4 (2%) - ТЭ, в 2 случаях (1%) - дисфункция протеза, у 2 пациентов (1%) - тромбоз протеза; в отдаленные сроки более года после протезирования клапанов ИЭ диагностирован у 78 пациентов (40,2%), ТЭ - у 18 (9,4%), дисфункция протеза - у 8 (4,2%), тромбоз протеза - у 3 (1,5%), рестенозы - у 61 (31,5%) ($p < 0,05$). В повторном оперативном лечении нуждались 5 человек (в связи с дисфункцией протезов клапанов).

Всем пациентам проводилась антикоагулянтная терапия, лечение хронической сердечной недостаточности. Больным с вторичным инфекционным эндокардитом проводилась антибактериальная терапия, в большинстве случаев назначался ванкомицин, с 2013 года препаратом выбора являлся кубизин. За период наблюдения зарегистрировано 13 летальных случаев (4,8% от общего количества прооперированных больных), причинами их явились: тромбоз протеза - 5 случаев (38,4%); ТЭ - 4 случая (30,8%); декомпенсация сердечной недостаточности - 4 случая (30,8%). ТЭ возникали у больных с фибрилляцией предсердий, тромбозы протезов клапанов были связаны с бесконтрольным приемом антикоагулянтов.

Выводы:

1. Осложнения после протезирования клапанов сердца при ХРБС чаще возникают в отдаленные сроки после операций (более года).
2. Самым частым осложнением является вторичный инфекционный эндокардит.
3. Тромбоэмболические осложнения развиваются на фоне фибрилляции предсердий и высокой активности инфекционного эндокардита.
4. Причина летальных исходов в большинстве случаев - тромбоз протеза клапана.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РЕАКТИВНЫХ АРТРИТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИДЕНТИФИКАЦИИ ТРИГГЕРНОГО ВОЗБУДИТЕЛЯ

Паздникова Л.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита
Научный руководитель: д.м.н. Алексенко Е.Ю.

Устранение триггерной инфекции при реактивных артритах является одной из целей лечения. В настоящее время для идентификации возбудителей используют микробиологические, иммунологические и молекулярно-биологические методы. Первые являются наиболее доказательными, однако, к моменту развития артрита признаки триггерной инфекции в большинстве случаев не определяются. Положительные результаты иммунологических методов часто расцениваются как косвенные доказательства наличия соответствующих микроорганизмов.

Цель исследования. Изучить особенности клинических проявлений реактивных артритов в зависимости от идентификации возбудителя.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ историй болезней 35 пациентов с реактивным артритом (17 мужчин и 18 женщин), находившихся на стационарном лечении в 2012-2013 годах в ККБ. Средний возраст составил $27,1 \pm 7,3$ лет. Больные были разделены на две группы: 1-я (15 человек) - с идентифицированными микроорганизмами; 2-я (20 человек) - возбудитель не установлен (у 8 обследованных не проводилось, результаты иммунологических тестов были отрицательными у 12 лиц). Возрастных и половых различий между группами не установлено. Для сравнения применялись непараметрические методы с использованием программы STATISTICA 6.1. Для сравнения частот бинарного признака использовался критерий χ^2 , при сравнении малых частот вводилась поправка Йетса на непрерывность. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования. При идентификации возбудителя методами иммуноферментного анализа и/или полимеразной цепной реакции у 10 больных выявлены положительные результаты на *Chlamydia trachomatis*, у 8 пациентов на *Ureaplasma*, в 3 случаях имело место сочетание того и другого микроорганизма. Дебют заболевания у лиц с идентифицированным возбудителем чаще сопровождался фебрильной лихорадкой (у 13 человек), тогда как во 2-й группе лишь у трех больных отмечалась температура тела выше 38° ($p=0,011$). Установлены различия по общему количеству воспаленных суставов ($6,8 \pm 1,3$ в 1-й группе против $2,6 \pm 1,2$ во 2-й группе, $p=0,047$). В группе больных с идентифицированным возбудителем значимо чаще диагностировались энтезиты подошвенной фасции и синовиты коленных и голеностопных суставов (у 14 больных 1-й группы против 7 человек 2-й группы, при $p=0,049$).

Вывод. Больные с идентифицированными триггерными микроорганизмами имеют более выраженные клинические проявления реактивного артрита: фебрильную лихорадку дебюте заболевания, большее количество пораженных суставов, частое развитие синовитов и энтезитов. Своевременное выявление триггерного возбудителя способствует назначению соответствующей антимикробной терапии и может существенно повлиять на течение и прогноз заболевания.

КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ ПРОБЫ В ОЦЕНКЕ НАРУШЕНИЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНИКОВ С НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИЕЙ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ БЕЗОПАСНОСТЬ ДОРОЖНОГО ДВИЖЕНИЯ

Пешкова С.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита
Научный руководитель: к.м.н. Щербакова О.А.

Цель работы: проанализировать степень выраженности нарушений функций вегетативной нервной системы у пациентов с нейроциркуляторной дистонией (НЦД) и гипертонической болезнью.

нию (ГБ) с помощью проведения кардиоваскулярных проб у работающих железнодорожников, обеспечивающих безопасность дорожного движения.

Материалы и методы: в исследование включены 64 мужчины, страдающих НЦД по гипертоническому типу и ГБ 1 стадии, находившихся на стационарном лечении в отделении кардиологии "НУЗ ДКБ на ст. Чита-2" в период сентябрь 2013 г. - январь 2014 г. Диагнозы выставлены на основании МКБ-10. Средний возраст больных составил 29 ± 6 лет. Всем пациентам проводилась запись электрокардиограммы с определением вариабельности ритма сердца и проведением кардиоваскулярных проб: проба с глубоким дыханием (К дых), проба Вальсальвы (К вальс), ортостатическая проба (К 30/15, снижение АДС (орто)), проба с изометрическим сокращением (прирост АДД (изо)) в программе "Поли-Спектр". По результатам проведенных проб суммировались баллы (0-1 балл - нет нарушений, 2-3 балла - умеренные нарушения, 4 и более - выраженные нарушения) на основании которых оценивалась степень нарушений симпатической и парасимпатической вегетативной нервной системы (СВНС, ПВНС, соответственно). Статистическая обработка полученных результатов проводилась при помощи программы "Statistica 6.0" непараметрическими методами (критерий Манна-Уитни, хи-квадрат χ^2). Статистически значимыми считали значения $p < 0,05$.

Результаты исследования. Первую группу составили 36 (56%) больных НЦД по гипертоническому типу, вторую группу - 28 (44%) пациентов с ГБ 1 стадией. Установлено, что у 50% мужчин 1 гр. встречалось умеренное нарушение функций СВНС и у 71% больных 2 гр., внутри групп статистически значимой разницы не выявлено ($p < 0,7$). Умеренное нарушение функции ПВНС в группе НЦД отмечалось в 61% случаев, а в группе ГБ - у 7% ($p < 0,0001$). Выраженное нарушение функции СВНС было выявлено у 7% больных ГБ, а в группе с НЦД таких изменений не отмечалось. У мужчин 1 гр. выраженное нарушение функции ПВНС встречалось в 5%, а во 2 гр. в 50% случаев ($p < 0,0001$). Установлено, что у 8% больных 1 гр. наблюдалось сочетание нарушений функций СВНС и ПВНС, а во 2 гр. в 32% случаев ($p < 0,03$). Выявлено, что пограничное значение показателей, характеризующих нарушения функций ПВНС (К дых, К 30/15) на 16% и 3% (соответственно) встречались чаще у больных НЦД, чем у пациентов с ГБ, а значение показателя, характеризующего нарушение функции СВНС (прирост АДД (изо)) на 30% у больных НЦД отмечалось чаще, чем у пациентов с ГБ. Патологические значения показателей К дых, К 30/15 у больных 1 гр. встречались реже в 1,5 и 3 раза (соответственно), чем у больных с ГБ. Патологическое значение показателя, прирост АДД (изо) на 29% было реже в 1 гр., чем во 2 гр. ($p < 0,05$). К вальс, характеризующий нарушения функции СВНС и ПВНС, в 11% наблюдался реже в 1 гр. по сравнению со 2 гр.. Изменений показателя снижение АДС (орто) в группе НЦД не встречалось, тогда, как в группе с ГБ составило 7% больных.

Выводы: таким образом, с помощью кардиоваскулярных проб обнаружены патологические изменения вегетативной нервной системы у мужчин-железнодорожников, обеспечивающих безопасность дорожного движения, страдающих гипертонической болезнью и нейроциркуляторной дистонией. У половины больных с гипертонической болезнью 1 стадии встречались выраженные нарушения функций парасимпатической вегетативной нервной системы, а сочетанные нарушения в 4 раза чаще, чем у пациентов с нейроциркуляторной дистонией. У больных же с нейроциркуляторной дистонией по гипертоническому типу чаще встречались пограничные значения параметров, характеризующие нарушения функций парасимпатической и симпатической вегетативной нервной системы.

ИЗМЕНЕНИЯ ЭКГ-ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ЦИРРОЗАХ ПЕЧЕНИ

Распопов А.Ю.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: к.м.н. Маякова Е.И.

В последние годы отмечена отчетливая тенденция к увеличению количества больных хроническими диффузными заболеваниями печени, поэтому изучение состояния сердечно-сосудис-

той системы у больных хронической патологией печени остается актуальным.

Цель работы. Изучить длительность интервала QTc при циррозе печени.

Материалы и методы. Было обследовано 27 больных (5 мужчин, 17 женщин) в возрасте от 21 до 54 лет (средний возраст $34,9 \pm 6,9$ года) с подтвержденным циррозом печени. У 9 больных был - компенсированный цирроз печени класса А (по классификации Child-pugh); у 18 - декомпенсированный (класс В и С): класс В у 9 и класс С у 9 человек. Из исследования были исключены больные, злоупотреблявшие алкоголем, с заболеваниями печени другой этиологии, а также с нарушениями углеводного обмена, сердечно-сосудистыми и системными заболеваниями. Всем пациентам проводили электрокардиографическое исследование с определением скорректированного интервала Q-Tc по формуле Базетта: $QTc = (Q-T \text{ измеренный}) / (\sqrt{R-R \text{ измеренный}})$. В норме составляет ≤ 440 мс. Статистическая обработка данных проводилась при помощи стандартных пакетов программ. При сравнении групп использовался критерий Манна-Уитни, различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Полученные результаты. При анализе данных ЭКГ длительность интервала QTc у больных циррозом печени составила $435,3 \pm 13,8$ мс. Было отмечено нарастающее удлинение интервала QTc по мере усугубления тяжести цирроза печени. Длительность интервала QTc составила $429 \pm 12,6$ мс у пациентов с компенсированным циррозом и $442,3 \pm 11,1$ мс у больных с декомпенсированным циррозом ($p < 0,001$). У больных декомпенсированным циррозом печени средняя длительность интервала QTc составила $442,3 \pm 11,1$ мс и превышала нормальные значения этого показателя (440 мс). У больных компенсированным циррозом печени средняя длительность интервала QTc оставалась в пределах нормальных значений. Была отмечена тенденция к увеличению длительности QTc при наличии признаков портальной гипертензии. У больных циррозом печени, сопровождающимся и не сопровождающимся портальной гипертензией, длительность интервала QTc составила $432,2 \pm 12,9$ мс и $438,4 \pm 14,1$ мс соответственно ($p = 0,046$). Длительность интервала QTc у больных циррозом печени с анемией и без анемии составила $436,8 \pm 15,2$ мс и $434,2 \pm 12,7$ мс соответственно ($p > 0,05$).

Выводы. У больных циррозом печени происходит удлинение интервала QTc более 440 мс при нарастании тяжести поражения печени и развитии портальной гипертензии. Присоединение анемии не приводит к изменению длительности интервала QTc.

СОСУДОДВИГАТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ С СОПУТСТВУЮЩИМ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Савка Р.Ф., Телеки Я.М., Олинык О.Ю.

Буковинский государственный медицинский университет, Черновцы, Украина

Научный руководитель: д.м.н., профессор Христич Т.Н.

Активация и/или повреждения эндотелия имеют фундаментальное значение в развитии широкого спектра патологических процессов. Очевидно, что оценка состояния эндотелия может иметь большое значение для расширения понимания патогенеза многих заболеваний человека, в том числе с точки зрения развития хронической воспалительной реакции и иммунного ответа на воспаление. Отсутствуют данные о нарушении функции эндотелия у больных ХОБЛ с сопутствующим хроническим панкреатитом (ХП), в то время как при этой коморбидной патологии создаются благоприятные условия для развития эндотелиальной дисфункции, а именно - гипоксия, нарушение метаболической функции легочного эндотелия, повышение и дисбаланс содержания различных биологически активных веществ (цитокинов, лейкотриенов и др.).

Целью исследования стало изучить особенности функционального состояния эндотелия у больных хронической обструктивной болезнью легких с сопутствующим хроническим панкреатитом.

Материал и методы. Обследовано 24 больных ХОБЛ, из них 16 больных ХОБЛ с сопутствующим ХП, и 7 практически здоровых лиц. Для оценки эндотелийзависимой вазодилатации рассчитывали изменение напряжения сдвига и диаметра плечевой артерии при реактивной гипе-

ремии и чувствительность артерии к напряжению сдвига ультразвуковым методом на аппарате "En Visor HP Philips". Статистическая обработка полученных результатов выполнена на персональном компьютере с использованием пакетов лицензионных программ "Биостатистика" и "Statistica for Windows версии 6.0" (Stat Soft inc., США). Вероятность разницы определяли по t-критерию Стьюдента и F-критерию Фишера для параметрических данных.

Как свидетельствуют результаты наших исследований, у больных ХОБЛ с сопутствующим ХП исходное напряжение сдвига ($30,48 \pm 1,25$ дин/см²) и напряжения сдвига на реактивную гиперемии ($40,17 \pm 1,28$ дин/см²) является существенно меньшим ($p < 0,05$), чем у больных ХОБЛ без сопутствующей патологии поджелудочной железы ($36,57 \pm 1,88$ дин/см² и $47,98 \pm 2,77$ дин/см² соответственно) и у здоровых лиц ($50,03 \pm 1,56$ дин/см² и $65,50 \pm 2,42$ дин/см² соответственно). Эти изменения подтверждают и показатели коэффициента К ($0,24 \pm 0,037$; $0,41 \pm 0,048$; $0,51 \pm 0,029$ соответственно), который указывает на чувствительность плечевой артерии к напряжению сдвига. У 15 % лиц с сочетанной патологией показатель К равен 0, что указывает на полную потерю регуляции диаметра плечевой артерии.

Вывод. У больных ХОБЛ с сопутствующим ХП течение заболеванием является отягощенным и сопровождается выраженной эндотелиальной дисфункцией, что обуславливает необходимость разработки новых подходов к лечению указанной категории больных.

ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЙ ФОСФОРНО-КАЛЬЦИЕВОГО ОБМЕНА НА КАРДИОГЕМОДИНАМИКУ У ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Сарачева Е.А., Лоншакова Н.А., Буянова О.В., Фирсова В.А., Ванечкин И.Ю.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: к.м.н. Устинова Е.Е.

Цель: изучить показатели кардиогемодинамики и их взаимосвязь с изменениями фосфорно-кальциевого обмена у пациентов с 3-5 стадиями хронической болезни почек (ХБП).

Материалы и методы. Ретроспективно были изучены истории болезни 23-х больных ХБП 3,4,5 стадиями, средний возраст которых составил 41 [30;56] год. Среди них было 47,8% (11) женщин. Все пациенты находились на лечении в отделении нефрологии Краевой клинической больницы с 2011 по 2014 годы. С диагнозом хронический гломерулонефрит было 65,2% (15) больных, хронический пиелонефрит - 13% (3), диабетическая нефропатия - 8,7% (2) и по одному человеку с рефлюкс-нефропатией, мочекаменной болезнью, ишемической болезнью почек. Нефрогенная артериальная гипертензия отмечалась у 56,5% (13) пациентов. По данным эхокардиографии оценивались тип ремоделирования миокарда и сократительная способность левого желудочка. Диастолическая функция определялась по показателям трансмитрального потока. При оценке содержания общего кальция, фосфора и интактного паратиреоидного гормона (иПТГ) в сыворотке крови за нормальные были приняты значения кальция 2,45-2,75 ммоль/л, фосфора 0,8-1,5 ммоль/л, иПТГ 11,0-67,0 пг/мл. Из исследования исключались пациенты с ХБП 1-2 стадии, пациенты, страдающие ишемической болезнью сердца и гипертонической болезнью. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программ "Microsoft Excel 2007" и "Statistika 6" с использованием непараметрических методов, расчетом корреляционного коэффициента Спирмена.

Результаты. Содержание общего кальция в сыворотке крови было снижено у всех пациентов и в среднем составило 1,49 [1,06; 2,125] ммоль/л. Повышение фосфора в сыворотке крови наблюдалось у 82,6% (19) пациентов и составило 2,125 [1,60; 2,48] ммоль/л. Повышение иПТГ отмечалось у 82,6% (19) больных и составило 366 [180,1; 526,9] пг/мл. Изменения левого желудочка выявлены у всех больных в виде гипертрофии миокарда. Из них у 60,9% (14) пациентов диагностирована концентрическая гипертрофия миокарда левого желудочка, у остальных - эксцентрическая гипертрофия. Диастолическая дисфункция отмечалась у 78,3% (18) пациентов. Фракция выброса левого желудочка составила 62 [60; 67,5]%. При проведении корреляционного

анализа статистически значимых связей между уровнем кальция, фосфора, иПТГ и показателями ИММЛЖ, ОТС, КДР не выявлено, что свидетельствует об отсутствии связи между ремоделированием миокарда левого желудочка и изменениями фосфорно-кальциевого обмена. Однако была установлена прямая корреляционная связь умеренной силы между уровнем фосфора в сыворотке крови и КСР [$R=0,51$ ($p=0,012$)], содержанием иПТГ и КСР [$R=0,49$ ($p=0,016$)], что указывает на влияние нарушений фосфорно-кальциевого обмена на сократительную способность миокарда.

Выводы.

1. У всех обследованных пациентов с ХБП (СКФ <60 мл/мин) выявлено нарушение архитектоники левого желудочка: концентрическая и эксцентрическая гипертрофии. Установлена высокая частота диастолической дисфункции миокарда левого желудочка.
2. Имеется прямая корреляционная зависимость между уровнем фосфора, иПТГ и конечным систолическим размером левого желудочка.

КОМОРБИДНЫЙ ФОН ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Селезнева И. В., Раднажапова О. Б., Первалова Т. А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: к.м.н. Морозова Е.И.

Заболеваемость и смертность пациентов от хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) продолжают расти во всем мире, что обусловлено широкой распространенностью курения. При этом смертность при данной патологии обусловлена не только необратимыми изменениями бронхолегочной системы и дыхательной недостаточностью, немаловажную роль играют и системные нарушения в организме. В последние годы все больше исследователей и клиницистов уделяют внимание проблемам коморбидной патологии, в том числе на фоне ХОБЛ. Наличие у таких пациентов сердечно-сосудистых заболеваний и других "внелегочных" проявлений связывают с наличием хронического системного воспаления. ХОБЛ в свою очередь по ряду клинических и лабораторных показателей усугубляет клиническое течение абсолютного большинства известных сегодня заболеваний, тем самым значительно повышая риск смертности у данной категории больных.

Цель работы. Оценить коморбидный фон пациентов с хронической обструктивной болезнью легких.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт 50 пациентов с ХОБЛ (23 мужчины и 27 женщин), наблюдающихся в ГУЗ "Городская поликлиника №7". Средний возраст составил $63,9 \pm 13,6$ лет. Обработка полученных данных осуществлялась с помощью пакета статистических программ Statistica 6,0 (StatSoft).

Полученные результаты. 86% больных имели среднюю степень тяжести ХОБЛ, пациенты с легкой и тяжелой степенью составили 4% и 10%, соответственно. Крайне тяжелая степень заболевания в проанализированных амбулаторных картах не встречалась. При выделении фенотипов ХОБЛ, установлено, что большинству пациентов (76%) выставился смешанный вариант течения, эмфизематозный тип составил 18%, бронхитический - 6%. Из числа всех пациентов доля курящих составила 92%, практически не отличаясь среди мужчин и женщин: 95% и 89%, соответственно. Сопутствующая патология у пациентов с ХОБЛ была представлена следующими заболеваниями: 64% - стенокардия напряжения II- III ф. кл., из них 28% в течение последнего года лечились стационарно с острым коронарным синдромом, 18 % имеют постинфарктный кардиосклероз, 3% - фибрилляцию предсердий. 66% больных наблюдаются с гипертонической болезнью, 14% перенесли острое нарушение мозгового кровообращения. Кроме того, в 10% случаев выявлен сахарный диабет 2 типа.

Выводы. Хроническая обструктивная болезнь легких встречается в равной степени у мужчин и женщин, что, вероятно, обусловлено высоким процентом курящих среди последних. Ко-

морбидные заболевания в большинстве случаев представлены сердечно-сосудистыми патологиями, при этом 32% больных уже имеют в анамнезе инфаркт миокарда и инсульт, а такие сопутствующие заболевания как сахарный диабет, артериальная гипертензия и фибрилляция предсердий на фоне уже имеющейся гипоксии запускают механизмы гиперкоагуляции крови и многократно увеличивают риск развития сердечно-сосудистых катастроф у данной категории больных.

ТАБАКОКУРЕНИЕ - АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ОБЩЕСТВА

Стифутина Е.Д., Емельянов А.С.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: к.м.н., доцент Шелудько Л.П.

Проблема табакокурения в России актуальна в связи с широкой распространенностью и высоким вкладом в преждевременную смертность населения. Согласно результатам глобального опроса взрослого населения о потреблении табака, частота курения в России - одна из самых высоких в мире, курильщиками являются 39,1% россиян. В настоящее время никотиновую зависимость расценивают как заболевание, которое необходимо диагностировать и лечить, поэтому побуждение к отказу от курения является актуальной задачей здравоохранения, позволяющей продлить жизнь и сохранить ее качество.

Цель работы. Изучить отношение к проблеме табакокурения взрослого населения различных возрастных групп, индивидуальные особенности курящих.

Материалы и методы. Проведен социологический опрос об отношении к курению 105 человек, из них 51,5% женщин. Критерием отбора явилось добровольное согласие ответить на предлагаемые вопросы. Средний возраст опрошенных составил $27 \pm 2,0$ года. Анкетирование проводилось анонимно для получения более достоверной информации. Изучены индивидуальные особенности курящих. Для определения степени никотиновой зависимости использовали опросник, разработанный Карлом Фагерстремом. Степень никотиновой зависимости оценивали по сумме баллов: 0-2 - очень слабая зависимость; 3-4 - слабая зависимость; 5 - средняя зависимость; 6-7 - высокая зависимость; 8-10 - очень высокая зависимость. Рассчитывался индекс курения, позволяющий оценить табакокурение как фактор риска развития заболеваний, по формуле: индекс курения = (число сигарет, выкуриваемых в день) \times 12.

Полученные результаты. 94% респондентов знают, что курение оказывает негативное влияние на организм человека и сопровождается значительными финансовыми затратами. Только 9% не курит и не собирается пробовать. Среди курящих 19,0% курят регулярно, значительна доля "первого употребления сигареты" в детском возрасте, "пик" начала курения приходится на подростковый период. Основной причиной начала курения 58,9% респондентов называют "любопытство". Индекс курения более 140 имеют 40,6% мужчин и 17,6% женщин, что является тревожным фактом, свидетельствующим о высоком риске развития хронической обструктивной болезни легких. 40,6% мужчин и 20,5% женщин имеют высокий уровень никотиновой зависимости. 62,0% хотят прекратить курение, основным мотивом отказа от курения (50,5%) является предполагаемое изменение образа жизни (у девушек - планирование беременности, у юношей - создание семьи и рождение ребенка). Согласно опросу 14,5% респондентов хотят углубить знания о вреде курения для того, чтобы еще раз убедиться в необходимости отказа от табака. 26,5% обратились бы за помощью к врачу для того, чтобы избавиться от никотиновой зависимости (15,0% - к психотерапевту); 8,5% указали на то, что согласны попробовать применить необходимые лекарственные средства. Вопросами анкет мы информировали о вреде курения, а также привлекали внимание к проблеме профилактики табакокурения, тем самым побуждая к решению отказа от этой пагубной привычки. Респонденты по вопросу о вреде курения имеют различные мнения: 37,0% считают, что наибольший вред от табакокурения заключается в увеличении риска онкологических заболеваний; 22,5% обозначили вред от табакокурения фразой "кто курит - живет меньше"; 21,5% полагают, что при табакокурении более вероятно развитие инфар-

кта миокарда; 10,5% считают, что курение является одним из факторов риска развития гипертонии и неврозов; 8,5% указали, что последствиями применения никотина может быть понижение интеллекта.

Выводы. Установлено, что регулярно курит каждый пятый респондент, индекс курения более 140 имеют 29%, высокий уровень никотиновой зависимости 30,5%, что требует усиления работы с населением по прекращению курения с целью сохранения здоровья и улучшения качества жизни. Желание прекратить курение у 62% опрошенных указывает на признание респондентами важности ведения здорового образа жизни. Необходимо продолжить реализацию профилактических информационно-образовательных программ, в том числе индивидуальных, цель которых - помочь населению удержаться от курения.

СКРИНИНГ САХАРНОГО ДИАБЕТА У ЖИТЕЛЕЙ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ

Тайжеева А.И., Бариданова Д.Д., Гармаева С.Б., Дадашов Р.М.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: к.м.н. Жигжитова Е.Б.

В Российской Федерации отмечают высокие темпы роста заболеваемости сахарным диабетом (СД). По данным Государственного регистра больных СД на январь 2013 г. в РФ по обращаемости в лечебные учреждения насчитывалось 3,779 млн человек. Однако 50-60 % больных СД 2 типа остаются недиагностированными. У значительной части больных к моменту установления диагноза длительность заболевания составляет 7-12 лет, при этом выявляется высокий процент сосудистых осложнений.

Целью настоящего исследования явилось определение частоты не диагностированного сахарного диабета у жителей Забайкальского края скрининговым методом.

Материалы и методы. Нами проведен скрининг СД на базе Краевой консультативной поликлиники. Уровень глюкозы в капиллярной крови исследовали в утреннее время на глюкометре "One Touch Verio Pro", после этого проводили анкетирование обследованных лиц. Полученные результаты обработаны в программе BioStat (версия 4.03, 1998 год), использовали критерий Стьюдента и χ -квадрат. Статистически значимыми считались значения $p < 0,05$.

Результаты исследования. В скрининге приняли участие 140 человек без СД в анамнезе, из них 106 были женщины, 31 - мужчины. У 53-х обследованных определялась гликемия натощак, у 84-х - случайная гликемия (не натощак, вне зависимости от времени приема пищи). Согласно полученным данным глюкоза крови натощак была $\leq 5,5$ ммоль/л у 18-ти человек, гликемия натощак оказалась повышенной ($> 5,5$ ммоль/л) у 35-ти. Средний уровень глюкозы крови натощак составил соответственно $5,1 \pm 0,08$ ммоль/л и $6,4 \pm 0,2$ ммоль/л ($p=0,0001$). Среди лиц с аномальной гликемией натощак "диабетический" уровень глюкозы был определен у 19 больных. Случайная гликемия была нормальной у большинства обследованных - 73-х человек, оказалась повышенной ($\geq 7,8$ ммоль/л) у 11-ти человек. Средний показатель случайной гликемии составил соответственно $5,9 \pm 0,09$ ммоль/л и $9,9 \pm 0,78$ ммоль/л ($p=0,0001$). У 2-х пациентов случайная гликемия была в "диабетическом" диапазоне. Таким образом, аномальная гликемия была определена у 33% обследованных лиц.

Среди респондентов с нормогликемией преобладали лица моложе 45 лет (44%), в возрасте 45-54 лет было 17,5%, 55-64 лет - 24,2% и старше 65 лет - 14,3%. Среди обследованных с гипергликемией в возрасте до 45 лет было 21,7%, в возрасте 45-54 лет - 26%, 55-64 лет - 28,3% и старше 65 лет - 24%.

Малоподвижный образ жизни и висцеральное ожирение являются модифицируемыми факторами риска развития СД 2 типа. У лиц с гипергликемией ИМТ был выше, чем у обследованных с нормогликемией ($27,5 \pm 0,58$ кг/м² и $31,5 \pm 1,01$ кг/м² соответственно; $p=0,0001$). Окружность талии была больше также у лиц с аномальной гликемией ($85,91 \pm 1,48$ см и $95,21 \pm 2,17$ см; $p=0,0001$). 87% респондентов с гипергликемией не выполняли регулярные физические нагрузки. При этом у большинства лиц с нормогликемией также наблюдался малоподвижный образ жизни (83%).

В анамнезе гликемия выше нормы обнаруживалась у 29% лиц с гипергликемией и у 16,7% респондентов с нормогликемией. Однако эта разница статистически не значима ($p=0,26$). Наследственная отягощенность по СД в группе гипергликемии отмечалась у 26,7%, а в группе нормогликемии - у 27,8% ($p=0,925$).

Выводы

1. У 1/3 всех обследованных лиц были обнаружены аномальные значения гликемии, у 46% из них гликемия находилась в "диабетическом" диапазоне.
2. Среди лиц с повышенным уровнем гликемии преобладали лица старше 55 лет.
3. Большинство респондентов как с гипер- так и нормогликемией ведут малоподвижный образ жизни.
4. У лиц с гипергликемией средние показатели ИМТ и окружности талии больше, чем у лиц с нормогликемией.

ИНСУЛЬТ КАК ПРИЧИНА СМЕРТИ И ЕГО МЕСТО В СТРУКТУРЕ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПО МАТЕРИАЛАМ КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ЗА 2010-2012 ГОДЫ

Тихоньких И.Ю., Калашникова Н.М., Мындускин И.В.

Читинская государственная медицинская академия, г. Чита

Научный руководитель: Барковская О.Н.

Огромная медико-социальная значимость цереброваскулярной патологии обусловлена широкой ее распространенностью и связанной с ней летальностью. Инсульт является одной из главных причин преждевременной смертности, занимая в списке ВОЗ второе место после ишемической болезни сердца и обгоняя раковые заболевания. Во всем мире ежегодно регистрируется 6 миллионов инсультов, из них 450 тысяч - в России. Летальность в остром периоде составляет 30-35%, а в течение года достигает 50%. 10-13% перенесших инсульт полностью выздоравливают, а остальные умирают или остаются инвалидами в той или иной степени. Частота повторных инсультов в течение последующих 5 лет достигает 50%, в первый год его вероятность составляет 10%, после чего каждый год возрастает на 5-8%.

Аспекты проблемы многообразны. В последние годы все большее значение придается вопросам первичной и вторичной профилактики. В настоящее время достаточно широко используется хирургическая профилактика ишемических инсультов в виде каротидной эндартерэктомии и стентирование сонной артерии.

Цель исследования: проведение клинко-морфологического анализа случаев смерти от инсультов по материалам Краевой клинической больницы.

Материалы и методы исследования: протоколы вскрытий больных, умерших от инсульта в ККБ за период с 2010-2012 гг. Проведен клинко-морфологический и статистический анализ 160 случаев смерти от инсульта.

Результаты исследования. Инсульты стойко занимают существенное место в структуре летальных исходов и в среднем составляют 23% от общего числа вскрытий. Подавляющее большинство летальных исходов от инсультов приходится на возраст старше 60 лет. Смерть от инсультов преобладает у мужчин 63%, у женщин - 37%. Атеросклеротические изменения представлены атеросклерозом - в 8%, атеросклерозом в сочетании с гипертонической болезнью - 62%, атеросклерозом с другими заболеваниями - в 30% случаев. Большинство инсультов связаны с атеросклерозом артерий основания головного мозга - 67%, содружественным атеросклерозом позвоночной и внутренней сонной артерии - 27%, атеросклерозом внутримозговых артерий - 6%. Атеросклеротические изменения были представлены в 2% случаев атеросклеротическими бляшками со стенозом в возрасте до 50 лет, в 41% случаев бляшками со стенозом у лиц старше 50 лет. В отдельную группу был выделен атеросклероз внутренних сонных и позвоночных артерий. Все пациенты этой группы были старше 50 лет со стенозирующим атеросклерозом. Паци-

енты именно этой категории потенциально могли бы подвергнуться профилактическому хирургическому вмешательству. Преобладали обширные ишемические инсульты с преимущественной локализацией в левом полушарии. К другим частым локализациям инсультов относились подкорковые ядра, ствол, мозжечок, продолговатый мозг. На нашем материале встретилось 9 случаев с множественными инсультами. Расхождения диагнозов были зарегистрированы в 16% случаев, в основном преобладала вторая категория расхождения диагнозов.

Выводы:

1. Инсульт как причина смерти стойко занимает существенное место в структуре летальных исходов.
2. Летальные исходы от инсультов преобладают у лиц старше 60 лет, у мужчин чаще, чем у женщин.
3. В большинстве случаев летальность от инсультов связана с атеросклеротическими изменениями сосудов головного мозга.
4. Преобладали ишемические инфаркты в левом полушарии головного мозга.
5. Расхождения диагнозов были констатированы в 16% случаев.

ДИАГНОСТИКА ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ С ПОМОЩЬЮ ОПРОСНИКА GERD-Q

Туруло Е.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита
Научный руководитель: к.м.н., доцент Лузина Е.В.

Цель работы. Изучить распространенность гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) с помощью международного опросника GerdQ среди пациентов Краевой клинической больницы (ККБ) г. Читы и амбулаторных больных.

Задачи:

1. Исследовать распространенность ГЭРБ в зависимости от пола и возраста согласно опросника GerdQ;
2. Изучить частоту сочетания ГЭРБ с другими заболеваниями внутренних органов;
3. Проанализировать влияние лекарственных препаратов на частоту формирования ГЭРБ;
4. Оценить адекватность лечения ГЭРБ.

Материалы и методы. Было опрошено 182 пациента, наблюдавшихся амбулаторно в поликлинике №7 или находившихся на лечении в ККБ г. Читы в период с 04.10.13 по 07.02.14г. Средний возраст больных составил $42,75 \pm 6,75$ лет, 31,9% мужчин и 68,1% женщин. Анкетирование проводилось с помощью международного опросника GerdQ, который включал 3 группы вопросов - по 2 вопроса в каждой. Группа А: о наличии симптомов, свидетельствующих в пользу диагноза "ГЭРБ" - изжога и регургитация. Группа В: о симптомах, которые ставят диагноз "ГЭРБ" под сомнение - тошнота и боль в эпигастрии. Группа С: о влиянии ГЭРБ на качество жизни - нарушение сна и прием дополнительных медикаментов из-за симптомов заболевания. Частота симптомов разделена на 4 пункта: отсутствие симптомов, возникновение их 1 день в неделю, 2-3 дня и 4-7 дней в неделю. Каждый из 6 пунктов оценивался от 0 до 3 баллов, максимально возможная сумма составляла 18 баллов. Диагноз "ГЭРБ" устанавливался при общей сумме ≥ 8 баллов. При сумме ≥ 11 баллов диагностировалась выраженная ГЭРБ с большой вероятностью наличия осложнений. Дополнительно задавались вопросы об имеющихся хронических заболеваниях, постоянно принимаемых препаратах и используемых средствах для купирования изжоги.

Статистическая обработка проводилась методом описательной статистики (программное обеспечение BioStat 2009).

Результаты исследования. Согласно опроснику GerdQ от 0 до 2 баллов набрали 2 человека или 1,1%; 3-7 баллов - 120 пациентов (65,9%); 8-10 баллов - 45 опрошенных (24,7%), 11-18 баллов - 15 человек (8,2%). Таким образом, ГЭРБ была диагностирована в 32,9% случаев. В

зависимости от возраста более 8 баллов имел 1 пациент 15-25 лет (1,7%); 12 в возрасте 26-40 лет (20%); 15 в возрасте 41-55 лет (25%) и 32 в возрасте 56-84 лет (53,3%). Женщины составили большинство пациентов с ГЭРБ - 68,3%, мужчины - 31,7%. По наличию хронических заболеваний органов и систем опрошенные разделились следующим образом: другие заболевания органов пищеварения имели 42 пациента (40%); сердечно-сосудистые заболевания - 34 (32,4%); эндокринную патологию - 15 (14,3%); заболевания дыхательной системы - 14 (13,3%) человек.

По поводу имеющихся заболеваний пациенты принимали следующие препараты: антиагреганты - 10 (16,7%); и-АПФ - 10 (16,7%); β -адреномиметики - 9 (15%); инсулин - 8 (13,3%); β -адреноблокаторы - 8 (13,3%); АРА-II - 6 пациентов (10%); не принимали никаких препаратов 9 пациентов (15%).

По поводу изжоги и/или отрыжки пациенты использовали раствор пищевой соды, Маалокс, Ренни, Альмагель, Фосфалюгель, Гастал, Ортонол, Гевискон. Наиболее популярными средствами у пациентов с 8-18 баллами оказались антациды, которые применяли 55 человек (91,7%); сода - 17 (28,3%) человек и молоко - 4 человека (6,67%). У 10 пациентов (16,7%) изжога и/или отрыжка не вызывали необходимости в применении каких-либо средств, т.е. купировались самостоятельно.

Вывод. Согласно опроснику GerdQ ГЭРБ встречается в 32,9% случаев среди пациентов терапевтического профиля, наиболее часто у женщин старше 56 лет. Наиболее часто встречается комбинированная патология ГЭРБ с другими заболеваниями органов пищеварительной системы и ГЭРБ с сердечно-сосудистыми заболеваниями. На частоту формирования ГЭРБ оказывает влияние постоянный прием антиагрегантов, и-АПФ и β -адреномиметиков. Лечение ГЭРБ является неадекватным, не соответствующим современным рекомендациям.

СВЯЗЬ НАРУШЕНИЯ ФОСФОРНО-КАЛЬЦИЕВОГО ОБМЕНА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Ушакова А.И.

Читинская государственная медицинская академия, Чита.

Научный руководитель: к.м.н. Серкин Д.М.

Сахарный диабет - это синдром, сопровождающийся хронической гипергликемией вследствие относительного или абсолютного дефицита инсулина. В мире в настоящее время более 385 млн. людей страдают сахарным диабетом, у 30-40% имеется артериальная гипертензия. При сахарном диабете часто встречаются нарушения фосфорно-кальциевого обмена.

Цель работы. Изучить состояние фосфорно-кальциевого обмена у пациентов с сахарным диабетом при артериальной гипертензии.

Материалы и методы. В исследование включены пациенты с сахарным диабетом, находившиеся на лечении в эндокринологическом отделении ККБ на период с января 2013 г. по февраль 2014 г., у которых проводилось определение фосфора и кальция. Проанализировано 50 историй болезней. Сравнение групп проводилось с помощью критерия Хи-квадрат. Отличия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. У пациентов с сахарным диабетом 1 типа отклонение кальция и фосфора от нормы встречалось в 39% наблюдений, фосфорно-кальциевого произведения в 28% случаев. У пациентов с сахарным диабетом 2 типа отклонение кальция от нормы встречалось в 28%, фосфора в 22%, фосфорно-кальциевого произведения в 19% наблюдений. У мужчин отклонение от нормы концентрации кальция и фосфора встречалось в 47% случаев, отклонение фосфорно-кальциевого произведения в 33% наблюдений. У женщин отклонение кальция от нормы встречалось в 26% случаев, фосфора в 20%, фосфорно-кальциевого произведения в 40% наблюдений. При достигнутом уровне артериального давления ($>130/85$ мм.рт.ст.) отклонение кальция от нормы встречалось в 35%, фосфора в 29%, фосфорно-кальциевого произведения в 16% случаев. При недостигнутом целевом артериальном давлении ($>130/85$ мм.рт.ст.) отклонение от

нормы кальция обнаружено в 26%, фосфора в 32%, фосфорно-кальциевого произведения в 26% наблюдений. Распространенность отклоненной концентрации кальция, фосфора и фосфорно-кальциевого произведения в сыворотке крови значимо отличалось при сахарном диабете 1 типа и 2 типа ($p < 0,01$), у мужчин и женщин ($p < 0,03$), при достигнутом и недостигнутом целевом артериальном давлении ($p < 0,01$).

Выводы:

1. Отклонение от нормы показателей фосфорно-кальциевого обмена при сахарном диабете 1 типа встречались чаще, чем при сахарном диабете 2 типа.
2. У мужчин с сахарным диабетом чаще обнаруживается изолированное изменение уровня кальция и фосфора (47%), чем у женщин при сахарном диабете (20-26%). Отклонение от нормы фосфорно-кальциевого произведения при сахарном диабете чаще обнаруживаются у женщин (40%), чем у мужчин (30%).
3. У пациентов с сахарным диабетом при недостигнутом целевом артериальном давлении чаще встречалось отклонение содержания фосфора (32%), фосфорно-кальциевого произведения (26%), чем при достигнутом целевом артериальном давлении. Отличное от нормы сывороточное содержание кальция чаще обнаруживалось у пациентов с сахарным диабетом при достигнутом целевом артериальном давлении.

**НАРУШЕНИЕ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ И ОЖИРЕНИЕ
У КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ**

Фёдорова Н.С., Хайдапова С.Ц., Налетова В.Н., Сущих Н.В., Цырендашиев А.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: к.м.н. Митин Н.А., Лыков А.В.

Мы едим то, что мы едим. Это классическое положение еще более правильно в наши дни, когда каждый день на нашем кулинарном горизонте появляются новые изыски. Поведение человека, связанное с приемом пищи, становится важным фактором профилактики жизнеугрожающих состояний и серьезным методом лечебного воздействия.

Цель работы. Изучить пищевое поведение пациентов с различными видами конституции.

Задачи исследования.

1. Определить распространенность ожирения у респондентов.
2. Оценить виды пищевого поведения.
3. Установить связь ожирения с различными видами поведения.

Материалы и методы. Критерии включения: 1. Добровольное согласие. Критерии исключения: 1. Сахарный диабет. 2. Сомнение в алиментарном характере ожирения.

Методика проведения: проводилось анкетирование пациентов, находившихся на стационарном лечении в отделении кардиологии ККБ. Индекс массы тела (ИМТ) оценивался по формуле $\text{вес(кг)}/\text{рост(м)}^2$.

Статистическая обработка: при анализе распределения использовались 25 и 75 процентиля, расчёт коэффициента Хи-квадрата Пирсона. Статистическая программа IBM® SPSS® STATISTICS® 21.0

Результаты исследования. В исследование вошло 107 человек, проходивших стационарное лечение в отделении кардиологии ККБ. Из них женщин 51 (47,7%), мужчин 56 (52,3%). Средний возраст испытуемых составил 61,6 год (56;68) У мужчин средний возраст 58,4 года (53;64), у женщин 65,8 лет (59;77).

Различные виды артериальной гипертензии отмечались у 91,6% респондентов (98 человек), в то время как основной диагноз у 25 пациентов (23,4%) был указан инфаркт миокарда с Q в подострой стадии, у 17 (16,2%) ОКС без Q, у 24 (22,4%) нестабильная стенокардия, у 41 человек (38,3%) различные формы хронической ИБС.

Наименьшая доля лиц с нормальной массой тела была у мужчин, всего 5,4% (3), против

13,7% (7) у женщин. Однако ожирение 1-3 ст встречалось, напротив, чаще у женщин, причем ИМТ более 30 у женщин встречался в 35,3%, против 25% у мужской подгруппы ($P=0.023$) В 17,7% (9) можно говорить о тяжёлом ожирении 2-3 ст.

4-5 кратный прием пищи относительно чаще встречался в группах нормального веса и АКО 2-3 ст. соответственно 30% и 40% против 22,9% в остальных группах ($P<0,05$). Регулярность в приёме пищи выявлена практически только у пациентов с ИМТ 20-25 (80% против 65% в группах нарушенной массы тела с $P<0,05$). Несмотря на рекомендации врача только 31,8% опрошенных соблюдали лечебную диету. Тенденции в зависимости от массы тела разнонаправлены. К сожалению, статистической достоверности различий по клиническим данным получено не было, что вероятно связано с отсутствием группы сравнения.

В плане предпочтений среди лиц с ожирением лидирует солёная пища - 60 % против 20% у лиц с нормальной массой тела и 40% респондентов с повышенной выбрали её как предпочтительную. При нормальном же значении ИМТ, напротив, любимой едой названа с мясным вкусом 60% и острая 20% и ни один пациент ни отметил пристрастия к сладкой пище. Соответствующие значения для людей с ожирением 1-3 ст. 25%, 9,4% и 18,8% ($P<0,05$). Практически все лица с нормальной массой тела (90%) предпочитают русскую кухню, в то время как большая доля лиц с ожирением 1-3 предпочитают бурятскую (19%) и другие виды национальных кухонь (22%) ($P<0,05$).

Выводы.

1. Для пациентов с ожирением при верифицированных сердечно-сосудистых заболеваниях характерен нерегулярный характер питания.
2. Пациенты с ожирением чаще любят солёное и сладкое.
3. Относительно чаще отдают предпочтение бурятской и другим видам национальных кухонь.
4. Пациентов, соблюдающих рекомендуемую диету, достаточно мало.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПЕДИАТРИИ

ОТНОШЕНИЕ МАТЕРЕЙ К ПРОБЛЕМЕ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ Бальжинимаева С.Б., Дамдинжапова И.Б., Рабданова Д. Д., Тунуханова Е.В., Петрова А.И.

Читинская государственная медицинская академия, Чита
Научные руководители: к.м.н. Емельянова О.Н., Чаванина С.А.

Рациональное вскармливание детей раннего возраста играет важную роль в обеспечении их гармоничного физического и нервно-психического развития. Изучение фактического питания детей позволит сформировать целостное представление по этой проблеме и разработать практические рекомендации по обучению матерей рациональному вскармливанию детей.

Цель исследования. Изучить информированность матерей в вопросах правильного грудного вскармливания детей раннего возраста.

Материалы и методы. По разработанной нами анкете опрошена 31 женщина городского и 40 женщин сельского населения в возрасте от 18 до 40 лет, имеющих детей от 1 года до 3 лет (средний возраст $20,1 \pm 7,2$ месяца). Исследование проведено в Краевой детской клинической больнице № 2, где были опрошены городские женщины и в Агинской окружной поликлинике, где опрашивались сельские женщины. Статистический анализ данных проводился с помощью экстенсивных и интенсивных показателей. Достоверность определялась по критерию χ^2 .

Полученные результаты. Среди респонденток городского и сельского населения имеют высшее образование - 68% и 67,5% женщин соответственно, среднее специальное - 23% и 10%, неполное среднее - 3% и 2,5%. Из женщин города и сельской местности замужем - 88% и 92,5% соответственно, разведены - 6% и 5%, незамужем - 6% и 2,5%. Кормили грудью 71,0% городских и 82,5% сельских; кормят в настоящее время - 22,6% и 17,5%; не кормили грудью - 6,4% городских, женщины сельского населения все (100%) кормили грудью. Было прекращено грудное вскармливание: в 9-12 мес. - 37,5% городского и 70% сельского населения; в 6-9 мес. - 12,5% и 7,5%; в 3-6 мес. - 25% и 12,5%; в 29 дней - 3 мес. - 12,5% и 7,5%; в 8-28 дней - 4,2% и 2,5%; 1-7 дней - 8,3% городских, а среди сельских женщин нет. Как причину перевода ребенка на искусственное вскармливание 70,9% городских женщин и 27,5% сельских отметили исчезновение молока; 16,7% и 10% соответственно - отказ ребенка; 8,3% и 4,2% соответственно - из-за болезни матери или из-за болезни ребенка. 60% сельских женщин прекратили грудное вскармливание по своему усмотрению в возрасте детей 1 год. В течение первого часа после родов были приложены к груди 74,2% детей городского и 80% сельского населения, остальные 25,8% и 20% младенцев соответственно приложены позднее. Кормили ребенка по режиму 16,1% городских и 15% сельских женщин, 83,9% и 85% - по требованию. 93,5% городских и 100% сельских женщин считают, что грудное вскармливание является лучшим для здоровья ребенка. Предпочтение адаптированным молочным смесям отдали 6,5% респондентов только городского населения. Оптимальным возрастом, до которого лучше кормить ребенка грудным молоком, 51,6% городских и 62,5% сельских матерей считают 1 год; 29,1% и 27,5% - 1,5 года; 16,1% и 10% - 2 года. Заменяют ли молочные смеси полностью грудное молоко: 87,1% городских и 92,5% сельских респондентов ответили - нет, 12,9% и 7,5% - да. Адаптированную смесь применяли 95,8% городских и 65% сельских матерей; 4,2% и 25% соответственно - молоко из тетрапакетов, а цельное коровье (10%) и козье молоко (2,5%) используют женщины только сельского населения. При сравнении показателей среди сельских и городских женщин достоверных различий не выявлено ($p < 0,01$).

Выводы. Большая часть женщин признает преимущество грудного вскармливания. Продолжительность грудного вскармливания выше среди сельского населения. В половине случаев дети женщин городского населения переведены на искусственное вскармливание в первые 6 месяцев жизни вследствие гипогалактии у матери. Однако необходимо постоянно проводить профилактическую работу по пропаганде грудного вскармливания.

РОЛЬ КОМПЬЮТЕРА В ФОРМИРОВАНИИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ У ШКОЛЬНИКОВ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ

Бухальцева А.С., Каргаполова С.Г.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: к.м.н. Михно В.А., к.м.н. Емельянова О.Н.

Цель работы. Выявить взаимосвязь между стажем работы за компьютером и формированием интернет - зависимости, стажем работы за компьютером и формированием различной соматической патологии.

Материалы и методы. Анкетирование и тестирование по опроснику Кимберли Янг 31-го школьника, на базе Краевой детской клинической больницы № 2. Полученные данные обработаны методом вариационной статистики с помощью пакета программ "Statistica" ver.6 (Stat Soft Inc., США), программы Excel. Статистический анализ данных проводился с помощью экстенсивных и интенсивных показателей. Для оценки переменных использовали определение корреляции Пирсона, критерий Манна-Уитни. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05.

Результаты исследования. В ходе нашего исследования проведено анкетирование 31-го школьника, на базе Краевой детской клинической больницы № 2. Из них 10(32%) мальчиков и 21(68%) девочек. Средний возраст детей составил $13,41 \pm 2,13$ лет. Школьники были распределены на 3 основные группы по стажу работы за компьютером: 1 группа - до 1 года, 2 группа - 1-5 лет, 3 группа - более 5 лет. В 1 группу вошли 3 человека (9%), во 2 группу - 21(68%), в 3 группу - 7 детей (24%). Использовалась анкета и тест на интернет - зависимость Кимберли Янг (адаптация Буровой). При подсчете результатов теста баллы распределяют следующим образом: 27-42 балла - минимальный риск развития интернет - зависимости, 43-64 балла - склонность к развитию интернет - зависимости, свыше 65 баллов - устойчивое формирование зависимости. В результате исследования минимальный риск развития интернет - зависимости установлен у 13 человек (42%), склонность к развитию интернет - зависимости имели 12 детей (39%), у трех школьников (9,5%) сформировалась устойчивая зависимость, 3 человека набрали меньше 27 баллов. Средний балл зависимости при стаже работы до 1г составил $42,7 \pm 3,4$ балла, от 1-5 лет - $48 \pm 1,5$ баллов (p менее 0,05), свыше 5 лет - $43 \pm 2,9$ балла.

В результате анкетирования были выявлены следующие нарушения здоровья у школьников: боли в спине - у 12 человек (39%), нарушение осанки - у 11 (35%), боли в руках - у 9 (29%), заболевания глаз - у 8 (26%) детей, нарушение сна - у 9 (29%).

В ходе исследования установлена средняя, прямая корреляционная связь между стажем работы и интернет - зависимостью ($r=0,4$, p менее 0,05).

Вывод. Таким образом, установлено, что использование компьютера в процессе воспитания, обучения и досуговой деятельности детей и подростков, способствует снижению показателей функционального состояния организма школьников, развитию у них психологической зависимости от компьютера, а также развитию патологических состояний опорно-двигательной, зрительной систем и центральной нервной системы.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ И СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ДЕТЕЙ УМЕРШИХ ОТ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА, ПО ДАННЫМ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО ПАТОЛОГОАТОМИЧЕСКОГО БЮРО ЗА 2009 - 2013 ГОДЫ

Гаймоленко Д.С., Дугаржапова Т.Р., Перфильев И.А., Цыденова Д.М.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: Вайгандт О.Н.

Некротизирующий энтероколит (НЭК) - основное заболевание органов желудочно-кишечного тракта у новорожденных, требующее проведения интенсивной терапии и зачастую опера-

тивного вмешательства. Несмотря на достижения неонатальной реаниматологии, летальность при данном патологическом состоянии, особенно у недоношенных детей, остается достаточно высокой.

Цель исследования. Проведение морфологического и статистического анализа случаев смерти детей от некротизирующего энтероколита.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ 20 протокол - карт патологоанатомических вскрытий и 6 карт гистологических исследований. Анализ исходной информации проводился с применением программы MS Excel.

Результаты исследования. Из 20 проанализированных протокол - карт патологоанатомических вскрытий 17 случаев (85%) с некротизирующим энтероколитом были представлены основным клиническим, либо комбинированным заболеванием, в 3 случаях (15%) - осложнением основного (не подтвердился после аутопсии). В 10 случаях из 17 клинический диагноз был подтвержден после вскрытия и по годам распределился следующим образом: 2009 г - 1 случай (10%), 2010 г - 4 случая (40%), 2011 г - 1 случай (10%), 2012 г - 2 случая (20%), 2013 г - 2 случая (20%). Мальчики преобладают над девочками 70% и 30% соответственно. Все дети родились недоношенными, со сроком гестации 29 ± 5 недель, средний вес составил 1415 ± 643 гр. Средняя продолжительность жизни составила 29 ± 16 дней. Из 10 детей с подтвержденным патологоанатомическим диагнозом, оперативное лечение проводилось у 9 (90%) детей: 3 выполнены лапаротомия, либо лапаротомия с санацией и дренированием брюшной полости, 6 детям произведена резекция кишки, где прижизненная гистологическая картина соответствовала некротизирующему энтерокоlitу: язвенные дефекты, обилие новообразованных сосудов, отек, лимфоидно-лейкоцитарная инфильтрация, наложение фибрина, диффузные кровоизлияния, очаги некроза, эрозии. Тяжесть состояния 1 (10%) ребенка не позволило провести оперативного вмешательства. Постмортальная патоморфологическая картина во всех случаях была представлена лимфоцитарно-лейкоцитарной инфильтрацией, эрозиями, наложением фибрина, язвенными дефектами, отеком всех стенок и слоев кишки, очаговыми кровоизлияниями, участками некроза кишечной стенки, сосуды со стазами, сладжами, тромбами. Бактериологические посеы кишечника во время аутопсии проводились в 60% случаев и чаще всего преобладала *Klebsiella pneumonia* (50%), в равной степени высевались *Staphylococcus epidermidis* и *haemolyticus* (33,5%), а *Enterobacter cloacae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *E. Coli* составили всего по 5,5%.

Выводы.

1. Большую часть новорожденных с диагнозом некротизирующий энтероколит составляют недоношенные дети, с гестационным возрастом менее 37 недель.
2. Постмортальные морфологические изменения в кишечнике во всех случаях с подтвержденным после аутопсии клиническим и патологоанатомическим диагнозом некротизирующего энтероколита имели одинаковую картину. Прижизненная гистологическая картина во всех случаях, где проводилась резекция кишки, соответствовала некротизирующему энтерокоlitу.
3. При бактериологическом посеве из кишечника секционного материала в большинстве своем высевалась *Klebsiella pneumonia* (50%).

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ У ДЕТЕЙ

Голыгина С.Е., Козаченко А.И., Муратова А.В., Тихоненко И.В.

Читинская государственная медицинская академия, г. Чита

Научные руководители: к.м.н. Панченко А.С., к.м.н. Тихоненко О.А.

Эффективность вакцинации во всем мире общепризнанна, нет ни одной другой программы в области здравоохранения, которая дала бы столь впечатляющие результаты. В этих условиях роль серологического мониторинга представляется чрезвычайно важной, поскольку с помощью этого метода становится возможным контролировать индивидуальный и коллективный поствакцинальный иммунитет. Мониторинг осуществляется путем серологических исследований сывороток крови привитого населения.

Цель работы: оценить состояние поствакцинального иммунитета у детей.

Задачи:

1. Оценить результаты вакцинации по данным серологического мониторинга.
2. Выявить факторы риска формирования серонегативных реакций у детей

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе детской городской поликлиники. Всего обследовано 366 детей в возрасте от 2 до 16 лет (средний возраст 11 лет). Проведен анализ прививочных документов на выявленных серонегативных лиц для установления факта наличия прививки (ф-112, ф-63, рабочие журналы). На основе специально разработанных карт сравнивались анамнестические данные детей с серонегативными и серопозитивными реакциями путем анализа ф-112.

Результаты исследования: 69,4% детей имели серопозитивные реакции (1 группа наблюдения); 30,6 % детей с серонегативным поствакцинальным ответом (2 группа наблюдения). Сравнительный анализ ф.112 (анамнестических данных) показал: подготовка к прививкам у детей первой группы проводилась в 58%; во второй группе- у 20% детей. Распределение детей по группам риска поствакцинальных осложнений следующее: в первой группе риск аллергических заболеваний 33%; ЦНС 88%; ЧБД 25%. Соответственно дети второй группы распределились: 20%; 53%; 47%. Нормально протекавшая беременность наблюдалась в первой группе- у 58% матерей; во второй группе у- 42%. Процент детей, находящихся на естественном вскармливании в серопозитивной группе- 62%, в серонегативной-38% ($p=0,05$). Достоверность полученных данных определена посредством модели многофакторного анализа в программе Statistica 6.0 методом множественной регрессии с расчетом критерия t Стьюдента и стандартной ошибки переменной. Получены следующие данные: сильная прямая корреляционная зависимость эффективности вакцинопрофилактики от наличия факта естественного вскармливания ($p<0,005$), сильная отрицательная зависимость у ЧДБ детей ($p<0,0005$), умеренная обратная зависимость при патологии беременности и заболеваниях матери в период беременности ($p<0,02$).

Выводы.

1. Серонегативные реакции отмечались у детей в 30,6% случаев.
2. Наиболее важные факторы, влияющие на поствакцинальный иммунитет, по нашим данным, явились нормально протекавшая беременность и наличие естественного вскармливания у детей.

Практические рекомендации: проведение регулярного мониторинга титра антител в сыворотке крови с целью контроля поствакцинального иммунитета и обеспечения эпидемического благополучия.

АНАЛИЗ ПИЩЕВОГО СТАТУСА ШКОЛЬНИКОВ Г. ЧИТА

Грудинина Н.В., Моюбова Г.А., Семеникова А.В.

Читинская государственная медицинская академия, г. Чита

Научный руководитель: к.м.н. Михайлова Л.А.

В современном обществе наиболее важными становятся вопросы питания детей. Как часто встречаются у детей школьного возраста различные хронические заболевания? Практически все выпускники российских школ страдают хроническими заболеваниями, которые формируются с раннего возраста - нарушение жирового обмена веществ, ожирение, диабет, повышенное содержание холестерина в крови, запоры, хронический гастрит, хронический холецистит, дискинезия желчных путей и другие. В становлении данных хронических поражений органов пищеварения, а также других заболеваний (аллергические поражения дыхательной системы, кожи) немаловажное значение имеет нерациональное питание.

Цель. Изучить пищевой статус детей младшего школьного возраста.

Задачи:

1. Провести анкетирование школьников.
2. Проанализировать компонентный состав тела методом биоимпедансметрии.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе СОШ № 3 и 32 г. Читы среди детей младшего школьного возраста, средний возраст которых составил $8,5 \pm 1,5$ лет. Анкетирование проводилось среди 143 учеников (59 девочек и 84 мальчика), из которых для проведения биоимпедансметрии методом "случайного отбора" на базе Центра здоровья "Феникс" г. Читы была выбрана группа детей в количестве 64 человек (33 девочки и 31 мальчик). Биоимпедансный анализ включал определение таких показателей, как ИМТ, жировая масса, тощая масса, активная клеточная масса, доля активной клеточной массы, удельный основной обмен, внеклеточная жидкость, соотношение талия/бедр, классификация ожирения по проценту жировой массы, фазовый угол. Исследование соответствовало принципам Хельсинкской декларации. Статистически определялись средние значения $M \pm m$.

Результаты исследования. По данным анкетирования установлено, что у всех респондентов трехразовое питание, 21,3 % из них не завтракают (пьют только чай), 14,2% - не ужинают. Причем выявлено, что 9,0% ужинают непосредственно перед сном, 22,5% за один час и 54,5% за 2 часа до сна. При анализе продуктового набора установлено следующее: ежедневно овощи и фрукты употребляют 51,1%, молоко не пьют 25,3%, хлеб не используют в питании 10,5%, при этом предпочтение отдают белым сортам хлеба 74,9% респондентов. Жирную, копченую, жареную пищу употребляют 65,0%, куриное мясо и рыбу используют в питании 57,3%. Из напитков используют компот, минеральную воду, сок 77,0%, газированные напитки, кофе 43,0% респондентов. Причем 92,0% респондентов считают, что питаются правильно.

В результате исследования показателей компонентного состава тела было установлено, что жировая масса в норме у 22 (34,4%) детей, показатели снижены у 25 (39,0%), повышены - 17 (26,6%); классификация по проценту жировой массы в норме у 20 (31,3%), фитнес-стандарт 10 (15,6%), избыточный вес - 22 (34,4%), ожирение - 9 (14%), истощение - 3 (4,7%); тощая масса в норме у 48 (75,1%), повышенные значения - 2 (3,1%), пониженные - 14 (21,9%); активная клеточная масса понижена у 29 (45,3%) детей; доля активной клеточной массы понижена у 42 (65,6%); удельный основной обмен у мальчиков 998 ± 80 ккал, у девочек 971 ± 58 ккал.

Выводы. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что питание детей младшего школьного возраста является нерациональным за счет низкой пищевой ценности и несбалансированности рациона, что приводит к нарушению пищевого статуса школьников. Проведенное исследование позволило выявить детей с недостаточным и избыточным статусом питания, что является значимым фактором риска развития метаболических, инфекционных и хронических заболеваний.

ЗАВИСИМОСТЬ ХАРАКТЕРА ПОВРЕЖДЕНИЯ ПИЩЕВОДА ОТ ВИДА ХИМИЧЕСКОГО СРЕДСТВА ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ У ДЕТЕЙ

Гуменная И.А., Куриганова Ц-Д. Д., Золоторёва А.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: к.м.н. Батаева Е.П., к.м.н., доцент Петрухина И.И.

В последние годы отмечается рост числа химических ожогов пищевода у детей. Это связано с разнообразием видов, ростом количества агрессивных химических веществ, активной рекламой, их легкодоступностью. Химические ожоги занимают первое место среди заболеваний пищевода в детском возрасте, причем на возраст от 1 года до 3 лет приходится от 77,2 % до 85,0 % всех случаев. Высоким остается процент развития осложнений в виде рубцовых стенозов - в 4 - 30 % всех случаев. Механизмы воздействия химических агентов на ткани пищевода остаются предметом дальнейших исследований в отношении патогенетического лечения ожоговой травмы пищевода.

Цель работы. Оценка характера травмы пищевода в зависимости от вида повреждающего агента.

Материалы и методы. Нами были проанализированы истории болезни 99 детей, получивших химическую травму пищевода различной степени тяжести, находившихся на стационарном

лечении в отделении оториноларингологии КДКБ (гл. врач Комаров В.В.) в период 2011-2013 г.г. Изучены возрастной, половой состав пострадавших детей, структура отравляющих агентов, характер повреждения слизистой оболочки во взаимосвязи с веществом, оказавшим на нее патологическое действие. Группу исключения составили больные с врожденными аномалиями развития пищевода, инородными телами верхних дыхательных путей. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы MS Excel 2010, данные представлены в виде $M \pm SD$.

Результаты исследования. Из изученных пациентов 82 ребенка химический ожог получили впервые, из них 65,6% мальчиков и 34,4% - девочек, и 17 детей госпитализированы повторно в связи с возникшими осложнениями. На возраст от 1 до 3 лет пришлось 51,6% пациентов, от 4 до 15 лет - 47,3%, и один ребенок получил травму в возрасте до 1 года, что составило 1,07%. В структуре первичных отравлений первое место по частоте среди отравляющих химических веществ заняли растворы уксусной кислоты, составив 43,9% (36 человек), на втором месте выступили различные средства бытовой химии ("Белизна", канцелярский клей, стеклоочиститель и др.), что составило 19,5%. Химическую травму ротоглотки и пищевода перманганатом калия получили 14 детей (17,1%), 9 пациентов (10,9%) пострадали от воздействия электролитов, остальные - получили травмы местного характера ядами растительного происхождения, перекисью водорода, йодом и щелочами. При первичном обращении большинство детей получили ожоги ротовой полости и пищевода различной степени тяжести, рубцовые изменения пищевода оказались наиболее характерны для отравлений уксусной кислотой, при этом выявлена прямая связь средней силы между воздействием данного химического вещества и полученным осложнением $r=0,43$, $p<0,024$. Гастроэзофагеальный рефлюкс явился частым проявлением при отравлении некоторыми средствами бытовой химии, а именно "Белизной", а также электролитами, что составило 31,2% и 50% соответственно. В повторной госпитализации нуждались в большинстве случаев отравления, вызванные растворами уксусной кислоты по причине рубцовых стенозов.

Выводы.

1. Наибольшее количество отравлений химическими веществами с повреждением пищевода различного характера приходится на ранний возраст и мужской пол.
2. Самым агрессивным химическим средством в отношении грубых повреждений слизистой и стенок пищевода явились растворы уксусной кислоты.

ВЛИЯНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ЭРИТРОПОЭТИНА НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Дудкина Е.А., Тонких К.В., Лазо А.И., Савкина И.С.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: д.м.н., доцент Шербак В.А., к.м.н., доцент Попова Н.Г.

Цель исследования: изучить функциональное состояние почек при назначении эритропоэтина и гемотрансфузии недоношенным детям.

Материалы и методы. В течение 2012-13 гг в отделении патологии новорожденных ГБУЗ ЗКПЦ г. Читы был проведен анализ общего анализа мочи, определялись в динамике уровень креатинина, мочевины, бета2-микроглобулины на 7-9-е, 14-16-е, 21-23 сутки у 31 недоношенного ребенка, родившихся с массой тела от 1000 до 1500 г, получавших стандартную терапию, разделенных на 2 группы по способу коррекции анемии: 16 детям вводился препарат Эральфон (ЗАО "ФармФирма "Сотекс") - 1-я группа и 15 детям проводилась гемотрансфузия - 2-я группа. 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 в течение 4 - 6 недель в дозе 200 ед/кг массы тела 3 раза в неделю, вводили подкожно, начиная с возраста 8-10 дней.

Детям группы сравнения на 13-15-е сутки жизни проводилась гемотрансфузия.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета статистических про-

грамм Statistica 6.1. Проверку на нормальность распределения количественных показателей проводили с использованием критерия Шапиро-Уилка. Для описательной статистики использовали медиану (Me) и интерквартильный интервал [25-ый; 75-ый перцентиль]. Сравнение независимых выборок производили с помощью критерия Манна-Уитни и критерий Вилкоксона.

Результаты и их обсуждение. При анализе общего анализа мочи было обращено внимание на статистически значимое купирование протеинурии ($p < 0,05$), в биохимическом анализе крови - нормализация уровня мочевины и креатинина крови ($p < 0,05$), бета2-микроглобулина крови и мочи на фоне терапии Эральфоном. Во 2-ой группе регистрировались - протеинурия, повышенный уровень мочевины и креатинина после гемотрансфузии, сохраняющихся до 14-16 дня. Мы обратили внимание, что уровень бета2-микроглобулина крови и мочи оставался выше нормы после гемотрансфузии до 21-23 дня жизни, что свидетельствует о значимых изменениях в паренхиме почки.

Бета2-микроглобулины являются белками с низким молекулярным весом ($< 33000 D$), фильтруются клубочками и практически полностью реабсорбируются и катаболизируются на уровне клеток проксимальных канальцев. Поэтому в норме у новорожденных детей только небольшое количество микроглобулинов определяется в моче. В случае нарушения функции канальцев, при чрезмерной нагрузке на незрелую почку снижается количество реабсорбируемых микроглобулинов и повышается уровень микроглобулинов в моче.

Вероятнее, нормализация уровня бета2-микроглобулина крови и мочи на фоне применения Эральфона, обусловлена снижением нагрузки на незрелую паренхиму почки новорожденного, в том числе, связанную с синтезом эритропоэтина. Кроме этого, эритропоэтины являются стволовыми клетками, позволяющими ускорить процесс додифференцировки, в том числе и нефроцитов.

Выводы. Применение Эральфона позволяет уменьшить нагрузку, обусловленную синтезом эритропоэтина, на незрелую почку, что способствует статистически значимой нормализации, как биохимических показателей, так и уровня бета2-микроглобулина крови и мочи.

ВЛИЯНИЕ УСЛОВИЙ ОБУЧЕНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ ГОРОДА ЧИТА

Евгалдаев С.Д., Илькова Е.В., Жаринова Е.А., Нимбуева С.Г.

Читинская государственная медицинская академия, Чита
Научный руководитель: к.м.н. Михайлова Л.А.

Состояние здоровья подрастающего поколения во все времена требовало особого внимания взрослого населения, поскольку еще в древние времена было понятно, что будущее зависит от здорового и крепкого населения. В настоящее время данная проблема наиболее актуальна в состоявшейся демографической ситуации России. Социально-гигиенические условия, в которых проходит наибольшая часть жизни школьника, несомненно, отражаются на здоровье детей, приводя к развитию "школьно-обусловленных заболеваний".

Цель. Анализ состояния здоровья школьников г. Чита.

Задачи.

1. Оценить динамику и уровень заболеваемости школьников.
2. Проанализировать условия обучения в школах г. Чита.
3. Провести анкетирование школьников.

Материалы и методы. В ходе работы проанализирована годовая форма № 31 амбулаторно-поликлинических учреждений (поликлиники № 3, 4, 5) г. Чита. Были использованы данные о заболеваемости школьников патологией органов зрения и опорно-двигательного аппарата двенадцати школ. Проведена оценка условий обучения в школах № 38, 40, 47 на соответствие СанПиН 2.4.2.2821-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных учреждениях", а также анкетирование учащихся 5 и 11 классов вышеперечисленных школ. Статистическая обработка проводилась в программе Microsoft Excel 2010 года при помощи непараметрического критерия согласия Пирсона (критерий согласия χ^2).

Результаты исследования. При анализе статистических форм выявлены различия в уровне заболеваемости школьников (нарушение зрения, нарушение осанки, сколиоз) в исследуемых школах. По данным исследования достоверно установлено, что за время обучения количество детей с нарушением осанки увеличилось на 8,19%, сколиоза на 7,79%, нарушения зрения на 45,00%. Наибольший процент детей с нарушением осанки и сколиозом отмечается в СОШ № 47 (15,21% и 3,35% соответственно), а наименьший - в СОШ № 40 (3,90% и 0,39%). Наибольший процент с заболеваниями органов зрения достоверно установлен в гимназии № 38 (44,70%), а наименьший - в СОШ № 40 (8,68%). При сравнении количества детей с нарушением осанки среди изучаемых школ выявлено, что наибольшая разница наблюдается между школами № 40 и 47 (3,90% и 15,21%). При сравнении показателей заболеваемости сколиозом выявлено, что наибольшая разница наблюдается между школами № 40 и 47 (0,39% и 3,35%). При сравнении показателей заболеваемости органов зрения установлено, что наибольшая разница наблюдается между школами № 38 и 40 (44,70% и 8,68%). При оценке условий обучения в СОШ № 47 выявлено, что подбор мебели для учеников осуществляется без учета ростовых показателей. Расстановка мебели в классах также не отвечает требованиям СанПин. При проведении анкетирования установлено, что количество часов, проводимых за компьютером, у респондентов увеличивается от 5 класса к 11. При этом в 11 классе у 98% респондентов имеется телевизор/игровая приставка/компьютер, а в 5 классе у 30%.

Выводы.

1. За время обучения достоверно увеличивается количество детей с нарушениями осанки, сколиозом и патологией органов зрения, причём последних на значительно больший процент (45%). Наибольший процент школьников с нарушением осанки и сколиозом отмечается в СОШ № 47, а наименьший в школе № 40. Наибольший процент детей с патологией органов зрения выявлен в гимназии № 38, а наименьший в школе № 40.
2. В исследуемых школах выявлено несоответствие условий обучения требованиям СанПин 2.4.2.2821-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных учреждениях", что отрицательно влияет на показатели здоровья учащихся.
3. У школьников к 11 классу была выявлена тенденция к увеличению часов проводимых за компьютерными устройствами.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ В КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

Ларинская А.В., Цымбаренко Д.И.

Дальневосточный государственный медицинский университет, Хабаровск

Научный руководитель: к.м.н. Богданова А.С.

У большинства детей младшего школьного возраста, в силу учебной нагрузки, влияния неблагоприятных факторов окружающей среды, изменения режима питания, плохой гигиены полости рта и т.д., происходит значительное снижение резервных возможностей, что проявляется в уменьшении функционального потенциала организма в целом. При соматической патологии происходит накопление метаболитов в тканях организма, что обуславливает проявление интоксикации. Эндогенная интоксикация представляет собой синдром, характеризующийся накоплением в тканях и биологических жидкостях организма избытка продуктов нормального или извращенного обмена веществ, а так же нарушение клеточного реагирования - эндогенных токсических субстанций. Для выявления эндогенной интоксикации у детей целесообразно применение неинвазивных методов исследования, как наиболее безопасных и безболезненных способов диагностики.

Цель работы. Комплексная оценка здоровья и изучение интегрированных признаков эндогенной интоксикации (при использовании неинвазивных методов), как комплекса симптомов патологических состояний органов и систем у школьников 5-х классов г. Хабаровска.

Материалы и методы исследования. Нами обследовано 66 детей в возрасте 10-11 лет. Все дети были осмотрены педиатром и стоматологом, проведена оценка физического и умственного развития, а так же дана характеристика стоматологического статуса. Получение слюны осуществляли методом клиновидной дегидратации. Уровень молекул средней массы (МСМ) в слюне определяли методом осаждения белков и измерением оптической плотности на спектрофотометре UV - 2540 при длине волны 254 нм. Для интегральной оценки процессов свободнорадикального окисления использовали измерение сверхслабого свечения (спонтанная и индуцированная хемиллюминесценция слюны с добавлением Fe²⁺). Для оценки гигиены полости рта использовали диагностическую систему GC Saliva - Check Buffer. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием программ Microsoft Excel 2000 и Statistica 10.0. Критический уровень значимости (p) при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05. Для исследования связи двух признаков использовали непараметрический метод Спирмена. Считалось, что линейная связь между признаками существует при коэффициенте корреляции $r \geq 0,4$, уровень значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования. Комплексная оценка состояния здоровья школьников младших классов показала, что I группу здоровья составили всего 24 ребенка (36,4%). В 93,9% (у 62 человек) выявлена высокая степень интенсивности кариеса. В зависимости от наличия темной пигментации на фации слюны все обследуемые разделены на 2 группы: контрольная группа (без изменений на фации - 57,6%) и исследуемая группа (с наличием темной пигментации на фации 42,4%). Значения экстинкций смешанной слюны у исследуемой группы выше (МСМ - $0,260 \pm 0,03$, $p \leq 0,01$), чем показатели в контрольной (МСМ - $0,197 \pm 0,01$). Спонтанная и индуцированная хемиллюминесценция слюны в контрольной группе отмечалась в пределах средних значений, однако в группе лиц, имеющих изменения на фации слюны, отмечалось повышение спонтанной ($0,004 \pm 0,0002$, $p \leq 0,01$) и индуцируемой реакции ($0,042 \pm 0,003$, $p \leq 0,01$). Корреляционный анализ показал наличие статистически значимой положительной связи спектрограммы смешанной слюны с признаками эндогенной интоксикации на фации и наличием радикалов перекисного окисления ($r = 0,45$).

Вывод. Таким образом, появление темной пигментации на фациях слюны сопровождается наличием интегрированных признаков эндогенной интоксикации в ней, что свидетельствует о патологическом процессе в организме ребенка. Следовательно, применение клиновидной дегидратации слюны, как неинвазивного, малозатратного и безболезненного метода исследования, целесообразно в комплексной оценке здоровья у детей.

ПРЕДИКТОРЫ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ

Лобоцыренова Ц.М., Будаева Х.Э.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: к.м.н. Потапова Н.Л.

Использование микроволновой терапии сантиметрового диапазона у детей, больных бронхиальной астмой (БА), является перспективным немедикаментозным методом в комплексном лечении. Доказано, что использование аппарата "Астер" приводит к уменьшению обструктивных нарушений при обострении заболевания у большинства детей (Потапова Н.Л., Калинкина С.Е., Козлова Ю.А., 2013). Очевидно, существуют предикторы ответа на лечение, определяющие разные реакции бронхов на воздействие сантиметровых волн.

Цель: изучить клинические особенности БА у детей и выявить предикторы ответа на немедикаментозное лечение.

Материалы и методы. Обследовано 72 ребенка, больных БА разной степени тяжести в возрасте от 2 до 15 лет. Все дети находились на лечении в отделении пульмонологии ГУЗ КДКБ (гл. врач Комаров В.В.) по поводу обострения заболевания. Всем пациентам проведено комплексное клиничко-инструментальное обследование. Проведен анализ триггеров обострения с це-

люю определения их роли в качестве предикторов. Учитывались также степень тяжести заболевания, длительность болезни, особенности бронхообструктивного синдрома. Показатели легочной вентиляции оценивались методом компьютерной бронхофонографии (аппарат "Паттерн 1"), затем проводился сеанс микроволновой терапии аппаратом "Астер" в течение 7 минут, через 20 минут оценивалась реакция бронхиального дерева на немедикаментозную терапию. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы MS Excel 2010, данные представлены в виде $M \pm SD$. Сравнение показателей до и после воздействия аппарата "Астер" проведено при помощи критерия Уилкоксона.

Полученные результаты: соотношение детей с легким, среднетяжелым и тяжелым течением БА составило 1,4:1:0,8. Средний возраст детей $10,2 \pm 1,3$, средняя длительность болезни $4,2 \pm 1,2$ лет. Доля детей раннего возраста составила 15%, наибольшая группа пациентов - дети 5-12 лет - 58%, старше 12 лет - 27%. Триггерами обострения у детей до 3 лет чаще были вирусные инфекции (62%), значимость аллергенов установлена в 25% случаев, в 13% обострение провоцировалось физической нагрузкой. У пациентов школьного возраста увеличивается доля физической нагрузки - отмечается в 1/4 случаев, роль вирусных инфекций снижается (35%), значимость аллергенов практически на том же уровне (30%), причем большее значение приобретают пыльцевые аллергены с развитием аллергического ринита. У пациентов старше 12 лет физическая нагрузка приводила к развитию приступа удушья в половине случаев.

На фоне микроволновой терапии у 1/3 пациентов отмечалось уменьшение обструктивных нарушений, у 1/4 детей показатели акустической работы дыхания практически не менялись, у 15% больных акустическая работа дыхания нарастала, но обструктивные нарушения при анализе осциллограммы не увеличивались. В группе пациентов, продемонстрировавших уменьшение обструктивных нарушений на фоне лечения "Астером", в 83% наблюдался вирусиндуцированный вариант БА, что свидетельствует о значимости данного триггера как предиктора, определяющего существенный положительный ответ на лечение.

Выводы:

1. Применение микроволновой терапии у детей, больных бронхиальной астмой, в большинстве случаев приводит к уменьшению обструктивных нарушений легочной вентиляции.
2. Снижение обструктивных нарушений отмечается в основном (73%) у детей с вирусиндуцированным вариантом заболевания.
3. Полученные результаты позволяют предположить, что, возможно, максимальный эффект при применении аппарата "Астер" достигается за счет уменьшения отека слизистой оболочки бронхов, выраженного при наслоении вирусной инфекции.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ МЕЖДУ ИЛ-8 В МОКРОТЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ КРОВИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИТАМИ Лупальцова О.С.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков
Научный руководитель: д.м.н., профессор Сенаторова А.С.

Среди простых, неинвазивных и экономичных методов выявления ранних маркеров формирования хронического воспалительного бронхолегочного процесса следует выделить индукцию мокроты с помощью серийного разведения натрия хлорида.

Цель работы. Усовершенствование диагностики ранних маркеров формирования хронического воспалительного бронхолегочного процесса на основании изучения функциональных взаимосвязей между концентрацией ИЛ-8 в индуцированной мокроте и иммунологическими показателями крови у детей с бронхитами.

Материалы и методы. Исследования проведены в пульмонологическом отделении КУОЗ "Областная детская клиническая больница" г. Харькова (Главный врач - доцент Муратов Г.Р.), на базе кафедры педиатрии №1 и неонатологии Харьковского национального медицинского уни-

верситета (зав. кафедрой педиатрии №1 и неонатологии - д.мед.н., профессор Сенаторова А.С.). Обследовано 38 детей с острым бронхитом (с рецидивирующим бронхообструктивным синдромом в анамнезе), средним возрастом $6,6 \pm 2,3$ года, из них - 21 (55±8%) мальчик и 17 (44,7±8,1%) девочек. Определение уровня интерлейкина-8 (ИЛ-8) в мокроте проводили методом твердофазного иммуноферментного анализа с помощью стандартного набора реагентов "ИЛ-8-ИФА-БЕСТ" (Россия). Для характеристики иммунного статуса детей проводилось иммунологическое исследование крови, которое включало определение иммуноглобулинов (Ig) классов А, М, G в сыворотке крови, определение количества популяций и субпопуляций лимфоцитов с помощью моноклональных антител (CD3, CD4, CD8, CD16, CD19, CD25), оценку фагоцитарного числа (ФЧ) и индекса, определение бактерицидной активности нейтрофилов с помощью теста с нитросиним тетразолием (НСТ-тест). Полученные данные анализировались с помощью стандартных методов статистического анализа прикладных программ Statistica 6.0 с использованием корреляционного анализа, множественного регрессионного пошагового анализа с пошаговым исключением незначительных составляющих модели.

Результаты исследования. Роль ИЛ-8 в процессах активации лейкоцитов и других иммунокомпетентных клеток, стимуляции миграции фагоцитов в очаг воспаления подтверждают умеренные позитивные и сильные корреляционные связи между ИЛ-8 в мокроте и абсолютным количеством лейкоцитов в крови ($r=0,358$, $p<0,05$), уровнями ИЛ-8 и лимфоцитов ($r=0,477$, $p<0,05$), ИЛ-8 и CD3 ($r=0,446$, $p<0,05$), ИЛ-8 и CD4 ($r=0,513$, $p<0,05$), ИЛ-8 и CD8 ($r=0,612$, $p<0,05$), ИЛ-8 и Ig M ($r=0,343$, $p<0,05$), ИЛ-8 и ФЧ ($r=0,504$, $p<0,05$), уровнями ИЛ-8 и НСТ-теста ($r=0,528$, $p<0,05$), ИЛ-8 и комплементом СН50 в крови ($r=0,355$, $p<0,05$). Следует отметить, что уравнение регрессии подтверждает роль ИЛ-8 в процессах взаимодействия с лимфоцитами CD4 и CD16 ($R=0,583$; $R^2=0,341$; $F=3,358$; $p<0,02417$). Дисбаланс этих иммунных механизмов может привести к активации Th1-иммунного ответа, нарушению толерантности к собственным клеткам и формированию деструктивного потенциала.

Выводы. Дисбаланс взаимодействия между ИЛ-8 и установленными иммунными механизмами может привести к активации цитотоксических компонентов воспалительного процесса и формированию необратимых структурно-морфологических изменений дыхательных путей.

ЧАСТО БОЛЕЮЩИЕ ДЕТИ С АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬЮ: КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА, ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Макаров Д.А., Евсюнин Р.И., Луенко М.В., Днепровская Е.А., Люхинбина Н.С.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: Власова А.Н., к.м.н. Роголёва Т.Е.

Часто болеющие дети (ЧБД) составляют одну из самых многочисленных групп диспансерного наблюдения. Под маской респираторных инфекций нередко скрываются аллергические заболевания, прогноз которых зависит от своевременной диагностики и рано начатого лечения.

Цель работы: изучить особенности анамнеза, течения острых респираторных инфекций (ОРИ) и показатели бронхофонографии у часто болеющих детей с аллергической предрасположенностью.

Материалы и методы. Обследовано 35 детей в возрасте от 3 до 7 лет, болеющих ОРИ 6 и более раз в год. Все дети были разделены на 2 группы: 1-я - 16 человек без аллергической предрасположенности, 2-я - 19 детей с отягощённым аллергологическим анамнезом: 5 (26%) ранее имели проявления атопического дерматита и пищевую аллергию, 3 (16%) - крапивницу, у 14 пациентов (74%) аллергическими заболеваниями страдали один или оба родителя. Дети были сопоставимы по возрасту (в 1-й группе - $4,5 \pm 1,9$ лет, во 2-й - $4,7 \pm 1,3$) и полу, на момент обследования находились в состоянии реконвалесценции. В группу контроля включены 15 здоровых детей (средний возраст $5,2 \pm 1,6$ лет). Всем пациентам выполнена бронхофонография (БФГ) с помо-

щью диагностического комплекса Патерн-1. Статистический анализ проводился с использованием критериев Манна-Уитни, Фишера.

Результаты исследования. Почти у половины обследуемых детей (54% в 1-й группе и 52% во 2-й группе) антенатальный период развития осложнился хронической гипоксией. Угроза прерывания беременности у матерей выявлялась в 81% случаев в 1-й группе, в 53% - во 2-й. Гестоз диагностирован у 58% и 42% матерей 1-й и 2-й группы соответственно. Все дети 1-й группы были доношенными, во второй родились в срок 79% детей, на 33-36 нед. гестации - 21%. Перинатальное гипоксическое поражение ЦНС на первом году жизни чаще имело место у детей 2-й группы по сравнению с 1-й (74% и 44%, $p < 0,05$). ОРИ у пациентов 1-й группы протекали чаще в виде ринофарингита (94%), во 2-й группе в 63% случаев наряду с поражением носоглотки отмечались симптомы острого бронхита ($p < 0,05$). Гиперреактивность бронхиального дерева определялась только у ЧБД с аллергической предрасположенностью (52% случаев). У 63% этих же пациентов оказался повышенным уровень Ig E.

Таблица

Показатели бронхофонографии у обследуемых детей ($M \pm SD$)

Акустический диапазон (кГц)	1-я группа	2-я группа	Группа сравнения
A_1 (0,2-1,2), нДж	$0,8 \pm 0,24$ *	$6,7 \pm 3,1$ * **	$0,2 \pm 0,04$
A_2 (1,2-5,0), нДж	$0,32 \pm 0,09$ *	$4,2 \pm 1,9$ * **	$0,14 \pm 0,05$
A_3 (5,0-12,6), нДж	$0,23 \pm 0,03$	$1,8 \pm 0,8$ * **	$0,23 \pm 0,05$

*- значимые различия показателей в обследуемых группах и группе сравнения;

** - значимые различия между показателями первой и второй группы ($p < 0,05$).

У обследуемых детей обеих групп (таблица) выявлено преобладание акустической работы дыхания в низко- и среднечастотном диапазоне по отношению к показателям группы контроля ($p < 0,05$), что может быть связано с хроническим воспалительным процессом в носоглотке. У детей 2-й группы все показатели превышают аналогичные пациентов 1-й группы и группы контроля ($p < 0,05$). Это может свидетельствовать о нарушении аэродинамики как верхних и средних, так нижних дыхательных путей.

Выводы: часто болеющие дети с аллергической предрасположенностью более чем в половине случаев имели постгипоксическое поражение ЦНС в анамнезе. При развитии у них ОРЗ отмечались симптомы поражения как верхних, так и нижних дыхательных путей, причем obstructивные нарушения дыхания сохранялись и в периоде реконвалесценции, что позволяет отнести этих пациентов в группу риска по формированию бронхиальной астмы.

КОЭФФИЦИЕНТ SKF КАК ПОКАЗАТЕЛЬ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ У ЗДОРОВЫХ И БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ

Малинина А.В., Ермолаев Ю.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: д.м.н., профессор Кузник Б.И., к.м.н., доцент Максимова О.Г.

Актуальность. Неинвазивные методы исследования, как наиболее безопасные и комфортные, занимают в педиатрии ведущее место. Коэффициент SKF (по первым буквам авторов - Шенкман, Кузник, Файн) определяется неинвазивным методом на основании анализа спектров при действии лазерного доплера и позволяет судить о биологическом возрасте сосудов и степени тяжести патологического процесса, протекающего в организме.

Цель работы. Оценить информативность коэффициента SKF как показателя системы кровообращения у здоровых и больных детей.

Задачи.

1. Определить зависимость индекса кровотока от коэффициента SKF до и после 1 пережима у здоровых и больных детей.
2. Определить взаимосвязь между индексом скорости кровотока и коэффициентом SKF до и после первого пережима у здоровых и больных детей.
3. Определить зависимость отношения индекса кровотока к индексу скорости кровотока от коэффициента SKF до и после первого пережима у здоровых и больных детей.

Материалы и методы. Обследовано 259 детей в возрасте от 3 до 15 лет. Из них здоровых детей (контрольная группа) - 206, больных детей - 53. Исследование проводилось аппаратом Measurement device ELFI-TECHN 5. Вычисления коэффициента SKF, индекса кровотока, индекса скорости кровотока и их соотношение осуществлялось специально разработанной компьютерной программой. Все показатели определялись до первого пережима. Через 15 сек палец пережимался давлением в 280 мм рт. ст., подающимся на пневматическое кольцо. При этом появлялись условия "искусственной кюветы" в которой движение эритроцитов осуществляется хаотично. По истечении 25 сек давление сбрасывалось до нуля. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы BIOSTAT, Microsoft Excel 2010. Исследуемые параметры приведены в виде коэффициента корреляции здоровых детей ($r_{зд}$) и больных ($r_{б}$), коэффициент Пирсона.

Результаты исследования. Выявлена сильная прямая корреляционная зависимость между коэффициентом SKF и индексом кровотока до первого пережима, как у здоровых детей, так и у больных детей ($r_{зд}=0,74$, $p=0,02$, $r_{б}=0,78$, $p=0,007$ соответственно). После первого пережима обнаружена обратная корреляционная связь между индексом кровотока и коэффициентом SKF ($r_{б}=-0,74$, $p=0,009$), только у больных детей. Также у больных детей отмечена прямая корреляционная взаимосвязь между показателем отношения индекса кровотока к индексу скорости кровотока и коэффициентом SKF до первого пережима ($r_{б}=0,42$, $p=0,02$) и выраженная обратная после первого пережима ($r_{б}=-0,83$, $p=0,01$). Таким образом, у больных детей в сравнении со здоровыми существует обратная корреляционная связь между индексом кровотока и коэффициентом SKF ($r=-0,83$) и показателем отношения индекса кровотока после первого пережима SKF ($r=-0,95$).

Заключение. Между коэффициентом SKF и показателями индексов кровотока и скорости кровотока существует высокая корреляционная связь, как у здоровых, так и больных детей. Коэффициент SKF является информативным показателем оценки состояния кровообращения.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПИТАНИЯ В ДОШКОЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

**Малханова Д.А., Малинина А.В., Фаст В.А., Сапожникова М.В.,
Жигарева Е.Ю., Бондарь В.Э.**

Читинская государственная медицинская академия, Чита
Научный руководитель: к.м.н. Михайлова Л.А.

Актуальность. Питание является фактором, обеспечивающим оптимальное физическое и нервно-психическое развитие ребенка, достаточную иммунологическую резистентность и устойчивость к воздействиям внешней среды, а так же способствующим формированию здоровья в будущем. Следовательно, правильная организация детского питания является одним из важнейших условий профилактики алиментарно-зависимых заболеваний. Данная проблема приобретает еще большую значимость в ныне существующей сложной демографической ситуации.

Цель работы. Изучить качество питания в детских дошкольных учреждениях.

Задачи:

1. Проанализировать меню-раскладки.
2. Оценить организацию питания в дошкольных организациях.

Материалы и методы. Оценка качества питания проводилась с использованием данных меню - раскладок, утвержденных Министерством образования Забайкальского края для муниципальных бюджетных детских образовательных учреждений (МБДОУ) с 12-часовым пребы-

ванием и МБДОУ № 75 и 82 в возрастной группе детей 3-7 лет. Химический состав продуктов, входящих в суточные рационы питания детей, оценивался расчетным методом по основным питательным веществам (белки, жиры, углеводы) и биологически активным веществам (минеральные элементы и витамины), так же оценивалась энергетическая ценность, сбалансированность и режим рациона питания с использованием СанПиН 2.4.1.3049-13. При изучении потребления основных продуктов питания использовались МР 2.3.1. 2432-08 "Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации".

Результаты исследования. При гигиенической оценке питания дошкольников по данным всех меню-раскладок установлено, что соблюдается время и кратность (4-х разовое питание) приема пищи и интервалы между ними. После проведенных расчетов в меню-раскладках Министерства образования можно констатировать избыток в рационе питания: белков в среднем - на 96%, жиров - на 67%, углеводов - на 42%, кальция - на 48%, фосфора - на 114%, железа - на 190%, а так же превышение суточной калорийности в среднем на - 60%; в МБДОУ №75 избыток: белков - на 36%, жиров - на 18%, углеводов - на 3%, фосфора - на 35%, железа - на 58%, суточной калорийности - на 13%, недостаток кальция на - 31%; МБДОУ №82 избыток: белков - на 63%, жиров - на 77%, углеводов - на 58%, кальция на - 15%, фосфора - на 54%, железа - на 89%, суточной калорийности - на 44%. Расчетное содержание групп витаминов в меню-раскладках Министерства образования превышает: А - на 192%, В1 - на 95%, В2 - на 163%, но витамин группы С находится в недостатке - 40%; МБДОУ №75 избыток: А - на 18%, В2 - на 24%, витамины В1 и С находятся в пределах нормы; МБДОУ №82 избыток: Вг - на 53%, С - на 46%, витамины В1 и А находятся в пределах нормы. Сбалансированность основных пищевых веществ суточного рациона (соотношение белков: жиров: углеводов), несмотря на их избыточное содержание, во всех меню раскладках соответствовало норме (1:1:4). Распределение калорийности по приемам пищи в среднем составило: завтрак - 23%, обед - 39%, полдник - 17%, ужин - 21%. Требования к разнообразию блюд, их повторяемости и чередуемости не соблюдалось только в МБДОУ №75.

Вывод. По данным меню-раскладок, официально утвержденных Министерством образования Забайкальского края, МБДОУ №75 и 82 в питании дошкольников отмечается избыток питательных и биологически активных веществ и калорийности рациона, что может быть фактором риска развития алиментарно-зависимых заболеваний среди детского населения.

ИММУНОБИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ДЕТЕЙ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ

Малых Т.А., Голыгина С.Е., Казаченко А.И.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: Игнатьева А.В., к.м.н. Панченко А.С.

Проблема бронхообструктивного синдрома (БОС) по-прежнему является одной из актуальных проблем в педиатрии. БОС у детей возникает при бронхитах, бронхиолитах, бронхиальной астме и бронхолегочной дисплазии (БЛД). В структуре заболеваний, протекающих с БОС у детей раннего возраста, БЛД занимает 5 % и является одной из причин обструктивного бронхита у детей старше года.

Цель исследования: изучить уровень некоторых цитокинов и иммуноглобулина Е у детей с бронхолегочной дисплазией.

Материалы и методы. В исследование включены 50 детей (средний срок гестации $29,2 \pm 0,3$ нед.) с бронхолегочной дисплазией и 17 детей (средний срок гестации $30,2 \pm 0,5$ нед.) без бронхолегочной дисплазии. У всех детей изучали про- и противовоспалительные цитокины и Ig-ны Е. Забор крови проводился в неонатальном периоде 67 детей (50 детей с БЛД и 17 пациентов без БЛД (средний возраст $0,6 \pm 0,1$ мес.)) и в постнеонатальном периоде 41 ребенок (30 детей с БЛД и 11 пациентов без БЛД, средний возраст $1,9 \pm 0,6$ мес)). Проведено исследование содержания про- (ФНО- α , ИЛ-1) и противовоспалительных (ИЛ-4, ИЛ-10, ТРФВ) цитокинов и иммуноглобулина Е в сыворотке крови иммуноферментным методом.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием компьютерных программ "Statistica-6.0", Microsoft Excel 2010. При нормальном распределении значения представляли в виде $M \pm SD$, где M - среднее значение, SD - стандартное отклонение среднего. Различия между группами выявлялись при помощи критерия Стьюдента.

Результаты исследования. Выявлено, что у детей с бронхолегочной дисплазией в неонатальном периоде отмечается повышение уровня провоспалительных (ИЛ-1, ФНО- α) и противовоспалительных (ИЛ-4, ИЛ-10, ТРФ β) цитокинов в крови по сравнению с уровнем у детей без БЛД ($p < 0,05$).

В постнеонатальном периоде сохраняются повышенные уровни про- (ИЛ-1, ФНО- α) и противовоспалительных цитокинов (ИЛ-4, ИЛ-10, ТРФ β), по сравнению с уровнем в группе детей без БЛД ($p < 0,05$).

Таблица

Уровень цитокинов у детей с бронхолегочной дисплазией

	Дети с БЛД в неонатальном периоде, n=50	Дети с БЛД в постнеонатальном периоде, n=30	Дети без БЛД в неонатальном периоде, n=17	Дети без БЛД в постнеонатальном периоде, n=11
ИЛ-1, pg/ml	138,4 \pm 52,6	154,6 \pm 39,9	66,2 \pm 24,3	51,3 \pm 12,4
ФНО- α , pg/ml	55,9 \pm 19,6	147,2 \pm 37,9	30,9 \pm 11,3	33,7 \pm 13,1
ИЛ-4, pg/ml	415,7 \pm 128,4	402,9 \pm 140,9	374,9 \pm 62,4	242,9 \pm 68,9
ИЛ-10, pg/ml	60,4 \pm 21,3	72,8 \pm 32,5	39,2 \pm 4,4	28,3 \pm 9,8
ТРФ β , pg/ml	143,1 \pm 65,2	199,6 \pm 59,9	60,2 \pm 73,1	33,5 \pm 12,4

В результате проведенной работы, мы установили, что у детей с БЛД отмечается увеличение уровня IgE в сыворотке крови в неонатальном 8,9 \pm 1,2 мг/мл и в постнеонатальном 14,4 \pm 4,3 мг/мл ($p < 0,05$) периодах при сравнении с аналогичными показателями, полученным в группе детей без БЛД 6,9 \pm 1,8 мг/мл и 4,5 \pm 0,9 мг/мл соответственно.

У всех детей (40 чел.) проведена оценка катамнеза (средний возраст 1,3 \pm 0,4 года). В 80% случаев наблюдалось выздоровление, в 18% (7 чел.) - обструктивный бронхит, в 5% (2 чел.) - облитерирующий бронхиолит.

Вывод: у детей с БЛД выявлен высокий уровень про- и противовоспалительных цитокинов, как в неонатальный, так и постнеонатальный периоды. У детей с БЛД в постнеонатальном периоде выявлено статистически значимое увеличение уровня Ig E, что может быть причиной рецидивирующего бронхита в катамнезе.

АНАЛИЗ АДЕКВАТНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Мичурина И.О., Мирошниченко Е.С., Старченко А.Н.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: к.м.н., доцент Гаймоленко С.Г.

Цель работы. Изучить адекватность применения антибактериальной терапии у детей с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей (ГВЗМТ).

Задачи.

1. Провести анализ структуры ГВЗМТ у детей по материалам КДКБ.
2. Проследить, как часто возникает системный воспалительный ответ при ГВЗМТ.
3. Выявить чистоту применения антибактериальных препаратов у детей с ГВЗМТ.
4. Оценить спектр антибактериальных препаратов применяемых при ГВЗМТ.
5. Установить обоснованность назначения антибактериальной терапии у детей при ГВЗМТ.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 209 историй болезни детей с

гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей за 2012-2013 гг., получавших лечение на базе КДКБ г. Читы. В исследуемой группе 113 мальчиков и 96 девочек в возрасте от 4 месяцев до 14 лет. При анализе учитывались диагноз, сроки обращения, симптомы болезни, лабораторные показатели, спектр микроорганизмов, схемы антибактериальной терапии и динамика заболевания.

Статистическую обработку данных проводили с помощью программы BIOSTAT и Microsoft Excel 2010, исследуемые параметры приведены в виде средних величин со стандартным отклонением ($M \pm SD$).

Результаты исследования. В структуре гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей, наиболее часто выявлялись абсцессы различной локализации - 49,6% случаев, из них 20% были обусловлены инъекциями вакцин. В 16,3% случаев диагностированы абсцедирующие фурункулы и фурункулезы (45,8%) и карбункулы (0,5%). Третье место по частоте занимают подкожные парапроктиты (10%), флегмоны верхних и нижних конечностей встречаются лишь в 8,1% случаев. При поступлении в стационар в 64,6% случаев температура тела оставалась нормальной. До субфебрильных и фебрильных цифр температура тела повышалась в 28,2% и в 7,2% случаев соответственно. При этом после вскрытия очага в течение первых 12-24 ч температура тела в подавляющем большинстве случаев (92,8%) держалась на нормальных или субфебрильных цифрах. Средняя продолжительность лихорадки $1,7 \pm 1$ день. Умеренный лейкоцитоз отмечался у 33,5% детей, выраженный лейкоцитоз у 23% детей. Однако стоит заметить, что в большинстве случаев (41,6%) уровень лейкоцитов оставался нормальным. При этом только у 7,9% детей ЛИИ соответствовал возрастной норме, у остальных же пациентов был в 3-6 раз выше нормы. Максимальные отличия ЛИИ отмечены в возрастной группе 1-5 лет. Ускорение СОЭ выявлено у 35,4% больных и средние показатели её составили $23 \pm 7,5$ мм/ч. В 78,5% случаев ГВЗМТ были вызваны моноинфекцией. Наиболее частой причиной заболеваний был *St. Aureus*. В лечении ГВЗМТ применялась системная эмпирическая антибактериальная терапия у 96,2% детей, из них у 12 пациентов (5,4%) использованы комбинации препаратов. Наиболее часто назначались цефалоспорины III поколения (57,9%), цефалоспорины I поколения применялись в 33,4% случаев. Положительная общеклиническая и местная динамика отмечена через $3,9 \pm 2,2$ дня, а средняя продолжительность антибактериальной терапии составила $7,8 \pm 3,2$ дня.

Выводы:

1. В структуре ГВЗМТ чаще всего встречаются абсцессы и фурункулы различной локализации.
2. В большинстве случаев системный воспалительный ответ отсутствует, заболевания ограничиваются только местными проявлениями.
3. Высокий процент детей с ГВЗМТ получают антибактериальную терапию.
4. Спектр используемых в лечении ГВЗМТ у детей антибактериальных препаратов представлен в основном цефалоспорины I и III поколений.

БРОНХОЛЕГОЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ: МЛАДЕНЧЕСКАЯ СМЕРТНОСТЬ И ФАКТОРЫ РИСКА

Петрова А.И., Кошечкина Г.Н.

Читинская государственная медицинская академия, Чита
Научный руководитель: д.м.н., профессор Гаймоленко И.Н.

В течение ряда лет в Забайкальском крае по данным статистических отчетов третье место среди причин смерти детей грудного возраста занимают заболевания органов дыхания.

Целью исследования явился анализ младенческой смертности детей от заболеваний органов дыхания в Забайкальском крае.

Задачи:

1. Исследовать динамику младенческой смертности от бронхолегочной патологии и её структуру в Забайкальском крае за последние 5 лет.
2. Оценить социально-биологические факторы риска смертности детей от заболеваний органов дыхания.

Материалы и методы. Исследование проведено методом ретроспективного анализа данных из карт-протоколов патологоанатомических вскрытий, за период с 2009 по 2013 год. Всего изучено 68 случаев смерти детей в возрасте $3,7 \pm 2,8$ месяцев, из них 39 мальчиков (57,4%) и 29 девочек (42,6%). Все дети разделены на две группы в зависимости от срока гестации, доношенные - 34 ребенка (50%), среди которых 20 (58,8%) мальчиков и 14 (41,2%) девочек и недоношенные, тоже 34 ребенка (50%), среди них 19 (55,9%) мальчиков и 15 (44,1%) девочек. Математическая обработка проведена методами вариационной статистики, с помощью программы BIOSTAT, Microsoft Exsel 2007.

Результаты исследования. За анализируемый период (5 лет) основным патологоанатомическим диагнозом у 57 (83,8%) детей явилась пневмония, у 6 (8,8%) детей - ОРВИ неуточненной этиологии: ларингит, трахеит, бронхит, бронхиолит, в 5 (7,4%) случаях бронхолегочная дисплазия. Отмечается умеренная тенденция к увеличению количества детей, умерших от заболеваний органов дыхания в динамике (в 2010 - 16,2%, в 2012 - 23,5%). Анализ социальных факторов риска свидетельствует о том, что чаще умирают дети у женщин в возрасте от 21 до 30 лет (50 детей - 75,8%), от первых родов (30 - 45,5%). Необходимо отметить, что каждая 5 женщина имела вредные привычки, такие как курение, употребление алкоголя и не состояла в зарегистрированном браке. 15,2% семей являлись малообеспеченными. У 27 детей (39,7%) смерть произошла на дому, 13 детей (19,1%) умерли в первые сутки с момента поступления в стационар. Частота летальных исходов зависела от времени года и суток. В осенне-зимний период (с октября по март) наблюдалось 48 случаев смерти (70,6%). Каждый пятый ребенок умер в период с 3 до 6 часов утра (14 случаев, 20,6%).

В возрастной структуре младенческой смертности от бронхолегочной патологии преобладали дети первого полугодия жизни (56 детей, 82,3%). Особенностью является относительная редкость случаев смерти на первом месяце жизни - 7 детей (10,3%), и возрастной пик с 2 до 4 месяцев - 37 случаев (54,4%). Половина детей имели низкую и ЭНМТ при рождении. Необходимо отметить, что у половины недоношенных детей (17) наблюдалась бронхолегочная дисплазия и у 8 - врожденные пороки развития, такие как неполная лобуляция правого легкого, стриктура правого мочеточника, эктазия чашечек и лоханки правой почки, гипоплазия щитовидной железы, очаговый микрополикистоз коры надпочечников, которые также могли усугубить течение основного заболевания и повлиять на исход. Фоновым заболеванием в 48 (70,6%) случаев являлось врожденное неклассифицируемое иммунодефицитное состояние - тимомегалия, у 10 (14,7%) детей - гиперплазия лимфоидной ткани, у 8 (11,8%) - гипоплазия коры надпочечников, в 3 (4,4%) случаях отмечается гиперплазия коры надпочечников.

Выводы. За исследуемый период динамика младенческой смертности от бронхолегочной патологии имеет тенденцию к увеличению. В структуре заболеваний органов дыхания преобладает пневмония (83,8%). Выявлены социальные факторы риска: возраст матери 21-30 лет, наличие вредных привычек, неполная и малообеспеченная семья. Отмечается сезонность летальности. Мальчики умирают чаще, чем девочки. У недоношенных детей дополнительными факторами риска являются БЛД и различные врожденные пороки развития.

ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И НЕКОТОРЫЕ ПАРАМЕТРЫ ТРОФОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ШКОЛЬНИКОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ

Петрова А.И., Мироевская О.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: к.м.н. Емельянова О.Н., к.м.н. Исакова Н.В.

Распространенность хронической патологии желудочно-кишечного тракта, в частности хронического гастродуоденита, составляет более чем 100 случаев на 1000 детей в год. Питание детей и подростков, страдающих хроническим гастродуоденитом, отличается дефицитом вита-

минов, минеральных веществ, пищевых волокон, полиненасыщенных жирных кислот, что усугубляет течение заболевания и предрасполагает к формированию трофологических нарушений.

В настоящее время в медицинскую практику введено такое понятие, как трофологический (нутриционный) статус, который характеризует состояние здоровья и физического развития детей, а также состояние питания. Трофологический статус включает в себя антропометрические показатели (рост, масса тела, индекс массы тела, окружность плеча, измерение кожно - жировой складки трицепса), биохимические показатели (общий белок, альбумин, трансферрин) и иммунологические показатели (общее число лимфоцитов). Нутриционный статус изменяется при различных заболеваниях, в частности при хроническом гастродуодените.

Целью нашего исследования явилось изучение показателей физического развития и некоторых параметров трофологического статуса у школьников с хроническим гастродуоденитом.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 30 школьников с диагнозом "Хронический гастродуоденит", среди которых 20 (66,7%) девочек и 10 (33,3%) мальчиков. Исследование проводилось в отделении гастроэнтерологии КДКБ №2. Физическое развитие оценивалось по основным антропометрическим показателям: массы тела, длины тела, окружности груди с помощью центильных таблиц. Трофологический статус определялся с помощью индекса массы тела, содержанию общего белка в биохимическом анализе крови, значению абсолютного числа лимфоцитов в общем анализе крови. Статистический анализ данных выполнялся с использованием программы Microsoft Office Excel 2007 путем определения экстенсивных и интенсивных показателей.

Результаты исследования. В возрастной структуре преобладают дети старшего школьного возраста (12-18 лет) - 60%, младшего (7-11 лет) - 40%.

При определении соматотипа выявлено, что 63,3% детей относится к мезосоматическому типу, 23,3% - к макросоматическому и 13,3% детей - к микросоматическому типу. У 80% детей физическое развитие гармоничное, то есть масса соответствует росту, у 20% - дисгармоничное.

При расчете индекса массы тела выявлено, что у 73,3% детей данный показатель соответствует возрастной норме, у двух детей отмечается дефицит массы до 10%, 6,7% детей имеют дефицит массы тела I степени, один ребенок - дефицит массы II степени. Два ребенка имеют ожирение II степени.

При анализе лабораторных данных, показатель общего белка у 83,3% детей находится в пределах возрастной нормы, при этом у 13,3% детей данный показатель снижен, у одного ребенка отмечается повышенное содержание общего белка. Абсолютное число лимфоцитов у всех детей в пределах допустимой нормы.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о нарушении трофологического статуса у части школьников с хроническим гастродуоденитом. У некоторых детей выявлено недостаточное питание, о чем свидетельствует низкий показатель ИМТ и снижение содержания общего белка. У двух детей, напротив, отмечается избыточное питание, что отражается на увеличении ИМТ.

Вышесказанное определяет необходимость определения трофологического статуса у детей с хроническими заболеваниями органов пищеварения с целью коррекции их питания.

КОЭФФИЦИЕНТ SKF И ХОЛОДОВАЯ ПРОБА У ЗДОРОВЫХ И БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ

Петрова М.А., Мичурина И.О., Петрова А.И.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: д.м.н., профессор Кузник Б.И., к.м.н., доцент Максимова О.Г.

В предыдущих работах (Б.И. Кузник и др., 2008 - 2013) показано, что с помощью анализа спеклов и вычисления на этом основании коэффициента SKF (Shenkman, Kuznik, Fine) можно судить о тяжести патологического процесса у больных детей. Однако в отдельных случаях имелись расхождения между показателем SKF и состоянием больного ребенка. Мы решили, что применение холодной пробы позволит улучшить результаты проводимых исследований.

Цель работы. Определить коэффициент SKF у здоровых и больных детей до и после применения холодной пробы.

Задачи.

1. Выяснить, как изменяется коэффициент SKF в начале (SKF1 и SKF3) и в конце (SKF2 и SKF4) первого и второго пережатия сосудов у здоровых и больных детей с врожденными пороками сердца (ВПС), хронической патологией дыхательной системы (ДС) и сахарным диабетом 1 типа (СД 1 типа).
2. Установить влияние холодовой пробы на коэффициенты SKF у здоровых и больных детей.
3. Выявить наиболее информативные показатели (по коэффициентам SKF), отражающие тяжесть патологического процесса.

Материалы и методы. Обследовано 112 детей в возрасте от 3 до 15 лет, из них 13 здоровых детей (контрольная группа), 17 детей с оперированными ВПС, 23 ребенка с не оперированными ВПС, 27 - с СД 1 типа, 32 - с хронической патологией ДС. Исследование проводилось аппаратом Measurementdevice ELFI-TECHNE5 в два этапа: опытная проба (измерение коэффициентов SKF), холодовая проба (погружение указательного пальца в воду ($T +4 - +6^{\circ}\text{C}$) на 10 секунд и повторное измерение коэффициентов SKF). Статистическая обработка данных проводилась с помощью программ BIOSTAT, сравнение проводилось по критерию Стьюдента.

Результаты исследования. По отношению к контрольной группе коэффициенты SKF повышались у всех больных детей. Однако наиболее значительный подъем коэффициентов SKF наблюдался в группе детей с хронической патологией ДС: SKF1 - на 31,5% ($p=0,001$), SKF2 - на 29,7% ($p=0,001$), SKF3 - на 37% ($p=0,001$), SKF4 - на 24,5% ($p=0,011$). Далее следует группа детей с не оперированными ВПС: SKF1 - на 21,4% ($p=0,018$), SKF2 - на 21,6%, SKF3 - на 26,1% ($p=0,021$), SKF4 - на 23,8% ($p=0,031$). Незначительное повышение коэффициентов отмечалось в группах детей с оперированными ВПС и СД 1 типа. После проведения холодовой пробы коэффициенты SKF в группе детей с хронической патологией ДС по отношению к контрольной группе повышались: SKF1 - на 34,5% ($p=0,001$), SKF2 - на 45,6% ($p=0,001$), SKF3 - на 31,5% ($p=0,001$), SKF4 - на 49,6% ($p=0,001$). В группе детей не оперированными ВПС SKF2 повышался на 30,4% ($p=0,05$), SKF4 - на 22,6% ($p=0,026$). В группе детей с оперированными ВПС SKF1 повышался на 25%, SKF4 - на 18,9%. При оценке влияния холодовой пробы на изменение коэффициента SKF по отношению к опытной пробе, наиболее выраженные сдвиги отмечались в группе детей с СД 1 типа. Применение холодовой пробы в данной группе привело к снижению коэффициентов SKF: SKF1 - на 10,4% ($p=0,07$), SKF3 - на 15,8% ($p=0,016$), SKF4 - на 17,8% ($p=0,018$).

Выводы.

1. У здоровых и больных детей в начале и в конце первого и второго пережатия сосуда коэффициент SKF остается относительно стабильным.
2. Наиболее значительное увеличение коэффициента SKF наблюдается у детей с хронической патологией ДС, с не оперированными ВПС, далее следуют больные с СД 1 типа и с оперированными ВПС.
3. Холодовая проба привела к более выраженным сдвигам коэффициента SKF1, SKF3 и SKF4 лишь у больных с СД 1 типа.
4. Наиболее объективное представление о тяжести патологического процесса создается при исследованиях коэффициента SKF как в начале, так и в конце первого и второго пережатия сосуда до и после холодовой пробы.

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У СПОРТСМЕНОВ ШКОЛЫ ОЛИМПЕЙСКОГО РЕЗЕРВА

Подойницына Ю.А., Кириллова И.В., Казакова О.И.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: к.м.н. Долина А.Б., к.м.н. Вишнякова Т.М.

Известно, что спорт - особый вид деятельности, сопряженный с регулярными высокими физическими и эмоциональными нагрузками.

Оценку кардиоваскулярной системы спортсменов необходимо проводить с учетом специфических изменений, объединенных в понятие "спортивное сердце".

Цель работы. Оценить состояние сердечно-сосудистой системы спортсменов "Школы олимпийского резерва".

Материалы и методы. Проведен анализ 37 индивидуальных карт спортсменов. Средний возраст их составил $17 \pm 4,2$ лет, стаж занятий спортом $6,7 \pm 3,1$ лет. У спортсменов проводили оценку данных осмотра, семейного анамнеза, ЭКГ. У 7 человек с выраженными изменениями на ЭКГ и с жалобами были проведены инструментальные и лабораторные методы обследования, а именно: ЭхоКГ, холтер-ЭКГ, тредмил-тест, биохимический анализ крови с определением уровня электролитов. Статистическая обработка проводилась с применением программы Microsoft Office 2010.

Результаты исследования. Большинство спортсменов (78,3%) не предъявляли жалоб, 21,7% жаловались на периодические головные боли, головокружение, метеозависимость, частые ОРВИ. При сборе семейного анамнеза: не отягощен у 94,6%, в 5,4% случаев затруднялись ответить. При анализе данных ЭКГ: средняя частота сердечных сокращений составила $51,9 \pm 18,2$, синусовая брадикардия у 29 человек (78,3%), синусовая аритмия у 6 человек (16,2%), синдром ранней реполяризации желудочков у 9 спортсменов (24,3%), нарушение проводимости по правой ножке пучка Гиса у 4 человек (10,8%). При холтеровском мониторинге ЭКГ: эпизоды АВ-блокады 2 степени (Мобиц 2) у 1 спортсмена. ЭхоКГ - незначительная аневризма межпредсердной перегородки в области овального окна у 1 человека. Тредмил-тест, биохимические исследования крови - без патологии.

Выводы.

1. Спортсмены, регулярно занимающиеся спортом имеют типичные изменения сердечно-сосудистой системы по данным ЭКГ: синусовая брадикардия, синдром ранней реполяризации желудочков, синусовая аритмия.
2. У спортсменов, имеющих жалобы и выраженные изменения ЭКГ, выявлены патологические отклонения при записи суточного мониторинга ЭКГ и ЭхоКГ.
3. Всем спортсменам, профессионально занимающимся спортом, необходимо тщательное исследование состояния сердечно-сосудистой системы с проведением суточного мониторинга ЭКГ, ЭхоКГ и нагрузочных тестов.

ТОЧНОСТЬ ИЗМЕРЕНИЯ УРОВНЯ ГЛЮКОЗЫ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ГЛЮКОМЕТРОВ "А АССУ-ЧЕК" И "ONE TOUCH" У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Пономарева Т.А., Лазо А.И., К.В. Тонких

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: к.м.н., доцент Попова Н.Г., Гевондян С.В.

Цель исследования: изучить точность определения уровня глюкозы крови глюкометрами разных типов у новорожденных детей.

Материалы и методы. В течение 2013 года в отделении патологии новорожденных ГБУЗ ЗКПЦ г. Читы был проведен анализ показателей уровня глюкозы крови, определяемых разными методами у 28 детей, которым проводились измерение глюкозы крови глюкометрами: Accu-check Performa nano и OneTouch VerioPro, сравнение показателей проводилось с уровнем глюкозы венозной крови.

Проверку на нормальность распределения количественных показателей проводили с использованием критерия Шапиро-Уилка. Для оценки количественных показателей определялись стандартные статистические характеристики: среднее значение и стандартное отклонение ($M \pm SD$); критерий Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. При оценке уровня глюкозы, измеряемого глюкометром Accu-check Performa nano, отмечалось отклонения от показателей венозной крови на 19,6%, что значительно затрудняет интерпретацию результатов и приводит к запаздыванию этиопатогенетической терапии.

Таблица

Уровень глюкозы у новорожденных, (M±SD) ммоль/л

Методы определения глюкозы	Accu-check Performa nano n=28	Венозная кровь n=28	OneTouch VerioPro n=28	Венозная кровь n=28
Уровень глюкозы	3,07±0,66*	2,61±0,53	2,86±0,62	2,65±0,50

Примечание: * - $p < 0,05$ - уровень статистической значимости различий при сопоставлении с группой сравнения.

При оценке уровня глюкозы, измеряемого глюкометром OneTouch VerioPro, отмечалось отклонение от показателей венозной крови на 8%, что находится в пределах допустимых значений. Мы обратили внимание, что амплитуда отклонений не зависела от времени суток, когда определялся уровень глюкозы крови.

Необходимо также отметить, что при определении уровня глюкозы глюкометром OneTouch VerioPro требуется меньшее количество крови - 0,4 мкл, в отличие от Accu check Performa nano - 0,8 мкл, что позволяет снизить уровень ятрогенных кровопотерь.

Еще одним преимуществом данного глюкометра OneTouch VerioPro является возможность его обработки хлорсодержащими растворами, что позволяет избежать нозокомиального инфицирования.

Выбрасывающий механизм глюкометра OneTouch VerioPro позволяет избежать контакта тест-полоски и рук медперсонала, что немаловажно при инфицировании детей вирусом СПИ-Да, гепатита С и т. д.

Вывод. Применение глюкометра OneTouch VerioPro позволяет снизить ятрогенные кровопотери, избежать нозокомиального инфицирования и получить статистически значимо более достоверную информацию о состоянии углеводного обмена у недоношенных детей.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ЛИМФАТИКО-ГИПОПЛАСТИЧЕСКИМ ДИАТЕЗОМ

Саранина Л.А., Артёмова А.Е.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: д.м.н., профессор Гаймоленко И.Н., Власова А.Н.

Лимфатико-гипопластический диатез - это аномалия конституции детей первых 7 лет жизни, характеризующаяся особенностью реактивности со стороны лимфоидной ткани, симпатико-адреналовой и иммунной системы. Подверженность таких детей к частым инфекционным заболеваниям и аллергическим реакциям требует индивидуального подхода к вакцинопрофилактике.

Цель работы. Изучить некоторые клиничко-лабораторные особенности и оценить течение поствакцинального периода у детей с лимфатико-гипопластическим диатезом.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе детской поликлиники №4 г. Читы. Всего проанализировано 52 амбулаторные карты, из них 26 детей с лимфатико-гипопластическим диатезом (исследуемая группа) и 26 детей без лимфатизма (контрольная группа). Критериями включения детей в исследуемую группу явились: дети, рожденные в 2012 г, наличие у детей признаков лимфатико-гипопластического диатеза (макросоматический тип физического развития, лимфоцитоз, дети со сниженной резистентностью). Методами исследования явился анализ анамнеза, клиники и гемограммы детей, с расчетом коэффициента фагоцитарной защиты (КФЗ) и специфического иммунного лимфоцитарно-моноцитарного потенциала (СИЛМП). Обработка материала проводилась методами вариационной статистики с помощью программы Statistica.6.0 с расчетом частоты встречаемости признака и использованием непараметрических критериев для оценки значимости различий (Манна-Уитни).

Результаты исследования. Обе группы детей были сопоставимы по возрасту, средний возраст детей исследуемой группы составил $1,7 \pm 0,51$ лет, контрольной - $1,5 \pm 0,3$ ($p > 0,05$). В группе детей с лимфатизмом преобладали мальчики - 21 (81%) и 15 (58,7%) соответственно ($p=0,07$). Около 2/3 детей в обеих группах находились на естественном вскармливании (69% и 65%). Однако более половины детей с лимфатизмом (61,5%) имели избыточную массу тела различной степени выраженности в зависимости от возраста. Максимальный избыток массы тела наблюдался в возрасте 1-3 месяцев (19-20%), что является признаком паратрофии. К возрасту 6-12 месяцев избыток масса тела не превышал допустимых пределов и составил 10% и 5% соответственно. Из сопутствующих заболеваний в анамнезе детей обеих групп выявлено ППЦНС гипоксически-ишемического генеза легкой степени. Проявления атопического дерматита гораздо чаще встречались в исследуемой группе (38,5% и 8% соответственно ($p=0,01$)). Частота ОРВИ в группе детей с лимфатизмом варьировала от 4 до 8 раз/год и в среднем составила 5 раз/год, в то время как в группе детей без лимфатизма эпизоды ОРВИ составили 0-4 раз/год, в среднем 2 раза. Низкая резистентность детей с лимфатизмом сопровождалась лимфоцитозом в гемограмме ($71,7 \pm 5,8\%$ в исследуемой и $60 \pm 8,9\%$ в контрольной ($p=0,01$)).

Подготовка к вакцинации в виде применения антигистаминных препаратов (фенистил, супрастин) проведена с одинаковой частотой в обеих группах (у 34,6% исследуемой и 42,2% контрольной группы). У 1/3 детей обеих групп поствакцинальный период протекал благоприятно (38,5% и 30,8%, соответственно). Однако у детей с лимфатико-гипопластическим диатезом гораздо чаще встречались тяжелые поствакцинальные реакции. Реакции слабой степени наблюдались у 9 (34,6%) и 13 (50%) ($p=0,05$), средней степени у 2 (7,7%) и 3 (11,5%) ($p=0,01$), тяжелой - у 5 (19,2%) и 2 (7,7%) ($p=0,01$), соответственно в исследуемой и контрольной группах.

Выводы.

1. У детей, имеющих признаки лимфатико-гипопластического диатеза, вакцинация сопровождается более частым развитием тяжелых поствакцинальных реакций.
2. Такие дети имеют особенности развития, обусловленные особым функционированием иммунной системы, что сопровождается более частым развитием атопического дерматита.

ВЛИЯНИЕ ЗАГРЯЗНЕНИЯ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ Г. ЧИТА

Татарин Н.А., Ермакова Т.В., Игнатъева О.В., Малютина Е.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: к.м.н. Михайлова Л.А.

Из всего комплекса экологических факторов наиболее выраженное влияние на здоровье населения оказывает качество атмосферного воздуха. Вследствие морфофункциональных особенностей растущего организма дети являются одной из наиболее чувствительных к воздействию негативных антропогенных факторов окружающей среды категорий. В связи с этим состояние здоровья детского населения рассматривается как один из достоверных индикаторов степени загрязнения окружающей среды.

Цель: анализ состояния здоровья детей, проживающих в районах с различным уровнем загрязнения атмосферного воздуха.

Задачи:

1. Оценить уровень загрязнения атмосферного воздуха районов г. Чита.
2. Провести углубленный анализ острой заболеваемости детей.

Материалы и методы. Для оценки уровня загрязнения атмосферного воздуха были использованы данные о среднемесячных концентрациях загрязняющих веществ за 2012 г. ГУ "Читинский ЦГМС-Р". Для анализа выбраны территории с привязкой к следующим постам наблюдения: пост 4 (Ингодинский район), пост 5 (Железнодорожный район), пост 6 (микрорайон Северный Центрального района). Степень загрязнения атмосферы оценивалась по суммарному пока-

зателю загрязнения (Ксум.). Расчет Ксум проводился по 7 веществам по методике К.А. Буштуевой. Для анализа острой заболеваемости были использованы данные медицинских карт (форма 026у) детей, проживающих в исследуемых районах, а также посещающих дошкольные образовательные организации, расположенные в изучаемых районах (ДОО № 106, 59, 23, 35, 82, 75). Всего была проанализирована 661 медицинская карта. Исследование соответствовало принципам Хельсинкской декларации, предварительно было получено письменное разрешение родителей. Рассчитывали уровень и структуру острой заболеваемости, среднюю продолжительность случая заболевания. Для обработки данных использовались методы параметрической статистики: расчет коэффициентов парной корреляции с применением критерия Стьюдента.

Результаты исследования. При анализе среднемесячных концентраций взвешенных веществ установлено, что содержание пыли в Железнодорожном районе составило $0,372 \text{ мг/м}^3$, что в 3 раза выше, чем на территории Центрального района. Поле средних концентраций диоксида азота неоднородно и наиболее высокий его уровень отмечается в Ингодинском и Железнодорожном (1,35 и 1,27 ПДК соответственно) районах. Концентрация диоксида серы и сажи в Железнодорожном и Ингодинском районах также в 1,5 - 3 раза выше, чем в Центральном районе. Максимальная концентрация бенз(а)пирена (4,51 и 3,94 ПДК соответственно) регистрируется в Железнодорожном и Ингодинском районах. При расчете суммарного показателя установлено, что очень высокое загрязнение воздуха отмечается в Железнодорожном (пост 5) и Ингодинском (пост 4) районах (Ксум 8,7 и 8,5 соответственно), высокое загрязнение (Ксум 4,6) - в Центральном районе (пост 6). При расчете показателей острой заболеваемости установлено, что более высокий уровень регистрируется в Железнодорожном и Ингодинском районах (507,23 и 556,04 случая заболевания на 100 детей соответственно), в Центральном районе данный показатель равен 377, 12 ($p < 0,001$). В структуре острой заболеваемости детей во всех районах более двух третей случаев обуславливали болезни органов дыхания (71,5-78,5%). Второе место по удельному весу занимал класс инфекционных и паразитарных болезней (7,7-13,0%), третьекласс болезней органов пищеварения (2,5-7,8%). Расчет коэффициентов парной корреляции, характеризующих количественные взаимоотношения между острой заболеваемостью и суммарным показателем загрязнения воздуха (Ксум.), показал наличие тесной связи между уровнем заболеваемости и степенью загрязнения атмосферы ($r = 0,98 \pm 0,14$, при $p < 0,02$).

Вывод. Уровень загрязнения атмосферного воздуха в г. Чита имеет неоднородный характер, наиболее загрязненными районами являются Ингодинский и Железнодорожный, что оказывает непосредственное влияние на состояние здоровья детского населения.

ВЛИЯНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ЭРИТРОПОЭТИНА НА ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОГРАММЫ

Тонких К.В., Лазо А.И., Полухина А.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: к.м.н., доцент Попова Н.Г., Гевондян С.В.

Цель исследования: изучить показатели гемограммы при назначении эритропоэтина и гемотрансфузии у недоношенных детей.

Материалы и методы. В течение 2012-13 гг. в отделении патологии новорожденных ГБУЗ ЗКПЦ г. Читы был проведен анализ характера гемограмм у 31 недоношенного ребенка, родившихся с массой тела от 1000 до 1500 г, разделенных на 2 группы: 16 детей, получавших препарат Эральфон (ЗАО "ФармФирма "Сотекс"), составили основную группу (1-я группа) и 15 детей, не получавших препарата, вошли в группу сравнения (2-я группа). 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 в течение 4 - 6 недель в дозе 200 ед/кг массы тела 3 раза в неделю, вводили подкожно, начиная с возраста 8-10 дней. Новорожденные обеих групп получали

препараты железа, фолиевую кислоту. До назначения Эральфона, в период его применения и после окончания курса проводили исследования показателей красной крови каждые 7 дней. Детям группы сравнения на 13-15-е сутки жизни проводилась гемотрансфузия.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета статистических программ Statistica 6.1. Проверку на нормальность распределения количественных показателей проводили с использованием критерия Шапиро-Уилка. Для описательной статистики использовали медиану (Me) и интерквартильный интервал [25-й; 75-й перцентиль]. Сравнение независимых выборок производили с помощью критерия Манна-Уитни и критерия Вилкоксона.

Результаты и их обсуждение. При анализе гематологических показателей у детей обеих групп отмечалась тенденция к анемизации к 8-10-м суткам.

В группе детей, получавших Эральфон, наблюдалась отчетливая тенденция к более высоким показателям ретикулоцитарного индекса (больше 2-х), что указывает на более активный эритропоэз у этих детей ($p < 0,05$).

У детей, не получавших Эральфон, показатели гемоглобина, ретикулоцитарного индекса к концу неонатального периода были ниже 2, несмотря на гемотрансфузию, что свидетельствует о гипопролиферативном компоненте анемии в результате недостатка эритропоэтина.

Показатели MCV в основной группе до введения Эральфона носили микроцитарный характер, к концу неонатального периода соответствовали нормоцитарным показателям. Мы обратили внимание, что в группе детей, получавших Эральфон, отмечалась нормализация показателей белой крови. Прежде всего, это касается абсолютного количества моноцитов. Если до лечения моноцитопения диагностировалась у 97% детей, то уже после 2-х недель терапии моноцитопения имела место у 31% ($p < 0,05$). К концу неонатального периода уровень моноцитов соответствовал средним показателям у всех детей, получивших Эральфон. В то время как на фоне гемотрансфузии отмечался статистически незначимый подъем уровня моноцитов на 4-й день после переливания с последующим развитием моноцитопении к концу неонатального периода у 87% детей.

Вывод. Применение Эральфона позволяет снизить частоту тяжелых форм ранней анемии недоношенных и нормализовать уровень моноцитов у преждевременно рожденных детей.

АНАЛИЗ ОРГАНИЗАЦИИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА ВРОЖДЕННОГО ГИПОТИРЕОЗА В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ ЗА 2012-2013 ГОДЫ

Ульзутуева Е.Г., Мичурина И.О., Петрова М.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: к.м.н. Вишнякова Т.М.

Врожденный гипотиреоз (ВГ) - гетерогенная группа заболеваний, проявляющаяся врожденным дефицитом тиреоидных гормонов и приводящая к задержке развития и дифференцировки всех органов и систем. Неонатальный скрининг врожденного гипотиреоза на сегодняшний день является наиболее точным методом ранней диагностики этого заболевания.

Цель работы. Проанализировать организацию и эффективность неонатального скрининга врожденного гипотиреоза в Забайкальском крае за 2012-2013 гг.

Задачи.

1. Выявить популяционную частоту врожденного гипотиреоза по результатам скрининга за 2012-2013 гг. в Забайкальском крае.
2. Оценить охват новорожденных процедурой скрининга.
3. Выявить частоту и сроки установления гипертиреотропинемии среди протестированных детей.
4. Выявить охват и сроки ретестирования детей на врожденный гипотиреоз.
5. Проанализировать длительность постановки диагноза: врожденный гипотиреоз.

Материалы и методы. Все неонатальные скринирующие программы осуществляются в лаборатории неонатального скрининга ГУЗ "Детская краевая клиническая больница" г. Читы (иммунофлюоресцентный метод с использованием наборов Delfia Neonatal TSN, Wallak).

В работе проанализирована отчетная документация лаборатории неонатального скрининга по Забайкальскому краю за 2012-2013 гг. Статистическую обработку данных проводили с помощью программы BIOSTAT и Microsoft Excel (версия 7.0), исследуемые параметры приведены в виде средних величин со стандартным отклонением ($M \pm SD$).

Результаты исследования. Популяционная частота врожденного гипотиреоза в Забайкальском крае на 2012 г. составила 1:5741, а на 2013 г. - 1:5735. Охват неонатальным скринингом на врожденный гипотиреоз в Забайкальском крае на 2012-2013 гг. в среднем составил $97,9 \pm 0,7\%$. Частота гипертиреотропинемии среди протестированных детей составила в среднем $0,2 \pm 0,02\%$. В 2012 году гипертиреотропинемия устанавливалась до 1 месяца от момента рождения в 62,5% случаев, а в 2013 г. - в 79,5% случаев. Охват ретестированием в 2012 г. составил 78%, а в 2013 г. снизился до 56%. Анализируя представленные данные, следует отметить отрицательную тенденцию к удлинению времени проведения ретеста с 2-х месяцев в среднем в 2012 году до 3-х месяцев в 2013 году. Необходимо отметить, что существуют оптимальные сроки постановки диагноза, они составляют от момента рождения и до установления диагноза и начала лечения не более 1 месяца. В 2012-2013 гг. в 50% случаев диагноз врожденный гипотиреоз устанавливался до 2-х месяцев.

Выводы.

1. Популяционная частота врожденного гипотиреоза в Забайкальском крае на 2012-2013 гг в среднем 1:5738.
2. Охват неонатальным скринингом в Забайкальском крае на 2012-2013 гг. соответствует рекомендуемым показателям, что свидетельствует об эффективности работы первого этапа - родильного дома.
3. Частота гипертиреотропинемии среди протестированных детей составила $0,2 \pm 0,02\%$ и в большинстве случаев устанавливалась до 1 месяца от момента рождения.
4. Охват ретестированием оставался низким в 2013 г., что свидетельствует о неэффективности работы второго и третьего этапа - лаборатории неонатального скрининга и детских поликлиник. Ретест в большинстве случаев проводился до 2 месяцев от момента рождения.
5. Установление диагноза врожденный гипотиреоз в большинстве случаев не соответствовал оптимальным срокам постановки диагноза.

КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ СОМАТОТРОПНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ РОСТА

Эпова О.И., Чеботарева Ю.Л.

Читинская государственная медицинская академия, Чита
Научные руководители: к.м.н. Вишнякова Т.М., к.м.н. Долина А.Б.

Задержка роста у детей - состояние гетерогенное, в связи с чем важной клинической проблемой является дифференциальная диагностика различных вариантов нанизма с целью точного определения причины низкорослости, прогноза и выбора метода лечения. Наиболее значимым является отбор больных с соматотропной недостаточностью, однако решение этой задачи сопряжено с большими трудностями, которые обусловлены многообразием форм нанизма и тем, что гормональные методы исследования довольно сложны, трудно переносятся детьми и дорогостоящие.

Цель работы: выявить клинические отличия задержки роста у детей с доказанной соматотропной недостаточностью и без таковой.

Материалы и методы. Проведен одномоментный анализ историй болезни детей, которые находились на лечении в кардиоэндокринологическом отделении КДКБ. Всего проанализировано 58 историй болезни детей с различными вариантами нанизма. Все пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от результатов теста на стимулированную секрецию соматотропного гормона (СТГ): 1-я группа - больные с положительной пробой и максимальным уровнем СТГ <

7 нмоль/мл, средний возраст их составил 12 ± 2 лет (тотальная соматотропная недостаточность); 2-я группа - дети, у которых так же положительная проба на стимулированную секрецию СТГ, но максимальный уровень СТГ составил >7 и <10 нмоль/мл, средний возраст 12 ± 1 лет (частичная соматотропная недостаточность); 3-я группа - пациенты с отрицательной пробой, средний возраст их 10 ± 3 лет (отсутствие соматотропной недостаточности).

В каждой из групп мы проанализировали следующие клинические показатели: коэффициент стандартного отклонения роста (SDS роста), костный возраст, инсулиноподобный фактор роста-1 (ИФР-1).

Полученные данные обрабатывались методами вариационной статистики с помощью компьютерной программы Microsoft Office Excel 2010.

Результаты исследования. Наиболее низкие значения SDS роста имелись в первой группе и составили $-3,5 \pm 0,25$, а SDS роста у детей второй и третьей групп существенно не отличались друг от друга $-2,8 \pm 0,3$ и $-2,2 \pm 0,9$ соответственно. Отклонения костного возраста от паспортного в первой и второй группе были наиболее значимыми, в сравнении с третьей и составили 5,3; 4,6; 3,8 лет соответственно. Средние значения ИФР-1 наиболее низкими (71 нг/мл) отмечались в группе больных с тотальной соматотропной недостаточностью, во 2-й и 3-й группах значения ИФР-1 оставались в пределах нормальных колебаний (>120 нг/мл).

Выводы. Степень задержки роста и костного возраста являются определяющими факторами в отборе детей для проведения пробы на стимулированную секрецию СТГ. Задержка роста менее- 3,5 SDS сама по себе является основанием для направления ребенка на пробу. При снижении показателей роста до -2 SDS необходимо оценивать костный возраст больного. Сочетание SDS роста менее -2 и задержки костного возраста более 3-х лет также является основанием для оценки стимулированной секреции СТГ. Показатели ИФР-1 имеют диагностическое значение только при снижении его ниже 71 нг/мл.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КАТЕГОРИИ ДЕТСКОГО ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ НА ФОРМИРОВАНИЕ ШКОЛЬНОЙ ЗРЕЛОСТИ ВОСПИТАННИКОВ

Якимова К.С., Найданова Е.Б., Линейцева А.Ю., Зайкина А.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: Томских Э.С.

Проблема готовности детей к школьному образованию в последнее время стала очень популярной среди исследователей различных специальностей. Психологи, педагоги, физиологи изучают и обосновывают критерии готовности к школьному обучению, спорят о возрасте, с которого наиболее целесообразно начинать учить детей в школе. Интерес к указанной проблеме объясняется тем, что образно школьную зрелость можно сравнить с фундаментом здания. Хороший крепкий фундамент - залог надёжности и качества будущей постройки.

Цель работы. Оценить влияние категории детского дошкольного образовательного учреждения на формирование школьной зрелости детей.

Задачи:

1. Оценить школьную зрелость детей.
2. Проанализировать связь между категорией детского дошкольного образовательного учреждения и уровнем школьной зрелости воспитанников.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе детских садов №46, №79, №38, №106, №15, №1; использовались: ориентационный тест школьной зрелости Керна Йирасека; вербальный субтест; медицинские карты детей. Статистическая обработка данных выполнялась в программе "Статистика 6" (корреляционный анализ).

Результаты исследования. В исследовании приняли участие 140 воспитанников детских дошкольных учреждений. Из них 32,3% посещают детские сады первой категории, 39,2% -дет-

ские сады второй категории, 28,5% - детские сады третьей категории. Категории детских дошкольных образовательных учреждений определяются в соответствии с уровнем реализации образовательной программы дошкольного образования. К первой категории относят центры развития ребенка, реализующие образовательную программу в соответствии с требованиями, превышающими обязательный минимум, указанный в государственном стандарте, по всем направлениям деятельности. Детские дошкольные образовательные учреждения второй категории реализуют образовательную программу в соответствии с требованиями, превышающими обязательный минимум, по одному или нескольким направлениям деятельности. Детские сады третьей категории реализуют образовательную программу в соответствии с требованиями государственного стандарта. По тесту Керна Йирасака из воспитанников детских садов 1-ой категории 27,8% готовы к школьному обучению, 33,3% средний уровень готовности, 25,1% ниже среднего уровня, 13,8% не готовы к школьному обучению. По вербальному субтесту 94,4% готовы к школьному обучению, 5,6% не готовы к школьному обучению. Из воспитанников детских садов 2-ой категории 11,3% готовы к школьному обучению, 36,4% - средний уровень готовности, 25% ниже среднего уровня, 27,3% не готовы к школьному обучению. По вербальному субтесту 81,1% готовы, 18,9% не готовы. Из воспитанников детских садов 3 категории 31,3% готовы к школьному обучению, 21,8% средний уровень подготовки, 12,5% ниже среднего уровня, 34,4% не готовы к школьному обучению. По вербальному субтесту 84,4% не готовы, 5,6% не готовы к школьному обучению. К первой группе здоровья были отнесены 14,3%, ко второй группе здоровья 75,7%, к третьей группе - 10%. Таким образом, по данным проведенного исследования более половины детей не готовы к обучению в школе.

В результате статистической обработки данных установлено, что между категорией детского дошкольного образовательного учреждения и уровнем школьной зрелости воспитанников определяется прямая корреляционная связь ($r = + 0,7$).

Выводы. Таким образом, категория детского дошкольного образовательного учреждения оказывает прямое влияние на формирование школьной зрелости воспитанников.

**ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ, НЕВРОЛОГИИ, НЕЙРОХИРУРГИИ
И НЕЙРОФАРМАКОЛОГИИ**

**СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ
С НЕОСЛОЖНЕННЫМ СИНДРОМОМ ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ**

Акулова Е.А., Романова Д.И., Шукурова С.Н., Болванов А.И.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: д.м.н. Сахаров А.В.

Имеющиеся литературные данные во многом раскрывают процессы, происходящие при хронической алкогольной интоксикации, однако весьма скудно в них представлены сведения о патогенезе формирования нарушений микроциркуляции, которые, в свою очередь, являются ведущей причиной развития висцеропатий.

Цель исследования: оценить состояние микроциркуляции методом лазерной доплеровской флоуметрии у больных с неосложненным синдромом отмены алкоголя.

Материалы и методы. Для оценки состояния микроциркуляции использовался метод лазерной доплеровской флоуметрии с помощью лазерного анализатора кровотока "ЛАКК-02". Датчик устанавливался в нижней трети предплечья по наружной поверхности на 4 см выше основания шиловидных отростков локтевой и лучевой костей. Все исследования осуществлялись в положении сидя, рука находилась на уровне сердца; ЛДФ-граммы регистрировались в течение 3 минут. Оценивались показатель микроциркуляции (ПМ), среднее квадратическое отклонение (σ) и коэффициент вариации (Кv). В дальнейшем использовался Вейвлет-анализ.

На базе Краевого наркологического диспансера Забайкальского края было обследовано 55 пациентов в возрасте от 25 до 50 лет с алкогольной зависимостью, госпитализированных для лечения неосложненного синдрома отмены алкоголя (F10.302). Исследование больным проводилось в первый день поступления (в состоянии алкогольного абстинентного синдрома, ААС), на четвертый-пятый день лечения (в начале постабстинентного состояния, НПАС) и на четырнадцатые-пятнадцатые сутки от госпитализации (в конце постабстинентного состояния, КПАС). Контрольную группу составили 22 здоровых добровольца в возрасте от 23 до 50 лет.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с применением пакета анализа Microsoft Excel. Достоверность различий оценивалась по парному t-критерию Стьюдента.

Результаты исследования. Установлено, что у больных алкоголизмом в период ААС повышался показатель микроциркуляции относительно контрольной группы в 1,3 раза ($14,73 \pm 0,72$ и $11,65 \pm 0,64$; $p < 0,01$), в постабстинентном периоде он уменьшался ($11,51 \pm 0,66$ в НПАС; $11,57 \pm 0,60$ в КПАС). Аналогичные изменения происходили со средним колебанием перфузии (σ), который был максимальным в ААС ($2,48 \pm 0,17$ в ААС, $1,91 \pm 0,25$ в контроле; $p < 0,05$), затем уменьшался (до $2,14 \pm 0,09$ в КПАС). Был установлен существенный рост коэффициента вариации - в контрольной группе он был равен $15,67 \pm 1,66$; в период ААС произошло увеличение до $17,73 \pm 0,97$; в НПАС наблюдался рост в 1,4 раза ($21,35 \pm 2,08$; $p < 0,05$), который сохранялся и в КПАС ($20,32 \pm 1,91$; $p < 0,05$). Миогенный тонус повышался в абстинентном состоянии ($2,26 \pm 0,08$ в ААС, $1,86 \pm 0,17$ в контроле; $p < 0,05$), достигая особенно высоких значений в конце постабстинентного состояния ($2,66 \pm 0,16$, $p < 0,001$). Нейрогенный тонус был уменьшенным в период ААС ($1,89 \pm 0,05$ в ААС, $2,03 \pm 0,21$ в контроле), затем он увеличился к КПАС ($2,26 \pm 0,12$). Соответственно, показатель шунтирования был увеличенным как в абстинентном состоянии ($1,21 \pm 0,04$ в ААС, $0,99 \pm 0,07$ в контроле; $p < 0,01$), так и в КПАС ($1,18 \pm 0,04$, $p < 0,02$).

Эндотелиальные колебания (Аmax Э) при ААС были повышенными ($1,22 \pm 0,09$ в ААС, $0,97 \pm 0,16$ в контроле; $p < 0,05$), нормализуясь в постабстинентном состоянии ($0,93 \pm 0,07$ в НПАС; $0,97 \pm 0,09$ в КПАС), что говорит о наличии эндотелиальной дисфункции у больных в период ААС. Аналогичные изменения происходили и с нейрогенными колебаниями ($1,32 \pm 0,08$ в ААС; $1,07 \pm 0,09$ в НПАС; $1,05 \pm 0,09$ в КПАС; $1,14 \pm 0,15$ в контроле). Миогенные колебания (Аmax М) были сниженными в ААС и, особенно, в постабстинентном периоде ($1,14 \pm 0,07$ в ААС; $0,99 \pm 0,09$ в НПАС;

0,84±0,05 в КПАС; 1,22±0,15 в контроле; p<0,02). Амплитуды колебаний в дыхательном и пульсовом диапазонах оказались также сниженными в постабстинентном периоде.

Заключение. Таким образом, нарушения микроциркуляции у больных алкоголизмом с синдромом отмены алкоголя носят выраженный характер и сохраняются в постабстинентном состоянии, что, вероятно, является причиной развития висцеропатии у данных пациентов и требует соответствующей медикаментозной коррекции.

ИНСУЛЬТЫ: КЛИНИКО - ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И КОМПЬЮТЕРНО -ТОМОГРАФИЧЕСКИЕ (КТ)СОПОСТАВЛЕНИЯ

Алиева А.Р.к., Кудряшова А.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: к.м.н., профессор Ширшов Ю.А.

Острые нарушения мозгового кровообращения (инсульты) - глобальная проблема современности. Инсульты возникают чаще у лиц среднего и старшего возраста, т.е. наиболее трудоспособной части населения. Человек достигает определенного профессионального уровня, имеет жизненный опыт, находится в расцвете творческих сил, а заболевание делит жизнь на две части: до болезни и после нее. Сегодня инсульт занимает третье место среди причин смертности после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. Даже при благоприятном исходе далеко не всегда человеку удается вернуться к прежнему образу жизни. В острой стадии (первые три недели) погибают 30-35 % больных, а к концу первого года после инсульта число неблагоприятных исходов превышает 50%. Значительное число больных, переживших инсульт, становятся зависимыми от посторонней помощи. Лишь 20% возвращаются к своей прежней работе. Очень велики экономические последствия заболевания, расходы на медицинскую помощь и реабилитацию. Несмотря на яркую клиническую картину, верификация инсультов должна оцениваться с помощью КТ или МРТ (нейровизуализации), а при летальных исходах - патологоанатомического исследования.

Цели работы:

1. Сопоставить клинический и патологоанатомический диагнозы при инсультах.
2. Определить диагностическую ценность нейровизуализации (КТ или МРТ головного мозга при инсультах).

Материалы и методы. Анализировалось 97 истории болезней пациентов, находившихся на обследовании в ГУЗ ККБ с диагнозом ОНМК в период с 2010 года по 2013 год.

Результаты исследования. В результате анализа было установлено, что в исследуемой группе (97 умерших больных с ОНМК, средний возраст 64 года) при соотношении мужчин и женщин (45:52), данные были распределены следующим образом. По клиническому диагнозу: ишемический инсульт - 60%; кровоизлияние в головной мозг - 33%; субарахноидальное кровоизлияние - 7%.

По данным нейровизуализации: в подгруппе с ишемическим инсультом КТ подтверждает диагноз ОНМК в 98% случаев, в 2% случаях ишемических изменений не было выявлено, т.к. КТ было проведено в ранние часы от ОНМК. Патологоанатомический диагноз в указанной подгруппе больных совпал с клиническим в 100 % случаев. В подгруппе с кровоизлияниями в головной мозг нейровизуализация (КТ) подтверждает данный диагноз в 100 % случаях, и патологоанатомический диагноз совпал с клиническим в 100%. В подгруппе с субарахноидальным кровоизлиянием нейровизуализация (КТ) подтверждает диагноз в 86% случаев, в 14% изменений не было выявлено, патологоанатомический же диагноз в указанной подгруппе больных совпал с клиническим в 100%.

Вывод. Несмотря на то, что инсульт проявляется органической симптоматикой (общемозговой и очаговой), позволяющей выставить диагноз ОНМК, всем больным с данным диагнозом необходимо проводить нейровизуализацию (КТ) для уточнения диагноза и характера инсульта. Однако КТ, проведенная в ранние часы от ОНМК, может не иметь положительных результатов, особенно при ишемических поражениях.

ПОКАЗАТЕЛИ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ КОМПРЕССИОННЫХ ФОРМАХ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА

Астраханцева Л.Г., Бирюкова К.А., Жамсаранжапова Ч.А., Казанцева Е.И., Кириленко И.Б., Кондратьев И.С., Кряжева М.Н., Охлопков Д.Ю., Пушкарёва А.В., Семёнова Ж.Д., Хусаинова Н.М., Цыренова Э.Ч.
Читинская государственная медицинская академия, Чита
Научный руководитель: д.м.н. Белозерцев Ф.Ю.

Проблема лечения боли в спине и корешковой боли в конечности не теряет свою актуальность из-за высокой частоты в популяции и лидирующих позиций по утрате трудоспособности в социально-активной группе населения, проблем в оказании помощи данной категории пациентов. В последние годы получили развитие новые нейрохирургические методики лечения пациентов с компрессионными формами остеохондроза.

Цель работы: оценить показатели нейрохирургического лечения пациентов с компрессионными формами поясничного остеохондроза в последние 4 года.

Материал и методы: проведен анализ законченных случаев лечения пациентов оперированных в нейрохирургическом отделении Краевой клинической больницы (ККБ) г. Читы в 2010 и 2013 гг.

Полученные результаты. Сравнение показателей в 2010 и 2013 г. не выявило особых различий в месте жительства пациентов г.Чита- 37,04% и 33,72% соответственно, краевые жители 62,22% и 66,28%. Выросло количество оперированных женщин 51,6% в 2013 г. против 42,96% в 2010 г. с уменьшением числа мужчин 48,84% и 57,04% соответственно. Не отмечено изменений по характеру занятости пациентов. По уровню патологического процесса преобладает поражение диска L4-5 42,96% в 2010 г., 37,21% в 2013 г. и диска L5- S1 38,52% в 2010 г., 32,56% в 2013 г. Соотношение пациентов с выраженностью болевого синдрома также не меняется. Умеренный болевой синдром зарегистрирован в 2010 г. в 94,81% и в 2013 г. в 94,19%, выраженный болевой синдром составил в 2010 г. - 5,19% и в 2013 г. в 5,81%. Основные изменения зарегистрированы в организации и характере лечебного процесса. В 2013 г. выросло число пациентов, оперированных в первый месяц с начала обострения, 52,33% в 2013 г. против 35,56% в 2010 году, за счет уменьшения пациентов с длительностью обострения свыше 6 месяцев с 17,03% в 2010 г. до 4,65% в 2013 г. Выросло число малоинвазивных операций. Удельный вес операций микронеурхирургической дискэктомии составил 21,33% в 2010 г. и 46,03% в 2013 г. Уменьшилось число относительно более травматичных дискэктомий с доступом гемиламинэктомии с 7,33% в 2010 г. до 0,79% в 2013 г. В целом число дискэктомий без микронеурхирургии уменьшилось с 36,67% в 2010 году до 8,73% в 2013 г. Значительно выросло число динамических стабилизаций при остеохондрозе с 0,67% в 2010 году до 20,64 % в 2013 году. Удельный вес транспедикулярных фиксаций при остеохондрозе позвоночника, проводимых в ККБ не изменился, выполнено ТПФ в 2010 г.-0,67% и в 2013 г.-0,79%. Появились эндоскопические дискэктомии по Дестандо. В 2010 году такие операции не проводились. В 2013 году удельный вес эндоскопических операций составил 3,97%.

Выводы:

1. За последние 4 года не отмечено структурных изменений в группе пациентов с компрессионными формами поясничного остеохондроза.
2. В 2013 году отмечен существенный рост малоинвазивных нейрохирургических операций в ККБ среди пациентов с компрессионными формами поясничного остеохондроза.
3. К 2013 улучшились показатели организации лечебного процесса в ККБ в виде увеличения удельного веса операций, проводимых в оптимальные сроки у пациентов с компрессионными формами поясничного остеохондроза.
4. Методом выбора при стабилизации у пациентов с компрессионными формами поясничного остеохондроза в ККБ является малотравматичная интерспинальная динамическая стабилизация современными имплантатами в противовес более длительной и травматичной ТПФ.

**ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗЕЙ МЕЖДУ МЕТОДИКАМИ СКРИНИНГОВОЙ
ДИАГНОСТИКИ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ: АНКЕТЫ-ОПРОСНИКА
Л.Т. МОРОЗОВА, ТЕСТА AUDIT И МЕТОДИКИ СМА
Бочкарева Л.С., Гомбоева Т.А.**

Читинская государственная медицинская академия, Чита
Научные руководители: к.м.н. доцент Морозов Л.Т., д.м.н. Сахаров А.В.

Скрининговые методы уже давно широко используются для определения структуры алкоголизации различных категорий населения. Существует тест AUDIT, который был разработан Всемирной организацией здравоохранения с целью проведения скрининга на предмет чрезмерного употребления алкоголя, в особенности для содействия в выявлении врачами соматической сети лиц, у которых злоупотребление алкоголем является опасным для здоровья. В 1985 году была предложена скринирующая методика для выявления алкоголизма (СМА), сконструированная В.И. Полтавцом на базе Мичиганского алкогольного скрининг-теста, Миннесотского много-профильного личностного опросника, опросника для изучения тяжести алкогольной зависимости, Alcadd-теста.

В Чите уже не одно десятилетие используется своя анкета-опросник для установления алкогольных проблем, разработанная доцентом кафедры психиатрии ЧГМА, к.м.н. Л.Т. Морозовым. Благодаря клинической направленности читинская анкета хорошо зарекомендовала себя и уже длительно используется для выявления злоупотребления алкоголем и алкоголизма.

Целью настоящей работы стало определение взаимосвязей между результатами анкеты-опросника Л.Т. Морозова, теста AUDIT и методики СМА (Полтавец В.И., 1985).

Методы и материалы. Исследование проводилось среди призывников Забайкальского края на базе Военно-врачебной комиссии. Всего было опрошено 84 призывника в возрасте от 18 до 22 лет. Каждый респондент заполнял три опросника: анкету Л.Т. Морозова, тест AUDIT и методику СМА.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с применением пакета прикладных статистических программ "Statistica 6.0" и пакета анализа Microsoft Excel. Взаимное влияние изучаемых параметров устанавливалось с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Корреляционная связь (r) оценивалась следующим образом - полная (1), сильная (от 1 до 0,7), средняя (от 0,7 до 0,3), слабая (от 0,3 до 0), отсутствует (0); при знаке (+) - прямая, при знаке (-) - обратная.

Результаты исследования. При анализе анкеты опросника Л.Т. Морозова получены следующие результаты: только умеренное употребление (от 0 до 10 баллов) - 91,6 %; умеренное употребление или чрезмерное (от 11 до 20 баллов) - 7,4 %; чрезмерное употребление или первая стадия алкоголизма (от 21 до 30 баллов) - 1 %.

Результаты теста "AUDIT" выглядели следующим образом: безопасное употребление алкоголя (получили от 0 до 7 баллов) - 86 %; опасное употребление алкоголя (от 8 до 15 баллов) - 14 %; вредное употребление (от 16 до 20 баллов) - 0 %; алкогольная зависимость (20 баллов и более) - 0 %. Результаты СМА были следующими: безопасное употребление (от 0 до 9 баллов) - 99 %; опасное употребление (от 10 до 18 баллов) - 1 %; вредное употребление алкоголя (от 19 до 26 баллов) - 0 %.

Были получены средние по силе корреляционные связи между анализируемыми скрининговыми опросниками: + 0,46 между анкетой Л.Т. Морозова и тестом AUDIT ($p=0,000010$); + 0,37 между анкетой Л.Т. Морозова и методикой СМА ($p=0,000569$).

Заключение. Таким образом, читинская анкета-опросник для выявления алкогольных проблем Л.Т. Морозова является надежным инструментом для изучения структуры алкоголизации населения, что подтверждается хорошим сопоставлением ее результатов с результатами как авторских опросников, так и теста Всемирной организации здравоохранения.

ДИСПЛАСТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ОСТРОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕИ У ДЕТЕЙ.

Будаева А.Б., Степанова Л.Б., Цыренжапова Д.Р., Цыренова Л.Б.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: Тунуханов А.Г.

Цель: выявить влияние диспластического синдрома на формирование синдрома острой мышечной кривошеи у детей.

Материалы и методы исследования. На базе ГУЗ КДКБ в отделении травматологии нами были исследованы 20 детей с синдромом острой мышечной кривошеи. Все дети были условно разделены на следующие возрастные группы: первая возрастная группа (от 3 до 7 лет), вторая возрастная группа (от 8 до 17 лет). Среди пациентов в первой возрастной группе было 8 детей, во второй возрастной группе исследовано 12 детей. Нами была разработана диагностическая карта, включающая анализируемые признаки: пол, возраст, жалобы, данные анамнеза заболевания, анамнеза жизни (включая наследственную отягощенность по дорсопатии шейного отдела позвоночника (ШОП) и наличие родовой травмы ШОП), основные клинические проявления синдрома острой мышечной кривошеи (болезненность, напряжение в мышцах шеи, объем движений в ШОП), а также результаты рентгенологических данных. При объективном осмотре для оценки диспластического синдрома нами была использована шкала Арсентьева и методика оценки гипермобильного синдрома (шкала Бейтона).

Результаты исследования.

1. У 40% исследованных детей в анамнезе отмечалось наличие родовой травмы ШОП.
2. Среди мальчиков частота встречаемости синдрома острой мышечной кривошеи выше, и составила - 70% (14), чем среди девочек - 30% (6).
3. По результатам исследования нами выявлено преобладание синдрома острой мышечной кривошеи у 2-ой возрастной группы (от 8 до 17 лет) - 60% над 1-ой возрастной группой (от 3 до 7 лет) - 40%.
4. В результате исследования выявлено отсутствие отягощенности в семейном анамнезе по дорсопатии ШОП у 100% исследованных детей.
5. Частота встречаемости мышечно-тонического и болевого синдромов у детей составила 100%.
6. Среди исследованных детей у 6% наблюдались травмы ШОП в течение жизни.
7. По ходу проводимого стационарного лечения на контрольной рентгенограмме ШОП асимметрия С1-С2 сохраняется у 95% детей.
8. В ходе нашей работы мы выявили синдром гипермобильности у 45% детей (по шкале Бейтона) и у 40% детей (по методике Арсентьева).

Выводы:

1. В исследованной группе детей с синдромом острой мышечной кривошеи выявлен синдром дисплазии соединительной ткани в 8 случаях (40%) по оценке шкалы Арсентьевой, а синдром гипермобильности встречается в 9 случаях (45%) по шкале Бейтона, что может быть косвенным доказательством влияния синдрома дисплазии соединительной ткани на механизм развития исследуемого заболевания.
2. В оценке структуры клинических симптомов синдрома острой мышечной кривошеи у детей были выявлены следующие результаты:
 - болевой синдром 100%,
 - мышечно-тонический синдром 100%,
 - вынужденное положение головы 100% .
3. Выявлена зависимость синдрома острой мышечной кривошеи у детей от пола: мальчики - 14 (70%), девочки - 8 (30%).

КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА

Васильева Д.В., Арсентьева А.С., Сенотрусова О.В., Игнатьева А.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: д.м.н. Сахаров А.В.

Одной из наиболее негативных тенденций последнего времени в РФ является рост числа наркологических заболеваний у детей и подростков. Сложившаяся ситуация ставит перед медицинскими работниками особые задачи по своевременному выявлению и профилактике наркологической патологии.

Цель работы: изучить основные клинические и социально-демографические характеристики детей и подростков Забайкальского края, злоупотребляющих психоактивными веществами (ПАВ).

Материалы и методы. Сплошным методом были проанализированы истории болезни детей и подростков, проходивших лечение в Краевом наркологическом диспансере Забайкальского края за период с 2011 по 2013 гг.

Всего в исследование было включено 214 человек в возрасте от 11 до 18 лет. Статистическая обработка результатов осуществлялась с применением пакета анализа Microsoft Excel. Она включала описание выборки, нахождение средней арифметической, среднеквадратического отклонения и ошибки средней арифметической, определялись частоты встречаемости признаков, группировка данных.

Результаты. В ходе выполнения работы была установлена следующая структура наркологической патологии: алкогольные расстройства - 48,1% (103); расстройства, вызванные потреблением наркотических веществ (преимущественно производных конопли) - 20,1% (43); расстройства, вызванные потреблением ненаркотических веществ - 7,9% (17); расстройства, вызванные сочетанным потреблением нескольких ПАВ - 23,9% (52).

33,2% (71) детей и подростков с наркологическими расстройствами имели коморбидный психиатрический диагноз (в структуре: 47,9% - умственная отсталость, 52,1% - расстройства личности). У лиц с алкогольными расстройствами психическая патология была диагностирована в 36,9% случаев; у лиц с расстройствами, вызванными потреблением наркотических веществ - в 14,0% случаев; у лиц с расстройствами, вызванными потреблением ненаркотических веществ - в 23,5% случаев; у пациентов с расстройствами, вызванными сочетанным потреблением нескольких ПАВ - в 44,2% случаев. Выявлено, что 52,8% включенных в исследование имели сопутствующий диагноз невролога "энцефалопатия", преимущественно резидуального генеза (91,2%). Этот показатель в изучаемых группах составил 54,4%; 44,2%; 47,1% и 65,4% соответственно.

При изучении социально-демографических характеристик нами было установлено следующее. Из общего числа детей и подростков 79,4% составили представители мужского пола, 20,6% - женского. 74,3% были городскими жителями. У 33,6% пациентов с наркологической патологией наследственность была психопатологически отягощенная, преимущественно алкоголизмом родителей. 42,5% данного контингента проживали в малообеспеченных семьях; 62,2% отмечали плохие отношения в семьях; в 71,0% они воспитывались в условиях гипопеки. При этом на момент госпитализации 44,9% детей и подростков проживали в детских домах, 18,2% - в неполных семьях. Успеваемость в обучении была низкой и очень низкой у 99,5% включенных в исследование; 14,5% имели приводы в полицию; 13,1% - судимость, которую большинство связывало с потреблением психоактивных веществ. 3,7% детей и подростков с наркологическими расстройствами совершали ранее суицидальную попытку.

Заключение. Таким образом, в структуре наркологической патологии среди детей и подростков в Забайкальском крае преобладают алкогольные расстройства и сочетанное употребление нескольких ПАВ. Стоит отметить высокую коморбидность наркологических расстройств с психическими (33,2%) и неврологическими (52,8%).

Дети и подростки с наркологической патологией характеризуются высокой наследственной отягощенностью по алкогольной зависимости родителей, они проживают в малообеспеченных дисфункциональных семьях, воспитываются в условиях гипопеки. Полученные результаты на-

глядно демонстрируют основную группу риска среди молодежи по потреблению психоактивных веществ, в которой необходимо проводить профилактические мероприятия.

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ ПРИ РАЗНЫХ ВАРИАНТАХ СИНДРОМА ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ

Викулова Е.А., Калинин С.Е., Козлова Ю.А., Пискарева А.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: д.м.н. Сахаров А.В.

Потребление алкоголя относится к числу важнейших факторов риска, обуславливающих возникновение многих заболеваний и ухудшение их прогноза. При этом наиболее уязвимыми к действию алкоголя являются клетки головного мозга, что закономерно приводит к нарушению деятельности высшей когнитивной сферы.

Цель исследования: изучить состояние когнитивных функций у больных алкоголизмом при различных вариантах синдрома отмены алкоголя.

Материалы и методы. На базе Краевого наркологического диспансера Забайкальского края было проведено обследование 144 больных синдромом зависимости от алкоголя II стадии в возрасте от 23 до 65 лет. Мужчин среди госпитализированных было 123 человека или 85,4 %, женщин - 21 человек или 14,6 %.

Все обследованные обратились за наркологической помощью для лечения синдрома отмены алкоголя. Они были разделены на три группы. Первую составили пациенты с синдромом отмены алкоголя неосложненным (алкогольный абстинентный синдром; ААС), их было 88 человек. Во вторую вошли больные с синдромом отмены алкоголя с преимущественно галлюцинаторным расстройством (алкогольный галлюциноз; АГ) в количестве 36 человек. Третью образовали 20 пациентов с синдромом отмены алкоголя с делирием (алкогольный делирий; АД).

Исследование когнитивных функций осуществлялось при помощи Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (MoCA). Обследование пациентов проводилось два раза. Первый раз на 4-5 день стационарного лечения, после купирования основных проявлений синдрома отмены; второй раз перед выпиской - на 14-15 сутки от момента поступления. Группу контроля составили 39 человек без наркологической патологии в возрасте от 24 до 65 лет.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием пакета анализа Microsoft Excel и пакета прикладных статистических программ "Statistica-6.0". Достоверность различий для независимых выборок определялась по t-критерию Стьюдента. Для сравнения связанных между собой показателей использовался критерий W-Уилкоксона.

Результаты исследования. При обследовании всех пациентов после купирования проявлений синдрома отмены количество набранных баллов по MoCA составило в среднем $21,1 \pm 0,3$; еще через десять дней - $24,2 \pm 0,3$, что значительно отличалось от показателя в группе контроля ($28,9 \pm 0,2$; $p < 0,001$). Следовательно, больные алкоголизмом имеют выраженный дефицит когнитивных способностей, который значительно улучшается после лечения абстинентного состояния ($z = 7,17$; $p = 0,000$), но все равно не достигает контрольных показателей.

В группе ААС результаты шкалы MoCA составили при первом обследовании $21,1 \pm 0,3$ балла, при втором - $24,4 \pm 0,3$ балла в среднем ($z = 7,46$; $p = 0,000$). В группе с АГ эти показатели составили $21,6 \pm 0,6$ и $24,5 \pm 0,6$ балла соответственно ($z = 4,30$; $p = 0,000$). Больные с АД при первом обследовании набрали $20,1 \pm 0,7$ баллов, при втором - $22,0 \pm 0,9$ балла в среднем ($z = 2,28$; $p = 0,023$). Соответственно, показатели имели тенденцию к улучшению в течение 10 дней. При этом вне зависимости от варианта абстинентного состояния у больных алкоголизмом имеются существенные когнитивные нарушения: обследованные показали низкие результаты как на 4-5 сутки (на 25-30 %), так и на 14-15 (на 15-25 %), в сравнении с группой контроля ($p < 0,001$).

Следует отметить более существенное снижение когнитивных функций у больных после алкогольного делирия. Особенно это становится заметным при повторном обследовании, когда

когнитивные показатели у лиц с ААС ($p < 0,01$) и АГ ($p < 0,02$) показывают более существенную динамику роста, в отличие от группы пациентов с АД.

Заключение. Проведенное исследование свидетельствует о наличии дефицита когнитивных функций у больных алкоголизмом в постабстинентном периоде, особенно при синдроме отмены алкоголя с делирием, что косвенно указывает на существенное поражение ЦНС в этом случае. Данный факт позволяет обосновать необходимость назначения интенсивной нейрометаболической терапии уже с первых дней после перенесенного алкогольного делирия.

ВОСПРОИЗВОДИМОСТЬ БАЛЛЬНОЙ (ПРОЦЕНТНОЙ) САМООЦЕНКИ С ДВОЙНОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИЕЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

Домбаева Н.Б., Дымочко Д.А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Морозов Л.Т.

Изучаемая методика предложена Л.Т. Морозовым и опробована в диагностике суицидальных тенденций и болезненной зависимости от алкоголя (Морозов Л.Т., 2008 год; Говорин Н.В., Морозов Л.Т., Сахаров А.В. и др.; 2008). Однако её воспроизводимость не исследовалась.

Цель исследования: изучить степень воспроизводимости показателей самооценки с двойной сенсублизацией первичных и производных.

Задачи:

1. Определить степень воспроизводимости первичных самооценочных показателей, сравнивая показатели при отдельных свойствах;
2. Сравнить воспроизводимость производных показателей.

Материалы и методы. Использовался набор из 7 адаптивных и 7 неадаптивных свойств, степень выраженности которых оценивалась от 0 до 100 применительно к настоящему Нв и прошлому ПВ времени (3-5 лет назад). Всего исследовано 30 студентов 5 курса мужского пола- 12 человек, женского пола- 18 человек. Исследование повторялось через 2 - 5 дней. Статистические ряды первого и повторного исследования сравнивались по средним арифметическим (по Стьюдену), высчитывался между ними также коэффициент корреляции (r), с использованием программы Biostat.

Результаты исследования. Статистически достоверных различий между рядами не получено ни по одному показателю. При этом степень достоверности различий колебалась от $p=0,3$ до $p=0,9$ (отсутствие различий), а коэффициент корреляции от $+0,3$ до $+0,8$. При этом:

1. В 7 одобряемых словах r и g оказались соответственно следующими:
 - организованный, собранный 0,5 и $+0,7$;
 - уживчивый 0,26 и $+0,3$;
 - бережливый 0,9 и $+0,1$;
 - оперативный, перестраивающийся 0,7 и $+0,5$;
 - чувство долга 0,5 и $+0,7$;
 - требовательный к себе, обязательный 0,3 и 0,5;
 - удовлетворенность счастьем - судьбой 0,6 и $+0,2$. В среднем $p 0,54$ и $g +0,43$.
2. В 7 неадаптивных свойствах различия были несколько выше:
 - сомневающийся, колеблющийся 0,8 и $+0,6$;
 - тревожный, беспокойный 0,9 и $+0,7$;
 - склонный к излишним навязчивым переживаниям 0,7 и $+0,6$;
 - истощаемый, невыносимый 0,8 и $+0,7$;
 - неустойчивость настроения 0,9 и $+0,7$;
 - раздражительный 0,5 и $+0,8$;
 - возбудимый 0,9 и $+0,9$. В среднем $p 0,78$ и $g +0,63$.

В прошлом времени (ПВ) аналогичные показатели ещё более выразительны. Так, различия средних значений для одобряемых слов по r было 0,58 при $g +0,63$. Различия показателей нео-

добряемых слов в ПВ были ещё большими: в среднем $p = 0,74$ и $r = +0,60$.

Производные показатели оказались следующими. В настоящее время различие сумм баллов одобряемых слов (первого и повторного исследования) выразилось в $p = 0,9$ и $r = +0,6$. Соответствующие различия сумм неодобряемых слов выразилось $p = 0,9$ и $r = +0,8$. Различия сумм баллов прошлого времени было таким же как в настоящее: $p = 0,9$ и $r = +0,7$, т.е. оценки прошлого времени не искажали общей закономерности.

Общий адаптивный потенциал (ОАП) (измерялся индивидуальной разницей сумм адаптивных и неадаптивных свойств) был всегда положительным, т.к. выраженность положительных качеств была большей, чем выраженность свойств нежелательных. Он воспроизводился с достоверностью $p = 0,9$ и $r = +0,8$ как в настоящее, так и в прошлое время.

Сдвиг адаптивного потенциала (СОАП) - это разница между общим адаптивным потенциалом НВ и ПВ воспроизводился с вероятностью в $0,9$ при $r = +0,4$.

Выводы. Метод балльно-процентной самооценки оказался достаточно воспроизводимым.

ТЕЧЕНИЕ КОРСАКОВСКОГО ПСИХОЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВАРИАНТА ПРЕДШЕСТВУЮЩЕГО СИНДРОМА ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ

Дымбрылова Ц.Ц., Бальжинимаева С.Б., Рабданова Д.Д., Цыренжапова А.Н.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: д.м.н. Сахаров А.В.

Наиболее объективным параметром, отражающим тяжесть и масштабы алкоголизации населения, являются алкогольные психозы, в структуре которых в последние годы возросли формы с исходом в слабоумие и, соответственно, инвалидизацией. Одним из таких осложнений алкоголизма является корсаковский психоз (амнестический синдром).

Целью настоящего исследования стало изучение особенностей течения корсаковского психоза с учетом варианта предшествующего синдрома отмены алкоголя.

Материалы и методы. Работа основана на данных ретроспективного анализа сплошным методом историй болезни лиц, проходивших стационарное лечение в ГУЗ "Краевой наркологический диспансер" Забайкальского края за период с 2004 года по 2013 год. Было установлено 85 госпитализаций с диагнозом "Амнестический синдром" (F 10.60). Все больные были разделены на две группы. Первую составили пациенты, у которых корсаковский психоз развился после алкогольного делирия (КП после АД); во вторую вошли лица с корсаковским психозом, сформировавшимся после обычного абстинентного синдрома (КП после ААС). Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с применением пакета анализа Microsoft Excel. Достоверность различий определялась по t критерию Стьюдента.

Результаты исследования. Мужчин среди больных КП было 74,1%, женщин - 25,9%. Средний возраст составил $52,2 \pm 1,2$ года. Наследственная отягощенность по алкогольной зависимости близких родственников была выявлена в 29,4% случаев. ЧМТ в анамнезе зарегистрированы у 37,6% пациентов. Длительность алкоголизма составила в среднем $15,8 \pm 0,9$ лет. Амнестический симптомокомплекс был представлен фиксационной (65,9%) или фиксационной и ретроградной (34,1%) амнезией, амнестической дезориентировкой в месте и времени (89,4%), конфабуляциями и псевдореминисценциями (61,2%). После длительного лечения значительное улучшение наблюдалось у 24,7% больных. Группа инвалидности в бюро МСЭК определена в 69,4% случаев.

При этом лишь у 34,1% (29) больных КП развился после алкогольного делирия, а у 65,9% (56) - после обычного абстинентного состояния. Пациенты, у которых амнестический синдром развился после алкогольной абстиненции, были старше ($54,1 \pm 1,3$ лет, $p < 0,01$), чем представители другой группы ($47,6 \pm 1,9$ лет). Женщин в группе КП после ААС было представлено в 2,5 раза больше (33,9%, $p < 0,05$). Следует отметить также более частую встречаемость в анамнезе ЧМТ у больных КП после ААС (55,4%, $p < 0,02$). По социальному статусу больных значимых различий между группами не выявлено. Пациенты, у которых корсаковская болезнь развилась

после ААС, имели более длительный стаж алкоголизма (ААС - $18,6 \pm 1,3$ лет, АД - $14,4 \pm 1,3$ лет; $p < 0,02$), их наследственность в 2,3 раза чаще былаотягощена алкоголизмом близких родственников ($p < 0,05$). Перед настоящим стационарным лечением они в 1,7 раза чаще употребляли алкоголь сомнительного качества (57,1%, $p < 0,05$). По основным клиническим проявлениям значимых отличий не выявлено, при этом стоит отметить более частое сочетание (в 1,6 раза) фиксационной и ретроградной амнезий в группе КП после АД. В группе лиц с КП после ААС, в 2,2 раза чаще (30,4%, $p < 0,05$) встречались случаи значительного клинического улучшения после проведенной терапии.

Заключение. Таким образом, в настоящее время в Забайкалье преобладает вариант развития корсаковского психоза после алкогольной абстиненции, без предшествующего эпизода алкогольного делирия. Такому развитию корсаковской болезни способствуют следующие факторы: возраст - старше 50 лет, перенесенные черепно-мозговые травмы, употребление спиртов сомнительного качества, длительность алкоголизма более 15 лет, наследственная отягощенность по алкогольной зависимости близких родственников. При этом данный вариант развития амнестического синдрома характеризуется значительно лучшим прогнозом после длительной медикаментозной терапии ввиду, вероятно, менее грубого поражения ЦНС.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ШКАЛЫ PANSS У БОЛЬНЫХ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

Иванов М.О., Свистунова Н.М., Семенов А.В., Емельянов А.С., Стафеев А.Н.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: Солопова М. С., к.м.н. Озорнин А.С.

Шкала PANSS применяется в психиатрии с целью определения клинических изменений или оценки эффективности лекарственного препарата. Врачами-клиницистами в обычной практике она не используется, в связи с трудоемкостью и необходимостью в особой подготовке.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности использования шкалы PANSS в клинической практике.

Задачи:

1. Оценить клиническую динамику у больных шизофренией по шкале PANSS;
2. Проанализировать возможность применения данной шкалы в клинической практике в условиях стационара.

Материалы и методы. На базе Краевой психиатрической больницы имени В.Х. Кандинского проведено обследование 20 больных с диагнозом "Шизофрения" (F 20) в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10; средний возраст составил $29,5 \pm 3$ года. Мужчин - 55%, женщин - 45%. Для оценки качественных признаков позитивных и негативных психопатологических расстройств в количественном отношении вся группа больных исследовалась психометрическим методом. С этой целью применялась шкала позитивных и негативных синдромов шизофрении (PANSS). Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием пакета анализа STATISTICA 6.1. Достоверность различий определялась с использованием непараметрического парного критерия Вилкоксона. Описательная статистика представлена медианой и межквартильными интервалами. Исследование проводилось в два этапа. На первом этапе все больные обследовались в течение 7 дней с момента поступления. На втором - повторное анкетирование через 4 недели после первого. На опрос одного больного затрачивалось 20-40 минут в зависимости от контактности пациента, при этом использовалось полуструктурированное интервью.

Современная версия шкалы PANSS состоит из 33 признаков, оцениваемых на основании полуструктурированного или полностью структурированного клинического интервью и других источников информации. Выраженность симптома оценивается по 7-балльной системе. Шкала позволяет количественно оценить: тяжесть продуктивной симптоматики по шкале позитивных

синдромов; тяжесть негативной симптоматики по шкале негативных синдромов, композитный индекс, выраженность других психических нарушений по общей психопатологической шкале.

Результаты исследования. По результатам исследования после 4 недель стандартной психофармакотерапии у больных шизофренией достоверно значимо уменьшалась выраженность позитивных и общих синдромов в 3,5 и 4,3 раза соответственно. Негативная симптоматика также уменьшилась, показатель наглядности по медиане 37%. Композитный индекс до лечения: преобладают преимущественно позитивные синдромы (90%), после лечения слабо выраженное преобладание негативных синдромов (табл.).

Таблица

	Позитивные синдромы	Негативные синдромы	Общие синдромы	Композитный индекс
До лечения	28 (26,5; 30,5)	13 (12,5; 16,5)	72 (66,5; 80,5)	14 (9; 18)
После лечения	8 (7,5; 10)	10 (9; 12)	17 (17; 18)	-2 (-2, -1)
Критерий Вилкоксона	p=0,000132	p=0,000155	p=0,000088	p=0,000503

Выводы.

1. У опрошенных больных на фоне медикаментозной терапии отмечалось выраженное снижение проявлений шизофрении по шкале PANSS, что позволит нам говорить об эффективности проведенного лечения.
2. Учитывая полученные результаты, относительно небольшое время на беседу с пациентом и освоение методики, а также опираясь на международный опыт, считаем целесообразным использование шкалы PANSS в клинической практике.

КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ КОГНИТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

Илькова Е.В., Жаринова Е.А., Шулимова А.С., Белозерцева Н.Ф.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: к.м.н., профессор Ширшов Ю.А., к.м.н., доцент Смоляков Ю.Н.

Цель работы. Оценить изменение когнитивных показателей у пациентов, страдающих дисциркуляторной энцефалопатией.

Задачи.

1. Провести оценку когнитивного статуса исследуемых по шкале MMSE.
2. Провести оценку когнитивных показателей с помощью электроэнцефалографии.
3. Определить диагностический критерий энцефалопатии.

Материалы и методы. В исследуемой группе участвовали 32 пациента Госпиталя ветеранов войн отделения неврологии, у которых в диагнозе поставлена дисциркуляторная энцефалопатия, в возрасте от 69 до 88 лет. Контрольная группа представлена 10 плановыми пациентами хирургического отделения ГKB №1, находящимися на лечении по соматической патологии. Оценка психического статуса проводилась по шкале MMSE (Mini Mental State Examination). Методом электроэнцефалографии (ЭЭГ) исследовалась активность коры головного мозга. Использовался электроэнцефалограф-регистратор "ЭНЦЕФАЛАН-ЭЭГР-19/26". Измерения проводились в двух режимах - фоновом и тестовом. В качестве нагрузки использовался цвето-цифровой тест. Статистическая обработка проводилась в программах Microsoft Excel 2010 и STATISTICA 6.1 с использованием критериев Стьюдента, Спирмена и Манна-Уитни.

Результаты исследования. Для измерения когнитивного показателя используют PAF (пиковая частота альфа-ритма). У молодых пациентов этот пик ярко выражен, в то время как у пожилых наблюдается его сглаживание. Такую тенденцию можно объяснить отсутствием "качественного отдыха" мозга у пожилых. Во время "отдыха" наблюдается синхронная активность нейронов головного мозга. Этот ритм задается таламусом, который на ЭЭГ отражает альфа-

ритм. В процессе работы из-за преобладания действия какой-либо группы нейронов происходит десинхронизация, что отражается на ЭЭГ как сглаживание РАФ. Следовательно, мозг пожилых людей имеет небольшие резервы для работы, так как в покое его нейроны находятся в состоянии десинхронизации.

В процессе работы выявлена корреляция MMSE с возрастом обследуемых ($r = 0,51, p < 0,05$). При исследовании условного коэффициента внимания (КВУ) выявлена прямая корреляционная зависимость с тестом MMSE ($r = 0,41, p < 0,05$).

Коэффициент внимания достоверно ниже ($p < 0,05$) в исследуемой группе (КВУ = 0,93) по сравнению с контрольной (КВУ = 1,40). При когнитивной нагрузке коэффициент достигает величины 1,2, что не достигает фоновых значений контрольной группы. При проведении нагрузки другие показатели исследуемой группы достоверно изменяются: уменьшается условный коэффициент памяти (КПУ) с КПУ=1,29 до КПУ=0,87 (у здоровых в покое КПУ=1,24).

Выводы.

1. Тест MMSE имеет прямую зависимость от возраста пациентов, что косвенно подтверждает его оценочную эффективность.
2. У пожилых пациентов значительно снижены когнитивные функции (сфера внимания) по сравнению со здоровыми, что подтверждается количественными оценками показателей ЭЭГ. Условный коэффициент внимания (КВУ) может служить количественным критерием снижения когнитивной функции.
3. Отдельные механизмы снижения когнитивной функции определяются нарушением состояния "когнитивного покоя" при отсутствии нагрузки.

РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО РЕГИОНАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ИНСУЛЬТАМИ

Караченова А.М., Никифорова А.П., Соловетова М.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: к.м.н. Вишнякова Е.М.

По данным ВОЗ постинсультная инвалидизация занимает первое место среди всех причин нетрудоспособности, к прежней работе возвращаются около 8-20% лиц, перенесших инсульт, из которых 1/3 больных составляют люди социально активного возраста. Открытые в рамках Федеральной программы по борьбе с инсультами и их последствиями Сосудистые центры позволяют стандартизовано проводить лечение и раннюю реабилитацию больных с инсультами.

Цель работы: проанализировать показатели работы в Региональном сосудистом центре (РСЦ) за весь период работы (2013 - 2014 гг.).

Задачи:

1. Провести анализ историй болезни по основным статистическим показателям (количество поступивших, в том числе в гендерном аспекте, летальность и т.д.), а также показателям эффективности работы программы борьбы с инсультами и их последствиями (восстановление по шкалам Ренкина и Ривермид, количество проведенных тромболизисов и их результаты).
2. Сопоставить полученные результаты с аналогичными по РФ и в сравнении с результатами лечения больных до работы РСЦ в Краевой клинической больнице.

Материалы и методы. За 9 месяцев работы в РСЦ поступило 464 больных с диагнозом острое нарушение кровообращения. Анализ возрастных показателей следующий: основная масса больных в возрасте от 50 до 70 лет - 270 чел. (58,2%), от 70 до 90 лет - 140 чел. (30,2%), от 30 до 50 лет - 47 чел. (10,1%), до 30 лет - 7 чел. (1,5%). Среди них в отношении гендерного баланса число женщин - 272 чел. (58,7%), мужчин - 192 чел. (41,4%). Основную массу больных составляют пациенты с инсультом - 445 чел (91,4%), из них ишемических инсультов - 355 чел (76,5%), геморрагических - 69 чел. (14,9%), ТИА 21 чел (4,6%), что согласуется с данными по РФ. Сроки лечения данной категории пациентов составляют в среднем 20 койко-дней.

Количество летальных случаев составило 13% (60 человек). Из 464 пациентов 110 (24%) были доставлены в стационар с клиникой инсульта, который наступил менее 3,5 часов назад, т.е. в "терапевтическое окно" для проведения тромболизиса, который после учета противопоказаний был проведен 4 больным, из которых ни у одного не было осложнений в виде геморрагической трансформации ишемического инсульта. Результаты по шкалам Ренкина и Ривермид показали, что инвалидизация больных с инсультами снизилась на 60%, в том числе тяжелая инвалидизация (на 24%).

Выводы:

1. Показатели работы РСЦ сопоставимы с показателями работы Сосудистых центров РФ по количеству поступивших пациентов, летальности, количеству проведенных тромболизисов, данным эффективности реабилитации (шкалы Ренкина и Ривермид).
2. По сравнению с показателями работы неврологического отделения Краевой клинической больницы по лечению больных с инсультами значительно улучшилась верификация инсультов, благодаря внедрению экстренной нейровизуализации, исследованию сосудов мозга; уменьшилась летальность (на 20 %), уменьшилась инвалидизация (в среднем на 62%).

ВЛИЯНИЕ КОМБИНАЦИИ ЭКСТРАКТА ЭЛЕУТЕРОКОККА И СОЛОДКИ НА ПРОЦЕССЫ ПАМЯТИ У ЛИЦ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ТРЕВОЖНОСТИ

Кучерявенко Л.А., Далаев Б.Б., Феоктистова М.А., Сымбелов А.Ч.

Читинская государственная медицинская академия, г. Чита

Научный руководитель: д.м.н. Белозерцев Ю.А.

Цель работы: изучить зависимость мнемотропного действия комбинации официальных экстрактов элеутерококка и солодки от эмоциональных особенностей людей.

Материал и методы. Исследование выполнено на 38 добровольцах, давших согласие на участие в психологическом обследовании. Степень и качество состояния тревожности определено по опроснику Спилбергера-Ханина. Для оценки состояния мнемотропных функций использованы тесты: "воспроизведение списка из 30 односложных слов" и "воспроизведение списка из 30 односложных слов после арифметического счета", характеризующее соответственно состояние рабочей и долговременной памяти; "воспроизведение списка медицинских терминов после его трехкратного субвокального повторения", "кодирование списка слов", "классификация вербальной информации различной степени сложности", "заучивание 30 односложных слов" и "заучивание 30 событий, датированных по времени", используемые для оценки эффективности процессов обучения с участием соответственно семантической и эпизодической памяти. Экстракт элеутерококка и экстракт корня солодки голой применяли по 3 мл на прием 6-дневным курсом. Статистическая обработка данных проведена с использованием пакета программ БИО-СТАТ. Оценка достоверности различий (контроль-опыт) проводили по критерию (t) Стьюдента и (U) Манна - Уитни.

Полученные результаты. Сравнение эффективности обработки информации в рабочей памяти не выявило различий у лиц с умеренной и высокой личностной тревожностью по показателям кодирования слов, скорости элементарного мышления, классификации вербального материала по структурному, фонематическому и смысловому коду. У лиц с умеренной личностной тревожностью индексы, характеризующие воспроизведение односложных слов с участием рабочей памяти, были выше на 9%, а долговременной памяти, напротив, меньше на ту же величину ($P \leq 0,05$).

При высокой личностной тревожности не обнаружено изменений успешности воспроизведения медицинских терминов после 3-х кратного субвокального повторения списка односложных слов. Вместе с тем, после 3 сеансов обучения на 8-9% уменьшался объем заученных односложных слов и событий, датированных по времени ($p \leq 0,05$). Следовательно, в этой группе испытуемых нарушается воспроизведение слов с участием рабочей памяти и страдают процессы вербального обучения, связанные с функционированием семантической и эпизодической памяти.

Назначение 6 дневного курса комбинации экстракта элеутерококка и экстракта солодки лицам с умеренной личностной тревожностью улучшает функцию механизмов обработки информации в рабочей памяти. В этой группе зафиксировано повышение на 6% объема обработки информации с участием долговременной памяти, примерно 11% показателя успешности кодирования односложных слов, на 14% индекса воспроизведения медицинских терминов после субвокального повторения и на 26% скорости элементарного мышления ($P \leq 0,05$).

После курса фармакотерапии психотониками в группе лиц с высокой личностной тревожностью наблюдался рост на 13% показателя рабочей памяти, на 8% кодирования слов и примерно на 17% классификации вербального материала по смысловому коду ($P \leq 0,05$). Независимо от уровня тревожности после 3-го сеанса заучивания слов эффективность запоминания у испытуемых была выше на 15-16% ($P \leq 0,05$). С другой стороны, не изменялся индекс успешности заучивания событий, датированных по времени.

Выводы.

1. Высокий уровень тревожности ухудшает успешность обработки информации в рабочей памяти и запоминания вербальной информации.
2. Назначение 6-дневного курса комбинации экстракта элеутерококка и солодки активизирует процессы семантического научения и функцию отдельных механизмов рабочей памяти независимо от уровня тревожности испытуемых.

ПРОБЛЕМЫ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ. АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В ГУЗ КРАЕВОЙ ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

Моюбова Г.А.к., Семенникова А.В., Грудинина Н.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: Тунуханов А.Г.

Проблема перинатального поражения центральной нервной системы (ППЦНС) у новорожденных сохраняет свою актуальность по причине высокой частоты и большой значимости для дальнейшей жизни ребенка. Перинатальный период - один из основных этапов онтогенеза. В этот период наблюдается наибольшее влияние экзогенных и эндогенных факторов на возникновение и течение заболеваний нервной системы и внутренних органов у детей. Гипоксия является основным фактором, способствующим задержке психомоторного развития ребенка на первом году жизни. Запускается ряд патологических процессов, способствующих развитию тяжелых расстройств дыхания и кровообращения плода в родах. Травматический фактор (применение акушерских пособий, оперативные роды и др.) - ведущий в развитии повреждений спинного мозга. Неправильный образ жизни будущей матери, вирусные и бактериальные токсины также оказывают негативным действием на организм плода. В механизме повреждения нервной системы ключевую роль играют инфекционные заболевания беременной (ОРЗ, ЦМВ и др.), способствующие развитию внутриутробной инфекции. Недостатки в лечении и соблюдении рекомендаций усугубляют состояние ребенка и способствуют задержке темпов нервно-психического развития.

Цель работы: изучить заболеваемость ППЦНС детей в возрасте до 1 года за 2013 год в ГУЗ КДКБ.

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе ГУЗ КДКБ. Нами были изучены истории болезни группы детей первого года жизни, состоящей из 221 человека, из них - 100 девочек и 121 мальчиков с диагнозом ППЦНС, находившихся на стационарном лечении в отделении неврологии, хирургии, кардиологии, раннего возраста за 2013г. Подсчет статистических данных проводился в программе Microsoft Excel 2010.

Результаты исследования. За 2013 год в отделения, попавшие в выборку, поступило 4291 человек, из них в возрасте до 1 года - 838 детей. При изучении историй болезни и анализе полученных данных из 221 (5,2 % от всех поступивших) обследованных детей, диагноз ППЦНС был

обнаружен у 97 больных (44%) из отделения раннего возраста, 51 (23%) из кардиологического отделения, 27 (12%) из хирургического отделения, 46 (21%) из отделения неврологии. Диагноз ППЦНС смешанного генеза был выявлен у 211 (95,5%) пациентов, из них гипоксически - ишемического генеза у 109 (51,6%) детей, гипоксически - геморрагического у 5 (2,4%), травматического у 76 (36%), инфекционного у 21 (10%). Диагноз ППЦНС гипоксического генеза был выявлен у 10 (4,5%) детей. На стационарном лечении наблюдалось 190 (86%) детей в ранний восстановительный период и 31 (14%) человек в поздний восстановительный период. ППЦНС как основной диагноз был установлен у 51 ребенка (23%). Лечение детям с диагнозом ППЦНС на стационарном этапе проводилось в 188 случаях (85%), рекомендации по лечению назначались в 185 случаях (83,7%). Осмотр невролога проводился у 202 пациентов (91,4%). Синдром двигательных расстройств выявился в 218 случаях (98,6%); синдром вегето-висцеральных расстройств в 76 случаях (34,4%); миотонический синдром в 7 случаях (3,2%); судорожный в 4 (1,8%); гипертензионный в 10 (4,5%); синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости в 10 (4,5%); гидроцефальный - в 7 случаях (3,2%). Из 221 больных диагноз ППЦНС выявлен у 121 (54,7%) мальчиков и у 100 (45,3%) девочек.

Выводы: таким образом, полученные результаты свидетельствуют о высокой частоте встречаемости детей с диагнозом ППЦНС 41,5%. В структуре заболевания 1-ое место занимает ППЦНС гипоксически - ишемического генеза (51,6%). С данным диагнозом 85% детей получали лечение, 15% больных лечения не получали, что свидетельствует о недостаточной терапии ППЦНС. Осмотр невролога проводился у 91,4% больных. В 83,7% случаев были назначены рекомендации по лечению на амбулаторном этапе. ППЦНС чаще встречается у мальчиков (54,7%), что говорит о гендерной предрасположенности.

ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ ДИФФУЗИИ В ОЧАГЕ ОСТРОЙ ИШЕМИИ МОЗГА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДИФФУЗИОННО-ВЗВЕШЕННОЙ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ

Никитин Я.О., Гордеева К.С.

Читинская государственная медицинская академия, Чита
Научные руководители: к.м.н. Губик Е.А., к.м.н. Кузина Т.В.

В результате многочисленных клинических и экспериментальных исследований доказано, что при инфарктах головного мозга происходит нарушение диффузии молекул в очаге поражения.

Цель работы. Изучить изменения диффузии в очаге острой ишемии мозга с использованием диффузионно-взвешенной магнитно-резонансной томографии (DWI).

Материалы и методы. Были изучены данные магнитно-резонансного обследования 58 человек, поступивших в приемный покой ККБ в период с декабря 2013 года по февраль 2014 года с клиникой острого инсульта. В качестве первого этапа диагностических мероприятий, после осмотра неврологом, всем пациентам была проведена МРТ головного мозга. 23 пациентам (39,7%) была проведена компьютерная томография черепа. Средний возраст обследованных составил $59,1 \pm 3,9$ лет. На момент поступления пациентов в приемный покой средняя продолжительность неврологической симптоматики нарушения мозгового кровообращения составила $3,5 \pm 1,1$ дней.

Исследование проводили на МР-томографе с напряженностью магнитного поля в 1,5 Тл ("Toshiba", Япония) с применением диффузионно-взвешенной сканирующей последовательности. При этом, длительность сканирования программы DWI составила 2 минуты, что незначительно увеличило время исследования в сравнении с использованием стандартных последовательностей. Повышенный сигнал на диффузионных изображениях и сниженный сигнал на карте измеряемого коэффициента диффузии (карта ИКД) свидетельствовал об ограничении (снижении) диффузии.

Результаты исследования. У 38 больных (65,5%) были получены МР-изображения, характерные для снижения диффузии в очаге поражения. Следует отметить, что при использовании стандартных последовательностей (T1, T2 и FLAIR) на фоне сосудистых или возрастных

очаговых изменений головного мозга выявить очаги ишемии не представлялось возможным. У 20 пациентов (34,5%), при наличии клиники нарушения мозгового кровообращения, ограничение диффузии зарегистрировано не было.

При сравнении результатов компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии с DWI были получены следующие данные. Из 23 пациентов с положительными результатами магнитно-резонансного исследования у 10 (39,2%) человек изменений на КТ выявлено не было, у 7 (30,4%) больных результаты были сомнительными и требовали дальнейшего уточнения. Лишь у 7 (30,4%) пациентов при КТ был диагностирован ишемический инсульт.

Заключение. Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что дополнение МРТ диффузионно-взвешенной сканирующей последовательностью позволяет убедительно диагностировать ишемию головного мозга, в том числе в острейший период заболевания.

ДЕПРЕССИИ В ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Номоконова А.И., Гагапова С.Д., Дегтяренко О.А., Елистратова А.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: Солопова М. С.

Депрессивные расстройства ухудшают течение соматического заболевания, повышают частоту обращений за медицинской помощью, провоцируют обострения соматического заболевания, могут быть реакцией на соматическое заболевание, увеличивают длительность пребывания больных в стационаре, снижают трудоспособность.

Цель исследования: изучить распространенность уровня депрессии в общесоматической сети.

Задачи:

1. Изучить частоту встречаемости депрессивных расстройств среди больных терапевтического, кардиологического и неврологического отделений;
2. Оценить гендерное влияние на частоту распространения депрессивных нарушений;
3. Определить степень тяжести выявленных депрессивных расстройств среди больных отделений терапии, кардиологии, неврологии.

Материалы и методы. Проведено обследование 327 больных на базе ГКБ№1 в возрасте от 15 до 82 (средний возраст - $52,53 \pm 15,2$ года). Мужчин среди госпитализированных было 174 человека или 53,3%, женщин - 153 человек или 46,7%. Сплошным методом проведено анкетирование больных с использованием шкалы CES-D. Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием пакета анализа Microsoft Excel. Достоверность различий определялась по t критерию Стьюдента.

Результаты и обсуждение. Исходя из полученных данных, наибольшая частота встречаемости депрессивных расстройств отмечалась среди больных терапевтического отделения, что составляет 17,3%, далее в отделении неврологии - 13,7% и наименьшее число больных с депрессивными нарушениями встречались в отделении кардиологии - 11,9% ($p < 0,005$).

Зависимость от гендерного влияния прослеживается в отделении терапии, где процент респондентов с депрессивными нарушениями среди лиц мужского пола достоверно выше и составляет - 10% против 7,3% женщин; в кардиологическом отделении 6,4% мужчин против 5,5% женщин. В неврологическом отделении, напротив, депрессии более распространены среди лиц женского пола, что составляет 9,1% против 4,6% мужчин.

В зависимости от степени тяжести расстройств, распределение больных было следующим: в отделении терапии среди мужчин с депрессивными расстройствами отмечается 6% больных с легкой депрессией, 1,8% - с умеренной, 2,4% - с тяжелой, среди женщин: 5% - с легкой, 2% - с умеренной степенью; в отделении неврологии среди мужчин - 4% с легкой степенью, 0,6% - с тяжелой, среди женщин: 5,5% - с легкой, 1,5% - с умеренной, 2% - с тяжелой степенью; в отделении кардиологии: среди мужчин 5% - с легкой, 1% - с умеренной, 0,3% - с тяжелой степенью; среди женщин - 4% с легкой, 1% - с умеренной, 0,6% - с тяжелой степенью тяжести.

За время проведения обследования 75 человек отказались от прохождения тестирования, причем, судя по рисунку поведения и внешнему виду 9% из них, возможно, имеют депрессивные нарушения.

Выводы:

1. Наиболее часто депрессивные расстройства встречались среди лиц, госпитализированных в отделение терапии.
2. Среди больных с депрессивными расстройствами в отделениях кардиологии и терапии наиболее часто встречались мужчины, а в неврологическом отделении, напротив - женщины.
3. Депрессивные расстройства легкой и умеренной степени тяжести чаще встречались среди больных терапевтического отделения - 11% и 3,8% соответственно, тяжелой степени в неврологическом отделении - 2,6%.

**ВЛИЯНИЕ КОМБИНАЦИИ ЭКСТРАКТА ЖЕНЬШЕНЯ И СОЛОДКИ
НА ПРОЦЕССЫ ОБРАБОТКИ ИНФОРМАЦИИ У ЛИЦ С РАЗЛИЧНОЙ
СТЕПЕНЬЮ ТРЕВОЖНОСТИ**

Потапова И.В., Батомункуев Б.Б., Часовских И.Е.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: д.м.н., профессор Белозерцев Ю.А.

Цель работы: изучить зависимость когнитивного действия комбинации официальных экстрактов элеутерококка и солодки от эмоциональных особенностей людей.

Материал и методы. Исследование выполнено на 48 добровольцах, давших согласие на участие в психологическом обследовании. Степень и качество состояния тревожности определено по опроснику Спилбергера-Ханина. Для оценки состояния когнитивных функций использованы тесты: "воспроизведение списка из 30 односложных слов" и "воспроизведение списка из 30 односложных слов после арифметического счета", характеризующее соответственно состояние рабочей и долговременной памяти; "воспроизведение списка медицинских терминов после его трехкратного субвокального повторения" "кодирование списка слов", "классификация вербальной информации различной степени сложности", "заучивание 30 односложных слов" и "заучивание 30 событий, датированных по времени", используемые для оценки эффективности процессов обучения с участием соответственно семантической и эпизодической памяти. Экстракт женьшеня и экстракт корня солодки голой применяли по 3 мл на прием 6-дневным курсом. Статистическая обработка данных проведена с использованием пакета программ БИОСТАТ. Оценка достоверности различий (контроль-опыт) проводили по критерию (t) Стьюдента и (U) Манна - Уитни.

Полученные результаты. Сравнение эффективности обработки информации в рабочей памяти не выявило различий у лиц с умеренной и высокой реактивной тревожностью по показателям долговременной и кратковременной памяти, скорости элементарного мышления, классификации вербального материала по структурному, фонематическому и смысловому коду. У лиц с высокой реактивной тревожностью индекс кодирования вербального материала был ниже на 14% ($P \leq 0,05$). Однако не обнаружено изменений успешности воспроизведения медицинских терминов после 3-х кратного субвокального повторения списка односложных слов и заучивания событий, датированных по времени. Вместе с тем, после 4 сеансов обучения на 10% повышался объем заученных односложных слов ($p \leq 0,05$). Следовательно, в этой группе испытуемых нарушается кодирование слов с участием рабочей памяти, но мобилизуются процессы вербального обучения, связанные с функционированием семантической памяти.

Назначение 6 дневного курса комбинации экстракта женьшеня и экстракта солодки лицам с умеренной реактивной тревожностью улучшает функцию механизмов обработки информации в рабочей памяти. В этой группе зафиксировано повышение на 23% объема обработки информации с участием долговременной памяти и примерно на 34% индекса воспроизведения медицинских терминов после субвокального повторения ($P \leq 0,05$).

После курса фармакотерапии экстрактами психотоников в группе лиц с высокой реактивной тревожностью наблюдался рост на 10% показателя рабочей памяти, на 14-15% кодирования слов и субвокального повторения слов ($P \leq 0,05$). Независимо от уровня тревожности испытуемых после 3-го сеанса заучивания слов эффективность запоминания была выше на 11-25%, а заучивания событий датированных по времени, на 9-15% ($P \leq 0,05$).

Выводы.

1. Высокий уровень реактивной тревожности ухудшает успешность обработки информации в рабочей памяти, но улучшает запоминание вербальной информации.
2. Независимо от уровня тревожности испытуемых 6-дневный курс экстракта женьшеня и солодки активизирует отдельные механизмы рабочей памяти и процессы семантического и эпизодического научения.

**НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН: ВЛИЯНИЕ
НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И СОСТОЯНИЕ ПЛОДА**

Прохорова Н.В., Жигзымаева О.Ц., Антипина И.В., Болотова С.Б., Заворотных И.Н.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: д.м.н. Сахаров А.В.

Состояние психического здоровья беременных женщин и рожениц имеет не только медицинское значение, но и оказывает существенное влияние на социальные и демографические процессы, ведь может пагубно отражаться как на организме женщины, течении беременности и родов, так и на процессе формирования и развития плода.

Цель исследования: изучить распространенность невротических расстройств у беременных женщин и установить их связь с частотой возникновения осложнений беременности, родов и заболеваниями плода.

Материал и методы. Сплошным методом было проведено анкетирование и психологическое обследование беременных женщин на базе Городского родильного дома г. Читы и Забайкальского краевого перинатального центра. Всего в исследование было включено 252 женщины в возрасте от 15 лет до 41 года. Распространенность невротических расстройств определялась с помощью клинического опросника К.К. Яхина и Д.М. Менделевича. По данным медицинской документации была оценена распространенность акушерской патологии, осложнений в родах и патологии плода среди обследованных женщин. При анализе патологии во время беременности учитывались такие осложнения как угроза выкидыша и угроза преждевременных родов, гестоз тяжелой степени, многоводие и маловодие, а также декомпенсированная форма хронической фетоплацентарной недостаточности. Осложнениями во время родов считались преждевременное и раннее излитие околоплодных вод, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, родовая слабость, патологический прелиминарный период, преждевременные и быстрые роды. Под заболеваниями плода понимались врожденные аномалии развития, ишемическо-гипоксическое поражение ЦНС, синдром двигательных расстройств, гипертензионно-гидроцефальный синдром.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием пакета анализа Microsoft Excel. Достоверность различий определялась по t критерию Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. В целом, распространенность невротических расстройств среди беременных женщин составила 8,0 % (20), предболезненные состояния были диагностированы у 31,3 % (79) обследованных; в 60,7 % (153) случаев признаки невротических нарушений отсутствовали. При анализе результатов по тесту Яхина-Менделевича выявлено следующее: болезненные изменения по шкале тревоги диагностированы у 7,9 % беременных; по шкале невротической депрессии - у 5,9 %; по шкале астении - у 2,4 %; по шкале истерического типа реагирования - у 7,9 %; по шкале обсессивно-фобических нарушений - у 7,9 %; по шкале вегетативных нарушений - у 6,3 %. По данным медицинской документации, распространенность патологии во время беременности наблюдалась у 42,8 % (108) обследованных женщин, осложнения

во время родов встречались в 33,7 % (85) случаев, заболевания плода были диагностированы в 6,7 % (17) случаев. Было установлено, что патология беременности среди женщин без невротических расстройств была диагностирована в 49,0 % случаев, среди женщин с предболезненными проявлениями - в 51,2 % случаев; среди женщин с оформленными невротическими расстройствами - в 60,0 % случаев. Осложнения во время родов встречались у 27,0 % женщин без невротических расстройств, у 23,5 % женщин с пограничным уровнем развития этих расстройств и у 25,0 % женщин с болезненным характером имеющихся расстройств. При анализе распространенности заболеваний плода были получены следующие результаты: среди здоровых женщин они выявлялись в 5,2 % случаев, среди женщин с предболезненными проявлениями - в 7,6 % случаев, среди женщин с невротическими расстройствами - в 15,0 % случаев.

Заключение. Таким образом, у 8,0 % женщин были диагностированы невротические расстройства. Значимых отличий в частоте акушерской патологии в зависимости от наличия невротических расстройств установлено не было, что, вероятно, было связано с недостаточной выборкой.

ТИПЫ ОТНОШЕНИЙ К ВОЗМОЖНОЙ БОЛЕЗНИ СРЕДИ ЗДОРОВЫХ СТУДЕНТОВ И СРЕДИ СОМАТИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ СОЛДАТ

Ральникова Н.В., Сафонова Н.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: к.м.н., доцент Морозов Л.Т.

Отношение к болезни определяется несколькими факторами и является значимым ориентиром в организации общения врача с больными и в специфическом психотерапевтическом влиянии. Для этой цели предложен соответствующий метод (Личко А.Е., Иванов Н.Я., 1980).

Цель работы: изучить (в качестве нормативных) типы отношения к предполагаемой (условной) болезни у практически здоровых людей - студентов. Для сравнения - проанализировать типы отношения у молодых солдат, находящихся на лечении в военном госпитале с различными соматическими заболеваниями.

Задачи:

1. Проверить правильность подсчетов в выданных нам регистрационных бланках по выявлению типов отношения к болезни.
2. Создать компьютерную базу данных на основании первичных регистрационных бланков.
3. Выявить структуру типов (12) отношений к болезни у студенток, студентов и соматически больных солдат.
4. Укрупнить типы и изучить укрупненную структуру в трех группах исследованных.

Материалы и методы. Обработано 362 протокола исследования: 227 студенток, 89 студентов, 46 солдат. Обследуемым предлагался специальный опросник (ЛОБИ), на основании которого определялись типы отношения к болезни: гармоничный, эйфорический, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический, сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный, обсессивно-фобический. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы BIOSTAT. Использовался метод хи-квадрат, также вычислялось среднее арифметическое и различия по Стьюденту.

Результаты исследования. В исследуемых социально-половых группах частота типов колебалась от наибольшего - 35% (при гармоничном типе у студентов) до 0% (при обсессивно-фобическом типе реагирования у студенток, эйфорическом типе у студентов и солдат). В эталонной группе (практически здоровые лица) у студентов преобладали гармоничный, ипохондрический, меланхолический типы, у студенток - паранойяльный. У солдат, по сравнению с эталонной группой студентов, преобладали обсессивно-фобический, сенситивный и паранойяльный; у них менее часто встречались гармоничный, ипохондрический, меланхолический типы. Изученные типы реагирования были сгруппированы в 3 блока: условно-адаптивный, интрапсихически-дезадаптивный и интерпсихически-дезадаптивный. В адаптивном блоке оказалось 35% студен-

тов, 27% студенток, 26% солдат. Реагирование в рамках интрапсихического блока больше всего выявляется также у студентов (47%); у студенток - 31%; наименее выражено у солдат (13%). Реагирование в рамках интерпсихического блока (межличностных отношений), оказалось резко преобладало среди солдат (60%); у студенток оно встречалось в 40%, у студентов в 18%. $X^2 = 66,3$; $v=4$; $p<0,001$

Выводы. Таким образом, в изучаемых группах, студенток, студентов и больных солдат, выявились существенные различия отношений к болезни. При этом структура типов отношения у студентов и студенток различается между собой. В том и другом случае она может быть эталонной для мужчин и для женщин. В сравнении солдат со студентами обнаруживаются различия в распределении отношений. У солдат менее выражен адаптивный и дезадаптивно-интрапсихический блок, но значительно увеличен блок интерпсихических межличностных отношений, куда входят сенситивный, паранойяльный, обсессивно-фобический, эгоцентрический.

АНАЛИЗ ВОЗРАСТНОЙ ДИНАМИКИ СИНДРОМА ГИПЕРАКТИВНОСТИ

Саранчин А.С., Кочнева А.А., Эпова Е.Д.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: Пляскина Е.В.

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) были предметом активных дебатов по меньшей мере с 1970-х годов. Дети с СДВГ испытывают трудности в концентрации внимания и, в связи с этим, не всегда справляются с учебной нагрузкой, не говоря о том, что такие дети проявляют чрезмерную активность, которая не всегда приемлема, что создает проблемы как в школе, так и дома. В некоторых случаях СДВГ сохраняется и у взрослых, что может привести к ряду проблем в жизни этого индивидуума.

Цель работы. Анализ возрастной динамики синдрома гиперактивности.

Материалы и методы. Исследование когнитивных функций (переключаемость, распределение, концентрация и устойчивость внимания) у детей 8-9 лет, находящихся на обучении в Гимназии №12 и СОШ №35 г. Читы, а также получающих лечение в КДКБ отделений соматического и хирургического профиля при помощи корректурной пробы, проведение анкетирования родителей по опроснику SNAP-4. Обследование молодых людей 18-20 лет в Окружном военном клиническом госпитале при помощи теста Бурдона и опросника для взрослых на наличие СДВГ. Подсчет результатов осуществлялся при помощи программы Microsoft Excel 2010.

Результаты исследования. Было проведено обследование детей 2 класса, обучающихся в 12-ой гимназии (28 учеников) и СОШ 36 (27 учеников) на переключаемость, распределение, концентрацию и устойчивость внимания при помощи методики "Проставь значки", корректурной пробы, а также их родителей при помощи опросника SNAP-4. В результате оказалось, что предположительный диагноз СДВГ чаще встречается среди учеников СОШ 36, нежели чем у учеников 12-ой гимназии (7,4% и 3,57% соответственно). Число же здоровых детей составило 92,6% и 96,43% соответственно. Следующим этапом было обследование детей, находящихся на лечении в стационарах хирургического (5 человек) и соматического (5 человек) профилей КДКБ. Обследование проходило в отделениях челюстно-лицевой хирургии, травматологии, пульмонологии и нефрологии при помощи вышеперечисленных методик. В результате было установлено, что частота встречаемости СДВГ превалирует среди детей из соматических стационаров, нежели хирургических (20% и 0% соответственно). Процент здоровых детей составляет 80% и 100% соответственно. Таким образом, можно сказать, что частота встречаемости СДВГ среди здоровых детей (5,45%) меньше, чем у детей, имеющих какого-либо рода патологию (10%). Последним этапом было проведение обследования среди взрослой группы. Обследованы 30 молодых людей в возрастной группе от 18 до 20 лет, находящихся на лечении в Окружном военном клиническом госпитале при помощи корректурной пробы и опросника для взрослых на наличие СДВГ, по результатам которых было установлено, что частота встречаемости диагноза СДВГ с возрастом снижается.

Вывод. Было установлено, что частота встречаемости СДВГ среди детей 8-9 лет больше у детей в обычной школе, нежели чем в специализированной гимназии. Предполагаемый диагноз СДВГ встречался чаще у детей, находящихся на лечении в соматических стационарах КДКБ, по сравнению с хирургическими. Частота встречаемости СДВГ выше среди детей, имеющих сопутствующую патологию. Частота встречаемости предполагаемого диагноза СДВГ с возрастом снижается.

НАТАЛЬНАЯ ТРАВМА ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Семенникова А.В., Моюбова Г.А.к., Грудинина Н.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: Тунуханов А.Г.

Травматический фактор играет основную роль в повреждениях спинного мозга. Как правило, здесь имеют место травмирующие плод акушерские пособия при большой массе плода, суженном тазе, неправильном вставлении головки, тазовом предлежании, неоправданное применение приемов защиты промежности (приемы защиты промежности направлены на сдерживание быстрого продвижения головки плода по родовым путям; с одной стороны, это предохраняет промежность от чрезмерного растяжения, с другой - увеличивается время пребывания плода в родовых путях, что, при соответствующих условиях, усугубляет гипоксию), чрезмерные повороты головы при ее выведении, тяга за голову при выведении плечевого пояса, первые роды, молодой возраст матери. Порой такие травмы возникают и при оперативном ведении родов (кесарево сечение), как правило, недостаточным для щадящего выведения головы, приводящие к развитию нарушений нервной системы у ребенка. Все вышесказанное свидетельствует об актуальности изучения проблемы натальной (родовой) травмы шейного отдела позвоночника.

Цель работы: изучить структуру натальной травмы шейного отдела позвоночника (ШОП) в группе детей первого года жизни, получавших стационарное лечение в отделении неврологии, чистой хирургии, кардиологии и в отделении раннего возраста ГУЗ КДКБ города Читы в 2013 г.

Материалы и методы. На базе ГУЗ КДКБ нами были проанализированы истории болезней 221 пациента в возрасте до 1 года с диагнозом перинатальное поражение центральной нервной системы (ППЦНС), находившихся на стационарном лечении в исследуемых отделениях. Из них 76 пациентов имели натальную травму ШОП. Была разработана таблица с указанием вида спинальной травмы, инструментального исследования (рентгенография ШОП, компьютерная томография (КТ) краниовертебрального перехода), проводившегося больным, а также встречающиеся синдромы при натальной травме ШОП. Подсчет полученных данных проводился в программе Microsoft Excel 2010.

Результаты исследования. ППЦНС травматического генеза было выявлено у 76 детей (34,4%). Из них 72 ребенка (94,7%) с подвывихом С1 (среди которых правосторонняя дислокация составляла 12 случаев (16,7%), левосторонняя - 17 (23,6%) и у 43 пациентов (59,7%) вид подвывиха не указан); 1 ребенок (1,3%) с дислокацией С2-С3; превертебральная гематома С2-С4 - у 3 больных (3,9%). В исследуемой группе родовых переломов ШОП не выявлено. КТ проводилось 11 пациентам (14,5%), рентгенография ШОП у 35 детей (46%), у 30 пациентов (39,5%) на момент текущей госпитализации инструментальное исследование ШОП не проводилось. Натальная травма ШОП выявлена у 44 мальчиков (58%) и 32 девочек (42%). Синдром двигательных расстройств выявился в 64 случаях (84,2%), миотонический синдром в 2 случаях (2,6%), гипертензионный в 4 (5,3%), синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости в 3 (3,9%), синдром вегето-висцеральных расстройств в 31 случаях (40,8%).

Выводы:

1. Наиболее часто в структуре натальной травмы шейного отдела позвоночника встречается подвывих С1.

2. Левосторонний подвывих С1 встречается чаще, чем правосторонний.
3. В инструментальной диагностике травм ШОП ведущим методом является рентгенография ШОП. Отмечено, что в 39,5% случаев инструментальных исследований не проводилось.
4. Выявлена гендерная предрасположенность в развитии травм ШОП. Мальчики болеют чаще девочек 1:1,4.
5. Ведущим синдромом в клинике натальной травмы ШОП является синдром двигательных расстройств, который встречался у 84,2% пациентов.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ

Темерева В.В., Калашников В.С., Ксензов А.В., Татаренко Е.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: к.м.н. Бодагова Е.А.

В настоящее время проблема агрессивности и криминализации подростков стоит особенно остро. Многими авторами отмечается ослабление роли семьи, девальвация морально-нравственных норм и устоев с неуклонным нарастанием агрессивных действий, и связанных с ними преступности среди подростков. При этом Забайкальский край входит в группу территорий с максимальными показателями преступлений, совершенных несовершеннолетними.

Целью настоящего исследования стало выявление уровня агрессивности среди подростков.

Материалы и методы. Было обследовано 80 учащихся Забайкальского многопрофильного техникума г. Читы, из них 45% девочек (n=36) и 55% мальчиков (n=44) в возрасте от 15 до 18 лет, (средний возраст $16,2 \pm 0,7$). Обследование проводилось с помощью специально разработанной "Индивидуальной карты", включающей биографические данные, вопросы по употреблению психоактивных веществ, агрессивному и криминальному поведению. Также с целью диагностики агрессивного поведения подростков был использован опросник Басса-Дарки. Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась при помощи стандартной программы "Statistica 6.0" for Windows с применением хи-квадрата Пирсона (χ^2).

Результаты и обсуждение. Результаты исследования показали, что в полных семьях проживают 55% подростков, 35% проживают только с матерями и 10% - с опекунами. Почти половина подростков (43,8%) отмечали жестокое воспитание в семье: у 27,3% были физические наказания, 16,3% отметили проявления вербальной агрессии со стороны родителей, при этом в 26,3% случаев агрессивное поведение отмечалось у обоих родителей; у 10% подростков в семье присутствовало безразличное к ним отношение. Выявлено, что большая часть респондентов (76,3%) употребляют алкогольные напитки, при этом возраст начала употребления чаще приходится на 13-14 лет. Каждый второй подросток курит (58,7%), а каждый третий (32,6%) хотя бы раз в жизни пробовал наркотики (главным образом, каннабиоиды). Почти половина обследованных (42,5%) имели приводы в милицию по причине гетероагрессии, из них 18,7% привлекались к уголовной ответственности, главным образом это были мальчики ($p=0,01$). Также подростки отмечали и другие негативные социальные последствия агрессивного поведения (далее в порядке убывания): ухудшение взаимоотношений с близкими, учителями, друзьями; порицание со стороны преподавателей; исключение из учебного заведения; выселение из общежития. В качестве "пускового фактора" гетероагрессии респонденты указывали разные социально-психологические и личностно-психологические причины: чаще других отмечали обиду (30%), самозащиту (22,5%), ревность (21,3%), конфликт на бытовой почве (17,5%) и алкогольное опьянение (13,7%). При этом, из всех причин лишь обида не имела гендерных особенностей, остальные преобладали у мальчиков. Из форм проявления агрессии подростки чаще всего отмечали оскорбления других людей (70%) и нанесение телесных повреждений (36,3%). После агрессивной эмоциональной реакции респонденты наиболее часто отмечали у себя чувство вины (35%), раскаяние (20%), страх (15%) и жалость к пострадавшим (14%). Согласно психометрическому опроснику Басса-Дарки высокий индекс агрессивности был выявлен у каждого пятого подрост-

ка (у 11,3% мальчиков и 7,5% девочек), при этом у всех респондентов преобладала вербальная агрессия, а индекс враждебности - у каждого второго (у 27,5% мальчиков и 20% девочек). Помимо гетероагрессии, 11,3% подростков указывали на наличие аутоагрессивного поведения (суицидальные попытки в анамнезе).

Вывод. Таким образом, у подростков, обучающихся в техникуме, выявлен высокий уровень гетероагрессии. Последняя проявляется, главным образом, в виде враждебности (обида и подозрительность) и в меньшей степени - в форме истинных агрессивных тенденций (физическая, вербальная агрессия и раздражение). Пусковым фактором гетероагрессивных эмоциональных реакций являются чаще всего личностно-психологические причины (обида, ревность, самозащита и др.). Агрессивное поведение у большей части подростков приводит к неблагоприятным социальным последствиям и почти у половины к правонарушениям и преступлениям.

ДЕПРЕССИЯ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

Цыренова О.Д., Широков Р.Е., Поляков С.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: Пляскина Е. В.

Актуальность данной проблемы обусловлена не только высокой частотой инсульта, но также и высокой частотой развития данного осложнения. Депрессия затрудняет оценку неврологического статуса больного в клинике, значительно ухудшает качество жизни пациентов с инсультом и достоверно снижает эффективность реабилитационных мероприятий. Развитие депрессии снижает выживаемость после инсульта. Затрудняют диагностику постинсультной депрессии когнитивные расстройства, развивающиеся после инсульта, так как больные не могут самостоятельно описать свои эмоции, сформулировать жалобы. Анозогнозия может быть причиной того, что пациенты отрицают депрессивные жалобы, несмотря на то, что многие проявления депрессии заметны для окружающих. Одним из основных механизмов отрицательного влияния депрессивных расстройств на успешность восстановительного лечения является снижение мотивации пациента при участии в реабилитационных мероприятиях.

Иногда депрессия после инсульта протекает в скрытой, атипичной форме, маскируясь разнообразными психовегетативными и соматическими проявлениями. Другим вариантом постинсультной депрессии может быть реактивное состояние пациента ответ на болезнь.

Цель работы. Провести сравнительный клинический и симптоматический анализ депрессивных расстройств после инсульта.

Материалы и методы. В исследование были включены 23 пациента, 13 женщин и 10 мужчин различной возрастной группы, получавших стационарное лечение. Они имели по МКБ-10 "депрессивный эпизод" или "рекуррентное депрессивное расстройство" легкой, средней или тяжелой степени. В процессе обследования собирались анамнестические данные, проводилась оценка депрессии в виде опросников по шкале НИИ им. Бехтерева и оценка шкалы тревоги по Спилбергу. При статистическом анализе результатов использовались методы дескриптивной статистики, подсчет средних значений для каждого типа расстройств из общего числа больных.

У больных с постинсультной депрессией преобладают легкие и умеренные депрессивные расстройства. В клинической картине обычно преобладают жалобы на угнетенное, подавленное настроение, нарушение сна, снижение уровня работоспособности, выраженная психическая и соматическая тревога, общие соматические симптомы. По шкале НИИ им. Бехтерева: 43,4% имеют маскированную депрессию, 26% имеют умеренную депрессию, 22% находятся в тревожной депрессии и у 9% нет депрессии. По шкале тревоги Спилберга: 4,3% имеет высокую реактивную тревожность, 82,6% имеют умеренную реактивную тревожность и 13% имеют низкую реактивную тревожность. Высокую личностную тревожность имеют 78,2%, 17,3% имеют умеренную личностную тревожность и 4,3% имеет низкую личностную тревожность.

Выводы. При проведении сравнительного клинического и симптоматического анализа было

выявлено, что депрессивные симптомы не отличались в зависимости от пола и возраста и характеризовались типичной клинической картиной. Симптоматический профиль депрессии в разные возрастные периоды позволяет констатировать последовательность преобладания различных депрессивных вариантов на протяжении жизни.

ВЛИЯНИЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ НА КОГНИТИВНОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ

Цыцкова Т.Б., Дармаева Э.Ц., Кронберг Я.Э.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: Пляскина Е.В.

Кохлеарная имплантация - это программа мероприятий, направленных на полноценную социальную адаптацию ребенка с сенсоневральной тугоухостью IV степени и глухотой. В мире насчитывается более 75000 человек, пользующихся системами кохлеарной имплантации. В Забайкальском крае за 2011-2013 года прооперировано более 50 детей. Это самая современная технология реабилитации людей, дающая возможность слышать ребенку, который родился глухим или взрослому человеку, потерявшему слух.

Цель работы. Оценить влияние на когнитивные способности применения кохлеарной имплантации у детей Забайкальского края.

Материалы и методы. Разработка анкет, выкопировка из амбулаторных карт, использование корректуры пробы, тест запоминания 10 слов, интервьюирование педагогов. Подсчет полученных результатов при помощи программы Microsoft Excel 2010, Biostat 6.

Результаты исследования. При работе с амбулаторными картами 53 человек было выявлено, что наиболее распространенный фактор, способствующий появлению тугоухости у детей - патология беременности (ОАА 66%, фетоплацентарная недостаточность 22,6%, преждевременные роды 18%), патология перинатального периода (церебральная ишемия 15%, родовые травмы 5,6%, ППЦНС 2,1%) и перенесенные инфекции (внутриутробные инфекции, нейроинфекции по 2,1%).

Показанием к операции в 79% случаев является двухсторонняя сенсоневральная тугоухость IV степени, в 15% двухсторонняя сенсоневральная тугоухость IV степени пограничная с глухотой, в 6% - глухота. У 100% детей была поддержка со стороны родителей и родственников.

На реабилитацию детей после кохлеарной имплантации влияют:

- время потери слуха (в долингвальном периоде -71%, в постлингвальном -28%);
- оптимальный возраст детей для проведения операций до 7 лет, что составило 60,38% проимплантированных детей;
- специальная коррекционно-педагогическая помощь (только у 49% проимплантированных детей).

Вывод. При исследовании когнитивных функций наблюдаются улучшения внимания, памяти, обучаемости в зависимости от возраста на момент операции. У детей школьного возраста по результатам проведенных тестов и анкетирования педагогов данные функции улучшаются незначительно. Наиболее выраженные улучшения параметров нервно-психического развития получены у детей дошкольного периода (от 1-3 лет).

КОРРЕЛЯЦИИ ЧЕРТ ХАРАКТЕРА И "ЛЮБИТЕЛЬСТВА ВЫПИТЬ"

У СТУДЕНТОВ 18-22 ЛЕТ

Шевелева А.К., Кошечкина Г.Н., Петрова А.И.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: к.м.н., доцент Морозов Л.Т.

Изменения личности, которые происходят по мере развития алкоголизма, хорошо известны. Однако изначальные, ещё до развития зависимости, отношения личности и потребления алкоголя изучены не достаточно (Бехтель Э.Е., 1986).

Цель работы: выявить черты характера личности, связанные с изначальной алкоголизацией (в форме "любительства выпить").

Задачи.

1. Провести экспертную оценку личностных психологических свойств по их социальной значимости (одобряемые, нейтральные, неодобряемые) и сравнить показатели в этих группах.
2. Сравнить степень субъективной выраженности "любительства выпить" у студентов и студенток.
3. Провести корреляционный анализ между "любительством выпить" и свойствами характера у мужчин-студентов и женщин-студенток.

Материалы и методы. Использовался метод процентной самооценки характера. Студентам выдавался список из 45 черт с инструкцией: отметить % выраженности каждого свойства у Вас, если у других людей % колеблется от 0% - отсутствие, до 100% - резкая выраженность. Всего исследовано 129 студентов и 198 студенток, их средний возраст $19,8 \pm 1,4$ лет. Статистическая обработка выражалась вычислением коэффициентов корреляции с помощью программы BIostat.

Результаты исследования. Выраженность "любительства выпить" в среднем оказалось у мужчин $22,4 \pm 2,04\%$, у женщин ниже ($14,08 \pm 1,2\%$, $p < 0,01$). Коэффициенты корреляции между "любительством выпить" и процентами выраженности остальных 44 свойств колебались от $+0,28$ до $-0,26$. При этом различий в коэффициентах между мужчинами и женщинами не выявлено ($p > 0,9$). Далее оказалось, что "любительство выпить" с социально-одобряемыми свойствами (целеустремленный, оптимист, организованный, справедливый, уживчивый, оперативный, аккуратный, требовательный к себе, надежды на лучшее, удовлетворенность здоровьем, удовлетворенность характером, удовлетворенность судьбой, удовлетворенность счастьем, настойчивый) имеет только отрицательную корреляцию (от $-0,27$ до $-0,008$). При неодобряемых качествах (пессимист, раздражительный, внушаемый от других, истошаемы, стремление в центр внимания, шумливый паникер, мнительный о здоровье, неустойчивость настроения, равнодушный, вспыльчивый) коэффициенты корреляции положительны. Наибольшую положительную корреляцию имеют такие черты характера, как равнодушный, вспыльчивый, шумливый паникер, неустойчивость настроения, внушаемый от других, стремление в центр внимания ($+0,28 - +0,12$). При нейтральных качествах (застенчивый, необычный для других, впечатлительный, требовательный к другим, любитель лечиться, артист) коэффициенты корреляции были и положительны, и отрицательны, но приближались к нулю ($-0,07 - +0,1$).

Выводы. Выраженность "любительства выпить" по средним значениям у мужчин выше, чем у женщин. Но связь "любительства выпить" с остальными чертами характера у мужчин и женщин одинакова. На начальных этапах алкоголизации обнаруживается слабо выраженная связь между психологическими особенностями личности и степени начального приобщения к алкоголю. Это даёт надежду на разработку самооценочного метода диагностики алкоголизма. Социально-одобряемые качества, вероятно, слегка тормозят, а социально неодобряемые в той же степени слегка способствуют проявлению биологической алкогольной предрасположенности. Однако такие черты характера, как равнодушный, вспыльчивый, шумливый паникер, неустойчивость настроения, внушаемый от других, стремление в центр внимания имеют прямую связь, предрасполагающую к зависимости от алкоголя.

**НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У СТУДЕНТОВ
СРЕДНЕ-СПЕЦИАЛЬНОГО УЧЕБНОГО ЗАВЕДЕНИЯ**

**Щербанёв Н.М., Ракитина Н.В., Попова Д.Н.,
Челышева Е.А., Попова Ю.И., Петрушова Я.О.**

Читинская государственная медицинская академия, Чита
Научные руководители: к.м.н. Тарасова О.А.

Проблема профилактики невротических нарушений является одной из важнейших медико-социальных проблем современного общества. Статистические данные последних лет демонст-

рируют высокие показатели распространенности пограничных психических расстройств. Проведение эпидемиологических исследований по изучению состояния психического здоровья студенческой молодежи на региональном уровне позволит в дальнейшем разработать и внедрить комплекс мер по профилактике психических заболеваний.

Цель работы: оценить распространенность невротических расстройств у студентов средне-специального учебного заведения.

Материалы и методы. Сплошным методом были проведены анкетирование и психологическое обследование студентов, обучающихся в учреждении среднего профессионального образования г. Читы. Всего в исследование было включено 185 человек в возрасте от 15 до 23 лет. Средний возраст составил $16,3 \pm 0,06$ года. Юношей среди обследованных было зарегистрировано 66,5% , девушек - 33,5%.

Невротические расстройства у студентов выявлялись с помощью клинического опросника К.К. Яхина и Д.М. Менделевича. По данному опроснику определялись коэффициенты по шести клиническим шкалам. Сумма коэффициентов меньше " - 1,28" указывала на болезненный характер выявляемых расстройств по отдельной шкале. Выраженность депрессивных расстройств определялась с помощью шкалы "Цунга". Степень алкоголизации оценивалась при помощи анкеты-опросника Л.Т. Морозова и теста "AUDIT" (ВОЗ). Оценка степени никотиновой зависимости осуществлялась по тесту Фагерстрема. Интернет-зависимость определялась согласно методике К. Янг.

Результаты и обсуждение. Наследственность психопатологически отягощена у 7,6 % обследованных, при этом в структуре преобладает алкоголизм родителей. Суицидальные попытки совершали ранее 5,9%. Ранее пробовали наркотические вещества 17,8% студентов. Интернет зависимость по тесту К. Янг выявлена у 7,6% обследованных. По тесту "AUDIT", безопасное употребление спиртного установлено у 90,3% обследованных, опасное употребление - у 7,0%; вредное потребление - у 1,1%; зависимость от алкоголя - у 1,6%. Курящими являются 34,1% учащихся. По тесту Фагерстрема, среди курящих очень слабая зависимость диагностирована в 61,9 % случаев, слабая - 28,6 %, средняя - 4,8%, высокая - 4,7 %.

При анализе данных по тесту Яхина-Менделевича обнаружено, что 32,4 % студентов имеют невротические расстройства. У 19,5% показатели соответствовали пограничному уровню (предболезненные состояния). Тревожные расстройства были выявлены у 16,8 % студентов. Депрессивные расстройства установлены у 16,8% обследованных. Астенические расстройства были обнаружены у 10,3%. Конверсионные расстройства обнаружены у 10,8% учащихся. Обсессивно-фобические нарушения выявлены у 17,3%. Вегетативные нарушения были установлены у 11,4%.

Анализ данных по шкале Цунга показал, что у 14,6% студентов установлена легкая депрессия, у 2,2 % - умеренная и тяжелая депрессия.

Заключение. Таким образом, проведенное исследование свидетельствует о довольно высокой распространенности невротических (тревно-депрессивных, обсессивно-фобических) расстройств среди студентов средне-специального учебного заведения (32,4%). Выявленные невротические расстройства сочетаются с аддиктивными нарушениями: пробы наркотиков - 17,8%; курение - 34,1 %; Интернет-зависимость - 7,6 %. Необходимо проведение своевременных профилактических мероприятий в студенческой среде с целью сохранения психического здоровья молодого населения.

ХАРАКТЕРИСТИКИ СТУДЕНТОВ СРЕДНЕ-СПЕЦИАЛЬНОГО УЧЕБНОГО ЗАВЕДЕНИЯ, СОВЕРШИВШИХ СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ

Эпова О.И., Кимасова О.С.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: д.м.н. Сахаров А.В., к.м.н. Тарасова О.А.

Особую тревогу в настоящее время вызывает число самоубийств у подростков и молодежи, особенно в некоторых регионах страны. Поэтому дальнейшее изучение проблемы суицидально-

го поведения среди молодежи имеет особое значение, в том числе в аспекте развития программ по профилактике аутоагрессивных действий среди детей и подростков.

Цель работы: изучить некоторые клинические и социально-психологические характеристики студентов, которые ранее совершили суицидальные попытки.

Материалы и методы. Сплошным методом было проведено анкетирование и психологическое обследование студентов одного из средне-специальных учебных заведений города Читы. Всего в исследование было включено 420 человек в возрасте от 15 до 23 лет. Средний возраст составил $17,4 \pm 1,6$ лет. Юношей среди обследованных было 62,1%, девушек - 37,9%. Оценка уровня суицидальных намерений осуществлялась при помощи опросника суицидального риска (в модификации Т.Н. Разуваевой, 1998). Степень алкоголизации оценивалась при помощи анкеты-опросника Л.Т. Морозова и теста "AUDIT" (ВОЗ). Интернет-зависимость определялась по методике К. Янг. Невротические расстройства у студентов выявлялись с помощью клинического опросника К.К. Яхина и Д.М. Менделевича (1998). Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием пакета анализа Microsoft Excel. Достоверность различий определялась по t критерию Стьюдента.

Результаты исследования. Было установлено, что суицидальные попытки ранее совершали 7,4% студентов данного учебного заведения, большинство из которых составили девушки ($p < 0,001$).

Представители студентов, совершивших парасуицид, в сравнении с контролем, реже воспитывались в полных семьях (48,4%); в настоящее время проживают чаще в неудовлетворительных бытовых условиях (32,3%, $p < 0,05$), чаще встречаются плохие отношения с родителями (22,6%), которые в 16,1% случаев злоупотребляют алкоголем.

Что касается аддиктивных расстройств, то курящими в настоящее время являются 41,4 % учащихся средне-специального учебного заведения. Отметили, что пробовали наркотические вещества, в первую очередь производные конопли, 23,3% студентов. Интернет-зависимость по методике К. Янг установлена у 5,7% обследованных. Наркологическая патология, вызванная алкоголем, была установлена в 7,0% случаев: употребление алкоголя с вредными последствиями (F10.1) диагностировано у 6,0% студентов, алкоголизм (F10.2) - у 1,0%.

Стоит отметить значимо более высокую частоту потребления психоактивных веществ среди лиц с парасуицидом в анамнезе, в сравнении с контрольной группой (курение - 67,7 % и 40,1%, $p < 0,01$; употребление наркотиков в анамнезе - 51,6% и 21,1%, $p < 0,001$; алкогольные расстройства - 22,6% и 5,7%, $p < 0,05$; Интернет-зависимость - 22,6% и 4,1%, $p < 0,05$).

При анализе полученных результатов по тесту Яхина-Менделевича выявлено следующее: у 34,1% студентов отсутствовали признаки невротических нарушений, у 36,4 % диагностированы невротические расстройства, у 29,5 % имелись предболезненные состояния. Установлено, что у студентов, которые совершали суицидальные попытки, в 66,7 % имелись невротические расстройства, что было чаще, чем в общей популяции обследованных ($p < 0,001$).

Наибольшие отличия по опроснику суицидального риска между студентами с аутоагрессивным поведением и без него были получены по выраженности таких диагностических субшкал, как "Уникальность", "Несостоятельность" и "Максимализм".

Заключение. Таким образом, проведенное исследование свидетельствует о довольно высокой распространенности суицидального поведения среди студентов технического средне-специального учебного заведения - 7,4 %. При этом учащиеся, совершившие суицидальные попытки, чаще проживали в неудовлетворительных бытовых и материальных условиях, были более склонны к аддиктивному поведению. Кроме того, у студентов с аутоагрессивным поведением значимо чаще (66,7 %) отмечались признаки тревожных, депрессивных, астенических и истерических расстройств.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВАКУУМ-ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ РАН

Алиева А.Р.к., Кудряшова А.А., Моюбова Г.А.к.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: к.м.н., доцент Размахнин Е.В., Губаева Б.Д.

Больные с гнойно-воспалительными заболеваниями составляют треть всех хирургических больных. Задачами лечения гнойных ран являются удаление гноя и некротических тканей, борьба с микроорганизмами в ране, снижение проявлений воспалительной реакции и обеспечение адекватного оттока экссудата. Разработка и внедрение новых методов лечения гнойных ран, направленных на оптимизацию всех стадий раневого процесса, несомненно является актуальной проблемой хирургии и позволит сократить сроки лечения данных пациентов.

Одним из самых новых методов, используемых в лечении гнойных ран, является метод вакуум-терапии. В его основе лежит принцип воздействия отрицательным давлением на раневую поверхность (-125 мм.рт.ст.). Местно используется вакуумная повязка, состоящая из гидрофильной полиуретановой губки, которая укладывается в рану, далее поверхность закрывается герметичной пленкой, в которой вырезается отверстие для фиксации дренажа. Последний подсоединяется к отсосу для аспирации. Вакуум-терапия улучшает течение раневого процесса: уменьшает локальный отек и усиливает местное кровообращение, снижает уровень микробной обсемененности раны, уменьшает размеры раневой полости, снижает выраженность раневой экссудации, способствуя поддержанию влажной раневой среды. Все эти эффекты способствуют увеличению интенсивности клеточной пролиферации, усиленному синтезу основного вещества соединительной ткани и протеинов, приводя к ускорению заживления раны.

Цель работы. Провести анализ эффективности вакуум-терапии и сравнить полученные данные с результатами традиционных методов лечения гнойных ран.

Материалы и методы. Исследование проведено в двух группах пациентов по 15 человек с различными заболеваниями, осложненными гнойным процессом. Патология была представлена следующим образом: диабетическая стопа 36%, 4% - пролежни, 34% - инфицированные раны, термическая травма - 26%. Около трети больных нуждались в кожной пластике из-за больших размеров дефекта. Группы были однородны по составу. Пациентам первой группы накладывались герметичные повязки с вакуум-аспирацией на 4-5 суток. Пациенты второй группы получали традиционную терапию с проведением перевязок с гипертоническими растворами и водорастворимыми мазями (Левомиколь), один раз в день. Оценивался объем и характер раневого отделяемого, рост грануляций, интенсивность уменьшения раневой поверхности. Статистический анализ полученных данных проводили с использованием программы Statistika 6.1 (StatSoft), сравнение независимых выборок проводили с помощью U-критерия Манна-Уитни для парных признаков. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимали $p < 0,05$.

Результаты исследования. В процессе динамического наблюдения нами установлено, что через 4-5 дней от начала проведения терапии у всех пациентов первой группы сократились размеры дефекта на 0,5-1,0 см, снизилось количество раневого отделяемого у большинства больных; отмечен интенсивный рост грануляционной ткани. Раневой процесс у всех пациентов перешел в фазу регенерации и даже эпителизации. Пациенты были готовы к проведению кожной пластики. Среди субъективных ощущений у большей половины пациентов первой группы были отмечены незначительные тянущие боли - 63%. В то время, как во второй группе за этот же период времени фаза течения раневого процесса в основном осталась прежней - воспаление, лишь у половины больных был отмечен вялый рост грануляционной ткани. Период очищения раневой поверхности и интенсивный рост грануляций при использовании вакуум-терапии сократился примерно в три раза по сравнению с традиционными методами лечения.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют об эффективности проводившейся ва-

куумной терапии, в сравнении с традиционными методами, что позволяет сократить сроки лечения и реабилитации больных при меньших экономических затратах.

РОЛЬ *HELICOBACTER PYLORI* ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ТЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Архипов Д.А., Рахлецова К.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: Яшнов А.А., к.м.н. Ханина Ю.С.

Цель работы. Определить присутствие *Helicobacter pylori* (НР) в желчевыводящих путях при различных вариантах течения желчнокаменной болезни.

Материалы и методы исследования. Клиническую группу составили 70 пациентов (n=70) в возрасте от 40 до 57 лет, страдающих различными вариантами течения желчнокаменной болезни (хронический холецистит (n=40), острый холецистит (n=20), осложнения желчнокаменной болезни (n=10)). Все больные оперированы стандартной методикой лапароскопической холецистэктомии. Исследование на НР проводилось ИФА методом, гистологическим, цитологическим методами, уреазным тестом с помощью тест-системы ХЕЛПИЛ (Санкт-Петербург), тест-системой ХЕЛИК с индикаторной трубкой для неинвазивной диагностики НР (Санкт-Петербург). Обработка материала проводилась при помощи клинико-статистического анализа с использованием пакета программ Statistica 6.0 (StarSoft) и MS Excel.

Результаты исследования. При исследовании пациентов ИФА методом выяснилось, что содержание IgG к НР в плазме крови до операции превалирует у больных (n=20) с острым калькулезным холециститом и составляет в среднем 130 Е/мл. В остальных группах исследования данные показатели распределились следующим образом: у больных, страдающих хроническим холециститом в стадии обострения (n=20) составили 80 Е/мл; страдающих хроническим калькулезным холециститом в стадии ремиссии (n=20) составили 60 Е/мл; страдающие хроническим холециститом с холедохолитиазом 100 Е/мл; страдающие острым калькулезным холециститом с холедохолитиазом 110 Е/мл. На вторые сутки после оперативного вмешательства значимого снижения IgG в плазме крови не отмечается. Определяется значительное снижение IgG в плазме крови у больных, страдающих желчнокаменной болезнью на 5 сутки после оперативного вмешательства. У больных с острым калькулезным холециститом до 90 Е/мл; с хроническим холециститом стадия обострения до 60 Е/мл; с хроническим холециститом стадия ремиссии до 50 Е/мл; у больных с холедохолитиазом до 80Е/мл. При исследовании слизистой желудка гистологическим методом *Helicobacter pylori* (НР) выявлено у 100% пациентов, страдающих острым калькулезным холециститом; у 97% (n=19), страдающих хроническим калькулезным холециститом в стадии обострения; у 80% (n=16) пациентов, страдающих хроническим калькулезным холециститом в стадии ремиссии; у 97% (n=9) больных с холедохолитиазом. При исследовании интраоперационного материала (слизистой желчного пузыря) тестом ХЕЛПИЛ, установлено, что положительная реакция на НР наблюдается у 100% пациентов, страдающих острым калькулезным холециститом; у 100%, страдающих хроническим калькулезным холециститом в стадии обострения; у 90% (n=18) пациентов, страдающих хроническим калькулезным холециститом в стадии ремиссии; у 80% (n=8) больных с холедохолитиазом. Дополнительно нами было проведено исследование серозной оболочки желчного пузыря. Установлено, что резкоположительная реакция на наличие НР наблюдается у 70 пациентов (100%). Дополнительно проводилось исследование брюшины на наличие НР при помощи взятия мазков стерильными тупферами, которые брались с области малого таза, и с области эпигастрия. Установлено, что у 49 пациентов (70%) наблюдается положительная реакция, у 21 пациента (30%) слабоположительная. К пациентам у которых наблюдается слабоположительная реакция относят страдающих хроническим калькулезным холециститом в стадии ремиссии. Также мазки брались с нижней поверхности печени в области левой доли, до удаления пузыря, чтобы исключить попадание желчи и крови в мазок. Отмечено, что у 49 пациентов (70%) наблюдалась положительная реакция, у 21 (30%) - слабоположительная.

Выводы:

1. Отмечается высокое содержание IgG к НР у больных с острым калькулезным холециститом, которое значительно снижается на 5 сутки после холецистэктомии.
2. При развитии желчнокаменной болезни имеет место обсеменение желчного пузыря НР.
3. Отмечается наличие уреазной активности на брюшине у больных с желчнокаменной болезнью.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Ахмедова Г.Ш., Константинова Т.А., Башкирова А.И., Емельянов А.С.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: д.м.н., доцент Мироманов А.М.

Разработка новых систем реабилитации в настоящее время является одним из приоритетных направлений медицины. Реабилитационные мероприятия, направленные на восстановление функции конечности, как правило, выполняются разнопланово и только после проведенного оперативного лечения, что значительно увеличивает сроки восстановительного периода.

Цель работы: оценить эффективность комплексного подхода к реабилитации больных методом кинезитерапии после эндопротезирования тазобедренного сустава.

Материалы и методы. Проведено обследование 100 пациентов в возрасте от 55 до 75 лет с идиопатическими коксартрозами III-IV стадии, с нарушением функции суставов II степени. Первую группу составили 30 больных, проходивших реабилитацию методом кинезитерапии только в послеоперационном периоде. Вторая группа (n=30) - пациенты, проходившие реабилитацию методом кинезитерапии как в предоперационном, так и в послеоперационном периоде. Третья группа (n=40) - больные, проходившие реабилитацию методом кинезитерапии и аквакинезитерапии в пред- и послеоперационном периоде. Всем больным выполнено оперативное лечение - тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава. Группы больных были сопоставимы по возрасту, полу, характеру патологического процесса, проводимому оперативному лечению и сопутствующей патологии. Критерием исключения явилось наличие тяжелой сопутствующей патологии и выраженные нарушения функции конечности. Оперативное пособие выполнялось в ГУЗ "ТКБ № 1", а реабилитационное лечение осуществлялось в медицинском центре "Академия здоровья". Оценка функции тазобедренного сустава по шкале W.H. Harris и оценка психологического состояния больных с помощью опросника Спилбергера-Ханина осуществлялась до операции, через 1 и 6 месяцев после операционного вмешательства. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы BIOSTAT и Microsoft Office Excel 2010. Для сравнения количественных показателей между исследуемыми группами пациентов использовали критерий Манна-Уитни, качественных - χ^2 .

Полученные результаты. При оценке по шкале W.H. Harris средний балл до реабилитации у больных первой группы составил $36,2 \pm 4,5$, второй группы $40,4 \pm 4,2$, а у пациентов третьей группы - $47 \pm 3,8$ баллов. После проведения курса кинезитерапии в послеоперационном периоде этот показатель увеличивался во второй группе до $67 \pm 3,7$ баллов, а в третьей группе до $88 \pm 5,3$ баллов ($p < 0,05$). В ходе анализа анкет по опроснику Спилбергера-Ханина в послеоперационном периоде, установлено, что в первой группе очень высокая тревожность (ОВТ) зарегистрирована в 10,3%, высокая тревожность (ВТ) в 72,4% и средняя тревожность (СТ) в 17,2%. Во второй и третьей группе зафиксированы статистически значимые изменения в раннем предоперационном периоде по сопоставлению с первой группой (ВТ у 25,8%, СТ у 54,8%, НТ у 9,7% и очень низкая у 9,7%). В позднем послеоперационном периоде отмечено, что в третьей группе изучаемые параметры значимо различались в сравнении с первой и второй группами (ВТ у 10,5%, СТ у 27,2%, НТ у 52,6% и очень низкая у 8,5%) $p < 0,05$.

Заключение. Проведение комплексных реабилитационных мероприятий различными методами кинезитерапии у больных после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава позволяет достигнуть наиболее эффективных показателей не только в восстановлении функции конечности, но и в повышении качества жизни пациентов.

ВЛИЯНИЕ ПРОТИВОДАВЛЕНИЯ ВЫДОХУ НА НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ БИОМЕХАНИКИ ДЫХАНИЯ

Бахметьев И.В., Рюмки И.С., Коннов Д.Ю., Скоблякова Т.Н.,
Нечепуренко Д.А., Таракановский В.В., Лазебных В.С.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: д.м.н. Шаповалов К.Г

Искусственную и вспомогательную вентиляцию легких применяют ежедневно у многих больных во время оперативных вмешательств и в процессе интенсивной терапии. Для большинства анестезиологов-реаниматологов это рутинная процедура. Однако кажущаяся некоторым врачам простота и "привычность" респираторной поддержки не защищают от ошибок и связанных с ними осложнений. В то же время сфера применения искусственной вентиляции легких (ИВЛ) значительно расширяется. Тем не менее, остается недостаточно исследованным влияние некоторых опций респираторной поддержки на биомеханические свойства дыхательной системы.

Цель работы: выявить взаимосвязь между уровнем положительного давления в конце выдоха при искусственной вентиляции легких с изменениями показателей резистанса, комплаенса и постоянной времени.

Задачи работы:

1. Рассчитать основные показатели биомеханики вдоха после плановых оперативных вмешательств на фоне ИВЛ.
2. Оценить зависимость изменений показателей биомеханики вдоха от уровня положительного давления в конце выдоха.

Материалы и методы: в исследовании приняло участие 50 пациентов, перенесших плановые оперативные вмешательства в Забайкальском краевом онкологическом диспансере. Критериями исключения из исследования являлись: возраст более 70 лет, кровопотеря во время операции более 500 мл, острая или хроническая патология дыхательной системы. По полу и возрасту все пациенты сопоставимы: 25 мужчин и 25 женщин, средний возраст $42 \pm 6,2$ лет. Оперативные вмешательства выполнялись после гистологической верификации диагноза злокачественного новообразования в области головы и шеи. Анестезия проводилась всем пациентам по стандартным методикам (многокомпонентный эндотрахеальный наркоз), фиксация давления вдоха находилась на уровне 5% от его времени. В 1 группу вошли пациенты, которым после наложения швов проводилась ИВЛ аппаратом GE Aespire (USA) в принудительном режиме с положительным давлением конца выдоха (ПДКВ) 2 мбар, во 2 группу - с ПДКВ 8 мбар. Данные уровни давления находятся в пределах рекомендаций Федерации анестезиологов и реаниматологов России (2009 г.). В контрольную группу вошли пациенты, которым в послеоперационном периоде проводилась принудительная ИВЛ без ПДКВ. Статистическая обработка проведена с помощью пакета Microsoft Excel 2007. Применялась ранговая корреляция с расчетом коэффициента Спирмена.

Результаты исследования. У пациентов 1 группы отмечается увеличение растяжимости (в среднем на $6,5 \pm 1,2\%$) легочной ткани с одновременным увеличением сопротивления воздухоносных путей ($7,4 \pm 2,1\%$). У пациентов 2 группы отмечается выраженное увеличение растяжимости ($16,1 \pm 7,1\%$) и значимое снижение сопротивления воздухоносных путей ($11,5 \pm 6$). У пациентов контрольной группы изменения резистенса и комплаенса на фоне проведения ИВЛ не отмечено. Выявлена прямая средней силы корреляционная взаимосвязь ($rS=0,52$) между уровнем ПДКВ и степенью изменения показателей респираторной механики.

Выводы:

1. ИВЛ с ПДКВ 8 способствует снижению имеющегося сопротивления дыхательных путей и увеличивает растяжимость легочной ткани.
2. ИВЛ с уровнем ПДКВ 2 мбар увеличивает сопротивление дыхательных путей.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОГО
ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА У БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЗАМЕСТИТЕЛЬНУЮ
ПОЧЕЧНУЮ ТЕРАПИЮ ПРОГРАММНЫМ ГЕМОДИАЛИЗОМ**

Гулько И.И., Тюрина С.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита
Научные руководители: д.м.н., профессор Цепелев В.Л., к.м.н.,
доцент Курупанов С.И., к.м.н. Крюкова В.В.

Благодаря успехам в развитии экстракорпорального очищения крови в последние годы отмечается неуклонный рост количества пациентов с терминальной стадией хронической болезни почек (ХБП). При ХБП уменьшение количества действующих нефронов вызывает каскад осложнений, включая дефицит витамина D, гиперфосфатемию, снижение всасывания кальция и увеличение продукции паратиреоидного гормона (ПТГ). Распространенность вторичного гиперпаратиреоза (ВГПТ) при ХБП 5-й стадии составляет 20-67%.

Цель работы - изучить эффективность хирургических методов лечения вторичного гиперпаратиреоза, рефрактерного к терапии кальциемиметиками, у пациентов с ХБП 5-й стадии, получающих лечение программным гемодиализом.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 19 пациентов с ХБП 5-й стадии, получавших заместительную почечную терапию на аппарате "Искусственная почка" фирмы Fresenius Medical Care 4008 В в отделении гемодиализа ККБ г. Читы. Средний возраст составил $43,8 \pm 11,4$ года, из них было 57,9% женщин, 42,1% - мужчин. Средняя продолжительность лечения гемодиализом составила 8,4 года. На момент включения в исследование 63,2% пациентов получали лечение препаратом мимпара в дозе 30 мг 2 раза/сут. без существенного эффекта. Проводилось биохимическое исследование крови с определением уровня общего кальция (Саобщ), неорганического фосфата (Р), щелочной фосфатазы (ЩФ) на биохимическом анализаторе DXC Westan (США). Определения концентрации паратиреоидного гормона проводили иммунохемилюминисцентным методом на анализаторе Immulite 1000 (США). Статистическую обработку результатов выполняли с помощью пакета программ Statistica 6.0. Сравнение количественных признаков проводили с помощью непараметрического критерия Манна - Уитни.

Результаты и их обсуждение. Основными жалобами пациентов были: боли в костях и суставах (94,7%), мышечная слабость (89,5%), кожный зуд (68,4%), боли в области сердца (36,8%), пальпируемые подкожные уплотнения (21,1%), изменение походки по типу "утиной" (10,5%). ВГПТ был диагностирован на основании уровней ПТГ 1869,3 пг/мл [316; 3420]; Саобщ 2,8 ммоль/л [2,09; 3,52]; Р 4,9 ммоль/л [2,7; 8,3]; ЩФ 602 iu/l [138; 2016]. Большинству пациентов, при выявлении четырех гиперплазированных паращитовидных желез по данным дооперационного УЗИ и ревизии во время операции мест нормального расположения и областей возможной эктопии, выполнялась тотальная паратиреоидэктомия (ПТЭ). При обнаружении менее 4 паращитовидных желез (ПЖ) выполнялась ПТЭ с удалением всех обнаруживаемых желез. При гистологическом исследовании ПЖ диффузная гиперплазия выявлена у 6 (31,6%), диффузно-узловая - у 10 (52,6%), аденома - у 3 (15,8%) пациентов. Для оценки эффективности хирургического вмешательства произведен мониторинг уровня ПТГ, Саобщ, Р и ЩФ. Через 3 суток после ПТЭ средний уровень ПТГ составил 317,2 пг/мл [103,4; 496,2], Саобщ - 2,31 ммоль/л [2,2; 2,5], Р - 4,3 ммоль/л [2,5; 7,4]; ЩФ 317 iu/l [105; 1233]. Выявлено достоверное снижение уровней ПТГ ($p < 0,001$); Саобщ ($p < 0,001$) и ЩФ ($p < 0,001$). Через 6 месяцев после операции у всех пациентов уменьшалась или отсутствовала мышечная слабость, исчезали боли в области сердца, исчезали подкожные уплотнения, уменьшались боли в костях и суставах. При контрольном обследовании пациентов через год после проведения ПТЭ установлено, что рецидив ВГПТ наступил у 1 больного (5,3%).

Вывод. При тяжелом течении вторичного гиперпаратиреоза наиболее эффективна радикальная паратиреоидэктомия, позволяющая существенно снизить уровни ПТГ, фосфора, кальция.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЙ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ДО И ПОСЛЕ ПАЛЛИАТИВНЫХ РЕВАСКУЛЯРИЗИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ

Зайцева Т.А., Каримова Ю.Е.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Научный руководитель: к.м.н., доцент Базлов С.Б.

Критическая ишемия нижних конечностей (КИНК) встречается у 500-1000 пациентов на один миллион населения в год (TASC II - Межобщественный консенсус по ведению пациентов с заболеванием периферических артерий, 2007). Проведение прямых артериальных реконструкций невозможно у 54% больных в связи с дистальным характером поражения. Эффект нереконструктивных операций связывают с функциональной и морфологической перестройкой микроциркуляторного русла (МЦР) нижних конечностей. Но до настоящего времени нет единого мнения об изменениях морфологии МЦР после выполнения подобных оперативных вмешательств.

Цель работы. Изучить морфологическое состояние МЦР мышечной ткани нижних конечностей у больных с гнойно-некротическими поражениями на фоне хронической ишемии.

Материалы и методы. Изучена динамика морфологических изменений МЦР мышечной ткани нижних конечностей у 72 больных с гнойно-некротическими осложнениями КИНК. Средний возраст пациентов - $69,3 \pm 5,7$ лет. Причинами КИНК были атеросклероз - 44 (61,1%) больных, сахарный диабет 2 типа - 17 (23,6%) пациентов или сочетание этих двух заболеваний - 11 (15,3%) больных. Материал для исследования получали при выполнении паллиативной реваскуляризирующей операции и из мышц ампутированной конечности. Срезы толщиной 7 мкм, окрашивали гематоксилин-эозином. Микроскопию проводили при общем увеличении $\times 280$ (объектив $\times 40$, окуляр $\times 7$). Плотность капиллярного русла определяли методом "полей", пространственную ориентировку капилляров методом Г.Г. Автандилова (1991). В комплекс обследования входило УЗИ сосудов, кожная оксиметрия, ангиография. Статистическая обработка проводилась методами параметрической статистики с использованием программы "Облегченные методы медицинской статистики" (Бенсман В.М., 2000).

Результаты и обсуждение. Всем больным были проведены нереконструктивные операции в сочетании с биопсией мышечной ткани голени. Реваскуляризирующая остеотрепанация (РОТ) выполнена у 25 (34,7%) пациентов, туннелирование мышц голени (ТМГ) у 27 (37,5%) больных, поясничная симпатэктомия (ПСЭ) в 20 (27,8%) наблюдениях. На фоне критической ишемии выявлены выраженные дистрофические изменения, спазм и запустение капилляров. Показатели объемной плотности и пространственной ориентировки МЦР у больных с III и IV степенями ишемии статистически значимой разницы не имели. Показатель объемной плотности составил $2,7 \pm 0,4$ у.е. Средний угол между осью капилляров и направляющей линией $81,7 \pm 12,4^\circ$, а среднее квадратическое отклонение $45,6 \pm 7,8^\circ$. По мере нарастания степени ишемии конечности достоверно увеличивается количество нефункционирующих капилляров и объемная плотность деструктурированных элементов мышечной ткани.

Ампутации конечности по поводу прогрессирования гнойно-некротического процесса выполнены у 33 (45,8%) больных в среднем через $17,2 \pm 2,2$ дня после попытки реваскуляризации. В эти сроки в биоптатах мышечной ткани у пациентов, перенесших ПСЭ, отмечена выраженная вазодилатация на уровне МЦР. Изменений плотности и пространственной ориентировки МЦР не выявлено. У пациентов после РОТ в участках мышечной ткани в непосредственной близости от перфораций надкостницы выявлены признаки предпочтительной ориентировки капилляров и статистически недостоверного увеличения объемной плотности МЦР ($p > 0,05$). Средний уровень отклонения оси капилляров от направляющей составил $76,4 \pm 7,6^\circ$, при среднеквадратическом отклонении $28,7 \pm 1,3^\circ$. Достоверное увеличение плотности капилляров до $3,4 \pm 0,3$ у.е. без изменения ориентировки выявлено только у пациентов после проведения ТМГ ($p < 0,05$).

Вывод. Паллиативные операции вызывают структурную и функциональную перестройку МЦР нижних конечностей в виде увеличения плотности капиллярного русла и изменения про-

странственной ориентировки капилляров. При отсутствии возможности выполнения прямой артериальной реконструкции больным с гнойно-некротическими осложнениями хронической ишемии показано раннее выполнение не прямых реваскуляризирующих операций.

КОРРИГИРУЮЩАЯ ОСТЕОТОМИЯ ПРИ ГОНАРТРОЗЕ

Ёлгина М.С., Виноградова А.О., Осокина Е.Ф., Тренева Ю.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: к.м.н. Самойлов В.В., Доржиев В.В.

Гонартроз достаточно часто встречается у молодых, работоспособных людей, в том числе занимающихся спортом, активной трудовой деятельностью. Таким образом, проблема эффективного лечения гонартрозов приобретает не только медико-социальное, но и экономическое значение. Метод корригирующей остеотомии применяется для коррекции статико-динамических нарушений в пораженном суставе, что улучшает качество жизни пациентов.

Цель работы: оценка отдаленных результатов корригирующих остеотомий при деформирующем артрозе.

Материалы и методы. Нами был проведен ретроспективный анализ 45 историй болезни пациентов Городской клинической больницы №1 г. Читы за 2007-2009 гг., которым была выполнена подмышечковая остеотомия большеберцовой кости. В комплексное лечение артроза также входила артроскопическая абразивная хондропластика. Контрольную группу составили 45 пациентов, которым выполнялись артроскопия коленного сустава без остеотомии. Группы сопоставимы по полу, возрасту, степени артроза. Корригирующая остеотомия направлена на улучшение соотношения суставных поверхностей, переключения нагрузки с пораженного отдела сустава на здоровый, создание стабильности. Нами была разработана анкета, с помощью которой проведена оценка результатов лечения 18 пациентов из каждой группы. Полученные данные обработаны пакетом программ Microsoft Office 2007, с определением достоверности различий при достигнутом уровне значимости $p < 0,05$. Для сравнения групп по качественному бинарному признаку применялся критерий χ^2 (Пирсона).

Результаты исследования. Больше число пациентов составили женщины. Основная возрастная группа включила в себя возраст от 47 до 72 лет. Средний возраст составил $59,4 \pm 6,2$ лет. Среди оперированных: мужчины составили 11,2%, женщины 88,8%. Исход корригирующих операций при деформирующем гонартрозе в значительной мере зависит от правильного расчета угла деформации. Для предупреждения рецидива деформации необходима гиперкоррекция в пределах 4 градусов. Чаще оперировались пациенты со II, III, IV стадиями артроза (70 % - III степень артроза). В послеоперационном периоде наблюдалось восстановление функции сустава, уменьшение боли, улучшение качества жизни. По данным анкетирования на вопрос "Удовлетворены ли Вы проведенным лечением?" 77,7% (14) удовлетворены; 5,5% (1) больше да, чем нет; 11,3% (2) больше нет, чем да и не удовлетворены 5,5% (1), на вопрос "Беспокоили ли Вас боли в пораженном суставе после операции?" отсутствуют - 89% (16); редко возникают 5,5% (1); часто (мешает) - 5,5% (1); "Движения в пораженном суставе после операции?" - в полном объеме - 77,7% (16); ограничены - 11% (2); тугоподвижность сустава - 0%; "Проводилось повторное оперативное вмешательство?" да - 22,2% (4); нет - 77,7% (14). В контрольной группе результаты были следующими: на вопрос "Удовлетворены ли Вы проведенным лечением?" 33,3% (6) удовлетворены; 5,6% (1) больше да, чем нет; 33,3% (6) больше нет, чем да и не удовлетворены 27,8% (5), на вопрос "Беспокоили ли Вас боли в пораженном суставе после операции?" отсутствуют - 25% (7); редко возникают 32,1% (9); часто (мешает) - 42,9% (12); "Движения в пораженном суставе после операции?" - в полном объеме - 58,8% (10); ограничены - 29,4% (5); тугоподвижность сустава - 11,8% (2); "Физическая активность?" сохранена - 35,7% (5); снижена - 64,3% (9). При сравнении данных анкетирования с результатами в контрольной группы удалось выяснить, что метод корригирующей остеотомии более эффективен, приводит к восстановлению функции сустава, уменьшению боли, улучшению качества жизни в большем числе случаев.

Выводы: корригирующая остеотомия является эффективным методом лечения для пациентов с деформирующим артрозом коленного сустава II-III стадии. Благоприятный клинический эффект остеотомии выразился в исчезновении или уменьшении болей в покое и при нагрузке, в улучшении походки, статики и стабильности сустава. Это доступное и хорошо переносимое оперативное вмешательство, благодаря которому возможно отсрочить эндопротезирование, и облегчить последующую реабилитацию.

**АНАЛИЗ ОПЕРАЦИОННО-БИОПСИЙНОГО МАТЕРИАЛА
НЕЙРОЭНДОКРИНОКЛЕТОЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО
ТРАКТА, ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ЛЕГКИХ ПО ДАННЫМ
ГУЗ "ЗАБАЙКАЛЬСКОЕ КРАЕВОЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ БЮРО"
ЗА 2009-2013 ГОДЫ**

Козьмина И.Б., Дамбадугарова Н.С., Милюшина Н.Н., Харитоновна С.Е.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: Филатова А.М.

В связи с развитием современных диагностических методов (электронно-микроскопических, иммуногистохимических (ИГХ), радиоиммунологических, генетических и т.д.), а также с учетом все большей осведомленности врачей о симптоматике и принципах проведения диагностического поиска нейроэндокринокилеточных опухолей (НЭО), частота их выявления за последние годы значительно повысилась. Точная гистогенетическая диагностика и установление степени злокачественности нейроэндокринных опухолей возможны с помощью применения методов микроскопического исследования.

Цель работы: установить частоту встречаемости, локализацию и морфологические особенности НЭО пищеварительной системы и органов дыхания.

Материалы и методы. Объект исследования - операционно - биопсийный материал отделения общей и инфекционной патологии ГУЗ "ЗКПАБ" за 2009-2013 годы.

Результаты исследования. За исследуемый период времени диагноз НЭО установлен в 105 случаях: 2009 год - 13 (12,4%), 2010 год - 19 (18,1%), 2011 год - 17 (16,2%), 2012 год - 21 (20%), 2013 год - 35 (33,3%) случаев. Изучено - 63 биопсии, 42 операционного материала.

На первом месте по частоте опухоли легких - 70,5% (74 случая). По локализации: справа - 46 (62,2%), слева - 28 (37,8%) случаев. Морфологически: типичный карциноид - 4 (5,4%), атипичный карциноид - 3 (4%), мелкоклеточный рак - 42 (56,8%), крупноклеточный рак - 13 (17,6%) случаев. Смешанные раки - 12 (16,2%) случаев, из них в сочетании с аденокарциномой - 4, плоским раком - 7, аденоид-кистозным раком - 1 случай. Диссеминация процесса с метастазированием в регионарные лимфатические узлы установлена у 18 пациентов.

Второе место занимают опухоли желудочно-кишечного тракта - 29 (27,6%) случаев. С преимущественной локализацией в толстой кишке - 16 (55,2%) случаев (слепая кишка - 3, червеобразный отросток - 1, ободочная кишка - 6, сигмовидная - 5, прямая - 1). По морфологическому строению: высокодифференцированная нейроэндокринная карцинома - 1 (6,2%), низкодифференцированная нейроэндокринная карцинома - 7 (43,8%), смешанные аденонейроэндокринные карциномы - 8 (50%) случаев. Локализация в желудке - 12 (41,4%) случаев, морфологически: нейроэндокринокилеточные (карциноиды) в 11 (91,6%), смешанная аденонейроэндокринная карцинома - 1 (8,4%) случай. Высокодифференцированная НЭО тонкой (подвздошной) кишки - 1 (3,4%) случай. Диссеминация процесса с канцероматозом сосудов и метастазированием в регионарные лимфатические узлы установлена у 13 больных. Опухоли поджелудочной железы обнаружены всего в 2 (1,9%) случаях, с локализацией в хвостовой части. По морфологическому строению представлены НЭО высокой степени злокачественности, с распространенной васкулярной инвазией и метастатическими поражениями регионарных лимфатических узлов. Учитывая возникновение диагностических трудностей при светооптическом исследовании НЭО, проводилось ИГХ

определение иммунофенотипа опухолевых клеток на 26 опухолях, наиболее сложных в плане дифференциальной диагностики. Гистогенез опухоли подтвержден в 16 случаях.

Выводы:

1. Выявлено увеличение частоты НЭО с преимущественной локализацией в легких, а также желудочно-кишечном тракте с поражением толстой кишки.
2. В операционном материале из 42 заключений в 33 выявлен канцероматоз сосудов с метастазами в регионарные лимфатические узлы.
3. Опухоли смешанного характера от числа всех выявленных апудом составили - 21 (20%) случаев, с преобладанием аденонейроэндокринных карцином.
4. Опухолевые процессы чаще обнаруживались у пациентов мужского пола и составили 59% (62 случая), соответственно у женщин - 41% (43 случая), пик заболеваемости - 51 - 65 лет.

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ АКВАКИНЕЗИТЕРАПИИ

Ксензов А.Ю., Татаренко Е.В., Темерева В.В., Мудрова С.Л.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: Доржеев В.В.

Реабилитации больных с патологией опорно-двигательного аппарата является одной из наиболее актуальных проблем современной медицины. Комплексное восстановительное лечение позволяет эффективно снизить сроки нетрудоспособности, улучшить качество жизни, снизить экономические затраты. Физическая реабилитация базируется на широком использовании кинезитерапии. С 2009 года в нашем городе функционирует Центр кинезитерапии Медицинского Центра "Академия Здоровья". Аквакинезиотерапия является новой и перспективной методикой, которая используется в центре с сентября 2013 года. Эффективность занятий в водной среде повышается в несколько раз, по сравнению с занятиями на суше, а нагрузка на органы и системы организма становится более естественной.

Цель: оценить эффективность аквакинезиотерапии в реабилитации больных травматолого-ортопедического профиля.

Материалы и методы. Нами проведен анализ карт наблюдения и анкет 100 пациентов от 18 до 72 лет, проходивших лечение в Центре кинезитерапии МЦ "Академия Здоровья". Исследуемые пациенты были разделены на 2 группы. 1 группу составили 50 человек, проходивших курсы аквакинезиотерапии, во 2 (контрольную) группу вошли 50 человек, прошедших курсы кинезитерапии. Группы были сопоставимы по полу, возрасту и нозологии. Полученные данные обработаны с помощью пакетов программ Microsoft Excel 2007, с определением достоверности различий при достигнутом уровне значимости $p < 0,05$. Для сравнения групп по качественному бинарному признаку применялся критерий χ^2 (Пирсона).

Результаты исследования. При анализе полученных результатов распределение по полу представлено следующим образом: женщин 68% и мужчин - 32%. Средний возраст больных составил $46,4 \pm 8,4$ лет. Социальный портрет опрошенных пациентов: работающие - 58%, неработающие - 15%, пенсионеры - 20%, учащиеся - 7%. О существовании центра кинезитерапии 67% опрошенных узнали от знакомых, 10% - из интернета, 23% - от лечащего врача. Так же по данным социологического исследования было выявлено, что 85% респондентов оценивают отношение врачей в процессе лечения как доброжелательное и участное, 8% - безразличное, 7% - не совсем доброжелательное. По нозологическим группам распределение было следующим: остеохондроз - 60%, ДОА коленных суставов - 20%, ДОА тазобедренных суставов - 12%, последствия травм - 8%. Результат лечения оценивался по 5-балльной шкале. После проведенного лечения в центре, больные исследуемой группы отмечают уменьшение болевого синдрома в 83% случаев, увеличение амплитуды движений - 57%, улучшение общего самочувствия наблюдалось практически во всех случаях 95% и переносимость нагрузки - в 75%. В контрольной группе результаты были следующими: уменьшение болевого синдрома - 75%, увеличение амплитуды движений - 78%, улучшение общего самочувствия - 89%, улучшение переносимости нагрузки 78%.

Выводы:

1. Аквакинезитерапия является эффективным методом реабилитации больных травматолого-ортопедического профиля.
2. При сравнительном анализе результатов лечения отмечается достоверное увеличение амплитуды движений, снижение интенсивности болевого синдрома, улучшение общего самочувствия в исследуемой группе.
3. Наилучшие результаты лечения получены у пациентов с остеохондрозом, последствиями травм.
4. При оценке субъективных результатов лечения достоверных отличий не наблюдали.

ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ ОБЩЕЙ ОСТРОЙ ХОЛОДОВОЙ ТРАВМЕ

Лазебных В.С., Рюмкин И.С., Коннов Д.Ю.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: д.м.н. Шаповалов К.Г.

В гипотермическом периоде острой общей холодной травмы (ООХТ) регистрируется значительное количество жизненно опасных осложнений, в том числе и нарушения сердечного ритма, которые и могут являться непосредственной причиной смерти больных.

Цель работы: выявить изменения сердечного ритма у больных с общей острой холодной травмой различной степени тяжести в гипотермическом периоде.

Задачи работы:

1. Провести анализ ритма и аритмий, ЧСС и циркадного индекса у пациентов с ООХТ различной степени тяжести.
2. Провести оценку интервалов QT, PQ,альтерации T-волны и дыхания у пациентов с ООХТ.
3. Провести анализ вариабельности сердечного ритма, поздних потенциалов предсердий и желудочков у пациентов с ООХТ.

Материалы и методы. Объекты исследования: 3 группы пострадавших с установленным диагнозом ООХТ в гипотермическом периоде. Диагноз установлен на основании клинической картины, термометрии, уровня гликемии. 1-я группа с легкой степенью тяжести 8 пациентов, 2-я группа со средней степенью - 8 и 3-я группа с тяжелой степенью - 5. Критерии исключения: возраст - менее 18 и более 60 лет, пациенты с туберкулезом, сахарным диабетом, кахексией, сепсисом, ХОБЛ, ИБС. ХОЛТЕР-мониторирование проводилось аппаратно-программным комплексом "Кардиотехника-04". Расшифровка и анализ данных при помощи программ "Result-2" и Microsoft Excel 2003, представлены в виде медианы с указанием статистической значимости. При сравнении использован критерий Манна-Уитни.

Результаты исследования. Оценка ЧСС и циркадного индекса: тахикардия и снижение циркадного индекса до 105% у 8 пациентов с легкой степенью - 100% у 5 пациентов со средней степенью. У 3 пациентов со средней степенью - нормокардия и снижение циркадного индекса до 116%. Брадикардия и повышение циркадного индекса до 205% у 4 пациентов с тяжелой степенью - 80% случаев и нормокардия у 1 пациента: синусовый ритм с миграцией водителя ритма по предсердиям у 2 пациентов с легкой степенью - 25%; патологическое число наджелудочковых аритмий - 3 пациента данной группы - 37,5%. У всех пациентов со средней и тяжелой степенью - различные нарушения ритма в 100% случаев. У 3 пациентов с тяжелой степенью - наличие желудочкового ритма с переходом в асистолию - 60%. Удлинение скорректированного QT-интервала свыше 450 мс у 3 пациентов с легкой степенью в 60% времени - это 37,5%, у 6 пациентов со средней степенью в 80% времени соответственно 75% и у всех пациентов с тяжелой степенью в 100% времени - 100% случаев. При анализе PQ-интервала: транзиторная АВ-блокада I степени у 2 пациентов с легкой степенью - 25%, у 4 со средней и тяжелой степенью, т.е. 50% и 80% случаев. Альтерация T-волны у 2 пациентов легкой степени в 5% времени, у 2 пациентов средней степени до 10% времени и у 3 пациентов тяжелой степени до 15% времени, что равно процентному соотношению 25:25:60%. Снижение вариабельности сердечного ритма у 2 пациентов с

легкой степенью - 25%, у 5 пациентов со средней степенью - 62,5% и снижение variability сердечного ритма у всех пациентов с тяжелой степенью - это 100%. Поздние потенциалы предсердий (ППП) обнаружены у 1 пациента с легкой степенью - это 12,5% и у 2 пациентов со средней и тяжелой степенью - 25% и 40%. Поздние потенциалы желудочков (ППЖ) обнаружены у 2 пациента со средней степенью - 25%, и 3 пациента с тяжелой степенью - 60%.

Выводы:

1. По мере возрастания степени тяжести ООХТ: понижение ЧСС, повышение циркадного индекса, прогрессирование нарушений ритма сердца с возможным возникновением желудочкового ритма с переходом в асистолию.
2. У пациентов с ООХТ: удлинение QT-интервала с увеличением процента времени, частоты возникновения АВ-блокады I степени, возрастанием процента времени альтернации T-волны.
3. По мере усугубления ООХТ у пациентов в гипотермическом периоде регистрируется снижение variability сердечного ритма, увеличение частоты возникновения ППП и ППЖ.

**ОСТЕОАРТРОЗ КРУПНЫХ СУСТАВОВ:
КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ**

Ливента Н.С., Самойлова О.В., Филиппова О.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: к.м.н. Смекалов В.П., к.м.н. Самойлов В.В.,

к.м.н. Чарторижская Н.Н., к.м.н. Самойлова С.И.

Остеоартроз (ОА) - хроническое прогрессирующее невоспалительное заболевание суставов различной этиологии, сопровождающееся дегенеративными изменениями суставного хряща, структурной перестройкой субхондральной кости, капсулы сустава, синовиальной оболочки, связок и периартикулярных мышц. ОА достаточно распространенное заболевание. По прогнозу ВОЗ, в период с 1990-2020 гг. число больных ОА старше 50 лет увеличится вдвое, и эта патология будет четвертой по значимости причиной инвалидности. Известно, что клинические проявления при ОА тесно связаны с морфологическими изменениями тканевых компонентов сустава.

Цель работы: установить морфологические особенности у больных ОА в зависимости от возраста, пола, этиологии заболевания и его клинических проявлений.

Материалы и методы. Изучены 85 историй болезни больных ГУЗ "Городская клиническая больница №1", которым в период 2012-2013 гг. выполнено тотальное эндопротезирование коленного и тазобедренного суставов. Полученные данные сопоставлены с результатами патогистологического исследования (ГУЗ "Забайкальское краевое патологоанатомическое бюро"). Патоморфологическая оценка произведена в соответствии с требованиями OARSI. При статистической обработке результатов применяли непараметрические методы: при сравнении показателей двух групп использовали критерий Манна-Уитни, а более двух групп - критерий Крускала-Уоллиса.

Результаты исследования. По этиологии преобладал вторичный остеартроз (64%), представленный посттравматическим (36,4%), диспластическим (26%) и метаболическим (подагрическим - 2,5%) ОА. Наиболее часто ОА заболевали женщины, что в 1,2 раза больше, чем мужчины. Средний возраст заболевших составил 55 ± 2 года; у женщин - $60 \pm 1,5$ года, а у мужчин - $51 \pm 2,5$ года. Коксартроз диагностирован у 21 пациента (25%), гонартроз у 64 (75%) пациентов, причем среди заболевших преобладали женщины. Тогда как коксартрозом одинаково часто заболевали женщины и мужчины. У всех пациентов основными клиническими симптомами были боль и деформация в пораженном суставе с нарушением его функции (II степень) с характерными рентгенологическими изменениями. В половине случаев длительность заболевания составила 5-10 лет, свыше 10 лет (максимально - 27 лет) - 16,4%. 2,5% пациентов страдали ОА с детства. При морфологическом исследовании удаленных суставных поверхностей в соответствии с классификацией OARSI 5 стадия установлена в 51,7%, 6 стадия - в 40%, 4 стадия - в 8%. Во всех случаях выявлена 4 степень с более чем 50% площади поражения суставной поверхности.

У 98% пациентов с ОА установлена III клинко-рентгенологическая стадия ОА и лишь у 2% - IV стадия. При сопоставлении патогистологических и клинических признаков обнаружено, что III-я клинко-рентгенологическая стадия ОА соответствовала 5-ой и 6-ой морфологическим стадиям в 52% и 39% соответственно, а при IV стадии имелся набор морфологических признаков, характерных только для 6 морфологической стадии. В то же время не отмечено различий между патоморфологическими изменениями суставного хряща и полом, возрастом пациентов, а также локализацией пораженного сустава. В большинстве случаев не выявлено патогистологических различий между формами ОА. Исключение составляет подагрический ОА, в морфологии которого имеются патогномоничные признаки (отложение кристаллов моноурата натрия в суставных тканях с образованием микротофусов).

Выводы:

1. Структурная перестройка субхондральной кости крупных суставов при III-ей стадии ОА соответствует 5-6 степени, IV-й стадии - 6 степени морфологической классификации OARSI.
2. Патогистологические изменения тканей исследованных суставов не зависят от возраста и пола заболевших, длительности заболевания и локализации пораженного хряща. Только при метаболических остеоартрозах были выявлены патогномоничные морфологические признаки.

**АНАЛЬГЕТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ПРЕПАРАТОВ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП
У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ АУТОДЕРМОПЛАСТИКИ**

Линьков В.А., Агеев К.С.

Читинская государственная медицинская академия, Чита
Научные руководители: Коннов В.А., д.м.н. Шаповалов К.Г.

Для лечения болевого синдрома у больных с ожоговой травмой в настоящее время применяются три группы лекарственных веществ: наркотические анальгетики (морфин, тримеперидин), опиоидный ненаркотический анальгетик - трамадол и нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС): метамизол натрия, парацетамол, кеторолак. Вместе с тем, обезболивание наркотическими анальгетиками нередко сопровождается у больных тошнотой и рвотой, не исключается депрессия дыхания и выраженная эйфория. При применении трамадола возможны головная боль, судороги центрального генеза, ортостатическая гипотензия, развивается толерантность. Ульцерогенное действие НПВС является рестрикцией к их продолжительному использованию. Отсутствием вышеперечисленных побочных эффектов отличается нефопан из группы ненаркотических анальгетиков, но не известна его анальгетическая способность у пострадавших после выполнения аутодермопластики.

Целью исследования явилась сравнительная оценка анальгетического эффекта препаратов метамизола натрия, кеторолака, трамадола и нефопана у пациентов с ожоговой травмой в послеоперационном периоде.

Материалы и методы. Проведено проспективное нерандомизированное исследование у 21 больного, поступивших в отделение термической травмы ГУЗ ГKB №1 в период с октября 2013 по январь 2014 гг. Критерии включения в исследование: ожог кожных покровов IIIБ-IV степени, показания к аутодермопластике. Критерии исключения из исследования: детский возраст, аутодермопластика на площади больше 6% от поверхности тела, регионарная анестезия ропивакаином или бупивакаином. Пациенты разделены на три группы. В 1-й группе (n = 5) анальгезия проводилась трамадолом по 100 мг через 6 часов. Пострадавшие из 2-й группы (n = 10) получали метамизол натрия или кеторолак в максимальной дозе согласно инструкциям к препаратам. Больным из 3-й группы (n = 6) назначался нефопан в дозе 20 мг через 6 часов. Мимическая оценка боли регистрировалась по пятибалльной шкале Wong-Baker через 1, 4, 8, 12 и 20 часов после оперативного вмешательства. Статистический анализ проведен тестом Манна-Уитни в программах Primer of Biostatistics и Microsoft Excel. Результаты представлены в виде медианы и интерквартильного отрезка. Указано точное значение статистической значимости (p).

Результаты исследования. Установлено, что через 1 час после аутодермопластики мимическая оценка пациентами боли в группах не отличалась (табл. 1). Через 4 часа выявлено, что субъективное ощущение пострадавшими боли во 2-й группе выше, чем в 3-й (табл.). В последующие часы установлено, что мимическая оценка боли больше у больных во 2-й группе в сравнении как с 1-й, так и с 3-й группами (табл.). На протяжении 20 часов различий в мимической оценке боли у пациентов 1-й группы против 3-й не отмечено (табл.).

Таблица

Мимическая оценка боли в баллах по шкале Wong-Baker после
оперативного вмешательства

Группа	через 1 час	через 4 часа	через 8 часов	через 12 часов	через 20 часов
1-ая (n=5)	1 (1; 1) $p_1 = 0,533$ $p_2 = 0,578$	1 (1; 1) $p_1 = 0,192$ $p_2 = 0,047$	1 (1; 1) $p_1 = 0,016$ $p_2 = 0,008$	1 (1; 1) $p_1 = 0,015$ $p_2 = 0,023$	1 (1; 1) $p_1 = 0,015$ $p_2 = 0,034$
2-ая (n=10)	1,5 (1; 2)	2 (1,25; 2,75)	2 (2; 2,75)	2 (2; 3,5)	2 (2; 2,75)
3-ая (n=6)	1 (1; 1,75) $p_3 > 0,06$	1 (1; 1) $p_3 > 0,06$	1 (1; 1) $p_3 > 0,06$	1 (1; 1) $p_3 > 0,06$	1 (1; 1) $p_3 > 0,06$

p_1 - статистическая значимость различий между 1-й и 2-й группами; p_2 - статистическая значимость различий между 2-й и 3-й группами; p_3 - статистическая значимость различий между 1-й и 3-й группами.

Выводы:

1. У пострадавших в 1-е сутки после аутодермопластики анальгетический эффект НПВС меньше, чем у ненаркотических анальгетиков.
2. У пациентов с ожоговой травмой в 1-е сутки послеоперационного периода нефопан не уступает трамадолу по интенсивности анальгезии.

**АНАЛИЗ КОЛОТО-РЕЗАНЫХ РАНЕНИЙ ЗА ПЕРИОД 2013 ГОДА ПО МАТЕРИАЛАМ
ПРОТОКОЛОВ ОПЕРАЦИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГУЗ ГКБ №1**

Малютина Е.А., Афанасьева К.В., Ермакова Т.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: к.м.н. Коновалова О.Г., Яшнов А.А.

В настоящее время механические повреждения являются ведущей причиной смерти, временной и стойкой нетрудоспособности у лиц моложе 40 лет. Летальность при повреждении груди составляет 3%, а при проникающих ранениях - 12% случаев. Летальность при ранениях живота - от 5 до 20%. А летальность при сочетанных ранениях груди и других анатомических областей составляет 50-80%.

Цель работы: Изучить частоту встречаемости и локализацию колото-резаных ранений за период 2013-2014 гг.

Задачи:

1. Определить уровень оперативной активности при колото-резаных ранениях в сравнении с другой ургентной хирургической патологией.
2. Оценить количественные и качественные показатели колото-резаных ранений в область передней брюшной стенки и груди.
3. Изучить частоту повреждения внутренних органов при колото-резаных ранениях за период 2013 - 2014 гг.

Материалы и методы. Для решения поставленных задач нами были проанализированы протоколы операций пациентов с ургентной хирургической патологией (n=476), прооперированных в городской клинической больницы №1 г. Читы за период 2013-2014 гг. Средний возраст пациентов составил $47,2 \pm 1,9$ лет. Колебания в возрасте были от 28 до 72 лет. Для статистической обработки использовали пакет программ Statistica 6.0.

Результаты исследования. При анализе 476 протоколов экстренных оперативных вмешательств, установлено, что на долю колото-резаных ранений приходится 144 случая, что составляет 30% от всех оперативных вмешательств. По результатам исследования из всех колото-резаных ранений наиболее частой локализацией являлось ранение груди, что составило 44% (n=64). На второй план выходят ранения живота, на их долю приходится 42% (n=61). Остальные ранения распределились следующим образом, ранения шеи встречаются в 10% случаев (n=14), торакоабдоминальные ранения в 4% (n=5). В зависимости от проникновения в анатомическую полость, ранения разделились следующим образом: проникающие колото-резаные ранения груди 29% (n=42), непроникающие колото-резаные ранения груди 15% (n=22), проникающие колото-резаные ранения живота 30% (n=44), непроникающие колото-резаные ранения живота 12% (n=17). Дополнительно были проанализированы количественные показатели повреждения внутренних органов при колото-резаных ранениях. Так, на долю ранений легкого пришлось 13% (n=18), сердца и легкого 4% (n=6), межреберной артерии 1% (n=2), печени 10% (n=14), тонкой кишки 7% (n=10), толстой кишки 3% (n=4), селезенки 3% (n=4), желудка 2% (n=3), трахеи 1 случай. Количество пациентов с колото-резаными ранениями без повреждения внутренних органов составило 57% (n=82). Среди торакоабдоминальных ранений повреждение внутренних органов распределилось следующим образом: повреждения печени - 60% случаев (n= 3), ранения селезенки в 40% (n=2). Установлено, что 98% (n=141) пациентов с колото-резаными ранениями поступают в состоянии алкогольного опьянения.

Выводы:

1. Установлено, что 3 часть экстренной оперативной активности приходится на колото-резаные ранения.
2. Колото-резаные повреждения груди встречаются наиболее часто (44%).
3. Выявлено, что из внутренних органов, при ранениях груди, чаще всего повреждаются легкие (13%), а при абдоминальных ранениях - печень (10%). 57% случаев обходится без повреждения внутренних органов.

**ОБЪЁМ ТРАНСФУЗИЙ КОРРЕКТОРОВ ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ
С СЕПСИСОМ ПРИ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ**

Мартынов С.В., Попов А.А., Нороев А.В., Астраханцев А.С.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: Коннов В.А.

Известно, что основной причиной смерти у пациентов с ожоговой болезнью является тяжёлый сепсис с развитием острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС), или кардиоваскулярной дисфункции, или полиорганной недостаточности. Индукторами данных осложнений служат тяжесть поражения кожных покровов и ингаляционная травма. При этом, у пострадавших для коррекции дефицита факторов свёртывания крови применяются трансфузии свежезамороженной плазмы (СЗП), которые, сами по себе, могут инициировать острое повреждение лёгких с последующим ОРДС (синдром TRALI) и сепсисом.

Цель исследования: определить корреляционные связи между критериями тяжести ожоговой болезни и объёмом гемотрансфузий корректоров гемостаза.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование 368 карт наблюдений пациентов ("историй болезни"), поступивших в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) ожоговой травмы ГУЗ ГКБ №1 в 2000-2013 гг., а также журналов формы 009-у и журналов поступлений за указанный период времени. Критерии включения в исследование: ожоговая болезнь; госпитализация в периоды ожогового шока и острой ожоговой токсемии. Критерии исключения из исследования: дети младше 16 лет; летальный исход в первые 5 суток после получения травмы; острая почечная недостаточность в первые 5 суток после получения травмы. Рассчитывались ежегодные показатели: реанимационная летальность в процентах; встречае-

мость сепсиса и тяжёлого сепсиса (диагностированных согласно решениям Международной согласительной конференции 1992 г. и Калужской согласительной конференции 2004 г.) в процентах; средний объём перелитой СЗП в литрах; средний модифицированный индекс тяжести поражения (МИПТ) в баллах. Результаты представлены в виде медианы и интерквартильного интервала. Статистический анализ проведен коэффициентом ранговой корреляции Спирмена в программах Primer of Biostatistics (4.03) и MO Excel 2007 с указанием точного значения статистической значимости (p).

Результаты исследования. Выявлено, что средний МИПТ составил 47,7 (44,3; 62,2) баллов, встречаемость сепсиса - 60,9 (51,6; 67,5) %, встречаемость тяжёлого сепсиса - 4,6 (4,4; 12,0) %, средний объём перелитой СЗП - 0,97 (0,62; 1,86) л, летальность в ОРИТ - 4,3 (0; 4,3) %. Установлена прямая умеренная корреляционная связь между встречаемостью сепсиса и средним объёмом перелитой СЗП, а между встречаемостью сепсиса и смертностью в ОРИТ - прямая корреляция слабой силы (табл. 1). Выявлена прямая сильная корреляционная связь между встречаемостью тяжёлого сепсиса и средним объёмом перелитой СЗП, при этом прямая корреляция умеренной силы зарегистрирована между встречаемостью тяжёлого сепсиса и реанимационной летальностью (табл.).

Таблица

Корреляционные связи ежегодных показателей у пациентов с ожоговой болезнью

Показатели	Средний МИПТ	Встречаемость сепсиса	Встречаемость тяжёлого сепсиса	Средний объём перелитой СЗП
Встречаемость сепсиса	r = 0,47 p = 0,087			
Встречаемость тяжёлого сепсиса	r = - 0,08 p = 0,772	r = 0,20 p = 0,482		
Средний объём перелитой СЗП	r = - 0,13 p = 0,660	r = 0,54 p = 0,046	r = 0,87 p < 0,001	
Летальность в ОРИТ	r = 0,51 p = 0,064	r = 0,19 p = 0,502	r = 0,66 p = 0,012	r = 0,44 p = 0,116

Выводы:

1. У пострадавших с ожоговой болезнью при отсутствии неблагоприятного прогноза тяжести поражения при повышении встречаемости сепсиса и тяжёлого сепсиса увеличивается средний объём перелитой свежезамороженной плазмы.
2. Реанимационная летальность на сроках больше 5 суток ожоговой болезни не зависит от среднего объёма гемотрансфузий корректоров гемостаза.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КИНЕЗИТЕРАПИИ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ
БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ КОЛЕННОГО СУСТАВА**

Матросова Д.П., Степанова О.В., Шукурова С.Н., Ешидоржиев Е.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: д.м.н., доцент Мироманов А.М.

На долю повреждений коленного сустава приходится до 50% от общего числа травм всех суставов. В структуре повреждений связочно-капсульного аппарата данного сустава первое место занимают мениски (55-85%). Данные повреждения регистрируются в основном у лиц трудоспособного возраста. К сожалению, во многих регионах России отмечено не только позднее обращение пациентов за специализированной медицинской помощью, но и низкая приверженность к реабилитации больных после проведенных оперативных вмешательств.

Цель работы: оценить результативность метода кинезитерапии у пациентов с повреждениями коленного сустава.

Материалы и методы. Проведено обследование 80 пациентов (профессиональных спорт-

сменов) в возрасте от 25 до 35 лет с застарелыми повреждениями менисков. Первую группу (n=34) составили больные, проходившие реабилитацию в послеоперационном периоде самостоятельно. Вторая группа (n=46) - пациенты, проходившие реабилитацию методом кинезитерапии. Всем больным выполнено малоинвазивное хирургическое лечение - артроскопия и парциальная резекция поврежденного участка мениска. Группы больных были сопоставимы по возрасту, полу, характеру патологического процесса, проводимому оперативному лечению и сопутствующей патологии. Оперативное пособие выполнялось в травматологических стационарах, а реабилитационное лечение осуществлялось в медицинском центре "Академия здоровья". Оценка функции коленного сустава проводилась по шкале SF-36. Оценка психологического состояния больных с помощью опросника Спилбергера-Ханина. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Statistica 6.1 и Microsoft Office Exell 2010. Для сравнения количественных показателей между исследуемыми группами пациентов использовали критерий Манна-Уитни, качественных - χ^2 .

Результаты исследования. При оценке по шкале SF-36 психический компонент (ПК) и уровень физического состояния (УФС) в дооперационном периоде статистически значимо не отличался между исследуемыми группами (ПК - 27% - повышенный, 64% - средний; УФС - 36% - повышенный, 49% - средний). В послеоперационном периоде также статистической значимости не выявлено (УФС 47%- повышенный, 28% - высокий; ПК 45% - повышенный, 30% - высокий). В ходе анализа анкет по опроснику Спилбергера-Ханина в предоперационном периоде значимых различий не выявлено - очень высокая тревожность (ОВТ) зарегистрирована в 13,4%, высокая тревожность (ВТ) в 68,8% и средняя тревожность (СТ) в 15,4%. В послеоперационном периоде отмечено улучшение показателей в обеих группах (ВТ у 11,5%, СТ у 36,1%, НТ у 43,5% и ВТ у 5,2%, СТ у 23,5%, НТ у 54,2% и очень низкая у 16,4%, соответственно) по сравнению с дооперационным периодом, $p < 0,05$.

Заключение. Своевременно проведенные операции с правильными реабилитационными мероприятиями в послеоперационном периоде способствуют раннему восстановлению функции коленного сустава, одновременно улучшая психологический аспект здоровья.

СТОИМОСТЬ И КАЧЕСТВО АНЕСТЕЗИИ ПРИ ПЛАНОВЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Нечепуренко Д.А., Рюмки И.С., Коннов Д.Ю.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: Коннов Д.Ю., д.м.н. Шаповалов К.Г.

В процессе ежедневной работы в отделении анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии возникает вопрос о выборе анестезиологического пособия, как правило, наркоза или регионарной анестезии. Каждая методика обладает как преимуществами, так и недостатками, поэтому комплексная оценка их эффективности представляется весьма актуальной.

Цель работы: выяснить и сравнить преимущество различных видов анестезий при полостных операциях в хирургическом отделении опухолей женской репродуктивной системы.

Задачи: провести исследование наличия возникших осложнений различных видов анестезий в послеоперационном периоде у пациентов хирургического отделения опухолей женской репродуктивной системы. Оценить критерии качества обезболивания в послеоперационном периоде у пациентов после использования многокомпонентной комбинированной общей анестезии и комбинированной спинально-эпидуральной анестезии. Сравнить стоимость различных видов анестетиков при данных операциях.

Материалы и методы. В исследование включены 50 пациентов хирургического отделения опухолей женской репродуктивной системы Забайкальского краевого онкологического диспансера. Пациенты были разделены на 2 равные группы. В первой группе операции проводились под многокомпонентной общей анестезией, во второй группе оперативные вмешательства проводи-

лись под комбинированной спинально-эпидуральной анестезией. Критерии исключения - декомпенсированная хроническая патология, операционно анестезиологический риск свыше 2 по ASA. Статистическая обработка проведена с помощью пакета Microsoft Excel 2007.

Результаты исследования. Пациентам первой группы проводились полостные операции под многокомпонентной комбинированной общей анестезией сочетанием препаратов "Sevoran"/ "Phentanyl" (стоимость одного часа анестезии 666 руб.) и "Diprivan"/ "Phentanyl" (стоимость одного часа - 1133 руб.). Продолжительность наркозов составляла в среднем 120 минут. В раннем послеоперационном периоде у пятнадцати пациенток отмечалась тошнота, у пяти из них возникла многократная рвота. Боли в горле и осиплость голоса возникала в шести случаях. Сухость во рту испытывали все пациентки данной группы. Интраоперационная гипотермия возникала в 100% случаев. Регистрирован один случай симптоматического психоза. Боли в месте оперативного вмешательства в раннем послеоперационном периоде возникали у всех пациенток данной группы, что требовало дополнительного регулярного введения наркотических анальгетиков. У пациентов второй группы использовалась комбинированная спинально-эпидуральная анестезия сочетанием препаратов "Marcain Heavy Spinal"/ "Naropin" (стоимость одного часа анестезии составляет 350 руб.). Продолжительность оперативного вмешательства превышала длительность операций первой группы пациентов. В ходе анестезии получена адекватная аналгезия и достаточная миорелаксация нужной области оперативного вмешательства при полном сохранении сознания и адекватного самостоятельного дыхания, что постоянно позволяло сохранять полноценный контакт с пациентом. В послеоперационном периоде отсутствовали все нежелательные эффекты ранее встречаемые у пациентов первой группы, уровень аналгезии был достаточно адекватным и полностью управляемым, что позволило отказаться от использования наркотических анальгетиков как во время анестезии так и в раннем послеоперационном периоде.

Выводы: многокомпонентная общая анестезия у пациентов с опухолями женской репродуктивной системы имеет ряд частых нежелательных эффектов в послеоперационном периоде, по сравнению с комбинированной спинально-эпидуральной анестезией. Стоимость многокомпонентной комбинированной общей анестезии сочетанием препаратов "Sevoran"/ "Phentanyl" превосходит стоимость комбинированной спинально-эпидуральной анестезией сочетанием препаратов "Marcain Heavy Spinal"/ "Naropin" в 1,9 раз, а сочетание препаратов "Diprivan"/ "Phentanyl" в 3,2 раза. Комбинированная спинально-эпидуральная анестезия в послеоперационном периоде обладает достаточным анальгетическим эффектом и не требует дополнительного введения наркотических средств.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПАРАМЕТРОВ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С КОМПРОМЕТИРОВАННЫМИ ЛЕГКИМИ

Нимаев З.Д., Махаев И.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита
Научные руководители: Коннов В.А., д.м.н. Шаповалов К.Г.

Известно, что при респираторной поддержке у больных с различными поражениями бронхолегочной системы нередко возникают сложности с оптимальным подбором параметров вентиляции. Эта проблема связана, в том числе, с отсутствием тщательного мониторинга механических свойств легочной ткани. Математический и графический мониторинг максимального количества обозначенных респираторных показателей позволяет провести "Profilungs" - дополнительный модуль к аппаратам искусственной вентиляции легких (ИВЛ). К ним относится слежение за капнографической величиной EtCO₂ и физическими критериями вентиляции: динамический комплайнс, давление в дыхательных путях. Плюс к этому, данный девайс обладает расширенной опцией Auto Start, с помощью которой автоматически рассчитываются наиболее оптимальные параметры ИВЛ, отталкиваясь от антропометрических данных пациента, диаметра эндотрахеальной или трахеостомической трубки и эластичности легких больного.

Цель исследования: сравнить показатели искусственной вентиляции легких до и после проведения оптимизации с помощью модуля Profilungs у больных с компрометированными легкими.

Материалы и методы. Проведено нерандомизированное, проспективное исследование у 16 пациентов, поступивших в отделение анестезиологии-реанимации ГУЗ ГКБ №1 в 2013-2014 гг. Критерии включения в исследование: принудительная ИВЛ с использованием модуля "Profilungs" производства Chirana (Словакия), острое повреждение легких. Критерии исключения из исследования: продолжительность респираторной поддержки меньше 4-х часов. Измерялись стартовые показатели: дыхательный объем (Vt) в миллилитрах, минутная вентиляция (MV) в литрах в минуту, частота дыхательных движений в 1 минуту (f), давление в конце выдоха (РЕЕР) в сантиметрах водного столба (см в.ст.), фракция кислорода на вдохе (FiO₂) в %, пиковое инспираторное давление (Pc) в см в.ст. Через 2 часа модулем "Profilungs" проводилась первая оптимизация, через 4 часа - вторая оптимизация. Указанные параметры вентиляции в обоих случаях регистрировались повторно. Статистический анализ проведен тестами Фридмана и Уилкоксона в программах Primer of Biostatistics (4,03) и MO Excel 2007. Результаты представлены в виде медианы и интерквартильного размаха с указанием точного значения статистической значимости (p).

Результаты исследования. Установлено, что f (p = 0,917) и FiO₂ (p = 0,135) у пациентов после обеих оптимизаций не изменились: 14 (14; 14) против 14 (12,5; 15,25) и 14 (12; 15,75); 43,5 (40; 50) % против 45 (40; 50) и 45 (40; 50) %. Выявлено, что MV после первой оптимизации увеличилась (p < 0,05) с 6,75 (6,30; 7,38) до 6,75 (6,375; 7,750) л/мин, однако после второй оптимизации MV не отличалась (p > 0,05) от начальной: 6,25 (5,50; 7,88) л/мин. При этом, произошло увеличение (p < 0,05) Vt с 480 (453; 505) до 530 (460; 540) мл после первой оптимизации, но после второй оптимизации Vt не отличался (p > 0,05) от начального: 490 (405; 555) мл. Установлено увеличение (p < 0,032) РЕЕР с 3 (2; 4) до 4 (2; 5,25) см в.ст. после обеих оптимизаций. В режиме вентиляции, управляемой по давлению (PC), выявлено уменьшение (p < 0,016) Pc только после второй оптимизации: 13,5 (12; 15) против 12 (12; 13,5) см.в.ст., тогда как после первой оптимизации Pc в сравнении с начальным не изменялось (p > 0,05): 12 (13; 14) см в.ст.

Выводы:

1. Модуль "Profilungs" оптимизирует минутную вентиляцию и дыхательный объем у пациентов с компрометированными легкими за счет уменьшения пикового инспираторного давления и увеличения давления в конце выдоха.
2. Модуль "Profilungs" у больных с острым повреждением легких уменьшает риск развития баротравмы и ателектотравмы.

КАНДИДОЗ И ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНЫЙ КОЛИТ КАК ЯТРОГЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Савватеев Е.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита
Научный руководитель: д.м.н., профессор Богомолов Н.И.

Кандидоз - заболевание, вызываемое дрожжеподобными грибами рода *Candida*, в основном *C. albicans*, которая часто присутствует внутри организма здорового человека (у 30% людей) в небольшом количестве. Псевдомембранозный колит (ПМК) - заболевание, вызываемое *C. Difficile*. Примерно 3 - 6% здоровых людей являются носителями *C. difficile*. Условия для развития кандидоза и ПМК: иммунодефицитные состояния, источник инфицирования, прием антибиотиков, глюкокортикостероидов, цитостатиков, антикоагулянтов, H₂-гистаминоблокаторов и т.д.

Цель работы: сравнить особенности клинического течения, диагностики и лечения кандидоза и ПМК.

Материалы и методы. Ретроспективно и проспективно изучены особенности клинического течения кандидоза и ПМК у 32 из 4248 пациентов с хирургическими заболеваниями, которые

находились на лечении в ККБ №1. Применяли следующие методы обследования: клиническое, эндоскопическое, рентгенологическое, компьютерная томография, ультразвуковое исследование.

Результаты исследования. Выявлено 32 случая осложнений (0,75% в период с 2011 г. по 2013 г.: 2011 г. - 0,95% случаев, 2012 г. - 0,5%, 2013 г. - 0,7%), из них кандидоз - 25 (78,1%), ПМК - 6 (18,8%), кандидоз + ПМК - 1 (3,1%). Летальных случаев - 6 (летальность: 2012 г. - 0,13%, в 2013 г. - 0,28%) по 3 случая с кандидозом и ПМК. В 15 (0,35%) случаях кандидоз был основным заболеванием, выставленным на момент поступления в стационар, в 10 (0,24%) - осложнением лечения в стационаре; в случаях с летальным исходом, смерть наступила в результате генерализации процесса и развития сепсиса (1 - кандидозный, 2 - бактериальный на фоне кандидоза); ПМК - все 6 (0,14%) случаев были осложнением лечения, в случаях с летальным исходом смерть наступила в результате полиорганной недостаточности (на фоне сопутствующего диабета - 2 и рака прямой кишки - 1); кандидоз + ПМК - 1 случай, как осложнение. Также был установлен ряд фоновых или сопутствующих заболеваний из группы риска, способствующих развитию осложнений в 19 случаях: сахарный диабет - 5 (26,3%), онкозаболевания - 3 (15,8%), неспецифический язвенный колит - 1 (5,3%), острые и хронические гнойные процессы, связанные с антибактериальной терапией - 10 (52,6%). У всех обследованных, с внутрибольничными осложнениями, проводилась антимикробная терапия. В 5 случаях было назначено 3 и более антибиотиков. При внебольничных осложнениях: антибиотики - 6 случаев, цитостатики - 4, ГКС - 3, H₂-гистаминоблокаторы - 3. Чаще, у больных с кандидозом, в результате посева выделялась *C. albicans* - 16 (61,5%), в 4 случая - *C. Krusei*, в 6 случаях - не были проведены какие-либо исследования, подтверждающие диагноз. Проводимое лечение кандидоза: без противогрибковой терапии - 3, одним препаратом (Флуконазол или Нистатин) - 5, эубиотиками (Бифидум-бактерин или Бактисубтил) - 2, противогрибковым препаратом с эубиотиком - 8, комбинацией из 2 противогрибковых и эубиотика (ов) - 6. Лечение ПМК включало специфическую антимикробную терапию в сочетании с фунгицидами и эубиотиками в профилактических целях.

Выводы:

1. За последние два года наблюдается снижение заболеваемости кандидозом, ПМК и отмечается тенденция к росту летальности.
2. Частота встречаемости кандидоза значительно выше, чем ПМК - 78,1% и 18,75%, а их сочетание встречается в 3,1%.
3. Факторы, способствующие заболеваемости; острые и хронические гнойно-септические заболевания (52,6%), сахарный диабет (26,3%), онкозаболевания (15,8%).
4. Среди ятрогенных осложнений - на первом - антибиотикотерапия (68,8% из них 5 получали 3 и более антибиотиков), на втором - цитостатики (12,5%), на третьем - прием ГКС и H₂-гистаминоблокаторов (по 9,5%).
5. Наиболее ранняя диагностика и назначение одного противогрибкового препарата в сочетании с эубиотиком является более эффективной, по сравнению с другими рассмотренными схемами лечения.

**ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИИ ПОД МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ
ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ**

Сверкунова Ю.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита
Научный руководитель: д.м.н., профессор Лобанов С.Л.

Поджелудочная железа в силу своего анатомического расположения является недоступной для визуального осмотра при лапароскопии. Для детальной ревизии необходимо вскрыть салниковую сумку, что требует введения дополнительных инструментов, общего обезболивания, увеличения продолжительности операции. При диагностической лапароскопии, выполняемой под местной анестезией, диагноз ставится на основании лишь косвенных признаков острого панкре-

атита. При этом операция менее травматична, не требует привлечения анестезиологической бригады, позволяет избежать инфицирования сальниковой сумки, а также длительного наблюдения в послеоперационном периоде, но при этом исключается непосредственный осмотр поджелудочной железы. Вместе с тем, единого мнения по данной проблеме нет.

Цель исследования: изучение диагностической эффективности лапароскопии при остром панкреатите, проводимой под местной анестезией.

Материал и методы. Изучены результаты диагностических лапароскопий у 91 больного с острым панкреатитом, поступивших в ГКБ №1 в 2009-2013 гг. и проведенных под местным обезболиванием. В исследуемую группу вошли пациенты, которым в последующем выставлен клинический диагноз "острый деструктивный панкреатит". Мужчин было 52 (57%), женщин - 39 (43%). Средний возраст больных составил $45,9 \pm 6,8$ лет (от 15 до 90). Лапароскопию дополняли исследованием содержания амилазы в перитонеальной жидкости и периферической крови по методу Вольгемута. Косвенные признаки острого панкреатита оценивали по предложенной нами ранее балльной системе. Статистическая обработка проведена с использованием системы Биостат.

Результаты исследования. Наиболее частой находкой при деструктивном панкреатите был экссудат в брюшной полости - 80 пациентов (87,9%). По характеру экссудата производилась его оценка. Серозный экссудат обнаружен у 30 больных - 1 балл, серозно-геморрагический (24) - 2 балла, геморрагический (26) - 3 балла. По распространенности перитонита оценивали: местный ферментативный перитонит (27) - 1 балл, диффузный (38) - 2 балла, разлитой (15) - 3 балла. Вторым по частоте признаков явилось выбухание сальниковой сумки у 16 больных (17,5%). Незначительное выбухание мы оценивали в 1 балл, выраженное - 2 балла. С помощью дренажной трубки проводили забор жидкости, для лабораторных исследований, а также осуществляли контроль за количеством и характером отделяемого из брюшной полости в динамике. Очаги стеатонекрозов были обнаружены у 14 пациентов (15,3%). При этом одиночные очаги оценивались в 1 балл (1 пациент), множественные (13) - 2 балла. По количеству набранных баллов все больные разделены на 2 группы. Группа А: 0-4 балла, группа Б: 5 и более баллов. Общая летальность составила 22,7%. В группе А - 12%, в группе Б - 45,7%. Эффективным дополнительным диагностическим методом является исследование амилазы в перитонеальной жидкости. Исследование амилазы (по Вольгемуту) проводилось в перитонеальной жидкости - 1786 ± 85 ед ($n=80$), и периферической крови - 961 ± 67 ($n=91$) у больных острым деструктивным панкреатитом при наличии ферментативного перитонита, а также в асцитической жидкости взятой для контроля у больных с циррозом печени 67 ± 16 ($n=10$).

Выводы. Диагностическая лапароскопия при остром деструктивном панкреатите, проводимая под местной анестезией, позволила не только обнаружить косвенные визуальные признаки деструктивного панкреатита, но и оценить прогноз заболевания. Определение содержания амилазы в перитонеальной жидкости, позволяет достоверно подтвердить наличие острого деструктивного панкреатита.

ВЛИЯНИЕ ПОВЫШЕННОГО ВНУТРИГРУДНОГО ДАВЛЕНИЯ НА НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОСТАЗА

Скоблякова Т.Н., Рюмкин И.С., Бахметьев И.В., Нечепуренко Д.А.,
Лазебных В.С., Таракановский В.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита
Научные руководители: Коннов В.А., д.м.н. Шаповалов К.Г.

Много исследований посвящено исследованию системы гемостаза и фибринолиза при различных вариантах нормы, а также во время патологических состояний, однако, как таковые отсутствуют подобные исследования у пациентов после хирургических вмешательств в онкологической клинике во время применения общей многокомпонентной анестезии.

Цель работы: выявить взаимосвязь между искусственной вентиляцией легких с положительным давлением в конце выдоха и изменениями показателей коагулограммы.

Задачи работы:

1. Провести коагулометрические исследования пациентам после плановых оперативных вмешательств небольшой травматичности и продолжительности.
2. Оценить зависимость изменений показателей коагулограммы от уровня положительного давления в конце выдоха.

Материалы и методы: в исследовании приняло участие 50 пациентов, перенесших плановые оперативные вмешательства в Забайкальском краевом онкологическом диспансере. Критериями исключения из исследования являлась любая острая или хроническая патология, способная повлиять на результаты исследования. По полу и возрасту все пациенты сопоставимы: 25 мужчин и 25 женщин, средний возраст $42 \pm 6,2$ лет. Оперативные вмешательства проводились после гистологической верификации диагноза злокачественного новообразования в области головы и шеи. Анестезия проводилась всем пациентам по стандартным методикам (эндотрахеальный наркоз, искусственная вентиляция легких аппаратом GE Aespire). В 1 группу вошли пациенты, которым после наложения швов проводилась искусственная вентиляция легких в принудительном режиме с положительным давлением конца выдоха 2 мбар, во 2 группу с положительным давлением конца выдоха 8 мбар. В контрольную группу вошли пациенты, которым в послеоперационном периоде проводилась принудительная искусственная вентиляция воздуха без положительного давления конца выдоха. Для статистической обработки применялся ранговый корреляционный анализ с расчетом коэффициента Спирмена.

Результаты исследования. В результате исследования стало ясно, что у пациентов 1 группы наблюдается снижение концентрации фибриногена (на $6,4 \pm 2,2\%$), удлинение активированного частично тромбопластинового времени (на $14,1 \pm 3,1\%$), увеличение международного нормализованного отношения ($11,6 \pm 1,4\%$) по отношению к исходному уровню. У пациентов 2 группы наблюдалось увеличение концентрации фибриногена (на $12,1 \pm 4,22\%$), укорочение АЧТВ (на $13 \pm 2\%$) и уменьшение МНО (на $15 \pm 3,6\%$). У пациентов контрольной группы значимых изменений коагулограммы отмечено не было. При этом наблюдается прямая сильная ($r_{S0,88}$) корреляционная связь между уровнем противодействия выдоху и изменениями в системе гемостаза.

Выводы:

1. Искусственная вентиляция легких с положительным давлением конца выдоха выше среднего неизбежно ведет к гиперкоагуляции, а, следовательно, к увеличению риска тромбозов, что требует усиления антитромботической профилактики.
2. Искусственная вентиляция легких с положительным давлением конца выдоха ниже среднего ведет с течением времени к умеренной гипокоагуляции, что может потребовать уменьшения дозы прямых антикоагулянтов.

**ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ
ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ**

Тюрина С.А., Гунько И.И.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: к.м.н., доцент Курупанов С.И.; д.м.н., профессор Цепелев В.Л.,
к.м.н. Крюкова В.В.

Проблема лечения послеоперационных вентральных грыж актуальна в связи с высокой частотой рецидивов.

Целью исследования явилось улучшение результатов хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж при помощи дифференцированной хирургической тактики.

Материалы и методы. В отделении общей хирургии Краевой клинической больницы г. Читы оперировано 168 больных с послеоперационными вентральными грыжами, средний возраст составил $48,9 \pm 6,8$ лет. По классификации Chevrel J.P., Rath A.M. (2000) оперировано больных с грыжами: W1 - 35 (21%), W2 - 82 (49%), W3 - 27 (16%), W4 - 24 (14%). Больные были

разделены на 2 группы. В основной группе (97 пациентов) применена дифференцированная хирургическая тактика. У больных с дефектом W1 (до 5 см) использована пластика местными тканями - 21 операция. При дефекте W2-W3 (до 15 см) в случае нормальных цифр внутрибрюшного давления и при отсутствии нарушений функции внешнего дыхания (ФВД) использована реконструктивная натяжная пластика с укреплением апоневроза сетчатым эндопротезом - 40 операций. При дефекте W3-W4 (более 10 см), повышенном внутрибрюшном давлении и при наличии нарушений ФВД применялась ненатяжная пластика полипропиленовыми сетчатыми эндопротезами "Эсфил" (ООО Линтекс) без уменьшения объема брюшной полости - 36 операций. В группе клинического сравнения (71 пациент) края грыжевых ворот после грыжесечения сшивали край в край независимо от исходных условий. Уровень внутрибрюшного давления определяли непрямым методом по измерению давления внутри мочевого пузыря. Статистическую обработку результатов выполняли с помощью непараметрического критерия Манна - Уитни.

Полученные результаты. В группе пациентов у которых применялась дифференцированная хирургическая тактика отмечено 2 рецидива (2,1%), в то же время в группе клинического сравнения - 9 (12,7%). Анализируя причины рецидивов в основной группе, выявлено, что ими стали недостаточно большие размеры эндопротеза, повлекшие отрыв сетки (1), несоблюдение рекомендаций в послеоперационном периоде (1). В группе клинического сравнения причинами рецидива стали нагноение раны (2), повышенное внутрибрюшное давление и нарушение ФВД (7). В группе клинического сравнения умер 1 больной (1,4%), причина - тромбоэмболия легочной артерии; эвентрация кишечника, потребовавшая релапаротомии, отмечена у 2 пациентов (2,8%). Летальных исходов и интраабдоминальных осложнений в основной группе не было. Раневые осложнения в группе клинического сравнения наблюдались у 10 пациентов (14,4%), в основной группе - у 6 (6,2%). В послеоперационном периоде у больных, которым применена дифференцированная тактика, отмечена более ранняя активизация, значительное снижение болевого синдрома. У пациентов группы клинического сравнения уровень интраабдоминального давления на третьи сутки после операции составил 26,4 см вод. ст. [17,7; 29,5]. У больных основной группы, которым проводилась ненатяжная герниопластика, интраабдоминальное давление было достоверно ниже и составило 16,9 см вод. ст. [13,7; 20,5] ($p < 0,05$). У больных основной группы с ненатяжной герниопластикой в послеоперационном периоде на 26% ($p < 0,05$) были выше показатели форсированной жизненной емкости легких и на 18% выше форсированный выдох в 1 секунду по отношению к пациентам группы клинического сравнения. Таким образом, у больных с обширными и гигантскими послеоперационными грыжами в раннем послеоперационном периоде после ненатяжной герниопластики, в отличие от натяжных методов, не развиваются нарушения функции внешнего дыхания и синдром интраабдоминальной гипертензии.

Вывод: дифференцированный подход в отношении хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж, учитывающий уровень внутрибрюшного давления, наличие нарушений функции внешнего дыхания и патологическую анатомию передней брюшной стенки, позволяет улучшить ближайшие и отдаленные результаты.

КОМПЬЮТЕРНАЯ ОПТИЧЕСКАЯ ТОПОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ДЕФОРМАЦИИ ПОЗВОНОЧНИКА И НАРУШЕНИЙ ОСАНКИ

Цыренжапова А.Н., Бальжинимаева С.Б., Дымбырлова Ц.Ц., Рабданова Д.Д.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: Доржеев В.В.

Нарушения осанки являются одной из самых актуальных проблем в современной ортопедической практике. Сколиоз - это грубое многоплоскостное искривление позвоночного столба, при котором развивается физическая неполноценность, возникают глубокие психические страдания вследствие больших косметических дефектов, нарушается работа сердца и легких, что приводит к инвалидизации. Установлено, что при сколиозе страдает сердечно - сосудистая, дыхатель-

ная, мочевыделительная, нервная системы и желудочно-кишечный тракт. Компьютерная оптическая топография - это новый, бесконтактный метод обследования пациентов с целью количественной и качественной оценки и документирования деформации позвоночника. Компьютерный оптический топограф (КОМОТ) позволяет абсолютно безвредно для здоровья выявлять и наблюдать в динамике пациентов с нарушениями осанки и сколиотической деформацией позвоночника.

Цель исследования: изучить эффективность КОМОТ в диагностике деформаций позвоночника и нарушений осанки.

Материалы и методы. Работа основана на обработке данных карт пациентов, направленных из поликлиники для дальнейшего обследования и лечения в Центре восстановительного лечения для детей "Феникс", за период 2011-2013 гг. Всего исследовано 500 амбулаторных карт наблюдения с диагнозом нарушение осанки. Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с применением пакета анализа Microsoft Excel. Достоверность различий определялась по t - критерию Стьюдента.

Результаты исследования. Обследование прошли дети в возрасте 4 - 9 лет в количестве 110, что составляет 22%, среди 10-13 лет - 274 (54,8%), среди 14 - 18 лет - 116 школьников (23,2%), девочек больше на 17,6% чем мальчиков. У 95% детей выставлен диагноз - сколиоз 1-2 степени, у 3% - сколиоз 3 степени, сколиоза 4 степени не выявлено, здоровые дети составили 2%. Данные КОМОТ соответствовали и подтверждались рентгенологическими методами исследования. Наибольший риск развития сколиоза (54,8%) отмечается у детей в возрасте 10 - 13 лет. Нами была разработана анкета, и проведен опрос 79 школьников 8-11 классов, где выяснилось, только 6,3% регулярно по утрам делают зарядку, 81,3% занимаются спортом. 41,8% школьников считают, что у них нарушение осанки в большинстве случаев из-за неправильного положения за партой и ношения сумки на одном плече. По анкетным данным диагноз нарушения осанки выставлен только 30%, однако обследование прошли только 16,5% от общего числа.

Выводы:

1. КОМОТ является эффективным, дешевым, нелучевым, быстрым методом диагностики нарушения осанки, который может быть использован в качестве скринингового метода.
2. Чаще всего у школьников встречается сколиоз 1 - 2 степени в возрасте 10 - 13 лет.
3. Население слабо проинформировано о наличии аппарата КОМОТ, возможности обращения в поликлинику и бесплатном обследовании в ЦВЛД "Феникс" для предотвращения прогрессирования заболевания.
4. В связи с высокой распространенностью сколиоза среди школьников, неполным пониманием тяжести течения заболевания и его последствий, дорогостоящим оперативным лечением, длительной послеоперационной реабилитацией предлагаем внедрить метод компьютерной оптической топографии в профилактический медицинский осмотр школьников.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Шукурова С.Н.к.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: д.м.н., профессор Богомолов Н.И., Вотьев И.В.

Заболеваемость ЖКБ в последние десятилетия резко увеличилась и продолжает возрастать. По данным ВОЗ у каждого четвертого жителя нашей планеты в возрасте от 60 до 70 лет обнаруживаются конкременты, а после 70 лет у каждого третьего из них. В настоящее время около 60% больных, госпитализированных в хирургические стационары по поводу острого холецистита, являются лицами пожилого и старческого возраста. Одновременное наличие возрастных изменений и сопутствующих заболеваний относят их к категории больных с высоким риском неблагоприятного исхода. А длительное, малосимптомное течение заболевания и поздняя обращаемость данных пациентов за медицинской помощью часто приводят к развитию осложнений со стороны желчевыводящих путей.

Цель исследования: изучить причины смерти при желчнокаменной болезни.

Материалы и методы. В результате анализа данных вскрытий патологоанатомического бюро и историй болезней Краевой клинической больницы за период 2009-2013 гг. было выявлено 54 случая, где выставляется диагноз: Желчнокаменная болезнь. Статистическая обработка материала происходила с помощью пакета программы Microsoft Excel 2007, использованы параметрические методы при нормальном распределении признаков ($M \pm m$).

Результаты исследования. Возрастно-половой анализ свидетельствует, что ЖКБ встречается у женщин в 1,5 раза чаще, чем у мужчин. Это можно объяснить воздействием женских половых гормонов, более частой встречаемостью ожирения у женщин. Средний возраст больных составил $72 \pm 1,6$. У большинства больных прослеживается длительное камненосительство, отмечается четкая взаимосвязь погрешности в диете и обострением типичной картины при желчнокаменной болезни. При анализе историй болезней, в качестве основного диагноза: "ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит" выставлялся в 63% случаях, панкреонекроз - 13%, постхолецистэктомический синдром - 5,5%. Большую часть осложнений основного заболевания составили: механическая желтуха - 53,7%, холедохолитиаз - 48,1%, анемия - 44,4%, панкреатит - 37%, перитонит - 20,4%. Большинство больных госпитализировано по экстренным показаниям. У 1/3 поступивших, проявления механической желтухи были тяжелой степени (уровень билирубина свыше 200 мкмоль/л), после лечения на 1-3 сутки явления купировались до средней степени тяжести ($119,5\% \pm 14,4$). Уровень печеночных трансаминаз до лечения составил $180,4 \pm 28,3$, после лечения увеличился более чем в 2 раза, что говорит о нарастании явлений печеночной недостаточности. При лечении больных, консервативные мероприятия оказались достаточными лишь у 9,3%, что можно связать с непродолжительным пребыванием больных в стационаре (до суток) и тяжестью состояния. В остальных случаях выполнено оперативное вмешательство, при этом ЧЧХД у 29,6%, ЧЧХС у 22,2%, открытая холецистэктомия у 11,1%, холецистэктомия с холедохолитомией у 7,4% больных. Необходимо отметить, что в 35,2% случаях возникла необходимость в повторном оперативном вмешательстве. Причиной смерти в большинстве случаев явился разлитой фибринозно-гнойный и желчный перитонит (20,4%), отек головного мозга (13%), печеночная недостаточность (11,1%), затем полиорганная недостаточность, эндотоксический и геморрагический шоки. При анализе причин смерти: в ранние сроки (до 7 суток) умерли 37%, в поздние (свыше 7 суток) - 63% госпитализированных. По данным патологоанатомического вскрытия, расхождение диагнозов по основному заболеванию 1 категории встречается в 13% случаев, дефекты диагностики у 16,6%, дефекты введения у 9,3% больных.

Вывод. ЖКБ является широко распространенным заболеванием, отмечается неуклонная тенденция к его росту. По результатам данного исследования, основными причинами смерти при ЖКБ, осложненной механической желтухой, холедохолитиазом, явились разлитой фибринозно-гнойный и желчный перитонит.

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ, ТУБЕРКУЛЕЗА,
ДЕРМАТОЛОГИИ И ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ**

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РОЖИ У ПАЦИЕНТОВ
РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП**

Акулова Е.А., Романова Д.И., Константинова Т.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: к.м.н., доцент Сергеева Э.И.

В структуре современной инфекционной патологии рожа, как клинический вариант течения стрептококковой инфекции, остается в числе самых актуальных проблем заболеваемости населения. Рожа относится к числу наиболее распространенных стрептококковых инфекций, а заболеваемость рожей составляет 12-20 человек на 10 000 населения. Заболевание встречается повсеместно в виде спорадических случаев. Проблема рожи остается актуальной в связи со стабильно высоким ростом заболеваемости, учащением перехода острых форм в рецидивирующие, омоложением инфекции, изменением клинического течения в сторону утяжеления инфекции и развитием остаточных последствий, ведущей к длительной нетрудоспособности и ранней инвалидизации.

Цель: изучить особенности клинического течения рожи у пациентов разных возрастных групп.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 74 историй болезней пациентов, находившихся на стационарном лечении в ГУЗ ККИБ №1 за 2012 год. Все больные разделены на две возрастные группы - от 20 до 45 лет и от 45 лет и старше и обследованы по единому диагностическому алгоритму, включающему категории пола, длительности лечения, наличия и длительности интоксикационного синдрома, регионарного лимфаденита, местных проявлений, клинической формы, степени тяжести, локализации патологического процесса и наличия осложнений.

Результаты исследования. В результате проведенного ретроспективного исследования установлено, что по клиническим формам в первой группе преобладала эритематозная форма в 81,8% случаев, эритематозно-буллезная 18,2%, во второй группе преобладали эритематозные формы - 44,2%, эритематозно-буллезные были диагностированы в 34,6%, эритематозно-геморрагические в 9,6% и буллезно-геморрагические в 9,6%. Интоксикационный синдром наблюдался в 100% в первой группе исследуемых, в 80,7% во второй группе, длительность лихорадки преобладала у людей второй группы (7,7 дней) по сравнению с первой (4,6 дня). Регионарный лимфаденит встречался в 9% случаев в первой группе исследуемых и в 19,2% случаев во второй группе. Местные проявления, выражающиеся болью, жжением, отеком, буллами, корками, очертанием границ очага воспаления, чаще встречались у пациентов второй группы. Осложнения в первой группе исследуемых отсутствовали, а во второй группе встречались флебит (5,7%), лимфангит (3,8%), флегмоны и абсцессы 1,9%. В первой группе преобладали случаи первичной рожи в 86,4% против 55,8% у второй группы. В первой группе в 100% рожа протекала в средней степени тяжести, во второй группе в 88,4% и в 11,6% в тяжелой степени. Воспалительный процесс в обеих группах был локализован на нижних конечностях. Повторная рожа наблюдалась в 13,6% первой группы исследуемых и в 15,4% второй группы. Практически у 1/3 больных второй группы наблюдалась рецидивирующая рожа. Длительность лечения исследуемых первой группы составила 11 дней, тогда как во второй 13 дней.

Выводы. Клиническое течение рожи у пациентов от 45 лет и старше протекало тяжелее за счет возникновения эритематозно-геморрагических и буллезно-геморрагических форм, сопровождающихся длительным синдромом интоксикации, наличием осложнений, что удлинит сроки лечения и госпитализации.

ПРИМЕНЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ ПРИ ВИРУСНЫХ ДИАРЕЯХ У ДЕТЕЙ В РЕАЛЬНОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА

Аникина К.В., Петрова М.А., Ульзутуева Е.Г.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: к.м.н., доцент Мироманова Н.А.

Вирусные диареи объединяют группу острых инфекционных заболеваний, вызываемых вирусами, характеризующиеся преимущественным поражением ЖКТ по типу гастроэнтерита. Одной из самых частых этиологических причин развития вирусной диареи у детей является ротавирус. На долю ротавирусных поражений ЖКТ в осенне-зимний период года приходится до 85% всех кишечных инфекций установленной этиологии.

Цель работы - изучить частоту и спектр назначаемых антибиотиков у детей при вирусных диареях.

Материалы и методы. Исследование проводилось в два этапа. На первом этапе проведено анонимное анкетирование 42 врачей (педиатры - 60%, инфекционисты - 40%) с целью выявления осведомленности медицинских работников по вопросам вирусных диарей. На втором этапе методом случайной выборки осуществлен ретроспективный анализ 124 историй болезни пациентов с вирусными диареями, получавших стационарное исследование в период 2010-2012гг. в Краевой клинической инфекционной больнице. При анализе учитывались диагноз, схема лечения, сроки назначения антибиотиков от момента поступления, продолжительность курса антибактериальной терапии. Из исследования исключались дети с вирусно-бактериальной и бактериальной этиологией острой диареи, дети с тяжелыми фоновыми состояниями (врожденные пороки развития и пр.), а также больные с сопутствующей патологией, требовавшей подключения в программу терапии антибиотиков (пневмония, инфекция мочевыводящих путей и пр.). Статистическая обработка данных проводилась с использованием компьютерных программ Microsoft Excel 2010. Количественные показатели выражали в виде среднего значения (M) и стандартного отклонения (SD).

Результаты исследования. В результате анкетирования установлено, что 67% врачей оказывали первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях. Средний стаж работы врачей составил $14,4 \pm 1,8$ лет. В большинстве случаев (74%) врачи справедливо считали, что вирусы являются одной из частых причин острой диареи у детей. 93% респондентов указали, что при вирусных диареях антибиотики назначаются только при определенных клинико-лабораторных показаниях, а одной из частых назначаемых групп явились нитрофураны (64%) с продолжительностью терапии 5 дней (69%). Большинство врачей в лечении детей с вирусной диареей предпочтение отдавали регидратации, лечебному питанию, энтеросорбции и лишь 9,5% - антибактериальной терапии. Анализируя истории болезни, выявлено, что в большинстве случаев этиологической причиной вирусной диареи служил ротавирус (78%), в 15% - норовирус, в остальных случаях установлены вирусно-вирусные ассоциации (норовирус в сочетании с ротавирусом). В 92% случаев вирусная диарея протекала в среднетяжелой форме, у 7% детей - в легкой, лишь в 1% случаев установлено тяжелое течение болезни. Большинство детей (83%) поступали в стационар в первые сутки от начала болезни и не получали антибиотики в случае предшествующего лечения в амбулаторно-поликлинических условиях. Температурная реакция у 52% детей фиксировалась в пределах $37,1-38^{\circ}\text{C}$, лишь у 7% больных температура тела была выше 39°C . Длительность температурной реакции в среднем составляла $2,2 \pm 1,2$ дней. Признаки поражения ЖКТ проявлялись рвотой, признаками энтерита с водянистой диареей. При этом у всех больных отсутствовали копрологические и гематологические признаки воспаления. Но, несмотря на отсутствие клинических и лабораторных показаний к антибактериальной терапии у детей с вирусными диареями установлено, что антибиотики назначались у 76,6% больных с вирусной диареей (2010г. - 92%, 2011г. - 96%, 2012г. - 51%). Терапия антибиотиками начиналась в первые сутки ($1,3 \pm 0,5$ дней). При этом монотерапия антибиотиком зарегистрирована в 86% случаев, а у 14% детей использовалась комбинация антибактериальных препаратов. Длительность курса антибактериальной терапии составила $5,9 \pm 1,7$ дней.

Выводы. Таким образом, несмотря на достаточную осведомленность в вопросах вирусных диарей у детей, большинство врачей необоснованно включают антибиотики в программу терапии вирусных гастроэнтеритов.

**ГЕПАТИТЫ И ЦИРРОЗЫ КАК НОЗОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ В СТРУКТУРЕ
ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА ПО МАТЕРИАЛАМ ПРОТОКОЛОВ
ВСКРЫТИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЕВОГО ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО
БЮРО ЗА 2011-2013 годы**

Астафьев К.А., Буяновская О.В., Ведерникова Т. К., Дабаева С.С.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: Барковская О.Н., Гончарова М.А.

За последние десятилетия заболеваемость гепатитами и циррозами возросла в 2-3 раза. Такая тенденция обусловлена рядом факторов, на первом месте среди которых стоит употребление алкогольных напитков (в том числе и суррогатов), а также вирусные и токсические поражения печени.

Цель исследования: изучить динамику гепатитов и циррозов печени как нозологических единиц в структуре патологоанатомического диагноза за 4 года.

Задачи: проанализировать протоколы патологоанатомических вскрытий трупов умерших в лечебных учреждениях г. Читы за период 2011-2013 гг.; выявить динамику гепатитов и циррозов по годам, их этиологию; пол и возраст умерших больных; определить место гепатитов и циррозов в структуре комбинированного патологоанатомического диагноза.

Материалы и методы исследования. Методом сплошной выборки изучено 1775 протоколов патологоанатомических вскрытий трупов, умерших в стационарах терапевтического профиля за 2011-2013 гг.

Результаты исследования. У умерших за эти годы гепатиты выявлены в 147 случаях, циррозы - в 58. В качестве основного заболевания гепатиты отмечены в 12% (17 сл.), фонового - в 54% (79 сл.), сопутствующего - 34% (51 сл.). Как фоновые заболевания гепатиты чаще выявлялись при туберкулезе (34%), ВИЧ-инфекции (25%), а также при внебольничной пневмонии (7%). Циррозы как основное заболевание выявлены в 72%, при этом 61% (26 сл.) из них алкогольной этиологии, как фоновое - 19% (11 сл.), сопутствующее - 9% (5 сл.). Из всех выявленных случаев алкогольный цирроз составил 57%, вирусной этиологии-24%, другой этиологии - 19%. Как фоновое заболевание циррозы печени чаще наблюдались при алкогольной кардиомиопатии, внебольничной пневмонии. В этиологическом отношении гепатит как основное заболевание в 76% (13 сл.) представлен алкогольным, в 48% (4 сл.) - вирусным и токсическим поровну. В качестве сопутствующего заболевания значительно преобладал гепатит неуточненной этиологии (37%), затем алкогольный гепатит (24%), в меньшей мере - вирусный (18%), ещё реже - токсический (16%). В качестве фонового заболевания в 50% случаев наблюдался алкогольный гепатит, вирусный - в 35%, остальное пришлось на токсический и гепатит смешанной этиологии. В 76% всех выявленных случаев гепатит обнаружен у мужчин, на долю женщин приходится 24%, причем преобладал алкогольный гепатит (46% и 42% соответственно), вирусный - 38% и 35%, токсический - 16% и 23%. В возрастной группе 20-40 лет и 40-70 лет заметно преобладал алкогольный гепатит - 73% и 60% соответственно, однако вирусные гепатиты в первой группе составили 28% , а во второй - 40%.

Выводы:

1. Гепатиты как нозологическая форма в патологоанатомическом диагнозе умерших встречались чаще, чем циррозы и составили 71% от числа исследованных протоколов (205).
2. В патологоанатомическом диагнозе в качестве основного заболевания гепатиты отмечены в 12% случаев, фонового - в 54%, сопутствующего - в 34%.
3. В этиологическом отношении гепатит как основное заболевание в 76% случаев представлен алкогольным, в 24% - вирусным и 24% - токсическим.

4. Алкогольный гепатит преобладает в обеих возрастных группах (20-40 лет, 40-70 лет), независимо от пола.
5. В общей совокупности у мужчин и женщин алкогольный гепатит как сопутствующее заболевание составил 24%.
6. Циррозы печени в патологоанатомическом диагнозе в качестве основного заболевания выявлены в 72% случаев, при этом 61% из них - алкогольной этиологии.

АНАЛИЗ ПИЩЕВЫХ ОТРАВЛЕНИЙ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ ЗА 2004-2013 гг.

Балданова Б.Б., Бубеева Т.А., Ширипова Ю.Г.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: к.м.н. Михайлова Л. А.

В настоящее время пищевые отравления являются актуальной медицинской проблемой. Ежегодно десятки тысяч людей попадают в лечебные учреждения, где им выставляется диагноз пищевое отравление. С давних времен известно, что пищевые продукты могут являться причиной тяжелых отравлений, иногда со смертельным исходом.

Цель: провести анализ пищевых отравлений в Забайкальском крае с 2004 по 2013 гг.

Задачи:

1. Проанализировать динамику, структуру и причины пищевых отравлений в Забайкальском крае с 2004 по 2013 гг.
2. Оценить тактику медицинского персонала при поступлении пострадавших.

Материалы и методы. В исследовании были использованы данные журнала регистрации пищевых отравлений Управления Роспотребнадзора по Забайкальскому краю за 2004-2013 годы и истории болезни больных, которые находились на стационарном лечении в Краевой клинической инфекционной больнице.

Результаты исследования. В течение последних десяти лет в Забайкальском крае (по данным Управления Роспотребнадзора) постоянно регистрируются случаи отравлений продуктами питания. Нами установлено, что за исследуемый период отмечался резкий подъем заболеваемости в 2005 и 2012 гг. В структуре заболеваемости более двух третей случаев приходилось на ботулизм - 28,1%, пищевые токсикоинфекции составили 34,5%, отравления неизвестным веществом - 17,2%, отравление фосфорорганическим веществом - 3%, сальмонеллез - 3%, отравления ядовитыми грибами - 3,1%, стафилококковая инфекция - 7%, отравление метгемоглобинообразующим ядом - 3,0%. По месту возникновения пищевые отравления регистрировались в быту - 83%, домах-интернатах для престарелых и инвалидов - 3%, местах общественного питания - 7%, в общеобразовательных школах - 7%.

Продукты, вызвавшие пищевые отравления: рыбопродукты - 34%, белый кристаллический порошок - 13%, грибы - 10%, макароны с подливом - 3%, мясо - 13%, яйцо - 7%, салаты - 7%, суп - 3%, картофель - 3%, жидкость неизвестного происхождения - 7%.

Причинами пищевых отравлений явились: неправильное хранение продуктов питания - 24%, нарушение технологии приготовления - 50%, невнимательность - 20%, бактерионосительство среди работников пищеблока - 6%.

При анализе тактики медицинского персонала было выявлено следующее:

1. Медицинская помощь пострадавшим была оказана своевременно и полноценно, выявленные негрубые дефекты на исход заболевания не повлияли;
2. Плохой сбор эпидемиологического анамнеза и анамнеза заболевания;
3. Несвоевременность постановки диагноза;
4. Несвоевременность проведения обследования пострадавших;
5. Недостаточный объем лабораторных исследований;
6. Частичное несоответствие лабораторно-инструментального обследования и медикаментозного лечения стандартам;
7. Несоблюдение стандарта ведения истории болезни.

Выводы. За исследуемый период резкий подъем пищевых отравлений отмечен в 2005 и 2012 годах. Медицинская помощь оказывалась своевременно и в полном объеме, но были выявлены грубые дефекты при сборе эпидемиологического анамнеза и в организации лабораторного исследования.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЛЕПТОСПИРОЗА В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ

Бальжинмаева С.Б., Рабданова Д.Д.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: к.м.н. Калинина Э.Н.

В Российской Федерации лептоспироз занимает одно из первых мест среди зоонозов по тяжести клинического течения и частоте летальных исходов. Заболеваемость лептоспирозом по Забайкальскому краю низкая по сравнению с данными многих регионов РФ и существенно снизилась в последние годы, что чревато ослаблением врачебной настороженности к данному заболеванию.

Цель работы: изучить особенности клинико-эпидемиологического течения лептоспироза в Забайкальском крае.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни больных лептоспирозом по Забайкальскому краю за 2008 - 2013 гг.

Результаты исследований. По данным проведенного исследования установлено, что за 2008 - 2013 гг. было выявлено 18 случаев заболевания лептоспирозом по Забайкальскому краю (в 2008 г. - 2, 2009 г. - 4, 2010 г. - 6, 2011 г. - 4, 2012 г. - 0, 2013 г. - 2 случая). По России выявлены случаи лептоспироза: 2008 год - 616, 2009 г. - 495, 2010 г. - 366, 2011 г. - 269, 2012 г. - 251 случай. Наиболее высокие показатели заболеваемости отмечались в Каларском, Читинском, Оловянинском и Краснокаменском районах Забайкальского края и г. Чита. Среди заболевших преобладали женщины (67%), значимая доля из всех заболевших приходилась на городскую округ г. Чита. У данных больных в анамнезе отмечены выезды в сельскую местность. В 68% случаев выявлен водный путь передачи. Среди патогенных лептоспир, которые вызывали заболевания людей с 2008 по 2013 гг. в крае, лептоспиры серогруппы *Icterohemorrhagiae* наиболее значимы (50,8%).

В большинстве случаев (97%) заболевание протекало в среднетяжелой форме с типичной клинической симптоматикой, но выявлены за данный период исследования 3 случая с летальным исходом. У всех больных отмечено острое начало заболевания с повышения температуры тела до 38-40 °С и появления симптомов интоксикации. Боли в мышцах отмечались у 93% больных, боли в пояснице - 29,5%, головная боль - 20%. Сыпь наблюдалась у 67%, желтуха - у 32% пациентов. Увеличение печени имело место у 39,4% пациентов, симптомы желудочной и кишечной диспепсии - у 14%. У больных были выявлены специфические осложнения, обусловленные действием самих лептоспир: поражение нервной системы (22%), острая печеночно-почечная недостаточность (33%). В 68% случаев осложнения развились у больных при безжелтушной форме лептоспироза. В тяжелых случаях заболевания мочевого синдром был представлен болезненностью поясничной области при покалывании, лейкоцитурией (83%), эритроцитурией (40%), наличием цилиндров (40%), протеинурией (50%). Значительное снижение суточного диуреза определялось в 16,6% случаев. В случаях с летальным исходом смерть наступила от острой почечной и полиорганной недостаточности. Диагноз был подтвержден РАЛ (реакции агглютинации-лизиса), методом темнопольной микроскопии, бактериологическим методом выделения чистых культур лептоспир.

Вывод. За последние пять лет наблюдается снижение заболеваемости лептоспирозом по России и Забайкальскому краю. Причем по Забайкальскому краю показатели заболеваемости ниже, чем по Российской Федерации. Выявлена тенденция к урбанизации лептоспироза в Забайкальском крае. Несмотря на единичные случаи регистрации данного заболевания, среди госпитализированных преобладали больные с тяжелым, осложненным течением лептоспироза с развитием угрожающих жизни состояний, а также с летальным исходом.

МОНИТОРИНГ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ КОЖИ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ

Белозерцева Н.Ф., Охлопков Д.Ю., Шулимова А.С.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: к.м.н. Шабельская В.В.

Рак кожи и меланома являются одним из наиболее частых форм злокачественных новообразований. По литературным данным злокачественные новообразования кожи занимают третье место среди всех онкологических заболеваний в мире, что составляет 13% от их общего числа, причем заболеваемость имеет тенденцию к росту. В связи с этим, изучение состояния заболеваемости по новообразованиям кожи является актуальной междисциплинарной проблемой медицины.

Цель работы: проанализировать заболеваемость злокачественными новообразованиями кожи в Забайкальском крае за период с 2011 по 2013 гг.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ историй болезни 500 онкологических больных по материалам Забайкальского краевого онкологического диспансера (КОД) за период с 2011 по 2013 гг.

Результаты исследования. Из впервые выявленных случаев онкологической патологии 1178 (12,6%) приходится на злокачественные новообразования кожи. В их структуре меланома составляет 1,2%. В динамике после небольшого подъема в 2012 г., в 2013 г. наметилась тенденция к снижению заболеваемости меланомой кожи. В 2011 году данный показатель составил 3,1 (1,07%), в 2012 году - 3,6 (1,3%), в 2013 г. - 2,7 на 100 тыс. населения (0,95%). Тенденция к снижению - на 1,7%, прослеживается при анализе показателей других новообразований кожи, в 2011 году - 35,6 (12,4%), в 2012 году - 31,5 (11,2%) и за период 2013 года - 30,6 на 100 тыс. населения (10,7%).

В конце 2013 года на диспансерном учете с меланомой кожи в КОД состояли 343 человека, что составило 31,2 на 100 тыс. населения, с другими новообразованиями кожи - 2218 человека (202,5 на 100 тыс. населения).

Максимальные значения показателя распространенности меланомы кожи отмечались в г. Чита ежегодно (в 2011 году - 17,6%, в 2012 г. - 32,5%, в 2013 г. - 20%). В среднем данный показатель в г. Чита вырос на 2,4%. Остальные районы распределились следующим образом: в 2011 г. в Улетовском районе показатель распространенности меланомы кожи равнялся 14,7%, в Сретенском и Кыринском районах - 8,82%; в 2012 г. в Читинском районе - 12,5%, в Карымском районе - 10%, в 2013 г. в Могочинском и Шилкинском районах - 10%. Этот же показатель по другим новообразованиям кожи в период с 2011 по 2013 гг. лидировал в г. Чита и в среднем за три года составил 46,6%.

Одним из основных критериев оценки диагностики и оказания медицинской помощи онкологическим пациентам является показатель запущенности процесса. Удельный вес больных с запущенными стадиями меланомы кожи из числа тех, у кого диагноз установлен впервые в жизни, составил в среднем 30,5%, что превышает среднероссийский уровень (24,5%). Показатель смертности больных с меланомой кожи за трехлетний период увеличился на 3,5%, (на 2011 год составляет 5,2%, на 2012 - 6,1%, на 2013 - 8,7%). Показатель смертности пациентов с другими новообразованиями кожи существенно не изменился и в среднем составил 1,4%.

Выводы. Анализ уровня заболеваемости злокачественными новообразованиями кожи в динамике свидетельствует о тенденции к росту заболеваемости с диагнозом впервые выявленной меланомы, что может быть связано с улучшением диагностики данной патологии. Поражение кожи меланомой чаще встречалось в г. Чита (от 17,6% до 32,5%), высокий уровень распространенности меланомы кожи отмечался в разные годы в Читинском, Карымском, Сретенском, Кыринском и Могочинском районах. Показатель распространенности других новообразований кожи превалировал в г. Чита (46,6%). Настораживают показатели запущенности процесса (30,5%) и смертности больных (8,7%) с диагнозом меланома, что указывает на необходимость расширения профилактических осмотров с целью выявления и полноценного лечения данной патологии на ранних стадиях.

**СНИЖЕНИЕ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ ОТ ЛЕЧЕНИЯ
ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ У БОЛЬНЫХ
ХИМИОРЕЗИСТЕНТНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ**

Бойко А.В., Голояд О.Е.

Буковинский государственный медицинский университет, Черновцы, Украина
Научный руководитель: д.м.н., профессор Тодорико Л.Д.

В разных странах мира важным фактором роста заболеваемости туберкулезом (ТБ), на сегодняшний день, является быстрое распространение штаммов микобактерий ТБ (МБТ), резистентных к противотуберкулезным препаратам (ПТП). Одной из основных причин недостаточной эффективности лечения данного контингента больных являются побочные реакции, возникающие в процессе комбинированной терапии ПТП.

Цель работы. Установить распространенность и характер поражения органов пищеварительной системы в зависимости от профиля устойчивости МБТ к ПТП в Черновицкой области, определить основные побочные действия, вызванные теми или иными ПТП, часто встречающиеся в регионе и усовершенствовать пути фармакологической коррекции.

Материалы и методы. Проведен анализ данных о чувствительности МБТ к ПТП I и II ряда в Черновицкой области 132-х пациентов, находившихся на лечении во II-м фтизиатрическом отделении Черновицкого областного противотуберкулезного диспансера и КГУ городского противотуберкулезного диспансера в период 2012-2013 гг. Диагностика ТБ и определение степени активности специфического воспалительного процесса проводились на основе комплекса клинических, лабораторных, рентгенологических и бронхологических исследований.

Полученные результаты. Показатель частоты возникновения побочных реакций ПТП составил 15,2% от общего количества пациентов. В 8% случаев пришлось полностью отказаться от дальнейшего применения ПТП, при приеме которого развился побочный эффект. Анализ данных клинических, лабораторных исследований и УЗИ органов брюшной полости показал, что нарушение функционирования органов системы пищеварения, в основном со стороны гепатопанкреато-билиарной системы в виде диффузных изменений печени, иногда ее увеличения, а также признаков холецисто-панкреатита встречаются среди больных с монорезистентностью - у 41%, с мультирезистентностью - в 72% случаев, с полирезистентностью - почти в 90%, а также у всех больных с расширенной устойчивостью МБТ. Исследование непереносимости ПТП показало, что среди препаратов I и II ряда чаще побочные реакции возникают при приеме Протионамида - у 30% больных, которые предъявляли жалобы на тошноту, головокружение, боли в животе, тахикардию, а также при применении Канамицина - у 25 %, у этих пациентов ухудшался слух, возникал шум в ушах. У 10% больных при приеме Левифлоксацина возникали артралгия, миалгия, тошнота и головокружение. Аллергические реакции в виде высыпания на коже, зудя возникали у 15% пациентов при приеме Пиразинамида, Этамбутола и Гатифлоксацина. У 15 % - наблюдались расстройства ЖКТ - диарея, тошнота, рвота при приеме Офлоксацина, Коксерина и Териза. У 5 % наблюдался эпилептический припадок после приема Клозерина.

Результаты данных исследований свидетельствуют о том, что при пероральном, внутримышечном и внутривенном методах введения ПТП больным химиорезистентным ТБ, прежде чем попасть в легкие и очаг поражения или область воспаления, препараты проходят сложный путь доставки в легкие, в связи с этим имеется высокий риск развития побочных эффектов. В этом случае необходимо отметить достоинства небулайзерной терапии, при которой лекарственные вещества попадают непосредственно в легкие. При выборе ПТП для ингаляционного введения необходимо учитывать их различное влияние на внеклеточно и внутриклеточно расположенные МБТ.

Выводы. Проведение аэрозоль-терапии обеспечивает биодоступность препаратов и снижает токсическое влияние с потенцированием действия первичного препарата, способствует повышению эффективности и сокращению сроков лечения, а также имеет фармакоэкономический эффект при лечении больных химиорезистентным ТБ.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАЗНЫХ ПОКОЛЕНИЙ ФТОРХИНОЛОНОВ

Бойко А.В., Еременчук И.В.

Буковинский государственный медицинский университет, Черновцы, Украина

Научный руководитель: д.м.н., профессор Тодорико Л.Д.

Применение фторхинолонов (ФХ) у больных с мультирезистентным туберкулезом (МРТБ) имеет клиническое и эпидемическое значение, поскольку сокращается резервуар инфекции и предупреждается распространение туберкулезной резистентности.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ эффективности лечения инъекционных ФХ 3-го и 4-го поколений у больных с мультирезистентным туберкулезом легких.

Материалы и методы исследования. Проводилось исследование результатов лечения 32 пациентов с впервые диагностированным мультирезистентным туберкулезом легких. Использовались микроскопические, микробиологические и статистические методы исследования, оценка достоверности различий определялась при помощи параметрических и непараметрических методов вариационной и ранговой статистики с применением t-критерия Стьюдента - Фишера, различия между результатами считались достоверными при $p < 0,05$. Анализ полученных данных проводился с помощью компьютерных пакетов "Statistica 8" (StatSoft Inc., USA) и Excel XP для Windows на персональном компьютере.

Результаты исследования. Всем больным в интенсивную фазу лечения назначались инъекционные формы респираторных фторхинолонов, проводилась сравнительная характеристика их эффективности. Инъекционная форма левофлоксацина применялась у 40,4% пациентов, моксифлоксацина у 8,8% больных, гатифлоксацина - у 7%. Больных включали в исследование методом подбора пар. Все пациенты были разделены на 3 группы: 1 группу составили 23 пациента, которым в схеме лечения назначался левофлоксацин, 2 группу составили 5 пациентов, которым назначался моксифлоксацин, 3 группу составили 4 пациента, которым назначался гатифлоксацин. Индивидуальные режимы антимикобактериальной терапии пациентов формировались по данным теста медикаментозной чувствительности (ТМЧ).

Инфузионные растворы ФХ вводились внутривенно, медленно, в течение 60 мин. Удобство применения, безопасность и хорошая переносимость препаратов из группы ФХ в рекомендуемых схемах лечения обеспечивает высокую комплаентность пациентов, 100 % контроль терапии, особенно в первый месяц лечения.

Анализ полученных данных показал, что в динамике лечения при назначении инъекционного ФХ моксифлоксацина в схемах химиотерапии (через 1 мес.) наблюдается прекращение бактериовыделения у 62,7% пациентов и остается стабильным, при назначении гатифлоксацина в 59,1% случаев прекращается бактериовыделение и, соответственно, при применении левофлоксацина - у 37,3% лиц. Нормализацию показателей общего анализа крови в группах 1, 2, 3 через 1 месяц лечения отмечено соответственно у 34,8%, 35,8% и 37,9% лиц. Отсутствие основных клинических проявлений через 1 месяц лечения при назначении левофлоксацина наблюдалось у 52,2% лиц, гатифлоксацина - в 57,9% случаев, соответственно моксифлоксацина - в 59,2%. При сравнении ФХ 4-го поколения гатифлоксацина и моксифлоксацина, разница показателей эффективности действия незначительна (прекращение бактериовыделения в 59,1% и 62,7% случаев соответственно), но гатифлоксацин уступает моксифлоксацину за счет проявления побочных реакций в виде флебитов - в 5,9% случаев, артралгий - в 8,1% и фотосенсибилизации - в 86% случаев. Следует учесть и тот факт, что гатифлоксацин имеет самый высокий показатель связывания с белками крови, чем ниже этот показатель (наиболее низкий у моксифлоксацина и левофлоксацина), тем лучше диффузия ФХ в ткани и внутриклеточно, что невыгодно отличает этот препарат среди других ФХ.

Выводы. Сравнительный анализ эффективности инъекционных форм ФХ 3-го и 4-го поколений у пациентов с МРТБ продемонстрировал достоверно более высокую эффективность препаратов четвертой генерации.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕВОФЛОКСАЦИНА У БОЛЬНЫХ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Бойко А.В., Семьянив И.А.

Буковинский государственный медицинский университет, Черновцы, Украина

Научный руководитель: д.м.н., профессор Тодорико Л.Д.

Главную роль в росте различных форм химиорезистентного туберкулеза (ТБ) играют молекулярно-генетические аспекты формирования устойчивости микобактерий, которые характеризуются геномным полиморфизмом, изменениями биологических свойств микроорганизма, изменчивостью, скоростью распространения мутаций, наличием природных, биохимических и генетических механизмов развития резистентности.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность применения таблетированных и инъекционных форм левофлоксацина в интенсивной фазе химиотерапии у больных мультирезистентным туберкулезом (МРТБ) легких.

Материалы и методы исследования. В открытое рандомизированное исследование было включено 57 больных (74,3 % мужчин и 25,7 % женщин) в возрасте от 20 до 76 лет. Подбор больных осуществляли по критериям ввода и вывода, согласно требованиям Надлежащей клинической практики (GCP). Критерии включения в исследование - больные с впервые диагностированным мультирезистентным ТБ (резистентность как минимум к изониазиду и рифампицину), которые находились на стационарном лечении в Черновицком областном противотуберкулезном диспансере. Критерии исключения из исследования: отсутствие микобактерий туберкулеза (МБТ) в мокроте (мазок и (или) посев на питательных средах); чувствительность МБТ к противотуберкулезным препаратам (ПТП). Использовались микроскопические, микробиологические и статистические методы исследования, оценка достоверности различий определялась при помощи параметрических и непараметрических методов вариационной и ранговой статистики с применением t-критерия Стьюдента - Фишера, различия между результатами считались достоверными при $p < 0,05$. Анализ полученных данных проводился с помощью компьютерных пакетов "Statistica 8" (StatSoft Inc., USA) и Excel XP для Windows на персональном компьютере.

Результаты исследования. Проводилась сравнительная характеристика эффективности применения пероральной и инъекционной форм левофлоксацина. Таблетированная форма левофлоксацина применялась у 43,9 % больных, инъекционная - у 40,4 %. Больные, включенные в исследование методом подбора пар, были разделены на группы: I группа - 25 больных, которым в интенсивной фазе химиотерапии (ИФХТ) применяли левофлоксацин в дозе 1000 мг перорально в течение 8 месяцев, II группа - 23 пациента в ИФХТ применяли левофлоксацин внутривенно по 1000 мг в сутки в течение 1-го месяца, а затем по 1000 мг перорально в течение 7-ми месяцев. На протяжении всего времени проводилась оценка динамики основных клинических симптомов туберкулеза, рентгеновских, лабораторных показателей, а также на момент окончания ИФХТ. Индивидуальные режимы лечения формировались по результатам теста медикаментозной чувствительности.

Анализ результатов микроскопии мокроты при применении в схемах химиотерапии таблетированной и инъекционной форм левофлоксацина (через 1 месяц) показал, что в I гр. бактериовыделение прекратилось у 20%, у больных гр. II - в 37,3% случаев ($p < 0,05$). Нормализация показателей общего анализа крови в I гр. отмечалась у 24,0% пациентов, соответственно в гр. II - у 34,8% ($p < 0,05$). Отсутствие основных клинических проявлений туберкулеза в I гр. наблюдалось у 36% случаев и в гр. II - в 52,2% соответственно ($p < 0,05$).

По результатам рентгенологического исследования (через 3 месяца) полное рассасывание очагово-инфильтративных изменений произошло в I гр. - у 18,4% пациентов и во второй группе - в 23,5% случаев (соответственно $p < 0,05$). Уменьшение полостей распада наблюдалось в I гр. - у 24% случаев и во II гр. - у 30,4% пациентов.

Выводы. При сравнении эффективности таблетированной и инъекционной форм применения левофлоксацина в интенсивной фазе химиотерапии (через 1 месяц), установлено, что лучшую клиническую эффективность показывает схема с применением инъекционной формы левофлоксацина.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПАРАГРИППА В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ

Бочкарева Л.С., Гомбоева Т.А., Шукурова С.Н.к.
Читинская государственная медицинская академия, Чита
Научный руководитель: Шуняева Е.В.

В настоящее время насчитывается более 200 этиологически самостоятельных вирусных заболеваний, объединенных в одну группу по двум признакам: единому механизму передачи возбудителя и развитию основного патологического процесса в дыхательных путях со сходными клиническими проявлениями.

Парагрипп - острое вирусное заболевание, с преимущественным поражением слизистой оболочки носа и гортани, умеренно выраженным интоксикационным синдромом. Парагриппозные вирусы обуславливают до 20% острых респираторных заболеваний у взрослых и до 30% - у детей.

Цель работы. Выявить клинические, эпидемиологические, лабораторные особенности парагриппа в Забайкальском крае.

Задачи.

1. Проанализировать эпидемиологические особенности парагриппа.
2. Изучить особенности клинического течения парагриппа; выявить факторы, отягощающие течение парагриппа.
3. Оценить лабораторные показатели периферического анализа крови.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 62 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в ККИБ г. Читы с диагнозом "Парагрипп", верифицированным путем обнаружения РНК вируса в назофарингиальных мазках методом ПЦР в режиме реального времени. Все пациенты получали стандартную терапию в соответствии с методическими рекомендациями Министерства здравоохранения и социального развития РФ. Количественные показатели выражали в виде среднего значения (М) и стандартного отклонения (m).

Пик заболеваемости парагриппом в Забайкальском крае пришелся на январь - февраль 2011 года. Средний возраст заболевших составил $27 \pm 1,2$ года. Установлено, что основную группу госпитализированных составили женщины - 83,9%, из которых 38% - беременные. Большинство заболевших были работающие - 81%. Было установлено, что контакт с больными ОРВИ имели 22% госпитализированных, 37% заболевших курили. Пациенты чаще поступали на 1-3 сутки от начала заболевания. Средняя продолжительность пребывания больных на койке составила $8,5 \pm 2,9$. Заболевание в 100% случаев начиналось остро, средняя температура тела составила $38,5^\circ \pm 0,14^\circ \text{C}$. В клинике преобладали синдромы интоксикации - 79% и катарально-респираторный, с явлениями заложенности носа - 79%, першения в горле - 73%, трахеобронхит развился у 84% госпитализированных и сопровождался сухим кашлем в 79%, влажным кашлем в 21% случаев. Аускультативная картина в легких характеризовалась: жестким дыханием - 73%, сухими и влажными хрипами - 56%. Тахикардия выявлена у 51% больных, в среднем число сердечных сокращений составило $92 \pm 1,7$ в мин. Развитие осложнений, таких как пневмония, наблюдалось у 8% пациентов. Тяжелое течение отмечено у 33% больных, среднетяжелое - 30%, легкое - 37%. Среди сопутствующей патологии преобладали ХОБЛ - 16%, бронхиальная астма - 8%.

При изучении лабораторных показателей периферического анализа крови выявлено, что среднее значение лейкоцитов не превышало показателей нормы и составило $8,5 \pm 0,5 \cdot 10^9/\text{л}$, показатели гемоглобина составили $130 \pm 2,1$ г/л.

Вывод. Заболевание парагриппом преобладало в группе работающего населения, среди которых преобладали женщины молодого возраста, имевшие контакт с больными ОРВИ. Во всех случаях наблюдалась острая манифестация болезни. В клинической картине преобладали типичные клинические признаки парагриппа в виде катарально-респираторного и интоксикационного синдромов. Группами риска явились беременные женщины и курильщики, а также лица, имеющие в анамнезе ХОБЛ. Изменений в лабораторных анализах крови, которые повлияли бы на течение и исход парагриппозной инфекции, обнаружено не было. Применение комбинации стандартных методик лечения привело к улучшению общего состояния и полному выздоровлению больных.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КИШЕЧНОГО ИЕРСИНИОЗА В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ

Виноградова А.О., Тренёва Ю.А., Чупрова Г.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: к.м.н. Калинина Э.Н.

Полиморфизм клинической симптоматики кишечного иерсиниоза, стертая картина начальных проявлений, сходство клиники с другими заболеваниями кишечника, вовлечение в патологический процесс многих органов и систем, преимущественная спорадичность возникновения болезней приводят к тому, что заболевание остается нераспознанным. Скрываясь под маской различных заболеваний, снижается настороженность врачей-инфекционистов в отношении кишечного иерсиниоза. По Российской Федерации отмечается тенденция к снижению заболеваемости кишечным иерсиниозом с 2011 по 2013 гг, а в Забайкальском крае стабильно остается на одном уровне.

Цель работы: изучить клинико-эпидемиологические особенности течения кишечного иерсиниоза в Забайкальском крае на современном этапе.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезней пациентов, находившихся на лечении в ГУЗ ККИБ с 2011 по 2013 гг.

В ходе работы использовались аналитические и санитарно-статистические методы исследования.

Результаты исследования. За исследуемый промежуток времени с кишечным иерсиниозом на лечении в ГУЗ "Краевая клиническая инфекционная больница" находилось 9 человек. Основная масса из них являлись городскими жителями - 88,9% (8). Среди всех заболевших преобладали лица мужского пола - 66,6% (6). При выяснении эпидемиологического анамнеза, все больные отмечали употребление в пищу овощей, не прошедших термическую обработку и салатов. В большинстве случаев заболевание протекало в генерализованной форме со среднетяжелым течением - 88,9% (8). Нами установлено разнообразие клинических проявлений, среди которых можно выделить следующие синдромы: лихорадка отмечалась в 100% случаев, интоксикация присутствовала в 88,9% (8), наличие экзантем выявлено в 77,7% (7), кишечная диспепсия составила 44,4% (4), синдром "перчаток и носок" - 22,2 % (2), лимфоаденопатия наблюдалась в 55,5% (5), суставной синдром - 44,4% (4), синдром тонзиллита - 33,3 % (3), синдром гепатомегалии -44,4% (4), синдром цитолита - 22,2% (2). В отдельных случаях были отмечены инъекция сосудов склер 22,2% (2), синдром нарушения билирубинового обмена 11,1% (1), кожный зуд 11,1% (1). Диагноз кишечного иерсиниоза редко выставлялся на основании только клинической картины, чаще имело место подтверждение. Проводя ретроспективный анализ историй болезней из числа зафиксированных положительных находок в 38% случаев был диагностирован 03 серовар и в 62% - 09 серовар *Yersinia enterocolitica*.

Выводы:

1. Кишечный иерсиниоз чаще встречается у лиц мужского пола.
2. В большинстве случаев заболевание протекает в генерализованной форме со среднетяжелым течением.
3. Клинические проявления имеют классическое течение, но отмечаются особенности в виде частого выявления инъекции сосудов склер и кожного зуда.
4. Инфицирование во всех случаях связано с употреблением овощей, не прошедших термическую обработку, и салатов.

ДЕЙСТВИЕ ТЕМПЕРАТУРНОГО ФАКТОРА НА КОЛЛАГЕНАЗУ АСПЕРГИЛЛ

Голенкова К.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: к.б.н., с.н.с. Ложкина А.Н.

В медицине используются многие микроорганизмы и продукты их жизнедеятельности, в частности, коллагеназа, стрептокиназа, дезоксирибонуклеаза и др. Протеазы бактерий *Clostridium*

histolyticum и Serratia применяются для очистки раневой поверхности. Актуален и вопрос возможности назначения протеаз в лечении больных с фиброзом и склерозом.

Задачи работы: выявление протеаз плесневых грибов и температурного диапазона активности коллагеназы аспергилл.

Материалы и методы. Материалы: культуры плесневых грибов, желатин (изготовитель - компания "Проксима", г. Новосибирск), среда Сабуро, кровь. Методы: выращивание грибов на питательных средах, микроскопия, оценка фибринолитической активности и термической резистентности протеаз.

Исследовано восемь природных штаммов плесневых грибов на коллагеназную активность (разжижение желатина), из которых один, проявляющий максимальную активность, был взят для изучения протеаз. [Интересно, что при последующих пересевах данного штамма аспергилл коллагеназная активность проявлялась лишь в некоторых колониях.] Микроскопия данных плесневых грибов позволила предположить принадлежность микроорганизмов к виду *Aspergillus niger* (идентификация по атласу). Дополнительно оценивалась и фибринолитическая активность протеазы аспергилл по цельной крови. Температурная зависимость активности коллагеназы изучалась после инкубации суспензии мицелия аспергилл на водяной бане в течение 5 минут при температуре воды 50, 70 и 90 градусов. Рост на желатине наблюдали при комнатной температуре (примерно 20 градусов) в течение трех суток и при температуре 15 градусов по Цельсию.

Результаты исследования. Обнаружена протеазная активность у одного из штаммов грибов (коллагеназа у *Aspergillus niger*). Фибринолитическая активность штамма не выявлена. Температурная зависимость представлена в таблице.

Таблица

Активность коллагеназы грибов рода *Aspergillus* в условиях разного температурного режима

Температура	Диаметр зоны разжижения желатина (коллагена)
15°	Отсутствие активности в течение трех суток
20°	20 мм
50°	20 мм
70°	15 мм
90°	10 мм

Выводы. Выявлена коллагеназная активность грибов рода *Aspergillus*, проявляющаяся при температуре 20°С и выше. Активность ферментов (протеаз) снижается после прогрева мицелия грибов при температуре выше 70°С.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ХЛАМИДИОЗОВ, МИКОПЛАЗМОЗОВ И УРЕАПЛАЗМОЗОВ СРЕДИ ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Гомбоева И.Ю., Якимова К.С.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: к.б.н. Эрдынеева Б.С., к.м.н Калинина С.В.

В последние годы наблюдается рост заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП). Урогенитальные инфекции оказывают значительное влияние на течение и исход беременности и родов. Колонизация половых путей *S. trachomatis*, *U. urealyticum*, *M. hominis* повышает риск преждевременного прерывания беременности, осложняет роды несвоевременным излитием околоплодных вод, развитием аномалий родовой деятельности, а дети чаще рождаются с признаками внутриутробной гипотрофии.

Цель работы. Проанализировать распространенность урогенитальных хламидиозов, микоплазмозов и уреаплазмозов, а также частоту встречаемости их сочетаний среди женщин фертильного возраста в динамике за период 2011- 2013 гг.

Материалы и методы. Объектом исследования явились результаты определения иммуноглобулинов классов IgA, IgM, IgG к антигенам *S. trachomatis*, *U. urealyticum*, *M. hominis* методом ИФА в сыворотке крови женщин фертильного возраста (15-49 лет), обратившихся к гинекологу или вставших на учет по беременности в МУЗ "ГБ №2" в 2011- 2013 гг (1000 человек).

Полученные результаты. В 2011 году инфицированность *S. trachomatis* составила 18,69%, *M. hominis* - 13,32%, *U. urealyticum* - 7,48%. Сочетание микоплазменной и уреоплазменной инфекции регистрировалось в 5% случаев, уреоплазменной и хламидийной, а также микоплазменной и хламидийной - в 10% случаев. Антитела к антигенам всех трех возбудителей выявлялись у 1,25% женщин. В 2012 году инфицированность *S. trachomatis* составила 31,5%, *M. hominis* - 24,6%, *U. urealyticum* - 12,57%. Сочетание микоплазменной и уреоплазменной инфекции регистрировалось в 4,25% случаев, уреоплазменной и хламидийной - в 10% случаев, микоплазменной и хламидийной - в 32,2% случаев. Антитела к антигенам всех трех возбудителей выявлялись у 5,9% женщин. В 2013 году инфицированность *S. trachomatis* составила 33,8%, *M. hominis* - 34,3%, *U. urealyticum* - 21,7%. Сочетание микоплазменной и уреоплазменной инфекции регистрировалось в 13,2% случаев, уреоплазменной и хламидийной - в 9% случаев, микоплазменной и хламидийной - в 40% случаев. Антитела к антигенам всех трех возбудителей выявлялись у 11,8% женщин.

Выводы.

1. Урогенитальные хламидиозы, уреоплазмозы и микоплазмозы - весьма распространенные ИППП.
2. Выявлена тенденция к увеличению встречаемости хламидиозов, микоплазмозов, уреоплазмозов как по отдельности, так и в сочетании. Наблюдается прогрессирующий рост заболеваемости урогенитальными инфекциями среди женщин фертильного возраста, что, безусловно, отражается на их репродуктивном здоровье.
3. Необходимо проводить профилактические мероприятия среди населения.

Данное исследование подтверждает мнение многих авторов о том, что изменившееся сексуальное поведение людей фертильного возраста на фоне снижения иммунного статуса населения приводит к увеличению заболеваемости, которая начинает принимать угрожающие масштабы. Обследование и лечение ИППП чаще проводится у женщин, вставших на учет по беременности, тогда как мужчины в большинстве случаев не обследуются. В связи с этим необходимо расширить диагностику и лечение мужского населения.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ У ВЗРОСЛЫХ

Дашиев С.Б., Дымбрылова Ц.Ц., Цыренжапова А.Н.
Читинская государственная медицинская академия, Чита
Научный руководитель: к.м.н., доцент Емельянова А.Н.

Ветряная оспа является массовой детской инфекцией, по распространенности и уровню заболеваемости уступающая только гриппу. Абсолютное большинство случаев заболевания наблюдается среди детей. К 7 годам переболевает около 80%, к возрасту 10-14 лет - практически всё население. В последние годы эта инфекция заметно "повзрослела". На сегодняшний день ветряная оспа у взрослых не столь редкое заболевание, как считали раньше, и протекает более тяжело с развитием осложнений.

Цель работы: дать оценку клинико-эпидемиологической характеристики течения ветряной оспы у взрослых.

Материалы и методы: для достижения поставленной цели проведен ретроспективный анализ историй болезни 65 пациентов с ветряной оспой в возрасте от 15 до 45 лет (средний возраст - $21 \pm 0,9$ лет), находившихся на стационарном лечении в Краевой клинической инфекционной больнице г. Чита в период с 2011 по 2014 г. Среди заболевших - мужчин 31%, женщин - 69% (из них 22,2% - беременные). Все больные разделены на три группы: 1-ая группа - в возрасте от 15 до 25 лет, 2-ая - 25-35 лет, 3-я - 35-45 лет. Статистическая обработка полученных результатов

осуществлялась с применением пакета анализа Microsoft Excel. Достоверность различий определялась по *t* критерию Стьюдента.

Результаты исследования. Среди взрослых больных 55 были в возрасте от 15 до 25 лет; 6 - в возрасте 25-35 лет; 4 - 35-45 лет. По социальному статусу: 28% неработающие; 4,5% учащиеся школ; 45% учащиеся средних и высших учебных заведений; 3% медицинские работники; 23% рабочие; 4,5% - служащие. Наиболее высокая заболеваемость отмечалась в холодное время года: зимой - 26 %, весной - 32%, летом - 18,5%, осенью - 23,5%. Госпитализация больных ветряной оспой проводилась по тяжести течения и эпидемическим показаниям. Острое начало заболевания с повышения температуры, интоксикации и появления сыпи отмечался у 95% первой возрастной группы, 80% - второй группы и 60% - третьей группы. У всех пациентов зарегистрировано среднетяжелое течение заболевания. Однако более легко заболевание протекало в первой группе. В третьей возрастной группе у больных выявлены продромальные проявления продолжительностью от 2 до $2,8 \pm 0,2$ сут. в виде лихорадки, диспепсии, катарального синдрома, болей в поясничной области или животе. Нередко продромальный период в данной возрастной группе затруднял диагностику ветряной оспы и своевременную изоляцию больных. Во всех возрастных группах у больных появлению сыпи предшествовала лихорадка продолжительностью от 2 до $4,8 \pm 0,2$ дней, период высыпаний удлинялся до $8-9,7 \pm 1,3$ дней. Повышение температуры до 38°C наблюдалось у 42%, выше 39°C - у 58%, сопровождающееся выраженными головными болями, рвотой. Среди мужчин интоксикационный синдром имел более выраженный характер. Период высыпания при ветряной оспе у взрослых начинался с появления 1-3 элементов папулезной сыпи, с последующей трансформацией в папулезно-везикулёзные элементы и распространением по всей поверхности тела и волосистой части головы, слизистых наружных половых органов. В 45% случаях сыпь сопровождалась появлением кожного зуда. У 64,3% взрослых отмечались обильные высыпания, которые у 60,5% приобретали характер пустул, что сопровождалось новым повышением температуры до фебрильных цифр. Отличительной особенностью взрослых явилось частое поражение слизистой полости рта с образованием язвочек и эрозий. У 78% взрослых пациентов отмечались лимфаденопатии с преимущественным поражением шейных лимфоузлов. У находившихся на стационарном лечении взрослых больных в 51% случаев отмечалось развитие пиодермии. Корочки отпадали нередко с образованием выраженного дефекта кожи в более поздние (на $12 \pm 0,8$ день) сроки в более старшей возрастной группе (3 группа, возраст 35-45 лет), что удлиняло сроки госпитализации даже при типичном течении ветряной оспы.

Выводы: ветряную оспу нельзя считать сугубо "детской" патологией. Заболевание у взрослых сопровождается лимфаденопатией, поражением ротоглотки, пустулизацией и развитием пиодермии, продолжительностью периода продрома и высыпаний.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА ВЫСОКОГО ОНКОГЕННОГО РИСКА У ЖЕНЩИН ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ.

Еремин О.В., Радзивилл В.К.

Читинская государственная медицинская академия, Чита
Научные руководители: к.м.н. Дутова А.А., Дагбаева С.Д.

Рак шейки матки (РШМ) - тяжелое, быстро прогрессирующее заболевание; занимает 2-ое место в мире по распространенности среди злокачественных новообразований у женщин. На сегодняшний день доказано, что основным фактором развития РШМ являются вирусы папилломы человека (ВПЧ) высокого онкогенного риска. В настоящее время описано более 150 типов ВПЧ. От момента инфицирования до развития неопластических изменений может проходить от 10 до 15 лет, и поэтому активно ведутся работы по разработке программ ранней диагностики и профилактики предраковых патологий и рака шейки матки с использованием высокочувствительных методов диагностики.

Цель работы. Оценить общую инфицированность ВПЧ и частоту встречаемости ВПЧ высокого онкогенного риска у больных с патологиями шейки матки различного генеза, а также у здоровых женщин, проживающих в Забайкальском крае.

Материалы и методы. Обследовано 72 женщины (средний возраст - 35 лет). Все обследованные были разделены на три группы: здоровые, n=21 (29,1%); с фоновой патологией шейки матки (ФПШМ), n=29 (40,2%); с дисплазиями I-III степени и РШМ I-IV стадии, n=22 (30,5%). В группу женщин с ФПШМ включены женщины с хроническими воспалительными заболеваниями шейки матки. Диспластические изменения и диагноз РШМ верифицирован гистологически. В группу здоровых вошли женщины, не имеющие клинических и цитологических изменений эпителия шейки матки.

Материалом для выделения ДНК и последующей амплификацией послужили соскобы эпителия цервикального канала и шейки матки. Выделение ДНК проводили сорбционным методом. Для выявления и количественного определения ДНК ВПЧ использовалась методика мультиплекс-ПЦР с гибридационно-флюоресцентной детекцией в режиме "реального времени", позволяющая дифференцировать 12 типов ВПЧ высокого онкогенного риска (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59) и определять концентрацию ДНК вируса (вирусную нагрузку). Исследования проводились на 6-канальном приборе "Rotor-Gene 6000" (Германия).

Результаты исследования. При исследовании общей инфицированности ВПЧ показано, что из всех обследованных ДНК ВПЧ выявлена у 36 женщин (50%). В группе здоровых женщин ДНК вируса выявлена у 8 человек (22%), в группе с ФПШМ у 15 человек (42%), а в группе больных дисплазиями и РШМ у 13 человек (36%). При исследовании вирусной нагрузки были получены следующие результаты: клинически значимая вирусная нагрузка (>5lg и >3lg) наблюдается у 50 % больных РШМ и с дисплазиями I-III степени (7 женщин). В группах здоровых женщин и с ФПШМ клинически значимая вирусная нагрузка отмечена в 25% и 27% случаев, соответственно. Результаты генотипирования показали, что на долю ВПЧ 16 типа приходится 19,9%, 52 - 13%, 45 - 13,4%, 18 - 10,6%, 51 - 10%, 39 - 8,9%, 31 - 7,9%, 33 - 6,2%, 56 - 5%, 59 - 3,5%, 35 - 2,7%, 58 - 0%. При анализе распределений генотипов по группам были получены следующие результаты: ВПЧ 16, 52, 45, 18 типов является лидирующим в группах больных с ФПШМ и РШМ (18,8%, 12,5% и 18,8%, 6,2% соответственно), среди здоровых женщин ВПЧ 52 типа встречается в 22,6%, ВПЧ 16 типа - 16,1%, 18 и 45 по 9,7% соответственно. Обращает внимание то, что ВПЧ 16, 52 и 45 типов выявлялся в обеих группах в равных количествах. Остальные типы ВПЧ имеют сравнительно низкую частоту встречаемости.

Вывод. Наряду с повышенным показателем общей инфицированности ВПЧ, у женщин Забайкальского края наблюдается повышенная частота встречаемости ВПЧ 16, 52, 45, 18 типов. Полученные результаты отражают рост частоты клинически значимой вирусной нагрузки в группе больных дисплазиями и раком шейки матки, в сравнении с группой здоровых и больных ФПШМ женщин. Выявление и количественное определение ВПЧ с использованием технологии ПЦР в режиме "реального времени" наряду с цитологическим скринингом способствует ранней диагностики и прогнозированию риска развития патологии шейки матки.

ОЦЕНКА МИКРОБИОТЫ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, НАХОДЯЩИХСЯ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ

Кондратьева А.М.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: д.м.н., профессор Примак Т.Д.

По данным ежегодных отчетов медицинской службы МО РФ, заболеваемость внебольничной пневмонией, острым бронхитом и другими заболеваниями дыхательной системы у военнослужащих срочной службы превышает показатели общей эпидемиологической обстановки на 40%. Подавляющее количество случаев заболевания регистрируется в первый месяц после прибытия

в учебный центр. Причем, особый интерес вызывает тот факт, что до сих пор остаются не ясными особенности формирования эпидемиологически значимых вариантов, большинство которых является условно-патогенными возбудителями.

Цель исследования: оценить микробиоту верхних дыхательных путей (ВДП) лиц молодого возраста, находящихся в экстремальных условиях и сравнить с группой лиц того же возраста в обычных условиях проживания.

Результаты исследования. Нами были изучены анализы исследований микробиоты ВДП 368 лиц в возрасте от 18 до 27 лет.

В 6,25% случаев обнаружен *S. aureus*, в 4,6% коагулазоотрицательные виды стафилококков (КОС). Бактерии рода *Streptococcus* spp. обнаружены у 94,3% больных. На долю *Str. pneumoniae* пришлось 8,7%, на *Str. pyogenes* 2,45%. *K. pneumoniae* обнаружена в 1,4%. Грибы рода *Candida* были обнаружены в 13,6 % случаях. Грибы рода *Aspergillus* spp. в 0,5% случаев. Род *Neisseria* spp. обнаружен в 20,9% от общего количества больных, *P. aeruginosa* - у 3-х больных. На фоне выделенных нами микроорганизмов *Str. pneumoniae* играет важную роль в формировании внебольничных пневмоний в условиях закрытого коллектива.

После сравнения полученных результатов с результатами исследования группы лиц с воспалительными заболеваниями ВДП, находящихся в обычных условиях проживания, было выяснено, что в исследуемой нами группе *S. aureus* обнаружен в 6 раз реже, чем у лиц в обычных условиях; КОС - в 5,5 раз реже; бактерии рода *Streptococcus* spp. - в 1,4 раза чаще; α -гемолитические стрептококки обнаружили чаще в 2 раза; β -гемолитические виды - реже в 5 раз; грибы рода *Candida* - реже в 2,5 раза.

После оценки заболеваемости исследуемой группы молодых лиц было обнаружено, что внебольничная пневмония составила 49,7% от общего числа заболеваний, на втором месте - острый бронхит 17,7% и только на третьем месте заболевания верхних дыхательных путей, как у контрольной группы лиц, проживающих в обычных условиях.

Также нами были сравнены полученные результаты с идентичным исследованием микробиоты военнослужащих другого региона. Состав микробиоты оказался практически абсолютно идентичным, причем можно, ссылаясь на данное исследование, сказать, что в составе микрофлоры слизистой носоглотки лиц, находящихся в экстремальных условиях наиболее характерными представителями, способными к синергичному существованию являются *Str. mitis* и *N. sicca*, *S. aureus* и *N. sicca*, другие ассоциации менее сопряжены. Таким образом, образуются в основном нестабильные микробиоценозы, которые в данных условиях проживания молодых лиц теряют способность обеспечивать колонизационную резистентность.

Выводы. Оценка микробиоты ВДП лиц молодого возраста, находящихся в экстремальных условиях и сравнение полученных результатов с контрольной группой лиц, находящихся в обычных условиях показало необходимость проведения разнонаправленных мероприятий для каждой из этих групп. Для лиц в экстремальных условиях целесообразно проведение противоэпидемических мероприятий, включающих анализ условий проживания, количество контактов среди этих лиц, а также проведение вакцинации. Для второй группы населения необходима диспансеризация с проведением нормализации микробиоты ВДП.

ВЛИЯНИЕ БИОПРОДУКТА "БИФИДУМ 791 БАГ С АНТИОКСИДАНТОМ" НА МИКРООРГАНИЗМЫ

Лыкова А.А., Лупсанов В.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: к.б.н. Эрдынеева Б.С., к.м.н. Калинина С.В.

Современный человек подвержен массе неблагоприятных воздействий: стресс, загрязнение окружающей среды, усталость, перегрузки. Это приводит к увеличению заболеваемости, дисбиозам и раннему старению. Не дать организму стареть - сверхзадача, которую решают

антиоксиданты (АО), а дигидрохверцетин (ДГК), природный антиоксидант, - особенно эффективно. Известно, что много свободных радикалов образуется во время бактериальных и вирусных инфекций. Это составная часть неспецифической резистентности организма. Но проблема не в их образовании, а в своевременной утилизации. Данную задачу решает новый биопродукт "Бифидум 791 БАГ с антиоксидантом" (дигидрохверцетином), который не только корректирует микрофлору кишечника, но и выполняет качественно новые функции для всего организма в целом. По утверждению производителя, во время выращивания бифидобактерий с ДГК образуются различные АО значительного и разнообразного антиоксидантного потенциала. Работами многих авторов доказано положительное влияние на организм пробиотиков, содержащих бифидобактерии. Немало работ и по влиянию ДГК. В связи с этим становится актуальным и интересным изучение влияния комплексного биопродукта на рост условно-патогенной микрофлоры (УПМ) в сравнительном аспекте с влиянием Бифидум 791 БАГ без ДГК и ДГК без бифидобактерий.

Цель. Оценить и сравнить влияние комплексного биопродукта "Бифидум 791 БАГ с антиоксидантом", Бифидум 791 БАГ и ДГК на рост и размножение УПМ.

Материалы и методы. Для исследования были взяты 3 штамма бактерий: метициллинустойчивый *S. aureus* (MRSA), метициллинчувствительный *S. aureus* (MSSA), оба штамма выделены в ГРД №1, и *Pseudomonas aeruginosa*, выделенный в КОД. Каждый штамм культивировали на среде "Бифидум" совместно с бифидобактериями комплексного биопродукта "Бифидум 791 БАГ с антиоксидантом" (опытный продукт) и жидкого пробиотика Бифидум 791 БАГ (контрольный продукт). Кроме этого, каждый штамм культивировали с добавлением в среду ДГК в концентрации 0,025% (что соответствует концентрации в опытном продукте) и 0,25% (для сравнения). После суточной инкубации произвели количественный высеv на питательные среды для подсчета бактерий. Для подсчета колоний MRSA, MSSA и *Ps. aeruginosa* использовалась среда МПА, для учета бифидобактерий - среда "Бифидум". Для оценки ингибирующего действия ДГК на бифидобактерии без АО и штамма с АО было произведено культивирование в среде "Бифидум" без УПМ с добавлением ДГК в концентрации 0,025% и 0,25%.

Полученные результаты. Рост всех исследуемых УПМ в присутствии Бифидум 791 БАГ и "Бифидум 791 БАГ с антиоксидантом" значительно подавлялся. При этом опытный продукт обладал более значительным подавляющим действием по сравнению с контрольным только в отношении *Ps. aeruginosa*. ДГК в концентрации, соответствующей концентрации в комплексном биопродукте, обладал незначительным ингибирующим действием только в отношении MSSA. При увеличении концентрации в 10 раз рост стафилококков подавлялся больше. Но такая концентрация подавляла и рост самих бифидобактерий в исследуемых продуктах на один порядок. В большей степени рост бифидобактерий в обоих продуктах подавлял штамм *Ps. aeruginosa*, в меньшей степени - MSSA.

Выводы.

1. И контрольный, и опытный продукт обладают значительным ингибирующим действием на УПМ.
2. Достоверных различий в противомикробном действии контрольного и опытного продукта нет.
3. ДГК также обладает ингибирующим действием как на УПМ, так и на бифидобактерии в концентрации значительно выше таковой в опытном продукте.

ВОЗДЕЙСТВИЕ BIFIDOBACTERIUM BIFIDUM И LACTOBACILLUS ACIDOPHILUS НА АНТИГЕНЫ ВИРУСОВ ГРИППА А И В

Ляпунов А.К.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: д.м.н., профессор Примак Т.Д.

Во время ежегодных эпидемий грипп поражает не менее 10% населения земного шара, во время пандемий число больных возрастает в 4-5 раз. В среднем за один год взрослый болеет ОРВИ, включая грипп, не реже 2-3 раз, ребенок - 6-10 раз в год. Ежегодно в РФ регистрируется около 50 млн. случаев инфекционных заболеваний, среди которых ОРВИ и грипп составляют до 90% (ВОЗ).

Цель работы: выявить особенности воздействия *Bifidobacterium bifidum*, *Lactobacillus acidophilus* на антигены вируса гриппа подтипа А(Н1N1), А(Н3N2) и типа В.

Материалы и методы. Проведено 22 пробы с применением вакцины для профилактики гриппа "Гриппол"(ФГУП НПО "Микроген" Минздрава России, г.Москва), содержащей антигены вируса гриппа подтипа А(Н1N1), А(Н3N2) и типа В в количестве 5 мкг, 5 мкг, 11 мкг, соответственно; 5 проб с живой вирусной культурой гриппа А (Н3N2).

Применены жидкий концентрат бифидобактерий - "Бифидум БАГ" (ЗАО "Вектор-БиАльгам" г.Новосибирск, Россия), в котором содержание *B. bifidum* и *B. longum* в 1 мл составляет 1000 млрд бактерий (lg 12); "Бифидум БАГ+антиоксидант", содержащий дигидрокверцетин - флавоноид, получаемый из древесины лиственницы сибирской (*Larix sibirica* Ledeb.) и лиственницы даурской (*Larix dahurica* Turcz.), в составе *B. bifidum* не менее lg 9 КОЕ/мл, содержание антиоксидантов в препарате 25 мг/100 мл; жидкий концентрат лактобактерий "Наринэ" (ЗАО "Вектор-БиАльгам"), содержащий только лактобациллы *L. acidophilus* lg 9 в 1 мл (ЗАО "Вектор-БиАльгам"); пробиотик с лактобактериями *L. acidophilus* lg 10 в 1 мл с повышенной ферментативной активностью и добавлением ионов железа - "Нарине-Ф-баланс" (ООО "Био-Веста", г.Новосибирск, Россия). Определение антигенов вируса гриппа проводилось с помощью тест-набора iCHECK Influenza A+B (иммунохроматографический диагностический тест) (Certest biotec S.L., Испания). Проверено наличие вируса гриппа подтипа А(Н1N1), А(Н3N2) и типа В в вакцине "Гриппол" на тест-наборе iCHECK Influenza A+B: получен положительный результат. Вакцина "Гриппол" была разделена на 4 пробирки по 0,05 мл с добавлением в каждую соответствующего пробиотика в том же объеме. Содержимое пробирок было проверено на наличие вируса гриппа подтипа А(Н1N1), А(Н3N2) и типа В на тест-наборах iCHECK Influenza A+B. Во всех пробах был получен отрицательный результат. Проведено тестирование на сохранение структуры антигенов вирусов при увеличении в 10 раз количества антигенов. Использованы Бифидум БАГ", "Бифидум БАГ+антиоксидант" по 0,05 мл каждого. Вакцина "Гриппол" была разделена по 0,5 мл в две пробирки. Содержимое пробирок было проверено на наличие вируса гриппа: тесты дали положительный результат. Проведено тестирование на сохранение структуры антигенов вирусов при увеличении в 100 раз количества антигенов. Концентрат бифидобактерий "Бифидум БАГ" с вакциной "Гриппол" в дозах 0,125/0,5 и 0,25/0,5 соответственно. В объемах 0,125/0,5 ("Бифидум БАГ"/"Гриппол") тест дал положительный результат, в концентрации 0,25/0,5 ("Бифидум БАГ"/"Гриппол") - отрицательный. Применены жидкий концентрат лактобактерий "Нарине" в смеси с вакциной "Гриппол". В концентрации 0,125/0,5 ("Нарине"/"Гриппол") тест был отрицательным, 0,25/0,5 ("Нарине"/"Гриппол") также результат был отрицательный. В пробах с живой культурой вируса А(Н3N2), проведенных в соответствии с вышеуказанным протоколом, были получены аналогичные результаты.

Выводы:

Не эффективны: 50 млн лакто- и 50 млрд бифидум-, 125 млрд бифидум-; lg 6 разведение лактобактерий, lg 9 бифидумбактерий.

Эффективны: 250 и 125 млн лакто-, 250 млрд бифидум-; lg 7 разведение лактобактерий, lg 10 бифидумбактерий. Пробиотические препараты в объеме 0,305+0,13 мл оказывают разрушающее действие на структуру антигенов вирусов гриппа и вирусные частицы. Пробиотические препараты в объеме 0,112+0,1 мл не оказывают подобного действия.

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ВЗРОСЛЫХ

Матафонова К.А., Ахмедова Г.Ш-к., Башкирова А.И., Ханмагомедова А.М.

Читинская государственная медицинская академия, г. Чита

Научный руководитель: Шуняева Е.В.

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) остаются практически неконтролируемыми заболеваниями из-за высокой изменчивости антигенной структуры и вирулентности циркулирующих вирусов. Ежегодно сотни людей умирают от гриппа или сопутствующих ему ос-

ложнений. Вирусы гриппа и других ОРВИ вызывают массовые вспышки, принимающие почти ежегодный характер эпидемий, и являются социально значимой проблемой, а снижение заболеваемости, повышение эффективности лечения рассматриваются как приоритетное направление государственной политики в сфере здравоохранения. Для этого необходимо знать этиологическую структуру заболевания, особенности клинико-эпидемиологического течения и осложнений ОРВИ.

Цель. Изучить этиологическую структуру, клинико-эпидемиологические особенности ОРВИ у взрослых за 2012-2013 гг.

Задачи: изучить этиологическую структуру ОРВИ у взрослого населения за 2012-2013 гг.; выявить клинико-эпидемиологические аспекты различных вариантов течения ОРВИ; определить группы риска по заболеваемости ОРВИ и факторы, отягощающие течения заболевания; выявить ведущие осложнения при ОРВИ; оценить лабораторные показатели клинического анализа крови.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 132 историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в Краевой клинической инфекционной больнице с диагнозом ОРВИ. В 100% случаев данные пациенты были обследованы на грипп и ОРВИ методом ПЦР в режиме реального времени.

Результаты исследования. Анализ этиологической структуры показал преобладание среди заболевших вируса гриппа А (H3N2) - 47,1%; риновируса - 22,4%; аденовируса - 18,1%. В структуре заболевших преобладали беременные женщины (39,8%) молодого возраста 23,4±1,9 г. Среди больных ОРВИ преобладало работающее население - 55,4%. Данные эпидемиологического анамнеза свидетельствуют о том, что в 100% случаев не было вакцинации от сезонного гриппа. Из исследуемых имели контакт с больными ОРВИ на работе, учёбе, в семье - 80,8%, накануне посещали КНР - 12,9% заболевших и выезжали за пределы города 6,3%. Из них в 100% случаев был выявлен методом ПЦР грипп А(H1N1)-swine. У 99,3% госпитализированных зарегистрирована средняя степень тяжести течения заболевания, тяжёлая степень - 0,7%. В клинике у больных гриппом преобладал синдром интоксикации. Клиническая картина риновирусной инфекции характеризовалась выраженным катаральным синдромом. Аденовирусная инфекция носила типичные клинические особенности в виде фарингоконъюнктивальной лихорадки. В структуре осложнений всех этиологических форм ОРВИ преобладал гнойный трахеобронхит - 75,3%; пневмония - 3,6%. Возникновению осложнений способствовали следующие факторы и сопутствующие заболевания: курение - 28,9%; ХОБЛ - 6%. В клиническом анализе крови преобладал у 84,7% пациентов лейкоцитоз ($12,8 \pm 4,9 \times 10^9/\text{л}$) и в 100% случаев - ускорение СОЭ ($19,8 \pm 2,3$ мм/ч).

Выводы. За 2012-2013 гг. в этиологической структуре ОРВИ преобладал грипп А (H3N2) и риновирус. При всех формах ОРВИ преобладала среднетяжелая степень заболевания. Клиническая картина носила типичный характер. Из эпидемиологического анамнеза следует, что преобладающее количество исследуемых были в контакте с больными ОРВИ на работе и учебе, также следует отметить, что инфицируемые гриппом А (H1N1)-swine накануне посещали КНР. В группы риска по заболеваемости ОРВИ вошли беременные женщины молодого возраста. Факторами, отягощающими течение заболевания, являлись курение и наличие ХОБЛ. Тяжелая форма гриппа протекала на фоне поздней обращаемости и наличия сопутствующей патологии. Ведущими осложнениями ОРВИ явились гнойный трахеобронхит, а при гриппе имело место развитие пневмонии, что повлияло на течение и исход заболевания. Лабораторно отмечалось преобладание повышения СОЭ и лейкоцитоз при всех вариантах течения ОРВИ.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТАРЕНИЯ КОЖИ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ

Смолянская В.В., Комогорцева О.В., Газинская Е.С.,

Караченова А.М., Малинина А.В., Саранчин А.С.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: к.м.н., доцент Терещенко В.Н.

Для любого человека важна внешность, и кожа является неотъемлемой ее частью. Кожа - как зеркало, отражающее состояние организма. В современном мире проблема старения кожи

становится актуальной не только для женщин, но и для мужчин, которые всё чаще обращаются за косметологической помощью, что характеризует важность эстетической медицины. Старение кожи зависит от физиологических, патологических процессов и гендерных особенностей, обусловленных биологическими, психологическими и социокультурными различиями между мужчиной и женщиной. Немаловажную роль в процессе старения кожи играет суровый климат Забайкальского края.

Цель работы. Изучить внешние признаки старения кожи жителей Забайкальского края с учётом гендерной характеристики и влияния триггерных факторов.

Задачи.

1. Выявить наиболее часто встречающиеся внешние признаки старения кожи в разных возрастных группах.
2. Определить влияние вредных привычек и инсоляции на процесс старения.
3. Продемонстрировать отличия внешних признаков старения мужчин и женщин одной возрастной группы.

Материалы и методы. Была разработана анкета и проведен опрос среди пациентов Краевого госпиталя для ветеранов войн и пациентов Краевого кожно-венерологического диспансера. Подсчет процентного соотношения внешних признаков старения у мужчин и женщин в разных возрастных группах проводился при помощи программы Microsoft Excel 2010. Всего было осмотрено 51 человек: из них 32 - женщины и 19 мужчин от 18 до 78 лет. Оценивались 10 основных внешних признаков старения: седина, алопеция, состояние ногтевых пластин, наличие мимических морщин ("гусиные лапки"), носогубных складок, морщинки на лбу и между бровей, изменение овала лица, наличие лентиги, состояние тургора кожи. Также учитывались факторы, влияющие на скорость процессов старения: возраст наступления менопаузы, заместительная гормональная терапия, использование солнцезащитных кремов (профилактика фотостарения), инсоляция, наличие вредных привычек.

Результаты исследования. Возраст женщин с пятью различными признаками старения, приходится на период от 30 до 39 лет, у мужчин - от 40 до 49 лет. Совокупность десяти внешних признаков старения у женщин в возрастной группе от 50 до 59 лет, у мужчин - тот же показатель. У женщин чаще встречаются следующие признаки: выраженные носогубные складки - 84%, седина - 68%, морщины на лбу - 66%, изменение овала лица - 65%, морщины между бровей - 64%. У мужчин чаще всего встречаются: морщины на лбу - 93,2%, выраженные носогубные складки - 90%, "гусиные лапки" - 70%, седина - 63,2%. Среди опрошенных курят - 49%, принимают алкоголь - 45%, подвергаются частой инсоляции - 66,6%.

Вывод. У женщин внешние признаки старения проявляются раньше, чем у мужчин. Однако, если сравнить возрастные группы мужчин 30 - 39 лет и 40 - 49 лет, отмечается резкий скачок: в первой группе имеется в среднем сочетание 4 внешних признаков старения, а во второй - этот показатель увеличивается вдвое, в то время как у женщин, в первой группе отмечается 6 признаков старения, и этот же показатель сохраняется во второй группе. У лиц с вредными привычками и подверженных частой инсоляции отмечается тенденция к преждевременному старению.

ОСОБЕННОСТИ ВСПЫШКИ ПИЩЕВОЙ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ

Стафеев А.Н., Свистунова Н.М., Иванов М.О.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: к.м.н., доцент Емельянова А. Н.

Пищевые токсикоинфекции (ПТИ) относятся к повсеместно распространенным болезням. На частоту возникновения ПТИ влияют несоблюдение работниками предприятий общественного питания правил личной гигиены, нарушение требований хранения полуфабрикатов и готовых блюд, несоблюдение сроков и условий реализации готовой продукции. Нередко заболевание ох-

ватывает десятки и даже сотни людей, что приводит к существенным экономическим потерям. К тому же, часто возникают определенные трудности при проведении этиологической расшифровки этих заболеваний (в 40-60% случаев установить природу их так и не удается). Поэтому не всегда обнаруживается источник инфекции, из-за чего становится невозможным проведение эффективных противоэпидемических мероприятий. Нередко пищевые токсикоинфекции ведут к обострениям хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта, способствуют хронизации ряда болезней.

Цель: провести клинико-эпидемиологический анализ групповой вспышки ПТИ.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 49 истории болезней и амбулаторных карт больных, обратившихся за медицинской помощью в стационары Забайкальского края с использованием описательно-оценочных и аналитических приёмов эпидемиологии.

Результаты исследования. 23 августа 2013 г. в Забайкальском крае зарегистрирована групповая вспышка ПТИ с количеством заболевших 49 человек, из них 9 случаев среди детей до 15 лет, 40-среди взрослых. Заболевшие из очага ПТИ обращались в разные стационары края. Заболевание начиналось остро после короткого инкубационного периода продолжительностью от 3-4 до 12 часов. У большинства больных (85%) имел место гастроэнтероколитический вариант течения; у 12,9% - гастроэнтеритический; и только у одного пациента - гастритический вариант. Поражение кишечника сопровождалось выраженным симптомом интоксикации. Среднетяжёлое течение заболевания отмечено у 89,7% пациентов; лёгкое - в 8,1% случаев; и у одного пациента - тяжёлое течение, осложнившееся развитием сочетанного инфекционно-токсического и гиповолемического шока. Ведущей жалобой у 57% больных были боли в животе разной локализации и интенсивности. Чаще всего боли носили периодический характер и локализовались в эпигастральной области. После купирования тошноты и рвоты на протяжении от 2 до 6 суток у 67,7% пациентов сохранялся диарейный синдром с частотой стула от 3 до 6 раз в сутки. Анализ эпидемиологического анамнеза указывал на употребление продуктов питания из рубленого мяса в одном из придорожных кафе края.

Особенностью данной вспышки являлось то, что при проведении лабораторного обследования у заболевших наблюдались положительные результаты на шигеллы Зонне и цитробактер одновременно. Кроме того, при проведении эпидемиологического обследования объектов внешней среды в пробах выявлена культура цитробактер. При этом в клинической картине сочетанных форм заболевания преобладали среднетяжёлые формы с более выраженным колитическим синдромом и симптомами интоксикации, что привело к несвоевременности постановки диагноза ПТИ.

Выводы. Таким образом, сочетание этиологических факторов (шигелла Зонне и цитробактер) при групповой заболеваемости ПТИ усугубляет тяжесть течения и приводит к дифференциально - диагностическим трудностям, задерживает проведение адекватной терапии и может повлиять на исход болезни.

СТРЕПТОКОККОВАЯ АНГИНА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Татаренко Е.В., Мудрова С.Л.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: к.м.н., доцент Емельянова А.Н.

В структуре острых респираторных заболеваний стрептококковые ангины занимают второе место после гриппа, при этом имеются трудности проведения дифференциальной диагностики заболеваний, сопровождающиеся сходной клинической картиной (экзантемная форма псевдотуберкулеза, локализованная форма дифтерии ротоглотки, энтеровирусная инфекция).

Цель исследования: изучить клинико-эпидемиологические особенности современного течения стрептококковой ангины у взрослых.

Материалы и методы: для достижения поставленной цели проведен ретроспективный анализ историй болезни 382 пациентов, находившихся на стационарном лечении в Краевой клини-

ческой инфекционной больнице в период с 2009 по 2013 г.г. Диагноз стрептококковая ангина устанавливался на основании клинико-эпидемиологических данных и результатов лабораторного обследования. С целью подтверждения этиологической роли стрептококка группы А использовали бактериологический метод (выделение чистой культуры гемолитического стрептококка).

В легкой форме стрептококковая ангина протекала у 24,4% больных; 72,3% - в среднетяжелой форме; у 3,3% - наблюдали тяжелую форму. Из анамнеза установлено: 25,6% больных ранее болели ангиной; 16,7% - имели контакт с больными ангиной. 30% до поступления в стационар самостоятельно принимали различные (не всегда рациональные) антибактериальные препараты; 35% - принимали парацетамол и проводили полоскание антисептиками; 35% - не лечились. Через 24 часа от начала заболевания поступало в стационар 30% больных; на 2-3 сутки - 45%; на 4-5 сутки - 10%, на 6-7 сутки - 15%. Стрептококковая ангина в 100% случаев начиналась остро. Основные проявления болезни - лихорадка, интоксикация, воспалительные изменения в ротоглотке и регионарный лимфаденит. В первые 1-3 сут. 45,6% больных предъявляли жалобы на недомогание, слабость; 38,9% - на головную боль. Рвота отмечена в 16,7% случаев, чаще однократная (15,8%). Температура тела достигала максимальных цифр в 1-2 сут. болезни, у 30% больных достигала 39,0°C и выше, у 49,4% - повышалась до 38,0-38,9°C. Субфебрильная температура тела выявлена в 20,5%. Длительность лихорадки составила 3,9±0,2 сут. При поступлении в стационар у большинства (95,9%) отмечалась выраженная боль в горле. У всех обследованных в ротоглотке выявлена гиперемия небных дужек, язычка и слизистой оболочки мягкого неба разной интенсивности, гипертрофия небных миндалин 1-3 степени. У 69,8% - гиперемия слизистой оболочки ротоглотки имела четкие границы, в 30,2% случаев - была разлитой. У 1,4% больных диагностирована катаральная ангина, у 6,4% отмечалась фолликулярная ангина, у 82,2% - лакунарная ангина. Гнойный выпот в лакунах чаще появлялся со второго дня болезни и обычно распространялся на поверхность небных миндалин, не выходя за их пределы. Налеты на миндалинах держались в среднем 2,9±0,1 сут., обратное развитие патологического процесса происходило в те же сроки. Гиперемия слизистой оболочки ротоглотки сохранялась в среднем 6,8±0,2 сут. У всех больных наряду с изменениями в ротоглотке выявлено увеличение передних верхнешейных лимфоузлов до 1 см в диаметре у 21,1%; от 1 до 2 см у 52,2%; более 2 см - у 26,7%. В большинстве случаев (79,0%) лимфоузлы эластичные, слегка болезненные при пальпации, лишь в 24,4% случаев значительно уплотнены. С первых дней болезни 58,9% больных имели нарушения сердечно-сосудистой системы в виде тахикардии, у 14,4% отмечалась приглушенность сердечных тонов. При позднем поступлении в стационар в 33,3% случаев развивались паратонзиллярный инфильтрат или паратонзиллярный абсцесс. Изменения в клиническом анализе крови в периоде разгара болезни: лейкоциты в пределах нормы у 46,7% больных, лейкоцитоз - у 53,3%, относительный нейтрофилёз - у 62,2%, эозинофилия - у 5,6%, СОЭ в пределах возрастной нормы у 7,8%, ускоренная СОЭ от 10 до 20 мм/ч - у 21,1%, ускоренная СОЭ выше 20 мм/ч - у 71,1%.

Выводы.

1. Стрептококковая ангина в настоящее время протекает с классическими симптомами, изменениями в ротоглотке, увеличением передних верхнешейных лимфоузлов, проявлениями общей интоксикации.
2. Для стрептококковой ангины характерно преобладание лакунарной формы заболевания и развитием осложнённого течения при несвоевременной обращаемости за медицинской помощью на фоне проведения нерациональной антибактериальной терапии на догоспитальном этапе.

ЧАСТОТА НОСИТЕЛЬСТВА STAPHYLOCOCCUS AUREUS СРЕДИ СТУДЕНТОВ ЧГМА

Ханмагомедова А.М., Ахмедова Г.Ш-к., Башкирова А.И., Мороз В.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: к.м.н., доцент Кижло Л.Б.

Staphylococcus aureus - это микроорганизм с высоко патогенными свойствами, способный вызывать тяжело протекающие заболевания. Среди населения РФ бактерионосительство *S. aureus*

составляет 27,3%. Актуальность изучения носительства *S. aureus* среди студентов медицинских вузов обусловлено их будущей профессией, которая предполагает многочисленные контакты с пациентами.

Цель. Сравнительная оценка бактерионосительства *S. aureus* у студентов ЧГМА 2, 4, 6 курсов.

Задачи.

1. Определить удельный вес бактерионосительства *S. aureus* по факультетам у студентов ЧГМА 2, 4, 6 курсов.
2. Сравнить носительство *S. aureus* по курсам и факультетам у студентов ЧГМА.
3. Провести сравнительный анализ бактерионосительства *S. aureus* в динамике за 2007-2010 год с данными за 2013 год.

Материалы и методы. На стафилококковое бактерионосительство обследовано 1141 студент ЧГМА. Забор производился из полости носа стерильными ватными тампонами, посев осуществлялся на желточно-солевой агар. Обработка данных была произведена с помощью пакета прикладных программ STATISTICA по доверительному интервалу для разности относительных частот. Для сравнительного анализа бактерионосительства *S. aureus* у студентов ЧГМА за 2007-2010 год были взяты результаты подобных исследований кафедры микробиологии.

Результаты исследования. Наибольшее количество бактерионосителей *S. aureus* выявлено среди студентов лечебного факультета, оно в 2 раза выше чем на педиатрическом факультете, и в 4 раза больше чем на стоматологическом факультете.

Наибольшая частота носительства *S. aureus* у студентов лечебного факультета зарегистрирована на 4 курсе с последующим снижением на 6 курсе, такая же тенденция прослеживается у стоматологического факультета. У педиатрического факультета наблюдается рост носительства *S. aureus* с 16,4% на 2 курсе до 24,1% на 6 курсе.

При сравнительном анализе стафилококкового бактерионосительства наблюдается четкая тенденция снижения общего количества бактерионосителей с 32,7% в 2007-2010 гг. до 17,1% в 2013 г., в то же время удельный вес бактерионосительства *S. aureus* по факультетам изменился незначительно.

Таблица 1

Бактерионосительство среди студентов ЧГМА в 2013 году

Курс	Всего носителей	Лечебный	Педиатрический	Стоматологический
2	72 (36,9%)	42 (15,7%)	21 (16,4%)	9 (18%)
4	66 (33,8%)	42 (21,7%)	15 (12,4%)	9 (21,9%)
6	57 (29,3%)	28 (15,5%)	20 (24,1%)	9 (9,2%)
Общее	195 (17,1%)	112 (57,4%)	56 (28,7%)	27 (13,9%)

Таблица 2

Суммарные показатели бактерионосительства среди студентов ЧГМА в 2007-10 и 2013 годах

2007-10	2245 (32,7%)	1262 (56,2%)	581 (30,4%)	402 (13,4%)
2013	195 (17,1%)	112 (57,4%)	56 (28,7%)	27 (13,9%)

Выводы.

1. Носительство *S. aureus* у студентов ЧГМА составило 17,1%.
2. У студентов лечебного и стоматологического факультетов наблюдается снижение носительства *S. aureus* со 2 по 6 курс, а у педиатрического факультета наблюдается обратная тенденция.
3. В сравнении с данными анализа за 2007-2010 с данными 2013 наблюдается тенденция снижения общей частоты носительства на 16,6%. Удельный вес бактерионосительства *S. aureus* по факультетам практически не изменился.

СОДЕРЖАНИЕ

ЧАСТИ

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ТЕРАПИИ

Акулова Е.А., Романова Д.И., Ванчиков Ч.Б. ОСЛОЖНЕНИЯ ГРИППА АН1N1 2014 ГОДА ПО МАТЕРИАЛАМ ГУЗ ККБ.....	3
Бадагарова Д.Б., Малкина А.А. ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ У ЛИЦ ДО 45 ЛЕТ.....	3
Бакшеева Е.Н., Инюшова Н.О., Курбатова Н.С., Прохорова Н.В. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕДИАГНОСТИРОВАННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА И НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДА ЧИТЫ.....	4
Бондарь В.Э., Ёлгин И.И., Жигарева Е.Ю., Шабанова М.И. ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛОЙ ПНЕВМОНИИ.....	5
Бороева А.Д. НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ HELICOBACTER PYLORI ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ И ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРИТАХ.....	6
Верхогурова С.В. ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА И КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОСТЕОПОРОЗА СРЕДИ ЖЕНЩИН ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ РУССКОЙ И БУРЯТСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТЕЙ.....	7
Гамова А.О., Казанцева Н.Н. ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ.....	8
Гармаева С.Б., Бариданова Д.Д., Дадашов Р.М., Тайжеева А.И. СКРИНИНГ ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА У БЕРЕМЕННЫХ В Г. ЧИТЕ.....	9
Гвоздева Н.А., Малинина А.В., Шагдаров Б.Д. ПРОБЛЕМА ИЗБЫТОЧНОГО ВЕСА И ОЖИРЕНИЯ КАК ФАКТОРА ВЛИЯЮЩЕГО НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ЛИЧНОСТНУЮ ТРЕВОЖНОСТЬ.....	10
Грудинина Н.В., Семенникова А.В., Моюбова Г.А.к. ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.....	11
Дашинимаева С.Ц., Мухомедзянова С.С. ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.....	12
Загузина М. В., Намоконова А. Е., Мишкилеева Д. А., Лапердина А. ИНФАРКТ МИОКАРДА КАК ПРИЧИНА СМЕРТИ И ЕГО МЕСТО В СТРУКТУРЕ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПО МАТЕРИАЛАМ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ №1 ЗА 2010-2012 ГОДЫ.....	14
Зимица А.В., Попова М.Ю. ЧАСТОТА ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА, АССОЦИИРОВАННОГО С ЗАМЕДЛЕННЫМ МЕТАБОЛИЗМОМ ВАРФАРИНА, У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ.....	14
Золтоева К.Э., Белькова К.Е. ВЛИЯНИЕ МАСОЧНЫХ СРЕДСТВ ПРОФИЛАКТИКИ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ НА ДЫХАТЕЛЬНУЮ СИСТЕМУ У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ.....	15
Еремин О.В., Белозерцева Н.Ф., Мингазова Е.С., Хороших Т.К., Хохлова М.А., Шулимова А.С. ВЛИЯНИЕ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА НА КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТЕОАРТРОЗА.....	17

Ермакова Т.В. ВЛИЯНИЕ БИСОПРОЛОЛА НА ПОКАЗАТЕЛИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ.....	18
Кавецкая Е.А., Ваградян Р.Г. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЧРЕСКОЖНОЙ ТРАНСЛЮМИНАРНОЙ КОРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ СО СТЕНТИРОВАНИЕМ: ВЗГЛЯД ПАЦИЕНТА.....	19
Казакова А.И., Новокшанова С.В., Пакулова В.В. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ЧГМА.....	20
Казанцева Л.С., Балданова Б. Б., Малханова Д.А., Русских Е.С., Денисов Е.К., Ковалева Ю.А., Номоконова К. В., Михайлюк А. А., Дудка В.С., Рязанова А.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОЙ АСТМЕ.....	21
Казерацкая Е.Б., Сотникова С.Г. ОСОБЕННОСТИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ.....	22
Карпова А.С., Бакалова Ю.В., Хачерян М.К. ОЦЕНКА ПОРАЖЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.....	23
Кислощаева М.А., Ярко И.В. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОНТРОЛЯ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	24
Китаева Е.А. ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТЫМИ КАТАСТРОФАМИ.....	24
Козыкина Н.В., Неделяева С.О. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ.....	25
Коновалова Н.А. ПРОБЛЕМА ЗАПОРОВ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	26
Коноплева С.В., Жапова Н.Б. КОНТРОЛЬ ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ.....	27
Кочнева А.А., Эпова Е.Д. ВНЕЗАПНАЯ ОСТАНОВКА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ.....	29
Кривошапко Д.В., Мажиева А.С., Единархова К.Д. ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.....	30
Куйдина Н.А., Рожкова С.В., Цыренова Э.Д. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ У БЕРЕМЕННЫХ С ПОЗИЦИИ РОССИЙСКОГО НАЦИОНАЛЬНОГО КОНСЕНСУСА ОТ 2012 ГОДА.....	31
Куст Е.А., Цыжитова Б.Ц., Краснова Е.В. СТРУКТУРА БОЛЕЗНЕЙ ПОЧЕК У БЕРЕМЕННЫХ ЗА 2010 - 2012 ГОД ПО ДАННЫМ ККБ.....	32
Людвигевич С.А. КОНТРОЛЬ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....	33
Маришкина К.А. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТАМИ ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ.....	34
Миронова С.Ю. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПУЛЬС ТЕРАПИИ ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИИ.....	35

Окладникова Ю.В. ИСХОДЫ ОПЕРАЦИЙ ПО ПРОТЕЗИРОВАНИЮ КЛАПАНОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПО ДАННЫМ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ.....	35
Паздникова Л.А. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РЕАКТИВНЫХ АРТРИТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИДЕНТИФИКАЦИИ ТРИГГЕРНОГО ВОЗБУДИТЕЛЯ.....	37
Пешкова С.В. КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ ПРОБЫ В ОЦЕНКЕ НАРУШЕНИЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНИКОВ С НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИЕЙ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ БЕЗОПАСНОСТЬ ДОРОЖНОГО ДВИЖЕНИЯ.....	37
Распопов А.Ю. ИЗМЕНЕНИЯ ЭКГ-ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ЦИРРОЗАХ ПЕЧЕНИ.....	38
Савка Р.Ф., Телеки Я.М., Олинык О.Ю. СОСУДОДВИГАТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ С СОПУТСТВУЮЩИМ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ.....	39
Сарачева Е.А., Лоншакова Н.А., Буянова О.В., Фирсова В.А., Ванечкин И.Ю. ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЙ ФОСФОРНО-КАЛЬЦИЕВОГО ОБМЕНА НА КАРДИОГЕМОДИНАМИКУ У ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК.....	40
Селезнева И. В., Раднажапова О. Б., Перевалова Т. А. КОМОРБИДНЫЙ ФОН ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ.....	41
Стифутина Е.Д., Емельянов А.С. ТАБАКОКУРЕНИЕ - АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ОБЩЕСТВА.....	42
Тайжеева А.И., Бариданова Д.Д., Гармаева С.Б., Дадашов Р.М. СКРИНИНГ САХАРНОГО ДИАБЕТА У ЖИТЕЛЕЙ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ.....	43
Тихоньких И.Ю., Калашникова Н.М., Мындускин И.В. ИНСУЛЬТ КАК ПРИЧИНА СМЕРТИ И ЕГО МЕСТО В СТРУКТУРЕ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПО МАТЕРИАЛАМ КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ЗА 2010-2012 ГОДЫ.....	44
Туруло Е.А. ДИАГНОСТИКА ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ С ПОМОЩЬЮ ОПРОСНИКА GERD-Q.....	45
Ушакова А.И. СВЯЗЬ НАРУШЕНИЯ ФОСФОРНО-КАЛЬЦИЕВОГО ОБМЕНА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....	46
Фёдорова Н.С., Хайдапова С.Ц., Налетова В.Н., Сущих Н.В., Цырендашиев А.В. НАРУШЕНИЕ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ И ОЖИРЕНИЕ У КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ.....	47

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПЕДИАТРИИ

Бальжинимаева С.Б., Дамдинжапова И.Б., Рабданова Д. Д., Тунуханова Е.В. , Петрова А.И. ОТНОШЕНИЕ МАТЕРЕЙ К ПРОБЛЕМЕ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ.....	49
Бухальцева А.С., Каргаполова С.Г. РОЛЬ КОМПЬЮТЕРА В ФОРМИРОВАНИИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ У ШКОЛЬНИКОВ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ.....	50
Гаймоленко Д.С., Дугаржапова Т.Р., Перфильев И.А., Цыденова Д.М. МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ И СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ДЕТЕЙ, УМЕРШИХ ОТ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА, ПО ДАННЫМ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО БЮРО ЗА 2009 - 2013 ГОДЫ.....	50

Голыгина С.Е., Козаченко А.И., Муратова А.В., Тихоненко И.В. АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ У ДЕТЕЙ.....	51
Грудинина Н.В., Моюбова Г.А., Семеникова А.В. АНАЛИЗ ПИЩЕВОГО СТАТУСА ШКОЛЬНИКОВ Г. ЧИТА.....	52
Гуменная И.А., Куриганова Ц-Д. Д., Золоторёва А.В. ЗАВИСИМОСТЬ ХАРАКТЕРА ПОВРЕЖДЕНИЯ ПИЩЕВОДА ОТ ВИДА ХИМИЧЕСКОГО СРЕДСТВА ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ У ДЕТЕЙ.....	53
Дудкина Е.А., Тонких К.В., Лазо А.И., Савкина И.С. ВЛИЯНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ЭРИТРОПОЭТИНА НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ.....	54
Евгалдаев С.Д., Илькова Е.В., Жаринова Е.А., Нимбуева С.Г. ВЛИЯНИЕ УСЛОВИЙ ОБУЧЕНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ ГОРОДА ЧИТА.....	55
Ларинская А.В., Цымбаренко Д.И. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ В КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ.....	56
Лобочыренова Ц.М., Будаева Х.Э. ПРЕДИКТОРЫ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ.....	57
Лупальцова О.С. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ МЕЖДУ ИЛ-8 В МОКРОТЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ КРОВИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИТАМИ.....	58
Макаров Д.А., Евсюнин Р.И., Луенко М.В., Днепровская Е.А., Люхинбина Н.С. ЧАСТО БОЛЕЮЩИЕ ДЕТИ С АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬЮ: КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА, ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ.....	59
Малинина А.В., Ермолаев Ю.В. КОЭФФИЦИЕНТ SKF КАК ПОКАЗАТЕЛЬ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ У ЗДОРОВЫХ И БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ.....	60
Малханова Д.А., Малинина А.В., Фаст В.А., Сапожникова М.В., Жигарева Е.Ю., Бондарь В.Э. ОРГАНИЗАЦИЯ ПИТАНИЯ В ДОШКОЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ.....	61
Малых Т.А., Голыгина С.Е., Казаченко А.И. ИММУНОБИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ДЕТЕЙ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ.....	62
Мичурина И.О., Мирошниченко Е.С., Старченко А.Н. АНАЛИЗ АДЕКВАТНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ.....	63
Петрова А.И., Кошечкина Г.Н. БРОНХОЛЕГОЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ: МЛАДЕНЧЕСКАЯ СМЕРТНОСТЬ И ФАКТОРЫ РИСКА.....	64
Петрова А.И., Мироевская О.А. ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И НЕКОТОРЫЕ ПАРАМЕТРЫ ТРОФОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ШКОЛЬНИКОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ.....	65
Петрова М.А., Мичурина И.О., Петрова А.И. КОЭФФИЦИЕНТ SKF И ХОЛОДОВАЯ ПРОБА У ЗДОРОВЫХ И БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ.....	66
Подойницына Ю.А., Кириллова И.В., Казакова О.И. ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У СПОРТСМЕНОВ ШКОЛЫ ОЛИМПЕЙСКОГО РЕЗЕРВА.....	67
Пономарева Т.А., Лазо А.И., Тонких К.В. ТОЧНОСТЬ ИЗМЕРЕНИЯ УРОВНЯ ГЛЮКОЗЫ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ГЛЮКОМЕТРОВ "А АССУ-СНЕК" И "ONE TOUCH" У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ.....	68

Саранина Л.А., Артёмова А.Е. ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ЛИМФАТИКО-ГИПОПЛАСТИЧЕСКИМ ДИАТЕЗОМ.....	69
Татаринов Н.А., Ермакова Т.В., Игнатъева О.В., Малютин Е.А. ВЛИЯНИЕ ЗАГРЯЗНЕНИЯ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ Г. ЧИТА.....	70
Тонких К.В., Лазо А.И., Полухина А.В. ВЛИЯНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ЭРИТРОПОЭТИНА НА ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОГРАММЫ.....	71
Ульзугуева Е.Г., Мичурин И.О., Петрова М.А. АНАЛИЗ ОРГАНИЗАЦИИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА ВРОЖДЕННОГО ГИПОТИРЕОЗА В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ ЗА 2012-2013 годы.....	72
Эпова О.И., Чеботарева Ю.Л. КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ СОМАТОТРОПНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ РОСТА.....	73
Якимов К.С., Найданова Е.Б., Линейцева А.Ю., Зайкина А.А. ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КАТЕГОРИИ ДЕТСКОГО ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ НА ФОРМИРОВАНИЕ ШКОЛЬНОЙ ЗРЕЛОСТИ ВОСПИТАННИКОВ.....	74

ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ, НЕВРОЛОГИИ, НЕЙРОХИРУРГИИ И НЕЙРОФАРМАКОЛОГИИ

Акулова Е.А., Романова Д.И., Шукурова С.Н., Болванов А.И. СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ С НЕОСЛОЖНЕННЫМ СИНДРОМОМ ОТМЕРЫ АЛКОГОЛЯ.....	76
Алиева А.Р.к., Кудряшова А.А. ИНСУЛЬТЫ: КЛИНИКО - ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И КОМПЬЮТЕРНО -ТОМОГРАФИЧЕСКИЕ (КТ)СОПОСТАВЛЕНИЯ.....	77
Астраханцева Л.Г., Бирюкова К.А., Жамсаранжапова Ч.А., Казанцева Е.И., Кириленко И.Б., Кондратьев И.С., Кряжева М.Н., Охлопков Д.Ю., Пушкарёва А.В., Семёнова Ж.Д., Хусаинова Н.М., Цыренова Э.Ч. ПОКАЗАТЕЛИ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ КОМПРЕССИОННЫХ ФОРМАХ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА.....	78
Бочкарева Л.С., Гомбоева Т.А. ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗЕЙ МЕЖДУ МЕТОДИКАМИ СКРИНИНГОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ: АНКЕТЫ-ОПРОСНИКА Л.Т. МОРОЗОВА, ТЕСТА AUDIT И МЕТОДИКИ СМА.....	79
Будаева А.Б., Степанова Л.Б., Цыренжапова Д.Р., Цыренова Л.Б. ДИСПЛАСТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ОСТРОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕИ У ДЕТЕЙ.....	80
Васильева Д.В., Арсентьева А.С., Сенотрусова О.В., Игнатъева А.В. КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА.....	81
Викулова Е.А., Калинин С.Е., Козлова Ю.А., Пискарева А.А. КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ ПРИ РАЗНЫХ ВАРИАНТАХ СИНДРОМА ОТМЕРЫ АЛКОГОЛЯ.....	82
Домбаева Н.Б., Дымочко Д.А. ВОСПРОИЗВОДИМОСТЬ БАЛЛЬНОЙ (ПРОЦЕНТНОЙ) САМООЦЕНКИ С ДВОЙНОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИЕЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ.....	83
Дымбрылова Ц.Ц., Бальжинимаева С.Б., Рабданова Д.Д., Цыренжапова А.Н. ТЕЧЕНИЕ КОРСАКОВСКОГО ПСИХОЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВАРИАНТА ПРЕДШЕСТВУЮЩЕГО СИНДРОМА ОТМЕРЫ АЛКОГОЛЯ.....	84
Иванов М.О., Свистунова Н.М., Семенов А.В., Емельянов А.С., Стафеев А.Н. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ШКАЛЫ PANSS У БОЛЬНЫХ С ШИЗОФРЕНИЕЙ.....	85

Илькова Е.В., Жаринова Е.А., Шулимова А.С., Белозерцева Н.Ф. КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ КОГНИТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ.....	86
Караченова А.М., Никифорова А.П., Соловетова М.В. РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО РЕГИОНАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ИНСУЛЬТАМИ.....	87
Кучерявенко Л.А., Далаев Б.Б., Феоктистова М.А., Сымбелов А.Ч. ВЛИЯНИЕ КОМБИНАЦИИ ЭКСТРАКТА ЭЛЕУТЕРОКОККА И СОЛОДКИ НА ПРОЦЕССЫ ПАМЯТИ У ЛИЦ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ТРЕВОЖНОСТИ.....	88
Моюбова Г.А.к., Семенникова А.В., Грудинина Н.В. ПРОБЛЕМЫ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ. АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В ГУЗ КРАЕВОЙ ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ.....	89
Никитин Я.О., Гордеева К.С. ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ ДИФфуЗИИ В ОЧАГЕ ОСТРОЙ ИШЕМИИ МОЗГА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДИФфуЗИОННО-ВЗВЕШЕННОЙ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ.....	90
Номоконова А.И., Гатапова С.Д., Дегтяренко О.А., Елистратова А.А. ДЕПРЕССИИ В ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	91
Потапова И.В., Батомункуев Б.Б., Часовских И.Е. ВЛИЯНИЕ КОМБИНАЦИИ ЭКСТРАКТА ЖЕНЬШЕНЯ И СОЛОДКИ НА ПРОЦЕССЫ ОБРАБОТКИ ИНФОРМАЦИИ У ЛИЦ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ТРЕВОЖНОСТИ.....	92
Прохорова Н.В., Жигзымаева О.Ц., Антипина И.В., Болотова С.Б., Заворотных И.Н. НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН: ВЛИЯНИЕ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И СОСТОЯНИЕ ПЛОДА.....	93
Ральникова Н.В., Сафонова Н.А. ТИПЫ ОТНОШЕНИЙ К ВОЗМОЖНОЙ БОЛЕЗНИ СРЕДИ ЗДОРОВЫХ СТУДЕНТОВ И СРЕДИ СОМАТИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ СОЛДАТ.....	94
Саранчин А.С., Кочнева А.А., Эпова Е.Д. АНАЛИЗ ВОЗРАСТНОЙ ДИНАМИКИ СИНДРОМА ГИПЕРАКТИВНОСТИ.....	95
Семенникова А.В., Моюбова Г.А.к., Грудинина Н.В. НАТАЛЬНАЯ ТРАВМА ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	96
Темерева В.В., Калашников В.С., Ксензов А.В., Татаренко Е.В. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ.....	97
Цыренова О.Д., Широков Р.Е., Поляков С.А. ДЕПРЕССИЯ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА.....	98
Цыцыкова Т.Б., Дармаева Э.Ц., Кронберг Я.Э. ВЛИЯНИЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ НА КОГНИТИВНОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ.....	99
Шевелева А.К., Кошечкина Г.Н., Петрова А.И. КОРРЕЛЯЦИИ ЧЕРТ ХАРАКТЕРА И "ЛЮБИТЕЛЬСТВА ВЫПИТЬ" У СТУДЕНТОВ 18-22 ЛЕТ.....	99
Щербанёв Н.М., Ракитина Н.В., Попова Д.Н., Чельшева Е.А., Попова Ю.И., Петрушова Я.О. НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У СТУДЕНТОВ СРЕДНЕ-СПЕЦИАЛЬНОГО УЧЕБНОГО ЗАВЕДЕНИЯ.....	100
Эпова О.И., Кимасова О.С. ХАРАКТЕРИСТИКИ СТУДЕНТОВ СРЕДНЕ-СПЕЦИАЛЬНОГО УЧЕБНОГО ЗАВЕДЕНИЯ, СОВЕРШИВШИХ СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ.....	101

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ

Алиева А.Р.к., Кудряшова А.А., Моюбова Г.А.к. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВАКУУМ-ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ РАН.....	103
---	-----

Архипов Д.А., Рахлецова К.А. РОЛЬ HELICOBACTER PYLORI ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ТЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ.....	104
Ахмедова Г.Ш., Константинова Т.А., Башкирова А.И., Емельянов А.С. КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА.....	105
Бахметьев И.В., Рюмкин И.С., Коннов Д.Ю., Скоблякова Т.Н., Нечепуренко Д.А., Таракановский В.В., Лазебных В.С. ВЛИЯНИЕ ПРОТИВОДАВЛЕНИЯ ВЫДОХУ НА НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ БИОМЕХАНИКИ ДЫХАНИЯ.....	106
Гунько И.И., Тюрина С.А. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА У БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЗАМЕСТИТЕЛЬНУЮ ПОЧЕЧНУЮ ТЕРАПИЮ ПРОГРАММНЫМ ГЕМОДИАЛИЗОМ.....	107
Зайцева Т.А., Каримова Ю.Е. МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЙ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ДО И ПОСЛЕ ПАЛЛИАТИВНЫХ РЕВАСКУЛЯРИЗИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ.....	108
Ёлгина М.С., Виноградова А.О., Осокина Е.Ф., Тренева Ю.А. КОРРИГИРУЮЩАЯ ОСТЕОТОМИЯ ПРИ ГОНАРТРОЗЕ.....	109
Козьмина И.Б., Дамбадугарова Н.С., Милюшина Н.Н., Харитонов С.Е. АНАЛИЗ ОПЕРАЦИОННО-БИОПСИЙНОГО МАТЕРИАЛА НЕЙРОЭНДОКРИННОКЛЕТОЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА, ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ЛЕГКИХ ПО ДАННЫМ ГУЗ "ЗАБАЙКАЛЬСКОЕ КРАЕВОЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ БЮРО" ЗА 2009-2013 ГОДЫ.....	110
Ксензов А.Ю., Татаренко Е.В., Темерева В.В., Мудрова С.Л. РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ АКВАКИНЕЗИТЕРАПИИ.....	111
Лазебных В.С., Рюмкин И.С., Коннов Д.Ю. ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ ОБЩЕЙ ОСТРОЙ ХОЛОДОВОЙ ТРАВМЕ.....	112
Ливента Н.С., Самойлова О.В., Филиппова О.В. ОСТЕОАРТРОЗ КРУПНЫХ СУСТАВОВ: КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ.....	113
Линьков В.А., Агеев К.С. АНАЛЬГЕТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ПРЕПАРАТОВ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ АУТОДЕРМОПЛАСТИКИ.....	114
Малютина Е.А., Афанасьева К.В., Ермакова Т.В. АНАЛИЗ КОЛОТО-РЕЗАННЫХ РАНЕНИЙ ЗА ПЕРИОД 2013 ГОДА ПО МАТЕРИАЛАМ ПРОТОКОЛОВ ОПЕРАЦИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГУЗ ГКБ №1.....	115
Мартынов С.В., Попов А.А., Нороев А.В., Астраханцев А.С. ОБЪЁМ ТРАНСФУЗИЙ КОРРЕКТОРОВ ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С СЕПСИСОМ ПРИ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ.....	116
Матросова Д.П., Степанова О.В., Шукурова С.Н., Ешидоржиев Е.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КИНЕЗИТЕРАПИИ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ КОЛЕННОГО СУСТАВА.....	117
Нечепуренко Д.А., Рюмкин И.С., Коннов Д.Ю. СТОИМОСТЬ И КАЧЕСТВО АНЕСТЕЗИИ ПРИ ПЛАНОВЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ.....	118
Нимаев З.Д., Махаев И.В. ОПТИМИЗАЦИЯ ПАРАМЕТРОВ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С КОМПРОМЕТИРОВАННЫМИ ЛЕГКИМИ.....	119
Савватеев Е.А. КАНДИДОЗ И ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНЫЙ КОЛИТ КАК ЯТРОГЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	120

Сверкунова Ю.В. ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИИ ПОД МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ.....	121
Скоблякова Т.Н., Рюмкин И.С., Бахметьев И.В., Нечепуренко Д.А., Лазебных В.С., Таракановский В.В. ВЛИЯНИЕ ПОВЫШЕННОГО ВНУТРИГРУДНОГО ДАВЛЕНИЯ НА НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОСТАЗА.....	122
Тюрина С.А., Гунько И.И. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ.....	123
Цыренжапова А.Н., Бальжинимаева С.Б., Дымбрылова Ц.Ц., Рабданова Д.Д. КОМПЬЮТЕРНАЯ ОПТИЧЕСКАЯ ТОПОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ДЕФОРМАЦИИ ПОЗВОНОЧНИКА И НАРУШЕНИЙ ОСАНКИ.....	124
Шукурова С.Н.к. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ.....	125

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ,
ТУБЕРКУЛЕЗА, ДЕРМАТОЛОГИИ И ЗАБОЛЕВАНИЙ,
ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ**

Акулова Е.А., Романова Д.И., Константинова Т.А. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РОЖИ У ПАЦИЕНТОВ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП.....	127
Аникина К.В., Петрова М.А., Ульзутуева Е.Г. ПРИМЕНЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ ПРИ ВИРУСНЫХ ДИАРЕЯХ У ДЕТЕЙ В РЕАЛЬНОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА.....	128
Астафьев К.А., Буяновская О.В., Ведерникова Т. К., Дабаева С.С. ГЕПАТИТЫ И ЦИРРОЗЫ КАК НОЗОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ В СТРУКТУРЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА ПО МАТЕРИАЛАМ ПРОТОКОЛОВ ВСКРЫТИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЕВОГО ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО БЮРО ЗА 2011-2013 годы.....	129
Балданова Б.Б., Бубеева Т.А., Ширипова Ю.Г. АНАЛИЗ ПИЩЕВЫХ ОТРАВЛЕНИЙ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ ЗА 2004-2013 гг.....	130
Бальжинимаева С.Б., Рабданова Д.Д. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЛЕПТОСПИРОЗА В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ.....	131
Белозерцева Н.Ф., Охлопков Д.Ю., Шулимова А.С. МОНИТОРИНГ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ КОЖИ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ.....	132
Бойко А.В., Голояд О.Е. СНИЖЕНИЕ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ ОТ ЛЕЧЕНИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ У БОЛЬНЫХ ХИМИОРЕЗИСТЕНТНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ.....	133
Бойко А.В., Еременчук И.В. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАЗНЫХ ПОКОЛЕНИЙ ФТОРХИНОЛОНОВ.....	134
Бойко А.В., Семьянин И.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕВОФЛОКСАЦИНА У БОЛЬНЫХ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ.....	135
Бочкарева Л.С., Гомбоева Т.А., Шукурова С.Н. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПАРАГРИППА В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ.....	136

Виноградова А.О., Тренёва Ю.А., Чупрова Г.А. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КИШЕЧНОГО ИЕРСИНИОЗА В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ.....	137
Голенкова К.А. ДЕЙСТВИЕ ТЕМПЕРАТУРНОГО ФАКТОРА НА КОЛЛАГЕНАЗУ АСПЕРГИЛЛ.....	137
Гомбоева И.Ю., Якимова К.С. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ХЛАМИДИОЗОВ, МИКОПЛАЗМОЗОВ И УРЕАПЛАЗМОЗОВ СРЕДИ ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....	138
Дашиев С.Б., Дымбрылова Ц.Ц., Цыренжапова А.Н. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ У ВЗРОСЛЫХ.....	139
Еремин О.В., Радзивилл В.К. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА ВЫСОКОГО ОНКОГЕННОГО РИСКА У ЖЕНЩИН ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ.....	140
Кондратьева А.М. ОЦЕНКА МИКРОБИОТЫ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, НАХОДЯЩИХСЯ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ.....	141
Лыкова А.А., Лупсанов В.В. ВЛИЯНИЕ БИОПРОДУКТА "БИФИДУМ 791 БАГ С АНТИОКСИДАНТОМ" НА МИКРООРГАНИЗМЫ.....	142
Ляпунов А.К. ВОЗДЕЙСТВИЕ <i>BIFIDOBACTERIUM BIFIDUM</i> И <i>LACTOBACILLUS ACIDOPHILUS</i> НА АНТИГЕНЫ ВИРУСОВ ГРИППА А И В.....	143
Матафонова К.А., Ахмедова Г.Ш-к., Башкирова А.И., Ханмагомедова А.М. ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ВЗРОСЛЫХ.....	144
Смолянская В.В., Комогорцева О.В., Газинская Е.С., Караченова А.М., Малинина А.В., Саранчин А.С. ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТАРЕНИЯ КОЖИ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ.....	145
Стафеев А.Н., Свистунова Н.М., Иванов М.О. ОСОБЕННОСТИ ВСПЫШКИ ПИЩЕВОЙ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ.....	146
Татаренко Е.В., Мудрова С.Л. СТРЕПТОКОККОВАЯ АНГИНА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ.....	147
Ханмагомедова А.М., Ахмедова Г.Ш-к., Башкирова А.И., Мороз В.В. ЧАСТОТА НОСИТЕЛЬСТВА <i>STAPHYLOCOCCUS AUREUS</i> СРЕДИ СТУДЕНТОВ ЧГМА.....	148

Компьютерная верстка - Чернова Ю.Г.

Корректор - Девикова И.Б.

Лицензия ИД № 03077 от 23.10.00.

Подписано в печать 27.03.2014. Бумага офсетная. Гарнитура Times New Roman

Формат 60x84 ¹/₁₆. Усл. печ. л. 13,3 Тираж 180. Заказ № 41/2014.

Отпечатано в редакционно-издательском центре ЧГМА

672090, Чита, ул. Горького, 39-а.