

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
ЧИТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

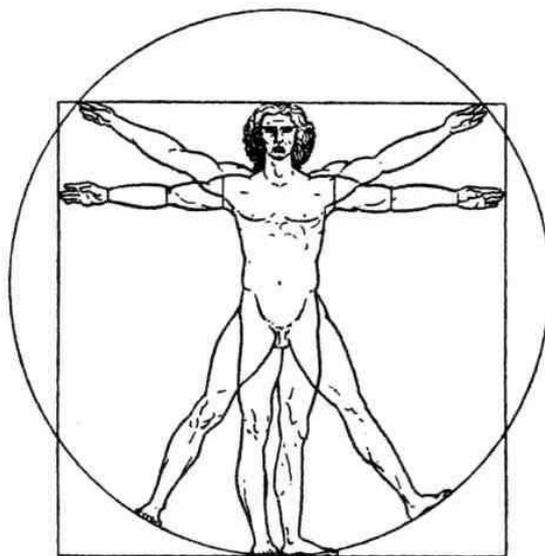
Radices litterarum amarae sunt, fructus dulces.
Корни наук горьки, а плоды сладки.

МЕДИЦИНА ЗАВТРАШНЕГО ДНЯ

Материалы XIV научно-практической конференции
студентов и молодых ученых

22-24 апреля 2015 г.
г. Чита

Часть I



УДК 61(078)
ББК 51/57
М 41

Медицина завтрашнего дня: Материалы XIV научно-практической конференции студентов и молодых ученых / Чита, 22-24 апреля 2015 г. - Ч. I. - Чита: РИЦ ЧГМА, 2015. - 138 с.

В настоящий сборник включены научные работы, выполненные студентами и молодыми учеными Забайкалья, Бурятии, Иркутска, Новосибирска, Тюмени и Москвы.

В работах рассматриваются актуальные вопросы медицины и здравоохранения, экологии и безопасности жизнедеятельности, медико-биологические проблемы.

Сборник адресован студентам, аспирантам и преподавателям высших медицинских учебных заведений, научным работникам, врачам различных специальностей.

Ответственный за выпуск:
Куратор МНО ГБОУ ВПО ЧГМА, к.м.н. Серкин Д.М.

Уважаемые коллеги!

Ректорат и Совет молодежного научного общества Читинской государственной медицинской академии поздравляет Вас с участием в XIV межрегиональной межвузовской научно-практической конференции "Медицина завтрашнего дня".

Для многих из Вас это первый шаг в большую науку, а, как известно, длинный путь начинается с первого шага.

За Вами - будущее нашей Академии, Вы - залог ее процветания! Хочется пожелать Вам найти себя на этом трудном, но очень интересном и нужном людям пути.

Творческих успехов Вам и постоянного желания заглянуть за грань существующих знаний!

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ТЕРАПИИ

РАЗВИТИЕ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ НА ФОНЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Абрамова Л.Н., Сергеев С.Н., Дымочко Д. А., Домбаева Н.Б.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: д.м.н. Романова Е.Н.

В России заболеваемость инсультом и смертность от него остаются одними из самых высоких в мире. С инсультом связаны огромные финансовые потери. Независимым фактором риска инсульта является фибрилляция предсердий (ФП). Приблизительно 10% всех ишемических инсультов приходится на долю кардиогенных тромбоемболий у пациентов с ФП.

Цель исследования. Проанализировать случаи развития инсультов на фоне различных форм ФП по данным отделения ОНМК за 2014 год, а также оценить проводимую антикоагулянтную терапию на амбулаторном и стационарном этапе.

Материалы и методы. В отделении неврологии для больных с ОНМК за 2014 г. выявлено 25 случаев летального исхода вследствие ишемического инсульта на фоне ФП. В 87 случаях нарушения мозгового кровообращения на фоне различных форм ФП зарегистрирована выписка больных с улучшением, которые и явились объектом более детального анализа, средний возраст больных $71 \pm 8,7$ год, из них женщин 54 (62%), средний возраст $71,9 \pm 8,3$; мужчин 33 (38%), средний возраст $69,9 \pm 7,8$. ФП на фоне ИБС развилась у 72 больных (82,8%), на фоне ХРБС у 15 (17,2%), из них перенесли инфаркт миокарда 15 больных (17,2%), регистрировалась артериальная гипертензия - у 78 (89%). В структуре ФП постоянная форма зарегистрирована у 57 человек (65,5%), персистирующая у 9 (10,3%) и пароксизмальная форма у 21 (24,2%). При оценке риска по шкале CHA2DS2-VASc все пациенты отнесены к группе высокого риска с суммой баллов от 5 до 8, по шкале HAS-BLED к группе высокого риска - 74 (85%), низкого риска - 13 (15%).

Развитие ишемического инсульта диагностировано при этом у 75 пациентов (86,2%), транзиторной ишемической атаки у 6 (6,9%), геморрагического у 2 больных (2,3%). При этом первичный инсульт возник у 49 человек (56,3%), повторный у 35 человек (40,2%), более двух раз у 3 человек (3,5%). По данным МРТ локализация инсульта выявлялась преимущественно в левой средней мозговой артерии - у 39 человек (44,8%), в правой средней мозговой артерии - у 27 (31%), в правой задней мозговой - у 7 (8%), в вертебро-базиллярном бассейне - у 9 (10,3%), у 5 человек (5,8%) другие локализации. При ЭхоКГ выявлена дилатация обоих предсердий в 89,7% случаях: незначительная дилатация у 2 (2,3%), умеренная у 59 (67,8%), значительная у 15 (17,2%), выраженная у 2 (2,3%). При оценке антикоагулянтной терапии на амбулаторном этапе выявлено, что использовали Варфарин 8 человек (9%), преимущественно с ХРБС. При этом контроль МНО осуществляли лишь 3 пациента (3,5%). Не принимали антикоагулянты 42 пациента (48,2%). У 37 пациентов (42,53%) не удалось выяснить информацию по предшествующей терапии. Во время стационарного лечения с учетом противопоказаний в остром периоде инсульта 71 больному (81,6%) назначались низкомолекулярные гепарины, а затем пероральные антикоагулянты. При этом использовались: Дабигатран (Прадакса®) по 110 мг 2 раза в сутки - 50 пациентам (57,47%), Ривароксабан (Ксарелто®) по 15 мг однократно в сутки - 13 (14,94%), Варфарин под контролем МНО - 8 (9,2%). Осложнения, связанные с использованием антикоагулянтов, выявлены у 1 человека, при использовании Ксарелто® - желудочно-кишечное кровотечение.

Выводы. Кардиоэмболические инсульты являются частым осложнением ФП вне зависимости от её формы, преимущественно у лиц пожилого возраста. ФП диагностируется преимущественно на фоне ИБС, артериальной гипертензии. При лечении в стационаре широко применяются новые пероральные антикоагулянты, с минимальной частотой осложнений. Отсутствие антикоагулянтной терапии на амбулаторном этапе обусловлено недостаточным назначением при пароксизмальных формах ФП, а также низкой приверженностью пациентов к лечению ввиду недостаточной информированности, нежеланием контролировать МНО, и в большей степени,

высокой стоимостью новых антикоагулянтов. Внесение новых антикоагулянтов в список жизненно необходимых лекарственных средств позволит улучшить комплаентность больных, уменьшить частоту развития кардиоэмболических инсультов, летальность, и, следовательно, уменьшить расходы, связанные с лечением и реабилитацией данной категории пациентов.

**РОЛЬ ЦИТОГРАММ НАЗАЛЬНОГО СЕКРЕТА
В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА ПО
МАТЕРИАЛАМ КЛИНИКИ "АКАДЕМИЯ ЗДОРОВЬЯ" ЗА ПЕРИОД 2013-2014ГГ.**

Астафьева Е.Ю., Барышева И.И., Мунгалова Н.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: Барковская О.Н., Кузнецова И.А., Давыдов С.О.

Аллергический ринит представляет собой широко распространенное хроническое заболевание слизистой полости носа, которое вызывается ингаляционными аллергенами. Согласно медицинской статистике, в России частота симптомов данного заболевания составляет около 38%. Эффективное лечение аллергического ринита подразумевает предварительное проведение точной диагностики. Популярный метод исследования назального секрета - цитологический анализ мазков-отпечатков.

Цель и задачи исследования. Изучение особенностей цитограмм назального секрета, выполненных пациентам за период 2013-2014 гг. в Инновационной клинике "Академия Здоровья", и выявление частоты диагностики аллергического ринита.

Материал и методы. Статистический анализ 642 цитограмм назального секрета с сопоставлением клиничко-anamnestических данных. Материал - назальный секрет в мазках-отпечатках слизистой носа, окрашенных по Романовскому - Гимзе. Оценка мазка проводилась по 11 критериям.

Результаты исследования. Аллергический ринит диагностирован в 494 случаях (77%). У детей в возрастной группе 4-6 лет - 203 наблюдения (41%), у взрослых - 291 (59%), преобладали женщины в возрасте 25-30 лет. Соотношение лиц мужского и женского пола составило 1:1,8. При анализе клиничко-anamnestических данных выявлена наследственная предрасположенность у 83 пациентов (16,8%). Сезонный аллергический ринит, вызываемый пылью растений, диагностирован у 296 (60%) обследованных. В цитограмме назального секрета критерий эозинофилии составил 16-23%, отмечено значительное повышение слизи. Круглогодичный аллергический ринит, обусловленный постоянным присутствием аллергенов в окружающей среде, составил 198 (40%) наблюдений. В цитограмме назального секрета у них, кроме эозинофилии до 11-18%, обнаруживались эпителиальные клетки с дегенеративными изменениями и эритроциты. У 116 (23,5%) обследуемых аллергический ринит протекал с присоединением вторичной инфекции, в цитограммах назального секрета наряду с ростом эозинофилии, отмечен нейтрофилез свыше 56%, рост преимущественно кокковой флоры, выявлены деструктивные изменения эпителиального компонента. В контрольной группе пациентов, страдающих аллергическим ринитом 8% (39), после проведенной терапии критерии цитограммы назального секрета соответствовали норме. Неаллергический ринит диагностирован у 109 (17%) обследуемых. Инфекционный ринит составил 86 (13,3%) наблюдений, где в 54 цитограммах назального секрета отмечены критерии острого воспаления, а в 32 - хронического. Неаллергический ринит с эозинофильным компонентом диагностирован у 14 (2,2%) пациентов, причем при наличии в цитограмме критерия эозинофилии 9-12%. Помимо основных типичных симптомов, кожные пробы с аллергенами отрицательны и отмечен нормальный уровень IgE в сыворотке. Значительное повышение количества слизи в цитограмме при нормальном клеточном спектре, позволило предположить наличие у пациента вазомоторного ринита 9(1,4%).

Выводы.

1. Наиболее распространенной формой является сезонный аллергический ринит.
2. Цитологический мониторинг назального секрета отражает эффективность проведенного лечения при аллергическом рините.
3. Цитограмма назального секрета расширяет диагностические возможности и помогает в дифференциальной диагностике различных вариантов неаллергического ринита.

ОСОБЕННОСТИ АРХИТЕКТониКИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Бакалова Ю.В., Хачерян М.К.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: д.м.н., доцент Серебрякова О.В.

В настоящее время в мире уже болеют сахарным диабетом более 382 млн человек и по прогнозам Международной диабетической федерации к 2035г сахарным диабетом будет страдать 592 млн человек. Хроническая гипергликемия представляет собой самостоятельный фактор риска возникновения и прогрессирования поражения сердца и сосудов у больных сахарным диабетом.

Большинство исследований сердечно-сосудистой системы посвящено проблемам, возникающим при сахарном диабете 2 типа, в этой связи исследование особенностей ремоделирования миокарда у пациентов с сахарным диабетом 1 типа представляет несомненный интерес.

Цель исследования: охарактеризовать архитектуру миокарда левого желудочка у пациентов с сахарным диабетом 1 типа.

Материалы и методы. Обследовано 49 больных сахарным диабетом 1 типа (средний возраст 32 года).

Критериями включения в исследование служили: диагноз сахарный диабет 1 типа, возраст от 16 до 40 лет, стаж заболевания от 3-х лет. Критериями исключения из исследования явились: другие типы сахарного диабета, обострение хронических заболеваний; острые соматические заболевания; сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы, беременность.

Исследование архитектуры левого желудочка выполнялось по стандартной методике на аппаратах "Acuson SC 2000" и "Vivid E9". Выделяли 4 типа геометрии: концентрическая гипертрофия (КГЛЖ), концентрическое ремоделирование (КР ЛЖ), эксцентрическая гипертрофия (ЭГ ЛЖ), нормальная геометрия (НГ ЛЖ).

Статистическая обработка данных осуществлялась в программе Statistica 6.1.

Результаты исследования и их обсуждение. Установлено, что нормальная геометрия левого желудочка выявлялась у 43 пациентов (88%). Концентрического ремоделирования миокарда левого желудочка не отмечено в исследуемой группе. Признаки концентрической гипертрофии миокарда левого желудочка установлены у 4% пациентов, а эксцентрическая гипертрофия левого желудочка выявлена в 8% случаев.

Обнаружено, что у всех больных с измененной геометрией левого желудочка стаж сахарного диабета превышал 5 лет. Различий по гендерному и возрастному фактору установлено не было. Средняя длительность заболевания также не отличалась от группы больных с нормальной геометрией левого желудочка.

Выводы:

1. У пациентов с сахарным диабетом 1 типа обнаружены различные типы архитектуры миокарда левого желудочка, превалировал нормальный тип геометрии.
2. Все патологические типы ремоделирования миокарда левого желудочка встречались у пациентов со стажем заболевания свыше 5 лет.
3. Гендерные и возрастные особенности не оказывали влияния на тип архитектуры миокарда левого желудочка.

ПОКАЗАТЕЛИ КАПНОГРАФИИ В БОКОВОМ ПОТОКЕ У БОЛЬНЫХ РЕСПИРАТОРНОГО ПРОФИЛЯ

Бакшеева Е.Г., Косякова Е.С., Николаев А.Н., Дорофеева М.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

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

Капнография - современный метод контроля функций дыхательной системы. Основным изучаемым показателем при капнографии является концентрация углекислого газа в конечной пор-

ции выдыхаемого воздуха (EtCO_2). Мониторинг EtCO_2 ориентирован на то, чтобы предупредить развитие острого респираторного алкалоза или ацидоза, косвенно контролируя напряжение CO_2 в артериальной крови. Указанная методика широко применяется в медицине критических состояний, анестезиологии, ей посвящено множество исследований. В то же время, остается открытым вопрос о роли капнографии у широкого спектра респираторных больных, в том числе, с дыхательной недостаточностью (ДН), в частности, для определения показаний к проведению неинвазивной вентиляции легких (НВЛ).

Цель: изучить роль капнографии в боковом потоке у больных респираторного профиля для определения показаний к проведению респираторной поддержки и оценки её эффективности.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе НУЗ "Дорожная клиническая больница на станции Чита-2": отделения терапии, ПИТ пульмонологического профиля и ОРТ. Критерии включения: пациенты с внебольничной пневмонией, инфекционным обострением ХОБЛ, обострением бронхоэктатической болезни (все со спонтанным дыханием). Критерии исключения: больные с онкологическими заболеваниями, иммунодефицитами, ИВЛ. Регистрация показателя EtCO_2 проводилась с помощью ультразвукового проточного капнографа "RespSense" (MedAir, Sweden). Критерием гиперкапнии считался показатель $\text{EtCO}_2 > 35$ мм.рт.ст. в покое или при тесте 6-минутной ходьбы. Все показатели были оценены при поступлении и в динамике через 7-10 дней с момента поступления. Для статистической обработки (сравнения признаков двух независимых групп) применяли методы непараметрической статистики (критерий Манна-Уитни).

Результаты исследования. В исследование включены 34 пациента респираторного профиля в терапевтическом отделении, ПИТ и ОРТ. Все пациенты получали антибиотики широкого спектра, бронходилататоры и инфузионную терапию, а также дополнительный кислород или респираторную поддержку по показаниям. Больные были разделены на 3 группы: I группа (n=14) - больные с гипоксемией и нормо/гипокапнией (ДН I типа); II группа (n=10) - больные с гипоксемией/гиперкапнией (ДН II типа), не получавшие респираторной поддержки; III группа (n=10) - больные с гипоксемией/гиперкапнией (ДН II типа), получавшие респираторную поддержку в неинвазивном варианте (через маску).

При анализе установлено, что пациенты II и III групп при поступлении имели значимо более высокий показатель ИМТ по сравнению с больными I группы: 32,6 [29;35] и 36,5 [31; 44] кг/м² против 27 [23,8; 30,7] кг/м²; более выраженную гипоксемию - SpO_2 : 85 [80; 94]% и 68 [66; 87]% против 90 [89; 96]%; больший уровень гиперкапнии: $\text{EtCO}_2 = 38$ [37; 44] мм.рт.ст. и 60 [56; 70] мм.рт.ст. против 32 [30; 34] мм.рт.ст. соответственно. Наиболее интенсивное наблюдение и терапия требовались пациентам III группы, которые имели значимо больший ИМТ ($p < 0,05$), более выраженную гипоксемию ($p < 0,05$) и гиперкапнию ($p < 0,05$). Кроме того, больные III группы были значимо моложе пациентов других групп: 47 [45; 60] лет против 67 [61; 80] в I группе и 71 [64; 77] во II группе. На фоне проводимой терапии, в т.ч. НВЛ (группа III), отмечалась положительная динамика основных респираторных показателей, в частности, уровня EtCO_2 . Лучшая динамика отмечалась в III группе, так уровень EtCO_2 в покое после 7-10 дней проведения неинвазивной вентиляции легких во II и III группах значимо не отличался: $\text{EtCO}_2 = 37$ [35; 40] мм.рт.ст. и 47 [40; 49,5] мм.рт.ст. ($p > 0,4$). Летальный исход наступил у 4 больных: 1 - в группе I, 2 - в группе II, 1 - в группе III. Значимых отличий по показателю летальности между группами больных не отмечено.

Выводы:

- 1) Исследование уровня EtCO_2 обосновано у контингента больных респираторного профиля для определения показаний к респираторной поддержке, особенно, у лиц с выраженным ожирением ($\text{ИМТ} > 35$ кг/м²) и молодого возраста;
- 2) Применение неинвазивной вентиляции легких позволяет значимо снизить уровень гиперкапнии.

**ГЕСТАЦИОННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ:
ВЛИЯНИЕ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ,
ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ**

Батрашкина М.М., Ульзутуева Е.Г.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

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

Цель работы. Изучить влияние гестационного сахарного диабета (ГСД), диагностированного согласно новым критериям (2012 г.), на течение беременности и родов, перинатальные исходы.

Материалы и методы. Нами проведен ретроспективный анализ 51 обменной карты беременных и 51 истории родов женщин с ГСД, 55 историй развития новорожденного из архива ГУЗ "Забайкальский краевой перинатальный центр" за 2013-2014 г.г. Полученные результаты обработаны в программе BioStat (версия 4.03, 1998 год) с использованием критерия Стьюдента и Microsoft Excel (версия 10.0). Исследуемые параметры приведены в виде средних величин со стандартным отклонением ($M \pm SD$). Статистически значимыми считали значения $P < 0,05$.

Результаты исследования. Средний возраст беременных с ГСД составил $30 \pm 6,03$ лет. При верификации ГСД средний срок беременности - $25 \pm 8,27$ недель. Средний уровень гликемии при выявлении гестационного сахарного диабета составил $6,3 \pm 1,4$ ммоль/л.

56,9% женщин были с отягощенным акушерским анамнезом. Осложнения беременности выявлены у 56,9% женщин, среди них ХФПН была у 89,7% женщин, угроза прерывания беременности - у 62%, преэклампсия - у 58,6%, многоводие - у 17,2% и маловодие у 3,4% женщин. Средний срок родоразрешения у женщин с ГСД составил $37,1 \pm 2,83$ недель. При наличии осложнений беременности родоразрешение проводилось на сроке $37,0 \pm 3,01$ недель, при отсутствии осложнений - на сроке $38,9 \pm 1,07$ недель ($P = 0,007$). Кесарево сечение проводилось в 47% случаев.

Осложненные роды состоялись у 52,9% женщин, среди которых преждевременное излитие околоплодных вод встречалось у 51,9%, слабость родовой деятельности - у 18,5% женщин, амниотомия - 14,8%, стремительные роды - у 7,4%, ягодичное предлежание - у 7,4% женщин и аспирация матки - у 7,4%. Акушерские пособия оказывались 3,4% женщин.

Неудовлетворительный перинатальный исход наблюдался в 47,3% случаев. Среди них недоношенных детей было 61,5%, церебральная ишемия отмечалась у 46,2% новорожденных, респираторный дистресс-синдром встречался в 19,3% случаев, врожденная пневмония выявлялась у 15,4%. Натальная травма шейного отдела позвоночника зафиксирована у 12,7% детей, задержка внутриутробного развития плода - у 11,5%, врожденные аномалии развития - у 7,7%, неонатальная гипогликемия и асфиксия легкой степени - у 3,9%. Средний вес новорожденных составил $3127 \pm 826,3$ г. 23,6% детей родились с весом менее 2500 г. Масса тела более 4 кг зафиксирована у 7,24% детей.

В 96% случаев назначалась диетотерапия, в остальных случаях - подколки инсулина короткого действия перед основными приемами пищи.

Выводы:

1. ГСД чаще выявляется в конце II триместра беременности.
2. Средний уровень гликемии при выявлении ГСД составлял $6,3 \pm 1,4$ ммоль/л.
3. Осложнения беременности выявлены у половины женщин с ГСД, при этом наиболее частые среди них ХФПН (89,7%), угроза прерывания беременности (62%) и преэклампсия (58,6%).
4. У половины женщин с ГСД роды были осложненными. В качестве осложнений чаще развивались преждевременное излитие околоплодных вод (51,9%) и слабость родовой деятельности (18,5%).
5. Неудовлетворительный перинатальный исход наблюдался у половины женщин с ГСД (47,3%), чаще проявлялся недоношенным сроком (61,5%) и церебральной ишемией плода (46,2%).
6. В подавляющем большинстве случаев ГСД гликемический контроль достигался с помощью диеты, в единичных случаях требовалось назначение инсулина.

СРАВНЕНИЕ РАСЧЁТНЫХ МЕТОДОВ ОЦЕНКИ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

Батуева С.Т., Григорьева О.О.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: к.м.н., доцент Рущкина Е.А.

Высокая актуальность проблемы ожирения в настоящее время обусловлена не только его большой распространенностью, начиная с детского возраста, но и многообразием клинических проявлений, негативным влиянием на сердечно-сосудистый риск и функцию почек. Ожирение инициирует нарушение системной и почечной гемодинамики, ишемию ткани почек, которые приводят к пролиферации мезангиальных клеток в почечных клубочках, продукции медиаторов фиброгенеза, атрофии эпителия канальцев. Данные изменения носят необратимый характер и служат причиной формирования фокально-сегментарного гломерулосклероза, который у таких больных протекает без нефротического синдрома и имеет длительный относительно "благоприятный" почечный прогноз.

На современном этапе, по мнению экспертов, оценка функции почек с использованием расчётных методов является более корректной по сравнению с определением концентрации креатинина сыворотки крови. На сегодняшний день в медицинской практике для расчета скорости клубочковой фильтрации (СКФ) используют формулы Кокрофта-Гаулта, MDRD, СКД-ЕРІ. Однако опыт применения формул для оценки СКФ показывает неоднозначность их интерпретации у разных категорий больных. На корректность расчетов могут влиять этническая принадлежность, пол, возраст, масса тела, уровень креатинина. Таким образом, представляется актуальным сопоставить возможности расчётных методов оценки СКФ для диагностики нарушения функционального состояния почек у пациентов с ожирением при нормальном уровне креатинина, что может позволить оптимизировать диагностику, профилактику и лечение поражения почек у данной категории больных.

Цель исследования сравнить расчётные методы оценки функции почек у больных с ожирением.

Материалы и методы. В исследование были включены 70 пациентов с ожирением I, II и III степени: 35%, 35% и 30% соответственно. Средний возраст составил $55,2 \pm 8,5$ года. Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывали по формуле Кетле: масса тела (кг)/рост (m^2). У всех больных уровень креатинина крови находился в пределах общепринятой нормы. Стадию ХБП устанавливали в соответствии с национальными рекомендациями 2011 года: при СКФ > 110 мл/мин/ $1,73 m^2$ - С1 (повышенная); СКФ > 90 мл/мин/ $1,73 m^2$ - С1 (оптимальная); СКФ $> 60 < 90$ мл/мин/ $1,73 m^2$ - С2 (незначительно сниженная); СКФ $> 45 < 60$ мл/мин/ $1,73 m$ - С3а (умеренно сниженная); СКФ $> 30 < 45$ мл/мин/ $1,73 m$ - С3б (существенно сниженная); СКФ < 30 мл/мин/ $1,73 m$ - С4 (значительно сниженная). СКФ определяли по формулам Кокрофта-Гаулта (СКФ1), MDRD (СКФ2), СКД-ЕРІ (СКФ3). При статистической обработке данных использовали программу "Statistica 6.0 Rus". Различия между выборками считали достоверными при значении для $p < 0,05$.

Результаты. При вычислении с использованием разных формул СКФ имела следующие значения: СКФ1 - $98,8 \pm 23,1$ мл/мин, СКФ2 - $73,0 \pm 17,7$ мл/мин/ $1,73 m^2$, СКФ3 - $73,9 \pm 19,0$ мл/мин/ $1,73 m^2$, при этом достоверных различий между СКФ2 и СКФ3 выявлено не было, в то время как СКФ1 была достоверно выше, чем СКФ2 и СКФ3 ($p < 0,001$ и $p < 0,001$ соответственно).

Таким образом, у больных с ожирением и нормальным уровнем креатинина крови расчет СКФ по формуле Кокрофта-Гаулта показал наличие оптимальной функции почек С1, а при определении СКФ по формулам MDRD и СКД-ЕРІ выявилось незначительное снижение функции почек, что соответствует С2.

Выводы: расчётные методики позволяют выявить доклиническое поражение почек. У больных с ожирением расчет СКФ по формуле Кокрофта-Гаулта выявляет завышенную СКФ, а по формулам MDRD и СКД-ЕРІ позволяет диагностировать ранние доклинические проявления поражения почек. Расчёт СКФ по формулам MDRD и СКД-ЕРІ является оптимальным методом определения функции почек у больных с ожирением, что позволяет своевременно начать проведение лечебных мероприятий, направленных на предотвращение прогрессирования хронической болезни почек у больных с ожирением.

ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ ГИПОГОНАДИЗМА ПО ДАННЫМ АНКЕТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Бекшаева Е.Н.

Читинская государственная медицинская академия, Чита
Научные руководители: к.м.н Присяник В.И., Бакалова Ю.В.

Актуальность. Не вызывает сомнений тот факт, что сахарный диабет (СД) представляет собой серьезную медико-социально-экономическую проблему, что обусловлено его высокой распространенностью, сохраняющейся тенденцией к росту числа больных, хроническим течением, высокой инвалидизацией и частотой осложнений. Распространенность гипогонадизма у больных СД составляет 33-50%, по литературным данным. Мужской гипогонадизм является важной клинической проблемой, при этом особую актуальность имеет возрастная форма заболевания. Диагноз "гипогонадизм" во всех случаях должен быть основан на клинических и лабораторных данных. Разработан ряд опросников, упрощающих выявление характерных клинических проявлений возрастного гипогонадизма, которые являются основанием для проведения лабораторной диагностики этого состояния и дальнейшей коррекции уровня тестостерона.

Цель работы. Выявить симптомы гипогонадизма у больных сахарным диабетом при помощи опросника симптомов старения мужчины (AMS).

Материалы и методы. Были обследованы 52 мужчин больных СД, средний возраст которых составил $53,6 \pm 11,3$. Длительность заболевания колебалась от 3 до 19 лет. Среди 52 больных сахарным диабетом было 17 больных СД 1 типа и 38 больных СД 2 типа. 49 пациентов находились на инсулинотерапии, из них с СД 2 типа - 32 человека. Уровень гликированного гемоглобина составил в среднем 8,8%. Всем пациентам проводили исследование, которое включало скрининг на выявление гипогонадизма посредством опросника - AMS (опросник симптомов старения мужчины). Опросник AMS включает оценку клинических симптомов гипогонадизма у мужчин. Оценка по AMS варьирует: 17-26 баллов - симптомы не выражены, 27-36 баллов - симптомы слабо выражены, 37-49 баллов - симптомы средней выраженности и более 50 - симптомы резко выражены. Исходные данные представлены в виде медианы (Me) и 25 и 75 перцентилей. Сравнение нескольких групп осуществлялось по методу Крускала - Уоллиса, парное сравнение 2х независимых групп проводилось методом Манна - Уитни. Статистически значимые отличия считались при $p < 0,05$.

Результаты исследования. У обследуемых пациентов с СД суммарный показатель оценки возрастного гипогонадизма при анкетировании AMS составил: в группе больных с СД 1 типа - 38 [24; 66], у пациентов с СД 2 типа - 44 [33; 68], что может свидетельствовать о наличии клинической симптоматики гипогонадизма. Кроме этого, все пациенты были распределены на группы: 1-ую группу больных со стажем заболевания до 5 лет составили 15 человек, 2-ую группу с длительностью заболевания от 5 до 10 лет - 18 больных, 19 человек с сахарным диабетом более 10 лет - 3-я группа больных. У обследуемых пациентов суммарный показатель проявления симптомов при анкетировании AMS составил: в первой группе больных (стаж СД менее 5 лет) - 39 [24; 54], во 2-ой группе (с длительностью заболевания менее 10 лет) - 41 [24; 68], а у пациентов третьей группы со стажем СД более 10 лет - 45 [34; 75], что указывает на возможный недостаточный уровень концентрации тестостерона во всех исследуемых группах больных независимо от продолжительности сахарного диабета. Также было отмечено, что наибольший суммарный показатель при оценке симптомов проявления старения мужчины (опросник AMS) был достоверно выше у пациентов в 3-ей группе, по сравнению с 1-ой и 2-ой группами ($p < 0,05$).

Выводы.

1. У больных с СД 1 и 2 типа с недостигнутыми целевыми показателями HbA1c суммарный показатель проявления симптомов опросника AMS, свидетельствует о наличии симптомов гипогонадизма, вне зависимости от стажа заболевания.
2. Активное выявление гипогонадизма у мужчин среднего и пожилого возраста и своевременная коррекция его позволит улучшить состояние компенсации углеводного обмена при сахарном диабете, а, следовательно, положительно отразится на качестве жизни пациента.

ТИП КУРИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Белозерцева Н.Ф.

Читинская государственная медицинская академия, Чита
Научный руководитель: к.м.н., доцент Цырендоржиева В.Б.

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения на сегодняшний день 1,3 миллиарда населения нашей планеты находятся в зависимости от табака. Одним из основных факторов развития хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) является курение. Эта патология характеризуется необратимой или частично обратимой, прогрессирующей обструкцией бронхов, что ведет к нарушению функции легких и развитию хронической гипоксии, что не может не отразиться на состоянии других органов и систем. Поэтому представляется интересным выяснить типы курительного поведения, характерные для больных с ХОБЛ.

Цель работы: определение типа курительного поведения у больных с ХОБЛ.

Материалы и методы: исследовано 32 пациента с хронической обструктивной болезнью легких и 32 здоровых, но некурящих людей. Исследование проводилось с помощью анкеты Д. Хорна для определения типа курительного поведения.

Результаты: из 32 пациентов с диагнозом ХОБЛ мужчин оказалось - 21 чел., женщин - 11 чел., в возрасте от 37 до 65 лет. Стаж курения у мужчин составил - 18 ± 9 лет, у женщин - 14 ± 7 лет. По данным анкеты Д. Хорна тип курительного поведения "стимуляция" у 10 чел. (17 баллов), "расслабление" - 4 чел. (16 баллов), "поддержка" - 4 чел. (15 баллов), "рефлекс" - 9 чел. (13 баллов), "жажда" - 3 чел. (11 баллов.), "игра с сигаретой" - 2 чел. (9 баллов). Наиболее частым типом курительного поведения являются "стимуляция" - 31,2% и "рефлекс" - 28,1%. Затем типы курительного поведения "расслабление" и "поддержка" - 12,5%; "жажда" - 9,4%, реже всех встречается "игра с сигаретой" - 6,25%. Типы курительного поведения "стимуляция, рефлекс, жажда, поддержка" характеризуются высокой степенью зависимости от никотина и развитием у пациентов сильной физической и психоэмоциональной зависимости.

В группе здоровых, но курящих людей, типы курительного поведения распределились следующим образом: тип "стимуляция" характерен для 10 чел. (18 баллов), "расслабление" для 6 чел. (16 баллов), "поддержка" для 10 чел. (14 баллов), "рефлекс" для 3 чел. (12 баллов), "жажда" для 2 чел. (11 баллов), "игра с сигаретой" для 1 чел. (10 баллов). Наиболее часто встречаются типы "стимуляция" и "поддержка" по 31,2%, затем "расслабление" - 18,7%, "рефлекс" - 9,4%, "жажда" - 6,25% и "игра с сигаретой" - 3,12%. Стаж курения в здоровой группе у мужчин составил - 15 ± 7 лет, у женщин - 10 ± 4 года.

Выводы: больные с ХОБЛ имеют больший стаж курения, чем здоровая группа людей. У пациентов с ХОБЛ преобладают такие типы курительного поведения, как "стимуляция" и "рефлекс", тогда как у здоровых - "стимуляция" и "поддержка". Такие типы курительного поведения характеризуются высокой степенью зависимости от никотина, что ухудшает качество жизни больных ХОБЛ, а у здоровых, но курящих людей, повышает риск развития болезни.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ И ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ В Г. ЧИТА

Бочкарева Л.С., Федоренко И.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита
Научный руководитель: к.м.н., доцент Морозова Е.И.

По данным официальной статистики МЗ РФ, заболеваемость внебольничной пневмонией в России среди лиц старше 18 лет постоянно находится на достаточно высоком уровне: 10-15 случаев на 1000 человек в год (10-15%). При этом смертность от пневмоний в России в течение ряда лет занимает одно из ведущих мест в структуре смертности от болезней органов дыхания

2% - 30% (в среднем 14%) и продолжает сохраняться на высоком уровне, причем за последние годы отмечено значительное увеличение количества смертей от пневмоний среди лиц трудоспособного возраста. В настоящее время в РФ пневмонии занимают 1-е место среди причин летальности от инфекционных болезней и 6-е - среди всех причин летальности. Серьезную проблему представляют внебольничные пневмонии для лиц пожилого и старческого возраста. При этом этиология большинства пневмоний остается неустановленной.

Цель исследования. Определить этиологические факторы внебольничной пневмонии и изучить их взаимосвязь с гендерными особенностями пациентов.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 84 историй болезни пациентов с внебольничной пневмонией (43 женщины и 41 мужчина), находившихся на лечении в ГУЗ ККБ с ноября 2013 года по октябрь 2014 года включительно. Средний возраст пациентов составил $49,1 \pm 13,2$ лет. Обработка полученных данных осуществлялась с помощью пакета статистических программ Statistica 6,0 (StatSoft).

Полученные результаты. Из числа всех пациентов доля мужчин составила 49% , женщин- 51%.

В ходе исследования выявлено, что 17% больных принадлежат к возрастной группе от 16 до 35 лет, 41% - от 36 до 55 лет, 42% - старше 55 лет. 39% больных при поступлении находились в тяжелом состоянии в отделении реанимации. Наибольшая заболеваемость пневмонией приходится на март - 20,2%, апрель - 12% и ноябрь - 19%. Анализируя данные бактериального посева мокроты у пациентов, выявлено, что в 43% случаев были получены условно-патогенные микроорганизмы (*Str. Oralis*, *Stf. Epidermidis*, *Str. Mitis*, *Neisseria subflava*). По данным остальных результатов бактериального посева получены следующие инфекционные возбудители в различных вариантах сочетания: 14,6% - *Kl. Pneumonia*, 17% - *S. Haemolyticus*, 9,7% - *E.coli*, 9,7% - *Acinobacter*, 7,3% - *S.Aureus*, 9,7% - *E.Aerogenes*, 7,3% - *Eur.Faecalis*, 2,4% - *S.Bovis*, 2,4% - *N.Sicca*, 2,4% - *K.Ozanae*, 16% - *Candida Albicans*. При этом чаще всего в отделение реанимации госпитализировались пациенты с *S. Haemolyticus* и *Acinobacter* (26,7%). В ходе исследования выявлено, что *Kl. Pneumonia* в большем количестве случаев имела резистентность к азитромицину (16%) и офлоксацину (50%), с наибольшей чувствительностью к амоксициллину. В то время как другие возбудители показывали резистентность преимущественно к азитромицину (49%) и тетрациклину (15%), с хорошим процентом чувствительности к офлоксацину (36%) и амоксициллину (47%).

Выводы. В ходе исследования выявлено, что доля заболевших пневмонией среди мужчин и женщин практически равна, большая часть заболевших находилась в возрастном диапазоне от 36 до 55 и старше 55 лет. Более 1/3 пациентов поступали с пневмонией тяжелой степени. Пик заболеваемости внебольничной пневмонией приходится на ноябрь и март, что может быть обусловлено ростом острых респираторных вирусных инфекций в это время года. Практически у половины пациентов исследование мокроты на бактериальный посев оказалось неинформативным, наиболее частыми возбудителями внебольничной пневмонии являлись *S. Haemolyticus* и *Kl. Pneumonia*. По данным антибиотикограммы выявлена различная чувствительность возбудителей к амоксициллину и офлоксацину, высокая резистентность к азитромицину.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛОДЫЖЕЧНО-ПЛЕЧЕВОГО ИНДЕКСА У ПАЦИЕНТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО И КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЙ

Будаева Т.А., Мункина Ч.Ц., Юнжапова В.Б.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

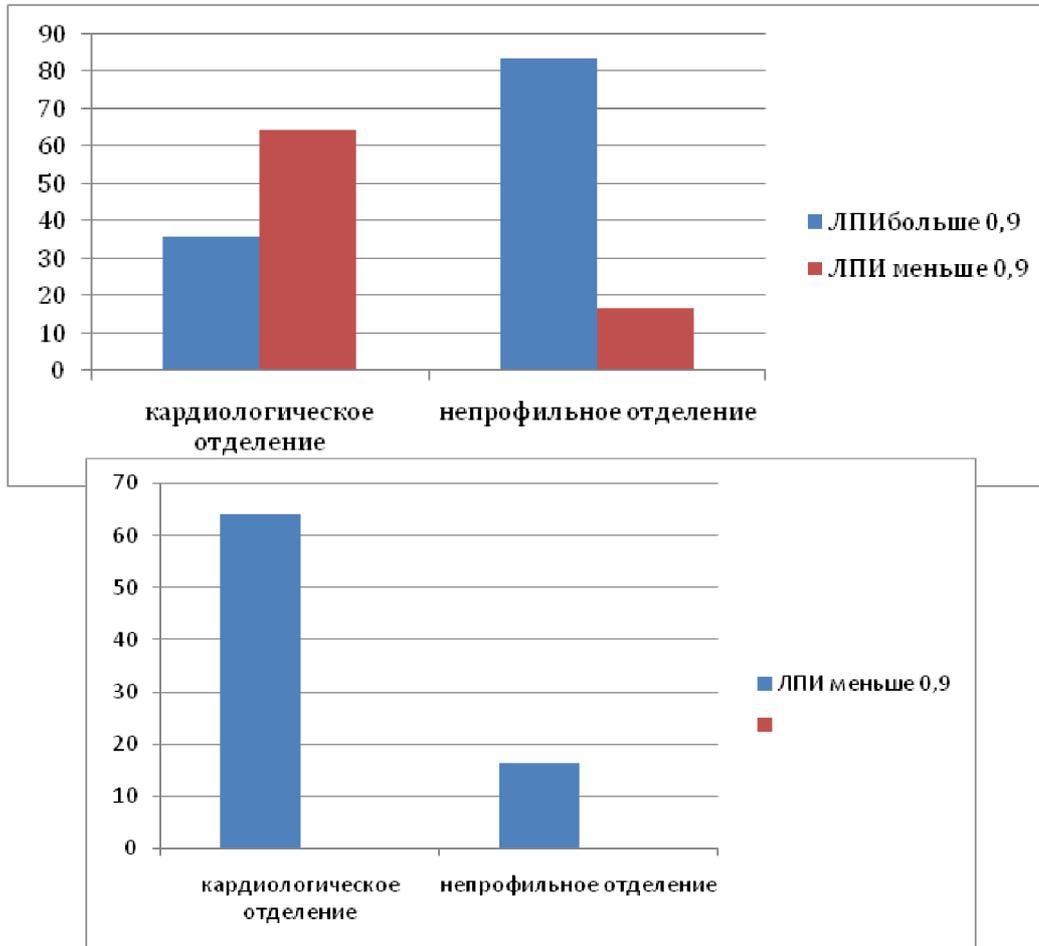
Научный руководитель: д.м.н. Соколова Н.А.

В настоящее время одним из наиболее информативных методов инструментальной оценки субклинических проявлений атеросклероза различных сосудистых бассейнов является лодыжечно-плечевой индекс (ЛПИ). Снижение ЛПИ является фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. В этой связи **целью** работы явилось оценить ЛПИ у пациентов с подтвержденными сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) и без таковых.

Материалы и методы. 1. Практический (определение ЛПИ путем измерения уровня САД плечевых и заднеберцовых артерий полуавтоматическим тонометром Omron). Обследовано 52 пациента, 28 из которых находились на стационарном лечении в кардиологическом отделении по поводу обострения ИБС, а 24 - в терапевтическом (без ССЗ) 1 ГКБ.

2. Статистический анализ (обработка данных в программе BIOSTAT 2008 с использованием t-критерия Стьюдента).

Результаты. У пациентов кардиологического отделения выявлено снижение показателя ЛПИ меньше 0,9 в 64,3% (24 человека), а в терапевтическом - 16,6% (4 больных).



Выводы. Таким образом, показатель ЛПИ у большего числа пациентов кардиологического отделения снижен, в сравнении с таковым у больных без признаков ССЗ, что говорит о высоком диагностическом потенциале данного неинвазивного метода исследования и должен более широко использоваться в практической медицине.

ОЦЕНКА МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ ТОНКОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Будников А.А., Измайлова О.Н., Гладких Е.А.

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

Известно, что расстройства функции тонкой кишки у больных с заболеваниями гастродуоденальной зоны, в том числе и при панкреатите, встречаются не менее чем в 50-80% случаев. Одним из наиболее информативных и доступных методов диагностики заболеваний тонкой кишки остается традиционное рентгенологическое исследование с искусственным контрастированием, которое позволяет получить объективную информацию о моторно-эвакуаторной функции

тонкой кишки, а также оценить состояние ее слизистой. Однако данное исследование в большинстве медицинских учреждений не находит должного применения.

Цель работы. Оценить состояние моторно-эвакуаторной функции тонкой кишки у больных с хроническим панкреатитом.

Материалы и методы. Всего обследовано 37 больных, проходивших лечение по поводу обострения хронического панкреатита. Средний возраст составил $47,3 \pm 1,6$ лет. Всем пациентам выполняли рентгеноскопию желудка и 12-ти перстной кишки, а также энтерографию с пищевой нагрузкой. Изучение моторно-эвакуаторной функции тонкой кишки проводили под непосредственным рентгеноскопическим контролем до момента поступления контрастной взвеси в толстую кишку. Фиксировали время прохождения взвеси бария по тонкой кишке, оценивали состояние пропульсивной и сегментирующей перистальтики, а также характер строения слизистой тонкой кишки и наличие и количество в ней слизистого содержимого.

Результаты и их обсуждение. В результате исследования у 32 (86,5%) больных с обострением хронического панкреатита было установлено выраженное расстройство моторно-эвакуаторной функции тонкой кишки. При этом преобладало ускорение пассажа бариевой взвеси по тонкой кишке, достигавшее в части случаев 20 и менее минут. Наряду с этим отмечалось усиление пропульсивной перистальтики, выразившееся в увеличении ее частоты и глубины. Следует отметить, что зафиксированная усиленная гипермоторная функция сохранялась у больных несмотря на прием спазмолитических препаратов при лечении основного заболевания. Существенных изменений рельефа слизистой, а также признаков гиперсекреции отмечено не было. Также нами не было установлено задержки эвакуации из желудка, в то время как данный признак, согласно литературным данным, является характерным для острого панкреатита.

Выводы. Таким образом, у большинства больных с хроническим панкреатитом отмечается расстройство моторно-эвакуаторной функции тонкой кишки по гипертоническому типу. Ускорение прохождения пищевого содержимого по тонкой кишке может быть одной из причин, влияющих на нарушение перевариваемости пищи при хроническом панкреатите. Мы полагаем, что применение рентгенологического исследования тонкой кишки у больных с хроническим панкреатитом позволит своевременно осуществлять медикаментозную коррекцию ее функциональных расстройств и, возможно, улучшит результаты лечения основного заболевания.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ ИНТРАПУЛЬМОНАЛЬНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С ИНФЕКЦИЯМИ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Бурцева М.А., Гранина Е.А., Грузинцева А.А., Коношенко М.В., Шилин Д.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

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

Введение. Инфекции нижних дыхательных путей (ИНДП) - самые частые заболевания человека. Они имеют важное значение не только в медицинском, но и в социально-экономическом аспекте, так как характеризуются высокой заболеваемостью, как у детей, так и у взрослых, высокой летальностью, являются серьезным экономическим бременем для общества. Методика интрапульмональной перкуссионной вентиляции легких (ИППВ) широко применяется в терапии хронических легочных и нейромышечных заболеваний, способствуя мобилизации и удалению патологического секрета дыхательных путей. В то же время, количество исследований, посвященных применению методики ИППВ при острых инфекциях, остается незначительным.

Цель работы. Оценить эффективность ИППВ как дополнительного режима терапии инфекций нижних дыхательных путей.

Материалы и методы. В проспективное исследование были включены 30 пациентов с ИНДП в ОРИТ, ПИТ и терапевтическом отделении НУЗ Дорожная клиническая больница ст. Чита-II. Критерии включения: пациенты с внебольничной пневмонией, инфекционным обострением ХОБЛ, обострением бронхоэктатической болезни. Критерии исключения: пациенты с онко-

логическими заболеваниями, иммунодефицитами. Диагноз и степень тяжести ИНДП были установлены согласно клиническим рекомендациям Российского /Европейского респираторного обществ. Все пациенты получали дополнительный кислород или респираторную поддержку, антибиотики широкого спектра, бронходилататоры и инфузионную терапию. Для проведения ИППВ использовался аппарат IPV-НС (Percussionare, USA). У всех больных оценивались: физикальные данные, лабораторный минимум, показатели были оценены при поступлении и в динамике через 7-10 дней с момента поступления. Для сравнения признаков двух независимых групп применяли методы непараметрической статистики (критерий Колмогорова-Смирнова).

Результаты. Пациенты были разделены на 2 группы: I группа (n=15) - больные с пневмонией тяжелого течения, тяжелым обострением ХОБЛ и бронхоэктатической болезни, находящиеся на лечении в ОРИТ и ПИТ и получающие стандартную терапию; II группа (n=15) - больные с пневмонией тяжелого течения, тяжелым обострением ХОБЛ и бронхоэктатической болезни, получающие в дополнение к стандартной терапии курсы ИППВ (через открытый контур, 2 сеанса в день по 20-30 минут).

При анализе установлено, что пациенты I и II групп имели сопоставимый показатель SpO_2 при поступлении: 88 [77; 95]% и 89 [80; 94]%; сопоставимый уровень ЧДД: 24 [20; 26] в минуту и 25 [21; 27] в минуту соответственно; а также сопоставимые показатели спирографии: ПСВ=140 [70; 210] л/минуту и 130 [100; 180] л/минуту; и сопоставимый уровень маркеров воспаления: СРБ=80,7 [58; 110] мг/л и 98,5 [64; 156] мг/л соответственно.

При сравнении пациентов I и II групп в динамике установлено, что больные, получавшие ИППВ, через 7-10 суток имели лучшие показатели оксигенации: $SpO_2=92$ [90; 96]% против 95 [94; 96]% ($p<0,05$); спирографии: ПСВ=170 [120; 230] л/минуту и 270 [231; 1375] л/минуту соответственно ($p<0,05$); значимо меньший уровень биомаркеров воспаления: СРБ=49,7 [36; 88] мг/л против 38 [20,6; 96,5] мг/л соответственно ($p<0,05$). Летальный исход наступил у двух больных в группе I, во II группе летальных исходов не отмечено. Длительность госпитализации у пациентов I и II групп значимо не различалась: 15 [12; 17] койко-дней и 14 [12; 15] койко-дней ($p>0,5$); однако больные II группы значимо меньше находились на лечении в ОРИТ: 4 [3; 5] дня против 7 [4; 9] дней во II группе ($p<0,05$).

Выводы. Применение методики ИППВ для лечения ИНДП тяжелого течения позволяет значимо улучшить показатели газообмена (увеличить SpO_2), бронхиальной проходимости и снизить уровень системного воспаления. Кроме того, использование ИППВ ассоциировано с меньшим нахождением больных в ОРИТ.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ "СПАЙСАМИ"

Ведерникова Т.К.

Читинская государственная медицинская академия, Чита
Научный руководитель: д.м.н., профессор Филёв А.П.

Курительные смеси стремительно распространяются среди молодежи в нашем регионе. Эпидемия зародилась в США в 2006 году, в Европе в 2008, в России в 2009 и достигла Забайкальского края в 2014 году. Использование курительных смесей вызывает психоактивный эффект. Их активным веществом являются синтетические каннабиноиды, действующие на СВ1/СВ2 рецепторы организма человека и вызывающее зависимость после первого курения. Существуют натуральные и синтетические "Спайсы". В состав натуральных смесей входят компоненты растений, таких как шалфей предсказателей, голубой лотос, гавайская роза, багульник, белена, бузина и др. Смесь трав вызывает различные эффекты: галлюцинации, угнетение при длительном употреблении памяти и интеллекта. Данную смесь в древние времена использовались в различных обрядах. Синтетические курительные миксы - это наркотические вещества, которые с целью маскировки особым образом обработаны в лабораторных условиях, вызывают зависимость медленно, крепко, зловредно и навсегда. Россыпь, spice, спайсы - смесь делается

путем проваривания, пропитывания растительного компонента (цветки ромашки, пустырник, мать-и-мачеху, приобретенных в аптеке) в растворе синтетического наркотика. При собственном изготовлении достаточно приобрести 1 гр. концентрированного порошка, развести, пропитать либо проварить в растворе любую траву для курения.

В Забайкальский край "Спайсы" огромными партиями завозятся из Китая. Распространяются любыми способами и даже по почте.

Целью исследования явилось изучение клинических особенностей и оказание неотложной помощи при остром отравлении курительными смесями, в связи с недавним появлением данного состояния в регионе и учащением случаев отравлений.

Задачи: 1) Выявить группы риска по отравлению "Спайсами". 2) Изучить клинические особенности отравления. 3) Определить принципы оказания неотложной помощи.

Материалы и методы. Проанализированы 14 историй болезни с диагнозом отравление курительной смесью, поступивших в токсикологическое отделение ГУЗ Городской больницы №1 в период с сентября 2014 по февраль 2015 гг.

60% составляют школьники и студенты колледжей в возрасте от 16 до 21 года, 20% от 22 до 27 лет и 20% от 28 лет и старше. Из 14 случаев 1 (7%) страдает алкогольной зависимостью и 1 (7%) наркотической. Отравление средней степени тяжести получили 11 случаев, тяжелой 3 случая, что соответственно составило 78% и 22%.

Внешними симптомами наркотического опьянения являются: краснота глаз (100%), размашистость (71%) или заторможенность (29%) движений, неестественность поз (100%), расслабление речевой мускулатуры и, как следствие, невнятность речи (73%). Для легкой степени характерно состояние одурманивания. Для средней - беспричинный смех (64%), болтливость (78%), перепады настроения (92%). Для тяжелой - неподвижность мимической мускулатуры (21%), фиксированный взгляд (21%), сопор (21%), нарушение сознания вплоть до комы (7%), бред, неадекватная оценка происходящего (22%). Независимо от тяжести наркотического опьянения, его пик длится не более двух часов с острым галлюцинозом в 100% случаев. Учитывая неспецифичность симптомов, диагностика основывается на анамнезе, клинко-токсикологическом исследовании: наличие каннабиноидов.

Антидотной терапии - нет. Проводится дезинтоксикационная терапия, форсированный диурез и симптоматическая терапия.

Выводы: основной группой риска при отравлениях "Спайсами" являются школьники и студенты средних учебных заведений. Особенности клинических проявлений явились острый галлюциноз, двигательные расстройства, невнятность речи, психомоторное возбуждение, тяжелые нарушения сознания (сопор, кома I). Неотложная помощь заключается в госпитализации, скорейшем проведении детоксикации, форсированного диуреза и симптоматическом лечении.

ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ: СОВРЕМЕННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ И РЕАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

Викулина Е.И., Перевалова Т.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

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

Цель исследования: Оценить особенности клинического течения острого коронарного синдрома (ОКС) в Забайкальском крае и соответствие ведения пациентов современным клиническим рекомендациям.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ карт стационарного наблюдения 120 пациентов с ОКС, находившихся на лечении в Региональном сосудистом центре (РСЦ) в 2014 году. Карты отбирались случайным образом, по 10 карт в каждом месяце года. Лица мужского пола составили 70,8% (85 человек), на долю женщин пришлось 29,2% (35 человек). Средний возраст мужчин составил $61,9 \pm 8,9$ года, средний возраст женщин $66,8 \pm 10,1$ лет ($p < 0,05$). Для обработки полученных данных применялись методы описательной статистики, критерий Манна-Уитни.

Результаты. Случаи ОКС с подъемом сегмента ST (ОКСпST) составили 38,3% наблюде-

ний (56 человек), ОКС без подъема сегмента ST (ОКСбпST) - 61,6% случаев (74 человека). Стратификация риска проводилась по шкале TIMI и выявила низкий риск у 8,3% больных, умеренный риск - у 32,5 % пациентов, высокий риск - в 8,3% случаев. При этом у 12,5% больных стратификация риска не производилась. Осложнения ОКС представлены: ОЧН по Killip I-II составили 88,3%, ОЧН по Killip III - 4,2% , ОЧН по Killip IV - 7,5% случаев. По срокам доставки в стационар от момента дебюта клинических симптомов пациенты распределились следующим образом: 25,8% случаев - до 2 часов, 60,8% случаев - от 2 до 12 часов, 13,3% пациентов - более 12 часов. Для верификации диагноза инфаркта миокарда исследование сердечных тропонинов проводилось в 59,5% случаев при ОКСбпST и у 76,8% пациентов при ОКСпST. На догоспитальном этапе нитраты короткого действия назначались в 92,5% случаев; дезагрегантная терапия в нагрузочных дозах (ацетилсалициловая кислота 500 мг, клопидогрел 300 мг) двухкомпонентная - у 57,5%, однокомпонентная - у 25,8% больных; наркотические анальгетики вводились в 37,5% случаев; болюсное введение НФГ проводилось у 56,6% пациентов; β -адреноблокаторы назначались в 24,2% случаев; системный тромболитический проводился всего 4,2% пациентов. При ОКСбпST инвазивная стратегия выбрана у 94,6% пациентов, в том числе экстренная - у 18,6 % пациентов, из них 100% ЧТКА, стентирование; ранняя - у 75,7% больных, из них 31 пациенту выполнено ЧТКА, стентирование (58,4%) и 2 пациентам баллонная ангиопластика (3,7%); у 20 человек выполнена КАГ (37,7%), не выявлено гемодинамически значимых стенозов и рекомендовано медикаментозное лечение. Первично консервативная стратегия выбрана у 5,4% пациентов. Среди пациентов, поступивших в РСЦ с ОКСпST, реперфузионная терапия проводилась у 46 больных, т.е. в 82,2% случаев. При этом всего 19,6% больных выполнялось первичное ЧКВ, из них у 9 человек выполнена ЧТКА со стентированием и у 2 больных - баллонная ангиопластика. Спасительное ЧКВ после системного тромболитического на догоспитальном этапе выполнено 8,9% пациентов. В 71,42% случаев ЧКВ выполнено спустя более 2 часов от возникновения ангинозного синдрома, из них в 75% случаев - ЧТКА со стентированием, 25% пациентов выполнена КАГ, рекомендовано АКШ. Прямые антикоагулянты в ОАР ОКС в раннем периоде заболевания назначены 93,3% пациентов, целевые уровни АЧТВ (50-70 сек) были достигнуты в 55,8% случаев. В отделении кардиологии НФГ подкожно получали 58,3% пациентов, НМГ - 44,2% больных. Двухкомпонентную дезагрегантную терапию получали 96,6% пациентов. β -адреноблокаторы на госпитальном этапе получали 85,8% больных. Целевые уровни ЧСС (50-60 в минуту) достигнуты у 15% леченных. У 11 человек терапия β -блокаторами была лимитирована наличием брадикардии, у 4 пациентов - наличием бронхиальной астмы. ИАПФ, АРА получали 75,8% пациентов. Нитраты получали 64,16% пациентов, статины назначены в 100% случаев. На момент выписки пациентов из стационара у 30% больных был установлен диагноз ИМ с зубцом Q, у 30,8% пациентов - нестабильная стенокардия; в 39,6% случаев - ИМ без зубца Q. Средние сроки лечения составили $11,6 \pm 2,8$ дней у мужчин и $12,1 \pm 3,4$ дня у женщин ($p > 0,05$).

Выводы: Таким образом, в целом ведение больных ОКС в РСЦ Забайкальского края соответствует современным клиническим рекомендациям, однако необходимо оптимизировать оказание помощи на догоспитальном этапе с целью возможно более ранней доставки пациентов в РСЦ для проведения инвазивного лечения, а в случае, если доставка в течение 2 часов по объективным причинам невозможна - более широко применять догоспитальный тромболитический.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА

Войтюк М. Н. , Ивашко Т. В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

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

Цель: Оценить особенности течения хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) в зависимости от гендерных различий.

Задачи: 1. Провести анализ течения ХОБЛ в зависимости от варианта и степени тяжести у мужчин и женщин. 2. Проанализировать клиническую картину ХОБЛ в зависимости от пола.

3. Исследовать особенности спирометрии у мужчин и женщин. 4. Оценить распространение курения и наличия сопутствующей патологии у мужчин и женщин.

Материалы и методы. Было проанализировано 147 историй болезни пациентов с ХОБЛ, находившихся на стационарном лечении в Краевой клинической больнице и городской клинической больнице №1 г. Читы в 2014 г. Пациентов разделили на две группы. 1-ю группу составили 91 мужчина, среднего возраста $62,6 \pm 1,37$ лет, 2-я группа - 56 женщин, среднего возраста $61,6 \pm 1,58$ лет. В обеих группах оценивалась клиническая картина, варианты течения, степень тяжести ХОБЛ, наличие сопутствующей патологии, распространенность курения. Исследовались показатели спирометрии (ЖЕЛ, ОФВ1, индекс Тиффно (ИТ) и уровень гемоглобина. Статистическая обработка проводилась с помощью описательной статистики, критерия Стьюдента и χ^2 (программное обеспечение Биостат).

Результаты. Наиболее часто диагностировался смешанный вариант течения ХОБЛ: в 51,6% случаев у мужчин и в 41% - у женщин ($p=0,38$). Эмфизематозный вариант имел место у 44,6% женщин и у 28,5% мужчин ($p=0,225$). Бронхитический вариант обнаруживался в 20,8% случаев у мужчин и в 14,2% - у женщин ($p=0,98$). Наиболее часто встречалось тяжелое течение ХОБЛ: в 64% случаев у мужчин и в 66% - у женщин ($p=0,9$). Причиной этому послужило то, что исследование проводилось в стационаре. В клинике преобладала одышка смешанного характера в обеих группах (82,4% и 83,9% соответственно ($p=0,95$)). Кашель имел место у 56% мужчин и 46,4% женщин ($p=0,62$), отделение мокроты беспокоило чаще женщин (50%), у мужчин встречалось в 39,5% случаев ($p=0,536$). Боли в грудной клетке при кашле выявлялись у 24,1% мужчин и у 41,6% женщин ($p=0,098$). При оценке показателей спирометрии ЖЕЛ у мужчин составила $2,1 \pm 0,91$ л, у женщин - $1,88 \pm 0,108$ л ($p=0,15$), ОФВ1- у мужчин регистрировался на цифрах в среднем $1,51 \pm 0,8$ л, у женщин - $1,33 \pm 0,07$ л ($p=0,262$). ИТ у мужчин составил $0,66 \pm 0,016$, такая же цифра была у женщин ($0,66 \pm 0,023$) ($p=0,831$). Повышение гемоглобина выявлено в 42,8% случаев у мужчин и в 28,5% случаев у женщин ($p=0,19$). Часто заболевание осложнялось развитием хронического легочного сердца: у 67,8% мужчин и у 56% женщин ($p=0,574$). Сопутствующая патология наблюдалась у большинства больных, из которой ишемическая болезнь сердца (ИБС) имела место у мужчин в 34% случаев, у женщин - в 26,7% ($p=0,618$). Нарушения ритма сердца регистрировались наиболее часто у мужчин (7,8%), у женщин эти нарушения развивались в 4,7% случаев ($p=0,321$). Курение было распространено в обеих группах: у мужчин - в 80,2%, у женщины в 60,7% случаев ($p=0,364$).

Выводы:

- 1) У мужчин наиболее часто диагностировался смешанный вариант течения ХОБЛ, а у женщин эмфизематозный.
- 2) Особенностью клинического течения ХОБЛ явилось наличие одышки и сухого кашля у мужчин, а у женщин - кашля с отхождением мокроты и болью в грудной клетке.
- 3) Данные спирометрии практически не отличались у мужчин и женщин.
- 4) Среди пациентов с ХОБЛ курение распространено чаще у мужчин. Из сопутствующей патологии ИБС и нарушения ритма сердца развивались также чаще у мужчин.

**ПАРАМЕТРЫ ЖЕСТКОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО РУСЛА
И УРОВЕНЬ ЦЕНТРАЛЬНОГО АОРТАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ
У БОЛЬНЫХ РАННИМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ**

Горбунова Т.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: д.м.н., профессор Горбунов В.В., к.м.н., доцент Аксенова Т.А.

Ревматоидный артрит (РА) - воспалительное ревматическое заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся симметричным хроническим эрозивным артритом периферических суставов и поражением внутренних органов. Хронический воспалительный процесс увеличивает риск развития сопутствующих заболеваний. Лидирующую позицию среди непосредственных причин преждевременной смерти при РА занимают сердечно-сосудистые заболевания. В последнее время в качестве интегрального показателя сердечно-сосудистого риска у больных РА

рассматривается жесткость артериальной стенки, одним из методов оценки которой является определение скорости распространения пульсовой волны (СРПВ).

Цель работы. Исследовать уровень центрального аортального давления, скорость распространения пульсовой волны у пациентов с ранним ревматоидным артритом.

Материалы и методы. Обследовано 10 пациентов, средний возраст составил $30 \pm 5,1$ лет с ранним РА умеренной и высокой активностью и длительностью заболевания от 1 месяца до 1 года, не имеющих сердечно-сосудистых заболеваний. Из них 2 мужчины и 8 женщин. Контрольную группу составляли 10 клинически здоровых лиц сопоставимых по возрасту и полу. Диагноз ревматоидного артрита устанавливался в соответствии с критериями ACR/EULAR, 1987/2010. Общая активность РА и функциональный класс регистрировались в соответствии с классификацией РА, принятой на пленуме ассоциации ревматологов России в 2007 г. У всех пациентов оценивали особенности клинической картины, определяли факторов сердечно-сосудистого риска. Количественная оценка активности РА проводилась на основании анализа клинической симптоматики с использованием индекса DAS 28. Индекс DAS 28 у пациентов с ранним РА составил от 3,9 до 7,1. Для оценки интенсивности боли использовалась 100 мм визуальная аналоговая шкала (ВАШ), которая позволяет оценить субъективные болевые ощущения, испытываемые пациентом во время исследования. Проводилась апплантационная тонометрия с контурным анализом пульсовой волны на аппарате SphygmoCor (AtCorMedical, Австралия). Исследовали следующие показатели: центральное систолическое давление, центральное диастолическое давление, центральное пульсовое давление, индекс аугментации (Alx), давление аугментации, СРПВ. Статистическая обработка проведена при помощи программы Statistica 6,0 с использованием U-критерия Манна-Уитни, корреляционный анализ выполнен с использованием критерия Спирмена.

Полученные результаты. При самооценке по ВАШ средние показатели интенсивности болевых ощущений составили $69,2 \pm 11,0$ мм, что характеризует их выраженную интенсивность.

Среди факторов сердечно-сосудистого риска у больных ранним РА наиболее часто встречались нарушения липидного спектра (53%) и курение (35%). Дислипидемия у обследуемых выявлена преимущественно II типа по Фредриксону (75,7%).

У больных ранним РА систолическое аортальное давление было увеличено на 25,4% ($p=0,005$), центральное пульсовое давление - на 12,5% ($p=0,005$) по сравнению с контрольной группой. Выявлено увеличение СРПВ на каротидно-фemorальном сегменте - на 12,9% ($p=0,005$), увеличение индекса аугментации (Alx) - на 51,9% ($p=0,008$) и давления аугментации - на 56% ($p=0,008$) по сравнению с контрольной группой, что свидетельствует о повышенной жесткости артериального русла и снижении эластических свойств сосудистой стенки.

Проведенный корреляционный анализ установил наличие положительных связей между СРПВ и индексом DAS 28 ($r=0,41$, $p=0,008$); индексом DAS 28 и Alx ($r=0,49$, $p=0,001$).

Вывод. У больных с ранним РА установлено повышение систолического аортального давления, центрального пульсового давления, увеличение СРПВ на каротидно-фemorальном сегменте, увеличение индекса и давления аугментации, что является неблагоприятным прогностическим признаком раннего развития сердечно-сосудистых событий у данной категории больных.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ КРИТЕРИИ ХОБЛ ПРИ СТАНДАРТНОЙ СХЕМЕ ТЕРАПИИ

Дампилов М.В., Замешаев М.С., Рахматуров А.Г.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: Коннов В.А.

У пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) эффективность проводимой терапии оценивается по клиническим и лабораторным показателям, отражающим степень выраженности дыхательной недостаточности и воспалительного ответа. ХОБЛ в России занимает 1-ое место в структуре распространенности болезней органов дыхания и остаётся

актуальной проблемой, так как следствиями заболевания являются временная и стойкая утрата работоспособности, инвалидизация пациентов.

Цель исследования: установить динамические различия клинических и лабораторных критериев ХОБЛ до и после стандартной схемы терапии.

Материалы и методы. Проведено нерандомизированное, проспективное, неконтролируемое исследование у 28 пациентов обоего пола, поступивших в ГУЗ Городская клиническая больница №1 г. Чита в период с ноября по февраль 2014-2015 гг. Объектом исследования являлись люди и их венозная кровь. Критерии включения в исследование: ХОБЛ лёгкой и средней степени тяжести в стадии обострения. Критерии исключения из исследования: возраст больше 65 лет, хроническая сердечная недостаточность II и III степени, туберкулёз, пневмония, сепсис, фебрильная лихорадка. Стандартная схема терапии включала в себя следующие группы препаратов: β_2 -адреномиметики либо М-холиноблокаторы, ксантины, цефалоспорины III поколения, муколитики.

При поступлении и через 7 дней измерялись число дыхательных движений (ЧДД) в 1 минуте, оксиметрия (SpO₂) в процентах пульсоксиметром Beijing Choice Electronic, модель MD300C5, оценивалось абсолютное количество лейкоцитов и гранулоцитов в общем анализе крови аппаратом ABX Pentra XL 80 методом Hematology Analyzer.

Статистический анализ проведен тестом Уилкоксона в программах Primer of Biostatistics (4,03) и Microsoft Excel 2007. Результаты представлены медианой и интерквартильным размахом с указанием точного значения статистической значимости (p).

Результаты. Выявлено, что абсолютное количество лейкоцитов крови на 7-е сутки 8,2 (6,7; 8,7) $\times 10^9$ /л меньше (p < 0,001), чем при поступлении 9,45 (7,95; 10,6) $\times 10^9$ /л; абсолютное количество гранулоцитов крови на 7-е сутки 5,4 (4,1; 6,45) $\times 10^9$ /л меньше (p < 0,001), чем при поступлении 7,1 (6; 8,3) $\times 10^9$ /л; ЧДД на 7-е сутки 20 (19; 21) в 1 мин меньше (p < 0,001), чем при поступлении 22 (20,7; 23) в 1 мин; SpO₂ на 7-е сутки 95 (92,7; 96) % больше (p < 0,001), чем при поступлении 92 (91; 93,2) %.

Выводы:

1. Стандартная схема терапии хронической обструктивной болезни легких лёгкой и средней степени тяжести уменьшает у пациентов дыхательную недостаточность.
2. Стандартная схема терапии у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких лёгкой и средней степени тяжести приводит к уменьшению воспалительного ответа.

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ
СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГРУППЫ КРОВИ ПО СИСТЕМЕ АВ0**

Евгалдаев С.Д., Илькова Е.В., Демакова Т.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: д.м.н. Соколова Н.А.

В настоящее время большое внимание уделяется проблеме взаимосвязи венозных и артериальных тромбозов от группы крови. Так, испанские ученые при изучении лиц с мутационными изменениями генов фактора V (Leiden) и протромбина G 20210A в своем исследовании (ABO blood group and thrombotic vascular disease), показали, что лица с группой крови A(II) более предрасположены к венозным и артериальным тромбозам. Исследований, проведенных в Забайкальском крае и посвященных этой проблеме, в изучаемой нами литературе, практически нет. В этой связи **целью** работы явилось выявить взаимосвязь между группой крови по системе АВ0 и частотой флеботромбозов/тромбофлебитов нижних конечностей в зависимости от принадлежности к той или иной группе крови в Забайкальском крае.

Материалы и методы. 1. Исторический (работа с первичной медицинской документацией ГУЗ ГКБ №1 г.Чита, второе хирургическое отделение в период с 2011-2014 гг.). Проанализировано 317 историй болезней пациентов с диагнозом: Флеботромбоз или Тромбофлебит. 2. Статистический.

Результаты. По половому составу мужчин в период с 2011-2014 гг. составляло 45,3% (143 пациен-

та), а женщин 54,8% (173 пациента). В 2011 году структура пациентов представлена: 31,9% - 0(I), 29,8% - A(II), 25,5% - B(III), 12,8% - AB(IV). При этом среди мужчин превалирует A(II) (46,2%), а среди женщин - B(III) (32,4). В 2012 году наибольшее количество случаев заболевания встречается у лиц с A(II) (34,8%). При анализе структуры заболеваний по гендерным различиям выявлено, что среди мужчин также как и в 2011 году наиболее часто встречается A(II) группа крови (44,4%), а среди женщин - 0(I) (35,7%). В 2013 году частота распространенности составила: 56,9% - A(II), 23,5% - 0(I), 19,6% - B(III), 0% - AB(IV). При этом среди мужчин и женщин вторая группа крови превалировала (59,1% и 55,2% соответственно). В 2014 году вторая группа крови также выявлена чаще как среди всех пациентов, так среди лиц мужского и женского пола (41,5%; 41,7%; 52,9% соответственно).



Выводы. Таким образом, пациенты с группой крови A (II) чаще страдали венозными тромбозами, в сравнении с другими группами крови. Кроме того, при анализе гендерных особенностей распространенности острого флеботромбоза также чаще регистрируется A (II) группа крови.

**ТРУДНОСТИ ПРИ ПОСТАНОВКЕ И ФОРМУЛИРОВКЕ ДИАГНОЗА
ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ПО ДАННЫМ ОТДЕЛЕНИЯ
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ ККБ
Емельянов А.С., Стафеев А.Н.**

Читинская государственная медицинская академия, Чита
Научный руководитель: к.м.н., доцент Малов В.И.

Несмотря на улучшение качества диагностики хронического панкреатита (ХП), в первую очередь за счет использования инструментальных методов - ультразвукового исследования, компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии и усовершенствованных лабораторных тестов, своевременное распознавание ХП остается одной из сложных проблем гастроэнтерологии. Так, частота гипердиагностики ХП достигает 61,9% на догоспитальном и 45,5% на раннем госпитальных этапах. Несколько реже имеет место недооценка проявлений панкреатита - в 10-43% случаев. Причинами частых диагностических ошибок являются особенности анатомического расположения органа, не специфичность клинических проявлений, ненадежность, сложность, низкие специфичность и чувствительность многих лабораторных тестов, что приводит к назначению неадекватного или несвоевременного лечения.

Целью настоящего исследования явилось изучение обоснованности постановки клинического диагноза и его соответствие принятой классификации, а также соответствие полноты обследования принятым стандартам диагностики.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе отделения гастроэнтерологии ГУЗ ККБ. Был проведен ретроспективный анализ 96 историй болезней больных с установленным диагнозом хронический панкреатит за период январь-март 2015 года. Средний возраст больных составил $43,7 \pm 18,8$ лет, из них мужчин - 38%, женщин - 62%. Статистическая обработка данных проводилась средствами прикладной программной системы STATISTICA 6.1. Для относительных показателей рассчитывалась их ошибка.

Результаты исследования. При ретроспективном анализе историй болезней выявлено, что болевой синдром мы наблюдали у 94% пациентов, в 19% случаев боль носила периодический характер, и приступообразный - в 75%. У всех больных отмечался симптом диспепсии, выраженный чаще тошнотой и рвотой, выраженная диспепсия встречалась у 12,5%. Индекс тяжести В по M-ANNHEIM выставлен 100% пациентов. Случаев гипергликемии среди исследуемых не выявлено, уровень глюкозы составил $4,7 \pm 0,6$ ммоль/л. Анализ копрограммы был назначен 62,5% больных; появление в кале нейтрального жира и переваримой клетчатки составили 19% и 66% соответственно.

Специфические для панкреатита изменения при ультразвуковом исследовании (УЗИ) наблюдались лишь в 27,5% случаев, чаще отмечалось гомогенное усиление эхогенности поджелудочной железы - 69%, у 12,5% больных изменений при УЗИ не обнаружено.

В структуре панкреатита преобладал хронический определенный панкреатит 87,5%, у остальных диагностирован пограничный панкреатит - 12,5%. В 6% случаев выставлена первая, в 94% - вторая стадия заболевания на основании клинических проявлений и данных УЗИ, не учитывая то, что "типичные признаки" хронического панкреатита без морфологической верификации не являются надежным диагностическим критерием.

Несмотря на то, что пациенты находились в отделении 7-10 дней, согласно национальным рекомендациям Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению хронического панкреатита, не выполнена комбинация инструментальных методов исследования: УЗИ и мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ). Хотя известно, что "диффузные изменения" в поджелудочной железе при проведении ультразвукового исследования не являются веским аргументом для установления диагноза хронический панкреатит.

Выводы. Таким образом, можно предположить гипердиагностику и некорректность верификации диагноза, всвязи с отсутствием комплексного обследования пациентов.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Еремин О.В., Потапова А.П., Матвеева Т.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

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

Попытки разделения больных по тяжести состояния предпринимаются достаточно давно. Начиная с 1997 года стали появляться специализированные шкалы, количественно стратифицирующие по тяжести и прогнозу пациентов с внебольничной пневмонией (ВП). В клинической практике используются двухступенчатая (нетяжелая, тяжелая) и трехступенчатая (легкая, среднетяжелая, тяжелая) степени тяжести ВП.

Цель работы. Сравнительный анализ двухступенчатой (нетяжелая, тяжелая) и трехступенчатой (легкая, среднетяжелая, тяжелая) оценки степеней тяжести внебольничной пневмонии у пациентов ГУЗ "Городская клиническая больница №1" г. Чита.

Материалы и методы. В исследование были включены 100 историй больных (68 женщин и 32 мужчин), среди которых в возрасте до 40 лет - 41 женщина, 19 мужчин, от 40 до 60 лет - 19 женщин и 8 мужчин, старше 60 лет - 8 женщин и 5 мужчин. Степень тяжести определялась последовательно: сначала по критериям двухступенчатой, потом - трехступенчатой шкал.

Результаты. Согласно критериям диагностики острой дыхательной недостаточности количество пациентов с тяжелым течением внебольничной пневмонии составило: по 2-ст. оценке тяжести - 41% (41 чел.), по 3-ст. оценке тяжести - 58% (58 чел.); по критерию гипотензии соответственно - 4% (4 чел. и 6% (6 чел.). С учетом критерия объема поражения легочной ткани по шкале 2-ст. оценки тяжести тяжелое течение ВП было у 33% (33 человека). По шкале 3-ст. оценке тяжести эти же больные распределились следующим образом: легкое течение - 32% (32 человека), тяжелое течение - 68% (68 человек). Степень оценки нарушения сознания не учитывалась, так как положительным такой критерий согласно данным историй болезни не был выявлен.

Выводы. Стратификация ВП по степени тяжести с учетом только одного критерия по двух-

ступенчатой шкале недостаточна и может привести к неправильной оценке тяжести течения ВП. Анализ всех клинических критериев заболевания по трехступенчатой шкале способствует более точной диагностике тяжести ВП.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ШКОЛЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ГУЗ "ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №5"

Еремин О.В., Нимбуева С.Г.

Читинская государственная медицинская академия, Чита
Научный руководитель: к.м.н., доцент Шелудько Л.П.

Артериальная гипертензия (АГ) является широко распространенным заболеванием, приводящим к возникновению тяжелых осложнений с ограничением трудоспособности и значительным затратам на лечение и реабилитацию. Доказано, что применение образовательных программ для пациентов способствует компенсации заболевания быстрее и лучше, чем традиционные формы работы с больными.

Цель работы. Изучить эффективность образовательной программы школы для пациентов с АГ в ГУЗ "Городская поликлиника №5".

Материалы и методы. Изучение результатов обучения в школе для пациентов с АГ проводилось путем оценки анкет, заполняемых ими в начале и после окончания программы обучения, отчета о работе школы за 2012-2014 годы.

Результаты. Ежегодно увеличивается доля обученных в школе от числа пациентов АГ, зарегистрированных в поликлинике: 2012 г. - 10%, 2013 г. - 19,4%, 2014 г. - 27,7%, что связано, вероятно, с активизацией профилактических мероприятий, в результате которых возросла выявляемость случаев АГ. Обучение в профильной школе проходят как "стажированные" пациенты с АГ, так и пациенты с впервые установленным диагнозом.

Всем пациентам проводилось обследование и анкетирование первично и после окончания обучения. У всех пациентов определяли суммарный риск развития фатальных сердечно-сосудистых заболеваний по шкале SCORE с учетом возраста, уровней холестерина (ХС), артериального давления (АД) и курения. Клиническая эффективность обучения оценивалась по динамике уровня АД, показателей липидного профиля, индекса массы тела (ИМТ), уровня физической активности (ФА), выполнению рекомендаций по терапии. Приверженность лечению оценивалась по посещаемости занятий и соблюдению пациентами рекомендованного режима. При первичном анкетировании определяли исходный уровень знаний пациентами о своем заболевании. Анкеты, включающие 29 вопросов, 9 из которых являются регистрирующими, пациенты заполняли самостоятельно. Анкетирование показало низкий уровень знаний пациентов: только 11,5% указали правильно величину нормального АД, 15,2% больных назвали в числе причин эффективного контроля АД предупреждение осложнений АГ и смогли их перечислить. Дневник АД вели 5,7%. Только 11% знали свой уровень ХС, 19% - массу тела (при этом 58% имели избыточную массу тела). 71% больных допустили ошибки в технике измерения АД. Регулярно принимали лекарственные препараты только 23% анкетированных.

По окончании занятий проводилось повторное анкетирование. Результаты анкетирования показали, что все пациенты довольны полученными знаниями и считают их полезными, 95% будут рекомендовать обучение в школе родственникам и знакомым, 93% приобрели тонометры. 90% больных начали и готовы продолжать вести дневник АД и поддерживать уровень рекомендованной ФА, 71% - выполнять рекомендации по правильному питанию. 17% решили продолжить обучение в профильных школах. Результаты контрольного обследования показали, что у 58% имеется тенденция к снижению уровня ХС крови, а приверженность к медикаментозной терапии повысилась до 77%. Также отмечено снижение частоты гипертонических кризов до 1,8%, случаев ВНТ - до 0,9% (в начале обучения 7,5% и 2,2% соответственно).

Выводы. Школа здоровья для больных является эффективным методом достижения конт-

роля заболевания, должна активно использоваться в профилактике и контроле заболевания в первичном звене здравоохранения. После школы у пациентов появляется мотивация к немедикаментозной коррекции и регулярной медикаментозной терапии под контролем уровня АД.

АНАЛИЗ ТОЧНОСТИ ГЛЮКОМЕТРА "САТЕЛЛИТ" ПКГ-03

Журавлева Ю.И., Иванец Е.Э., Людвикивич С.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

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

Актуальность. На территории России на январь 2015 г. зарегистрировано свыше 4 млн. больных сахарным диабетом (СД), с каждым годом их численность неуклонно растет. Основная цель терапии состоит в поддержании целевого уровня гликемии медикаментозными и немедикаментозными методами. Одной из составляющих этой терапии является использование средств самоконтроля уровня глюкозы - глюкометров. Существуют определенные технические отличия в работе глюкометров, которые отражаются на эффективности лечения СД и его осложнений.

Цель работы. Оценить точность глюкометра "Сателлит" ПКГ-03.

Материалы и методы. В исследуемую группу входили 143 пациента различных отделений ККБ. Из них 81 женщина и 62 мужчины, средний возраст составил 46,9 лет. Материал для исследования - цельная кровь больных, забранная утром натощак из кубитальной вены и капиллярная кровь, одновременно забранная из пальца. Результаты биохимического определения глюкозы были получены в лаборатории ККБ.

Статистическая обработка проводилась в программе Statistica 6.1 с расчетом медианы, 25-ого и 75-ого перцентилей, критерия Вилкоксона. Отличия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. При сравнении показателей гликемии натощак, определенной в биохимической лаборатории, и показателей, определенных с помощью глюкометра "Сателлит" ПКГ-03 обнаружены статистически значимые отличия ($p < 0,05$): биохимически - 5,6 [4,55; 7,6] ммоль/л, глюкометром - 5,9 [5,05; 8,15] ммоль/л. Имеющиеся отклонения в относительном выражении составили 9,6% [4,5%; 21,3%] от исследуемого показателя.

В 38 отдельных случаях превосходили 20% - необходимый уровень точности заданный международным стандартом ISO 15197:2003.

При детальном анализе всех 38 случаев обнаружено, что все пациенты находились в тяжелом и крайнетяжелом состоянии. У большей части из них зафиксирована нестабильная гемодинамика. Вероятно нарушение микроциркуляции, обусловленное состоянием пациентов, привело к лабораторным ошибкам.

Выводы:

1. Обнаружены статистически значимое отличие показателей гликемии определенных в биохимической лаборатории и глюкометром "Сателлит" ПКГ-03.
2. Вариабельность показателей гликемии у пациентов в стабильном удовлетворительном состоянии, определенных "Сателлит" ПКГ-03, полностью соответствует международному стандарту ISO 15197:2003.
3. Зафиксирована высокая вариабельность показателей гликемии, измеренных "Сателлит" ПКГ-03 у пациентов в тяжелом и крайнетяжелом состоянии, особенно при нестабильной гемодинамике.
4. Глюкометр "Сателлит" ПКГ-03 не может быть рекомендован к госпитальному применению из-за высокой вариабельности определенных показателей у пациентов в тяжелом и крайнетяжелом состоянии, лиц с нестабильной гемодинамикой.

**ЧАСТОТА ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ ГИСТОСОВМЕСТИМОСТИ
(HLA I B27, HLA II DRB1) У ПАЦИЕНТОВ С СЕРОНЕГАТИВНЫМИ
СПОНДИЛОАРТРИТАМИ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ**

Зими́на А.В., Хусаи́нова Н.М.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: д.м.н., доцент Алексенко Е.Ю., к.м.н., доцент Страмбовская Н.Н.

Цель. Изучить распределение полиморфизма генов HLA I B27 и HLA II DRB1 у пациентов с серонегативными спондилоартритами в Забайкальском крае.

Задачи:

1. Выявить частоту встречаемости аллелей гена HLA II DRB1, как "риск" и "протекция" развития серонегативных спондилоартритов;
2. Выявить частоту встречаемости сочетаний аллелей гена HLA II DRB1, ассоциированных с развитием серонегативных спондилоартритов;
3. Сопоставить полиморфизм гена HLA I B27 с полиморфизмом гена HLA II DRB1 типа "маркер/маркер" у больных анкилозирующим спондилитом и у больных другими серонегативными спондилоартритами.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 29 человек, средний возраст которых составил 33 года. Среди них: 28% женщин (8 человек) и 72% мужчины (21 человек). Количество пациентов с анкилозирующим спондилитом (болезнь Бехтерева) - 70% (20 человек); другими спондилоартритами - 30% (9 человек), из них с реактивным артритом - 56% (5 человек), с псориатическим артритом - 22% (2 человека), с болезнью Рейтера - 11% (1 человек) и с серонегативным ревматоидным артритом - 11% (1 человек). Для исследования были использованы образцы крови пациентов; типирование генов HLA I B27 и HLA II DRB1 проводилось методом PCR-RT. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программы STATISTICA 7.0.

Результаты исследования. Частоты аллелей гена HLA II DRB1 *01 - 29,4%; DRB1*03 - 5,2%; DRB1*04 - 10,3%; DRB1*07 - 8,6%; DRB1*08 - 5,2%; DRB1*09 - 1,7%; DRB1*10 - 1,7%; DRB1*11 - 13,8%; DRB1*12 - 1,7%; DRB1*13 - 10,3%; DRB1*14 - 1,7%; DRB1*15 - 5,2%; DRB1*16 - 10,3%. Полиморфизм гена HLA I B27: "положительный" - 86%, "отрицательный" - 14%. В общей группе больных генотип типа "риск/риск" встречается в 24% случаев, типа "риск/протекция" - в 45%, типа "протекция/протекция" - в 21%. У больных анкилозирующим спондилитом генотип типа "риск/риск" встречается в 15% случаев, типа "риск/протекция" - в 60%, типа "протекция/протекция" - в 25%; у больных другими серонегативными спондилоартритами: "риск/риск" - 44%, "протекция/риск" - 44%, "протекция/протекция" - 12%.

Выводы:

1. 53,5 % исследуемых являются носителями аллелей-"риска" и 46,5% - носителями аллелей-"протекции" развития серонегативных спондилоартритов;
2. Встречаемость сочетаний аллелей гена HLA II DRB1, ассоциированных с развитием серонегативных спондилоартритов - 24%;
3. Среди больных анкилозирующим спондилитом 15% имеют полиморфизм гена HLA II DRB1 типа "риск/риск", HLA I B27 положителен у которых в 100% случаев. Больные другими серонегативными спондилоартритами имеют полиморфизм гена HLA II DRB1 типа "риск/риск" в 44% случаев, у которых HLA I B27 положителен в 75% случаев и отрицателен в 25% соответственно.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ПОРАЖЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Знаменщикова С.Ю.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

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

В настоящее время под метаболическим синдромом понимают ряд факторов, имеющих общую патогенетическую природу и повышающих как в отдельности, так и в совокупности риск

развития не только сердечно-сосудистых заболеваний, но и ряда заболеваний системы органов пищеварения. Метаболический синдром и ассоциированные с ним различные нарушения привлекают все большее внимание исследователей.

Одним из важнейших критериев постановки диагноза метаболического синдрома признаются абдоминальный тип ожирения и гиперлипидемия. Но с другой стороны, гиперлипидемия занимает важное место в генезе панкреатитов. Согласно этиологической классификации панкреатитов TIGAR-O, этот фактор наряду с алкоголем, курением, токсинами играет существенную роль в развитии заболевания. Механизм развития панкреатита при гиперлипидемии не вполне ясен и связывается обычно с повреждением мелких сосудов поджелудочной железы.

В клиническом аспекте вызывает интерес и стеатоз поджелудочной железы. Взаимосвязи между стеатозом поджелудочной железы и хроническим воспалительным панкреатитом остаются неясными. Не разработан также вопрос о возможной связи метаболического синдрома и стеатоза поджелудочной железы. Стеатоз поджелудочной железы остается малоизученной проблемой современной медицины.

Цель работы. Изучить особенности поражения поджелудочной железы у пациентов с наличием метаболического синдрома.

Материалы и методы. Обследованы 40 больных, госпитализированных в ККБ в отделение гастроэнтерологии с направительным диагнозом "хронический панкреатит" и имеющие признаки метаболического синдрома. Из них у 20 диагностирован стеатоз поджелудочной железы и у 20 хронический панкреатит. Обследование включало тщательный респрос и объективное обследование пациентов. Лабораторно-инструментальные исследования проводились в следующем объеме: общий и биохимический анализы крови, липидный профиль, копрологическое исследование, УЗИ органов брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопия, компьютерная томография органов брюшной полости.

Вывод. Согласно критериям постановки диагноза метаболического синдрома, последний был подтвержден у 24 пациентов. По данным КТ брюшной полости (снижение денситометрических показателей, дольчатое строение железы с выраженными жировыми прослойками) у 20 больных диагностирован стеатоз железы. У 20 пациентов на основании общепризнанных клинических, лабораторных и лучевых критериев ставился диагноз хронического панкреатита. Метаболический синдром обнаруживался достоверно чаще ($p < 0,05$) у пациентов со стеатозом поджелудочной железы, чем при хроническом воспалительном панкреатите: у 15 из 20 и у 9 из 20 больных соответственно.

Заключение. Стеатоз поджелудочной железы может рассматриваться как диффузный процесс развития жировой ткани во всех отделах железы, протекающий преимущественно на фоне метаболического синдрома и сочетающийся с вялотекущим воспалением органа под воздействием повреждающих факторов.

СЛУЧАИ ТУБЕРКУЛЁЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

Иванова А.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: д.м.н. Романова Е.Н.

Несмотря на наметившуюся в последние годы стабилизацию основных эпидемиологических показателей, ситуация с туберкулезом в целом по России сохраняется напряженной. В настоящее время от 30% до 50% больных туберкулезом выявляют при обращении больных в учреждения общей лечебной сети, и на начальных этапах развития заболевания больной редко оказывается в поле зрения фтизиатра. Диагностический поиск осуществляет либо участковый терапевт при обращении больного в поликлинику по поводу неспецифических проявлений заболевания, либо врач стационара, куда больного госпитализируют, нередко по неотложным показаниям. В сложившейся ситуации диагностика туберкулёза становится уделом врачей многопрофильных больниц.

Цель работы: оценить качество диагностического процесса и верификации туберкулеза у больных многопрофильного нефтизиатрического стационара.

Материалы и методы: Проведен тщательный анализ 19 случаев туберкулёза органов дыхания, выявленных в соматических стационарах, из них два - с летальным исходом (ГУЗ Краевая клиническая больница, Дорожная клиническая больница ст. Чита 1) за 2014 год.

Острое течение заболевания в дебюте отмечено у 6 человек, у 7 - имело место постепенное начало. Характерными явились повышение температуры до фебрильных цифр, кашель (продуктивный или сухой), одышка, боли в грудной клетке. В 6 случаях больные не предъявляли типичные жалобы. Различные сочетания респираторной симптоматики, синдрома интоксикации, физикального и рентгенологического обследования давали основание врачам поликлиник или скорой помощи госпитализировать больных в стационар с "легочным диагнозом" - в 17 случаях, с "внелегочным" - в 3. При первичном рентгенологическом обследовании в стационаре изменения были расценены как "пневмония" у 4 больных, "периферическое образование" у 4, "очаговые изменения" у 1 пациента, у 1 - "лёгкие без видимой патологии", подозрение на туберкулёз органов дыхания лишь в 2 случаях. В динамике по результатам КТ "пневмония" описана у 2 пациентов, "периферическое образование" у 6, "диссеминированный процесс преимущественно туберкулёзной этиологии" у 5. Исследование мокроты на МБТ: проводилось в 11 случаях, из них в 3 - положительный результат. Выявление КУМ осуществлялось в 4 случаях, у 1 положительный результат. Метод ПЦР для диагностики использовали у 4 человек, у 2 - положительный результат. Диаскин - тест проводился у 2 человек - с отрицательным результатом. 11 пациентов с подозрением на опухолевый процесс в легочной ткани прооперированы, при гистологическом исследовании материала выявлен туберкулезный процесс.

Заключение. Основными дефектами ведения больных с подозрением на туберкулез органов дыхания в многопрофильных стационарах являются: неполноценное рентгенологическое исследование легких, недостаточное исследование мокроты и других материалов на БК, КУМ, а также исследование биологического материала методом ПЦР.

ВЛИЯНИЕ УЛЬТРАЗВУКА НА ЩИТОВИДНУЮ ЖЕЛЕЗУ

Калачева Т.А., Смирнова А.И.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: к.м.н. Чистякова М.В., д.м.н., доцент Гончарова Е.В.

Щитовидная железа - это один из наиболее значимых органов в эндокринной системе человеческого организма. Причинами сбоя в работе щитовидной железы может стать негативное влияние окружающей среды, работа на вредном производстве, употребление некоторых лекарств. Заболевания щитовидной железы характерны для 8 % всего населения на планете. Причём злокачественные патологии щитовидной железы составляют около 3 % от всех онкологических болезней. Забайкальский край - эндемичный регион по заболеванию щитовидной железы, но, тем не менее, заболеваемость не превышает по численности данные в целом в Сибири и в России. В настоящее время все больше врачей в мире стали придерживаться точки зрения, что УЗИ не настолько безвредно для организма человека, как считалось ранее. Ультразвуковые волны могут оказывать негативное воздействие как на исследуемого, так и на исследователя. Однозначно ответить на вопрос о том, вредно ли делать УЗИ или оно абсолютно безопасно, невозможно.

Цель работы. Выявить влияние ультразвука на щитовидную железу у врачей, длительно работающих на ультразвуковом сканере.

Материалы и методы. Проводилось ультразвуковое исследование щитовидной железы на аппарате "Vivid 3 Expert", использовался линейный датчик с частотой 7,5 МГц. Определяли комплекс общепринятых параметров у 17 врачей, работающих с ультразвуком в течение 14,57 (5;20,5) лет (1-я группа), и 17 докторов других специальностей (2-я группа), не работающих с ультразвуком. Группы были одинаковые по возрасту, средний возраст обследуемых составил 32 (28; 36,8) года. Определяли размер перешейка, долей железы, рассчитывался объем долей и общий объем

щитовидной железы. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета статистических программ Statistica 6,0. Распределение практически всех вариационных рядов не подчинялось критериям нормальности, поэтому в анализе применялись методы непараметрической статистики. Для оценки различия между группами оценивали с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни. Корреляционный анализ выполнен с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

Вывод. При обследовании установлено, что в 1-й группе общий объем щитовидной железы составил 6,51 (5,9;6,8) см³, во 2-й группе 7,64 (6,62;9,5) см³, (P<0,001). Также выявлено, что частота встречаемости узловых образований щитовидной железы в 1-й группе составила 29% (5 случаев), во второй группе 17,6% (3 случая), (P<0,023). У всех обследуемых проведено исследование зависимости между количеством лет проработанных на аппарате и объемом щитовидной железы и выявлена средняя корреляционная зависимость ($r=0,45$; $p<0,05$).

Таким образом, учитывая снижение общего объема (на 15%) и повышенную встречаемость узловых образований щитовидной железы у врачей, длительно работающих с ультразвуком, можно предположить негативное влияние ультразвука на щитовидную железу, увеличивающееся при увеличении стажа работы.

**ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ШКАЛ M.W.ROGES, P.S.WELLS (2001)
и G.LEGAL (ЖЕНЕВА, 2006) У БОЛЬНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ
АРТЕРИИ, ПО ДАННЫМ НУЗ "ДОРОЖНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА"
НА СТАНЦИИ ЧИТА -2 ЗА ПЕРИОД 2012-2014ГГ**

Колмакова К.А., Цыденова Д.М.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

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

Цель работы. Оценить точность шкал M.W.Roges, P.S.Wells (2001) и G.LeGal (Женева, 2006) у больных с тромбоэмболией легочной артерии.

Материалы и методы. Объектом исследования явились пациенты, находившиеся на лечении в отделениях терапевтического профиля НУЗ "Дорожная клиническая больница" на станции Чита- 2 в период с 2012-2014гг. Всем пациентам проводилось эхокардиографическое исследование и ультразвуковая доплерография с дуплексным сканированием вен нижних конечностей. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета статистических программ Statistica 6,0. Данные представляли в процентах. Для определения значимости отличий применялся критерий Манна-Уитни. Различия считались достоверными при $p<0,05$.

Результаты. В исследование включены 36 пациентов, с диагнозом тромбоэмболия легочной артерии. Средний возраст пациентов составил $67,4 \pm 1,5$ года. Обнаружено, что больных в 2012 году было 5 человек, в 2013 году 11 человек, в 2014 году 21 человек. В 30 случаях (84%) наличие тромбов подтверждено ультразвуковой доплерографией с дуплексным сканированием вен нижних конечностей, в 6 случаях (14%), наличие тромбов не подтверждено. Из них женщин - 18 человек (50%), мужчин - 18 человек (50%). По локализации при эхокардиографическом исследовании было выявлено: поражение ствола легочной артерии (5,5%), средних ветвей(11,2%), мелких ветвей (66,7%), не выявлено (16,6%). Установлено, что у 39% тромбы обнаружены в подколенной вене, 33 % в бедренной вене, 6% в задней большеберцовой вене, 3% в малом тазу, 16,7% не выявлено. Нами была проведена предварительная оценка вероятности ТЭЛА по 2-м шкалам: M.W.Roges, P.S.Wells (2001) и G.LeGal (Женева, 2006). Почти половина пациентов - 47,2% относились к группе с высоким риском, остальные - 52,7% к группе со средней вероятностью возникновения ТЭЛА. По результатам лечения: в 29 случаях (80,5 %) проводилась терапия гепарином и варфарином, а в 7 случаях (19,5%) не проводилась.

Выводы.

1. Выявлен рост тромбоэмболических осложнений у больных терапевтического профиля с 2012 по 2014 года.

2. ТЭЛА встречалась в равной степени у мужчин и женщин.
3. Согласно шкал Женевской (2006) и Roges, Wels (2001), 48 % больных имели высокую вероятность возникновения тромбоэмболии легочной артерии.
4. Ни одному из пациентов не проводилось современное лечение по европейским рекомендациям.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА И ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К КЛОПИДОГРЕЛЮ СРЕДИ ПОПУЛЯЦИИ ЛЮДЕЙ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ

Кочетова Е.В., Шулимова А.С.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: д.м.н. Соколова Н.А., к.м.н., доцент Страбмовская Н.Н

Актуальность. За последнее время значительно участилось количество повторных случаев тромбообразования в коронарных артериях на фоне проводимой дезагрегантной терапии и после проведения стентирования, что может свидетельствовать о наличии резистентности к дезагрегантной терапии. Накопленные к настоящему времени статистические данные свидетельствуют о необходимости проведения генетического исследования у кардиологических больных для выявления склонности к образованию тромбов, риску развития инфаркта миокарда, внезапной сердечной смерти и чувствительности к препаратам дезагрегантного ряда.

Цель. Изучить распространенность полиморфизма генов системы гемостаза и генов, ответственных за чувствительность к клопидогрелю, среди популяции людей в Забайкальском крае.

Материалы и методы. В исследуемую группу входили 48 пациентов кардиологического отделения ГУЗ ГКБ №1. Из них 28 женщин и 20 мужчин, средний возраст составил $66 \pm 7,38$ лет. Материал для исследования - цельная кровь больных. Результаты генотипирования были получены в НИИ молекулярной медицины ГБОУ ВПО ЧГМА методом PCR-RT.

Результаты. При проведении генотипирования методом PCR-RT исследовался полиморфизм: F13 G>T, PAI-1 675 5G>4G, ITGA2 807C>T, ITGB3 1565T>C, F7 10976 G>A, CYP2C19 Trp212Ter, CYP2C19 G681A. Анализируя результаты полиморфизма XIII фактора свертывания крови (F13 G>T), 58,3% исследуемых имеют нормальный генотип (GG), 14,7% являются гомозиготами (TT), у этих лиц риск возникновения тромбозов гораздо выше, 27% - гетерозиготы (GT), имеющие генетическую предрасположенность к тромбообразованию. Изучая полиморфизм интегрин альфа-2 (ITGA2 807C>T), влияющего на адгезию тромбоцитов на коллагене и других субстратах, а также участвующего в реорганизации межклеточного матрикса обнаружено, что 27% - носители нормального генотипа (CC), 54,2% - гетерозиготы (CT), 18,8% - гомозиготы (TT), относящиеся к группе высокого сосудистого риска. Исследуя полиморфизм ITGB3 1565T>C, генетического маркера гена тромбоцитарного рецептора к фибриногену, у 73% нормальный генотип (TT), 23% - гетерозиготы (TC) и лишь 4% гомозиготы (CC) с высоким риском. По результатам генотипирования полиморфизма ингибитора активаторов плазминогена-1 (PAI-1) у 27% обнаружен нормальный генотип (5G5G), 45,8% - гетерозиготы (5G4G) и 27,2% гомозиготы (4G4G) с очень высоким риском тромбообразования. По данным полиморфизма VII фактора свертывания крови 64,6% носители нормального генотипа (GG), 35,4% - гетерозиготы (GA) с предрасположенностью к образованию тромбов.

Что касается чувствительности к дезагрегантам (клопидогрель) был изучен полиморфизм CYP2C19 Trp212Ter и CYP2C19 G681A, свидетельствующий о наличии у пациентов резистентности к данному препарату. По результатам генетического исследования полиморфизма CYP2C19 Trp212Ter 89,6% имеют нормальный генотип, 10,4% - гетерозиготы (Trp - Ter), являющиеся устойчивыми к действию клопидогреля. В свою очередь, анализируя полиморфизм CYP2C19 G681A 75% имеют нормальный генотип (GG), 16,7% - гетерозиготы по А аллелю (GA), 8,3% гомозиготы по А аллелю (AA) резистентные к клопидогрелю.

Выводы. У пациентов в 64,6% случаев встречается полиморфизм генов системы гемостаза, что может лежать в основе прогрессирования заболевания и возникновения осложнений у

данной категории больных. Кроме того, в 16,7% случаев выявлено наличие резистентности к клопидогрелю, что вероятнее всего и объясняет развитие рестенозов у пациентов со стентированием коронарных артерий. Таким образом, выявление резистентности к клопидогрелю необходимо проводить каждому кардиологическому больному перед назначением двухкомпонентной дезагрегантной терапии, что существенно снизит риск повторных госпитализаций и прогрессирования процесса.

ВЛИЯНИЕ РАДИОЙОДТЕРАПИИ НА УРОВЕНЬ МОЛЕКУЛЫ МЕЖКЛЕТОЧНОЙ АДГЕЗИИ sICAM-1 ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИФFUЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА

Кудрик Е. В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита
Научный руководитель: д. м. н., доцент Серебрякова О. В.

Диффузный токсический зоб - аутоиммунное заболевание, характеризующееся стойкой патологической гиперсекрецией тиреоидных гормонов и, как правило, диффузным увеличением щитовидной железы. ДТЗ - одно из самых известных и распространенных заболеваний щитовидной железы, наиболее часто данная патология возникает в возрасте от 20 до 50 лет, чаще у женщин, чем у мужчин. На современном этапе во многих странах мира одним из часто используемых методов лечения диффузного токсического зоба является терапия радиоактивным йодом (I131). Радиойодтерапия как метод лечения тиреогоксикоза используется уже более 60 лет и показала себя как эффективный и относительно безопасный метод, так как I131 избирательно поглощается щитовидной железой, что сводит к минимуму риск повреждения нормальных тканей и уменьшает лучевую нагрузку на организм. Одним из маркеров эндотелиальной дисфункции является молекула межклеточной адгезии sICAM-1. В настоящее время доказана роль молекулы sICAM-1 во многих патологических процессах, таких как воспалительные реакции, онкологические заболевания и некоторых других.

Цель: выявить особенности изменений уровня молекулы межклеточной адгезии sICAM-1 как маркера эндотелиальной дисфункции у больных диффузным токсическим зобом под влиянием радиойодтерапии.

Материалы и методы: исследуемую группу составили 16 больных диффузным токсическим зобом с рецидивирующим течением заболевания в возрасте от 27 до 50 лет. Диагноз ДТЗ установлен на основании анамнеза, клинических данных, данных УЗИ щитовидной железы, показателей тиреоидных гормонов. Исследование уровня молекулы sICAM-1 проводилось методом иммуноферментного анализа. Забор крови для исследования проводился в день поступления в стационар и на 10 сутки после радиойодтерапии. Группу контроля составили 11 здоровых лиц, сопоставимых с группой исследованных по полу и возрасту. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы "Biostat 2009 Professional 5.8.4". Для сравнения данных использовались критерии Уилкоксона и Манна-Уитни.

Результаты: при анализе показателей уровня молекулы адгезии sICAM-1 у пациентов с диффузным токсическим зобом было выявлено статистически значимое изменение данного маркера эндотелиальной дисфункции до и после радиойодтерапии. При этом отмечалось статистически достоверное снижение уровня sICAM-1 на 10 сутки после лечения радиоактивным йодом по сравнению с таковыми до проведения радиойодтерапии в среднем на 57,6% ($p < 0,005$). При сравнении с группой контроля было выявлено, что уровень молекул межклеточной адгезии достоверно выше у пациентов с ДТЗ на 67,7% ($p < 0,005$), на 10 сутки после радиойодтерапии уровень sICAM-1 достоверно не отличался от такового у здоровых лиц ($p > 0,05$).

Выводы: в результате исследования установлено, что состояние тиреотоксикоза при ДТЗ оказывает выраженное повреждающее действие на эндотелий, что сопровождается развитием воспалительных реакций, проявляющихся повышением уровня молекулы межклеточной адгезии sICAM-1. На 10 сутки после проведения курса радиойодтерапии отмечается снижение уровня sICAM-1, что можно объяснить постепенным восстановлением физиологических процессов в эндотелии.

МИКРОБИОТА КИШЕЧНИКА И СИСТЕМНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМЕ

Курмангулов А.А., Исакова Д.Н., Шорохова Т.Д.

Тюменская государственная медицинская академия, Тюмень

Научный руководитель: д.м.н., профессор Дороднева Е. Ф.

Актуальность. С-реактивный белок (СРБ), являясь маркером хронической системной воспалительной реакции, в настоящее время рассматривается как дополнительный компонент метаболического синдрома (МС). МС сопровождается включением в патогенез многих систем и органов, в том числе и пищеварительной системы, полноценным звеном которой является микробиота кишечника.

Цель исследования. Изучить взаимосвязь активности хронической воспалительной реакции при МС с функциональной активностью микроорганизмов в кишечнике.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 85 человек в возрасте от 27 до 49 лет с МС, группа контроля составила 20 человек с нормальной массой тела без МС. Всем исследуемым проводилось развернутое копрологическое исследование и хроматографическое исследование уровня КЖК в кале.

Результаты и обсуждение. Установлено статистически значимое повышение уровня СРБ во всех группах с МС по сравнению в контрольной группой, где уровень СРБ оказался равным 2,15 [0,95-3,8] мг/л ($p < 0,05$). При анализе взаимосвязи показателя СРБ удалось установить наличие корреляций средней силы обратной направленности с показателями общего содержания кислот $\Sigma (C_2 + \dots + C_6)$ ($r = -0,3051$, $p = 0,0016$) и реакции рН кала ($r = -0,3560$, $p = 0,0002$), слабой силы обратной направленности с показателями анаэробного индекса ($C_2 - C_4$) ($r = -0,1730$, $p = 0,0476$). Снижение общего пула КЖК возникает при уменьшении активности основных представителей облигатной микробиоты - бифидо- и лактобактерий, являющимися грамположительными микроорганизмами, а смещение анаэробного индекса в сторону слабоотрицательных значений свидетельствует о росте числа, и соответственно, активности аэробов, которые в большинстве своем являются грамотрицательными бактериями (*E.coli*, *Proteus*, *Enterobacter* и др.).

Выводы. Наличие тесной корреляционной связи при МС между системной воспалительной реакцией и изменениями метаболической активности микробиоты можно объяснить снижением активности облигатных грамположительных микроорганизмов с активизацией аэробных бактерий, приводящих к увеличению уровня ЛПС в плазме крови и запуском в ответ на это иммунологической реакции через систему комплимента и цитокинового ответа.

ТРЕВОГА, ДЕПРЕССИЯ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ И ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Курупанова А.С., Золотухина И.Е.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

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

Цель исследования: оценить личностные особенности, отношение к своему заболеванию и приверженность к лечению у пациентов с заболеваниями бронхолегочной системы и желудочно-кишечного тракта.

Задачи исследования: 1. Сравнить внутреннюю картину болезни у пациентов с бронхообструктивными заболеваниями и обострением хронического панкреатита. 2. Сравнить уровень тревожности и депрессии у этих 2 групп пациентов при помощи теста Спилбергера и CES-D. 3. Оценить приверженность к лечению у данных больных.

Материалы и методы. В работе представлены данные анкет 30 больных с верифицированным диагнозом бронхиальная астма и ХОБЛ, согласно рекомендациям Российского респираторного общества (1 группа) и 30 больных с хроническим определенным панкреатитом II ст,

индекс тяжести В по M-ANNCHEIM, верифицированным согласно рекомендациям Российской гастроэнтерологической ассоциации (2 группа). Все больные находились на стационарном лечении в Краевой клинической больнице. Для анкетирования использовали опросник ТОБОЛ с целью определения типов отношения к болезни, тест Спилбергера для оценки личностной (ЛТ) и ситуационной тревожности (СТ), опросник CES-D для оценки депрессии. COMPLAINTность пациентов определяли с помощью опросника Мориски-Грина. Средний возраст больных $47,2 \pm 8,4$ лет. Для статистической обработки использовали пакеты программ Microsoft Excel и Биостат. Для сравнения дискретных величин применялся непараметрический критерий χ -квадрат. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез - $p < 0,05$.

Результаты исследования. В 1 группу вошли 6 женщин (20%) и 24 мужчины (80%), во 2 группу - 22 женщины (73%) и 8 мужчин (27%), χ -квадрат 15,067, $p < 0,0001$. Высокая ЛТ зарегистрирована у 40% больных 1 группы и 63,3% пациентов 2 группы; умеренная ЛТ - у 60% и 33,3%, соответственно ($p > 0,05$ в обоих случаях). Низкая ЛТ в 1 группе не выявлялась, во 2 группе зарегистрирована у 3,3% больных. Высокая СТ выявлена у 40% больных 1 группы и 53,3% пациентов 2 группы, умеренная СТ - у 46,7% и 36,7% и низкая СТ - у 13,3% и 10% пациентов, соответственно (во всех случаях $p > 0,05$).

Согласно данным опросника CES-D отсутствие депрессивной симптоматики выявлено у 19 человек (63,3%) в 1 группе и 13 пациентов (43,3%) во 2 группе ($p = 0,196$). Легкая депрессивная симптоматика представлена у 9 (30%) и 3 (10%) пациентов, соответственно ($p = 0,107$). Умеренная депрессия имела место у 1 человека (3%) 1 группы и 2 пациентов (6,7%) во 2 группе ($p = 1,0$). Депрессивная симптоматика тяжелой степени отмечена у 1 пациента (3%) 1 группы и 12 больных 2 группы (40%), $p = 0,002$.

Среди пациентов с бронхообструктивными заболеваниями преобладающим типом болезни был эргопатический, обнаруженный у 11 человек (36,6%), среди больных хроническим панкреатитом - смешанный, выявленный у 14 (46,67%).

При оценке приверженности к лечению установлено, что в 1 группе приверженных было 2 человека (6,7%), неприверженными - 28 человек (93,3%). Во второй группе все пациенты относились к категории неприверженных к лечению.

Выводы:

1. Внутренняя картина болезни различна у пациентов, страдающих бронхолегочными заболеваниями и хроническим панкреатитом.
2. В группе больных хроническим панкреатитом статистически значимо чаще встречаются пациенты с выраженной депрессивной симптоматикой; по уровню личностной и ситуационной тревожности различий в группах не выявлено.
3. Все включенные в исследование пациенты имеют недостаточную приверженность к лечению, что необходимо учитывать при формировании лечебных программ в указанных когортах больных.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ТОЧНОСТЬ РАБОТЫ ГЛЮКОМЕТРОВ В РАЗЛИЧНЫХ МЕСТАХ ЗАБОРА КАПИЛЛЯРНОЙ КРОВИ

Лазо Б.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита
Научный руководитель: к.м.н. Серкин Д. М.

Цель работы. Выявить точность определения уровня глюкозы капиллярной крови при заборе из альтернативных мест глюкометрами Сателлит ПГК-03, Accu-Chek Performa Nano, Freestyle Optium.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 60 взрослых практически здоровых людей (от 18 до 65 лет). Было проведено единовременное измерение уровня глюкозы капиллярной крови каждого испытуемого натошак с забором проб из пальца и предплечья глюкометрами, Accu-Chek Performa Nano и Freestyle Optium (глюкометры с определенной производителем возможностью забора крови из альтернативных мест) и Сателлит ПГК-03 (прибор с

неопределенной возможностью забора крови из альтернативных мест). Статистическая обработка данных осуществлялась с применением пакета программ Microsoft Office. Для определения существенности различия совокупностей использовался критерий λ Колмогорова-Смирнова.

Результаты. При анализе результатов глюкометрии выявлено, что средняя разность результатов исследования проб, взятых из пальца и предплечья, для глюкометра Accu-Chek Performa Nano составляет 0,08 ммоль/л (2%; $p > 0,05$), для Freestyle Optium 0,11 ммоль/л (2,7%; $p > 0,05$), для Сателлит ПГК-03 0,25 ммоль/л (7,2%; $p < 0,05$). При этом в 10 случаях (16,6%) система Сателлит показывала результаты с разницей более чем 15%. При использовании критерия Колмогорова-Смирнова различия между совокупностями измерений признаны существенными.

Выводы. В ходе исследования удалось выявить существенные различия в точности измерения уровня глюкозы крови глюкометрами Сателлит ПГК-03, Accu-Chek Performa Nano, Freestyle Optium при взятии проб из пальца и предплечья. Использование капиллярной крови из предплечья глюкометром Сателлит ПГК-03 не рекомендовано в связи с высокой вариабельностью показателей гликемии, которая может отрицательно повлиять на диагностику и лечение нарушений углеводного обмена.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕЖДУНАРОДНОГО ОПРОСНИКА GERDQ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Лин-фа О.С., Рабданова Д.Д., Хачатрян Т.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

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

За последние десятилетия гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) стала одним из самых распространенных гастроэнтерологических заболеваний. Высокая стоимость и инвазивный характер инструментальных методов исследования (ЭГДС, рН-метрия), применяемых для диагностики ГЭРБ, не позволяет использовать их для рутинного обследования всех пациентов с изжогой, что снижает эффективность лечения, приводит у значительного числа больных к прогрессированию заболевания и развитию осложнений. Перечисленные обстоятельства привели к необходимости создания объективной и точной диагностической методики, а именно анкеты-опросника, которая уже на начальном этапе, при первом обращении пациента, давала бы возможность врачу выбрать тактику дальнейшего обследования и лечения. Для рутинной практики наиболее целесообразно применять короткие опросники. К таким относится GerdQ - международный стандартизованный опросник, который состоит всего из 6 вопросов (3 группы вопросов - по 2 вопроса в каждой), самостоятельно заполняется пациентом.

Анализ результатов анкеты проводится по сумме баллов: диагноз "ГЭРБ" устанавливается при общей сумме баллов ≥ 8 .

Оценка точности и эффективности опросника в диагностике ГЭРБ проводилась путем сопоставления результатов анкетирования с результатами врачебного осмотра и данными инструментальных исследований (эндоскопия). Использовались следующие критерии: чувствительность опросника GerdQ - процент выявления ГЭРБ с его помощью (общий балл ≥ 8) среди пациентов, у которых ГЭРБ подтверждена инструментальными данными (эзофагит при ЭГДС, положительный тест с ИПП); специфичность опросника GerdQ - процент отсутствия ГЭРБ (общий балл < 8) среди пациентов, у которых на основании инструментального обследования диагноз ГЭРБ был исключен.

Цель работы. Определение чувствительности и специфичности использования опросника GerdQ для диагностики ГЭРБ.

Материалы и методы. Проведено анкетирование опросником GerdQ 45 пациентов с жалобами со стороны верхних отделов пищеварительного тракта, которым еще до включения в исследование в связи с основным заболеванием было назначено проведение эзофагогастроуденоскопии (ЭГДС). После заполнения опросника все больные осматривались гастроэнтерологом с установлением предварительного диагноза (ГЭРБ или другое заболевание). Далее проводились ЭГДС и уточнение диагноза. По окончании исследования данные, полученные после запол-

нения опросников, и результаты объективного обследования гастроэнтерологом, были сопоставлены с результатами инструментальных методов диагностики ГЭРБ.

Результаты. Чувствительность опросника GerdQ составляет 65,4%, специфичность - 91,7%.

Заключение. Высокая чувствительность и специфичность опросника GerdQ поможет терапевтам и другим специалистам на этапе первичного звена в установлении диагноза ГЭРБ, выборе тактики обследования и лечения пациентов с жалобами со стороны верхних отделов пищеварительного тракта.

НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ПОЧЕК И ФОРМИРОВАНИЕ ПОСТИНФАРКТНОЙ АНЕВРИЗМЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У МУЖЧИН

Маришкина К.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: Лыков А.В.

Согласно современным клиническим представлениям, степень снижения скорости клубочковой фильтрации (СКФ) является независимыми фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний. Логично предположить, что падение СКФ будет являться важным предиктором неблагоприятного течения инфаркта миокарда (ИМ), в том числе к формированию хронической постинфарктной аневризмы левого желудочка. Клиническую значимость данного состояния подчёркивает факт, что 5-летняя летальность пациентов с аневризмами левого желудочка 30-53%.

Цель работы. Установить наличие постинфарктной аневризмы левого желудочка после перенесенного инфаркта миокарда при различной степени снижения СКФ. Задачи исследования: 1. Оценить степень снижения СКФ у пациентов после ИМ; 2. Определить распространённость хронической постинфарктной аневризмы левого желудочка; 3. Выявить связь снижения СКФ и вероятность развития постинфарктной аневризмы левого желудочка

Материалы и методы. В исследование вошли 337 пациентов, перенесших инфаркт миокарда и проходивших лечение в ККБ г. Читы в период с 2009-2015 годы. Пациентам проведена трансторакальная эхокардиография, определение СКФ путём вычисления по формуле 4 v MDRD (Modification of Diet in Renal Diseases). Для оценки изменений применялись методы дескриптивной статистики с описанием количественных переменных с указанием 25-й и 75-й перцентилей. Использовались методы непараметрические методы с расчетом коэффициентов Манна-Уитни для независимых выборок и Хи-квадрата.

Постинфарктная аневризма выявлена по данным ЭхоКГ у 53 пациентов (15,7%). Средний возраст составил 54,2 года [49;59,5] и значимо не различался в группах с аневризмой ЛЖ и без неё ($P>0,05$). Большая часть мужчины - 84,5% (285), без статистически значимой разницы в подгруппах по аневризме ($P=0,658$). По форме инфаркта миокарда преобладал ИМ с Q ($n=252$; 74,8%). Средняя СКФ у всех изучаемых пациентов составила 84,7 мл/кг*м² (71,3; 91,1), 72 % пациентов были отнесены в группу хронической болезни почек (ХБП) 2 и более стадий. В группе с выявленной постинфарктной аневризмой СКФ 79,8 мл/кг*м² (71; 89), без таковой 84,4 мл/кг*м² (75; 92), причем показана статистическая значимость различий в этих когортах ($P=0,048$). Сила связи при расчете коэффициента Спирмена оценивается, как средняя (0,283), что обусловлено малым объёмом выборки.

Вывод. В большинстве случаев перенесенного ИМ выявлено значительное снижение СКФ, причем у 72% (254 пациента) ХБП достигала 2-3 стадии. У пациентов с формированием постинфарктной аневризмы левого желудочка после перенесенного инфаркта миокарда отмечается на 5 мл/кг*м² более выраженное снижение скорости клубочковой фильтрации по сравнению с группой без развития аневризмы.

Данное наблюдение подчёркивает необходимость специфической нефропротективной терапии для первичной и вторичной профилактики ХБП у пациентов с ИБС и благоприятное влияние сохранённой функции почек на вероятность возникновения такого тяжёлого осложнения, как развитие постинфарктной аневризмы левого желудочка.

НЕФРОБИОПСИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА

Маркина Т.П., Тудупова Ц.Ц.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

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

Цель: изучить результаты нефробиопсии, их взаимосвязь с клиническими проявлениями IgA-нефропатии.

Материалы и методы. Ретроспективно были изучены 31 история болезни пациентов, которым проводилась нефробиопсия. Проведен анализ морфологического исследования биоптатов почек. Все пациенты находились на лечении в отделении нефрологии Краевой клинической больницы с 2011 по 2014 годы. Средний возраст составил $29,62 \pm 11,82$ лет. Среди них - 16 женщин. С диагнозом хронический гломерулонефрит было 87,1 % (27) больных, диабетическая нефропатия - 3,2 % (1) и по одному человеку с СКВ, болезнью Бехтерева, АНЦА-васкулитом. Показаниями для проведения нефробиопсии были: нефротический синдром (НС), стойкая микрогематурия, наличие артериальной гипертензии (АГ) или почечной недостаточности. Полученные биоптаты почек изучались в СПКК ФГБУ Национальном медико-хирургическом центре имени Н. И. Пирогова МЗ РФ с помощью световой микроскопии, иммуно-флюоресцентного анализа (с применением FITC-конъюгированных антител к человеческим IgA, IgG, IgM, C3 и C1q, фибрину, легким цепям, карра и lambda). В последующем проводилось сопоставление клинических и морфологических проявлений IgA-нефропатии. Исследовались показатели белкового, липидного спектров, суточной протеинурии, креатинина, мочевины крови; по формуле Кокрофта-Гоулта рассчитывалась СКФ. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программ "Microsoft Excel 2010" и "Биостатистика" с использованием непараметрических методов, расчетом корреляционного коэффициента Спирмена.

Полученные результаты. По данным биопсии первичный гломерулонефрит был выявлен у 22 человек. Из них IgA-нефропатия - у 17 пациентов (77,3%), мембранозный гломерулонефрит - 3 (13,6%), мембранопрлиферативный гломерулонефрит - 1 (4,5%), фокально-сегментарный гломерулосклероз - 1. В пяти случаях (18,5 %) диагноз хронического гломерулонефрита был изменен на тромботическую микроангиопатию острую (1), хроническую (2) и гломеруломегалию. У остальных больных подтверждены Липус-нефрит, AA-амилоидоз и диабетическая нефропатия. У пациентов с IgA-нефропатией АГ встречалась в 52,9 % случаев (9), НС - у трети больных (5), из них в сочетании с АГ у 4 (23,5%). У всех обследуемых наблюдалась гематурия разной степени выраженности, а в 17,7 % случаев она была единственным симптомом заболевания. Тяжесть АГ соответствовала II-III степени у большинства пациентов (12 человек) - среднее значение АД было $190 \pm 31,62 / 117,5 \pm 12,58$ мм. рт. ст. У 1 больного - I степень АГ. В остальных случаях была нормотензия. Хроническая почечная недостаточность диагностирована у 9 человек (52,9 %): III стадия - 4, IV стадия - 5. НС наблюдался у половины пациентов, при этом средний уровень суточной протеинурии составил $8,54 \pm 3,88$ г. В остальных случаях протеинурия была $1,54 \pm 0,73$ г. У троих больных протеинурия отсутствовала. Морфологически тяжесть изменений структуры почек оценивалась по системе М. Хаас: IV-V классы (наиболее выраженные) выявлены у 9 больных, III класс - у 5, II класс - у 1. Тяжелые морфологические изменения сочетались с выраженной АГ и клиникой хронической почечной недостаточности. При проведении корреляционного анализа между классами IgA-нефропатии и ее клиническими проявлениями (гематурия, протеинурия, АГ, стадия ХБП) была установлена прямая сильная связь со стадией ХБП - $[R=0,876 (p=0,000)]$, прямая средняя - с артериальной гипертензией - $[R=0,672 (p=0,004)]$ и суточной протеинурией - $[R=0,546 (p=0,024)]$. Зависимости между выраженностью гематурии и тяжестью морфологических изменений в почках не получено.

Выводы:

1. Нефробиопсия позволила верифицировать диагноз гломерулонефрита в 81,5 % случаев; у остальных больных диагностированы другие заболевания почек.
2. Наиболее частым вариантом гломерулонефрита является IgA-нефропатия.
3. При IgA-нефропатии нарастание артериальной гипертензии и суточной протеинурии коррелирует с тяжестью морфологических изменений в почках.

КЛИНИКО-ГЕМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФОЛЕЙКОЗА В ДЕБЮТЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Матафонова А.А., Намсараева Е.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

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

Хронический лимфолейкоз - опухолевое лимфопролиферативное заболевание, первично поражающее костный мозг, при котором наблюдается повышенное образование морфологически зрелых лимфоцитов, являющихся субстратом опухоли. От начала пролиферации до выхода опухолевых клеток в периферическую кровь и инфильтрации лимфоидных органов проходит от нескольких месяцев до нескольких лет. Часто начало заболевания не сопровождается какими-либо специфическими симптомами, что затрудняет раннюю диагностику.

Цель исследования: дать клинико-гематологическую характеристику хронического лимфолейкоза в дебюте заболевания у пациентов Забайкальского края, находящихся на лечении в отделении гематологии ГУЗ "Краевая клиническая больница" в 2013-2014 г.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 126 историй болезней пациентов с диагнозом хронический лимфолейкоз. Статистическая обработка проведена методами описательной статистики программой Microsoft Excel. Данные представлены в виде средних со стандартными отклонениями.

Результаты. Диагноз выставлен на основании диагностических критериев Binet, подтвержден иммунофенотипированием костного мозга. Средний возраст больных составил $63 \pm 5,4$ года. Из них мужчин 61% (78 человек), женщин - 39% (48 человек). Стадия А по Binet диагностирована у 5 человек (4%), стадия В - у 88 человек (70%), стадия С - у 33 человек (26%).

При анализе выявлено, что в дебюте заболевания у 86% пациентов выявлялся синдром лимфоаденопатии: преимущественно поражались подчелюстные, подмышечные и шейные лимфоузлы - у 85%, подчелюстные, подмышечные и паховые лимфоузлы - у 12%, 3% - поражение лимфоузлов средостения и брюшной полости. В 14% случаев диагноз лимфолейкоз был заподозрен только на основании лейкоцитоза с лимфоцитозом. У 46% пациентов в дебюте заболевания выявлялось увеличение селезенки, средний размер $67,6 \pm 8,7$ см². 17% пациентов в течение года перед установкой диагноза хронического лимфолейкоза переносили внебольничную пневмонию, 25% отмечали увеличение частоты острых вирусных инфекций. У всех пациентов наблюдались жалобы на слабость, у 68% пациентов отмечалась потливость, 28% пациентов предъявляли жалобы на боли различных локализаций (абдоминальные, в конечностях, головные, боли в горле), 47% пациентов отмечали значительное похудение (более 10 кг за ближайшие 6 месяцев). Средний уровень лейкоцитов, обнаруженных в дебюте заболевания, составил $46,8 \pm 8,7 \cdot 10^9$ в литре, лимфоцитоз - $78 \pm 12\%$. У 68% пациентов в периферической крови выявлялись тени Боткина-Гумпрехта. Всем пациентам была проведена миелограмма, в которой в 100% отмечался лимфоцитоз: $75 \pm 9\%$. У 34% пациентов со стадией С по Binet в дебюте заболевания наблюдался анемический синдром.

Все пациенты были госпитализированы в отделение гематологии для проведения полихимиотерапии. Из них 65% получали терапию по схеме "FCR", 28% - "FC", 7% - по схемам СНОР и R-СНОР. У пациентов из группы А и В по Binet в 25% случаев наблюдалась гематологическая токсичность в виде анемии легкой и средней степени тяжести (Hb 95 ± 12 г/л). 64% пациентов из группы С имели гематологическую токсичность в виде лейкопении ($2,5 \pm 1,4 \cdot 10^9$ /л) и тромбоцитопении ($87 \pm 26 \cdot 10^9$ /л).

Заключение: хроническим лимфолейкозом в Забайкальском крае страдают преимущественно мужчины. В дебюте заболевания преобладает синдром лимфоаденопатии (увеличение подмышечных и шейных лимфоузлов), слабость, похудение, невысокий лейкоцитоз с выраженным лимфоцитозом. Хронический лимфолейкоз диагностируется преимущественно на стадии В по Binet.

**ТРОФОЛОГИЧЕСКИЙ И ЭНЕРГЕТИЧЕСКИЙ СТАТУС,
ОПОСРЕДОВАННЫЙ ЛЕПТИНОМ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ
ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ**

Мишкилеева Д.А., Ведрова Л.Е., Калашникова Н.М., Мындускин И.В., Суханов Д.И.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

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

По данным ВОЗ хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является 4-й лидирующей причиной смерти в мире. Трофологическая недостаточность (ТН), развивающаяся в среднетяжелой и тяжелой стадиях заболевания, в настоящее время рассматривается как один из независимых факторов неблагоприятного прогноза течения болезни и качества жизни пациентов. ТН приводит к слабости и атрофии дыхательной и скелетной мускулатуры, нарушению респираторной функции, выступает одной из причин костного ремоделирования, ассоциируется с увеличением частоты нарушений ритма сердца, декомпенсацией легочного сердца.

Цель исследования: оценить трофологический и энергетический статус, опосредованный лептином у больных ХОБЛ.

Материал и методы исследования. Обследовано 29 пациентов с ХОБЛ средний возраст которых составил $65,9 \pm 12,38$ года, длительность заболевания от 7 до 20 лет. Диагноз ХОБЛ устанавливался согласно критериям GOLD 2014. В исследование не включались больные с очень тяжелым течением ХОБЛ, декомпенсацией легочного сердца и сопутствующими заболеваниями, нарушающими процессы пищеварения. Контрольная группа была сформирована из 16 практически здоровых лиц, сопоставимых с исследуемой группой по возрасту и полу. Оценка трофологического статуса осуществлялась соматометрическими методами. Определялась фактическая масса тела (кг), длина (м) тела, индекс массы тела (ИМТ) Процент отклонения фактической массы тела (МТфакт) от рекомендуемой (МТр) определяли по формуле: %откл. факт. МТ = $(\text{МТфакт}/\text{МТр}) \cdot 100\%$. Степень дефицита массы тела (МТ) или степень ТН оценивали по критериям: 10-20% - легкая; 21-30% - средняя; более 30% -тяжелая степень недостаточности питания. Также оценивалось содержание соматического белка в организме по формуле $\text{ОМП} = \text{ОП}(\text{см}) - 0,314 \cdot \text{КЖСТ}(\text{мм})$, где ОМП - окружность мышц плеча, ОП - окружность плеча, КЖСТ - кожно-жировая складка над трицепсом. В норме ОМП больше или равен 23 см у мужчин и 21 см у женщин. Статистическую обработку результатов исследования проводили при помощи пакета статистических программ STATISTICA v. 6.0 (StatSoft Inc., США). С учетом малочисленности групп для исключения влияния малого числа наблюдений на результат применялись непараметрические методы статистики. Данные представлены в виде медианы (Me) и интерквартильного размаха (25; 75). Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. По клинико-функциональным данным у 20 больных диагностировано среднетяжелое течение ХОБЛ, у 9 - тяжелое течение. У большинства пациентов с ХОБЛ ИМТ был нормальным - 15 человек (52%), 6 (21%) имели избыточную массу тела, ожирение 1 степени диагностировано у 5 (17%) человек, у 3 (10%) больных наблюдался дефицит массы тела. ТН диагностированы у 4 (14%) больных: одинаково часто при среднетяжелом и тяжелом течении ХОБЛ - по 2 случая. При этом легкая степень ТН диагностирована у 1 пациента в среднетяжелой стадии ХОБЛ. У 3 пациентов наблюдалась ТН средней степени тяжести. Недостаточное содержание соматического белка в организме обнаружено у 2 пациентов, один из которых не имел трофологических нарушений, выявленных по дефициту массы тела. Анализ показателей лептина в сыворотке крови больных ХОБЛ выявил значительное его снижение в сравнении с группой контроля (1,55 [1,08;2,83] и 5,04[2,75;6,49], $p=0,0036$), что свидетельствует о преобладании отрицательного энергетического баланса. При этом внутригрупповых различий в уровне лептина выявлено не было. Установлена прямая корреляционная зависимость между уровнем лептина и толщиной кожной складки на уровне плеча ($r=0,47$), обхватом плеча ($r=0,48$), объемом талии ($r=0,36$), ИМТ ($r=0,42$) и МТфакт ($r=0,36$).

Выводы. У больных ХОБЛ в 14% случаев развиваются трофологические нарушения, коррелирующие с нарушениями энергетического обмена, опосредованного лептином.

**ЧАСТОТА ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА НЕКОТОРЫХ КОМПОНЕНТОВ
РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ
У ПАЦИЕНТОВ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ**

Норбоев М.Б.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

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

Цель исследования. Выявить частоту носительства генетического полиморфизма компонентов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы у пациентов с артериальной гипертензией в Забайкальском крае.

Задачи исследования: 1. Выявить частоту встречаемости полиморфизма гена ангиотензиногена у больных артериальной гипертензией; 2. Выявить частоту встречаемости полиморфизма генов рецепторов 1 и 2-го типа для ангиотензина II у больных артериальной гипертензией. 3. Выявить частоту встречаемости полиморфизма гена альдостерон-синтазы у больных артериальной гипертензией.

Материалы и методы. В исследовании принял участие 51 пациент, средний возраст которых составил $65,7 \pm 13,3$ года, из них 33 женщины (64,7%) и 18 мужчин (35,3%). Все пациенты страдали артериальной гипертензией, а у 86,3% из них был установлен диагноз ИБС. Ингибиторы АПФ получали 76,5% больных, блокаторы рецепторов к ангиотензину II - 13,7%. Относительное число пациентов, не получавших по различным причинам инг. АПФ и сартаны, составило 9,8%. Антагонисты альдостерона принимали 19,6% больных. Исследование заявленного генетического полиморфизма проводилось методом PCR-RT. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программы Microsoft Excel.

Результаты исследования. Т-аллель, ассоциированный с нарушением функции α -аддуктина (ADD1 1378), предполагающий связь с соле-чувствительной формой гипертензии, был выявлен у 29,4% пациентов (G/G-генотип в 70,6% случаев, G/T-23,5%, T/T-5,9%). Частота встречаемости С-аллеля полиморфизма гена ангиотензиногена AGT 704 составила 74% (T/T-генотип - 26%, T/C-53%, C/C-21%), а Т-аллеля AGT 521 - 17,6% (C/C-генотип у 82,4%, C/T-17,6%). Полиморфизм данных генов является фактором риска раннего развития артериальной гипертензии. Встречаемость С-аллеля гена рецептора 1-го типа для ангиотензина II (AGTR1 1166) у больных артериальной гипертензией составила 37,2% (A/A-генотип - у 62,8%, A/C-33,3%, C/C-3,9%). При наличии варианта С отмечается повышенная чувствительность AT1R к ангиотензину II. Вариант С сочетается с повышением риска ишемической болезни сердца. А-аллель гена рецепторов 2-го типа для ангиотензина II (AGTR2 1675) был выявлен у 58,8% пациентов (G/G-генотип - у 41,2%, G/A-21,6%, A/A-37,2%). При наличии варианта А отмечается повышенная чувствительность AGT2R к ангиотензину II. Вариант А сочетается с повышением риска ишемической болезни сердца и осложнений беременности. Частота Т-аллеля генов альдостерон-синтазы (CYP11B2 -344) у больных артериальной гипертензией составила 80,4% (C/C-генотип у 19,6%, C/T-54,9%, T/T-25,5%). Данный полиморфизм, как правило, сопровождается повышением базальной продукции альдостерона. Т-аллель в гене G-протеин бета-3 субъединица (GNB3 825) был выявлен у 50,9% пациентов (C/C-генотип - у 49,1%, C/T - 37,2%, T/T - 13,7%). Этот полиморфизм первично влияет на реактивность сосудов и клеточный рост кардиомиоцитов. Считается, что вариант аллеля Т связан с ожирением и артериальной гипертензией. Мутации гена eNOS (NOS3 894), приводящие к снижению уровня NO, являются предрасполагающим фактором к развитию сердечно-сосудистых заболеваний. Мутантный аллель полиморфизма данного гена был выявлен у 45,1% обследованных нами больных (G/G-генотип - у 54,9%, G/T-39,2%, T/T-5,9%).

Выводы: 1. У пациентов с артериальной гипертензией, получающих терапию, включающую ингибиторы АПФ, сартаны и антагонисты альдостерона, довольно часто выявляется полиморфизм генов ангиотензиногена, рецепторов 1 и 2-го типа для ангиотензина II, генов альдос-

рон-синтазы, гена G-протеина и гена eNOS. 2. Полиморфизм указанных генов может быть причиной раннего развития артериальной гипертензии, и снижения эффективности стандартной антигипертензивной терапии у данной категории больных.

АРГОНОПЛАЗМЕННАЯ КОАГУЛЯЦИЯ КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПИЩЕВОДА БАРРЕТТА В ККБ

Рязанцева А.В., Тренева Ю.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель : к.м.н. Митин Н.А.

Пищевод Барретта - это одно из серьёзных осложнений ГЭРБ, при котором в эпителиальной выстилке слизистой оболочки пищевода обнаруживается нехарактерный для нормы цилиндрический эпителий вместо плоского многослойного. Это происходит, как правило, в результате хронического повреждения слизистой оболочки пищевода кислотой, которая забрасывается из желудка. Пищевод Барретта обнаруживается примерно у 10 % пациентов, обратившихся по поводу изжоги от гастроэзофагеального рефлюкса, а в общей популяции - у 1 % населения. Он рассматривается как предраковое состояние и ассоциируется с повышением риска частоты развития рака кардиоэзофагеальной зоны, аденокарциномы нижней трети пищевода. Медикаментозное лечение пищевода Барретта позволяет только минимизировать симптомы заболевания, но не устраняет причину, а также является длительным и требует больших затрат.

Цель работы: изучить возможность лечения пищевода Барретта с помощью аргоноплазменной коагуляции.

Материалы и методы: аппарат для проведения АПК, включающий в себя следующие компоненты, высокочастотный электрохирургический генератор, источник аргона (баллон), газовый флюометр, гибкие зонды, педаль активации, нейтральный электрод. Два клинических случая с ГЭРБ, осложненной пищеводом Барретта, доказанным гистологически на базе ГУЗ ККБ.

Результаты: при воздействии аргоноплазменной коагуляции на участки метаплазированной эпителии струей газообразного аргона и электрического тока происходит уничтожение диспластических клеток. В исследуемых случаях при контрольной эзофагоскопии отмечалась положительная эндоскопическая динамика : абляцированные участки эпителизировались.

Выводы: способ АПК является высокоэффективным и экономически выгодным, травматизация тканей сводится до минимума, позволяет получить выраженный терапевтический эффект уже после нескольких сеансов АПК. Полученный эффект является стойким, способ позволяет получить выраженный терапевтический эффект уже при однократном применении АПК.

ДИНАМИКА ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ИММУННЫХ КОМПЛЕКСОВ, СОДЕРЖАЩИХ ХОЛЕСТЕРИН У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ СТАДИЕЙ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Стафеев А.Н., Семенов А.В., Титова Т. В., Иванова Н. М., Иванов М. О.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: к.м.н., доцент Фефелова Е. В., к.м.н. Терешков П. П.

В течение последних лет активно изучалась роль циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), содержащих липопротеины низкой плотности (ЛПНП). Наличие антител к липопротеинам является ответом организма на их модификацию. Удаление из сыворотки как окисленных ЛПНП, так и иммунных комплексов, содержащих холестерин, приводит к существенному снижению её атерогенного потенциала.

Целью исследования явилось изучение количественного и качественного состава липопротеинов, а также ЦИК содержащих холестерин, в сыворотке крови у больных с инфарктом миокарда.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ГУЗ ККБ, было обследовано 16 пациентов с предварительным диагнозом при поступлении: Острый коронарный синдром с

подъёмом сегмента ST. Возраст обследуемых составил 47-62 года. Соотношение мужчин и женщин 1:1. Всем больным проводилась коронарная ангиография, с последующей ЧТБКА. Терапия включала применение нитратов, двух дезагрегантов, статинов, низкомолекулярных гепаринов, ингибиторов АПФ и β -адреноблокаторов. Для всех пациентов эпизод инфаркта миокарда стал первым, никто из них до приступа не принимал статины в постоянном режиме. Контрольная группа состояла из 8 практически здоровых людей в возрасте 45-54 лет. Производился двухкратный забор крови, группе с ОКС, через 12-24 часа после поступления в стационар, и через 60-72 часа и однократный забор крови в контрольной группе. Использовалась система забора крови Vacuette, пробирки с микроскопическими частицами кремния. Забор проводился утром натощак. Полученный материал центрифугировали при 3000G 10 минут, сыворотку отбирали в пластиковые пробирки, замораживали и хранили при температуре -20°C . ЦИК, содержащие холестерин, осаждали добавлением 300 мкл 2,5% раствора ПЭГ к 300 мкл сыворотки, центрифугировали 5 минут при 3000G, отбирали супернатант и растворяли осадок в 150 мкл трис-HCL-буфере. Липидный спектр, фракцию окисленных ЛПНП и антител к ним, определяли наборами фирмы Human. Статистическая обработка данных проводилась средствами прикладной программной системы STATISTICA 6.1. Описательная статистика представлена медианой и межквартильными интервалами. Применялись методы непараметрической статистики с использованием U-критерия Манна-Уитни и парного критерия Вилкоксона.

Результаты исследования. На фоне приема статинов (нагрузочная доза "Аторис" 60mg, и 30mg в сутки в последующем) наблюдалось достоверно более низкие значения общего холестерина и также фракции ЛПНП, в сравнении с контрольной группой. При этом значимых сдвигов фракции ЛПВП не выявлялось. Наиболее значимые изменения наблюдались в уровне холестерина в составе ЦИК, его концентрация в первые сутки после инфаркта миокарда была в два раза больше чем в контрольной группе ($p=0,005$), а на четвертые сутки их уровень снижался на 75% от исходной величины ($p=0,045$), уровни холестерина ЦИК составили соответственно 240,43 [231,77; 248,55], в группе контроля, 404,33 [393,75; 428,61] и 124,91 [77,26; 140,80] mg/dl на первые и на четвертые сутки соответственно. Триацилглицериды (ТАГ) в составе ЦИК имели схожую динамику: в начале возраста более чем в два раза 130,63 [78,37; 201,60] и 269,86 [267,12; 289,73] ($p=0,0039$) соответственно, а затем снижались до 95,21 [90,57; 166,62] mg/dl ($p=0,0005$). Достоверных различий в уровнях окисленных ЛПНП и антител к ним нами выявлено не было.

Выводы. В ходе исследования выявлены динамические сдвиги концентрации холестерина и ТАГ в составе ЦИК у больных с инфарктом миокарда. При этом на первые сутки инфаркта, несмотря на снижение общего холестерина на фоне приёма статинов, уровни холестеринсодержащих иммунных комплексов значимо повышались, что в свою очередь может свидетельствовать об активации процессов перекисного окисления липидов и аутоиммунных процессов. Снижение ХИК на четвертые сутки, происходит параллельно снижению концентрации холестерина и ЛПНП.

СОСТОЯНИЕ ФОСФОРНО-КАЛЬЦИЕВОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Стафеев А.Н., Колегова Н.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

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

Важное место в развитии патологических изменений, ведущих к снижению продолжительности и ухудшению качества жизни диализных пациентов, занимает нарушение секреции паратгормона (ПТГ), приводящее к развитию вторичного гиперпаратиреоза (ВГПТ).

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности коррекции фосфорно-кальциевого обмена у больных с терминальной стадией ХБП, находящихся на искусственном гемодиализе.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ГУЗ ККБ. Был проведен ретроспективный анализ 57 (всех) историй болезни пациентов с терминальной стадией ХБП, находящихся на искусственном гемодиализе. Средний возраст больных составил 49 лет [39; 63], из них

мужчин 47%, женщин 53%. Статистическая обработка данных проводилась средствами прикладной программной системы STATISTICA 6.1. Для относительных показателей рассчитывалась их ошибка. Описательная статистика представлена медианой и межквартильными интервалами. Применялись методы непараметрической статистики с использованием U-критерия Манна-Уитни.

В структуре первичной почечной патологии среди исследуемых преобладал хронический гломерулонефрит 72%, среди других причин диабетическая нефропатия 10,5%, поликистоз почек 12%, прочее 5,5%. В ходе исследования были обнаружены значимые различия в концентрациях кальция в зависимости от возраста больных. У пациентов до 50 лет уровень кальция (ммоль/л) составил 2,17 [2,12; 2,25], после 50 лет - 2,02 [1,74; 2,19] (p=0,048), с возрастом компенсаторные механизмы поддержания нормального значения кальция, а также эффективность его медикаментозной коррекции снижались. В зависимости от стажа гемодиализа достоверно различались уровни ионного произведения кальция и фосфатов (ммоль/л), у больных, находящихся на гемодиализе менее 10 лет, значение составило - 5,15 [4,60; 5,30], более 10 лет - 3,23 [0,41; 5,94] (p=0,040). Для оценки эффективности коррекции ВГПТ кальция и фосфатов, использовались клинические рекомендации К/DOQI. Целевой уровень ПТГ был достигнут у незначительной части больных менее 4% у большинства пациентов наблюдалась средняя степень тяжести ВГПТ. Гипокальциемия наблюдалась у большинства и примерно у трети пациентов был достигнут целевой уровень общего кальция. У подавляющего большинства пациентов выявлена гиперфосфатемия (таблица 1).

Таблица

Уровни ПТГ, Са и PO₄ сыворотки крови

	%	m±
Паратгормон 150-300 пг/мл целевой уровень	3,51	0,25
Паратгормон 300-600 пг/мл легкая степень ВГПТ	19,30	0,58
Паратгормон 600-1000 пг/мл средняя степень ВГПТ	40,35	0,84
Паратгормон 1000-2000 пг/мл тяжелая степень ВГПТ	24,56	0,66
Паратгормон 2000 пг/мл крайне тяжелая степень ВГПТ	12,28	0,46
Са целевой уровень 2,1-2,37 ммоль/л	33,33	7,65
Са выше целевого уровня	21,05	6,08
Са ниже целевого уровня	43,86	8,77
PO ₄ целевой уровень 1,13-1,78 ммоль/л	21,05	6,08
PO ₄ выше целевого уровня	75,44	11,50
PO ₄ ниже целевого уровня	3,51	2,48

В исследовании лишь один пациент (1,75 %) получал активные метаболиты витамина D в составе комплексной терапии. И лишь у этого пациента были достигнуты целевые уровни кальция, фосфатов и паратгормона.

Заключение Среди диализных больных эффективность коррекции фосфорно-кальциевого обмена недостаточна, что мы связываем с низким использованием активных метаболитов витамина D в лечении таких пациентов. ВГПТ имеет высокую распространенность среди пациентов с терминальной стадией ХБП (более 96%), что подтверждает необходимость постоянного скрининга паратгормона, кальция и фосфатов.

ВЛИЯНИЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНЫХ АВТОПЕРЕВОЗОК НА ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЁГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Тандура А.Ю., Ермакова М.М.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: Лыков А.В.

Ежемесячно около 300000 человек в Забайкалье вынуждены совершать длительные переезды на автотранспорте. Известно, что риск венозного тромбоза увеличивается в 2 раза при длительных переездах (более 8 ч).

Цель работы. Оценка факта длительного вынужденного положения как фактора риска тромбозомболических осложнений при длительных переездах в условиях Забайкальского края.

Задачи работы. 1. Распространенность факта длительного вынужденного положения во время автомобильных переездов у пациентов, перенесших ТЭЛА; 2. Установить значимость связи между фактом развития ТЭЛА и факта длительного вынужденного положения во время автомобильных переездов; 3. Уточнить факт профилактических мероприятий.

Материалы и методы. В исследование включено 25 пациентов с верифицированной согласно рекомендациям ESC (Европейское Общество Кардиологов) тромбозомболией лёгочной артерией, находящихся на лечении в отделениях интенсивной терапии Краевой клинической больницы г. Читы, Дорожной клинической больницы г. Читы, Городской клинической больницы г. Читы в период с декабря 2014 г по март 2015 г. Выполнялось интервьюирование пациентов, анализ их клинических данных.

Применялись методы дескриптивной статистики с описанием количественных переменных с указанием 25-й и 75-й процентилей. Использовались методы непараметрические методы с расчетом коэффициентов Краскала-Уоллиса и Хи квадрат.

Из 25 пациентов 14 женщин (56%) и 11 мужчин (44%). Средний возраст был одинаков и составил 42 года (24; 56). Причиной тромбозомболии лёгочной артерии в 3 случаях (12%) была патология сердца, в остальных случаях (88%) тромбозомфлебит сосудов нижних конечностей, вен малого таза. Во всех случаях тромбозомболия оценивалась, как тяжёлая. Более половины пациентов (n=16; 64%) были кислородозависимые.

22 пациента (88%) в течение месяца до момента тромбозомболии лёгочной артерии подвергались фактору длительного автомобильного переезда. У 8 пациентов (32%) продолжительная транспортировка автотранспортом более 250 километров отмечалась за 48 часов до ТЭЛА. Профилактика ТЭЛА проводилась только у 5 пациентов (25%) и включала изолированную дезагрегантную терапию препаратами ацетилсалициловой кислоты. Антикоагулянтная терапия у данных пациентов с профилактической целью не проводилась.

Методом попарного сопоставления случай - контроль было набрано 20 пациентов группы сравнения сходных по половому и возрастному составу с изучаемой группой (P = 0,628 и P=0,564 соответственно) со значимыми факторами риска ТЭЛА, но без клиники данного состояния. Нозологическая характеристика пациентов группы контроля: острый тромбозомфлебит нижних конечностей (n=18; 90%), тромбоз полостей сердца (n=2; 10%). В этой группе длительная транспортировка в течение месяца выявлена у 13 пациентов (65%) P= 0,03; в течение 48 часов до интервьюирования у 4 пациентов (20%).

Вывод. Фактор длительного вынужденного положения имеет важную роль в вероятности возникновения тромбозомболии лёгочной артерии и играет роль как минимум в 13% случаев ТЭЛА.

АНАЛИЗ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ В ЗАБАЙКАЛЬСКОЙ КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

Тарнуева Д.Б., Волкова Е.Ю.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

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

Целью настоящего исследования является анализ результатов бактериологического исследования раневого отделяемого и чувствительности выделенных микроорганизмов к антибактериальным препаратам у больных с синдромом диабетической стопы (СДС).

Материалы и методы. Нами проведен ретроспективный анализ 100 историй болезни пациентов с СДС отделения гнойной хирургии Краевой клинической больницы за период с 2012 по 2014 г.г. Полученные параметры приведены в виде относительных величин со средней ошибкой доли (μ).

Результаты. Среди больных с СДС были 49 мужчин и 51 женщина. Средний возраст мужчин составил $59 \pm 10,3$ лет, женщин - $64 \pm 10,0$ года. Средняя продолжительность заболевания сахарным диабетом до выявления СДС составила $14 \pm 10,7$ лет.

Нами установлено, что *staphylococcus aureus* высевался у $37 \pm 0,05$ % пациентов, *enterobacter aurogenes* - у $14,7 \pm 0,03$ %, *staphylococcus epidermidis* и *staphylococcus warneri* - у $13 \pm 0,03$ % каждый, *staphylococcus haemolyticus* - у $11,7 \pm 0,03$ %, *pseudomonas aeruginosa* - у $10,2 \pm 0,03$ %, *enterococcus faecalis* и *escherichia coli* - у $7,3 \pm 0,03$ % каждый, *klebsiella pneumoniae* - $5,8 \pm 0,02$ %. Другие колонии бактерий определялись в единичных случаях.

Staphylococcus aureus был чувствителен у 100 % пациентов к офлоксацину, меропенему, имипенему, цефазолину, амикацину, гентамицину и оксациллину. Резистентности *Staphylococcus aureus* к исследуемым антибиотикам нами не выявлено. *Enterobacter aurogenes* был чувствителен у всех больных к гентамицину, меропенему и имипенему; у 50% чувствителен и у 50% резистентен к цефотаксиму, амикацину, фурадонину, цефепиму и оксациллину; у 78% чувствителен и 22% резистентен к офлоксацину. *Staphylococcus epidermidis* у всех пациентов оказался чувствительным к ванкомицину, меропенему и офлоксацину. *Staphylococcus warneri* в 100% случаев был чувствительным к амикацину, ципрофлоксацину и меропенему; у 66% чувствительным и 34% резистентным к офлоксацину, у 75% чувствительным и 25% резистентным к ванкомицину. *Staphylococcus haemolyticus* у 90% больных был резистентным к азитромицину, у 50% чувствительным и 50% резистентным к гентамицину, оксациллину, имипенему и ванкомицину. *Pseudomonas aeruginosa* у всех больных был чувствительным к левомецетину, у 55,5% чувствительным и 44,4% резистентным к цефтазидиму, у 60% чувствительным и 40% резистентным к амикацину, у 50% чувствительным и 50% резистентным к ципрофлоксацину, у 66,6% чувствительным и 33,3% резистентным к имипенему, у 60% чувствительным и 40% резистентным к цефепиму. *Enterococcus faecalis* у 100% пациентов был чувствителен к ампициллину, ванкомицину и имипенему; у 50% чувствителен и 50% резистентен к гентамицину; у 80% резистентен и 20% чувствителен к амикацину, у 60% чувствителен и 40% резистентен к офлоксацину; у 63% чувствителен и 37% резистентен к цефепиму. *Escherichia coli* во всех случаях была чувствительна к цефотаксиму, амикацину и меропенему; у 80% чувствительна и 20% резистентна к офлоксацину и фурадонину. *Klebsiella pneumoniae* у всех больных была чувствительна к амикацину, офлоксацину, меропенему и имипенему; у 75% чувствительна и 25% резистентна к цефотаксиму и цефепиму; у 80% чувствительна и 20% резистентна к фурадонину.

Выводы:

1. Среди патогенов у пациентов с СДС чаще определяются грамположительные кокки: *staphylococcus aureus*, *staphylococcus epidermidis*, *staphylococcus warneri* и *staphylococcus haemolyticus*. Среди грамотрицательных палочек чаще обнаруживаются *enterobacter aurogenes* и *pseudomonas aeruginosa*.
2. Большинство грамположительных кокков были чувствительны к офлоксацину, амикацину, имипенему и меропенему.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ, БЕЗОПАСНОСТИ И УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПОМПОВОЙ ИНСУЛИНОТЕРАПИЕЙ

Троицкая И.Н.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

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

Актуальность. В настоящее время свыше 387 миллионов человек в мире страдают диабетом, а к 2035 году ожидается, что эта цифра увеличится до 592 миллионов. На сегодняшний день единственный способ предотвратить или отсрочить развитие специфических осложнений диабета - поддерживать показатели в крови на уровне близком к нормогликемии. Инсулиновая помпа - электронное устройство для подкожного введения инсулина малыми дозами, которое заменяет инъекции инсулина шприц-ручкой. Помпа вводит инсулин в соответствии с заранее

запрограммированными значениями. За 2014 г. в Забайкальском крае установлено 45 инсулиновых помп, до этого применение данных приборов носило единичный характер.

Цель исследования. Оценить эффективность, безопасность и удовлетворенность пациентов с сахарным диабетом помповой инсулинотерапией.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 17 пациентов ГУЗ ККБ, поступившие в эндокринологическое отделение и находящиеся на помповой инсулинотерапии. В исследовании учитывались показатели дневников самоконтроля: гликемия натощак, постпрандиальная гликемия, гликированный гемоглобин; наличие легких и тяжелых гипогликемий до и после постановки помповой инсулинотерапии. Для оценки качества жизни опросник The Short Form - 36. Для расчета W-критерия использовалась Statistica.

Результаты. В результате исследования получились следующие данные: гликемия натощак до 6,2 ммоль/л, после 5,5 ммоль/л; Т - 14,5 уменьшение значения (находится вне зоны значимости); постпрандиальная гликемия до 10,7 ммоль/л, после - 8 ммоль/л; Т - 1,5 увеличение значения (находится в зоне неопределенности); гликированный гемоглобин до - 9,1%, после - 7,2 ммоль/л; Т - 1 увеличение значения (находится в зоне неопределенности). Количество легких гипогликемий сократились с 4-9 до 1-2 в месяц ($p < 0,05$), тяжелых не отмечается. Затраты на расходные материалы инсулиновой помпы ежемесячно в среднем составили 5 857 рублей. При оценке качества жизни получены следующие показатели:

Физическое функционирование	PF	72
Рольное функционирование, физическое состояние	RP	57
Интенсивность боли	BP	82
Общее состояние здоровья	GH	58
Жизненная активность	VT	70
Социальное функционирование	SF	41
Рольное функционирование, эмоциональное состояние	RE	52
Психическое здоровье	MH	72

Вывод. После перехода на интенсифицированную инсулинотерапию показатели гликемии натощак, постпрандиальной, гликированного гемоглобина уменьшились. Наличие тяжелых гипогликемий не выявлено, легкие гипогликемии сократились до 1-2 раз в месяц. При оценке качества жизни показатель BP (интенсивность боли) высокий, постановка сменной иглы 1 раз в 3 дня практически не беспокоит, в сравнении с ежедневными инъекциями инсулина. Наименьший уровень качества жизни в изучаемой группе отмечается в SF (социальное функционирование); RE (ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием); RP (ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием).

КАЧЕСТВО ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Тупченко И.А., Налётова В.Н.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

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

Сердечно-сосудистые заболевания занимают лидирующие позиции по причинам смертности во всем мире. Хорошо известно, что немаловажную роль в патогенезе этих заболеваний играют дислипидемии. При этом атеросклероз сегодня является пандемией 21 века. Приоритетным направлением в снижении смертности от этих заболеваний является эффективное лечение на амбулаторном этапе, в том числе адекватная гиполипидемическая терапия.

Цель работы. Оценка качества гиполипидемической терапии и приверженность к лечению у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и гипертонической болезнью (ГБ) на амбулаторном этапе в г. Чита.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ амбулаторных

карт и анкетирование 41 пациента (17 мужчин, 24 женщины) с сердечно-сосудистыми заболеваниями, наблюдающихся в ГУЗ "Городская поликлиника №7". Средний возраст составил $61,6 \pm 1,3$ лет. Обработка полученных данных осуществлялась с помощью пакета статистических программ Statistica 6,0 (StatSoft).

Полученные результаты. Из числа проанализированных амбулаторных карт пациентов в 76% случаев имел место диагноз ИБС, из них у 90,3% - стабильная стенокардия, 9,7%- постинфарктный кардиосклероз, 4,9%- фибрилляция предсердий. У 68% больных был выставлен диагноз ГБ. Из сопутствующей патологии в 99,3 % выявлен атеросклероз аорты и мозговых сосудов, у 7,3% больных в анамнезе сахарный диабет. При этом 33% больных являются работающими, 67% - пенсионного возраста.

При анализе наличия лабораторного исследования уровня общего холестерина установлено, что данный показатель оценивался участковыми врачами лишь в 61% случаев, при этом полный спектр липопротеидов был назначен только одному пациенту. В 46% случаев выявлено повышение уровня холестерина выше нормы, обозначенной для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями ($>4,5$ ммоль/л). Среднее значение уровня общего холестерина среди респондентов составило $6,5 \pm 1,36$ ммоль/л. Терапия гиперхолестеринемии назначалась 98% пациентов, из них аторвастатином - 51% больных (47% в дозировке 10мг, 42%-20мг, 9,5%-30мг), розувастатин - 3% (в дозировке 10мг), симвастатин - 46% (67% в дозировке 10мг, 33 %-20мг). Лишь у 12% больных после назначения гиполипидемической терапии оценивалась динамика уровня холестерина, из них в 85% случаев был достигнут целевой уровень холестерина - $4,2 \pm 0,22$ ммоль/л. В остальных случаях повторное исследование проводилось с интервалом от одного года до шести лет, либо не было проведено совсем.

По результатам анкетирования данных пациентов, установлено, что об атеросклерозе и его причинах известно 92% исследуемых. Регулярный контроль над уровнем холестерина и осведомленность о своих показателях указали 54% респондентов. Диета рекомендовалась врачом в 61% случаев, и лишь 46% придерживаются данной диеты. Назначенную терапию статинами не получают 54% больных, из них 24% принимали препарат лишь в течение 1 месяца. Из наиболее частых причин самостоятельного прекращения терапии респонденты указывали на непонимание смысла в лечении статинами и высокую стоимость препаратов.

Выводы. У 99% больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в сопутствующем диагнозе обозначается атеросклероз, при этом более чем у 1/3 респондентов не проводилась лабораторная диагностика уровня общего холестерина, липидный спектр с оценкой уровня атерогенности исследован лишь у одного больного. Практически у половины из числа обследованных выявлена гиперхолестеринемия, при этом лишь в 54% случаев была назначена адекватная гиполипидемическая терапия. У 88% больных не оценивался уровень холестерина в динамике, примерно в половине случаев пациентам не рекомендовалась диета при атеросклерозе. При анкетировании выявлена низкая комплаентность пациентов к гиполипидемической терапии, обусловленная низкой просвещенностью в вопросах факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и высокой стоимостью гиполипидемических препаратов.

ПОЛИМОРФИЗМ -250 G>A ГЕНА LIPC У ЖЕНЩИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА И ГИПОТИРЕОЗА

Фёдорова А.П.

Читинская государственная медицинская академия, Чита
Научный руководитель: д.м.н., доцент Серебрякова О.В.

Известно, что ишемическая болезнь сердца (ИБС), протекающая на фоне сахарного диабета 2 типа (СД 2 типа) и/или гипотиреоза, характеризуется более быстрым прогрессированием процессов атеросклероза. Представляет интерес поиск генетических маркеров предрасположенности к дислипидемии и атеросклерозу при этих заболеваниях. В литературе имеются све-

дения о влиянии полиморфизма -250 G>A гена печеночной липазы LIPC на уровень холестерина и триглицеридов плазмы крови.

Целью настоящего исследования явилось изучение полиморфизма -250 G>A гена LIPC у женщин с ИБС на фоне СД 2 типа и гипотиреоза.

Материал и методы. В исследование было включено 65 пациенток со стабильной стенокардией II-III функционального класса, из них 18 имели сочетание СД 2 типа и гипотиреоза, 32 женщины были с СД 2 типа, 15 женщин с гипотиреозом. У всех женщин гипотиреоз явился следствием хронического аутоиммунного тиреоидита (ХАИТ). Все пациенты были сопоставимы по возрасту и длительности СД 2 типа. Группу контроля составили 17 пациенток со стабильной стенокардией II-III функционального класса без патологии углеводного обмена и нормальной функцией щитовидной железы. Геномную ДНК выделяли из лейкоцитов периферической крови. Молекулярно-генетическое исследование проводилось методом полимеразной цепной реакции с детекцией продукта амплификации электрофорезом в 3% агарозном геле. Статистическая обработка данных проводилась в программе SPSS Statistics 21.0. Для определения частот генотипов применяли закон Харди-Вайнберга, для сравнения частот аллелей и генотипов в группах использовали критерий χ^2 с поправкой Йетеса.

Результаты. Частоты генотипов во всех группах не отклонялись от равновесия Харди-Вайнберга. Различий в частотах аллелей между группами сравнения и контрольной группой не обнаружено. Выявлены различия в отношении распределения частот генотипов между группой женщин с ИБС на фоне СД 2 типа и группой пациенток с ИБС на фоне ХАИТ с гипотиреозом ($\chi^2 = 5,84$; $p=0,054$). При этом у женщин с ИБС на фоне ХАИТ гомозиготный генотип А/А встречался у 13% женщин, а у пациенток с ИБС на фоне СД2 не встречался вообще ($p=0,04$). Значимых различий между группами сравнения и контрольной группой в распределении частот генотипов выявлено не было, вероятно, из-за недостаточного числа наблюдений.

Выводы. В группе женщин с ИБС, протекающей на фоне ХАИТ с гипотиреозом, отмечается более частое носительство гомозиготного генотипа А/А гена LIPC (-250 G>A) по сравнению с группой женщин с ИБС на фоне СД 2 типа. Значимых различий между контролем и группами сравнения выявлено не было.

АНАЛИЗ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В Г. ЧИТЕ (РОССИЯ) И В Г. КАССЕЛЬ (ГЕРМАНИЯ)

Хайдапова С.Ц., Гармаева Т.Б.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: д.м.н. Романова Е.Н., к.м.н. Щаднева С.И.

Острый коронарный синдром (ОКС) остается сегодня одним из наиболее опасных сердечно-сосудистых диагнозов.

Цель работы. Оценить и сравнить ведение и качество жизни больных с ОКС в региональном сосудистом центре ГУЗ ККБ г. Читы и Мариенкранкенхаус г. Кассель.

Материал и методы. Оценены 20 пациентов, лечившихся в сосудистом центре г. Читы, средний возраст - 63, из них женщин - 9 (45%), мужчин - 11 (55%) и 10 пациентов, находящихся в клинике Мариенкранкенхаус, средний возраст - 71, из них женщин - 6 (60%), мужчин - 4 (40%). Проанализированы истории болезней, протоколы ведения в палате интенсивной терапии, с целью изучения и сравнения качества жизни (КЖ) проводилось анкетирование по опроснику SF-36.

Результаты. При оценке оказания помощи больным с ОКС в г. Кассель выявлено, что время от начала болевого синдрома до поступления в специализированное отделение в 100% случаев составило не более 30 минут. В Чите до 30 минут - в 20%, от 30 минут до двух часов - в 30%, более двух часов - в 50%. При оказании помощи на догоспитальном этапе в Германии использовали двойную антиагрегантную терапию (тикагрелол и аспирин в нагрузочных дозах) в 100% случаев, антикоагулянты (арикстра 2,5 мг) в 100%, наркотические анальгетики (морфин) по по-

казаниям в 50% случаев, нитраты (нитроглицерин в/в) в 100%, тромболитическая терапия (актилизе) проводилась у 1 пациента (10%). В клинике Мариенкранкенхаус продолжалась терапия антикоагулянтами, антиагрегантами, β -адреноблокаторами (бисопролол), ингибиторами АПФ (рампиприл), статинами (аторвастатин, розувастатин 30-40 мг в сутки). Всем при поступлении проводилась коронароангиография, в 30% случаев - ЧТКА со стентированием (при ОКС с подъемом ST). После обследования с использованием тропонинового теста (в 100%), коронарографии (в 100%), ЭКГ в динамике (в 100%), ЭхоКГ (в 100%) инфаркт миокарда без з. Q верифицирован в 20% случаях, инфаркт миокарда с з. Q - в 10%, нестабильная стенокардия - в 70%. При анализе случаев ОКС в г. Чите выявлено, что на догоспитальном этапе использовалась двойная антиагрегантная терапия (клопидогрель и аспирин в нагрузочных дозах) в 100% случаев, антикоагулянты (гепарин 5000 ЕД в/в) в 100%, наркотические анальгетики (морфин) по показаниям в 15% случаев, нитраты (нитроглицерин в/в) в 100%. В сосудистом центре г. Читы назначались: антиагреганты (клопидогрел - в 80%, аспирин - в 100%), β -адреноблокаторы (бисопролол 5-10 мг, метопролол 5 мг) - у 60%, антикоагулянты (гепарин - 95%, арикстра 2,5 мг - 5%), статины (аторис 20-30 мг) - в 100%, ингибиторы АПФ (эналаприл 5-10 мг, лизиноприл 5-20 мг) - в 30%, тромболитическая терапия (стрептокиназа) проводилась у 3 пациентов (15%). Для верификации диагноза проводилось исследование тропонинового теста в 80% случаев, ЭКГ в динамике (в 100%), ЭхоКГ (в 100%), коронарография в 35%. Q-инфаркт миокарда диагностирован у 1 больного (5%), инфаркт миокарда без з. Q - у 3 (15%), в остальных случаях (80%) - прогрессирующая стенокардия. По результатам коронарографии стентирование проведено 4 больным (20%) (с инфарктом миокарда - 3, с прогрессирующей стенокардией - 1). При проведении анкетирования с помощью опросника SF-36, выявили, что параметры КЖ пациентов по шкалам, отражающим психологический компонент, оказались ниже у жителей Читы по сравнению с немецкими гражданами. При оценке показателей, отражающих физическое состояние, наоборот, более высокую оценку своего состояния выявили у читинцев.

Выводы: При анализе случаев с ОКС отмечено соответствие оказания медицинской помощи больным в г. Чите и г. Кассель современным рекомендациям. В Чите более продолжительный период от клинических проявлений ОКС до госпитализации обусловлен географическими особенностями региона, в связи с этим проведение тромболитической терапии целесообразнее осуществлять на догоспитальном этапе. Оценка КЖ позволила выявить большую распространенность тревожно-депрессивного компонента у читинцев, по сравнению с жителями города Кассель. Напротив, оценка физического состояния оказалась выше у пациентов Читы, что может обусловить недооценку состояния своего здоровья, снижение приверженности к лечению.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С АНЕМИЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ

Царев Д.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

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

В настоящее время наблюдается тенденция к увеличению числа больных хроническими заболеваниями почек (ХБП), в том числе с терминальной почечной недостаточностью, требующей заместительной почечной терапии. Внедрение методов заместительной почечной терапии (гемодиализ), а также трансплантации почки способствует увеличению продолжительности жизни больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН). Тем не менее летальность пациентов, находящихся на гемодиализе, остается высокой, а качество жизни их хуже, чем у представителей соответствующих возрастных групп с сохраненной функцией почек.

Цель работы: формирование информационной базы о тяжести заболевания, диагностике, лечении и качестве жизни, связанном со здоровьем, больных с терминальной ХПН, находящихся на гемодиализе.

Материалы и методы: проанализированы результаты опроса 150 больных с терминальной почечной недостаточностью, находящихся на гемодиализе в отделении искусственной почки в ГУЗ ККБ №1 за 2014 г. Оценены их клинические и биохимические параметры, показатели, характеризующие качество лечения анемии, а также частота применения отдельных препаратов и качество жизни. Для определения качества жизни был использован международный опросник EuroQol-5D.

В ходе работы использовался аналитический метод. Сравнительный анализ в подгруппах проводился с использованием t-критерия Стьюдента.

Результаты. Средний возраст пациентов, включенных в исследование, составил 51,9±13,4 лет. Возрастная характеристика анкетированных больных была представлена следующим образом: от 18 до 40 лет - 20%, 40-50 лет - 20%, 50-60 лет - 20%, старше 60 лет - 40%. Мужчин в исследовании было 53%, женщин - 47%. Подавляющее число больных отметили наличие хронического гломерулонефрита (51%) и хронического пиелонефрита (24%) как причину ХПН. Среди других заболеваний, указанных пациентами - амилоидоз, поликистоз, артериальная гипертензия, ВАР (25%). "Стаж" ХБП - 11,9 ± 7,3 лет. Средний уровень креатинина - 580 мкм/л, калия - 4,3-0,7.

Наиболее выраженные проблемы отмечены в отношении двух компонентов повседневной активности (около 55% обследованных имеют умеренные или тяжелые нарушения), боли и дискомфорта, отмеченных у 60% респондентов. Большинство участников исследования отметили отсутствие существенных затруднений с самообслуживанием. Только 20% больных имели умеренные или тяжелые нарушения по данной шкале.

В ходе исследования был проведен сравнительный анализ лабораторных критериев и показателей качества жизни пациентов в зависимости от получаемого препарата группы "эритропоэтины" (рекармон, эральфон, эпокрин). При сравнении уровня гемоглобина у четырех подгрупп пациентов достоверные различия не выявлены. Средний уровень гемоглобина составил 113±16,4 г/л. При сопоставлении качества жизни, оцененного по визуальноаналоговой шкале, в группах в зависимости от получаемого препарата, пациенты, принимавшие рекармон и эральфон продемонстрировали максимальное количество баллов по сравнению с группой больных, получавших эпокрин (72 и 56 % соответственно против 27%).

Выводы. У подавляющего большинства пациентов с терминальной почечной недостаточностью, получавших заместительную почечную терапию, качество жизни оказывается сниженным. Улучшение качества жизни у данной когорты пациентов может быть достигнуто за счет коррекции анемии путем рационального применения препаратов эритропоэтина. Вместе с тем некоторые препараты эритропоэтина с этой точки зрения имеют преимущества по эффективности.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Цынгueva М.Ж-Д., Дамдинова М.М.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

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

Цель: Оценить клиническую картину и лабораторные признаки постхолецистэктомического синдрома (ПХЭС) у пациентов, которым была проведена холецистэктомия (ХЭ) по поводу желчнокаменной болезни (ЖКБ).

Задачи:

- 1) Выявить возрастные и половые особенности распространения ПХЭС.
- 2) Оценить клиническую картину ПХЭС, в зависимости от давности проведения ХЭ.
- 3) Проанализировать лабораторные показатели у больных с ПХЭС в зависимости от сроков проведения ХЭ.

Материалы и методы. Было проанализировано 130 историй болезни пациентов с ПХЭС, находившихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении и отделении общей хирургии Краевой клинической больницы г. Читы в течение 2013-2014 г.г, из них мужчин - 32, женщин - 96

человек. Средний возраст составил $53,21 \pm 2,7$ лет. Пациенты были разделены на 2 группы. Первая группа включала 84 пациента, у которых ХЭ проведена меньше 10 лет назад, вторую группу составили 44 больных, у которых ХЭ выполнена больше 10 лет назад. В обеих группах оценивали клинические признаки ПХЭС (болевой синдром, желтуху, диспептический синдром, наличие поносов или запоров) и лабораторные показатели (АСТ, АЛТ, щелочную фосфатазу (ЩФ), гамма-глутамил-транспептидазу (ГГТП), общий и прямой билирубин). Статистическая обработка проводилась с помощью описательной статистики и критерий χ^2 (программное обеспечение Биостат).

Результаты. В клинической картине болезни наиболее часто имел место болевой синдром: в 95,2% случаев у пациентов 1 группы и в 90,9% - у больных 2 группы ($p=0,03$). Желудочная диспепсия регистрировалась у 44,04% обследованных 1 группы и у 75% - 2-й группы ($p=0,000$). Синдром кишечной диспепсии имел место у 14 и 25 пациентов 1 и 2 группы соответственно ($p=0,02$). На запор жаловались 5 больных 1 группы и 14 пациентов 2 группы ($p=0,003$). Значительно реже развивалась желтуха: чаще в 1 когорте (16,6%), чем во 2-й (15,9%) ($p=0,01$). Понос имел место у 33 больных, которым ХЭ проведена 10 лет назад и у 11 больных, которым операция выполнялась больше 10 лет назад, однако это различие не достоверно ($p=0,336$). Также к не достоверным показателям относится билиарная диспепсия 17,8% в 1 группе, 29,55% во 2-й ($p=0,326$). При анализе лабораторных показателей повышенный уровень АСТ, АЛТ регистрировался у 23 пациентов с меньшим стажем после ХЭ и у 14 обследованных с ХЭ больше 10 лет ($p=0,847$). Достоверная разница была получена при оценке встречаемости синдрома холестаза: повышенный уровень ЩФ и ГГТП имел место у 80% больных с большим временем после ХЭ и у 30% больных 1 группы ($p=0,014$, $p=0,008$). Разницы в уровне общего и прямого билирубина мы не выявили ($p=0,835$, $p=0,900$).

Выводы:

- 1) ПХЭС чаще встречается у женщин старше 50 лет, что связано с большей распространенностью ЖКБ у женщин.
- 2) У пациентов с ПХЭС ведущим проявлением болезни является болевой абдоминальный синдром в сочетании с разными видами диспепсии. У пациентов с меньшим стажем после ХЭ преобладает болевой синдром, а у больных со стажем после проведения ХЭ более 10 лет преобладает желудочная и кишечная диспепсия в виде запора.
- 3) Лабораторные показатели изменяются у каждого третьего-четвертого пациента. Наиболее часто повышаются уровни ЩФ и ГГТП у пациентов с длительностью после ХЭ более 10 лет.

**ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ШКАЛ PESI и sPESI
У БОЛЬНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПО ДАННЫМ
АУТОПСИЙНОГО МАТЕРИАЛА НУЗ "ДОРОЖНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА"
НА СТАНЦИИ ЧИТА-2 ЗА ПЕРИОД 2012-2014 ГГ**

Цыренова С.Е., Климова В.М

Читинская государственная медицинская академия, Чита
Научные руководители: д.м.н. Кушнаренко Н.Н., Медведева Т.А.

Цель: оценить точность шкал PESI и sPESI у больных с тромбоэмболией легочной артерии.

Материалы и методы: объектом исследования явились пациенты, находившиеся на лечении в НУЗ "Дорожная клиническая больница" на ст. Чита-2 в период с 2012-2014 гг. по поводу заболеваний терапевтического и хирургического профиля, причиной смерти которых стала тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА). Для оценки риска смерти в первые 30 суток от начала заболевания использовались шкалы PESI и sPESI (Aujesky D, Obrosky DS, Stone RA, Auble TE, Perrier A, Cornuz J, Roy PM, Fine MJ. Derivation and validation of a prognostic model for pulmonary embolism. Am J Respir Crit Care Med. 2005 Oct 15; 172(8):1041-6. Epub 2005 Jul 14. PubMed PMID: 16020800; PubMed Central PMCID: PMC2718410). Все больные были разделены на 5 групп в зависимости от класса летальности ТЭЛА: 1 группа ($n=5$) - I ФК - очень низкий риск ТЭЛА(ме-

нее 65 баллов) - летальность 0- 1,6 %; 2 группа (n=2) - II ФК - низкий риск ТЭЛА (66-85 баллов) - летальность 1,7-3,5%, 3 группа (n=5) - III ФК - умеренный риск ТЭЛА (86-105 баллов) - летальность 3,2-7,1%, 4 группа (n=3) - IV ФК - высокий риск ТЭЛА (106-125 баллов) - летальность 4 - 11,4 %, 5 группа (n=4) - больные V класса - очень высокий риск ТЭЛА (>126 баллов) - летальность 10,0 - 24,5%. По шкале sPESI все больные были разделены на 2 группы: в первую (n=4) вошли больные с низким риском смерти (количество баллов менее 1), вторую группу (n=8) составили больные с высоким риском смерти (количество баллов \geq 1). Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета статистических программ Statistica 6,0. При сравнении групп использовался критерий Манна-Уитни (Z), различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. В период с 2012-2014 гг включительно причиной летального исхода 12 пациентов явилась ТЭЛА, что составило 10,3% от всех умерших в НУЗ ДКБ на ст. Чита-2 за данный период. Из них женщин - 8 человек (66,6%), мужчин - 4 человека (33,3%). Средний возраст больных составил $67,3 \pm 1,5$ года. Причинами ТЭЛА явилось тромбофлебит глубоких и поверхностных вен нижних конечностей в 83% случаев, флеботромбоз глубоких вен нижних конечностей в 16%. Наиболее часто при ТЭЛА поражались оба легких (65%), в 20% случаев отмечалось вовлечение в процесс правого легкого, в 10% - левого легкое. Инфаркт-пневмония диагностирована в 33% случаев. По локализации: массивная ТЭЛА (обструкция сосудистого русла более 50%) встречалась в 66% случаев, субмассивная (обструкция сосудистого русла от 30-50%) - в 16%, немассивная (менее 30%) - в 16% случаев. При проведении предварительной оценки риска смерти от ТЭЛА по шкале PESI в 8% случаев низкий и очень низкий риск смерти от ТЭЛА, в 16% умеренный риск, в 25% высокий и 41% очень высокий риск. При анализе умерших от ТЭЛА по шкале sPESI установлено, большинство больных имели высокий риск смерти.

Выводы. При ТЭЛА в патологический процесс наиболее часто вовлекались оба легких, инфаркт-пневмония возникала наиболее часто в правом легком. Большая часть больных, умерших от ТЭЛА страдали варикозной болезнью нижних конечностей или флеботромбозом нижних конечностей. Согласно шкалам PESI и sPESI большинство больных имели высокий или очень высокий риск смерти.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ

ОЦЕНКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНДИКАТОРА ГЛАЗНОГО ДАВЛЕНИЯ ИГД-02 В КАЧЕСТВЕ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ТОНОМЕТРА

Абармитова Б.Б., Жаринова Е.А., Илькова Е.В., Лямин Е.Е.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: к.м.н. Логунов Н.А.

Глаукома - хроническое медленно прогрессирующее заболевание, приводящее к слепоте. Одним из важнейших факторов риска является повышенное глазное давление. Мониторинг внутриглазного давления (ВГД) позволяет назначить адекватную гипотензивную терапию и тем самым добиться стабилизации зрительных функций. В настоящее время, в отличие от пациентов с артериальной гипертензией или сахарным диабетом, имеющих возможность самостоятельно измерять уровни артериального давления или глюкозы в крови, больные глаукомой вынуждены посещать офтальмолога в поликлинике, чтобы узнать цифры глазного давления.

Цель. Оценка удобства, простоты использования, безопасности и достоверности измерений индикатора (ИГД-02) при проведении самостоятельной тонометрии.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 10 пациентов, находящихся на лечении в офтальмологическом отделении Клиники Читинской медицинской академии. Все участники подписывали информированное добровольное согласие. В качестве индивидуального тонометра использовался портативный транспальпебральный склеральный тонометр внутриглазного давления - ИГД-02. Пациентам предварительно измеряли глазное давление методом Маклакова и пневмотонометром, затем объясняли методику самостоятельного измерения ВГД при помощи индикатора ИГД-02. При каждой попытке измерения фиксировали величину глазного давления и оценку потребительских свойств по пятибалльной шкале (0 - сложно, некомфортно, до 5 - просто и удобно). Статистический анализ выполнялся в среде MS Excel 2013 с применением критериев Стьюдента для оценки различий методик тонометрии и Фишера для анализа точности измерений глазного давления в серии.

Результаты. Показания ВГД, полученные при использовании стационарных, контактных приборов и индивидуального тонометров, совпадают (20-21 мм. рт. ст., различия недостоверны при $p=0,05$). Использование компактного устройства для самостоятельного измерения давления для данной возрастной группы (70 ± 3 лет) оказалось выполнимой задачей. Комфортность измерения в серии попыток возрастала от 2 (первое измерение) до 4 баллов (шестое измерение). Для приобретения навыка измерения ВГД переносным тонометром потребовалось от 4 до 6 попыток (связь прямая и значимая, $F=0,9498$).

Выводы. 1. Индикатор ИГД-02 является безопасным, точным, портативным прибором измерения ВГД. 2. Приобретение навыков тонометрии не вызывает затруднений у пожилых пациентов. 3. Дизайн индикатора, способ измерения позволяют пациенту измерить ВГД самостоятельно или при помощи родственников в домашних условиях.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИММУНОГРАММЫ В ТЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОЙ ИШЕМИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Бурцева М.А., Гранина Е.А., Коношенко М.В., Бражник М.Г., Иванов В.П.

Читинская государственная медицинская академия, Чита,

Научные руководители: Артамонова З.А., к.м.н. Терешков П.П.

Острая мезентериальная ишемия в настоящее время занимает одну из лидирующих позиций по показателям летальности. Прогрессирование ишемических повреждений кишки в послеоперационном периоде, выявляемые во время программированных релапаротомий, встречается у 15-90% больных и увеличивает процент летальности от данной патологии. Золотым стандартом диагностики прогрессирования некроза кишки в послеоперационном периоде является выполне-

ние программированных релапароскопий/релапаротомий. Данный метод не лишен недостатков. Первым, из которых, является субъективность оценки жизнеспособности кишки. Вторым недостатком является травматичность метода, что, безусловно, утяжеляет состояние больного.

Следовательно, поиск новых объективных критериев прогрессирования некроза кишки является актуальной проблемой хирургии.

Цель работы - изучение субпопуляции лимфоцитов центральной венозной крови при восстановлении кровотока в мезентериальном русле в эксперименте.

Материалы и методы. Эксперимент проведен на 6 самцах белых беспородных крыс массой 200-220 г. Всем животным во время лапаротомии выполнялся забор крови из каудальной вены, перевязка брыжеечной артерии в основании корня брыжейки. Через 3 часа выполнялась релапаротомия и повторный забор крови, после чего восстанавливался кровоток в мезентериальном русле (развязывали лигатуру). Через 3 часа после восстановления кровообращения выполнялась релапаротомия, проводилась оценка жизнеспособности кишечника, забор крови. Операции, и все манипуляции с животными проводились с использованием общего обезболивания, а эвтаназия - путем передозировки средств для наркоза, с учетом общепринятых положений. Оценка субпопуляционной структуры лимфоцитов осуществляли стандартным методом прямого иммунофлюоресцентного окрашивания цельной крови с использованием лизирующего/фиксирующего раствора VersaLyse/IOTest 3 Fixative solution (Beckman Coulter) и панели моноклональных антител IOTest Anti-Rat (Beckman Coulter). Контрольные пробы инкубировали с иммуноглобулинами мечеными флюорохромами (FITC, PC7, APC) соответствующего изотипа - мышинные IgG1, IOTest (Beckman Coulter). Цитофлюорометрию осуществляли на проточном цитофлюориметре "Cytomics FC-500" (Beckman Coulter, USA), регистрировали суммарно не менее 10.000 событий. Данные анализировали с помощью программы CXP Cytometer (Beckman Coulter).

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием программы "Statistica-6 for Windows" и критерия Уилкоксона.

Результаты. В процессе динамического наблюдения подтверждено, что после прекращения артериального мезентериального кровообращения отмечается снижение абсолютного числа лимфоцитов на 62% по отношению к исходным показателям ($p < 0,005$). Через 3 часа после восстановления кровообращения наблюдается стабилизация данного показателя ($p < 0,005$).

Выводы. Таким образом, полученные результаты подтверждают наличие признаков вторичной иммунной недостаточности при течении острой мезентериальной ишемии, которая проявляется снижением абсолютного числа лимфоцитов центральной венозной крови. Также выявлена прямая зависимость данного показателя от течения мезентериальной ишемии в эксперименте: стабилизация и рост абсолютного числа лимфоцитов свидетельствуют о восстановлении мезентериального кровотока.

ВАКУУМ-ИНСТИЛЛЯЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ГНОЙНЫХ РАНАХ

Гаймоленко Д.С.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: к.м.н., доцент Размахнин Е.В., Шангин В.А.

Цель. Разработать методику вакуум-инстилляционной терапии ран и оценить ее эффективность в сравнении с изолированным применением отрицательного контролируемого давления у пациентов с гнойными ранами различного происхождения.

Материалы и методы. Обследовано 37 пациентов в возрасте $58,2 \pm 13,0$ лет с трофическими язвами на фоне атеросклеротического поражения сосудов конечностей и диабетической ангиопатии. Размеры дефекта варьировали от 6 до 64 см². Все пациенты были разделены на 2 группы: 16 (1 группа) получали традиционную терапию с применением только VAC-терапии и 21 (2 группа), которым наряду с традиционным лечением проводилась вакуум-инстилляционная терапия (NPWTi). Группы были однородны по размерам раневого дефекта, степени артериальной недостаточности, бактериальной обсемененности ран и сопутствующей патологии. Сеансы ле-

чения ран отрицательным давлением в обеих группах проводились в прерывистом режиме (10 мин - вакуумирование при -125 мм. рт. ст., 3 мин - отсутствие вакуума). Всем обследованным пациентам было проведено по 2 сеанса VAC-терапии в течение 4-5 суток. Кроме этого в обеих группах проводилось традиционное лечение, направленное на улучшение кровообращения, снижение бактериальной обсемененности, при наличии сахарного диабета - инсулинотерапия (дезагреганты, ангиопротекторы, гипербарическая оксигенация, магнитотерапия, антибактериальная терапия).

NPWTi осуществляли с помощью аспиратора для вакуумной терапии ран и двухходового дренажного порта. Введение 20% раствора димексида на 0,25% новокаина проводили ежедневно через одну из трубок порта, объем вводимого раствора зависел от размеров раны, в среднем он составлял 20-40 мл.

В качестве контрольных параметров использовались данные, полученные у 10 пациентов с аналогичными ранами и общим соматическим статусом, которым проводили местное лечение с использованием водорастворимых мазей (Левомеколь).

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 $p \leq 0,05$.

Результаты. У пациентов контрольной группы очищение раны наступало на $5,7 \pm 0,5$ сутки от начала лечения, появление грануляционной ткани отмечено на $8,3 \pm 0,6$ сутки, гранулирование всей поверхности раны на $12,2 \pm 0,4$ сутки, уменьшение размеров язвенного дефекта к 15 дню лечения составило от 8 до 16%. В группе пациентов, получающих только VAC-терапию, очищение раны и появление грануляционной ткани отмечено у всех больных во время первой перевязки на 4-5-е сутки, гранулирование всей поверхности раны во время второй перевязки на 8-10-е сутки, уменьшение размеров дефекта составило от 15 до 32%. При использовании вакуум-инстилляционной терапии покрытие всей раневой поверхности грануляциями отмечалось уже при первой перевязке на 4-5-е сутки и уменьшение размеров дефекта к 15-м суткам лечения достигло 26-54%.

Заключение. В результате вакуумной терапии ран значительно улучшается течение раневого процесса, что приводит к более быстрому очищению, грануляции дефекта и уменьшению его размеров. При добавлении к лечению вакуумом инстилляций антисептиков оказывается противовоспалительное действие, что имеет выраженный регенераторный эффект и ведет к уменьшению размеров язвенного дефекта в 3 раза больше, чем в группе пациентов, получающих традиционную терапию.

Вакуум-инстилляционная терапия обладает значительным преимуществом перед традиционными методами лечения и использованием изолированного вакуума, что позволяет рекомендовать её к более широкому применению в клинической практике.

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ЗА 2010-2014 ГГ., ПО ДАННЫМ ГУЗ ГКБ №1 Г. ЧИТА

Голенкова К.А., Малханова Д.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: к.м.н. Коновалова О.Г.

Понятие острая кишечная непроходимость (ОКН) объединяет различные патологические состояния, сопровождающиеся нарушением эвакуации кишечного содержимого. В настоящее время по частоте возникновения заболевание занимает пятое место среди основных форм "острого живота". Это составляет 3,5% от всех острых хирургических заболеваний, а среди летальных случаев на острую кишечную непроходимость приходится до 40%, т.е. фактически половина всех смертельных исходов. Среди оперированных пациентов по поводу острой кишечной непроходимости смертность также весьма высокая - от 8 до 37% и прямо пропорциональна срокам оперативного вмешательства и формы поражения пищеварительного тракта. Поэтому изучение уровня заболеваемости ОКН является на наш взгляд актуальным.

Цель работы. Оценить состояние данной проблемы путем проведения ретроспективного анализа историй болезни пациентов с острой кишечной непроходимостью по данным ГУЗ ГКБ №1.

Задачи исследования.

1. Оценить количественные и качественные показатели толстокишечной и тонкокишечной ОКН.
2. Определить уровень оперативной активности при ОКН.
3. Изучить частоту осложнений после оперативного лечения острой кишечной непроходимости за период 2010 - 2014 гг.

Материалы и методы. Были обработаны истории болезней пациентов (n = 251), находившихся на оперативном лечении в 1-м хирургическом отделении ГУЗ ГКБ №1 г. Читы в период с 2010 по 2014 гг.

Результаты. За выбранный период в ГУЗ ГКБ было пролечено 251 пациент с острой кишечной непроходимостью различного генеза. При анализе историй болезни заболеваемость женщин преобладает по сравнению с мужчинами примерно на 30%. Острая тонкокишечная непроходимость встречается чаще толстокишечной практически в два раза. Вероятнее всего это напрямую связано с причинами развития острой кишечной непроходимости. Так, по нашим данным, ведущими причинами в развитии ОКН являются спайки брюшины (n = 145, 57,8%), которые являются причиной развития острой тонкокишечной непроходимости, ущемлённые грыжи (n = 42, 16,7%) и атеросклеротические поражения артерий брыжейки (n = 27, 10,8%), гораздо реже встречаются опухолевые новообразования (n = 10, 3,9%), тромбоз мезентериальных сосудов (n = 7, 2,8%), заворот кишок (n = 7, 2,8%) и перитониты (n = 8, 3,2%). Уровень оперативной активности при острой тонкокишечной непроходимости в 6 раз выше, чем при толстокишечной непроходимости. Своевременные диагностика и лечение ОКН во многом определяют исход заболевания. При анализе осложнений после оперативного лечения обнаружено, что 1,9% случаев (n = 5) явились нагноившиеся гематомы в области оперативного вмешательства и 0,4% (n = 1) истинное нагноение послеоперационной раны. Летальность составила 1,6% (n = 4). По нашим наблюдениям летальность пациентов от ОКН напрямую связано с поздним обращением и соответственно с поздней госпитализацией в стационар. Так, нами установлено, что 1/3 больных поступило на лечение через сутки от начала заболевания.

Выводы. В результате выполненной работы было выявлено следующее:

1. Спайки брюшины, как причина развития ОКН, встречаются чаще в 1,5 раза.
2. Уровень оперативной активности при острой тонкокишечной непроходимости в 6 раз выше, чем при толстокишечной непроходимости.
3. Частота осложнений после оперативного лечения составила 1,9%.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ И ПРОБУЖДЕНИЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СЕВОФЛУРАНА, ДЕСФЛУРАНА У ПАЦИЕНТОВ В ОТДЕЛЕНИИ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Голятин Ю.А., Галсанов Ц.Б., Турукин С.К.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: Кушнаренко К.Е., д.м.н Шаповалов К.Г.

В настоящее время значительно увеличилось количество проводимых операций в стационарах, возросла их инвазивность. На этом фоне повышаются требования к качеству анестезии её управляемости, минимальному отрицательному действию на организм. Постоянно совершенствуются методики ингаляционной анестезии, в виду этого актуален вопрос выбора современного ингаляционного анестетика.

Цель работы. Сравнить изменения гемодинамики, время пробуждения и экстубации у пациентов в отделении пластической хирургии при использовании севофлурана и десфлурана. Сопоставить расход препаратов за время операции.

Материалы и методы. На базе отделения пластической хирургии Краевой клинической больницы г. Читы включено в исследование 24 пациента. Больным выполнялось оперативное ле-

чение под эндотрахеальным наркозом. Во всех случаях использовался наркозно-дыхательный аппарат AVANCE (США). Пациенты разделены на две группы: 1-я группа-10 наркозов севофлураном, 2-я группа-14 пособий десфлураном. Средний возраст в 1 группе составил 43,6 года, вес 67 килограмм; во 2 группе 40,2 года, 68,5 килограмм. Все включённые в исследование пациенты женского пола. Для пациентов обеих групп вводный наркоз проводился севофлураном масочным методом по схеме 8 об%, поток 8 л/мин кислорода. В последующем поддержание анестезии у пациентов 1 группы проводилось севофлураном 2.6-3.0 об %, пациентам 2 группы десфлураном 8.0-9.0 об %. Параметры ИВЛ режим "CMV", дыхательных объём 375-450 мл, поток 0,35-1,0 мл/мин., РЕЕР 0, ЧДД 12 в минуту. Газоток в группах не отличался. Мониторинг во время операции: неинвазивное измерение АД, пульсоксиметрия, ЧСС, ЭКГ.

Результаты. Среднее время от отключения подачи анестетика до открытия глаз у пациентов 1 группы (севофлуран) составило 234 секунды, для 2 группы (десфлуран) 209 секунд ($p=0,03$). Время до экстубации 283 секунды, 226 секунд соответственно ($p=0,02$). Исходное АД в обеих группах $120/80 \pm 10$ мм рт ст. Среднее артериальное давление при наркозе севофлураном составило $116/77$ мм рт ст колебания в пределах 5 мм рт ст, ЧСС 80,2 в минуту, десфлураном $117/79$ мм рт ст колебания 2-3 мм рт ст., ЧСС 72 в минуту ($p > 0,05$). Средний расход севофлурана составил 12,5 мл/час, десфлурана 15мл/час.

Статистическая обработка проводилась по методу Стьюдента в программе Microsoft Excel.

Выводы.

1. Севофлуран и десфлуран оказывают минимальное влияние на гемодинамику во время анестезии.
2. Десфлуран обеспечивает более быстрое пробуждение, экстубацию пациентов (в 1.2 раза) и готовность перевода в профильное отделение.
3. Расход севофлурана при поддержании общей анестезии сопоставим с расходом десфлурана при аналогичном потоке.

К КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ МЕЛАНОМ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ ЗА 2012-2014 ГОДЫ

Грузинцева А.А., Житова О.А., Сукнева А.И., Чумакова М. А., Чупров Н.Е.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: Вайгандт О. Н., к.м.н. Самойлова С. И., Муртазалиева С. В.

Меланома относится к наиболее агрессивным формам злокачественных опухолей. Исследования последних десятилетий показали, что одним из основных пусковых механизмов ее развития, считается увеличение суммарного времени воздействия ультрафиолетовой части спектра естественного солнечного света на кожу человека, не всегда генетически к этому подготовленную.

Цель работы. Оценить клинико-морфологические особенности меланом в Забайкальском крае.

Материалы и методы. Анализ 67 карт гистологических исследований за период 2012 - 2014 гг. из архивов патологоанатомических отделений ГУЗ "Забайкальского краевого онкологического диспансера" и НУЗ "Дорожной клинической больницы на станции Чита-2 ОАО РЖД". Статистическая обработка данных проводилась с применением программы MSExcel.

Результаты исследования. За исследуемый период выявлено 67 случаев злокачественной меланомы: 2012 год - 21 (31,34%), 2013 год - 31 (46,27%) и 2014 год -15 (22,39%). Женщины (64,18%) преобладали над мужчинами: 2012г - 12 (57,14%) и 9 (42,86%); 2013 - 22 (70,96%) и 9 (29,03%), 2014 - 9 (60%) и 6 (40%). Максимальный пик заболевания у лиц обоего пола, пришелся на возрастной период 36 - 60 лет и составил 38,81%, на втором месте больные в возрасте 61-75лет - 29,85% и практически в равной степени распределился между пациентами 76-90 лет 16,41% и 21-32 года - 14,93%. Первичные опухоли за три года выявлялись чаще (88,06%), на долю рецидивирующих и метастатических поражений пришлось 11,94%. В нашем исследовании первичной локализацией опухоли явилась кожа - 60 случаев, и согласно клинико-морфологической класси-

фикации меланом были сформированы пять групп: поверхностно-распространяющаяся меланома (ПРМ), узловая форма (УФ), акральная форма (АФ), гистологически не определенная форма (НФ). Выявленные случаи меланом представлены в сводной таблице № 1.

Таблица

Количественные характеристики выявленных меланом по годам

2012				2013				2014				итого
ПРМ	УФ	АФ	НФ	ПРМ	УФ	АФ	НФ	ПРМ	УФ	АФ	НФ	
7	3	2	6	1	16	-	12	1	4	-	8	60

Пигментные меланомы встречались чаще, преимущественно веретенноклеточного и эпителиоидно-клеточного строения. Важным прогностическим признаком является классификация меланом по Бреслоу (толщина дермального компонента опухоли). В соответствии с ней в материале преобладала толстая (глубокая, более 0,4 мм) стадия - 36 (69,23%) случаев, затем тонкая (менее 0,75 мм) 5 (9,62%) и промежуточная (0,76 - 3,99 мм) - 11 (21,15%). При определении особенностей роста опухоли согласно классификации TNM, отмечается, что чаще всего встречается Т4 - 34 (59,65%) случая, на втором месте Т1 - 12 (21,05%), далее Т3 - 6 (10,53%) и на долю Т2 пришлось всего 2 (8,77%) случая. Взаимосвязи между стадией болезни и гистологическим строением опухоли не выявлено.

Выводы. Меланома у женщин встречается в 2 раза чаще. Преимущественно она возникает в 3 и 7 декаде жизни. На кожную локализацию приходится наибольшее число случаев. Лидирующее место занимает узловая форма меланомы, в 2 раза реже встречается поверхностно-распространяющаяся. Основными прогностическими признаками для течения и лечения меланом является степень инвазии опухоли, которая остается глубокой, обращает внимание, что Т4 и Т3 встречается более чем в половине случаев, что является существенным показателем для использования анализа на BRAF- мутацию, по результатам которой возможно назначение таргетной терапии.

ИЗМЕНЕНИЯ В ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЕ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Гуныко И.И.

Читинская государственная медицинская академия, Чита
Научный руководитель: д.м.н., профессор Лобанов С.Л.

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) приводит к значительным морфофункциональным изменениям не только в желчевыводящих путях, но и в пищеварительном тракте (Богоутдинов М.Ш., 2008; Ильченко А.А., 1998). Вместе с тем, данные о патологии эзофагогастроуденальной зоны, ассоциированной с холелитиазом, достаточно противоречивы.

Цель работы. Выявить и изучить морфофункциональные особенности эзофагогастроуденальной зоны при желчнокаменной болезни.

Материалы и методы. Изучены данные эзофагогастроуденоскопий у 109 больных ЖКБ, проведённых на базе ГУЗ ГКБ №1 за период 2013 года. Основная группа пациентов представлена наиболее трудоспособным возрастом: 30-60 лет - 56 человек, в возрасте старше 60 лет 42 больных, до 30 лет - 11. Большинство составили женщины 90(83%). Контрольная группа представлена 40 больными с различной патологией пищевода, желудка, двенадцатипёрстной кишки при условии отсутствия признаков ЖКБ, 32 (80%) из которых - мужчины в возрастной группе 30 - 60 лет. 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: в 54% случае изменения носили сочетанный характер (гастрит, дуоденогастральный рефлюкс, бульбит - в 49,8%; эзофагит, гастрит, бульбит в 4,2%).

Патологические изменения в эзофагогастродуоденальной зоне	ЖКБ	Контрольная группа
Эзофагит	5 (4,6%)	-
Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы	4 (3,7%)	2 (5%)
Недостаточность кардии	4 (3,7%)	1 (2,5%)
Гастриты	70 (64,2%)	40 (100%)
Дуоденогастральный рефлюкс	49 (45%)	1 (2,5%)
Бульбит	49 (45%)	37 (92,5%)

При анализе полученных данных, частота эзофагитов в исследуемой группе составила 4,6%, в контрольной группе данная патология не наблюдалась; грыжа пищеводного отверстия диафрагмы в исследуемой группе встречалась в 3,7%, в контрольной - в 5%; недостаточность кардии была выявлена в 3,7% больных ЖКБ и в 2,5% при её отсутствии. Достоверного различия частоты указанных патологических процессов при исследовании не обнаружено ($p > 0,05$). В то же время, выявлено достоверное повышение частоты дуоденогастрального рефлюкса, рефлюкс-гастритов при холелитиазе в сравнении с контрольной группой ($p < 0,01$). В контрольной группе значительно чаще выявлены признаки гастритов и бульбитов. Данное обстоятельство объясняется тем, что больные направлялись на эндоскопическое исследование по поводу патологии желудка и 12 п.кишки.

В рамках исследования, наряду с вышеприведёнными показателями, изучалась длина пищевода. Статистически значимого различия данного признака выявлено не было: в исследуемой группе длина пищевода составила $39,3 \pm 1,6$ см, в контрольной группе $40,9 \pm 0,9$ см

Вывод: По нашим данным, достоверно возрастает частота дуодено-гастрального рефлюкса и рефлюкс-ассоциированных гастритов, что, вероятно, связано с нарушением моторики гастродуоденального сегмента пищеварительного тракта при желчнокаменной болезни.

ОЦЕНКА КРАТКОСРОЧНОЙ ПАМЯТИ ПРИ АНЕСТЕЗИИ КЕТАМИНОМ

Емельянов Р.С., Потемкин П.С.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: В.А. Коннов

Общая анестезия кетаминотом может инициировать послеоперационную когнитивную дисфункцию. Так по данным литературы, частота встречаемости нарушений краткосрочной памяти после применения кетамина колеблется от 6,8 до 19,2 %. Краткосрочная память является важной составляющей психического статуса, от которого зависит готовность больных продолжать начатое лечение, адекватная оценка пациентами своих возможностей.

Цель исследования: установить изменения краткосрочной памяти у больных после аутодермопластики с анестезией кетаминотом.

Материалы и методы. Проведено нерандомизированное, проспективное, неконтролируемое исследование у 18 пациентов обоего пола, поступивших в ГУЗ Городская клиническая больница №1 г. Чита в период с ноября по февраль 2014-2015 гг. Критерии включения в исследование: ожоговая травма, аутодермопластика под тотальной внутривенной анестезией кетаминотом на спонтанном дыхании. Критерии исключения из исследования: ожоговая болезнь, возраст старше 60 и младше 18 лет, повторная анестезия кетаминотом, продолжительность наркоза больше 30 минут, энцефалопатия любого генеза, наличие заболеваний центральной нервной системы и психических заболеваний в анамнезе. Краткосрочная память оценивалась тестом "десяти слов" Лурия А.Р. (1992). Испытуемым предлагалось дважды прослушать по 10 одних и тех же слов, затем повторить их 5 раз с интервалом между повторениями в 10 секунд. Все слова относились к именам существительным в единственном числе, именительном падеже, состояли из одинакового количества слогов (одно- или двусложные) и не связывались по смыслу (не являлись синонимами, антонимами и т.п.). Пациентов тестировали трижды: до операции, на 3-е и 7-е сутки после оперативного

вмешательства. Статистический анализ проведен тестами Фридмана и Уилкоксона в программах Primer of Biostatistics (4,03) и Microsoft Excel 2007. Результаты представлены медианой и интерквартильным отрезком с указанием точного значения статистической значимости (p).

Результаты. Установлено, что при первом повторе 10 слов пациенты запомнили больше ($p < 0,022$) слов до операции, чем на 7-й день после операции: 6,5 (5; 8) против 6 (5; 7,75). При первом повторе 10 слов различий в их запоминании до оперативного вмешательства и на 3-й день после операции 6 (5; 8) не отмечено ($p > 0,05$), при этом на 7-й день количество слов повторено меньше ($p < 0,022$), чем на 3-й. При втором ($p = 0,083$), третьем ($p = 0,133$) и четвертом ($p = 0,089$) повторях 10 слов различий в их запоминании не выявлено. При пятом повторе 10 слов установлено уменьшение ($p < 0,022$) в количестве оставшихся в памяти слов как на 3-й день 5,5 (4,25; 6), так и на 7-й день 5,5 (4,25; 6) после операции в сравнении с предоперационным периодом: 6 (5; 7). Вместе с тем, при пятом повторе 10 слов испытуемые запомнили их больше ($p < 0,022$) на 7-й день, чем на 3-й после оперативного вмешательства.

Выводы:

1. У больных с нетяжелой ожоговой травмой однократная анестезия кетаминотом приводит к вариативному уменьшению краткосрочной памяти.
2. К окончанию первой недели после однократного применения кетамина у пациентов с нетяжелой ожоговой травмой краткосрочная память частично восстанавливается.

**КОГНИТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ДЕЙСТВИЯ
ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ**

Жаринова Е.А., Илькова Е.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита
Научные руководители: к.м.н. Смоляков Ю.Н., Казанцева В.В.

Общая анестезия может быть причиной возникновения в послеоперационном периоде повреждений центральной нервной системы (ЦНС), среди которых особое место занимает послеоперационная когнитивная дисфункция, которая может развиваться у больных с неотягощенным психоневрологическим анамнезом. Наиболее уязвимыми к действию общих анестетиков в процессе хирургического лечения являются функция внимания, краткосрочная память, скорость психомоторных и когнитивных реакций.

Цель. Исследовать показатели ЭЭГ ассоциированные с когнитивными способностями до и после наркоза, с целью выявления среди них достоверных количественных различий.

Материалы и методы. Исследование проводилось в ГУЗ "Городская клиническая больница №1". Было обследовано 15 пациентов хирургического отделения, которым предстояла операция с применением общей анестезии. Психосоматический и неврологический анамнез исследуемых не отягощен. Перед началом исследования все пациенты заполняли добровольное информированное согласие. В ходе работы использовался электроэнцефалограф-регистратор "Энцефалан-ЭЭГР-19/26", регистрация проводилась в 19 стандартных отведениях (согласно международной схеме 10 - 20) в течение 5 минут. Запись ЭЭГ производилась за сутки до операции и повторно через 24 часа после операции.

Для оценки когнитивной сферы использовалась пиковая частота альфа диапазона (Peak Alpha Frequency - PAF). Патологические влияния на ЦНС снижают этот показатель. Степень снижения предлагается использовать в качестве характеристики когнитивной дисфункции.

Полученные экспериментальные данные обрабатывались при помощи пакета программ MATLAB 2010. Для подтверждения достоверности сдвигов был применен статистический непараметрический метод оценки повторных измерений (критерий Вилкоксона).

Результаты. Все пациенты показали значительный разброс дооперационных (определяемых особенностями возрастной динамики) и послеоперационных (определяемых величиной когнитивных сдвигов) показателей PAF. Однако при попарном анализе результатов в группах пациентов выявлена высокая достоверность снижения PAF.

Количественная оценка PAF до и после операции (Me [p25-p75], N=15)

Показатель	До операции	Через сутки после операции
PAF [Гц]	9,72[9,37-9,94]	8,99 [8,74-9,48]** (p=0,005)

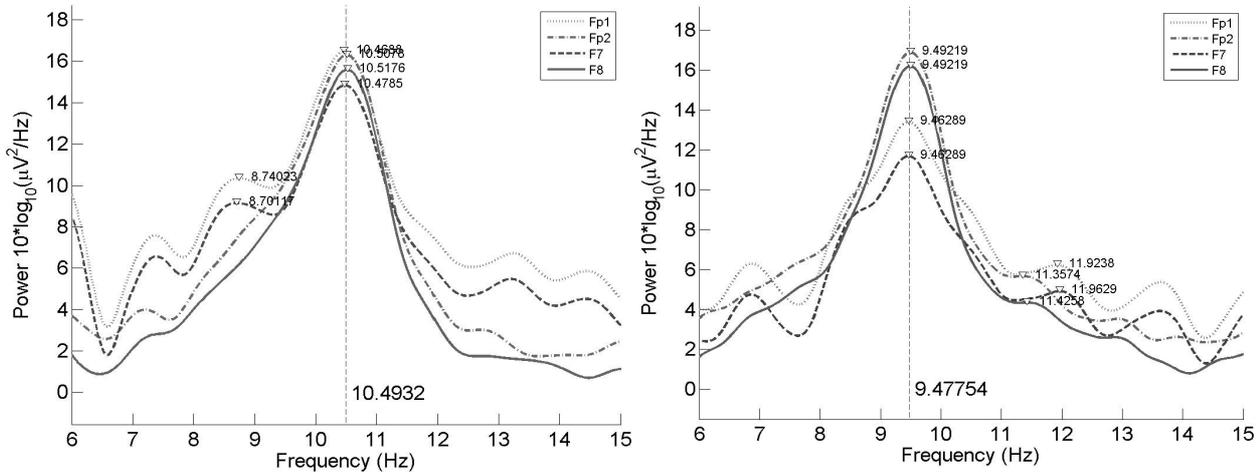


Рис. Характерный частотный спектр ЭЭГ сигнала до (слева) и после операции (справа) и выделение PAF (вертикальный пунктир).

Выводы. В результате исследования установлено снижение когнитивных показателей с высокой степенью достоверности. Предлагаемая методика позволяет точно оценить степень когнитивной депрессии. В условиях клиники подобная оценка может служить основанием для назначения корректирующего лечения и реабилитационных мероприятий.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ИЗМЕРЕНИЯ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ У КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Зайкин И.А., Дульянинов М.И., Бычков И.Е.

Читинская государственная медицинская академия, Чита.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Богомолов Н.И.

Самым популярным и наиболее простым в исполнении остаётся способ оценки ВБД по уровню давления в мочевом пузыре. Изучение причин развития внутрибрюшной гипертензии, ее влияния на развитие изменений со стороны органов брюшной полости, поиск путей снижения внутрибрюшного давления определяет актуальность данной проблемы, а также цели и задачи настоящей работы.

Цель исследования. Оценить и сравнить динамику уровня ВБД у больных с патологией коронарных сосудов, перенесших операцию в условиях ИК и Of romp.

Задачи: изучить показатели внутрибрюшного давления у пациентов после оперативного вмешательства на коронарных сосудах в условиях ИК; определить пути снижения внутрибрюшного давления в раннем послеоперационном периоде у больных с патологией коронарных сосудов.

Материалы и методы. Обследовано 25(100%) пациентов отделения анестезиологии и реанимации для больных с острым коронарным синдромом, в возрасте от 38 до 73 лет, мужчин - 19 (76%), женщин - 6 (24%) выделено две группы. Методы исследования: клиничко-anamnestическое исследование; инструментальные исследования, входящие в протокол ведения больных с данными заболеваниями.

Из 25-ти больных 20(80%) составили 1-ю группу с патологией коронарных сосудов, перенесших операцию в условиях ИК, 5(20%) человек 2-ю группу с патологией коронарных сосудов перенесли операцию без использования ИК. Всем пациентам ВБД измерялось как в первые часы от момента поступления в отделение анестезиологии - реанимации, так и в динамике. При оценке данных была использована программа Statistika 6.

Результаты. Больные 1-й группы имели низкое значение ВБД в первые часы после операции, которое составляло 90 мм.вод.ст., к концу вторых началу третьих суток давление возросло до 250 мм.вод.ст., при этом снижение ВБД приходится к концу третьих суток. ИК ставит организм больного в необычные, филогенетически беспрецедентные условия. Пациенты 2-й группы, оперированные без использования ИК, имели также низкое значение ВБД, отмеченное в первые часы после операции 80 мм.вод.ст., в последующем оно нарастало и становилось максимальным 200 мм.вод.ст. к началу вторых суток. С момента появления перистальтики кишечника, началом питания и отхождения газов, у пациентов 2-ой группы отмечалось снижение ВБД.

Заключение:

1. При оценке ВБД у больных первой группы отмечались более высокие значения внутрибрюшной гипертензии и более длительные сроки ее снижения по сравнению со второй группой пациентов, что объясняется отсутствием в операционном процессе ИК, а так же временем курации больного во время операции и длительностью самого оперативного процесса.
2. При операциях на коронарных артериях с использованием ИК и операций Of romp , с целью профилактики повышения критического уровня внутрибрюшной гипертензии необходима как можно более ранняя активизация больных, раннее энтеральное питание, коррекция водно - электролитных и метаболических процессов.

**ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ,
НА ДИНАМИКУ РАЗВИТИЯ И ЗАЖИВЛЕНИЯ СТРЕССОВЫХ ЯЗВ
У КРЫС В ЭКСПЕРИМЕНТЕ**

**Катамадзе Г. Д. , Кривоносенко И. А., Набиев Б. М., Шаповалов Ю. К.,
Мнацаканян А. Е., Баясхаланова Ц. Б.**

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: к.м.н. Обыденко В.И., к.м.н. Баранчугова Л.М.

Стрессовые язвы - острые, чаще поверхностные, множественные язвенные поражения желудка и 12-перстной кишки, возникающие при стрессе. Нередко они протекают бессимптомно и впервые распознаются на вскрытии. Предотвращение развития и лечение таких язв является актуальной проблемой в современной медицине.

Цель исследования: влияние растительного препарата при развитии стрессовых язв у экспериментальных животных.

Материалы и методы. Эксперимент проведен на 15 беспородных крысах-самцах, в возрасте 1 год, которые были разделены на 3 группы, по 5 крыс в каждой. Животные всех групп были подвержены иммобилизационному стрессу в течение 5 суток. Животные I и II групп получали раствор препарата в дозе по 5 мл 3 раза в день, с 1-х и с 3-х суток стрессирования соответственно; в III группе получали только воду. Препарат изготовлен из отходов деревообработки - опилок лиственницы, путем ферментации при t 40-56 C в научно - образовательном центре "Экология и здоровье человека". Содержит комплекс пептидов массой до 10 КД и микроэлементы: Mn, Fe, Cu, Cr и Zn.

Животных выводили из эксперимента передозировкой эфирного наркоза. Забор материала производили на 5, 14, 21 сутки эксперимента. Материал подвергали стандартной проводке и заливке в парафин, окрашивали гематоксилин - эозином. Статистическая обработка результатов выполнена непараметрическим методом.

Полученные результаты: на 5 сутки эксперимента в желудках животных III группы макроскопически отмечалось: слизистая желудка отечна и гиперемирована, сосуды полнокровны,

мелкие участки некроза в виде темно коричневых пятен. Патологические изменения захватывали более 1/2 органа; в I группе, слизистая желудка обычной бледно-розовой окраски; во II группе слизистая желудка слегка гиперемирована, отечна, единичные точечные некротически измененные участки, процесс распространялся примерно на 1/3 органа.

Значительные морфологические изменения наблюдались на 5-е сутки. На гистологических препаратах животных III группы в результате некротического повреждения слизистая имела различную толщину, при этом средние размеры составили $608,2 \pm 107,8$ мкм, за счет отека. Местами слизистая истончалась до 163,2 и даже 49,1 мкм. Глубина некроза достигала мышечной пластинки слизистой. Кровеносные сосуды были расширены, имелись кровоизлияния в собственную пластинку слизистой.

У животных I группы толщина слизистой была равномерная и составляла $405,72 \pm 52,6$ мкм. Структура слизистой без изменений.

У животных II группы толщина слизистой $394,3 \pm 235,2$ мкм, отмечались признаки повреждения эпителия, распространяющиеся до 1/3 желез, незначительные очаги кровоизлияния.

У животных I-II групп патологических изменений в морфологии желудка не было уже на 14-е сутки. У животных III группы восстановление завершилось к 21 суткам.

Вывод: применение исследуемого препарата препятствовало развитию стрессовых язв у животных в эксперименте и способствовало более быстрому их заживлению.

ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ОБОНЯНИЯ У РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ

Кронберг Я.Э., Дармаева Э.Ц.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

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

В современных условиях научно-технического прогресса проблема лечения ЛОР-заболеваний, возникающих под влиянием производственной среды, является весьма актуальной. Основными неблагоприятными факторами, воздействующими на работников железнодорожного транспорта, являются высокое пылеобразование, выделение различных химических веществ, интенсивный шум, вибрация, наличие больших физических и нервно-эмоциональных нагрузок, неблагоприятное микроклиматическое и микробиологическое воздействие и др.

В таких условиях работники железнодорожного транспорта находятся от 8 до 12 часов.

Цель работы. Дать оценку функции обоняния у работников железнодорожного транспорта в зависимости от воздействия производственных факторов.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие пациенты, находящиеся на стационарном лечении в отделении оториноларингологии НУЗ "Дорожная клиническая больница на станции Чита-2 ОАО "РЖД" с острыми и хроническими отитами. Проводился опрос по специально разработанной анкете, включающей следующие вопросы: пол, возраст, профессия, стаж работы, профессиональные вредности, курение, хронические заболевания ЛОР-органов и наследственность. Оценивали обонятельную функцию у респондентов, используя ольфактометрический набор (этиловый спирт, валериановая настойка и нашатырный спирт). Критериями исключения были: воспалительные заболевания полости носа и околоносовых пазух, искривление перегородки носа и курение.

Полученные результаты были проанализированы в программе Microsoft Excel 2010.

Результаты. Исследование проводилось по специально разработанной анкете. Достоверность исследования обеспечивается репрезентативной выборкой в количестве 60 человек ($p \leq 0,01$). Респонденты представлены работниками РЖД в возрасте от 18 до 67 лет. Среди них женщин-40%, мужчин-60%. В результате в 70% случаев выявлено снижение обонятельной функции - гипосмия. Все выявленные лица со снижением обонятельной функции являются трудоспособными, со стажем работы более пяти лет. Аллергический и наследственный анамнез не отягощен у

100% респондентов. Факт курения выявлен у 60% исследуемых. В ходе работы выявлены основные вредные производственные факторы: шум-20%, креазот-20%, температурный фактор-20%, вибрация-16%, высокое напряжение-16%, пыль-8%. Среди исследуемых монтеров пути-23%, инженеров-22%, проводников-16%, бригадиров-16%, машинистов-15%.

Вывод. В ходе данного исследования было выявлено снижение обонятельной функции у работников железнодорожного транспорта под влиянием вредных производственных факторов, среди которых ведущую роль играют химический (креазот), температурный факторы, а также пыль, шум. Профессиональная обусловленность гипосмией подтверждается наличием трудового стажа не менее 5 лет, а также исключением влиянием каких-либо других факторов (аллергические, наследственные и хронические заболевания).

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПИЩЕВОДА БАРРЕТТА МЕТОДОМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ АРГОНОПЛАЗМЕННОЙ АБЛАЦИИ

Скажутина Т. В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: д. м. н., профессор Цепелев В. Л., к. м. н., доцент Курупанов С.И.

Статистические исследования последних лет отмечают неуклонные тенденции к увеличению частоты встречаемости гастроэзофагеальной рефлюксной болезни среди населения развитых стран. Процент заболеваемости по России на протяжении последних трех лет колеблется от 39 до 42, а процент ежедневно испытывающих изжогу пациентов достигает 4-10. Прогрессирование рефлюкс-эзофагита неминуемо ведет к развитию ряда тяжело купируемых осложнений, самым серьезным из которых является пищевод Барретта (цилиндроклеточная метаплазия) - предраковое состояние, ассоциирующееся с повышением риска частоты развития рака кардиоэзофагеальной зоны и аденокарциномы нижней трети пищевода. Разработка единого алгоритма коррекции данного патологического состояния до настоящего времени остается актуальной проблемой, а существующие положения об адекватности консервативной фармакотерапии демонстрируют свою несостоятельность высоким уровнем рецидива до 60-80% наряду с выраженной дороговизной применяемых препаратов.

Цель. Анализ и оценка эффективности метода эндоскопической аргоноплазменной абляции (ЭАА) при неопластическом поражении пищевода в сочетании с фармакологической кислото-супрессией.

Материалы и методы. Проведено обследование и последующее эндоскопическое лечение методом аргоноплазменной абляции в сочетании с медикаментозной антирефлюксной терапией 8 пациентов в возрасте от 30 до 47 лет с диагностированной и морфологически подтвержденной кишечной неоплазией пищевода, развившейся на фоне длительно текущего рефлюкс-эзофагита. Внутривидеоскопические пособия осуществлялись с помощью эндоскопической видеостойки Olympus CV-70 (Япония) и аргоноплазменного коагулятора фирмы "Martin" (Германия) с набором APC-зондов "ERBE". Всем пациентам в условиях стационара под внутривенной седацией проводили по два сеанса эндоскопической аргоноплазменной абляции очагов метаплазий в сочетании с последующим четырехнедельным курсом приема Нексиума в дозировке 40 мг 1 раз в сутки. Для гистологического исследования и оценки степени дисплазии использовались парафиновые срезы толщиной 5-7 мкм, окрашенные гематоксилином и эозином.

Результаты исследования. Эндоскопическая картина слизистой нижней трети пищевода до лечения характеризовалась наличием "бархатного" метаплазированного цилиндрического эпителия, распространяющегося в проксимальном направлении. Гистологически выявлялась мозаичность структуры слизистой пищевода с фрагментами цилиндрического эпителия, наличие бокаловидных клеток, нарастание клеточного и ядерного полиморфизма и митотической активности. После проведения двух сеансов эндоскопической аргоноплазменной абляции очагов метаплазий отмечено формирование регенерирующего "неосквамозного" эпителия на участках абляцированной слизистой, что подтверждалось эндоскопически и гистологически уже на 5-7 сутки с

момента внутрисветного лечения. Окончание месячного курса фармакотерапии сопровождалось проведением повторного эзофагоскопического контроля со взятием материала для последующего морфологического исследования в количестве 3-5 фрагментов с участка ранее метаплазированной слизистой. Контрольная гистограмма пищевода была представлена плоским неороговевающим эпителием с нормализацией средней толщины выстилки, индекса пролиферации и стратификацией слоев. Осложнений при лечении методом ЭАА не выявлено.

Вывод. Контролируемая аргоноплазменная деструкция очагов метаплазий в условиях кислородосупрессии демонстрирует сочетание высокого уровня эффективности, радикальности и безопасности.

ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛАТЕРАЛЬНО РАСПРОСТРАНЯЮЩИХСЯ ОПУХОЛЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Скажугина Т. В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: д. м. н., профессор Цепелев В.Л., к. м. н., доцент Курупанов С.И.

Онкологическая статистика России и развитых стран последних лет демонстрирует неутешительные показатели роста заболеваемости населения колоректальным раком (КРР). Более 60% больных с впервые выставленным диагнозом относятся к категории запущенных, около 40% из них погибают на первом году жизни с момента выявления опухоли. Своевременная диагностика фоновых и предраковых процессов с последующей эндоскопической резекцией слизистой играет неопределимую роль в борьбе с раком толстого кишечника. Латерально распространяющиеся неоплазии (LST-опухоль) размерами от 30мм и более малигнизируют с инвазией в подслизистый слой в 20% случаев, доказывая тем самым актуальность и необходимость раннего оперативного эндоскопического пособия у данной группы больных.

Цель. Оценка эффективности эндоскопического лечения LST-опухоль толстой кишки.

Материалы и методы. В эндоскопическом отделении Краевой клинической больницы в период с сентября 2013 г. по декабрь 2014 г. у 9 женщин и 4 мужчин с колоноскопически диагностированным и гистологически подтвержденным LST-образованием толстого кишечника выполнена двухэтапная эндоскопическая резекция слизистой. Возраст больных колебался в пределах от 41 до 72 лет. Длительность предшествующего диспансерного наблюдения составляла в среднем 8,5 месяцев. Тотальное колоноскопическое исследование осуществлялось с помощью эндоскопической видеостойки Olympus CV-70 (Япония) с набором видеоколоноскопов после предварительной подготовки толстой кишки препаратом Фортранс и четырехкратного клизмования. Эндоскопическая резекция проводилась методом петлевой электроэксцизии образования с использованием электрохирургического блока Olympus PSD-60 с последующей аргоноплазменной аблацией оставшихся фрагментов в пределах здоровых тканей аргоноплазменным коагулятором "Martin" (Германия) с набором APC-зондов "ERBE".

Результаты исследования. Макроскопическая характеристика выявленных новообразований в 8 случаях (61,5%) соответствовала гранулярному гомогенному типу, у 3 (23%) пациентов был диагностирован нодулярный смешанный, у двух (15,5%) - негранулярный ложноуглубленный. Основной локализацией процесса являлась прямая кишка и ректосигмоидный отдел - 11 случаев (84,6%), поражение дистального отдела сигмовидной кишки обнаружено у двух (15,4%) больных. Размеры LST-опухоль во всех случаях превышали 40 мм, у 2 (15,5%) женщин и 1 (7,8%) мужчины имели циркулярное распространение. Эндоскопическая резекция во всех клинических случаях выполнялась двухэтапно сочетанием электроэксцизии с последующей аргоноплазменной аблацией. Количество сеансов колебалось от 2 до 4. Максимальный объем одновременно удаляемого образования не превышал 3 см². Контрольное колоноскопическое исследование осуществлялось на 3-5 послеоперационные сутки. Эндоскопическая картина характеризовалась наличием пострезекционной язвы с элементами эпителизации по периферии и умеренным воспалительным валом вокруг. При гистологической верификации степень дисплазии удаленных

образований расценивалась как низкая в 8 (61,5%) случаях, высокая - в 4 (31%). У одного пациента с негранулярным ложноуглубленным вариантом опухоли при послойном исследовании резецированного фрагмента обнаружены фокусы высокодифференцированной аденокарциномы без инвазии в подслизистый слой, не выявленные при повторной щипцовой биопсии пострезекционного ложа. При контрольной колоноскопии в отдаленном периоде (3-6 месяцев) рецидивов опухоли не отмечено.

Вывод. Эндоскопическая резекция слизистой толстой кишки является эффективным, радикальным и безопасным методом лечения неполипозидных латерально стелющихся неоплазий толстой кишки.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛОР-ОРГАНОВ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ

Смолянская В.В., Саранчин А.С., Хохлова М.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

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

Исследования качества жизни проводятся во многих разделах медицины. Это обусловлено широким применением данного метода в международной практике врача для комплексной оценки состояния больного. На качество жизни влияет множество факторов, одним из которых является состояние здоровья. Значительное влияние на состояние здоровья, следовательно, и на качество жизни оказывают различного рода патологии, среди которых одной из наиболее распространенных групп заболеваний является патология ЛОР-органов.

Цель работы. Определить качество жизни лиц с патологией ЛОР-органов, находящихся на стационарном лечении, и оценить указанный показатель у пациентов с различными группами оториноларингологических заболеваний.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие пациенты, находящиеся на стационарном лечении в отделении оториноларингологии следующих медицинских организаций: НУЗ "Дорожная клиническая больница ОАО "РЖД", ГУЗ "Краевая клиническая больница", ГУЗ "Городская клиническая больница №1". Применялся метод анкетирования по опроснику общего типа SF-36, по которому вычислялись интегральные показатели качества жизни - физического компонента здоровья (РН) и психологического компонента здоровья (МН). Цифровые результаты исследования качества жизни могут колебаться от 0 (максимальное нарушение функции) до 100 (максимальное здоровье).

Результаты. Всего было проанкетировано 59 человек, из них приняло участие 35 мужчин (59,3%) и 24 женщины (40,7%). Средний возраст респондентов - 38 лет, минимальный - 16 лет, максимальный - 77 лет. Были выделены следующие возрастные группы: до 21 года 6 пациентов (10,17%), 21-30 лет - 15 (25,42%), 31-40 - 14 (23,73%), 41-50 - 12 (20,34%), 51-60 - 6 (10,17%), старше 60 - 6 (10,17%). В целом по выборке (все возрастные группы) средний интегральный показатель физического компонента здоровья (РН) составил 47,52; психологического компонента здоровья (МН) - 43,91. В возрастной группе до 21 года выявлены наиболее высокие интегральные показатели физического (РН) и психологического компонента здоровья (МН), которые составили 51,15 и 49,34 соответственно. Наиболее выраженное падение значений происходит в возрастной группе более 60 лет, в которой наблюдается максимальное снижение интегральных показателей физического компонента здоровья (39,68) и психологического компонента здоровья (34,03). Доля больных с острой патологией верхних дыхательных путей и уха составляет 33,85%, с хронической - 38,46% и с невоспалительными заболеваниями - 27,69%. Наиболее негативное влияние на самооценку анкетированных лиц оказывают острые воспалительные заболевания гортани, причем низкий показатель зарегистрирован как физического компонента - 26,26, так и психологического - 23,13. При хронических воспалительных заболеваниях уха средний интегральный показатель физического компонента здоровья составил 35,41, а психологического компонента равнялся 29,76.

Вывод. Определены средние интегральные показатели физического компонента здоровья (РН) - 47,52 и психологического компонента здоровья (МН) - 43,91 у пациентов с различной патологией ЛОР-органов. Максимальная самооценка здоровья выявлена у пациентов до 21 года (РН-51,15; МН-49,34), в то время как минимальная самооценка здоровья выявлена у пациентов старше 60 лет (РН-39,68; МН-34,03). Наибольшее негативное влияние на качество жизни оказывают хронические заболевания уха (РН-35,41; МН-29,76) и острые воспалительные заболевания гортани (РН-26,26; МН-23,13).

ПОДСЛИЗИСТАЯ ДИСSEKЦИЯ НОВООБРАЗОВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ **Судакова Н.С., Филиппова Е.В.**

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск
Научные руководители: к.м.н. Толкачёв К.С., к.м.н., доцент Кузнецов С.М.

Актуальность. Подслизистые новообразования желудочно-кишечного тракта - собирательное понятие, включающее изменения общим признаком, которых является локализация патологического очага подслизистой стенки полого органа. Наиболее часто они встречаются в желудке, составляя 60% всех подслизистых новообразований верхних отделов желудочно-кишечного тракта, на долю пищевода приходится 30%, на долю двенадцатиперстной кишки - 10%. В толстой кишке подслизистые опухоли встречаются редко и в общей сложности составляют около 3% всех доброкачественных опухолей толстой кишки.

Цель работы. Ретроспективный анализ собственного первого опыта ESD новообразований толстой кишки. Материалы и методы исследования. Выполнен анализ первых 4 ESD за период с 2013 по 2014 год. Эндоскопическое вмешательство проводилось с использованием японской аппаратуры (стойка EVIS EXERA 2), колоноскопа CF - H180A, колпачков, инъекторов, диатермических петель, электрохирургического блока ERBE VOI 300D, ножей для подслизистой диссекции. Предварительная подготовка пациентов осуществлялась при помощи препарата "Фортранс". Исследование выполнялось по следующей методике: на границе образования и нормальной слизистой, отступая от края образования на 0,5 см, наносились эндоскопические метки (при помощи эндоскопического ножа с изолированным дистальным кончиком). Далее в подслизистый слой на уровне меток вводился физиологический раствор (по 2-3 мл в каждую точку). С помощью эндоскопического ножа на уровне меток производился циркулярный разрез, дном которого являлся подслизистый слой (хорошо визуализировался при добавлении индигокармина в физиологический раствор). Самый ответственный и продолжительный этап - постепенное расслаивание, отделение слизистой от мышечного слоя, путём диссекции в подслизистом слое.

Результаты исследования. За данный период нами было выполнено 4 ESD. Показанием к применению ESD манипуляции считали подозрение на злокачественный характер образования по макроскопической картине или данных предшествующей биопсии. Нами учитывался размер новообразований, а также данные анатомии. При выполнении ESD нами преследовалась цель удаление образования единым блоком в пределах здоровых тканей. Преимущества этого метода от обычной резекции слизистой: возможность удаления больших по протяжённости новообразований единым блоком; более полный контроль над ходом операции (работая непосредственно в подслизистом слое, мы видим волокна мышечного слоя), что приводит к меньшему проценту перфораций; своевременный и полный гемостаз (возможность коагулировать сосуды по мере их выявления по ходу всей операции), риск отсроченных кровотечений уменьшается; радикальность удаления новообразований (по данным литературы рецидив опухоли после эндоскопической диссекции (ESD) в несколько раз ниже, чем после резекции слизистой (EMR). При этом мы использовали эндоскопические ножи с изолированным дистальным кончиком, что так же уменьшает риск перфорации. Непременным условием проведения манипуляции считаем хорошую подготовку кишечника, когда содержимого полностью нет, либо представлено небольшим количеством легко удаляемой жидкости.

Выводы. Таким образом, ESD является эффективным методом удаления образований тол-

стой кишки на этапе освоения методики. Эта методика позволяет контролируемо и надёжно, удалить обширные очаги поражения одним блоком. Однако длительное время вмешательства и более высокий риск осложнений по сравнению с резекцией слизистой требует выполнения ESD только по строгим показаниям, главным из которых является подозрение на ранний рак толстой кишки и сомнительность его удаления единым блоком при резекции.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТАКТИКИ DAMAGE CONTROL ПРИ ГНОЙНЫХ ВИСЦЕРАЛЬНЫХ ПРОЦЕССАХ

Шукурова С.Н.к.

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

Хирургическая тактика "Damage control" (DC) - систематизированный многоэтапный подход в лечении пациентов с различной хирургической патологией, направленный на прерывание каскада патологических процессов. Принципы <damage control> применяются хирургами всего мира медленно, т.к. они нарушают стандартную хирургическую практику - что лучшим для пациента является одна, окончательная операция. Стандартный хирургический подход: Реанимация - Операция - Смерть. При тактике DC: Реанимация - Операция - интенсивная терапия (ИТ) - Операция - ИТ.

Цель исследования: изучить опыт использования тактики damage control при гнойных висцеральных процессах по данным историй болезней отделения гнойной хирургии ККБ.

Материалы и методы. В результате анализа данных историй болезней отделения гнойной хирургии "Краевой клинической больницы" за период 2011-2014 гг. было выявлено 61 случай, где использовалась тактика damage control. Пациенты распределены на следующие клинические группы: 1 - инфицированный панкреонекроз (44,3%), 2 - сахарный диабет 2 типа (26,2%), 3 - хронический панкреатит (14,8%), 4 - острый гангренозный аппендицит (3,3%), 5 - полный сформированный тонкокишечный свищ (3,3%), 6 - Язвенная болезнь желудка. Перфорация язвы (3,3%), 7 - другое (рак прямой кишки, острый гнойный эндометрит, глубокая гнилостно-некротическая флегмона передней брюшной стенки)(4,9%). Статистическая обработка материала происходила с помощью пакета программы Microsoft Excel 2007, использованы параметрические методы при нормальном распределении признаков ($M \pm m$).

Результаты. В 1 и 3 группах преобладали мужчины (22,9% и 9,8% соответственно), в 2,4,5,6,7, группах - женщины (16,4% и 3,3% соответственно). Большинство больных поступили в стационар по экстренным показаниям. Средний возраст больных составил 43,8-57,6 лет. Средний койко-день в 1 гр. - $56,5 \pm 1,2$, во 2 гр. - $35 \pm 1,5$, в 3 гр. - $49 \pm 0,9$, в 4 гр. - $33 \pm 0,6$, в 5 гр. - 22, в 6 гр. - 17, в 7 гр. - $56 \pm 1,2$. Пациентам из 1-ой группы с панкреонекрозом, на первом этапе выполнялось дренирование абсцесса сальниковой сумки и флегмоны забрюшинного пространства в условиях рентгеноперационной, в дальнейшем при отрицательной динамике проводилась запланированная лапаротомия в среднем через 13 дней, в последующем - программированные поднаркозные санации через 3-4 дня, продолжительность - 30 минут. Во время лапаротомии выполнялось некрэксвестрэктомия, дренирование флегмоны, формирование оментобурсостомы, санация, тампонада и дренирование брюшной полости - продолжительность операции 90 минут. Больным из 2-ой группы с сахарным диабетом 2 типа, в зависимости от тяжести состояния и степени восстановления функции конечностей, выполнялись оперативные вмешательства от малоинвазивных (вскрытие, некрэктомия, санация, дренирование глубокой флегмоны стопы, экзартикуляция, чрескожная транслюминальная ангиопластика подкожной артерии) до инвалидизирующих методов (ампутация нижней трети бедра). При благоприятном исходе, на третьем этапе выполнялось аутодермапластика кожным лоскутом. В 3,4,5,6,7 группах - проводилась лапаротомия с устранением основной причины заболевания (аппендэктомия, вскрытие аппендикулярного абсцесса, ушивание перфорации язвы, пангистрэктомия) или с наложением илео-, сигмо-, лапаростомы. На следующих этапах проводились программированные санации органов брюшной полости и закрытие лапаростомы.

Вывод. Этапная хирургическая коррекция (damage control) отрицает исчерпывающую одномоментную обработку повреждений и реконструкцию, полную схему дренирования живота и т.д., для скорейшего завершения экстренного вмешательства, что, по нашим данным, увеличивает сроки пребывания в стационаре, но снижается риск смерти. Все дальнейшее лечение переводится в категорию планового, при этом создаются выгодные условия для повторных манипуляций на органах живота.

ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ТКАНЕЙ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

Шуралёв Н.Л.

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск
Научные руководители: к.м.н. Толкачёв К.С., к.м.н., доцент Кузнецов С.М.

Актуальность. Лечение послеоперационных вентральных грыж остаётся актуальной задачей абдоминальной хирургии. Это заболевание возникает у 2-20 % больных, перенёвших лапаротомию, и по частоте занимает второе место после паховых грыж. Отсутствие точной информации об истинном состоянии тканей передней брюшной стенки требует от хирурга комплексного обследования пациента с использованием современных способов визуализации с целью решения вопроса об оптимальном способе герниопластики.

Цель исследования. Улучшить качество диагностики ПОВГ.

Материалы и методы. На МСКТ GE "Bright Speed 16" обследованы 967 пациентов. Показанием являлись основные заболевания органов брюшной полости, по поводу которых пациенты проходили лечения в отделениях терапии, неврологии, хирургии. Среди этих пациентов встретилась особая категория больных, имеющих ПОВГ - 34 (3,5%) пациента. Всем пациентам ранее было выполнено оперативное вмешательство на органах брюшной полости. Среди них 79,6% женщин и 20,4% мужчин. Средний возраст 62 года. Анамнез грыженосительства от 2,5 до 8 лет.

Результаты. Протяжённость грыжевого дефекта составила от 5 до 25 см, шириной от 5 до 18 см. В область дефекта пролабировала жировая клетчатка, петли тонкого и толстого кишечника. Содержимое было плотно спаяно с элементами стенки грыжевого мешка и между собой. Анатомо-топографические соотношения элементов передней брюшной стенки были значительно нарушены. Брюшная стенка в области дефекта была резко истончена, толщиной до 2-3 мм., образована кожей и париетальной брюшиной. $p < 0,05$ с ГКС. Неизменённая мышечная ткань прямых мышц у 8 (36,4%) больных определялась в виде однородной структуры, с плотностью до 40-50 ед. НУ, толщиной не меньше 10 мм, с неизменёнными ровными чёткими контурами. Это пациенты с малыми и средними грыжами. У 14 (63,6%) пациентов прямые мышцы живота были истончены, разволокнены, с неровными контурами. $p < 0,05$ с ГКС. Плотность мышечной ткани была диффузно снижена до 20-30 ед. НУ. $p < 0,05$ с ГКС. Между элементами мышечных волокон прямых мышц живота визуализировалась жировая ткань. $p < 0,05$ с ГКС. Выделены четыре типа нарушения топографии тканей передней брюшной стенки.

Выводы. МСКТ является высокоинформативным методом диагностики у пациентов с ПОВГ. Полученные данные позволят в дальнейшем подобрать оптимальный вариант герниопластики для данной категории больных.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ

ИНФОРМАТИВНОСТЬ САЛИВАДИАГНОСТИКИ В ОЦЕНКЕ ГОРМОНАЛЬНОГО ФОНА

Бакшеева Е.Г., Косякова Е.С.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: к.м.н., доцент Фефелова Е.В., к.б.н. Максименя М.В., к.м.н. Караваева Т.М.

Исследование слюны по многим биохимическим показателям имеет преимущества по сравнению с рутинными методами лабораторной диагностики с использованием сыворотки крови. Смешанная слюна используется при гигиенических, токсикологических исследованиях, для изучения фармакодинамики лекарственных средств и в научных целях.

Цель работы. Провести сравнительный анализ гормонов в слюне и в сыворотке крови здоровых лиц в условиях эмоционального спокойствия, а также на фоне стресса.

Материалы и методы. Обследовано 32 студента ЧГМА во время семестра. Из них 12 человек повторно в период сессии - через 30 минут после экзамена. У всех проводили предварительный осмотр полости рта, сбор слюны и крови натошак. Слюну собирали в полипропиленовые пробирки, замораживали, после разморозки центрифугировали для осаждения муцина. В сыворотке крови и слюне определяли концентрации тиреоидных (T_3 , T_4 общие и свободные), стероидных (прогестерон, тестостерон, кортизол) и белковой природы (пролактин) гормонов методом ИФА с использованием наборов реактивов "Алкор Био" (Россия). Статистическую обработку результатов проводили с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0 for Windows. Количественные данные представляли в виде медианы с верхним и нижним квартилями (25-й и 75-й процентиля) - Me (25;75). При сравнении показателей, использовали критерий Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение: Анализ показал, что в слюне содержание гормонов ниже, чем в крови, в разной степени для разных гормонов. Значения T_4 общего и свободного составили 1,6% и 2,8% от таковых в сыворотке, что свидетельствует о низкой проницаемости для данного гормона гематосаливарного барьера; цифры T_3 общего и свободного составили - 89,7% и 52,3% от величин гормонов крови. Во время экзамена у студентов обнаружено достоверное увеличение T_3 общего на 13,7% в сыворотке крови, на фоне чего в слюне его значения увеличились на 27,9 % относительно предыдущих значений. Различий в зависимости от пола не обнаружено. Для стероидных гормонов было получено следующие: доля прогестерона в слюне относительно крови была низкой, равной 1,5%, и несмотря на то, что в крови женщин по сравнению с мужчинами величины прогестерона были больше в 3,8 раза ($p < 0,001$), половые различия его концентрации в слюне не имели статистической значимости. В условиях стресса были учтены только результаты, полученные у мужчин, которые показали, что концентрация данного гормона в слюне достоверно снижается относительно таковой во время семестра. Процент тестостерона в слюне составил следующие значения - 60,3% в общем, для женщин - 101,1%, для мужчин - 10,9%. При этом концентрация последнего в слюне мужчин не отличалась от таковой в слюне женщин, в то время как в сыворотке мужчин его уровень превышал значения у женщин в 8,1 раза ($p < 0,001$). На фоне стресса концентрация тестостерона в слюне снизилась относительно исходных данных. Уровень пролактина в слюне в среднем составил 4,3% от значений сыворотки (у женщин был незначительно выше, чем у мужчин, что соответствовало его содержанию в крови). Уровень кортизола в сыворотке крови и слюне во время семестра составили 390,3 нмоль/л и 9,74 нмоль/л соответственно. Процентное содержание кортизола в слюне относительно крови составило 2,5%. На фоне стресса концентрация гормона возросла: в крови в 2,8 раза, а в слюне в 2,9 раза и составила в слюне относительно крови 5%.

Вывод. Уровень гормонов в слюне меньше, чем в крови. Для разных гормонов рекреция в слюну выражена в неодинаковой мере, зависит от их химической природы и вероятно других факторов. На фоне стресса рекреция T_3 общего и кортизола увеличивается, а прогестерона и тестостерона снижается. Изучение концентраций гормонов в слюне может дать дополнительную информацию о гормональном фоне организма.

**ДИНАМИКА СРБ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ И СЛЮНЕ
 ПРИ ЭМОЦИОНАЛЬНОМ СТРЕССЕ**

Богомягкова Т.С., Загайнова Т.В., Стафеев А.Н.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: к.м.н., доцент Н.В. Соловьева, к.м.н., доцент Е.В. Фефелова

Известно, что СРБ - компонент иммунного ответа полости рта, который присоединяет полисахариды мембраны клеток слущенного эпителия слизистой рта, способствует распознаванию и обезвреживанию токсичных веществ, а так же фагоцитозу. При этом, практически отсутствуют работы по исследованию С-реактивного белка (СРБ) в слюне при стрессе.

Цель работы: Изучить изменения С-реактивного белка в сыворотке крови и слюне респондентов при экзаменационном стрессе.

Материалы и методы исследования. В качестве исследовательской модели кратковременного эмоционального стресса рассматривалась ситуация ожидания и сдачи курсового экзамена. Обследованы условно здоровые добровольцы - студентов ЧГМА, в возрасте от 18 до 28 (средний возраст 19,5 (19,0; 21,0) года). Предварительно им всем был проведен стоматологический осмотр. Из исследования были исключены все, имеющие активный воспалительный процесс в полости рта. По результатам осмотра в исследовании были включены 12 добровольцев, индекс гигиены которых составил 1,45 (1,4; 1,55). Изучение респондентов проводилось трижды: 1-ое - во время учебного процесса в семестре; 2-ое - за полчаса до курсового экзамена; 3-е - через 30 мин после экзамена. Осуществляли забор венозной крови и слюны. Взятие слюны проводили по общепринятой методике: натошак после прополаскивания полости рта кипяченой водой. Уровень С реактивного белка исследовали иммунотурбодиметрическим методом (реактивы фирмы Human). Концентрацию кортизола определяли методом иммуноферментного анализа (ИФА) (наборы фирмы "Алкор Био").

Статистический анализ полученных данных проводили с помощью программы Statistica 6.1 (StatSoft). Описательная статистика представлена медианой и межквартильным интервалом (25-го; 75-го перцентилей); сравнение зависимых выборок проводили с помощью критерия Вилкоксона.

Результаты и их обсуждение. Для подтверждения наличия стресса у студентов во время экзамена, определяли значения кортизола. Их значения перед экзаменом возрастали практически в 3 раза как в сыворотке крови, так и в слюне ($p=0,002$ и $0,00009$ соответственно). Уровень СРБ так же возрастал во время экзамена по сравнению с семестром в сыворотке крови в 1,8 раза, в слюне - в 2,2 раза (табл.).

Динамика показателей кортизола и СРБ в сыворотке и слюне, Ме (25; 75)

	сыворотка			слюна		
	1 забор	2 забор	3 забор	1 забор	2 забор	3 забор
кортизол, пг/мл	390,3 (313,9;441,2)	1089,0 (944,6;1276,0) $p=0,002$	479,9 (357,2;882,5) $p=0,026$ $p1=0,018$	9,7 (8,1; 11,5)	28,3 (21,0; 36,1) $p=0,00009$	23,9 (15,9; 30,6) $p=0,00002$ $p1=0,02$
СРБ, мг/л	31,2 (25,6;31,6)	55,7 (52,2; 81,7) $p=0,002$	37,6 (33,0;54,3) $p=0,03$ $p1=0,001$	35,5 (28,1;45,1)	77,0 (55,0;88,4) $p=0,003$	56,5 (48,9;61,8) $p=0,0003$ $p1=0,015$

Примечание: p - уровень статистической значимости различий по сравнению с группой студентов во время семестра, p1 - уровень статистической значимости различий по сравнению с группой студентов перед экзаменом.

Выводы:

1. Концентрация кортизола в смешанной слюне на фоне экзаменационного стресса возрастает в той же пропорции, что и в сыворотке крови.

2. Уровень СРБ в смешанной слюне на фоне экзаменационного стресса увеличивается в большей степени, чем в сыворотке крови.
3. Слюна, как биологическая жидкость, является более информативным материалом для оценки метаболической функции стресса.

СПОСОБЫ УДАЛЕНИЯ ВРЕМЕННОГО ПЛОМБИРОВОЧНОГО МАТЕРИАЛА ИЗ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ

Гадушкина С.А., Печенкин Р.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: Лхасаранова И.Б., Никулина В.Ю., к.м.н. Мищенко М.Н.

Актуальность. Система корневого канала может иметь очень сложную морфологию, которая часто характеризуется наличием боковых каналов и анастомозов, дельтовидным строением в апикальной части. Полноценная очистка, формирование и стерилизация корневых каналов возможны далеко не во всех случаях. А также, в ходе препарирования твердых тканей зуба ручными или машинными инструментами (высокоскоростными или низкоскоростными борами, эндодонтическим инструментарием) на поверхности дентина формируется микроскопический слой из опилок и при временной obturation корневых проникает в микроканалы.

Препараты, содержащие гидроксид кальция широко применяют стоматологи при лечении целого ряда болезней зубов и периодонта, например, таких, как: глубокий кариес, острые и хронические пульпиты, все формы периодонтитов с инфицированными корневыми каналами. Для этих целей применяются "Метапекс" и "Метапаста" БИОМЕД Ко., Лтд. (Южная Корея). Возникает вопрос: как хорошо провести временную obturation корневых каналов, а затем качественно извлечь его перед постоянным пломбированием?

Цель. Определить качество удаления временного пломбировочного материала из корневых каналов на микроскопе CarlZeiss на распилах зубов.

Материалы и методы. Для исследования были взяты 2 группы удаленных зубов по 6 в каждой. Была проведено препарирование, вскрытие, раскрытие полости зуба, удаление мягких тканей из коронковой полости зуба и корневых каналов, прохождение корневого канала, определение рабочей длины зуба, проведена инструментальная обработка корневых каналов ProTaper до инструмента F2 с использованием геля "RcPrep", 3% гипохлоритом натрия, высушивание, временная obturation корневых каналов в первой группе "Метапексом", и во второй - "Метапастой". Затем во всех зубах было произведено удаление пластичной нетвердеющей пасты и параллельно проводилась медикаментозная обработка каналов дистиллированной водой, 3% перекисью водорода, 3% раствором гипохлорита натрия, 0,06% хлоргексидином, инструментальная обработка корневого канала на один размер больше, инструментальная и ультразвуковая обработка.

Результаты и их обсуждение. В результате микроскопического исследования было выявлено, что "Метапаста" вымывается из корневых каналов при использовании любых методов и средств лучше "Метапекса".

	Дистиллированная вода	3% перекись водорода	0,06% хлоргексидина	3% гипохлорит натрия	Инструментальная обработка+3% гипохлорит натрия	Инструментальная обработка + УЗ
Метапаста	75%	90%	90%	100%	100%	100%
Метапекс	40%	65%	68%	95%	100%	100%

Выводы: Результаты микроскопического исследования показали, что качественное удаление временного пломбировочного материала зависит от раствора и последующей инструментальной обработки, и ультразвуковой обработки.

Рекомендации: Для качественного удаления "Метапекса" из корневого канала необходимо увеличивать на 1 размер инструмента при механической обработке и перед постоянной obturation использовать 3% гипохлорит натрия в сочетании с ультразвуком. При временной obturation корневых каналов использовать "Метапасту".

**ЗАВИСИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАРИЕСА ЗУБОВ
У ДЕТЕЙ 4-6 ЛЕТ РАЗЛИЧНЫХ РАЙОНОВ Г.ЧИТЫ ОТ ГИГИЕНИЧЕСКОГО
СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА И ХИМИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ.**

Зубкова А.А., Шишкова Е.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита
Научные руководители: Дежкина И.В., к.м.н. Петрова А.М., Фатьянова Л.А.

Актуальность. Самым распространенным заболеванием детей является кариес зубов. Основными факторами риска возникновения кариеса зубов являются микробный зубной налет, количество и качество ротовой жидкости, сбалансированность и режим питания, общее состояние организма и состав питьевой воды.

Цель: изучить показатели кариеса у детей в различных районах города Читы и выявить зависимость их от состава питьевой воды и гигиенического состояния полости рта.

Задачи:

1. Изучить распространенность, интенсивность кариеса зубов и гигиеническое состояние полости рта у детей 4-6 лет разных районов города Читы.
2. Исследовать гигиенические компоненты качества питьевой воды (общую жесткость, концентрацию кальция и магния в данных пробах) в разных районах города Читы.

Материалы и методы.

Нами обследовано 120 детей, проживающих в Центральном районе (Д/с № 28), Ингодинском (Д/с № 18) и Черновском (Д/с № 44).

В каждом ДДУ произведен забор воды для определения состава и жесткости.

Состав воды исследовали атомно-абсорбционным методом на спектрофотометре SOLLAR 6M (Институт природных ресурсов экологии и криологии СО РАН).

Жесткость воды определяли комплексометрическим методом с индикатором хромогеном черным.

Статистическую обработку материала проводили с использованием непараметрических методов (Me), интерквартильный размах 25 -75%.

Результаты. Проведенный анализ основных показателей кариеса у детей, позволяет констатировать, что распространенность и интенсивность кариеса остается по-прежнему выше в Центральном районе.

Показатели кариозной патологии имеют прямую зависимость от гигиенического состояния полости рта во всех районах г. Читы.

Распространенность кариеса в группе детей 3-4 лет в Черновском районе составляет в среднем 60%, что на 17% меньше, чем в Центральном районе.

Подобная ситуация складывается и в отношении интенсивности кариеса зубов.

Отмечается значительная разность среднестатистических показателей жесткости воды в разных районах от 5,25 в Черновском районе до 1,75 мг-экв/л в Центральном районе.

Выводы:

1. В обследуемых районах выявлена прямая зависимость показателей кариозной патологии от состава и химических свойств воды.
2. У обследованных установлен низкий уровень гигиенического состояния полости рта.
3. Результаты выполненного исследования доказывают необходимость усиления профилактической помощи во всех районах города Читы, особенно в Центральном, повышения эффективности этиотропной и патогенетической профилактики у детей дошкольного возраста г. Чита.

ЭТНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ

Кукушкин Я.В., Марченко О.В., Лапина Е.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: к.м.н., доцент Кукушкин В.Л., к.м.н. Кукушкина Е.А., к.м.н. Селезнева Н.В.

В настоящее время накоплен большой объем данных по особенностям строения коронки зуба у различных народов и ее изменчивости в процессе эволюции. Работы отечественных авторов внесли значительный вклад в изучение анатомо-топографических особенностей коронки и корневых каналов (КК) зуба, в частности, вторых мезио-буккальных КК верхних моляров (МВ2), вторых дистальных КК нижних моляров. В то же время индивидуальные, расовые, возрастные вариации строения пульпарной камеры зубов остаются малоизученными. Детальное исследование корневой системы зубов имеет не только теоретическое, но и практическое значение при эндодонтическом лечении. В настоящее время стоматологам приходится все чаще сталкиваться с возрастающим количеством пациентов, принадлежащих к различным, часто смешанным, расовым типам. В таких ситуациях для осуществления качественного эндодонтического лечения исключительно важно знать об этнических вариациях корневой системы.

Цель исследования - изучить топографию эндодонта постоянных зубов в различных этнических группах населения (русские, буряты) на основании данных челюстно-лицевой КТ-графии.

Материалы и методы. Из всей базы данных томографа Gendex CB-500 клиники ЧГМА за 2010-14 г.г.(2059 КТ-грамм), были выбраны 105 томограмм лиц бурятской национальности, без выраженной адентии моляров, в возрасте от 9 до 45 лет, и разделены по возрастным группам согласно рекомендациям ВОЗ: 9-15 лет (детство) - 13 пациентов, 15-25 (юность) - 30 человек, 25-44 (молодость) - 62 пациента. Контролем служили аналогичные возрастные группы русских пациентов, полученные в предыдущем исследовании 2014 г. Изучались горизонтальные срезы лицевого черепа с целью обнаружения дополнительных КК различных групп зубов (в частности МВ2). Внутри каждой группы проводился также анализ гендерных различий. Полученные данные обработаны с использованием пакета программ статистического анализа.

Результаты и их обсуждение. В первой группе (детство) полость первого верхнего моляра и просветы КК имели максимальные размеры и объем, а частота обнаружения МВ2 составила 100% (в контроле - 88%; $\chi^2=0,4$; $p>0,05$). В следующей возрастной группе (юность) частота обнаружения МВ2 снизилась до 61% (в контроле 56%; $\chi^2=0,13$; $p>0,05$), причем форма сечения основного канала из гантелеподобной становилась каплевидной или в виде запятой, что говорило о постепенной облитерации как перешейка, соединяющего основной канал и МВ2, так и самого МВ2. В возрастной группе (молодость) частота обнаружения МВ2 продолжала прогрессивно снижаться и составила 50% (в контроле- 44%; $\chi^2=0,26$; $p>0,05$). Таким образом, имеется тенденция более частого обнаружения МВ2 у лиц бурятской национальности.

Интересным фактом стало выявление достоверных различий в строении дополнительных КК нижних моляров. Так, у лиц бурятской национальности в 34% случаев были обнаружены вторые КК в дистальном корне либо отдельный дисто-язычный корень (в контроле 14%; $\chi^2=2,87$; $p<0,05$). Аналогично, частота С-образных КК этих зубов также была достоверно выше, чем в контроле. Возможно, это объясняется преобладанием брахицефалического типа черепа в опытной группе. Гендерных различий внутри этнических групп не выявлено.

ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛИЦЕВЫХ КОСТЕЙ ПРИ СИНДРОМЕ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Манекин Ю.В., Гигаури А.Г., Найданова И.С., Карапетян А.Г.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: д.м.н., профессор Ю.Л. Писаревский

По данным литературы пациенты с признаками гипермобильности ВНЧС имеют особенности развития осевого скелета. Логично предположить, что это также может отражаться и на

костях лицевого скелета. Диагностика синдрома дисфункции ВНЧС продолжает оставаться актуальной проблемой. Особые сложности представляют пациенты с признаками гипермобильности ВНЧС и скелета. Оценить скелетные деформации ЗЧС при общепринятых методах исследования в ортопедической стоматологии не всегда представляется возможным. В ортодонтии для этого используется высокоинформативный метод телерентгенографии (ТРГ). В связи с этим для нас представило большой научно-практический интерес оценить возможности данного метода для диагностики синдрома дисфункции ВНЧС в клинике ортопедической стоматологии.

Цель исследования: повышение эффективности диагностики синдрома дисфункции ВНЧС у лиц с признаками гипермобильности скелета.

Задачи:

1. Изучить с помощью измерений краниометрические характеристики лицевого скелета у пациентов, имеющих признаки гипермобильности височно-нижнечелюстного сустава и скелета.
2. Определить гнатометрические характеристики зубов у пациентов, имеющих признаки гипермобильности височно-нижнечелюстного сустава и скелета.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели нами были обследованы 19 пациентов с синдромом дисфункции ВНЧС, которые имели клинические признаки гипермобильности скелета и ЗЧС, положительные диагностические критерии гипермобильности. Анализ ТРГ проводили по методике А.М. Schwarz (1961). Угол SNA указывает на положение верхней челюсти по отношению к черепу. Угол SNB определяет положение нижней челюсти по отношению к черепу. Увеличение или уменьшение угла нижней челюсти способствует отягощению зубочелюстных деформаций. Углы наклона резцов верхней и нижней челюсти измеряют относительно франкфуртской и мандибулярной плоскости. Лицевой угол отражает степень протрузии и/или ретрузии нижней челюсти по отношению к основанию черепа. В качестве контроля использовали данные по В.Ю. Курляндского (1970). Анализ проводили с помощью метода вариационной статистики по критерию Стьюдента, различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. По результатам анализа краниометрических значений выявлено, что при гипермобильности ВНЧС и скелета угол SNA достоверно меньше по сравнению с контролем ($79,9 \pm 4,1^0$ против $84,3 \pm 2,7^0$ соответственно, $p < 0,02$). Напротив, угол SNB оказался больше в сравнении с таковым параметром в контроле ($80,9 \pm 1,9^0$ и $79,4 \pm 1,5^0$ соответственно, $p < 0,05$). Величина угла нижней челюсти также превысила аналогичную величину контрольных цифр ($130,0 \pm 4,5^0$ и $123,0 \pm 10^0$ в соответствии, $p < 0,05$). Обращает на себя внимание и тот факт, что лицевой угол у пациентов, имеющих признаки гипермобильности ВНЧС и скелета, более острый по сравнению с практически прямым лицевым углом у лиц контроля ($84,7 \pm 2,5^0$ и $88,5 \pm 5,5^0$ соответственно, $p < 0,05$). Анализ гнатометрических характеристик показал, что значения углов наклона резцов верхней и нижней челюсти у пациентов с признаками гипермобильности ВНЧС и скелета меньше подобных параметров в контроле ($65,6 \pm 2,6^0$ и $70,0 \pm 5,0^0$ при $p < 0,02$; $84,2 \pm 6,9^0$ и $90,0 \pm 5,0^0$ при $p < 0,05$).

Выводы.

1. У пациентов, имеющих признаки гипермобильности ВНЧС и скелета изменяются краниометрические характеристики лицевого скелета: достоверно уменьшается величина угла SNA ($p < 0,02$); увеличивается угол SNB ($p < 0,05$) и угол нижней челюсти ($p < 0,05$); лицевой угол более острый по сравнению с практически прямым лицевым углом у лиц контроля ($p < 0,05$).
2. У пациентов, имеющих признаки гипермобильности височно-нижнечелюстного сустава и скелета изменяются гнатометрические характеристики лицевого скелета: углы наклона резцов верхней и нижней челюсти достоверно меньше подобных параметров в контроле ($p < 0,05$).

РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА В ЭНДОДОНТИИ

Мархеев Ч.И., Мигунова Н.С.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: Никулина В. Ю., Лхасаранова И.Б., к.м.н. Мищенко М.Н., к.м.н. Брянская М.Н.

Актуальность. Информация о качестве obturation корневых каналов зубов постоянно требуется стоматологу любого профиля. Некачественное пломбирование корневых каналов может

препятствовать проведению запланированного лечения и оказаться причиной возникновения воспалительных процессов в челюстно-лицевой области. Наличие у специалиста достоверного представления о результатах obturации позволяет ему объективно оценить эндодонтическую терапию, проведенную ранее другими специалистами, увидеть и по возможности исправить допущенные ошибки, а также оценить результаты собственного лечения.

Obturации корневых каналов придается важное значение в обеспечении благоприятного исхода консервативного эндодонтического лечения. Многие из опубликованных работ относительно отдаленных результатов эндодонтического лечения утверждают, что большинство неудачных исходов объясняются неадекватным пломбированием апикальной части корневого канала. Соответственно, целью пломбирования каналов является плотное закрытие апекса зуба пломбировочным материалом. Сложность представляет наличие физиологической, анатомической и рентгенологической верхушек. В 50-98% случаев выход корневого канала находится на одной из сторон апекса зуба и расстояние между верхушками может достигать до 3 мм.

Цель. Определить объективность рентгенологического контроля качества пломбирования корневых каналов зубов.

Материалы и методы. Для исследования взяты 20 интактных удаленных зубов различной групповой принадлежности. Проведена трепанация коронок, вскрытие и раскрытие полостей зубов, прохождение корневых каналов, с последующим определением их рабочей длины. Корневые каналы инструментально обработаны протейперами до размера F2 с использованием геля "RcPrep" и ирригацией 3% раствором гипохлорита натрия. Для пломбирования корневых каналов использован метод латеральной конденсации с силером "АН Plus" до уровня физиологической верхушки. Фиксация зубов в силиконовой массе двойного отверждения "Speedex" и визиографическое исследование на аппарате "Gendex expert" (пр-ва Италия) в трех проекциях под разными углами (90°, 30° и 50°).

Результаты и их обсуждение. По результатам визиографии установлена вариабельность значений расстояния от физиологической верхушки до рентгенологической в пределах 2,5 мм на одном зубе при выполнении исследования в разных проекциях. Так, в 16% случаев физиологическая и рентгенологическая верхушки совпали. В половине случаев (47%) зафиксировано расстояние с отклонением от истинного в 0,5 мм. Расхождение значений расстояний в 1,0 мм отмечено в 25%, в 1,5 мм - в 9% и в 2,5 мм - в 3% случаев.

Выводы. Менее половины проведенных визиографических исследований показали истинное расстояние от физиологической верхушки корня зуба до рентгенологической, что свидетельствует о необъективности получаемой информации. Очевидна несостоятельность мнения многих специалистов о необходимости пломбирования корневых каналов до уровня рентгенологической верхушки.

Рекомендации: Obturацию корневых каналов необходимо осуществлять на всем его протяжении, а для более объективной оценки качества пломбирования корневого канала необходимо проводить визиографическое исследование зубов в нескольких проекциях.

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫМ РАНеным В ГОСПИТАЛЯХ ЗАБАЙКАЛЬЯ (1941-1945 г.г.)

Печенкин Р.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: д.м.н., профессор Пинелис И.С., к.м.н. Турчина Е.В.

Главной задачей стоматологии в годы Великой Отечественной войны (ВОВ) было оказание помощи раненым на этапах эвакуации и возвращение их в строй.

Цель работы: Изучение вклада стоматологов Забайкалья в оказание специализированной помощи челюстно-лицевым раненым в годы Великой Отечественной войны, а также патриотическое воспитание молодого поколения врачей.

Материалы и методы. В работе использованы исторический, хронологический методы.

Материалом для научного исследования служили сведения, полученные в Государственном архиве Читинской области и Читинской медицинской академии, медицинской библиотеке Краевой клинической больницы, у родственников ветеранов ВОВ.

Результаты. В годы ВОВ сформировалась эффективная система оказания специализированной помощи челюстно-лицевым раненым. Ее основой стал опыт, накопленный в военных конфликтах у озера Хасан и на реке Халхин-Гол. Во время этих событий основным центром военно-полевой хирургии стал Читинский окружной военный госпиталь. Для изучения опыта оказания медицинской помощи в Читу приезжали известные военно-полевые хирурги С.С. Гирголав, Т.Я. Еланский, А.А. Вишневский, С. Д. Лактионов, В. В. Приоров и др. Раненые, нуждавшиеся в длительном лечении, эвакуировались за пределы фронта в разные регионы Советского Союза, где организовались тыловые госпитали. Одним из них стало Забайкалье, которое в годы ВОВ было глубоким тылом. В сентябре 1941 года на базе ЗаБВО был сформирован Забайкальский фронт, что определило специфику работы медицинских учреждений в годы ВОВ. В начале войны в облздравотделе создали отдел эвакуогоспиталей. В полевых подвижных госпиталях Забайкалья оказывалась квалифицированная помощь челюстно-лицевым раненым.

Челюстно-лицевых раненых было много, большинство из них нуждалось в длительном лечении. Им оказывалась специализированная медицинская помощь в стоматологическом эвакуогоспитале №1480 (Чита), в котором врачи выполняли сложные челюстно-лицевые операции. Одним из них был К.М. Прудников, окончивший в 1941 г. Иркутский медицинский институт. С 1943 г он работал ординатором хирургического отделения, а после специализации по челюстно-лицевой хирургии в Москве, его назначили начальником отделения. Константин Михайлович награжден медалями "За победу над Японией", "За доблестный труд в годы ВОВ" и др.

С первых дней организации госпиталя №1480 и до 1947 года в нем работал майор медслужбы Г.Ф. Зверев, выпускник Иркутского мединститута. С его слов, в госпитале выполняли восстановительные операции (лоскутная пластика, стебельчатый лоскут Филатова, пересадка костных трансплантатов и др.) с хорошими эстетическими результатами. Среди многих наград Георгия Фроловича, наиболее важными хирург-фронтовик считал медаль "За отвагу". Его сестра Клавдия Фроловна Зверева также всю войну работала стоматологом в медсанбатах Забайкалья.

Все раненые, нуждавшиеся в протезировании, лечились в стоматологическом и в протезном госпиталях. В начале войны зубные и замещающие челюстно-лицевые протезы изготавливали в Хабаровске, что удлиняло сроки выписки раненых. В этой связи в Чите в декабре 1942 г. была открыта зубопротезная мастерская. В протезном госпитале всю войну работала В.Н. Золотухина (1964-1973 г.г. - ассистент кафедры ортопедической стоматологии ЧГМИ).

По данным Государственного архива Читинской области, благодаря продуманной и хорошо организованной специализированной помощи, в Забайкалье было возвращено в строй до 80% челюстно-лицевых раненых. Такого большого числа вернувшихся в строй не было ни в одной из предыдущих войн и ни в одной армии, участвовавших во второй мировой войне.

Заключение. Изучение вклада стоматологов Забайкалья в Великую Победу и использование архивных материалов является важным для патриотического воспитания будущих врачей. Авторы выражают большую благодарность сотрудникам медицинской библиотеки Краевой клинической больницы (зав. Погодаева Г.И.), родным К.М. Прудникова, Г.Ф. Зверева, В.Н. Золотухиной, работникам Краевого архива за помощь в выполнении исследования.

ФОРМИРОВАНИЕ И РАЗВИТИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ В УСЛОВИЯХ ПРИРОДНОГО ЙОДОДЕФИЦИТА

Потапова И.В., Гаджиева Э.И., Найданова И.С., Карапетян А.Г.

Читинская государственная медицинская академия, г. Чита

Научный руководитель: к.м.н. И.Ю. Писаревский

Йод относится к жизненно важным микроэлементам и является обязательным структур-

ным компонентом гормонов щитовидной железы (ЩЖ), которые обеспечивают полноценное развитие и функционирование организма. Йододефицитные заболевания продолжают оставаться актуальной проблемой (ВОЗ, 2007). В России риск развития йододефицитных заболеваний имеют 98 млн. человек (Б. Хетцель, 1983; И.И. Дедов, 2001). Забайкальский край, удаленный от естественных источников йода, расположенный в среднегорье с резко континентальным климатом, традиционно относится к йододефицитным биогеохимическим провинциям (Г.И. Бишарова, 2002).

Цель исследования: профилактика патологических изменений в зубочелюстной системе на этапе ее формирования и развития в условиях природного йододефицита.

Задачи:

1. Провести поиск литературных данных о влиянии природного йододефицита на формирование и развитие организма человека в целом.
2. Изучить по литературным данным механизмы влияния дефицита йода на метаболизм костной ткани.
3. Провести анализ данных литературы о влиянии дефицита йода на формирование и развитие зубочелюстной системы человека.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели были изучены литературные данные и видеоматериалы.

Результаты. Анализ литературы показал, что при дефиците йода снижается его концентрация в ЩЖ, что сопровождается развитием гипотиреоза и зоба, в 2-3 раза снижается скорость костного ремоделирования. (F. Delange, 2000; А.С. Аметов, 2004). Подтверждением неблагоприятного воздействия дефицита тиреоидных гормонов на периферический отдел скелета при гипотиреозе может служить анализ показателей прочности кости. При манифестном гипотиреозе выявлена отрицательная линейная зависимость прочности кости от уровня тиреотропного гормона. При впервые выявленном манифестном гипотиреозе снижается скорость ремоделирования кости, что проявляется в снижении уровня маркеров костной резорбции (пиридинолина) в 1,6 раза и маркеров костного формирования (остеокальцина) в 1,31 раза в сравнении с условно здоровыми лицами. Однако нам не удалось обнаружить достаточно сведений о влиянии йододефицита на формирование и развитие ЗЧС. Логично предположить, что тяжелый дефицит йода во внутриутробном периоде может способствовать формированию аномалий зубочелюстной системы. В работе М.А. Свиридовой (2014) показано, что при йододефиците страдают кости челюстно-лицевого скелета, что проявляется, помимо изменений фенотипических признаков, изменениями морфологии нижней челюсти. А.Б. Сарафанова (2010) доказала, что диффузное увеличение ЩЖ сопровождается начальными признаками заболеваний пародонта. Лица молодого возраста с диффузным увеличением ЩЖ в 78,5% случаев страдают хроническим катаральным гингивитом. Г.Ю. Щеглакова (2012) моделировала гипофункцию ЩЖ в условиях эксперимента на животных и установила, что дефицит тиреоидных гормонов способствует развитию деструктивных изменений в тканях ВНЧС и проявляется остеоартрозом.

Выводы:

1. Дефицит йода влияет на формирование и развитие организма, начиная с внутриутробного периода; "органами-мишенями" в большей степени являются ЩЖ, репродуктивная система, ЦНС.
2. Йододефицит в костной ткани проявляется нарушением минерального метаболизма, что подтверждается в экспериментах на животных и при изучении скелетов людей, больных микседематозным кретинизмом.
3. Дефицит йода оказывает негативное влияние на формирование и развитие ЗЧС, что проявляется в недоразвитии лицевого скелета, и провоцирует развитие и течение патологии пародонта и ВНЧС.

ОЦЕНКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С РЕТЕНЦИЕЙ И ПОЛУРЕТЕНЦИЕЙ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ

Хандаева Х.В., Дымбрылова С.Б., Нимбуева И.Б., Тарнуева П.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: Рудакова Л.Ю.

Актуальность темы. Хирургический метод лечения ретенции и полуретенции третьих нижних моляров является основным. Однако его недостатками являются травматичность данной операции, ее продолжительность, объем повреждаемых мягких костных тканей, неконтролируемая степень кровоточивости и др. Более чем в 50% случаев операция удаления третьих нижних моляров осложняется предшествующим острым или хроническим воспалением окружающих тканей. Высокая частота ретенции третьих нижних моляров, различные варианты их аномального положения, риск инфекционно-воспалительных осложнений - определяет сложность хирургического лечения пациентов с данной патологией. По данным литературы и нашим наблюдениям количество пациентов, обратившихся с жалобами на затрудненное прорезывание третьих нижних моляров, за последние годы возрастает.

Цель исследования. Анализ причин, вызывающих осложнения при хирургическом лечении ретенции и полуретенции нижних третьих моляров во время и после операции.

Материалы и методы. Нами проведен ретроспективный анализ 554 стационарных карт пациентов с ретенцией и полуретенцией нижних третьих моляров, находившихся на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии Клиники ЧГМА в период с 2012 по 2014 г.г. Нами оценивались качественные и количественные показатели осложнений, возникших во время операции и после операции (альвеолит, периостит, луночковый остеомиелит, субмассетериальный абсцесс). Критериями оценки качественных показателей служили состояние функции нижней челюсти, степень деформации мягких тканей и альвеолярного отростка, рентгенологическая картина, а также чувствительность в зон иннервации нижнелуночкового и язычного нервов по пятибальной шкале.

Результаты и их обсуждение. За данный период проведено 762 операции по удалению ретинированных и полуретенцированных нижних третьих моляров. Осложнения во время операции наблюдались в 3,5% случаев (травма язычного и нижнеальвеолярного нерва, кровотечение из крупных сосудов). Осложнения, развившиеся в послеоперационном периоде, составили 5,7% (альвеолит, периостит, луночковый остеомиелит, субмассетериальный абсцесс). При оценке функциональных последствий отличные и хорошие результаты отмечены у 754 (98,9%) пациентов, неблагоприятные у 8 (1,1%). При оценке чувствительности неблагоприятные (удовлетворительные и неудовлетворительные) результаты наблюдали у 4 (0,5%) пациентов. Для определения размеров очага деструкции костной ткани, степени близости рядом расположенных анатомических образований выполняли рентгенологическое исследование. Неблагоприятные результаты наблюдали у 16 (2%) пациентов. Клинико-рентгенологически оценивали степень мягкотканной и костной деформации. При этом отмечены неблагоприятные результаты у 21 (2,7%) больного.

Выводы:

1. В связи с увеличением количества больных с ретенцией и полуретенцией нижних третьих моляров возросло число осложнений при их хирургическом лечении.
2. Качественный анализ свидетельствует о преобладании мягкотканной и костной деформации при воспалительных осложнениях в послеоперационном периоде.
3. Осложнения во время операций составили 3,5%, в послеоперационном периоде - 5,7%.

**УЧАСТНИКИ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ - ОРГАНИЗАТОРЫ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА
ЧИТИНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА
Часовских И.Е.**

Читинская государственная медицинская академия, Чита
Научные руководители: д.м.н., профессор Пинелис И.С., к.м.н. Турчина Е.В.

Еще не был виден конец Великой Отечественной войны (ВОВ), а в декабре 1943 г. в Наркомздраве СССР профессор И.Г. Лукомский изложил основные направления развития стоматологии в стране. Итогом стал приказ № 654, предписывающий повысить качество оказания стоматологической помощи в СССР. Этот документ способствовал активизации работы стоматологов Забайкалья и стал одним из аргументов открытия в 1958 году стоматологического факультета в Читинском медицинском институте.

Цель работы: изучение вклада участников ВОВ в организацию стоматологического факультета Читинского государственного медицинского института.

Материалы и методы. В работе с помощью исторического и хронологического методов проанализированы материалы, полученные из личных дел организаторов стоматологического факультета, данные, взятые в Госархиве Читинской области и Читинской медицинской академии, медицинской библиотеке Краевой клинической больницы и родных ветеранов ВОВ.

Результаты. После ВОВ Правительство обратило внимание на подготовку врачей в отдаленных регионах страны (Урал, Сибирь, Дальний Восток и др.). Большим событием для Забайкалья стало открытие в 1953 г. медицинского института. Однако, учитывая большую потребность в стоматологах, в 1958 году в институте создали стоматологический факультет. Большой вклад в его организацию внесли участники ВОВ, совершившие в 1941-1945 г.г. ратный и трудовой подвиг. Это были В.А. Любарский, Г.С. Калабухов, О.П. Стрельникова, В.Т. Поважный, В.Н. Золотухина, А.Д. Носков.

В.А. Любарский в 1941 году с отличием окончил Московский стоматологический институт и с выпускного бала ушел на войну. Он воевал на Ленинградском, Волховском, Западном, Брянском, Украинском фронтах, освобождал от фашистов Польшу, Венгрию, Австрию и закончил войну в Берлине. За эти годы он стал высококвалифицированным хирургом, а в свободное время занимался рисованием. В его коллекции были фронтовые рисунки и портреты однополчан. За самоотверженный труд и личную храбрость Владимир Александрович награжден 2-я орденами Красной Звезды и 15 медалями. В феврале 1948 года молодого военного врача назначили начальником челюстно-лицевого отделения 321 ОВГ ЗабВО. С 1957 по 1983 годы он полностью посвятил себя преподавательской работе, организации стоматологического факультета, кафедры и клиники хирургической стоматологии. Неустанная врачебная, научная, педагогическая и общественная деятельность В.А. Любарского является примером самоотверженного служения делу охраны здоровья людей, подготовки молодых специалистов и любви к своей профессии.

Организаторами стоматологического факультета и кафедры ортопедической стоматологии были майор медслужбы В.Т. Поважный, военврачи О.П. Стрельникова и В.Н. Золотухина. О.П. Стрельникова окончила в 1941 году Московский стоматологический институт с первых дней войны и до 1945 года работала стоматологом полка на Карельском фронте. За ратный труд она награждена 9-ю медалями. Среди них медали "За Отвагу" и "За Победу над Германией". В протезном госпитале на протяжении всей войны работала выпускница Иркутского мединститута Валентина Никандрова Золотухина. Она также награждена 10-ю медалями за самоотверженный труд в годы ВОВ.

Вывод. Участники ВОВ внесли неоценимый вклад в развитие стоматологического факультета и профильных кафедр. Благодаря этим личностям создана мощная образовательная платформа на стоматологическом факультете. Мы должны гордиться тем, что наш факультет основали такие патриотичные и харизматичные люди!

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

**ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ
НА РАЗВИТИЕ ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ
У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**

Алиева А.Р.к., Мироненко А.Ю., Шаргакшанова И.З.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: к.м.н., доцент Мочалова М.Н., к.м.н., доцент Ахметова Е.С.

Венозные тромбозы являются одной из серьезных проблем современной медицины. По данным литературы применение комбинированных оральных контрацептивов (КОК) в 3 раза увеличивает риск ВТЭО даже у здоровых женщин, а в случаях, когда изначально имеют место гиперкоагуляционные нарушения данный риск может возрастать в 20 и более раз.

Цель работы. Выявить факторы риска развития ВТЭО у женщин, использующих КОК, а также установить предикторы, увеличивающие вероятность реализации тромбозов легочной артерии (ТЭЛА).

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 80 историй болезни пациенток с ВТЭО, имеющих прямую связь с приемом КОК и проходивших лечение в ГУЗ "Городская клиническая больница №1" за 2012-2014 гг. Пациентки были разделены на 2 исследуемые группы: 1 группа - 10 человек с ТЭЛА, 2 группа - 70 женщин с флеботромбозами. Дополнительно в исследуемых группах проведено анкетирование по телефону с использованием специально составленной карты-анкеты с выяснением подробностей приема КОК (названия препарата, длительности приема и развития осложнений). Из 1-й группы - только у 2 пациенток и из 2-й группы - у 8 пациенток был проведен генетический анализ крови на тромбофилию в диагностической поликлинике ЧГМА.

Результаты исследования. Средний возраст женщин 1 группы составил 36 ± 2,2 лет, 2-й - 31 ± 3,4 года. Большинство пациенток были курящими - 70% (7) и 50% (35) соответственно. Из анамнеза выяснено, что 100% женщин из первой группы и 87% (70) из 2 принимали КОК без предварительного обследования. Только у 12,5% (10) пациенток предварительно исследовалась коагулограмма, в которой изменений не было выявлено. ТЭЛА возникла уже через 4-6 месяцев от начала использования КОК, флеботромбозы - через 4-6 мес. у 71,4% (50) женщин, через 7-9 мес. - у 28,6% (20) опрошенных. На отягощенный семейный анамнез (ВТЭО, инфаркты, инсульты) при анкетировании указали 87,5% (70) исследуемых женщин. ТЭЛА возникла на фоне приема препаратов: Новинет - 30% (3), Джес - 40% (4), Линдинет-30 - 30% (3) женщин. Пациентки 2 группы в качестве контрацепции использовали: Линдинет-20 - 17% (12), Линдинет-30 - 20% (14), Регулон - 21,5% (15), Джес - 14,3% (10), Ригевидон - 25,8% (18), Минизистон - 1,4% (1) женщин. Установлено, что в группе с ТЭЛА 80% (8) женщин имели 2 и 3 ст. ожирения, во 2 группе избыток массы тела был выявлен только у 21,5% (15) пациенток ($p > 0,05$). Хроническая артериальная гипертензия (ХАГ) была диагностирована у 70% (7) женщин 1 группы, во 2 группе - в 51,4% (36) случаев ($p \leq 0,05$). У 50% (5) женщин с ТЭЛА имела место хроническая железодефицитная анемия (ХЖДА) легкой и средней степени, против 12,9% (9) во 2 группе ($p \leq 0,05$). Гинекологическая патология, связанная с возможной гиперэстрогенией (миома матки интерстицио-субсерозной локализации), а также кисты яичников в анамнезе имели место у 60% (6) и 70% (7) женщин 1 группы, 24,3% (17) и 34,3% (34) пациенток 2-й группы ($p \leq 0,05$). В результате генетического обследования в 1-й группе у 1 женщины выявлена Лейденская мутация V фактора (G 1691A) по гетерозиготе, повышающая риск тромбоза в 8 раз, у 2 пациентки - мутация гена протромбина (G 20210A) в сочетании с мутацией PAI-1 по гомозиготному пути, увеличивающих риск ВТЭО в 6-8 раз. Во 2 группе у каждой пациентки обнаружено сочетание от 2 до 4 генных полиморфизмов (PAI-1, ITGA2, ITGB3, FGB), что не является тромбофилией, но при наличии факторов риска увеличивает риск тромбозов в 4-6 раз.

Выводы.

1. ТЭЛА чаще возникает у женщин с характерным преморбидным фоном: отягощенным семейным анамнезом, выраженным АКО, ХАГ, курение, а также при наличии ХЖДА.
2. Большинство пациенток с ВТЭО (87%), имея исходные факторы риска, не проходили необходимое предварительное обследование перед назначением КОК.
3. Тромботические осложнения на фоне приема КОК в 90% случаев возникают в первые 6 месяцев их приема.

**ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ОБРАЗА ЖИЗНИ СЕМЬИ
НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ**

Арефьева О.В.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск

Научный руководитель: к.м.н. Усова А.В.

Актуальность. Охрана материнства и детства - приоритетное стратегическое направление социальной политики государства и здравоохранения, поскольку речь идет о формировании новых поколений, а значит, охрана здоровья детей - есть охрана здоровья населения страны. К настоящему времени во многих странах уже проведены когортные исследования, связывающие характер питания беременной, внутриутробного развития плода, питания грудных детей с формированием распространенных заболеваний и долговременными последствиями для здоровья. Поэтому нужны российские проспективные исследования с использованием стандартизованных эпидемиологических анкет-вопросников для определения характера питания и образа жизни беременных женщин и младенцев, а также возможности нутритивной и иной коррекции, так как переносить в полном объеме результаты исследований, выполненных в других странах, на популяцию российских детей некорректно. Стало очевидным, что питание на первом году жизни "программирует" метаболизм таким образом, что те или иные нарушения питания могут увеличить риск развития целого ряда заболеваний.

Цель. Изучить развитие и состояние здоровья детей первого года жизни в зависимости от характера питания беременной, кормящей женщины и характера вскармливания для определения нутритивных факторов, значимых для формирования уровня здоровья детей первого года жизни.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 195 беременных женщин г. Новосибирска. Математический анализ частоты и достоверности влияния семейных особенностей и качества жизни семей на здоровье потомства по данным анкетирования беременных женщин. Исследование было проведено в 3 этапа. 1 этап - анкетирование беременных на сроке 25 недель в женских консультациях и роддомах г. Новосибирска (поддержка Министерства здравоохранения Новосибирской области). 2 этап - проведение в поликлиниках физикального осмотра, оценки нервно-психического и физического развития ребёнка в возрасте 1 месяца. 3 этап - проведение в поликлиниках физикального осмотра, оценки нервно-психического и физического развития ребёнка в возрасте 6,9,12 месяцев.

Результаты. Выявлено, что на задержку роста плода, гипотрофию оказывает наибольшее влияние: низкий доход семьи - менее 15000 рублей (установлена прямая связь массы тела и затрат на питание, $p = 0,0358$ ($p < 0,050$), также неблагоприятные жилищные условия (менее 6 кв.м. на человека); недостаточность в рационе питания беременной рыбных и молочных продуктов, овощей и фруктов. В периоде новорожденности до 20% детей из семей с минимальным среднедушевым доходом нуждались в реанимационно-интенсивной терапии. На первом году жизни негативное влияние низкого дохода определяет формирование задержек физического и нервно-психического развития детей, а так же возникновение анемии, рахита и энцефалопатии. Дети из малообеспеченных семей болеют достоверно чаще, чем из семей с нормальным достатком. Среди часто болеющих детей преобладают те, кто живет в семье, мало употребляющей мясо, рыбу, молоко, овощи и фрукты.

ФАКТОРЫ РИСКА НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Астафьев К.А., Астафьева Н.А., Гаймоленко О.В., Дабаева С.С.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: к.м.н. Ерофеева Л.Г.

В последние годы внимание многих исследователей обращено к проблеме неразвивающейся беременности. Потери беременности в ранние сроки наиболее часто (в 45 - 88,6 % случаев) обусловлены неразвивающейся беременностью. Учитывая частоту встречаемости патологии и рост за последние десятилетия, вопрос о неразвивающейся беременности является важнейшей проблемой современного акушерства и гинекологии.

Цели и задачи. Определить наиболее значимые факторы риска при неразвивающейся беременности в зависимости от сезонности, возраста, вредных привычек, экстрагенитальных и генитальных заболеваний.

Материалы и методы исследования. Ретроспективно проанализировано 326 историй с диагнозом неразвивающейся беременности на разных сроках методом сплошной выборки, на базе городского родильного дома за 2014 год. Обработка материала производилась путем построения таблиц и диаграмм в программе Microsoft Excel 2007.

Результаты. За 2014 год частота неразвивающейся беременности составила 6,04% (326 случаев). Из них до 12 недель зарегистрировано - 94% (306 случаев), более 12 недель - 6% (20 случаев). Наиболее часто неразвивающаяся беременность выявлена в летнее время года (июль - 21,7%), в меньшей степени - в осенне-зимний период (сентябрь - 4,6%, октябрь - 10,4%; декабрь - 15,3%). В зависимости от возраста неразвивающаяся беременность встретилась: до 18 лет - в 0,6% случаев, в 18-24 года - у 24,5% пациенток, в 25-39 лет - у 40%, в 40-49 лет - у 4,9% женщин. В сроки до 6 недель неразвивающаяся беременность была диагностирована чаще - в 29% случаев, в 6-7 недель - в 21%. В 20% - несостоявшийся выкидыш выявлен в сроки 7-8 недель, у 14% пациенток - на сроке гестации 8-9 недель. Реже неразвивающаяся беременность отмечена в поздние сроки: 10-12 недель - 10% и 13-21 неделя - 6%. Среди обследуемых 31% пациенток имели никотиновую зависимость. 22% женщин страдали экстрагенитальной патологией, среди которых наиболее часто встретились болезни мочевыделительной системы (пиелонефрит) у 11,4%; заболевания желудочно-кишечного тракта (гастрит, язва желудка и двенадцатиперстной кишки) в 6% случаев; заболевания печени и желчевыводящий путей у 5,5% женщин; эндокринные заболевания (диффузный зоб, сахарный диабет) у 1% женщин. Акушерско-гинекологический анамнез был отягощен у 32% женщин. Хронический цервицит встретился в 22% случаев, сальпингоофорит в 6,5%, эндометрит в 4,5%. В обследуемой группе женщин количество беременностей: до трех - отмечено у 59,5% (194 женщины), 4-6 беременностей у 27% (88 женщин) и 7-10 беременностей у 13,5% (44 женщин), среди которых рожавших было 83,1% (106 женщин имеющих 1 ребенка, 72 женщины имеющих 2 детей и 16 женщин имеющих 3 и более детей). В данной группе пациенток: до трех медицинских аборт проводили 31,2% женщин, 4-6 аборт 3%, семь и более аборт отмечалось в 1% случаев. Самопроизвольные выкидыши зарегистрированы в 32,8% случаев: по 1 - у 20,5%, 2 - у 9,8%, 3 и более у 2,5% пациенток. У 85,5% женщин обследование на ИППП не проводилось. У 14,5% проводилось и были выявлены трихомонады. По гистологическому заключению наиболее часто выставлялся диагноз хромосомной патологии трофобласта (37,7%), инфицирования плодного яйца и матки (35,5%) и недостаточности желтого тела (15,1%).

Выводы:

1. Неразвивающаяся беременность чаще встречается в возрасте 25-39 лет, в летнее время года и реже в осенне-зимний период.
2. Наиболее значимыми факторами риска являлись: курение, экстрагенитальная патология (хронический пиелонефрит), гинекологические заболевания (воспалительные процессы матки и придатков) и отягощенный акушерский анамнез (аборты, самопроизвольные выкидыши).
3. Всем женщинам с факторами риска неразвивающейся беременностью проводить бактериологическое и обследование на ИППП.

МОНИТОРИНГ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВУШЕК-СТУДЕНТОК
Банзаракшеева Д.Б., Богомазова Т. В., Ананьина Д. А., Сапрыгина Н. В., Дубовенко О.А.
Читинская государственная медицинская академия, Чита
Научные руководители: к.м.н. Тарбаева Д.А., к.м.н. Белозерцева Е.П.

Здоровье человека - одна из основных жизненных ценностей. Однако особое место занимает репродуктивное здоровье. Процветание любой нации в целом определяется здоровьем лиц репродуктивного возраста, способных к воспроизводству здорового потомства. Соответственно, важнейшим аспектом в демографической политике государства является охрана репродуктивного здоровья. Многочисленные исследования показывают низкий уровень здоровья студентов. Интенсивные нагрузки, отсутствие времени и, как следствие, низкая обращаемость за медицинской помощью. Всё это ведёт к хронизации заболеваний репродуктивной системы, которые в последующем негативно влияют на репродуктивный потенциал.

Цель работы - определить частоту и структуру гинекологических заболеваний у студенток.

Материалы и методы. В рамках ежегодного медицинского осмотра проведено гинекологическое обследование 1631 студентки ГБОУ ВПО ЧГМА, из которых 284 девушки обучались на 1-м, 324 - на 2-м, 291 на 3-м, 238- на 4-м, 269 - на 5-м, 225 - на 6-м курсах. Оно включало пальпацию молочных желез, осмотр шейки матки в зеркалах, бимануальное влагалищное исследование, ректальное исследование. Анализ данных проводился с использованием статистического пакета программы "BioStat 2008".

Результаты и обсуждение. Возраст девушек колебался от 17 до 30 лет. Средний возраст девушек 1 курса составил $18,1 \pm 1,2$, 2 курса - $19,1 \pm 2,1$, 3 курса - $20,6 \pm 1,6$, 4 курса - $21,6 \pm 1,7$, 5 курса - $22,4 \pm 1,7$, 6 курса - $23,4 \pm 1,6$. При оценке распространенности заболеваний репродуктивной системы выявлено, что большинство из них были гинекологически здоровыми (75,1%/1225). Отягощенный акушерский анамнез отмечен у 3,9% студенток (64/1631), который был обусловлен медицинскими и самопроизвольными абортми в 1 триместре у 1,7% (29/1631), при этом количество абортов возрастало от 1-го к 6 курсу. В то же время количество студенток, выполнивших репродуктивную функцию - 5,3% (88/1631) и находящихся в состоянии беременности 0,9% (15/1631) также возрастало с 1-го по 6-ой курс. Для выявления факторов риска гинекологической заболеваемости студенток при профилактическом осмотре нами дана оценка сексуальной активности студенток в зависимости от курса обучения. Установлено, что число девушек, сексуальный дебют которых состоялся, на 1-ом курсе было 24,6% (70/284). На 2-ом курсе их доля оставалась практически на том же уровне 23,1% (75/324). На 3-ем курсе этот показатель увеличивался вдвое 56,1% (163/291), на 4 курсе 61,7% (147/238), на 5 курсе 57,2% (154/269). К 6 курсу число сексуально активных подростков возрастает в 3 раза по сравнению с 1-м курсом, и показатель стал равен 75,5% (170/225). При активном выявлении гинекологических заболеваний у студенток разных курсов нами установлено, что патологические процессы в органах репродуктивной системы отмечены только у 48,2% (376/779) девушек, живущих половой жизнью. В этой когорте удельный вес студенток с гинекологическими заболеваниями на 1 курсе составил 42,8% (30/70), на 2 курсе 53,3% (40/75), на 3 курсе 52,4% (86/163), на 4 курсе 44,2% (65/147), на 5 курсе 48,7% (75/154), на 6 курсе 47,0% (80/170). Наиболее распространенным гинекологическим заболеванием в группе сексуально активных студенток оказался хронический цервицит - 28,7% (224/779). Частота патологии шейки матки неуклонно возрастала от 14,2% на 1 курсе до 38,8% на 5 курсе, на 6 курсе этот показатель уменьшался вдвое (19,4%). Доля воспалительных заболеваний гениталий составила 15,9% (124/779) и заняла второе место в общей структуре гинекологической заболеваемости. Третье место принадлежит кистам яичников 1,6% (13/779). Изложенное позволяет заключить, что основным фактором, предопределяющим структуру и распространенность гинекологических заболеваний у студенток, является характер их гендерного поведения.

Выводы:

1. Удельный вес здоровых студенток-медиков составил 75,1%.
2. Патологические процессы в органах репродуктивной системы отмечены только у 48,8% студенток, живущих половой жизнью.

3. В структуре гинекологических заболеваний 1 место занимает хронический цервицит - 28,7%, 2 место - воспалительные заболевания гениталий (15,9%), 3 место - кисты яичников (1,6%).

ГЕНДЕРНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И РЕПРОДУКТИВНЫЕ УСТАНОВКИ ДЕВУШЕК ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ: 10 - ЛЕТНЯЯ ДИНАМИКА И ЭТНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Богомазова Т.В., Ананьина Д.А., Банзаракшеева Д.Б.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: д.м.н., профессор Белокрыницкая Т.Е., к.м.н. Фролова Н.И.

В 2005 году студенческое научное общество кафедры акушерства и гинекологии ЧГМА провело когортное поперечное исследование сексуального поведения и репродуктивных установок девушек - представителей основных этнических групп Агинского Бурятского Автономного Округа и Читинской области, на основании которого установлено: девушкам-буряткам в большей степени присуща самоохранительная концепция гендерного поведения, на формирование которой в немалой степени повлияли буддийская религия и устои семьи.

Цель исследования - оценка динамики показателей, характеризующих гендерное поведение и репродуктивные установки девушек русской и бурятской этнических групп, проживающих в Забайкальском крае, за 10-летний период.

Материалы и методы. Спустя 10 лет от первого исследования нами было повторно проведено анкетирование учащихся старших классов школ, средних и высших учебных заведений, домохозяйек бурятской субпопуляции, проживающих в посёлке Агинское, и русской этнической группы из числа коренных жительниц Забайкальского края, временно находившихся в городе Чите. Опрос проводился анонимно, методом самозаполнения анкет, состоящих из 26 вопросов. Статистически обработано 109 пригодных для анализа анкет девушек-буряток и 107 - русских. Социальный статус и возраст респонденток обеих групп были сопоставимы. Рассчитывали средние и относительные (%) величины. Оценка межгрупповых различий по качественным признакам проведена по критерию χ^2 . Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Средний возраст сексуального дебюта составил у русских девушек в 2005 г - 18 лет, 2015 г - 18,7 года ($p > 0,05$); у буряток 20 лет и 18,3 года ($p > 0,05$) соответственно (здесь и далее приводятся данные в сравнении за 2005 г и 2015 г). По возрасту коитархе сексуально активная молодежь русской субпопуляции распределилась следующим образом: до 14 лет - 3 vs 0%, в 14 лет - 6 vs 0%, в 15 лет - 15 vs 1,2%, в 16 лет - 16 vs 6,1%, в 17 лет - 3 vs 14,6%, в 18 лет и более 57 vs 78,1%. В когорте буряток ни в 2005 г, ни в 2015 г не зарегистрировано начавших половую жизнь до 15 лет, в 15 лет - 3 vs 1,2%, в 16 лет - 5 vs 2,3%, в 17 лет - 11 vs 17,4%, 18 лет и старше 81 vs 79,1%.

За 10 лет претерпели изменения источники информированности девушек по вопросам контрацепции и репродуктивного здоровья. Как в русской, так и в буряткой этнических группах уменьшилось число лиц, получивших сведения из средств массовой информации 61 vs 2,4% и 52 vs 4,7% (все $p\chi^2 < 0,05$). Численность русских респонденток, обученных медицинскими работниками, существенно возросла - 22 vs 39% ($p\chi^2 < 0,05$), в бурятской субпопуляции статистически значимых изменений не выявлено - 31 vs 41,9% ($p\chi^2 > 0,05$). Выявлен тренд снижения количества девушек-буряток, проинформированных друзьями, - 73 vs 4,7% ($p\chi^2 < 0,05$) (среди русских без изменений - 13 vs 9,8%, $p\chi^2 > 0,05$). В когорте русских в 2015 г. не зарегистрировано получивших сведения от родителей 27 vs 0% и школьных учителей 1 vs 0%, в группе буряток эти показатели остались неизменными - 10 vs 12,8% ($p\chi^2 > 0,05$) и 0%.

Положительным является факт, что в обеих группах в целом увеличилось количество детей, которое планируют иметь девушки русской и бурятской популяций: одного ребенка хотят иметь 48 vs 6,5% и 29 vs 2,8% (все $p\chi^2 < 0,05$); двух детей - 33 vs 61,7% ($p\chi^2 < 0,05$) и 34 vs 43,1% ($p\chi^2 > 0,05$); трёх - 6 vs 16,1% и 25 vs 42,2% (все $p\chi^2 < 0,05$); более трёх детей - 1 vs 15% ($p\chi^2 < 0,05$) и 12 vs 11,9% ($p\chi^2 > 0,05$). Возрождением духовности следует считать, что за 10 лет число верующих и регулярно посещающих христианскую церковь возросло с 4 до 61,9% ($p\chi^2 < 0,05$). Численность девушек-буряток, посещающих Дацан осталась стабильно высокой 76 vs 78% ($p\chi^2 > 0,05$).

Выводы. За 10-летний период отмечены положительные тенденции в гендерном поведении и репродуктивных установках девушек Забайкальского края: относительно стабильный возраст сексуального дебюта, увеличение роли медицинских работников в репродуктивном образовании молодежи, смена ориентиров в сторону многодетной модели семьи. Увеличение числа девушек-христианок в 15,5 раза свидетельствует о духовно-нравственном перевоплощении молодежи.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ И ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

Бронникова О.В., Брызгунова О.Г., Богомазова Т.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: к.м.н. Анохова Л.И.

Снижение перинатальной заболеваемости и смертности является одной из приоритетных задач современного акушерства. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) - это несвоевременное отделение ее во время беременности или в родах. Несмотря на то, что данное осложнение встречается с небольшой частотой 0,3 - 0,4% родов, тем не менее, это зачастую, большая угроза как для матери, так и плода. ПОНРП в 30% случаев является причиной массивных кровотечений, геморрагического шока и диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови. По статистическим данным перинатальная смертность при ПОНРП составляет 25%.

Цель работы. Провести анализ случаев ПОНРП.

Материалы и методы. Выполнен ретроспективный анализ историй родов за 18 месяцев в стационаре высокой степени перинатального риска - ГБУЗ "ЗКПЦ". Изучена первичная медицинская документация: истории родов, истории развития новорожденных, протоколы УЗИ во время беременности и в родах, КТГ. Всего зарегистрировано 42 случая преждевременной отслойки плаценты, которые вошли в группу исследования. Контрольную группу составили 35 родильниц без ПОНРП. Статистическая обработка проведена с помощью пакетов прикладных программ "Statistica 6".

Полученные результаты. Анализ изученной медицинской документации показал, что средний возраст женщин в исследуемой группе составил 28,6 лет (18-25 лет - 27,5%; 25-30 лет - 27,5%; 30 лет и старше - 45%), и не отличался от группы пациенток без ПОНРП. Средний срок беременности, при которой произошла отслойка плаценты составил 35 недель. В сроки очень ранних преждевременных родов (22 - 27 нед.) ПОНРП отмечена в 1,7%; ранних преждевременных родов (28 - 33 нед.) - 31 %; наибольшее число случаев ПОНРП выявлено при преждевременных родах от 34 до 36 недель (64,3%). В 90% случаев диагностирована отслойка плаценты легкой степени тяжести, ПОНРП средней степени - в 4,7%; тяжелой же степени - в 5,3%. В группе исследования женщин с отягощенным акушерским анамнезом (ОАА) было 67% , из них в 43% - пациентки в анамнезе имели 1 и более 3-х медицинских аборт, самопроизвольный выкидыш в 23,8%, преждевременные роды в анамнезе - в 10% случаев. Выявлены следующие осложнения в течение данной беременности: угроза прерывания беременности со стационарным лечением - в 21,4%, угрожающие преждевременные роды - 33%, гестационная анемия - у 9% женщин. ОРВИ с повышением температуры тела перенесли во время беременности 33% женщин, причем на ранних сроках гестации, что вероятно, послужило причинами васкулопатии и ангиопатии плацентарного ложа, а поверхностная инвазия цитотрофобласта в неполноценный эндометрий предопределили развитие ПОНРП в последующем. Другие инфекции (микоплазма, уреоплазма) обнаружены в 16,6%. Вредные привычки (курение) в анамнезе выявлены у 11,6%, злоупотребление алкоголем во время настоящей беременности обнаружено у 4,7% женщин (доставлены в стационар в алкогольном опьянении). Средняя кровопотеря в исследуемой группе составила 753 мл (до 500 мл - 11,9%; 500 - 1000 мл - 78,5%; свыше 1000 мл - 9,6%). Методом выбора родоразрешения было оперативное. Лапаротомия по Пфанненштилю, кесарево сечение в нижнем маточном сегменте произведены в 76,2% случаев, истмико-корпоральное кесарево сечение - 11,9%. Роды *perviasnaturalis* произошли в 11,9%. Материнские показания к кесареву сечению составили

33,9%, а плодовые - 66,1%. Средний вес новорожденных 2450 ± 130 граммов. Оценка по шкале Апгар к концу первой минуты - $6,9 \pm 0,6$ баллов, на пятой - $7,1 \pm 0,3$ баллов. Из числа рожденных детей в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных были переведены 33,3%, на 2-ой этап лечения - 4,7%, в отделении патологии новорожденных - 4,7%. Выписаны из отделения в удовлетворительном состоянии с новорожденными после родоразрешения на 5-е сутки 57,2% родильниц. Таким образом, всех родильниц после перенесенной ПОНРП необходимо включать в группу высокого риска по развитию акушерских кровотечений. С целью снижения случаев развития кровотечений необходимо в периконцепционном периоде оздоровление пациенток.

Выводы. 1. Плодовый острый дистресс, обусловленный ПОНРП, определил оперативное родоразрешение в группе исследования. 2. Факторами риска ПОНРП явился возраст старше 30 лет, вредные привычки, инфекционный агент, аборт и выкидыши в анамнезе. 3. Осложнение в виде ПОНРП чаще встречалось в 3-ем триместре гестации.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ АКУШЕРСКОГО ТРАВМАТИЗМА ПРОМЕЖНОСТИ В РОДАХ

Золотова М.Р., Игнатьева О.В., Маргарян С.С., Саранчин А.С., Татаринцев Н.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита.

Научный руководитель: Мудров В.А.

В настоящее время частота разрывов промежности составляет 10-12%. Число самопроизвольных разрывов промежности удалось снизить до этих цифр за счет широкого применения эпизиотомии, частота которой составляет 17-39%. В то же время хирургическая защита промежности зачастую бывает необоснованной за счет субъективного характера оценки вероятности разрыва промежности. В связи с этим актуальным является разработка критериев, позволяющих предупредить акушерский травматизм промежности и обосновать необходимость эпизиотомии.

Целью работы явилось совершенствование методов прогнозирования акушерского травматизма промежности путем комплексной оценки данных антропометрии, ультразвуковой фетометрии, степени чистоты влагалища и ригидности тканей промежности.

Материалы и методы. На базе ГУЗ "Городской родильный дом" и ГУЗ ККБ Перинатальный центр г. Читы за 2014-2015 гг. проведен ретро- и проспективный анализ 90 случаев родов через естественные родовые пути, которые были разделены на 3 равные группы: 1 группа - роды крупным плодом, 2 группа - роды плодом массой от 3 до 4 кг, 3 группа - роды плодом массой менее 3 кг. Группы сопоставимы по возрасту, паритету родов и длительности безводного промежутка. Данные обработаны при помощи пакета программ SPSS Statistics V17.0.

Результаты исследования. В 1 группе роды произошли на сроке 39-40 недель в 90% (27) случаев, во 2 группе - в 87% (26), в 3 группе - в 80% (24). Число первородящих женщин составило 67% (60), повторнородящих - 33% (30) женщин. II период родов осложнился разрывами стенки влагалища у 37% (11) родильниц 1 группы, у 23% (7) - 2 группы, у 13% (4) женщин 3 группы ($p_{1,2} < 0,05$). Разрыв промежности I степени наблюдался у 43% (13) родильниц 1 группы, у 27% (8) - 2 группы, у 10% (3) - 3 группы ($p_{1,2} < 0,05$). Разрыв промежности II степени выявлен у 10% (3) родильниц 1 группы, у 7% (2) - 2 группы, у 3 группы - не выявлен ($p_2 < 0,05$). Разрыв промежности III степени в исследуемых группах не диагностирован. Частота развития акушерского травматизма промежности напрямую коррелирует со степенью чистоты влагалища: при I и II степени чистоты влагалища акушерский травматизм промежности в 1 группе суммарно составил 48% (12), во 2 группе - 22% (5), в 3 группе - 4% (1) ($p_{1,2} < 0,05$); при III и IV степени чистоты влагалища акушерский травматизм в 1 группе - 80% (4), во 2 группе - 71% (5), в 3 группе - 33% (2) ($p_2 < 0,05$). Прогностически неблагоприятными факторами развития акушерского травматизма промежности в исследуемых группах явились: большие размеры головки плода (БПР > 97 мм, ОГ > 34 см), наличие рубцовых изменений промежности, отсутствие родов в анамнезе, возраст первородящей старше 30 лет, III и IV степени чистоты влагалища.

С целью оптимизации прогнозирования травматизма промежности в родах целесообразно выделять коэффициент вероятности травматизма промежности T, который рассчитывается по

формуле: $T = (UP \times 0,02 \times A \times PI \times K) / (PR + BPR)$, где PR - прямой размер подлежащего сегмента головки, BPR - большой поперечный размер головки, UP - расстояние от уретры до задней спайки влагалища, A - возраст женщины, PI - позиционный индекс, равный отношению длины передней промежности к длине задней, K - степень чистоты влагалища. Коэффициент вероятности травматизма промежности в родах T менее 0,28 свидетельствует о вероятном разрыве промежности в родах.

Вывод. В развитии акушерского травматизма промежности в родах значимую роль играет отношение размера головки плода к максимальному периметру растяжения вульварного кольца, что в совокупности с другими значимыми факторами может являться критерием целесообразности выполнения хирургической защиты промежности.

ПРИМЕНЕНИЕ ДИСТАНЦИОННОГО КАРДИОМОНИТОРИНГА ПЛОДА В ТРЕТЬЕМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Кряжева М.Н., Цыренова О.Д.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва

Научные руководители: к.м.н., доцент Мочалова М.Н., д.м.н., профессор Пономарева Ю.Н.

Сердечная деятельность плода является наиболее ярким индикатором его состояния. Антенатальные мероприятия, направленные на диагностику острого и хронического дистресса плода, требуют внедрения инновационных подходов на современном этапе (Сидорова И.С., Макаров И.О., 2012).

Цель работы. Определить эффективность дистанционного кардиомониторинга у беременных в 3-м триместре с разной степенью перинатального риска.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе ГУЗ Городской родильный дом г.Читы. Для проспективного исследования (2013-2014гг.) были выбраны 50 беременных со сроком гестации 30 недель различной степени перинатального риска. После предварительного обучения пациентки в домашних условиях проводили ежедневный двукратный дистанционный кардиомониторинг плода (ДКМП) портативным фетальным доплером серии L6 Shenzhen Lucksome Technology (по 10 мин). Расшифровка кардиограмм плодов проводилась после поступления данных на сервер через Интернет с помощью гаджетов (смартфон, планшет). Для контроля за плотным исследованием использовалась стандартная кардиотокография (1 раз в 2 недели) в амбулаторных условиях на аппарате Oxford Medical (30 мин). Вторым этапом исследования проведен ретроспективный анализ историй родов и новорожденных в группе наблюдения. Для статистической обработки полученных данных использовался пакет Statistica 6.0.

Результаты. Средний возраст в группе наблюдения составил $27,7 \pm 3,8$ лет. Степень риска на сроке 30 недель была низкой в 22% (11), средней - в 50% (25) и высокой - в 28% (14) случаев. Накануне родоразрешения эти показатели изменились: доля низкого, среднего и высокого риска составила 2% (1), 18% (9) и 80% (40) соответственно ($p < 0,05$). Кроме того, у 30% (15) исследуемых до начала проведения исследования уже была диагностирована хроническая плацентарная недостаточность (ХПН) и в 14% (7) случаев - хроническая гипоксия плода (ХГП). В ходе кардиофетомониторинга признаки ХГП, которые подтвердились данными стационарной КТГ и УЗДГ, были выявлены в 22% (11) случаев. Наряду с этим, в 10% (5) данных УЗИ было выявлено наличие структурных изменений плаценты и в 4% (2) - СЗРП I-II степени.

Родами в срок беременность закончилась у 96% женщин, а доля преждевременных родов составила всего 4% (2). В обоих случаях имело место ПИОВ на сроке 35-36 недель. При этом угрожающие преждевременные роды во второй половине беременности были диагностированы у 22% (11) беременных. Оценка новорожденных по шкале Апгар более 9 баллов при рождении и через 5 минут была выставлена в 72% (36) случаев, 7 и 6 баллов при рождении - в 4% и 2% соответственно. Последнее было связано с осложненным течением родов. При этом по результатам гистологического исследования плаценты высокий риск гипоксического поражения ЦНС был у 12% (6) новорожденных, а диагноз церебральной ишемии выставлен в 8% (4) случаев,

чему во время беременности предшествовала субкомпенсированная форма ХГП у пациенток с высокой степенью перинатального риска ($p < 0,05$).

Случаев перинатальной смертности и рождения детей в состоянии асфиксии тяжелой степени в исследуемой группе не зарегистрировано.

Выводы.

1. Антенатальное наблюдение за внутриутробным состоянием плода с помощью ДКМП является эффективным методом диагностики его нарушений.
2. ДКМП дает возможность быстрого выявления нарушений внутриутробного состояния плода для своевременного принятия мер по их устранению.
3. Данный метод позволяет прогнозировать исход беременности у женщин средней и высокой степени риска по перинатальной смертности.

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ
С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СЛИНГОВОЙ СИСТЕМЫ TVT У БОЛЬНЫХ
С ПРОЛАПСОМ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ**

Кузьмина М.В., Ананьева Д.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита
Научный руководитель: д.м.н., профессор Загородняя Э.Д.

Цель работы. Проанализировать результаты хирургического лечения больных с пролапсом половых органов и недержанием мочи с использованием slingовой петли TVT obturator и кольпопексии с перинеолеваторопластикой.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения больных с недержанием мочи и пролапсом половых органов у 50 пациенток, оперированных в 2014 году в гинекологическом отделении дорожной больницы. Возраст пациенток от 32 до 78 лет. Обследование перед операцией включало общеклинические анализы; гинекологический осмотр; УЗИ органов малого таза, мочевого пузыря и уретры; расширенную кольпоскопию; цитологическое и бактериологическое исследования; взятие биопсийного материала из шейки матки (по показаниям), функциональные пробы: кашлевая, Вальсальвы, одночасовой прокладочный тест. Всем больным проведено оперативное лечение - кольпоперинеолеваторопластика с коррекцией генитального пролапса, одновременно выполняли и антистрессовую операцию (уретропексия свободной синтетической петлей - TVTobturator). Вагинальный доступ позволяет одновременно устранить и пролапс гениталий, и симптомы недержания мочи при напряжении. Статистическая обработка полученных данных проведена с помощью программы Statistica 6.0.

Результаты исследования. Хирургическое лечение недержания мочи и опущения стенок влагалища с использованием slingовой системы TVT проведено у 50 женщин в возрасте от 32 до 78 лет: 32-39 лет - у 6 (12%), 40-49 лет - у 9 (18%), 50-59 лет - у 23 (46%), 60 и старше - у 12 (24%) пациенток. Все имели от 1 до 3 родов через естественные родовые пути. Роды крупным плодом были у 9 человек. Рассечение или разрыв промежности с последующей несостоятельностью мышц тазового дна (леваторов, рубцовой деформации промежности) - у 15 пациенток. Все оперированные женщины репродуктивного возраста не планировали в дальнейшем беременность. Работа, связанная с тяжелой физической нагрузкой, была у 18, гинекологические заболевания в анамнезе: хроническое воспаление придатков матки у 12, нарушения менструального цикла - у 4. Экстрагенитальную патологию имели 42 (84%) пациентки: гипертоническую болезнь - 21 (50%), заболевания желудочно-кишечного тракта - 10 (23,8%); другие заболевания (мочекаменная болезнь, хронический пиелонефрит, ИБС, стенокардия напряжения, сахарный диабет, АКО, варикозное расширение вен) по 3-7 случаев у оперированных женщин. Всем пациенткам после обследования был выставлен диагноз стрессового недержания мочи и опущения стенок влагалища. Оперативное лечение - кольпопексия, перинеолеваторопластика, введение slingовой петли TVT obturator проводилось с регионарным обезболиванием - спинно-мозговой анестезией. После операции в течение 1-2 дней применяли постоянный катетер. После удаления его у всех пациенток восстановилось мочеиспускание без симптомов не-

держания мочи. Случаев гнойно-воспалительных осложнений, отторжения имплантированной полипропиленовой ленты, других осложнений не зафиксировано. Средний койко-день $7,9 \pm 0,6$. Проведен опрос и обследование оперированных больных через 1, 6, 12 месяцев. Через 1 месяц после операции 47 (93,4%) женщин отмечали исчезновение симптомов инкотиненции, чувства инородного тела во влагалище. Через 6 и 12 месяцев у всех прооперированных отсутствовали ранее наблюдавшиеся симптомы заболевания. Критерии положительной оценки операции включали и удовлетворённость пациентки результатами лечения. По поводу атрофического вульвовагинита у 8 (16%) пациенток в постменопаузе потребовалось медикаментозное местное лечение. Результаты лечения носили постоянный характер на протяжении всего прослеженного периода.

Выводы. Таким образом, благодаря хирургическому вмешательству, женщины избавились от проблем, связанных с недержанием мочи, опущением половых органов и получили полную социальную, гигиеническую и моральную реабилитацию.

КОНЦЕНТРАЦИЯ МЕТАБОЛИТОВ ОКСИДА АЗОТА СЫВОРОТКИ КРОВИ КАК ОДИН ИЗ ПРЕДИКТОРОВ РАЗВИТИЯ ГЕСТАЦИОННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ПРЕЭКЛАМПСИИ

Ляпунов А.К., Хохлова М., Якимова К.С., Пансалова А.К.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: к.м.н., доцент Казанцева Е.В., Мудров В.А.

По данным ВОЗ, преэклампсия и гестационная артериальная гипертензия диагностируется у 38% беременных и остаётся одной из ведущих причин материнской, перинатальной заболеваемости и смертности во всём мире. В связи с чем, особенно важна ранняя диагностика и поиск возможных предикторов развития этих состояний.

Целью нашей работы явилось определение значимости концентрации оксида азота сыворотки крови у беременных в развитии гестационной артериальной гипертензии и преэклампсии.

Материалы и методы. Проведен ретро- и проспективный анализ 30 историй беременности и родов женщин с гестационной артериальной гипертензией и преэклампсией на базе ГУЗ "Городской родильный дом" и ГУЗ ККБ Перинатальный центр. У обследуемых женщин в начале III триместра беременности определяли концентрацию метаболитов оксида азота сыворотки крови. В контрольную группу вошли 30 женщин с физиологически протекающей беременностью, сопоставимые с исследуемой группой по возрасту и паритету родов. Для определения концентрации NO 0,5 мл сыворотки депротенинизировали добавлением 1 мл 0,5 н. раствора NaOH и 10% раствора ZnSO₄ для осаждения белковых компонентов. Пробы центрифугировали при 5000 об/мин. 30 мин. К 1 мл надосадочной жидкости добавляли равное количество 1% раствора реактива Грисса и инкубировали в течение 10 мин. при 25° С. Содержание NO оценивали по количеству конечного стабильного метаболита оксида азота (II) - нитрит иона. Суммарную концентрацию нитрит-иона определяли колориметрически по развитию окраски в реакции диазотирования нитритом сульфаниламида. Данные обработаны при помощи пакета программ SPSS Statistics V17.0.

Результаты исследования. Срок наступления родов в исследуемой группе составил 38-40 недель в 56% случаев, 34-37 недель в 44%. В контрольной группе все роды были срочными. В группе обследуемых женщин число перворожающих составило 24%, повторнорожающих - 76%. Гестационная артериальная гипертензия была у 50%, умеренная преэклампсия - у 35%, тяжелая преэклампсия - у 15%. Концентрация метаболитов оксида азота у женщин с физиологически протекающей беременностью в 2,5 раза больше, чем у женщин с артериальной гипертензией ($p < 0,05$) (Таб.).

Таблица

Исследуемые группы		Концентрация метаболитов NO
Женщины с физиологически протекающей беременностью		$3,22 \pm 0,43$ мкг/мл
Беременные с артериальной гипертензией	Гестационная артериальная гипертензия	$1,43 \pm 0,17$ мкг/мл
	Умеренная преэклампсия	$1,2 \pm 0,15$ мкг/мл
	Тяжелая преэклампсия	$1,05 \pm 0,18$ мкг/мл

Выводы: 1. При наличии гестационной артериальной гипертензии и преэклампсии концентрация метаболитов оксида азота достоверно ниже, чем при физиологически протекающей беременности. 2. Таким образом низкая концентрация метаболитов оксида азота в III триместре беременности может быть предиктором развития гестационной артериальной гипертензии и преэклампсии. 3. Простота методики определения концентрация метаболитов оксида азота в сочетании с низкой себестоимостью может служить основанием для внедрения метода, как скринингового, во врачебную практику.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ВРАЧЕЙ АКУШЕРОВ - ГИНЕКОЛОГОВ И ВРАЧЕЙ ДРУГИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

Мироненко А.Ю., Шаргакшанова И.З.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: Мудров В.А.

Профессиональная деятельность врача акушера-гинеколога сопряжена не только с высоким уровнем психоэмоционального стресса, но и с чрезвычайными по интенсивности нагрузками. Эмоциональное выгорание, астения, расстройства сна, снижение качества жизни могут быть обусловлены нарушением суточного ритма активной деятельности и отдыха. Такие факторы, как напряженные взаимоотношения с коллегами и руководством, чувство нереализованности в социальной и/или бытовой сфере усугубляют профессиональный стресс. Негативным фоном является неэффективное использование способов психологической защиты, что ведет к высокому уровню тревожности, подавляемой агрессии, маскированной депрессивной симптоматикой.

Целью работы явилось сравнение психологической адаптации врачей акушеров- гинекологов с врачами терапевтического и хирургического профилей.

Материалы и методы. Для решения поставленной цели было проведено анкетирование 60 врачей Забайкальского края, которые были разделены на 3 равные группы: 1 группа (20) - врачи акушеры- гинекологи, 2 группа (20) - врачи хирургического профиля, 3 группа (20) - врачи терапевтического профиля. Группы сопоставимы по возрасту, стажу профессиональной деятельности и социальному положению. Для оценки психологической адаптации врачей использовались анкета, отражающая особенности профессиональной деятельности и личной жизни обследуемых, тест Айзенка на определение типа темперамента, опросники, отражающие уровень качества жизни и психоэмоционального стресса. Данные обработаны при помощи пакета программ SPSS Statistics V17.0.

Результаты исследования. Количество женщин в 1 группе составило 75% (15), во 2 группе - 10% (2), в 3 группе - 80% (16). Средний возраст респондентов составил 40 ± 7 лет. Среди врачей акушеров-гинекологов преобладают флегматики - 45% (9); холерики составляют 25% (5), сангвиники и меланхолики - по 15% (3). Среди врачей хирургического профиля число флегматиков, сангвиников и холериков одинаковое и составляет по 30% (6), меланхоликов - 10% (2). Среди врачей терапевтического профиля преобладают сангвиники - 50% (10); флегматики составляют 30% (6), холериков и меланхоликов - по 10% (2). У 95% (57) респондентов отмечается низкая удовлетворенность качеством жизни, у 5% (3) - средний уровень. В 1 группе уровень качества жизни составляет 28,1%, во 2 группе - 22,5%, в 3 группе - 29,6%. При оценке уровня стресса в личной жизни исследуемых групп достоверных различий не обнаружено: 33%, 28% и 31% соответственно. Уровень профессионального стресса в 1 группе составляет 76%, во 2 группе - 52%, в 3 группе - 72%. Астеническая симптоматика наблюдается у 85% (17) опрошенных 1 группы, у 65% (13) - 2 группы, у 90% (18) - 3 группы. Эмоциональное выгорание умеренной и выраженной степени наблюдается у 75% (15) врачей акушеров- гинекологов, 65% (13) врачей хирургического профиля и 85% (17) врачей терапевтического профиля. Субъективная оценка качества жизни и уровня психоэмоционального стресса врачей всех специальностей в 95% случаев не соответствует объективным данным, что обусловлено стабильным уровнем общего длительного истощения, воспринимаемого респондентами как вариант субъективной нормы.

Удовлетворенность уровнем заработной платы респондентов исследуемых групп составляет 10%, снижая тем самым уровень мотивации плодотворной профессиональной деятельности. Перечисленные факторы несомненно являются социально значимыми, определяя уровень здоровья врача и опосредованно - эффективность оказания медицинской помощи.

Выводы: 1. Психологическая адаптация врачей всех специальностей значительно снижена, что связано в первую очередь с особенностями профессиональной деятельности и недостаточной материальной обеспеченностью. 2. Астения и эмоциональное выгорание развиты одинаково у врачей всех специальностей. 3. Уровень психоэмоционального стресса не зависит от профиля врачебной деятельности.

РОЛЬ ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИИ В РАЗВИТИИ РОДОВОГО ТРАВМАТИЗМА ПЛОДА Недосек Е.В., Чойдонова Е.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: к.м.н., доцент Ахметова Е.С.

Частота вакуум-экстракции (ВЭ) плода, по данным литературы, за последние годы в экономически развитых странах составляет от 2,7 до 6,3% от общего числа родов. Несмотря на растущую распространенность этого метода за рубежом, в Российской Федерации количество ВЭ плода минимизировано и составляет 0,3%, что несомненно оправдано, так как связано с высокой частотой родового травматизма для матери, и особенно для новорожденного.

Цель работы. Оценить последствия применения вакуум-экстракции системой KIWI для новорожденного.

Материалы и методы исследования. Ретроспективно изучены 59 историй родов и историй развития новорожденных после оперативного родоразрешения методом вакуум-экстракции плода за 2011-2014 гг. на базе ГУЗ "Городской родильный дом". Сформированы 2 группы: 1 группа (12 женщин) - с физиологическим течением раннего неонатального периода у новорожденных; 2 группа (47) - родильницы, чьи новорожденные имели различные осложнения после ВЭ.

Результаты исследования. Средний возраст женщин 1 группы составил $26,1 \pm 2,3$ лет, второй - $25,2 \pm 1,3$ года. Роды в обеих группах произошли на сроке 38-40 нед. Количество первородящих в каждой группе составило 66%. Хроническая гипоксия плода имела место у 25% (3) женщин 1 группы, во 2 группе данный показатель был выше и составил 79% (37) ($p \leq 0,05$). При оценке экстрагенитальной патологии у женщин обеих групп статистически значимых различий не выявлено, за исключением частоты встречаемости гипертонической болезни во 2 группе - у 17% (8) женщин, против 0% во второй ($p \leq 0,05$). Первичная и вторичная родовая слабость в I периоде родов встречалась в обеих группах с одинаковой частотой - 58,3% (7) и 57,5% (27) соответственно. ПИОВ диагностировано у 16,7% (2) родильниц 1 группы, против 40,4% (19) во второй, где течение родов дополнительно осложнилось хориоамнионитом - у 12,8% (6) женщин ($p \leq 0,05$). Случаев хориоамнионита в 1 группе не выявлено - 0% ($p \leq 0,05$). Во 2 группе II период родов у 10,6% (5) рожениц осложнился асинклитическим вставлением головки плода, чего в 1 группе не встречалось - 0%. Показанием для ВЭ в 1 группе в 91,7% (11) случаев явилась острая гипоксия плода, возникшая во втором периоде родов вследствие тугого обвития пуповины вокруг шеи плода, во 2 группе острая гипоксия выявлена у 21% (10) рожениц ($p \leq 0,05$). Показанием для проведения ВЭ во 2 группе в большинстве случаев явилось ухудшение состояния плода во II периоде родов вследствие утяжеления хронической гипоксии - у 79% (37) женщин, в 1 группе данный показатель составил 8,3% (1) ($p \leq 0,05$). Все дети извлечены за 1-2 тракции, соскальзывания чашечки вакуум-экстрактора не отмечено. В 100% случаев роженицам выполнена эпизиотомия. В первой группе средний вес новорожденного составил 3533 ± 150 гр., во второй - 3240 ± 320 гр. В удовлетворительном состоянии с оценкой по Апгар 8-9 баллов родилось 66,7% (9) детей 1 группы, во 2 группе данный показатель составил 21% (10) ($p \leq 0,05$). В 1 группе в асфиксии легкой степени с оценкой по Апгар 6-7 баллов в первую минуту родилось 25% (3) детей, во 2 группе на 6-7 баллов оценено 42,5% (20), но у всех новорожденных обеих групп оценка по Апгар к 5 минуте

составила 8-9 баллов. С признаками асфиксии средней степени тяжести и оценкой по Апгар 5 баллов родилось 36% (17) детей 2 группы, чего в 1 группе не зарегистрировано - 0% ($p \leq 0,05$). Осложнения ВЭ плода выявлены в 80% (47) случаев и распределились: 59,6% (28) - кефалогематомы, 23,4% (11) - поражение ЦНС травматического генеза (ВЖК 1-2 ст.), у 17% (8) новорожденных - подвывих шейного отдела позвоночника, сочетанная родовая травма.

Выводы. 1. Осложнения у плода после применения ВЭ наиболее часто возникают на фоне перенесенной хронической гипоксии, нежели чем при острой гипоксии плода. 2. Дополнительными факторами риска возникновения осложнений у плода после ВЭ являются ПИОВ, хориоамнионит, асинклитическое вставление, а также гипертоническая болезнь у матери.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ КАК ИНТЕГРАЛЬНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ У ЖЕНЩИН В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Папкина Т.И., Кирилова К.А., Линхобоева З.Б., Салимова М.Д., Фёдорова Е.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: к.м.н. Белозерцева Е.П., к.м.н. Тарбаева Д.А.

Роды, являясь стрессовой ситуацией для организма женщины, сопровождаются значительным напряжением функционального состояния различных физиологических систем, что может приводить к нарушению адаптации организма в целом. Одним из критериев, характеризующих его, является качество жизни (КЖ) родильницы, которое зависит от многих факторов: возраста, способ родоразрешения, суток после произошедших родов и др. Считается, что идеальным возрастом для первых родов является возраст от 20 до 30 лет. В литературе не освещены проблемы качества жизни женщины после родов с учетом оптимального возраста для деторождения.

Цель исследования: оценка компонентов качества жизни родильниц после первых родов в зависимости от возраста женщины.

Материалы и методы. Проведена оценка качества жизни (КЖ) у 101 первородящей женщины (выборка была случайной) в первые 3 суток после своевременных естественных и оперативных родов во время пребывания в ГБУЗ ЗКПЦ. В первую группу вошли 46 родильниц в возрасте от 20 до 25 лет, во вторую группу - 55 матерей в возрасте от 26 до 30 лет. Для изучения КЖ родильниц использовали анкету, содержащую стандартный опросник SF-36. Данная методика включает в себя 36 вопросов, сгруппированных в 8 шкал, отражающих физический и психологический компоненты здоровья. Анкета заполнялась пациентками собственноручно при информированном согласии. При этом состояние родильниц набравших 90 и более баллов обозначалось как "хорошее", менее 90 как "неудовлетворительное". Статистическая обработка проведена с помощью пакетов прикладных программ "Statistika 6".

Результаты исследования. Средний возраст пациенток - $21,9 \pm 1,8$ лет в I группе, во II - $28,7 \pm 2,4$ лет. Более трети обследуемых из I группы (44%) не состояли в браке, во II группе 78% были замужем ($p < 0,05$). Отягощённый акушерский анамнез отмечен у 15,2% родильниц в возрасте 20 - 25 лет, в то время как у женщин 26 - 30 лет данный показатель был вдвое больше - 36,4% ($p < 0,05$). Из экстрагенитальной патологии наиболее часто встречались патология почек и анемия: по 19,5 % случаев в I группе и в 22% и 32,7% во II группе соответственно. Заболевания ССС регистрировались у 8,7% пациенток в возрасте 20-25 лет, и в 2 раза чаще в возрастной категории 26-30 лет (18%). Уровень КЖ расцениваемый как "хороший" отмечен в возрасте 20-25 лет и составил $73 \pm 1,5$, а "неудовлетворительный" в группе женщин 26-30 лет - $92,5 \pm 1,1$. Показатель "физического функционирования" у родильниц II группы был достоверно ниже после кесарева сечения ($18,2 \pm 0,9$ балла), в сравнении с женщинами, родившими самостоятельно ($23,6 \pm 0,8$), в I группе значимой разницы не выявлено. Данный показатель отражает уровень физического состояния организма и способность к выполнению физических нагрузок в течение обычного дня. Отмечено увеличение показателя "интенсивность боли" в группе 20-25 лет после оперативного родоразрешения ($7,4 \pm 0,7$, против $5,8 \pm 0,2$ после естественных родов). Во II группе, значимой разницы по этому параметру не выявлено. Показатель "общее состояние здоровья" выражает

оценку пациентом своего состояния здоровья, который был выше только в подгруппе женщин после кесарева сечения в возрасте 26-30 лет. Исследование показателя "психическое здоровье" является общим показателем положительных эмоций, характеризует настроение, наличие депрессии показало его достоверное снижение в I группе не зависящее от способа родоразрешения.

Выводы: 1. Оптимальным возрастом для первых родов с позиций общей оценки качества жизни в пуэрперии является возраст от 20-25 лет. 2. Компонент "физического функционирования" у пациенток 1 группы не зависит от способа родоразрешения, несмотря на высокие показатели восприятия "интенсивности боли" после оперативного родоразрешения и низкие показатели психического здоровья. 3. У рожениц, перенесших операцию кесарево сечение в возрасте 26-30 отмечен низкий показатель "физического функционирования", на фоне более высокой собственной оценки "общее состояние здоровья", что свидетельствует о сниженном физическом уровне в сочетании с более высоким психологическим компонентом.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРЕДПОЛАГАЕМОЙ МАССЫ ПЛОДА

Петрова А.А., Санжаева Э.О., Мудрова С.Л., Кимасова О.С.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: Мудров В.А.

Выбор оптимальной тактики ведения беременности и родов существенно зависит от предполагаемой массы плода. При макросомии плода и задержке роста плода увеличивается частота родового травматизма, перинатальной заболеваемости и смертности. В подобных случаях непосредственное повреждающее действие на плод могут оказывать два фактора: механический, обусловленный препятствием со стороны таза матери, и/или интранатальная гипоксия, связанная с локальными и системными нарушениями кровообращения. Таким образом, точное определение массы плода определяет вероятность не только родового травматизма, но и интранатального повреждения центральной нервной системы плода.

Целью работы явилось определение эффективности антропометрических методов антенатального определения массы плода.

Материалы и методы. На базе ГУЗ "Городской родильный дом" и ГУЗ ККБ Перинатальный центр г. Читы за 2013-2015 гг. проведен ретроспективный анализ 90 историй родов, которые были разделены на 3 равные группы: 1 группа - ИМТ беременной по Кетле менее 24, 2 группа - ИМТ = от 24 до 30, 3 группа - ИМТ = 30 и более. Группы сопоставимы по возрасту, паритету родов и сроку гестации. Для определения предполагаемой массы плода использовались формулы: Жордания, Джонсона, Ланковиц и Якубовой. Данные обработаны при помощи пакета программ SPSS Statistics V17.0.

Результаты исследования. В 1 группе роды произошли на сроке 39-40 недель в 78% случаев, во 2 группе - в 81%, в 3 группе - в 79%. Число перворожающих женщин составило 53%, повторнорожающих - 47%. Эффективность антропометрических методов определения предполагаемой массы плода оценивалась на основании величины средней погрешности. При подсчете предполагаемой массы плода по формуле Жордания погрешность в 1 группе составила 482 ± 53 гр, во 2 группе - 561 ± 62 гр, в 3 группе - 623 ± 68 гр. При определении массы плода по формуле Джонсона погрешность в 1 группе составила 732 ± 85 гр, во 2 группе - 917 ± 102 гр, в 3 группе - 968 ± 72 гр. Погрешность формулы Ланковиц в 1 группе составила 594 ± 66 гр, во 2 группе - 741 ± 89 гр, в 3 группе - 788 ± 76 гр. Погрешность формулы Якубовой в 1 группе составила 373 ± 45 гр, во 2 группе - 491 ± 55 гр, в 3 группе - 651 ± 48 гр. Для повышения точности способа определения массы плода у беременных накануне родов целесообразным является измерить окружность живота, высоту дна матки, рост беременной, лобно - затылочный размер головки плода, выяснить индекс массы тела женщины по Кетле в первом триместре беременности и рассчитать массу плода М по формуле: $M = ВДМ \times ЛЗР \times ((ОЖ + ВДМ) / 20 + 0,2 \times \text{Рост} / \text{ИМТ})$, где ВДМ - высота дна матки (см), ОЖ - окружность живота беременной (см), Рост - рост беременной (см), ЛЗР -

лобно - затылочный размер головки плода (см), ИМТ - индекс массы тела женщины по Кетле в первом триместре беременности. Погрешность данной формулы при определении массы плода в 1 группе составила 102 ± 26 гр, во 2 группе - 98 ± 31 гр, в 3 группе - 112 ± 39 гр.

Выводы:

1. Для определения предполагаемой массы плода у беременных с ИМТ менее 30 целесообразно использовать формулу Якубовой и Жордания ввиду меньшей погрешности.
2. Однако у беременных с ИМТ = 30 и более исследуемые формулы в большинстве своем не дают достоверного результата, что определило необходимость создания новой более точной формулы.
3. Предложенная формула имеет наименьшую погрешность, что позволяет значительно снизить родовой травматизм.

ИТОГИ ПЕРВОГО АНАЛИЗА "NEAR MISS" В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ

Сапрыгина Н.В., Банзаракшеева Д.Б., Андриященко Н.В., Смирнова О.Н.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: д.м.н., профессор Белокриницкая Т.Е., д.м.н. Иозефсон С.А.

Традиционно основным критерием деятельности акушерско-гинекологической службы является показатель материнской смертности. С 2009 года согласно рекомендации экспертов Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) при оценке состояния службы родовспоможения применяется анализ случаев "near miss" - "почти потерянные" или "едва не умершие". "Near miss" - это пациентки с органной дисфункцией или недостаточностью, требующие интенсивной терапии и перевода в реанимационное отделение, которые погибли бы при отсутствии проведения соответствующего лечения. В практике акушерские случаи считаются "near miss", когда пациентки выжили после угрожающих жизни состояний, возникших во время беременности, родов или в течение 42 дней после родов. В Забайкальском крае анализ причин случаев "near miss" и их соотношения к материнской смертности до настоящего времени не проводился.

Цель работы - выявление структуры и причин "near miss" в Забайкальском крае за 2014 г.

Материалы и методы. Отбор медицинской документации для конфиденциального аудита проводился по критериям состояния "near miss", рекомендованным рабочей группой ВОЗ в 2009 г. Проанализировано 22 истории болезни пациенток с осложнениями беременности, родов и послеродового периода, проходивших лечение в краевой клинической больнице г. Читы, Забайкальском краевом перинатальном центре и городском родильном доме г. Читы. При оценке показателей рассчитывали средние ($M+m$) и относительные величины (%).

Результаты исследования. Средний возраст пациенток составил $28,55 \pm 4,26$ и варьировал от 19 до 39 лет. Ведущей причиной "near miss" в Забайкальском крае в 2014 году явились акушерские кровотечения - 40,9% (9), в структуре которых преобладала преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) 22,7% (5). Имелось по 1 случаю (по 4,5%) массивных кровотечений, обусловленных полным предлежанием плаценты, полным предлежанием и вращением плаценты, истинным вращением нормально расположенной плаценты, гипотонией матки. На втором месте находились тяжелые преэклампсии и эклампсия, осложненная HELLP-синдромом - 22,7% (5). Третье ранговое место поделили гнойно-септические заболевания (гнойный эндомиометрит, метротромбофлебит, перитонит) и родовой травматизм матери (разрывы шейки матки, влагалища с формированием гематом и массивной кровопотерей) - по 9,1% (по 2). С одинаковой частотой 4,5% (по 1 случаю) зарегистрированы: анестезиологические осложнения (реакция на маркаин), осложнения хирургического аборта (перфорация матки, множественные ранения кишечника), тромбоз эмболия легочной артерии, экстрагенитальная патология (синдром Марфана с расслаивающей аневризмой аорты). Средний койко-день пребывания в реанимации составил $7,71 \pm 4,68$; в стационаре в целом - $20,94 \pm 7,33$. Все пациентки выписаны домой в удовлетворительном состоянии. По истечении 42 дней все женщины живы.

Важными качественными показателями деятельности службы родовспоможения являются схожесть структуры материнских потерь и "near miss" и соотношение случаев материнской смер-

тности к "near miss". В 2014 году в Забайкальском крае зарегистрировано 2 случая материнской смертности, что составило 11,4 на 100 тысяч живорожденных. Первый случай - тяжелая ПОНРП с госпитализацией в стационар уже в агональном состоянии; второй случай - прервавшаяся эктопическая беременность с геморрагическим шоком и тяжелой церебральной недостаточностью. Таким образом, основные причины "near miss" и материнской смертности были сходны - ПОНРП. Общее соотношение случаев материнской летальности к "near miss" составило 1:11, при этом наибольший риск был для ПОНРП - 1:5. Целевая величина этого соотношения пока не определена (по данным литературы, во Франции этот показатель составляет 1:19; в Лондоне - 1:118; в Индии - 1:6; в Тюменской области 1:18).

Выводы. В структуре причин "near miss" в Забайкальском крае доминируют акушерские кровотечения, среди которых основной удельный вес занимают кровотечения, обусловленные ПОНРП. Наличие случая материнской смертности от ПОНРП за анализируемый период и высокое соотношение погибших и выживших от ПОНРП (1:5) возводит проблему акушерских кровотечений в разряд приоритетных задач акушерской службы региона.

ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТАВА ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД ПРИ РАЗНЫХ ТИПАХ КАРДИОТОКОГРАММ В РОДАХ

Смолин А.С., Александрова К.А., Матвеева Е.А., Захарченко С.А., Димова В.С.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: к.м.н., доцент Мочалова М.Н., Мудров В.А.

Кардиотокография (КТГ) - это "золотой стандарт" оценки функционального состояния плода, отражающий изменения реактивности сердечно-сосудистой системы плода в анте- и интранатальном периодах. Сомнительный тип КТГ обуславливает высокое число ложноположительных результатов, что приводит к росту числа оперативных родоразрешений в интересах плода. Поэтому определение предикторов развития патологического типа КТГ в интранатальном периоде необходимо для адекватной интерпретации результатов и выбора правильной акушерской тактики.

Цель работы. Исследовать состав околоплодных вод (концентрацию мочевины, метаболитов оксида азота и рН) при разных типах КТГ в родах.

Материалы и методы исследования. Проведен проспективный анализ 30 историй родов, 30 историй развития новорожденного за 2014-2015 гг. на базе ГУЗ ККБ Перинатальный центр. У обследуемых женщин в интранатальном периоде при излитии околоплодных вод определяли концентрацию мочевины, метаболитов оксида азота и рН околоплодных вод. Все роженицы были разделены на 3 исследуемые группы: 1 группа (10) - роженицы с нормальным типом КТГ, 2 группа (10) - роженицы с сомнительным типом КТГ, 3 группа (10) - роженицы с патологическим типом КТГ. Группы были сопоставимы по возрасту, паритету родов и длительности безводного промежутка. Данные обработаны при помощи пакета программ SPSS Statistics V17.0.

Результаты исследования. Средний возраст женщин 1 группы составил $23,3 \pm 2,6$ лет, 2 группы - $25,2 \pm 1,8$ лет, 3 группы - $24,6 \pm 2,3$ лет. Срок наступления родов в исследуемых группах составил 37-41 неделю в 93% (28) случаев, 35-36 недель - в 7% (2). Хроническая внутриутробная гипоксия плода имела место у 20% (2) женщин 1 группы, у 70% (7) - 2 группы, у 100% (10) - 3 группы. Несвоевременное излитие околоплодных вод (ПИОВ, РИОВ) в 1 группе диагностировано у 30% (3) родильниц, во 2 группе - у 50% (5), в 3 группе - у 40% (4). В 1 группе средний вес новорожденного составил 3537 ± 232 г, во 2 группе - 3350 ± 244 г, в 3 группе - 3145 ± 308 г. В удовлетворительном состоянии с оценкой на первой минуте по шкале Апгар 8 и более баллов родилось 90% (9) новорожденных 1 группы, 70% (7) - 2 группы, 30% (3) - 3 группы. В 1 группе в асфиксии легкой степени с оценкой по Апгар 6 и 7 баллов в первую минуту родилось 10% (1) новорожденных, во 2 группе - 30% (3), в 3 группе - 50% (5). С признаками асфиксии средней степени тяжести и оценкой на первой минуте по шкале Апгар 5 и 4 балла родилось 20% (2) новорожденных только 3 группы. Концентрация мочевины, метаболитов оксида азота и рН околоплодных вод коррелировала с состоянием плода и оценкой по шкале Апгар в исследуемых группах ($p < 0,05$) (Таб.).

Таблица

Состояние новорожденного	Оценка новорожденного по шкале Апгар в первую минуту	Концентрация мочевины околоплодных вод, мкмоль/л	Концентрация метаболитов оксида азота околоплодных вод, мкг/мл	pH околоплодных вод
Удовлетворительное	8 и более баллов	7,0±0,52	3,2±0,43	7,1±0,05
Асфиксия легкой степени	6 и 7 баллов	7,9±0,35	2,7±0,18	6,9±0,06
Асфиксия средней степени	5 и 4 балла	8,66±0,37	2,5±0,21	6,7±0,12

Выводы. Определение концентрации мочевины, метаболитов оксида азота и pH околоплодных вод при наличии сомнительного типа КТГ в интранатальном периоде является дополнительным критерием для определения рациональной тактики ведения родов.

ПАТОЛОГИЯ ПУПОВИНЫ, ТЕЧЕНИЕ РОДОВ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ИСХОД

Степанова Л.Б., Гуменная И.А., Куриганова Ц-Д.Д.
 Читинская государственная медицинская академия, Чита
 Научный руководитель: к.м.н. Анохова Л.И.

Одной из главных задач современного акушерства является снижение перинатальной заболеваемости и смертности. Патология пуповины в 21-65% случаев является непосредственной причиной мертворождаемости, ранней детской смертности и заболеваемости новорожденных. Патология пуповины в виде многократного обвития вокруг шеи плода и по типу "портупей" увеличивает риск развития дистресс-синдрома до 51%. Причины возникновения патологии пуповины, исход беременности и родов изучены недостаточно.

Цель работы. Изучить влияние патологии пуповины на течение беременности и исход родов.

Материалы и методы. Выполнен ретроспективный и проспективный анализ историй родов в ГБУЗ "ЗКПЦ" за 2014 год. Всего проанализировано 818 историй родов. Была изучена первичная медицинская документация: истории родов, истории развития новорожденных, протоколы УЗИ во время беременности. Группа исследования с патологией пуповины составила 89 родильниц. В группу исключения вошли 729 родильниц без патологии пуповины. При оценке показателей рассчитывали величины в (%).

Полученные результаты. Большая часть родильниц с патологией пуповины была в возрасте от 21 до 29 лет 49/89 (55%), затем старше 30 лет 28/89 (31,5%) и малочисленной - от 16 до 20 лет - 12/89 (13,5%). Наиболее частым гестационным осложнением в группе исследования явилось многоводие (13,7%) и маловодие (10,3%), угроза прерывания беременности на ранних сроках гестации встречалась - 5/89 (5,6%). В родах преобладали вторичная родовая слабость (7,4%) и острый дистресс-плода. Удлинение II периода родов способствует нарушению маточно-плодового кровообращения, развитию гипоксии плода и асфиксии новорожденного. Плацентарные нарушения с внутриутробной гипоксией плода, впервые отмеченной до начала родов обнаружены в 2/89 случаях (2,25%). На догоспитальном этапе развившееся острое нарушение пуповинного кровообращения при двукратном и четырехкратном обвитии пуповины вокруг шеи плода и истинном узле пуповины привело к мертворождению. Полученные результаты анализа медицинской документации свидетельствуют о том, что наиболее часто встречалось однократное тугое и не тугое обвитие пуповиной вокруг шеи плода - 63/89 (72,3%), двукратное тугое и нетугое обвитие пуповиной вокруг шеи плода 20/89 (22,5%), трехкратное обвитие пуповиной вокруг шеи и туловища и ножки 2/89 (2,2%). Обнаружен один случай сверх длинной пуповины и как следствие, четырехкратное тугое обвитие вокруг шеи плода, и 6/89 случаев сочетания истинного узла с обвитием вокруг шеи и туловища в виде "портупей", что составило 6,74%. Преобладало тугое обвитие пуповиной вокруг шеи плода с относительной ее короткостью в 44% случаев, нетугое же - 40,1%. Абсолютно короткая пуповина выявлена 3/89 (3,37%). Гипоизвитую и гиперизвитую пуповины (на 10 см длины менее 1-го или более 3-х полных витков сосудов соответственно) встретили в 6/89 (6,75%) случаях. Тощая пуповина обнаружена в 5/89 слу-

чаях в сочетании с ЗРП. Относительная короткость пуповины, возникшая в результате многократного обвития вокруг шеи и/или тела плода, привела к увеличению частоты вторичной родовой слабости, острому плодovому дистрессу, вследствие этого наибольшее число родоразрешений пришлось на абдоминальное родоразрешение 47/89 (54%).

Выводы.

1. Факторами риска возникновения патологии пуповины явился молодой возраст (16-25лет), 1-ая беременность, ОАА, патология околоплодной среды.
2. В родах с патологией пуповины превалировали вторичная слабость родовых сил и острый дистресс - плода.
3. Выявленная патология пуповины (обвитие одно-, дву-, трехкратное и более, истинный узел, абсолютно короткая и тощая пуповина в сочетании с задержкой роста плода, гипо- и гиперизвитая), способствовавшая развитию аномалии родовых сил, плодovому дистрессу, своевременная дородовая госпитализация в большом числе изученных случаев, адекватная оценка состояния плода в родах, правильно выбранный метод родоразрешения позволили улучшить перинатальные исходы.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПЕДИАТРИИ

РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ ОТ 1 ДО 3 ЛЕТ

Акаткина М.А., Варфоломеева А.В., Гоплачева Д.Х., Дамбаева А.И.,
Каргина И.Г., Пешкова А.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: к.м.н., доцент Щербак Н.М., д.м.н. Щербак В.А.

Актуальность. В современном обществе наиболее важными становятся вопросы питания детей раннего возраста. Для предотвращения становления алиментарно-зависимых заболеваний немаловажное значение имеет рациональное питание.

Цель исследования. Проанализировать питание детей от 1 до 3 лет г. Читы и рекомендации педиатров г. Читы по назначению питания.

Материалы и методы. Проведено анкетирование 186 родителей детей 1-3 лет и 86 врачей-педиатров г. Читы по стандартизированной анкете Союза педиатров России (Т.А. Боровик и соавт., 2014). Оценивали продолжительность грудного вскармливания, рацион питания детей, качество приготовления и сроки введения продуктов, режим питания, рекомендации педиатров по вопросам грудного вскармливания, использования молочных смесей, переходу к "общему" столу, встречаемость алиментарно-зависимых заболеваний.

Статистическая обработка. Для сравнения групп по качественному бинарному признаку использовался критерий хи-квадрат (Пирсона). Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Следует отметить, что грудное молоко после 1 года получали 109 детей (59%) и не получали 77 детей (41%, $p < 0,05$). 92 ребенка (49%) получали "третьи и четвертые формулы" для детей старше 1 года и не получали 94 ребенка (51%, $p > 0,05$). При анализе качества производства было выявлено, что в питании детей преимущественно преобладают продукты промышленного производства, которые потребляют 97 детей (52,8%), 79 детей (42,4%) получают продукты собственного приготовления, а 9 детей (4,8%) употребляют продукты как промышленного, так и собственного приготовления ($p < 0,05$). В сроках и последовательности введения продуктов ориентировались на рекомендации педиатра 150 родителей (63%), на желание ребенка 25 родителей (13,4%), самостоятельно определяли сроки введения продуктов 44 родителя (23,6%, $p < 0,05$). Пищу с общего стола до 1 года начали получать 69 детей (37%), старше 1 года начали получать 72 ребенка (38,7%), старше 2 лет 45 детей (24,1%, $p < 0,05$). Режим кормлений присутствует у 122 детей (65,6%), режим не соблюдается у 64 детей (34,4%, $p < 0,05$). Из 86 врачей-педиатров 30 врачей (34,8%) считают, что дети 1-3 лет получают рациональное питание. Не считают питание детей таковым 56 врачей-педиатров (65,2%, $p < 0,05$). Продолжить грудное вскармливание после 1 года не рекомендуют 15 педиатров (17,4%, рекомендуют пролонгировать до 2 лет - 38 педиатров (44,2%), до 3 лет - 33 педиатра (38,4%) $p < 0,05$). 70 педиатров (81,4%) рекомендуют использовать в рационе детей старше 1 года продукты промышленного производства, 16 педиатров (18,6%) не дают таких рекомендаций ($p < 0,05$). 74 педиатра (86%) считают, что дети, достигшие 1 года нуждаются в особом питании, 12 педиатров (14%) не считают нужным особое питание детям старше 1 года ($p < 0,05$). 76 педиатров часто встречаются с алиментарно-зависимыми заболеваниями, тогда как 2 педиатра (11,6%) не диагностировали данных заболеваний ($p < 0,05$). И, как подведение итогов работы, 85 педиатров (98,8%) считают необходимым создание "Национальной программы оптимизации питания детей от 1 до 3 лет жизни в РФ" ($p < 0,05$).

Выводы.

1. Дети от 1 года до 3 лет нуждаются в организации рационального питания, своевременного введения продуктов питания, для профилактики алиментарно-зависимых заболеваний у детей.
2. Создание "Национальной программы оптимизации питания детей от 1 до 3 лет жизни в РФ" необходимо для сохранения качества жизни детей и согласования рекомендаций врачами-педиатрами.

ЗАВИСИМОСТЬ ДЕФЕНЗИНОВ АЛЬФА -1-3 ОТ ЧАСТОТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ПРОЦЕССОВ АЛЛЕРГИЗАЦИИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Будаева Н. Д., Малинина А.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита
Научные руководители: Власова А.Н., к.м.н. Потапова Н.Л.

Наиболее важной проблемой в педиатрии является частые респираторные заболевания у детей. На долю детей с частыми рекуррентными заболеваниями приходится от 67 до 75% всех случаев ОРЗ, которые относятся к наиболее распространенным заболеваниям у детей, способствуют формированию хронической патологии. За последние годы проведено много исследований, посвященных этому вопросу. Одно из таких - участие дефензинов альфа- 1-3 в процессах воспаления в организме человека.

Катионные антимикробные пептиды являются важными компонентами иммунной системы широкого круга организмов, которые играют ключевую роль в обеспечении первой линии защиты макроорганизма от инфекции. К антимикробным пептидам относят α -дефензины 1-3, они составляют 30-50% от общего содержания белка азурофильных гранул, обладают микробицидным эффектом, участвуют в иммунных реакциях.

Цель работы. Исследовать уровень дефензинов альфа - 1-3 у часто болеющих детей и детей с отягощенным аллергоанамнезом.

Материалы и методы исследования. Проведено открытое сравнительное контролируемое исследование, в которое включено 50 детей дошкольного возраста. 1 группу составили 35 детей с частыми рекуррентными заболеваниями, которые разделены на 2 подгруппы. Первая - имеющие рецидивирующие заболевания лор-органов, вторая - сочетание рецидивирующей лор-патологии с факторами риска аллергических заболеваний в наследственном анамнезе или атипическими проявлениями в раннем возрасте. Контрольную группу составили 15 практически здоровых детей. На момент обследования все дети не имели острых заболеваний.

У всех детей проведен анализ карты амбулаторного больного (форма 112/у) и объективный осмотр с оценкой анамнеза и клинического состояния на момент исследования. С согласия родителей был осуществлен забор крови для определения концентрации дефензина альфа-1-3.

Статистическую обработку данных осуществляли с помощью программы "Statistica 6.0" с применением описательной статистики (данные представлены в виде $M \pm SD$) и непараметрических методов (определение различий между сравниваемыми группами с помощью критерия Манна-Уитни).

Результаты. Уровень дефензинов альфа-1-3 у детей с частыми респираторными заболеваниями составил 96 ± 22 пг/мл, что выше аналогичного уровня в группе здоровых детей - 71 ± 28 пг/мл $p > 0,05$. Данный факт может свидетельствовать о персистенции воспалительного микробного процесса в организме детей, что, как правило, является характерным для группы часто болеющих детей и приводит к формированию очагов хронической инфекции. В группе пациентов с отягощенным наследственным аллергоанамнезом концентрация дефензинов-альфа 1-3 была несколько ниже 89 ± 30 пг/мл $p > 0,05$, чем в группе с частыми рекуррентными заболеваниями, но выше показателей уровня здоровых детей.

Выводы: У детей группы часто болеющих наблюдается самый высокий уровень дефензинов альфа-1-3, что может свидетельствовать о хронизации процессов воспаления. Более низкий уровень дефензинов у детей с аллергизацией, вероятно, связан с иным "ролями" клеток иммунного ответа, участвующими не только в воспалительном, но и в аллергическом процессе. Самый низкий уровень дефензинов альфа-1-3 у относительно здоровых детей. Из этого можно сделать вывод, что несмотря на хорошее соматическое состояние в организме присутствуют латентные воспалительные процессы, с которыми успешно справляется наш иммунитет.

ОЦЕНКА ИСХОДНОГО ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСА У ШКОЛЬНИКОВ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛУДОЧНО - КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Кошечкина Г.Н., Петрова А.И.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: к.м.н. Емельянова О.Н.

Исследование вегетативных расстройств до настоящего времени является актуальным вопросом в педиатрии. При многих соматических заболеваниях, в том числе при заболеваниях желудочно - кишечного тракта (ЖКТ), происходит нарушение равновесия между уровнем активности симпатического и парасимпатического отдела вегетативной нервной системы (ВНС).

В медицинской практике необходимо осуществлять оценку вегетативного статуса, имеющего три характеристики: исходный вегетативный тонус, вегетативное обеспечение и реактивность. Исходный вегетативный тонус отражает клинические особенности и состояние вегетативных функций в период относительного покоя.

Целью нашего исследования явилась клиническая оценка исходного вегетативного тонуса у школьников с сочетанной патологией ЖКТ.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 30 детей с хроническим гастродуоденитом и дисфункцией билиарного тракта, среди которых 20 (66,7%) девочек и 10 (33,3%) мальчиков, находящихся на лечении в отделении гастроэнтерологии КДКБ №2. Возрастная структура: дети старшего школьного возраста, подростки (12-18 лет) - 60%, младшего (7-11 лет) - 40%.

Оценка исходного вегетативного тонуса проводилась с помощью таблицы признаков, разработанной А.М. Вейном. Тонус сердечно-сосудистой системы определялся по индексу Кердо.

Полученные результаты. При исследовании исходного вегетативного тонуса выявлено, что у 68,1% детей отмечается преобладание тонуса симпатической части вегетативной нервной системы. В ходе клинической оценки признаков у 67% детей выявлена бледность кожных покровов, склонность к покраснению - 33%. Функция потовых и слюнных желез в 70% случаев снижена. Белый цвет дермографизма характерен для 67% детей, красный, возвышающийся - для 33%. Синдром вестибулопатии у 93% опрошенных отсутствует, 2 ребенка (7%) отмечают головокружение и плохую переносимость душных помещений. При интеркуррентных заболеваниях характерна фебрильная лихорадка у 47% детей, склонность к субфебрилитету - у 53%. Головные боли у 43% детей возникают при эмоциональном возбуждении, у 57% - при переутомлении, частые и имеют мигреноподобный характер.

При анализе данных ЭКГ выявлено, что 40% детей имеют нарушения сердечного ритма, из них 20% приходится на синусовую тахикардию, 20% - на синусовую брадикардию.

Тонус сердечно-сосудистой системы по вегетативному индексу Кердо у 97% детей симпатический, у одного ребенка (3%) - тонус нормальный.

Таким образом, у школьников с сочетанной патологией органов пищеварения (хронический гастродуоденит и дисфункция билиарного тракта) отмечается сдвиг нейровегетативной регуляции с преобладанием симпатического отдела, что необходимо учитывать в лечении и реабилитации таких больных.

ОЦЕНКА МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ

Лупсанов В.В., Петрухина А.А., Гуменная И.А., Куриганова Ц-Д. Д.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: к.м.н., доцент Соловьева Т.Л.; к.м.н, доцент Петрухина И.И.

Микрофлора полости рта здорового ребенка не бывает стабильной и постоянной. От количества и активности нормобиоты зависит вероятность проникновения в слизистую оболочку патогенных и условно-патогенных микроорганизмов (УПМ). Дисбиоз развивается из-за нерациональ-

ного питания, нарушения гигиены полости рта, перенесенных кишечных инфекций, приема лекарственных средств, особенно антибиотиков и действия других факторов. В отдельных случаях инфекция может развиваться за счет эндогенной микрофлоры, при ослаблении защитных сил макроорганизма, при дисбиозе.

Цель работы: изучить носительство УПМ, способных вызывать инфекционные заболевания у детей в разных возрастных группах, в различные сезоны года.

Материалы и методы. Исследования микрофлоры ротоглотки проводили у 1426 здоровых детей в период с 2012 по 2014 год. Группы обследования: дети в возрасте от 3 до 7 лет ($n=771$), с 7-10 лет ($n=655$); дети обследовались в разное время года: весна-лето, осень-зима. Забор материала из ротовой полости осуществлялся с помощью ватного тампона, помещенного в стерильную пробирку с тиогликолиевой средой. После инкубации в термостате при 37°C в течение 12 часов, материал пересевали на кровяной агар (для определения гемолитических свойств бактерий), ЖСА (желточно-солевой агар) для выявления стафилококка, среду Эндо (для оценки бактерий группы кишечной палочки), среду Сабуро (для поиска дрожжеподобных грибов рода *Candida*) и энтерококк-агар. Подсчитывали число колоний и умножали на соответствующее разведение, получали количественную характеристику содержания микроорганизмов в "исходной пробе". Обработка материала проведена методом вариационной статистики. Достоверность различий оценивалась по критерию Стьюдента.

Полученные результаты: в группе детей от 3 до 7 лет в весенне-летний период γ -гемолитический стрептококк выявлялся у 27% детей, у 23% - *S.aureus*, 20% детей в этот сезон года выделяли *Enterococcus faecalis*. В этой же группе детей, но в осенне-зимний период времени года 23% детей выделили грибы типа *candida*, 21,3% γ -гемолитический стрептококк и 19,1% *Enterococcus faecalis*. В группе детей от 7 до 10 лет в весенне-летний преобладали бактерии группы *Enterococcus faecalis* -25,5%, *S.aureus*-23,5% и γ -гемолитический стрептококк -17,3%. В осенне-зимний сезон 16,5% детей выделяли *S.aureus*, 15,8%- γ -гемолитический стрептококк и 13,8% - *Enterococcus faecalis*. Частота заселения слизистых оболочек *S. aureus* возрастает с возрастом и превышает количество других УПМ, отмечается высокий процент детей обеих групп с носительством *Enterococcus faecalis*, особенно в период летнего сезона.

Выводы. Роль отдельных показателей микробиоты ротовой полости имеет существенное значение в генезе развития заболеваний верхних дыхательных путей и органов пищеварения. В связи с этим показано проведение исследования микрофлоры полости рта с целью изучения бактерионосительства и предотвращения соматической патологии. Данная ситуация вряд ли будет решена с помощью новых антибиотиков. Поэтому для профилактики бактерионосительства рекомендуется принцип "бактериальной интерференции" - заселение представителями нормобиоты и повышение иммунного статуса.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНГАЛЯТОРА ЭФИРНЫХ МАСЕЛ ПРИ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У СТУДЕНТОВ

Петрова А.И., Кошечкина Г.Н., Бронникова О.В., Брызгунова О.Г.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: д.м.н., профессор Гаймоленко И.Н.

Никотиновую зависимость следует рассматривать как заболевание, которое необходимо диагностировать и лечить, поэтому отказ от курения и лечение табачной зависимости являются весьма актуальной задачей, позволяющей увеличить продолжительность жизни. Лечение табачной зависимости требует комплексного и индивидуального подхода в каждом отдельном случае. По данным доказательной медицины эффективным методом лечения табачной зависимости является никотинзаместительная терапия.

Цель работы: изучить влияние ингалятора эфирных масел "Antifume" на интенсивность курения табака у студентов - медиков.

Материалы и методы. В исследование включено 80 студентов ЧГМА в возрасте от 17 до

26 лет (средний возраст $21,8 \pm 2$), из них 40 курящих (группа 1) и 40 некурящих (группа 2). В первой группе проведено анкетирование по специально разработанной анкете и опроснику Фагерстрема. В двух группах оценивалась функция внешнего дыхания методом пикфлоуметрии до и после физической нагрузки (20 приседаний). В группе курящих проведена оценка эффективности использования в течение 45 дней при желании закурить ингалятора "Antifume" производства ООО фирма "Динамика", в состав которого входит эфирное масло базилика и черного перца, экстракт фенхеля и листьев табака. При оценке индивидуальной переносимости компонентов препарата, у 7 студентов (17,5%) выявлены побочные эффекты (головная боль, тошнота, аллергические реакции). Критериями эффективности явились данные индивидуального дневника наблюдения. Статистическая обработка выполнена с использованием пакетов прикладных программ Microsoft Excel XP методами вариационной статистики. Данные пикфлоуметрии представлены в виде $M \pm SD$, значимость различий определялась с помощью критерия Стьюдента.

Полученные результаты. Стаж курения у всех опрошенных не менее года, в среднем 5,6 лет. У 31 студента (77,5%) есть курящие среди членов семьи, у 3 (7,5%) - курили ранее, у 6 (15%) нет курящих в семье. Более половины курящих студентов (23/57,5%) не предъявляли жалобы на состояние бронхолегочной системы, 14 человек (35%) - отмечали кашель по утрам с отхождением мокроты, 7 (17,5%) - беспокоила одышка. Оценка статуса курения свидетельствует, что 10 студентов (25%) имеют крайне высокий индекс курения (более 140). Тест Фагерстрема показал, что 24 респондента (60%) имеют очень слабую зависимость, 14 человек (35%) - слабую и 2 студента (5%) - высокую никотиновую зависимость. Более половины, 22 человека (55%) имеют высокую мотивацию к отказу от курения, 16 - слабую (40%) и у 2 студентов (5%) она отсутствует.

Данные пикфлоуметрии свидетельствуют об отсутствии статистически значимой разницы пиковой скорости выдоха (ПСВ) у студентов двух групп. ПСВ в покое в группе 1 составила $497,8 \pm 114,4$ л/мин, в группе 2 - $455,5 \pm 113,6$ л/мин. После физической нагрузки отмечается незначительное увеличение ПСВ на 1,6% ($463 \pm 111,5$ л/мин) и 2% ($507,8 \pm 107,3$ л/мин), в обеих группах. У студентов с высоким индексом курения ПСВ на 19,2% ниже должностных значений.

За время использования ингалятора "Antifume" у 18 человек (45%) количество выкуренных сигарет снизилось с 14,2 до 9,6 штук ($p < 0,05$), у 15 человек (37,5%) существенно не изменилось.

Выводы.

1. Частым фактором, способствующим курению, является наличие курящих членов семьи (у 77,5%). Более половины курящих студентов (52,5%) имеют симптомы поражения респираторного тракта (кашель по утрам, одышка).
2. Высокий индекс курения имеют 25% студентов, что сопровождается уменьшением ПСВ на 19,2% в этой группе респондентов.
3. Учитывая слабую никотиновую зависимость (у 95%), высокую мотивацию к отказу от курения у 55% респондентов, целесообразно применение различных средств, способствующих отказу от курения. Одним из них является ингалятор эфирных масел "Antifume", который снижает интенсивность курения у 45% студентов.

СОСТОЯНИЕ ЭКСКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СХЕМЫ ВВЕДЕНИЯ ФЕРМЕНТНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Пономарева Т.А., Тонких К.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: к.м.н., доцент Попова Н.Г., Степанова Н.Н.

Цель исследования: изучить протеолитическую активность кала и характер копрограммы у недоношенных детей в зависимости от схемы введения ферментных препаратов.

Материалы и методы. В течение 2014-15 гг в отделениях патологии новорожденных ГБУЗ ЗКПЦ и ГУЗ КДКБ №2 г. Читы был проведен анализ характера копрограммы и протеолитичес-

кой активности кала у 41 ребенка, рожденного на СГ 28-32 недели. Дети были разделены на две подгруппы: 20 детей, получавших ферменты из расчета 1000 ЕД/кг/сут 3 раза в сутки (1 подгруппа), 21 ребенок, получавших ферменты из расчета 1000 ЕД на каждое кормление.

Сравнение выделенных групп детей по массе тела при рождении, гестационному возрасту, степени отягощенности материнского анамнеза, состоянию при рождении показало, что группы были репрезентативны и существенно не различались.

Различия считались достоверными при значении $p < 0,05$ при расчете U-критерия Манна - Уитни. Позволяет выявлять различия в значении параметра между малыми выборками.

Результаты и их обсуждение. Нами были проанализированы протеолитическая активность кала, характер копрограммы у детей обеих подгрупп.

При оценке протеолитической активности кала до начала терапии у детей обеих подгрупп протеолитическая активность кала составила от 1:1 до 1:2 ($p < 0,5$).

При анализе характера копрограммы у всех детей отмечался нейтральный жир ($p < 0,5$).

На фоне терапии Креоном у детей 2-й подгруппы протеолитическая активность кала составила 1:5 уже через 7 дней ($p < 0,001$), во 1-й подгруппе протеолитическая активность оставалась крайне низкой: у 16 детей оставалась на уровне 1:2, у 4-х увеличилась до 1:3, что потребовало перерасчета дозы - 2000 ЕД/кг/сут. Данная доза вводилась в течение еще 10 дней, прежде чем показатели протеолитической активности достигли 1:5 у 13-ми детей, 7-ми малышам креонотерапия была продолжена до 28 дней для достижения нормативных показателей.

При оценке характера копрограммы во 2-й подгруппе единичные капли нейтрального жира отмечались до 5-го дня жизни ($p < 0,005$), а при анализе на 7-й день купировались полностью ($p < 0,001$), то у детей 1-й группы тенденция к снижению количества нейтрального жира отмечалось с 14-го дня, к 20-м суткам у 11 детей капли нейтрального жира не определялись, у 9-х - единичные капли фиксировались до 22-х суток.

Полученные лабораторные данные соответствовали клинической картине: нормализации характера стула во 2-й подгруппе отмечалась на 6-8-е сутки от начала приема ферментного препарата ($p < 0,001$), в 1-й подгруппе - на 17-19-е сутки стул нормализовался у 11 детей, у 9-ти - к 28-м суткам.

Вывод. Учитывая сниженную экскреторную активность поджелудочной железы у недоношенных детей, целесообразно проводить коррекцию высокоактивными ферментами при каждом вскармливании ребенка.

БРОНХОФОНОГРАФИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЦА И ЛЕГКИХ

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

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители к.м.н. Игнатьева А.В., Сибира О.Ф.

Бронхообструктивный синдром (БОС) - собирательный термин, который включает симптомокомплекс клинических проявлений нарушений бронхиальной проходимости. В зависимости от этиологических и патогенетических механизмов выделяют 4 варианта БОС: инфекционный, аллергический, обтурационный и гемодинамический, возникающий при ВПС. Оценка тяжести вентиляционных нарушений возможна по показателям функции внешнего дыхания, которая у детей раннего возраста оценивается при помощи бронхофонографии.

Цель работы. Изучить бронхиальную проходимость у детей с врожденными пороками сердца (ВПС) и бронхолегочной дисплазией (БЛД).

Материалы и методы. В исследование включено 45 пациентов, средний возраст которых составил $1,17 \pm 1,06$ мес., 17 (37,7%) девочек и 28 (62,3%) мальчиков, находящихся на стационарном лечении в КДКБ г. Читы. Все дети разделены на 3 группы по 15 человек. В 1 группу вошли дети с основным диагнозом ВПС (8 мальчиков и 7 девочек), средний возраст которых составил $2,6 \pm 2,08$ мес. Во 2 - включены дети с БЛД (10 мальчиков и 5 девочек), средний возраст - $1,6 \pm 0,7$

мес. Группа сравнения (3) - дети без патологии органов дыхания и сердца (7 мальчиков и 8 девочек), средний возраст - $1,3 \pm 0,3$ мес. Всем детям проведен клиничко-анамнестический анализ, ЭхоКГ и бронхофонография с помощью компьютерного акустического диагностического комплекса (КАДК) "Паттерн-01". Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием компьютерных Microsoft Excel 2010. Данные представлены в виде $M \pm SD$. При нормальном распределении рядов данных различия между группами выявлялись при помощи критерия Стьюдента, при ненормальном распределении - критерий Манна-Уитни. Различия считались статистически значимыми при $P < 0,05$.

Результаты исследования. По данным ЭхоКГ значения СДЛА (среднее давление в легочной артерии) в первой группе ($46,8 \pm 22,1$) было выше в 1,6 раза по сравнению со второй группой ($29,07 \pm 10,9$) и в 1,8 раз выше, чем в группе сравнения ($24,06 \pm 5,4$).

Показатели акустической работы дыхания (АРД) у детей с БЛД и ВПС увеличивались во всех частотных диапазонах по сравнению с группой детей без патологии органов дыхания сердца, что свидетельствует о наличии бронхообструкции.

Таблица

Показатели бронхофонографии у детей с ВПС и БЛД.

	АРД 1	АРД 2	АРД 3	К1	К2	К3
1 группа (ВПС)	$1522,3 \pm 281,5$ p1-p2=0,06	$1014,7 \pm 225,3$ p1-p2=0,08	$154,6 \pm 46,3$ p1-p2=0,04	$105,1 \pm 26,7$ p1-p2=0,06	$90,2 \pm 21,5$ p1-p2=0,052	$14,9 \pm 5,7$ p1-p2=0,06
2 группа (БЛД)	$986,6 \pm 227,8$ p2-p3=0,001	$658,7 \pm 125,4$ p2-p3=0,001	$47,6 \pm 11,03$ p2-p3=0,001	$141,2 \pm 40,6$ p2-p3=0,001	$131,8 \pm 38,6$ p2-p3=0,001	$9,3 \pm 2,3$ p2-p3=0,001
3 группа сравнения	$298,3 \pm 108,8$ p1-p3=0,001	$110,3 \pm 58,1$ p1-p3=0,001	$3,6 \pm 1,7$ p1-p3=0,001	$38,7 \pm 14,3$ p1-p3=0,001	$35,8 \pm 13,5$ p1-p3=0,001	$2,9 \pm 1,01$ p1-p3=0,001

У пациентов с ВПС показатели АРД выше, чем у детей с БЛД: в высокочастотном диапазоне в 3 раза, в низкочастотном и среднечастотном диапазонах в 1,5 раза, соответственно коэффициенты ниже в 1,5 раза. Это, вероятнее всего, связано с высоким СДЛА, гиперволемией малого круга кровообращения, вызывающей снижение эластичности легочной ткани и развитие бронхообструктивного синдрома.

Выводы: у детей 1 (БЛД) и 2 (ВПС) групп выявлены выраженные изменения бронхиальной проходимости во всех частотных диапазонах показателей АРД. В группе больных ВПС показатели АРД значительно превышают таковые больных БЛД, что, вероятно, связано с особенностями патогенетических механизмов формирования бронхообструкции.

АНАЛИЗ ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАПОРАМИ

Серебренникова Е.А., Щенова Е.В., Колханова Т.Н., Перегоедова В.Н.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: д.м.н. Богомолова И.К.

Одной из актуальных проблем современной педиатрии является нарушение моторики толстой кишки, проявляющееся запором. По данным разных авторов, запорами страдают от 10 до 40% детей в популяции. Общеизвестно, что идеальным продуктом для вскармливания детей первого года жизни является материнское молоко. Однако в силу различных обстоятельств распространенность грудного вскармливания находится на невысоком уровне и в среднем по России составляет около 30-40%. Нарушение в питании детей первого года жизни программирует риск развития ряда заболеваний в последующие годы жизни, в том числе и хронического запора.

Цель работы. Проанализировать характер вскармливания на первом году жизни детей с хроническими запорами.

Задачи исследования: 1. Изучить распространенность грудного и искусственного вскармливания на первом году жизни детей с хроническими запорами. 2. Дать оценку влияния вида вскармливания и прикорма на течение хронического запора у детей.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 45 детей в возрасте от 4 до 16 лет, находившихся на лечении в КДКБ № 2 г. Читы, 35 из которых дети с установленным диагнозом хронический запор, которые проходили лечение в отделении гастроэнтерологии, 10 с диагнозом острый простой бронхит (контрольная группа) - в отделении пульмонологии. Группы были сопоставимы по возрасту, социальному анамнезу. Проведен клинический осмотр больных, работа с медицинской документацией (истории болезни, истории развития ребенка). Полученные данные обрабатывались с помощью программы Microsoft Office Excel 2007.

Полученные результаты. Первый год жизни ребенка является важнейшим этапом постнатального онтогенеза, периодом "бурного роста", поэтому рациональное питание детей этого возраста является одним из ключевых факторов, определяющих гармоничный рост, нервно-психическое развитие, устойчивость детей к инфекциям и воздействию других неблагоприятных факторов внешней среды. В ходе исследования пациенты распределились следующим образом: девочки 60%, мальчики 40%. Доля детей, проживающих в городе Чита, составил 68,5%, в районах края 31,5%. Средний возраст детей 9 лет. Основной жалобой при поступлении в отделение является запор, средняя продолжительность которого 4 дня. Длительность заболевания на момент госпитализации в стационар составила в среднем 4 года. В ходе исследования обнаружено, что большинство детей с хроническими запорами находились на искусственном вскармливании 24 человека (68,6%). В 46 % случаев для кормления детей использовалась смесь "Малютка", доля детей, принимавших коровье молоко, составила 8,5%. У детей, которые употребляли "Малютку", средняя длительность течения хронических запоров составила 6 лет. В группе контроля на искусственном вскармливании находились 80 % исследуемых, из них 62,5 % получали смесь "Nestogen", при этом нарушений со стороны опорожнения кишечника не наблюдалось. Грудное молоко в основной группе получали 11 детей (31,4 %), в контрольной - 20 %. В качестве первого прикорма у детей с хроническими запорами в 57 % использовались каши. Выявлено, что продолжительность отсутствия стула у детей с хроническими запорами не зависит от характера вскармливания и составляет 4 дня. Средний возраст начала искусственного вскармливания в группе детей с хроническими запорами 3 месяца, в контрольной группе - 5 месяцев.

Выводы. Таким образом, у детей с хроническими запорами отмечается высокий процент искусственного вскармливания. Выбор качества смеси влияет на длительность течения данного заболевания. Ранний переход на искусственное вскармливание является предпосылкой к развитию хронического запора. Применение в качестве первого прикорма злаков оказывает влияние на возникновение хронического запора в будущем. Несмотря на прогресс в индустрии детского питания, частота использования коровьего молока остается достаточно высокой.

ОЦЕНКА ШКОЛЬНОЙ ЗРЕЛОСТИ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ АДАПТАЦИОННОГО ПЕРИОДА У ПЕРВОКЛАССНИКОВ

Якимова К.С.

Читинская государственная медицинская академия, Чита
Научный руководитель: Томских Э.С.

Одна из особенностей роста и развития детского организма состоит в том, что его отдельные физиологические системы и функции созревают гетерохронно. Гетерохронность созревания оказывает воздействие на формирование готовности детского организма к обучению, так называемой "школьной зрелости". В связи с процессами акселерации, изменением образа жизни, обилием информации с которой сталкивается ребенок в дошкольном периоде, возникает вопрос об утрате актуальности обязательной оценки школьной зрелости детей.

Целью нашего исследования стала оценка влияния уровня школьной зрелости на течение адаптационного периода современных первоклассников.

Материалы и методы. Исследование проводилось с использованием: ориентационного теста школьной зрелости Керна Йирасека; вербального субтеста; шкалы проявлений тревожности

(Немчин Т. А), цветового теста оценки эмоциональной составляющей, медицинских карт детей. Статистическая обработка данных выполнялась в программе "Статистика 6".

Результаты. В исследовании приняли участие 240 детей в возрасте 6-7 лет. Исследование проводилось в два этапа. На первом этапе оценивался уровень формирования школьной зрелости воспитанников подготовительных групп детских дошкольных учреждений, на втором этапе анализировались особенности протекания адаптационного периода первоклассников в зависимости от уровня школьной зрелости.

По тесту Керна Йирасаека 26,4% воспитанников детских садов готовы к школьному обучению, 34,3% средний уровень готовности, 25,1% ниже среднего уровня, 14,2% не готовы к школьному обучению. По вербальному субтесту 61,1% готовы, 38,9% не готовы. 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 40% детей на момент окончания детского сада не готовы к обучению в школе ($t=0.82$). Обращает внимание то, что систематическая оценка школьной зрелости воспитанников проводится только в 45% случаев. Анализируя течение адаптационного периода у первоклассников, отслеживались следующие показатели: количество пропусков занятий по причине заболеваемости ОРВИ, обострения хронических заболеваний либо связанные с проявлениями психосоматической патологии, уровень тревожности ребенка, нарушения сна, уровень усвоения программы обучения, эмоциональную окраску восприятия процесса обучения. В результате проведенного исследования выявлено, что течение адаптационного периода напрямую зависит от уровня школьной зрелости (коэффициент корреляции 0,92). Дети, имеющие высокий уровень школьной зрелости пропускали занятия в 2,2($\pm 0,15$) раза реже, в 73,4% случаев демонстрировали низкий уровень тревожности, в 78,6% положительную эмоциональную окраску процесса обучения, в 84,2% случаев достаточный уровень усвоения образовательной программы.

Выводы: Таким образом, систематическая двукратная оценка школьной зрелости воспитанников детских дошкольных организаций в современных условиях остается актуальной процедурой. По данным проведенного исследования более 40% детей на момент окончания детского сада не готовы к обучению в школе. Течение адаптационного периода напрямую зависит от уровня школьной зрелости (коэффициент корреляции 0,92). У детей имеющих высокий уровень школьной зрелости проявления психосоматической патологии в адаптационный период фиксировались в два раза реже, что позволяет рассматривать оценку школьной зрелости с последующей коррекцией как фактор профилактики психосоматических заболеваний в период школьной адаптации.

ВЛИЯНИЕ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАПОРА НА ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ У ДЕТЕЙ

Якимова К.С., Найданова Е.Б., Перегоедова В.Н.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: д.м.н. Богомолова И.К.

Хронический запор представляет собой важную медико-социальную проблему во всех странах мира из-за большой распространенности и снижения социальной активности людей. Распространенность запоров среди детей варьирует от 3 до 49%. Запор может оказывать серьезное влияние не только на его взаимоотношения в семье и детском коллективе, но и на социальное и физическое благополучие ребенка.

Цель работы. Оценить влияние течения хронического запора на физическое развитие у детей.

Задачи. 1. Исследовать антропометрические параметры физического развития у детей 4-16 лет с хроническим запором. 2. Изучить гармоничность физического развития у детей 4-16 лет на фоне течения хронического запора. 3. Проанализировать особенности физического развития у детей с хроническим запором.

Научная новизна. Впервые проведено комплексное обследование основных антропометрических параметров у детей с хроническим запором г. Читы.

Материалы и методы. Объектом исследования явились 45 детей в возрасте 4-16 лет, из них 35 - с установленным диагнозом хронический запор, проходивших лечение в гастроэнтерологическом отделении КДКБ № 2. Группа сравнения представлена 10 здоровыми детьми аналогичного возраста. Нами был проведен клинический осмотр, антропометрия включенных в исследование детей, работа с медицинской документацией с последующим заполнением разработанных анкет. Статистическая обработка данных проводилась с использованием критерия χ^2 с помощью программы "Biostat". Значения уровня $p < 0,05$ рассматривались как статистически значимые.

Полученные результаты. По заключению экспертов ВОЗ (2001), на основании оценки физического развития можно прогнозировать проблемы здоровья, особенно заболеваемость в последующие годы. Физическое развитие оценивалось согласно общепринятой методике измерений по абсолютным значениям антропометрических показателей. Гармоничность физического развития рассчитывалась по центильным таблицам. У детей с хроническим запором низкий рост отмечен у 4 (12%), средний - у 19 (54%), высокий - у 12 (34%) исследуемых, по сравнению с контрольной группой: низкий - 2 (20%), средний - 8 (80%). По данному критерию между группами достоверных отличий не определяется, во всех случаях $p > 0,05$. Низкие показатели массы тела в основной группе имели 9 (26%) детей, в контрольной группе 3 (30%) ($p > 0,05$); средние показатели - 21 (60%) и 7 (70%), соответственно $p > 0,05$. Высокие показатели массы тела отмечались только у детей с хроническим запором 5 (14%), разница с контрольной группой не достоверная ($p > 0,05$). Гармоничность физического развития у детей на фоне течения хронического запора распределилась следующим образом: гармоничное - 30 (85,7%), дисгармоничное - 5 (14,3%). В основной группе и группе сравнения преобладали дети с гармоничным физическим развитием, 85,7% и 80% соответственно ($p = 0,955$); резко дисгармоничного физического развития не выявлено. При оценке соматотипа обнаружено, что среди пациентов основной группы микросоматотип выявлен в 14,3%, мезосоматотип в 57,1% случаев, макросоматотип у 28,6%. В контрольной группе детей с микросомией 20%, мезосомией - 70%, макросомией - 10% ($p > 0,05$).

Выводы.

1. Таким образом, по результатам нашего исследования установлено, что хронический запор не оказывает влияния на показатели физического развития у детей.
2. Принципиальных отличий в гармоничности физического развития у детей с хроническим запором в сравнении с группой здоровых не выявлено.

**ПРОБЛЕМЫ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ, ТУБЕРКУЛЕЗА,
ДЕРМАТОЛОГИИ И ИППП**

**КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ
САЛЬМОНЕЛЛЕЗА В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ**

Алиева А.А., Илькова Д.Н., Пасечник Е.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: Чупрова Г.А

Сальмонеллез является актуальной проблемой здравоохранения во все мире, что обусловлено глобальным его распространением, ростом заболеваемости даже в развитых странах, частыми вспышками и большой летальностью. В последние годы отмечается повсеместный рост заболеваемости сальмонеллезом во всех странах мира. По оценкам ВОЗ, в мире ежегодно происходят десятки миллионов случаев заболевания людей, а более чем в сотне тысяч случаев болезнь заканчивается смертельным исходом.

Цель работы. Изучение клинико-эпидемиологических особенностей течения сальмонеллеза в Забайкальском крае.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ историй болезней больных сальмонеллезом, находившихся на лечении в ГУЗ ККИБ за 2011 - 2014 гг. В ходе работы были использованы аналитические методы исследования.

Результаты. По данным исследования за 2011 - 2014 г.г. с диагнозом сальмонеллез было госпитализировано 222 больных - в 2011 году - 72 человека, 2012 г. - 63, 2013 г. - 46, 2014 г -41. В половой структуре особых различий не выявлено, лица мужского пола составили 51,3% заболевших, женского - 48,7%. В возрастной категории преобладали пациенты от 21 до 30 лет (36,5%) и старше 50 лет (21,6%). Больные находились на лечении в стационаре в среднем 11,4 койко-дня.

Нами установлено, что среди клинических форм преобладала гастроинтестинальная форма (95,4%), ее гастроэнтероколитический вариант(66,2%). Субклиническая форма имела место в 4,06% случаев. У В большинстве случаев заболевание протекало в среднетяжелой форме с типичной клинической симптоматикой - (90,09%), генерализованных форм среди госпитализированных выявлено не было. Тяжелая форма сальмонеллеза имела место в 4,95% случаев. Тяжесть заболевания обусловлена развитием осложнений в виде ИТШ(1,35%)-3 человека; дегидратационного шока (0,45%) -1 человек; экзикоза (2,7%) - 6 человек. В легкой форме сальмонеллез протекал в 0,91% случаев, всех больных отмечено острое начало заболевания с повышением температуры тела до 37-38°C (71%) и появления симптомов интоксикации (46,9%). Наиболее часто в клинике преобладали синдром желудочно-кишечной диспепсии (жидкий стул - 90%, тошнота в 45,8% случаев, рвота в 50%, болевой синдром - схваткообразные боли в животе (67%).

В этиологической структуре на первом месте находилась *S.Enteritidis* (88.3%),на втором *S. Typhimurium*(10,3%),*Salmonella* группы C (1,6%) - 3 место.

Максимальный подъем заболеваемости зарегистрирован в мае (16,6%), июне(15,7%), июле(13,9%). При выяснении эпидемиологического анамнеза, все больные отмечали употребление яиц, салатов с майонезом, куриного мяса, тортов с белковым кремом.

Выводы. Таким образом, за последние 4 года отмечается снижение заболеваемости сальмонеллезом по Забайкальскому краю. В половой структуре существенных различий не выявлено. Преобладала весенне - летняя сезонность заболевания. В большинстве случаев заболевание вызывала *S.Enteritidis* и протекало в гастроинтестинальной форме, гастроэнтероколитическом варианте средней степени тяжести, с типичной клинической симптоматикой. Анализ показал более тяжелое течение у пациентов пожилого возраста. При инфицировании во всех случаях, преобладал алиментарный путь заражения.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГРУППОВОЙ ВСПЫШКИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ 2014 ГОДА

Алиева А.Р.к., Данзанова А.Д., Цыцыкова Т.Б., Чимитова Б.Ч.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: к.м.н., доцент Сергеева Э.И.

Проблема сальмонеллеза в настоящее время не утратила своей актуальности. Глобальный характер и сложность её решения обусловлены множественностью источников и вариабельностью путей распространения, наличием более 2500 видов сальмонелл, многообразием клинических форм и проявлений заболевания. Централизация и интенсификация производства продуктов питания, расширение производства различных полуфабрикатов и готовых блюд, реализуемых через торговую сеть, развитие сети общественного питания также способствуют сохранению неблагоприятной эпидемиологической ситуации по этой инфекции.

Цель. Провести клинико-эпидемиологический анализ двух групповых вспышек сальмонеллезной инфекции в г. Борзя Забайкальского края в июле 2014 года.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ 22 историй болезней и амбулаторных карт больных, обратившихся за медицинской помощью в стационар ЦРБ г. Борзя Забайкальского края, с использованием описательно-оценочных и аналитических методов исследования.

Результаты. С 4 июля по 27 июля 2014 года в Забайкальском крае зарегистрированы 2 групповые вспышки сальмонеллезной инфекции. В первом случае групповая заболеваемость сальмонеллезной инфекции связана с употреблением продуктов (эклеров), приобретенных в ООО "Хлебушко" с числом пострадавших 11 человек, из них 2 детей (2 и 6 лет), во втором случае связана с употреблением продуктов в кафе "Калинка", где проводилась свадьба, с количеством заболевших 11 человек. В обоих случаях заболевание протекало в гастроинтестинальной форме средней степени тяжести. В первом случае инкубационный период составил менее 24 часов, во втором случае менее 2 суток. В обоих случаях заболевание началось остро, в клинической картине преобладали синдром интоксикации: озноб, температура до субфебрильных цифр, головная боль, слабость, недомогание; симптомы поражения желудочно-кишечного тракта: схваткообразные боли в эпигастриальной области и верхней половине живота, тошнота и рвота, стул - жидкий, водянистый, пенистый, зеленоватого цвета, зловонный. После купирования тошноты и рвоты на протяжении от 2 до 3 суток у пациентов сохранялся диарейный синдром с частотой стула от 3 до 4 раз сутки. Диагноз был подтвержден бактериологическим методом - выделена из кала *Salmonella Enteritidis*, серологически выявлено нарастание титра антител с сальмонеллезными диагностикумами, ПЦР-методом выделена ДНК *Salmonella Enteritidis* в промывных водах желудка и кишечника. Все пострадавшие выздоровели, летальных исходов нет.

Выводы:

- 1) Обе вспышки сальмонеллезной инфекции связаны с употреблением в пищу недоброкачественных продуктов.
- 2) Клинически диагностирована гастро-интестинальная форма сальмонеллезной инфекции, средней степени тяжести.
- 3) В каждом случае диагноз был подтвержден бактериологически, серологически и методом ПЦР.

ГЕНОТИПИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА И УРОВЕНЬ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С

Бакшеева Е.Г., Косякова Е.С., Набиев Б.М.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

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

Актуальность: Вирус гепатита С - одна из наиболее частых причин хронических заболе-

ваний печени. Диапазон исходов ВГС-инфекции широк и колеблется от минимального до тяжелого поражения печени, включая развитие цирроза печени (ЦП) и гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК).

До сих пор не существует однозначного ответа на вопрос, как присутствие вируса в организме влияет на развитие болезни. При изучении вопроса о том, насколько уровень вируса в сыворотке отражает его количество в печени, данные исследователей расходятся. Для оценки влияния вирусной нагрузки на активность хронического гепатита С, которая может варьировать от минимальных гистологических изменений в печени до случаев цирроза и гепатокарциномы, используют количественные тесты методом ОТ-ПЦР. Имеются две категории тестов: качественные тесты - это тесты, определяющие наличие РНК ВГС в крови и количественные тесты позволяют измерить количество вируса (вирусную нагрузку) в 1 мл крови. Количественные тесты применяются для установления наличия показаний к противовирусному лечению, для своевременной оценки эффективности проводимого лечения и для оценки устойчивого вирусологического ответа на лечение. Вирусную нагрузку определяют измеряя количество рибонуклеиновых кислот (РНК, или генетического материала) вируса гепатита С в крови. Основным молекулярно-биологическим методом, используемым в современной диагностике, является полимеразная цепная реакция (ПЦР), в т.ч. ПЦР с гибридационно-флуоресцентной детекцией в режиме реального времени. Вирусная нагрузка бывает высокой и низкой. Она может быть выражена в количестве копий вируса на мл или в Международных Единицах на мл (МЕ/мл). Предпочтительными единицами измерения являются Международные единицы. Считается, что низкая нагрузка: менее 800,000 МЕ/мл ($8,0 \times 10^5$ МЕ/мл), высокая нагрузка: более 800,000 МЕ/мл ($8,0 \times 10^5$ МЕ/мл).

Цель работы: 1) Оценить общую инфицированность хроническим вирусным гепатитом С среди обследованных лиц. 2) С помощью метода Real time PCR оценить генотипическую структуру и уровень вирусной нагрузки у пациентов с хроническим гепатитом С.

Материалы и методы. Обследовано 66 человек по направлению от врачей и самообращением пациентов на вирусный гепатит С. Материалом для выделения РНК и последующей амплификацией послужила плазма пациентов. Выделение РНК проводили преципитационным методом с помощью набора рибо-преп. Для выявления и количественного определения РНК HCV использовалась методика ПЦР с гибридационно-флуоресцентной детекцией в режиме "реального времени". Исследования проводились на 6-канальном приборе "Rotor-Gene 6000" (Германия). Среди всех обследованных на вирусный гепатит С у 21 пациента (32%) обнаружен вирус гепатита С. Результаты генотипирования показали, что в 62% случаев выявлен 1 генотип HCV, в 14% случаев выявлен 2 генотип HCV, в 24% случаев выявлен 3 генотип HCV. Определение высокой вирусной нагрузки у РНК положительных пациентов позволяет установить некоторую зависимость от генотипа вируса. Согласно нашим данным, у пациентов с 1 генотипом в 77% случаев отмечается высокая вирусная нагрузка, более 800,000 МЕ/мл ($8,0 \times 10^5$ МЕ/мл), что является подтверждением наличия активной инфекции, а также важным показателем прогнозирования и оценки результатов эффективности лечения до, во время, и после противовирусной терапии. У пациентов со 2 генотипом отмечается низкая вирусная нагрузка (менее 800,000 МЕ/мл ($8,0 \times 10^5$ МЕ/мл) и у пациентов с 3 генотипом также отмечается высокая вирусная нагрузка.

Выводы: 1) Среди обследованных лиц отмечается высокий уровень инфицированности вирусным гепатитом С - 32%. 2) Генотипирование ВГС должно выполняться всем пациентам до начала противовирусной терапии (ПВТ) в целях планирования ее продолжительности, эффективности, в отдельных случаях - расчета дозы противовирусных препаратов. Результаты тестов на вирусную нагрузку применяются для подтверждения наличия активной инфекции, а также для прогнозирования и оценки результатов лечения до, во время, и после противовирусной терапии. Снижение вирусной нагрузки во время лечения свидетельствует о том, что лечение эффективно.

ЭТИОЛОГИЯ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Бакшеева Е.Г., Косякова Е.С.

Читинская государственная медицинская академия, Чита
Научные руководители: к.м.н. Дутова А.А., Брызгалин М.П.

В структуре инфекционных болезней преобладают острые инфекции верхних дыхательных путей множественной или неуточенной этиологии, поэтому острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) остаются одной из самых актуальных медицинских и социально-экономических проблем. В Забайкальском крае на долю детского населения (до 17 лет) приходится в среднем 70 тысяч случаев заболеваний в год, что составляет около 72% от общего количества заболевших. Этиология ОРЗ чрезвычайно разнообразна. Возбудителями могут быть респираторные вирусы: метапневмовирус, респираторно-синтициальный вирус, бокавирус, аденовирусы, риновирусы и другие, многочисленные бактерии, а также атипичные возбудители - хламидии, микоплазмы, легионеллы. Для установления точного этиологического агента необходимо использовать современные алгоритмы лабораторных исследований, т.к. точность диагностики является основным ключом к правильной тактике лечения.

Цель работы: 1) Изучение этиологической структуры инфекций верхних и нижних дыхательных путей. 2) Выявление наиболее значимых этиологических агентов в конкретное время.

Материалы и методы: В настоящее исследование было включено 30 пациентов, находящихся на лечении в отделении пульмонологии ГУЗ "Краевая детская клиническая больница" №2. Средний возраст пациентов составил 6 лет. Критерием включения в исследование являлось наличие следующих заболеваний: бронхит (46%), внебольничная пневмония (34%), бронхиальная астма (20%). Взятие мазков проводилось с задней стенки ротоглотки одноразовыми вязкими ватными тампонами (Италия) с насечкой в 500мкл транспортной среды с муколитиком. Выделение ДНК/РНК возбудителей инфекционных заболеваний осуществлялось преципитационным методом с помощью комплекта рибо-преп. Для выявления ДНК/РНК возбудителей использовалась методика ПЦР с гибридационно-флюоресцентной детекцией в режиме "реального времени". Исследования проводились на 6-канальном приборе "Rotor-Gene 6000" (Германия). Были использованы: тест-система ОРВИ-скрин на обнаружение 8 возбудителей: коронавирус, метапневмовирус, респираторно-синтициальный вирус, бокавирус, аденовирусы В, С, Е типов, риновирусы, вирусы парагриппа 1-4 типов и тест система на обнаружение респираторных микоплазм и хламидий. В результате проведенных исследований были обнаружены различные вирусные, вирусно-бактериальные возбудители верхних и нижних отделов респираторного тракта у детей, а также вирусные смешанные инфекции. Так на долю всех случаев респираторных инфекций, вызванных респираторно-синтициальным вирусом приходится 33%. Из них РС-вирус вызывает в 13% случаев бронхиты, в 20% случаев пневмонии и в 3% бронхиальную астму. Метапневмовирус составляет 7% всех случаев и в нашем исследовании является причиной бронхитов. На долю аденовирусов В, С, Е типов приходится 36%. Из них данный возбудитель вызывает в 13% случаев бронхиты, в 17% случаев пневмонии и в 6% случаев бронхиальную астму. Риновирусы обнаружены в 20% случаев и являются причиной пневмонии-10% случаев и бронхиальной астмы - 10% случаев. Парагрипп 3 типа встречается в 6 % случаев у детей с диагнозами ринофаринготрахеит и бронхиальная астма. Встречаются случаи микст-инфекций: РС-вирус и аденовирус, РС-вирус и парагрипп 3 типа, риновирусы и аденовирус, метапневмовирус, аденовирус и риновирусы. Среди бактериальных возбудителей на долю респираторных хламидий приходится 6% случаев у детей с бронхиальной астмой. На долю неуточенной этиологии инфекций респираторного тракта приходится 27%.

Выводы: С помощью быстрого метода лабораторной диагностики (ПЦР) в организованных коллективах проведена расшифровка этиологии возбудителей инфекций верхних и нижних дыхательных путей для уточнения доли типичных бактериальных возбудителей в этиологической структуре пневмоний и бронхитов и доли вирусных агентов и вирусно-бактериальных ассо-

циаций. Это позволит избежать часто необоснованного применения антибиотиков при ОРВИ и своевременно назначать специфическую терапию при инфицировании бактериальными возбудителями. Идентификация возбудителя является перспективной при изучении этиологии хронических заболеваний дыхательных путей (бронхиальной астмы, ХОБЛ).

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Баркова Б.В., Достовалова Ю.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: к.м.н. Михайлова Л.А., к.м.н. Калинина Э.Н.

Заболеваемость назокомиальными пневмониями, как и инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП) в целом, в определенной степени отражает качество оказываемой населению помощи, особенно в условиях отделений реанимации-интенсивной терапии (ОРИТ) и является одной из значимых составляющих экономического ущерба в практическом здравоохранении. В структуру назокомиальных пневмоний возникающих в ОРИТ входят ИВЛ - ассоциированная пневмония (вторая по частоте ИСМП, 95% от общего числа пневмоний в ОРИТ), аспирационная пневмония, внутриутробная пневмония новорожденных и другие. Следует отметить, что в городе Чита частота назокомиальных пневмоний (7,2%) ниже чем в городе Москва (8,7%), но связано это не с профилактикой, а с более слабой диагностикой данной группы заболеваний.

Цель работы. Изучить показатели заболеваемости назокомиальными пневмониями в лечебных учреждениях города Чита с выявлением этиологии, зависимости заболеваемости от колонизации, длительности пребывания в ОРИТ и инвазивными манипуляциями. Сформировать группы риска по госпитальным пневмониям. Разработать рекомендации по профилактике пневмоний.

Материалы и методы. В качестве изучаемых объектов нами были выбраны отделения ОРИТ в МУЗ ГКБ №1, ГКУЗ Перинатальный центр. Производился расчет показателей инцидентности, превалентности, заболеваемости и плотности инцидентности. Использовалась стандартная программа WHonet для интерпретации результатов микробиологического исследования и стандартными микробиологическими методами забора и исследования материала.

Результаты. В ГУЗ ГКБ № 1 за 2013 год зарегистрировано 18 случаев госпитальных пневмоний (8 с эпидномером). При диагностировании внутрибольничных инфекций дыхательных путей у пациентов забирался трахео-бронхиальный аспират для микробиологического исследования. Положительные результаты получены в 18 исследованиях (100%). Этиологическая структура инфекций дыхательных путей характеризовалась значительным разнообразием. Микробный пейзаж представлен 35 микроорганизмами, которые выделялись с различной частотой. В 80% случаев был выделен золотистый стафилококк, являющийся типичным возбудителем назокомиальной пневмонии. Выделенные штаммы характеризовались полирезистентностью ко многим известным группам антибактериальных препаратов. Наибольшая устойчивость отмечалась к аминогликозидам (70%), сульфаниламидам (40%), пенициллинам (30%), цефалоспорином 3 поколения (37%). Ретроспективно при изучении статистических талонов пациентов ОРИТ максимальное использование ИВЛ приходится на июль, ИВЛ - ассоциированные пневмонии регистрировались в этом же месяце. В остальные месяцы регистрировались застойные назокомиальные пневмонии.

При работе с учетно-отчетной документацией были сформированы следующие группы риска: пожилой возраст (старше 65 лет), получившие инвазивные мероприятия (интубация трахеи, сердечно-легочная реанимация), находившиеся на длительной ИВЛ (более 48 часов), с иммунодефицитными состояниями в т. ч ВИЧ- инфицированные.

В ГКУЗ Перинатальном центре 100% выявление внутриутробных пневмоний, полиэтиологичной природы среди новорожденных. Среди женщин случаев назокомиальных пневмоний не выявлено, т.к. сроки пребывания и использования ИВЛ минимальны (до 24 часов). Микробиологическое исследование не проводилось.

Выводы. Таким образом, пациенты ОРИТ относятся к группе высокого риска развития ИСМП дыхательных путей. Превалирующей флорой при возникновении данной группы инфекций являются полирезистентные микроорганизмы, в большинстве случаев - золотистый стафилококк, что требует разработки адекватной антибиотикопрофилактики этой группы инфекций. Учитывая более низкие показатели заболеваемости назокомиальными пневмониями в г. Чите по сравнению с другими городами России требуется четкий учет и диагностика данной нозологической формы.

ВЛИЯНИЕ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ НА АГРЕГАЦИЮ ТРОМБОЦИТОВ, ИНДУЦИРОВАННУЮ СУСПЕНЗИЕЙ ЗОЛОТИСТОГО СТАФИЛОКОККА

Вишневецкий С.У.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: к.б.н., доцент Ложкина А.Н.

Известно, что золотистый стафилококк выделяет плазмокоагулазу - фермент, переводящий протромбин в тромбин и, соответственно, инициирующий выпадение фибрина. Описана и проагрегантная (в отношении тромбоцитов человека) активность данных бактерий.

Цель работы. Оценить влияние препаратов Аспирин и Тромбо-АЦЦ на агрегацию тромбоцитов, индуцированную золотистым стафилококком.

Материалы и методы. Для получения тромбоцитарной плазмы кровь забирали из локтевой вены руки в 3,2% цитрат натрия (соотношение 9:1). Кровь отстаивали один час. В работе использовали обогащенную тромбоцитами плазму тех лиц, у которых СОЭ больше 5 мм и начало "спонтанной" (индуцированной стеклом и петлей) агрегации тромбоцитов более 20 секунд. Агрегацию тромбоцитов фиксировали визуально по секундомеру: на предметное стекло нанесли 0,05 мл физраствора и 0,05 мл тромбоцитарной плазмы; момент начала размешивания бактериальной петлей (площадью примерно 4 квадратных миллиметра; круговые движения) фиксировали. Далее визуально (на черно-белом фоне) отмечали время появления видимых глазом мелких хлопьев, затем хлопьев среднего размера и далее крупных (конечных; вторичная агрегация тромбоцитов), если таковые были. Основной показатель - время визуализации мелких хлопьев. Для изучения действия бактерий на агрегацию тромбоцитов часть колонии наносили в центр предметного стекла и растирали между двумя стеклами до площади примерно 1 квадратный сантиметр (или до доведения "определенной" плотности бактериального слоя). Стекла с микробной фракцией готовили заранее (за час); оставляли "спаренными" (во избежание высыхания микробной массы). Далее рядом с микробами наносили 0,05 мл физиологического раствора и в данную каплю - тромбоцитарную плазму. Начинали размешивать петлей (фиксируя положение секундной стрелки), постепенно захватывая все больше массы бактерий до примерно одинаковой степени мутности (микробной нагрузки).

Стафилококк выращивали на желточно-солевом агаре; в работе использовали лецитиназа-положительные клинические штаммы бактерий (т.е. дающие помутнение на элективной среде).

Действие Аспирина (ОАО "Фармстандарт-Лексредства"; РФ), Тромбо-АСС (ООО "ВАЛЕАНТ"; РФ) исследовали, добавляя вместо капли физраствора, 0,05 мл разведенных в физрастворе препаратов. В пробирки вносили одну четверть растолченной таблетки Аспирина (500:4=125 мг), одну таблетку Тромбо-АСС (состав - 50 мг ацетилсалициловой кислоты; вспомогательные вещества) и доводили до 10 мл физраствором; размешивали.

Результаты. Аспирин существенно (в 3 раза), раствор препарата "Тромбо-АЦЦ" в значительной меньшей степени замедляли видимое невооруженным глазом начало агрегации тромбоцитов человека в отсутствие и в присутствии суспензии золотистого стафилококка.

Вывод. Суспензия золотистого стафилококка индуцирует агрегацию тромбоцитов человека; ацетилсалициловая кислота тормозит данный процесс.

ОЦЕНКА УРОВНЯ ЭНДОТЕЛИНА-1 У БОЛЬНЫХ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ И РЕМИССИИ

Иванова Н.М., Иванов М.О., Стафеев А.Н., Семенов А.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: Кибалина И. В., к.м.н., доцент Фефелова Е. В.

Атопический дерматит (АтД) является широко распространенным рецидивирующим заболеванием кожи, которым страдают все возрастные группы населения. Данный дерматоз остается важной проблемой, значимость которой определяется его широким распространением и трудностями в лечении. Так показатель заболеваемости АтД в России равен 5,9%. Одним из звеньев патогенеза АтД является повреждение системы микроциркуляции с нарушением функции клеток эндотелия. Одним из проявлений дисфункции эндотелиоцитов является увеличение концентрации эндотелина-1.

Цель. Оценить уровень эндотелина-1 в сыворотке крови у больных с АтД.

Задачи. 1) Определить динамику эндотелина-1 в разных возрастных группах в период обострения и ремиссии. 2) Оценить уровень эндотелина-1 в зависимости от формы АтД.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 82 человека, страдающих АтД. Диагноз был верифицирован не менее чем за два года до включения пациентов в группу исследования. Больные в возрасте 15-18 лет включались в группу подросткового периода АтД (n=40), а пациенты в возрастном промежутке 20-40 лет в группу взрослого периода АтД (n=42). Все исследуемые в период обострения были разделены на две группы в зависимости от распространенности кожного процесса: пациенты с локализованной формой (n=40) - площадь поражения кожи в пределах 10%, и распространенной (n=42) - площадь поражения кожи в пределах 50%. В период ремиссии обследованию подлежали больные с отсутствием клинических проявлений в течение 2 месяцев. Тяжесть обострения заболевания оценивали по шкале SCORAD. Все пациенты находились на стационарном лечении и получали стандартную терапию.

Группу контроля составили 30 практически здоровых добровольцев соответствующего пола и возраста, не имеющие дерматологических и аллергических заболеваний, а так же хронических воспалительных заболеваний в анамнезе, в том числе и в стадии ремиссии.

Всем пациентам производили забор венозной крови в период обострения и ремиссии, продолжавшейся не менее двух месяцев. Определение концентрации эндотелина-1 осуществляли с помощью тест-систем фирмы "BIOMEDICA GROUP" методом ИФА. Для статистической обработки данных применяли непараметрические критерии: Вилкоксона для парных измерений и Манна-Уитни для сравнения с группой контроля. Различия сравниваемых величин признавали статистически значимыми при уровне значимости $p < 0,05$.

Полученные результаты. У здоровых подростков уровень эндотелина-1 в сыворотке крови составляет в среднем 0,43 (0,26; 0,62) фмоль/мл. Уровень эндотелина-1 у подростков при распространенной форме в период обострения АтД выше, чем при ограниченной в два раза, что составляет 0,93 (0,53; 1,58) и 0,46 (0,24; 0,54) соответственно. У здоровых взрослых концентрация эндотелина-1 равняется 0,47 (0,37; 0,99) фмоль/мл. Уровень эндотелина-1 у взрослых при распространенной форме АтД выше, чем при ограниченной в 1,5 раза ($p=0,001$). В ремиссию независимо от возраста пациентов, как при распространенной, так и при ограниченной формах АтД уровень эндотелина-1 снижается, приближаясь к показателям контрольной группы. При распространенной форме у взрослых по сравнению с контролем показатели снижаются на 40%, у подростков на 12%.

Выводы.

- 1) Динамика эндотелина-1 в разных возрастных группах аналогична. Его уровень повышается в стадию обострения атопического дерматита, особенно при распространенной форме, что объясняет выраженный вазоспазм и формирование такого синдрома, как белый дермаграфизм.
- 2) Выявлено, что при разрешении клинических симптомов заболевания концентрация эндотелина-1 в сыворотке крови снижается, что связано с улучшением микроциркуляции в сосудах кожи. Снижение показателей ниже контрольных значений, возможно, связано с элиминацией эндотелина-1 антителами, обладающими абзимными свойствами.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ПСОРИАЗА

Ковалева П.В., Афанасьева А.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита
Научный руководитель: к.м.н. Шабельская В.В.

Актуальность проблемы обусловлена наряду с распространенностью псориаза и наличием тяжелых форм, которые приводят к значительной потере трудоспособности, а также отрицательно воздействует на социальный статус, эмоциональное состояние, физическую работоспособность, личные и социальные отношения, выполнение повседневных действий.

Цель работы: обоснование необходимости применения показателей качества жизни у больных с тяжелыми формами псориаза, как важной составляющей оптимизации лечебно-диагностического процесса.

Материалы и методы. В исследование были включены 25 пациентов с диагнозами псориазная эритродермия, пустулезный псориаз, каплевидный и артропатический псориаз. Дерматологический статус пациентов оценивался по анамнезу заболевания (длительность заболевания, частота обострений, выраженность субъективных ощущений). Для определения тяжести заболевания использовали индекс PASI. Оценку качества жизни проводили с помощью опросника DLQI, индекса нетрудоспособности при псориазе PDI, семейный индекс качества жизни больных псориазом (FDLQI). Дерматологический статус и индексы качества жизни оценивались при поступлении и при выписке.

По **результатам** проведенного исследования уровень качества жизни до лечения составил в среднем 22,6, после проведенного лечения 11,5 баллов.

Средний балл индекса нетрудоспособности по результатам опроса равнялся 38 баллам, что составило 17,1%. 56% пациентов работают, но потеряли в среднем 14 рабочих дней за последние 12 месяцев, 44% больных не работают по причине заболевания псориазом. 68% больных тяжелыми формами псориаза считают, что было бы лучше иметь диабет, астму или бронхит, чем псориаз. 48% опрошенных пациентов готовы потратить два часа каждый день на лечение, если в остальные часы кожа будет свободной от высыпаний.

При исследовании качества жизни родственников и членов семей данной группы больных псориазом, выяснили, что 98% родственников находятся в состоянии психоэмоционального напряжения. Определили средний балл семейного дерматологического качества жизни, который равен 20 баллам, из возможных 30. У 36% опрошенных родственников страдают работа, отдых. 30% семейного бюджета расходуется на лечение и уход за больным псориазом тяжелыми формами.

Выводы: показатели качества жизни являются эффективным динамичным показателем. Очевидно, что оптимизация лечебно-диагностической и реабилитационной помощи пациентам с тяжелыми формами псориаза должна строиться с учетом показателей качества жизни, динамики этого показателя в ходе лечения, а также оказанием специализированной социальной психологической помощи. Полученные результаты носят предварительный характер и требуют проверки на более крупных выборках.

СТРУКТУРА ЭШЕРИХИОЗОВ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Костенко Д.А., Кулаева М.Е., Гидревич Е.С.

Читинская государственная медицинская академия, Чита
Научные руководители: Баранчугова Т.С., Туранова Н.С.

Эшерихиозы (коли - инфекция) - это группа инфекционных заболеваний, вызываемых условно-патогенными или патогенными серотипами кишечной палочки, протекающих с синдромом интоксикации, преимущественным поражением желудочно-кишечного тракта, или же в виде сепсиса с признаками полиорганной недостаточности. В зависимости от антигенной структуры, главным образом по соматическому O - антигену, выделяют 5 групп патогенных для человека эше-

рихиозов - энтероинвазивные, энтеропатогенные, энтеротоксигенные, энтерогеморрагические и энтероадгезивные. Встречается данное заболевание повсеместно, но на различных территориях земного шара, циркулируют определенные группы коли - инфекции. В современном мире на фоне преобладания вирусных диарей в структуре кишечных инфекций у детей раннего возраста, отмечается снижение настороженности педиатров в отношении эшерихиозов, что приводит к поздней диагностики и терапии некоторых жизнеугрожающих состояний, таких как гемолитико - уремический синдром при энтерогеморрагическом эшерихиозе. По данным Министерства здравоохранения Забайкальского края в 2013 году на территории края зарегистрировано 459 случаев заболевания эшерихиозами, что составило 49,1 на 100 тысяч населения.

Цель работы. Определение структуры эшерихиозов у детей в Забайкальском крае.

Задачи: Выявить наиболее часто встречающуюся группу эшерихиозов в Забайкальском крае. Определить средний возраст лиц, подверженных эшерихиозу. Определить половую предрасположенность к эшерихиозам.

Материалы и методы. Проанализировано 179 бактериологических исследований кала у детей с клиникой кишечной инфекции, получавших стационарное лечение в ГУЗ Краевая клиническая инфекционная больница в 2014 году. Все исследования проводились в бактериологической лаборатории на базе ГУЗ Краевая клиническая инфекционная больница. Статистическая обработка данных производилась с помощью программы BIostat 6.0.

Результаты. Нами выявлено, что на территории Забайкальского края встречаются 4 группы эшерихиозов. Представители энтероинвазивной группы (O 28, O 112, O 129, O 143, O 144, O 151) регистрировались в 28,2% случаев, энтеропатогенной группы (O 18, O 33, O 44, O 55, O 75, O 86, O 111, O 119, O 125, O 126, O 127, O 128, O 142) в 60,1% случаев, энтеротоксигенной группы (O 20, O 25) в 8,3% и энтерогеморрагической группы (O 26, O 145) в 3,4% случаев от общего количества заболевших. Самые частые колонии на средах - культуры кишечной палочки из группы энтеропатогенных - это O 75, O 142 и из группы энтероинвазивных - O 144. Некоторые представители коли - инфекции были выделены однократно на протяжении всего 2014 года - это редкие для Забайкальского края эшерихии O 28, O 33 и O 128.

Возраст пациентов с коли - инфекцией варьировал от 1 месяца до 4, 6 лет и в среднем составил $12 \pm 0,6$ месяцев. Энтеропатогенными эшерихиозами болели дети в возрасте $12 \pm 0,4$ месяцев, энтероинвазивными в $15 \pm 1,6$ месяцев, энтерогеморрагическими в $13 \pm 2,2$ месяцев и энтеротоксигенными в 9 ± 1 месяцев.

При анализе половой принадлежности заболевших, выявлена распространенность эшерихиозов среди мальчиков в 50,8 %, а среди девочек в 49,2 % случаев.

Вывод. На территории Забайкальского края наиболее распространенной является энтеропатогенная группа эшерихиозов. Чаще подвержены заболеванию дети в раннем возрасте, что соответствует статистическим данным по Российской Федерации. Взаимосвязь между полом ребенка и частотой встречаемости коли - инфекции отсутствует.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КЛАПАННОЙ БРОНХОБЛОКАЦИИ В ЗАБАЙКАЛЬЕ Праскова А.С.

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

Принципиально новым методом лечения туберкулеза легких, включая лекарственно-устойчивые формы, является клапанная бронхоблокация (КББ) - создание лечебной гиповентиляции в пораженном участке легкого с сохранением дренажной функции заблокированного бронха и полости деструкции. Метод лечения заболеваний легких и их осложнений путем применения эндобронхиального обратного клапана разработан и успешно применяется с 2007 года.

Цель исследования. Проанализировать и изучить результаты метода клапанной бронхоблокации у впервые выявленных больных туберкулёзом органов дыхания за 2014г.

Материалы и методы исследования. Материалами исследования послужили 35 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в терапевтическом отделении Забайкальского краевого клинического противотуберкулёзного диспансера (ЗККПТД) в 2014 году, которым была выполнена КББ. Проведен ретроспективный анализ предоставленной информации с использованием сравнительного, аналитического методов исследования.

Результаты исследования. Была изучена структура больных с диагнозом туберкулёз органов дыхания, пролеченных в терапевтическом отделении ЗККПТД, установлено, что 21 пациент (60,0%) являются лица мужского пола, 14 (40,0%) женского.

Диагноз туберкулёз органов дыхания чаще встречается у лиц трудоспособного возраста: так 8,6% больных были в возрасте 20-29 лет, 31,4% - 30-39 лет, 28,5% - 40-49 лет, 26,0% - 50-59 лет, 6,0% - старше 60 лет.

При анализе клинических форм туберкулёза органов дыхания выявлено, что диссеминированный - 34,3%; фиброзно-кавернозный - 31,5%; инфильтративный - 28,6%; кавернозный и цирротический туберкулёз - 2,8%.

Все поступившие были лица с бактериовыделением (МБТ(+)). Из них абацилировано после комплексного лечения, включая клапанную бронхоблокацию, 31 человек (88,6%), бактериовыделение сохранялось у 4 (11,4%).

При анализе историй болезни больных с лекарственной устойчивостью установлено, что у 19 человек (54,3%) сохранена чувствительность микобактерий к противотуберкулёзным препаратам, 2 (5,7%) имеют лекарственную устойчивость к изониазиду, стрептомицину, этамбутолу и 14 (40,0%) множественную лекарственную устойчивость (МЛУ).

Через 10 дней после проведения КББ больным выполнен рентгенологический контроль (обзорный снимок, линейные томограммы органов грудной клетки). У 28 человек (80%) отмечалась положительная динамика: в виде ателектаза 19 человек (67,9%), цирроза - 7 (25,0%), при этом полости распада не определялись у 2-х (7,1%). Отсутствие положительной динамики выявлено у 7 человек (20,0%).

Выводы. Таким образом, клапанная бронхоблокация является эффективным малоинвазивным немедикаментозным методом лечения различных форм туберкулёза лёгких. Среди больных, лечившихся в терапевтическом отделении ЗККПТД, наблюдается высокая заболеваемость туберкулёзом лёгких лиц трудоспособного возраста. В большинстве случаев диагностируются диссеминированные и фиброзно-кавернозные формы туберкулёза органов дыхания. Положительная динамика в раннем периоде после применения клапанной бронхоблокации наблюдается у 28 (80,0%) обследованных.

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ И ВЫЯВЛЯЕМОСТИ TORCH-ИНФЕКЦИЙ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ ПО ДАННЫМ ЛАБОРАТОРИИ МОЛЕКУЛЯРНОЙ ГЕНЕТИКИ НИИ МОЛЕКУЛЯРНОЙ МЕДИЦИНЫ ГБОУ ВПО ЧГМА

Пушкарев Б.С.

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

Цель: Провести анализ распространённости и выявляемости TORCH-инфекций с использованием базы данных лаборатории Молекулярной генетики ГБОУ ВПО ЧГМА за период с 1.01.2013 по 3.03.2015 (26 месяцев).

Задачи: 1) Провести подсчёт случаев диагностики и обнаружения нуклеиновых кислот возбудителей заболеваний группы TORCH-инфекций; 2) Рассчитать показатели распространённости и выявляемости на основе полученных данных; 3) Проанализировать полученные результаты.

Материалы и методы. Проводился подсчёт случаев диагностики и выявления нуклеиновых кислот следующих возбудителей инфекций группы TORCH: *Toxoplasma gondii*, Parvovirus B19, Varicella-Zoster virus, Cytomegalovirus, Human herpes virus 6 типа, Herpes simplex 1 и 2 типов, Epstein-Barr virus. Для исследования использована электронная база данных лаборатории Моле-

кулярной генетики НИИ Молекулярной медицины ГБОУ ВПО ЧГМА. Количество бланков-результатов за исследуемый период составило 3149 штук. Диагностика инфекционных агентов в лаборатории осуществлялась методом полимеразной цепной реакции с детекцией в режиме реального времени (PCR-RT) и по конечной точке (PCR-FEP) на приборе "RotorGene-Q" (Австралия) и "АЛА-1/4" (Латвийская республика) с использованием наборов реагентов ООО "Интер-ЛабСервис" для ПЦР-диагностики инфекционных заболеваний человека. Биологическим материалом для лабораторных исследований послужила цельная кровь пациентов с лимфаденопатией и признаками ОРВИ.

Средняя численность населения Забайкальского края за исследуемый период получена с электронного ресурса "Википедия".

Статистическая обработка данных проведена с использованием пакета прикладных программ Microsoft Office Excel 2013.

Результаты. Установлено следующее количество случаев диагностики / обнаружения нуклеиновых кислот возбудителей TORCH инфекций: *Toxoplasma gondii* 42/0; Parvovirus B19 8/1; Varicella-Zoster virus 23/0; Cytomegalovirus 465/48; Human herpes virus 6 типа 254/90; Herpes simplex 1 и 2 типов 689/16; Epstein-Barr virus 276/99 соответственно.

Выявляемость: Epstein-Barr virus составила 35,9%; Human herpes virus 6 типа 35,4%; Parvovirus B19 12,5%; Cytomegalovirus 9,7%; Herpes simplex 1 и 2 типов 2,3%; *Toxoplasma gondii* и Varicella-Zoster virus не были обнаружены (0%).

Распространённость: Epstein-Barr virus 0,09‰; Human herpes virus 6 типа 0,08‰; Cytomegalovirus 0,04‰; Herpes simplex 1 и 2 типов 0,015‰; Parvovirus B19 0,0009‰.

Заключение. Определена выявляемость и распространённость нуклеиновых кислот возбудителей TORCH-инфекций. Первое место по выявляемости и распространённости разделяют Epstein-Barr virus (35,9% и 0,09‰) и Human herpes virus 6 (35,4% и 0,08‰), что отражает эпидемиологическую ситуацию и большое значение их диагностики молекулярными методами, имеющими высокую чувствительность, специфичность и требующими относительно малых временных затрат, что важно в связи с нейровирулентностью этих инфекционных агентов и частыми случаями бессимптомного носительства.

Случаи выявления *Toxoplasma gondii* и Varicella-Zoster virus отсутствовали, что может быть связано с небольшим количеством исследований (42 и 23 соответственно) за изучаемый период.

СОСТОЯНИЕ КОЛЛЕКТИВНОГО ИММУНИТЕТА К УПРАВЛЯЕМЫМ ИНФЕКЦИЯМ У НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА ЧИТА

Цыренова Э.Ч., Семенова Ж.Д., Казанцева Е.И.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: к.м.н. Калинина Э.Н.

Ежегодно в стране регистрируется 30-40 млн. случаев инфекционных болезней. Самым эффективным и экономически целесообразным профилактическим мероприятием по предупреждению инфекционных болезней является вакцинация. Вакцинация против управляемых инфекций в рамках календаря прививок позволила снизить по сравнению с допрививочным периодом заболеваемость корью - в десятки тысяч раз, дифтерией - более чем в 5000 раз, коклюшем - в 150 раз, эпидемическим паротитом - в 500 раз, краснухой - в 400 раз. Несмотря на достигнутые результаты вакцинации, управляемые инфекции продолжают регистрироваться как в виде единичных случаев, так и вспышек. Это определяет необходимость анализа данных мониторинга качества проводимой вакцинации.

Цель работы. Оценка эффективности и уровня защищенности взрослого населения в различных возрастных и половых группах от управляемых инфекций после плановой иммунизации в детском возрасте г.Чита.

Материалы и методы. Проведен анализ 498 карт серологических результатов сыворотки крови в возрасте от 20 до 60 лет после плановой иммунизации против управляемых инфекций.

Нами использовалась популяционная (неорганизованная) выборка репрезентативная по половозрастной и административно-территориальной структуре для населения всего города без учета данных по вакцинации по эпидемическим показаниям.

Состояние коллективного иммунитета к вирусу гепатита В и вирусу полиомиелита оценивали методом иммуноферментного анализа (ИФА) с определением содержания видоспецифических маркеров (anti HBs) и IgG в сыворотке крови соответственно. Из 498 обследованных наличие видоспецифических маркеров к вирусу гепатита В в сыворотке крови наблюдалось у 285 (57,2%) человек, отрицательные результаты у 213 (42,8%) человек. IgG к вирусу полиомиелита в сыворотке крови определялись у 466 (93,6%) человек, у 32 (6,4%) человек они не обнаруживались. Наличие IgG к вирусу краснухи в сыворотке крови встречалось у 272 (54,6%) человек, к вирусу паротита выявилось у 227 (45,6%) человек, к вирусу кори наблюдалось у 264 (53%) человек. У половины обследуемых людей, относящихся к возрастной группе 50-60 лет, отсутствовал иммунитет к вирусам краснухи, кори, паротита. Уровень противодифтерийных антитоксических антител был определен в реакции пассивной гемагглютинации (РПГА). Высокий титр антител наблюдался у 351 (70,4%). Отрицательные результаты у 147 (29,5%). Иммунитет к менингиту серогруппы А был определен в реакции пассивной гемагглютинации (РПГА). Выявлено отсутствие напряженности противоменингококкового иммунитета у 323 (65%) исследуемых. Состояние коллективного иммунитета к вирусу клещевого энцефалита оценивали методом иммуноферментного анализа (ИФА) с определением содержания видоспецифических IgG в сыворотке крови. Данные о контакте с клещами не были взяты в оценку. Из 498 обследованных наличие IgG к вирусу клещевого энцефалита в сыворотке крови наблюдалось у 106 (21,3%) человек. Отрицательные результаты на антитела класса IgG были у 391 (78,7%) человек.

Выводы. Таким образом, после плановой вакцинации против вирусного гепатита В 42,8% человек в старших возрастных группах утратили поствакцинальный иммунитет, что является показанием для проведения ревакцинации. Основная часть обследуемых имела отрицательные серологические результаты к вирусу клещевого энцефалита, это объясняется тем, что данная прививка проводится по эпидемическим показаниям. Тем же можно объяснить отсутствие напряженности иммунитета к менингококку серогруппы А. Отсутствие иммунитета к вирусам краснухи, кори и паротита выявилось приблизительно у половины обследуемых людей, относящихся к возрастной группе 50-60 лет. Состояние коллективного иммунитета к вирусу полиомиелита характеризуется наличием высокой напряженности иммунитета к данному заболеванию (93,6%). Полученные результаты свидетельствовали о достаточно высокой степени защищенности населения г. Читы от дифтерии (70,4%).

МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

ВЛИЯНИЕ ЭКЗАМЕНАЦИОННОГО СТРЕССА НА ДИНАМИКУ ГОРМОНОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Бакшеева Е.Г., Косякова Е.С., Загайнова Т.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: к.м.н., доцент Фефелова Е.В., к.б.н. Максименя М.В.

Данные о влиянии стресса на функцию щитовидной железы получены в основном при моделировании его у млекопитающих [Helmreich D.L., 2006], птиц [Baos R., 2006], тритонов и черепах [Frangioni G., Ray P.P., 2006]. В исследованиях эффектов стресса на функцию щитовидной железы (ЩЖ) у человека отмечалась дисрегуляция тиреоидного статуса [Надольник Л.И., 2010]. Однако данных о влиянии экзаменационного стресса на тиреоидный статус в доступной нам литературе мы не обнаружили. Поэтому **целью** нашей работы явилось изучение динамики тиреоидных гормонов в период экзаменационной сессии в сыворотке и слюне.

Материалы и методы исследования. В исследовании принимали участие 40 условно здоровых добровольцев - студентов ЧГМА, в возрасте от 18 до 28 (средний возраст 19,5 (19,0; 21,0) года). Обследование респондентов проводилось трижды: 1 - во время обычного процесса в семестре; 2 - за полчаса до курсового экзамена; 3 - через 30 мин после экзамена. У всех студентов осуществляли стоматологический осмотр полости рта, забор венозной крови и слюны. Слюну собирали по общепринятой методике: натошак, после прополаскивания полости рта кипяченой водой. Концентрацию кортизола, пролактина, общего Т3, свободного Т4, ТТГ определяли методом иммуноферментного анализа (ИФА) (наборы фирмы "Алкор Био"). Темперамент определяли используя тест Айзенка. Статистический анализ полученных данных проводили с помощью программы Statistica 6.1 (StatSoft). Описательная статистика представлена медианой и межквартильным интервалом (25-го; 75-го перцентилей); сравнение зависимых выборок проводили с помощью критерия Вилкоксона.

Результаты и их обсуждение. Для подтверждения наличия стресса у студентов во время экзамена, определялась концентрация кортизола. Его уровень перед экзаменом возрастал практически в 3 раза в сыворотке крови. При этом, в группе девушек его концентрация была максимальной перед экзаменом, а в группе юношей - после экзамена. Наиболее выраженное увеличение концентрации - в 3,5 раза наблюдалось у холериков ($p=0,001$), а наименее - у флегматиков (в 1,6 раза, $p=0,005$). Пролактин также относится к гормонам стресса. Его содержание в целом в группе увеличилось на 73% ($p=0,005$) перед экзаменом и оставалось на высоких цифрах и после него, при этом у юношей наблюдалась лишь тенденция к увеличению его концентрации, а в группе девушек он увеличился в 2,5 раза ($p=0,0002$). Наиболее низкий базовый уровень пролактина наблюдается у холериков, а наиболее высокий - у меланхоликов. При этом, его концентрация перед экзаменом возрастает у холериков, флегматиков и сангвиников, наиболее выражено (в 6 раз) - у холериков ($p=0,001$). У меланхоликов его уровень возрастает наиболее выражено после экзамена ($p=0,005$).

Уровень ТТГ в целом в группе увеличивался перед экзаменом на 13% ($p=0,04$) и приходил к значениям семестра сразу после экзамена, причем у юношей его концентрация возросла на 33% ($p=0,002$), а у девушек лишь на 18% ($p=0,04$). В большей степени его концентрация увеличивалась у флегматиков (на 84%, $p=0,005$). При этом, содержание тироксина в целом в группе было на одном уровне как в семестре, так и во время сессии. Значимое снижение уровня свободного Т4 наблюдалось только у холериков на 25% ($p=0,01$) через 30 мин после экзамена. Содержание общего Т3 в общей группе увеличивалось перед экзаменом на 13% ($p=0,004$) и в группах юношей и девушек носили однонаправленный характер.

При изучении динамики общего Т3 в слюне, обнаружено, что у девушек его уровень возрастает перед экзаменом на 24% ($p=0,02$), а у юношей в этот период он снижается на 60% ($p=0,002$) и восстанавливается до исходных значений после экзамена. Изменения содержания Т3 общего

в зависимости от темперамента носили однонаправленный характер, при этом у холериков в слюне его уровень возрос более значительно, по сравнению в сыворотке крови - на 38% ($p=0,005$).

Выводы. На фоне экзаменационного стресса наблюдается разнонаправленное изменение уровня тиреоидных гормонов в сыворотке крови и слюне, зависящее как от пола, так и от темперамента исследуемого.

КРИТЕРИИ СТАРЕНИЯ КОЖИ У КОРЕННЫХ ЖИТЕЛЕЙ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ

Гаспарян М.А., Столбикова Ю.Е., Татаренко Е.В., Трусова Ю.А., Эдуардова А.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: к.м.н., доцент Терещенко В.Н., к.м.н. Сормолотова И.Н.

В настоящее время не вызывает сомнения тот факт, что выяснение механизмов старения и управление ими позволят увеличить продолжительность жизни людей. Физиологическое старение многопричинно, наследственность только на 25% влияет на процессы старения, 75% это образ жизни. Суровые климатические условия, повышенная сухость, инсоляция, парциальная гипоксия - это специфика Забайкальского края, влияющая на старение всех систем организма и, в частности, кожи. Сегодня необходимо решать проблемы патологического старения, связанного с ограничением приспособительных возможностей органов и систем организма человека к воздействию различных неблагоприятных факторов внешней среды.

Цель работы. Изучить влияние различных факторов на старение кожи коренных жителей Забайкальского края в разных возрастных группах.

Материалы и методы исследования. Для определения факторов старения кожи был проведен тест американского ученого - геронтолога Рея Уолфорда и анкетирование 119 человек, постоянно проживающих в Забайкальском крае, в возрасте от 17 до 89 лет. Тест заключался в щипке кожи на тыльной поверхности кисти с задержкой на 5 секунд и дальнейшим определением времени исчезновения белосоватости. В 1 группу вошли 56 человек - пенсионеры, находящиеся на стационарном лечении в Забайкальском краевом госпитале ветеранов войн (женщин 71%, мужчин 29%, средний возраст 65 лет), во 2 группу - 63 студента Читинской государственной медицинской академии (женщин 59%, мужчин 41%, средний возраст 22 года). Полученные данные обработаны с помощью пакетов программ Microsoft Excel 2007, с определением статистической значимости различий при $p<0,05$. С целью выявления межгрупповых различий использовался тест Манна-Уитни.

Результаты. По данным социологического исследования было выявлено, что 42% студентов имеют вредные привычки: курение 35%, алкоголь 7%. Среди пенсионеров цифры составляют 12% и 25% соответственно. Большинство из опрошенных респондентов проживает в городе. Определено, что среди студентов тест Уолфорда выше нормы у 18% курящих, и выше у 27% выпивающих в день до 1,5 литров воды по сравнению с употребляющими дневную норму. В исследовании выявлены статистически значимые различия между группами молодого и пожилого возраста, в группе пожилого возраста тест выше нормы в 48% случаев ($p<0,05$). Тест Уолфорда у сельских жителей старшего поколения на 27% ($p<0,05$) превышал норму по сравнению с городскими жителями. Нормальная продолжительность теста была выявлена преимущественно у городских, не курящих жителей, не имеющих патологии желудочно-кишечного тракта. Нормальная или слегка повышенная продолжительность теста (14-16 секунд) в возрастной группе от 55 лет и старше отмечена в группе сельских жителей, выпивающих менее 1,5 или более 3 литров воды в сутки и имеющих продолжительность сна 3-5 часов. Самые выраженные нарушения теста отмечались у пенсионеров, проживающих в сельской местности, курящих и имеющих заболевания желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы и сахарный диабет.

Выводы. В результате проведенного исследования выявлено, что на процессы старения кожи у коренных жителей Забайкальского края влияют такие факторы как проживание в сельской местности, курение (в обеих возрастных группах), наличие заболеваний желудочно-кишечного тракта, недостаточный сон и употребление недостаточного, либо избыточного количества воды, что, возможно, ведет к нарушению водного баланса.

**ВЛИЯНИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ РЕЗИНКИ
 НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ**

Голобоков А.М., Дорофеева М.В., Черных О.С.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: к.м.н. Измestьев С.В., к.м.н., доцент Фeфелова Е.В.

Всем известно, что употребление жевательной резинки в настоящее время получило широкое распространение. Реклама приписывает резинке различные полезные свойства: укрепление эмали зубов, предотвращение кариеса, устранение неприятного запаха изо рта, восстановление кислотно-щелочного баланса и т.д. Вместе с тем, не вызывает сомнений вред от злоупотребления этим продуктом, жевательная резинка способствует развитию гастрита и язвенной болезни, вызывает привыкание и др. Противоречивыми являются сведения о влиянии жевания на когнитивные функции. Ряд исследователей отмечают стимулирующий эффект жевательной резинки на умственную деятельность, в то же время во многих работах описано отрицательное действие жевания на внимание и память. В связи с отсутствием однозначного ответа на поставленный вопрос нами была выбрана данная тема.

Цель работы. Изучить влияние употребления жевательной резинки на концентрацию внимания и кратковременную память.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 60 студентов третьего курса лечебно-профилактического и педиатрического факультетов ГБОУ ВПО ЧГМА. Участники исследования были распределены на три группы в зависимости от рейтинга успеваемости: 1 группа - лица со средним баллом 5,35 (n=15); 2 группа - средний балл 6,5 (n=30); 3 группа - средний балл 7,5 (n=15). Изучение концентрации внимания проводилось с помощью теста Мюнстерберга: участники получали бланки с напечатанными без пробелов буквами русского алфавита, среди которых есть слова, испытуемым необходимо найти слова и подчеркнуть их с первой буквы до последней. Оценивалось время выполнения и точность по формуле: коэффициент $A = \frac{V+T}{c}$, где $V = \frac{c-m}{c+n}$; c - общее количество найденных слов; m - количество ошибочно выделенных слов; n - количество пропущенных слов; T - поправка на время. Кратковременную память оценивали методикой десяти слов: участники получали бланки, с рядом не связанных по смыслу слов, которые необходимо запомнить за 45 секунд, после чего оценивалось время и точность их воспроизведения в процентах. Оба теста исследуемые группы выполняли до и во время жевания резинки. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью программы "Statistica", результаты выражали в виде среднего значения ($M(\pm SD)$). Значимость различий показателей до и во время жевания оценивали по непараметрическому критерию Вилкоксона для зависимых переменных. Значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты выполненного исследования представлены в таблице.

Таблица

Группа	Внимание (точность, коэффициент А)		Память (точность, %)		Внимание (время, сек)		Память (время, сек)	
	до	во время жевания	до	во время жевания	до	во время жевания	До	во время жевания
1	0,86(±0,08)	0,91(±0,05)*	88(±22,7)	81(±29,8)	120(±9,1)	128(±14,6)	36,3(±10,3)	46,4(±9,2)*
2	0,91(±0,05)	0,93(±0,04)	88(±38,7)	80(±40,9)*	139(±9,46)	137(±14,3)	31(±9,95)	35(±8,4)*
3	0,95(±0,05)	0,92(±0,05)	90(±33,8)	87(±35,6)	127(±8)	126(±9,7)	29(±6,08)	35(±7,2)*

Примечание: * $p < 0,05$ в сравнении с показателем до жевания.

Вывод. Положительное влияние употребления жевательной резинки отмечено только у первой группы испытуемых при выполнении теста для оценки концентрации внимания. Вместе с тем, у студентов всех исследованных групп наблюдается значимое отрицательное влияние жевания резинки на показатели кратковременной памяти - зарегистрировано увеличение времени воспроизведения по методике десяти слов, кроме того, во второй группе - жевание негативно сказа-

лось на точности воспроизведения информации. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о преимущественно негативном влиянии жевания резинки на когнитивные функции.

РЕАКЦИЯ ТУЧНЫХ КЛЕТОК НА ВОЗДЕЙСТВИЕ ПРОДУКТОВ РАСТВОРЕНИЯ КОЛЛАГЕНА В ПРОЦЕССЕ ЗАЖИВЛЕНИЯ ПОЛНОСЛОЙНЫХ РАН В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Евгалдаев С.Д.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: к.м.н. Обыденко В.И., к.м.н. Баранчугова Л.М., Русаева Н.С.

Преыдушие исследования показали, что применение продуктов растворения коллагена на основе комплекса молочной кислоты (ПРК КМК1) стимулирует регенерацию кожи. В свою очередь, тучные клетки, являясь регуляторами местного гомеостаза, играют важную роль в механизме заживления.

Целью исследования явилось изучение тучноклеточного компонента в процессе репаративной регенерации под влиянием ПРК на основе КМК 1.

Материалы и методы. Эксперимент выполнен на 30 белых беспородных крысах - самцах, в возрасте 6 мес., массой тела 250-300 гр. Крыс содержали в стандартных условиях вивария. Для создания травматической модели на коже в межлопаточной области после депиляции под эфирным наркозом удалялся полнослойный кожный лоскут размерами 1,0x1,0 см. На всем протяжении эксперимента рана оставалась открытой. Экспериментальные крысы содержались в индивидуальных клетках.

В связи с поставленной целью животных разделили на две группы, по 15 крыс в каждой. У животных контрольной группы заживление проходило самостоятельно, под струпом. У животных экспериментальной группы для заживления ран использовали аппликации продуктов растворения коллагена кисломолочным комплексом. Забор материала осуществлялся на 3, 7, 14 сутки. Морфологический материал подвергался стандартной заливке в парафин, полученные препараты окрашивали азур II - эозином. Морфометрию проводили с применением программного обеспечения МЕКОС. Статистическая обработка результатов выполнена непараметрическим методом.

Полученные результаты. У животных контрольной группы на 3-и сутки после травмы наблюдалась массовая гибель и дегрануляция тучных клеток, их количество составило $36,18 \pm 2,21$ в 10 полях зрения. На 7 сутки эксперимента среднее количество лаброцитов увеличилось до $146,32 \pm 3,24$ в 10 полях зрения. Тучные клетки располагались небольшими группами вдоль кровеносных сосудов, принимали вид теней, утрачивали зернистость, имели бледно окрашенное ядро.

Клетки - тени выявлялись у животных контрольной группы и на 14-е сутки, при этом их количество снижалось с 87 до 7%. Общее количество тканевых базофилов на этом сроке составило - $92,41 \pm 3,11$ в 10 полях зрения.

Снижение общего числа тканевых базофилов в области раневого дефекта и их массовая дегрануляция отмечалась и в экспериментальной группе. Однако характер изменений имел некоторые особенности. Уже на 3-и сутки после травмы в экспериментальной группе количество тучных клеток превышало показатели контрольной группы в 2 раза ($71,81 \pm 2,35$ в 10 полях зрения). На 7-е сутки их количество достигло максимума - $157,41 \pm 3,21$ в 10 полях зрения, при этом доля дегранулирующих клеток была преобладающей. Клетки-тени встречались лишь на 3-и сутки и локализовались в области раневой поверхности. На 14-е сутки отдельные тучные клетки выявлялись в регенерирующей соединительной ткани, в прилежащей к области заживления ткани выявлялось до 26% мелких клеток, 19% клеток с метохромазией, при этом на долю активно дегранулирующих форм в популяции приходилось 56%.

Таким образом, применение ПРК при раневом процессе стимулировало репаративную регенерацию, влияя на функциональную активность тучных клеток, приводя к их интенсивной миграции в очаг воспаления на 3-и сутки и в повышении количества дегранулирующих форм в более поздние сроки репаративных процессов.

ВЛИЯНИЕ ДОЗИРОВАННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ НА ЛИМФОЦИТАРНО-ТРОМБОЦИТАРНУЮ АДГЕЗИЮ

Литвинцева И.И., Мамлеева В.А., Дмитриева А.А., Останкова А.М.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научный руководитель: к.м.н., доцент Солпов А.В.

Лейкоциты играют важную роль в процессах адаптации организма к физическим нагрузкам. Аэробные физические упражнения являются мощным стимулом для иммунных клеток и тромбоцитов. Известно, что тромбоциты способны вступать в контактные взаимодействия с различными видами лейкоцитов, в частности с лимфоцитами (Витковский Ю.А. и соавт., 1999). Метод оценки лимфоцитарно-тромбоцитарной адгезии (ЛТА) является достаточно информативным для оценки адгезивных и агрегационных свойств тромбоцитов при различных состояниях в норме и при патологии, однако его применение еще не до конца изучено при физических нагрузках разного типа.

Целью исследования явилось изучение адгезивно-агрегационных свойств тромбоцитов и свертывания крови у практически здоровых лиц после аэробной физической нагрузки.

Материалы и методы. В цельной крови двенадцати нетренированных практически здоровых мужчин (18-20 лет) оценивались агрегационные свойства тромбоцитов, подсчитывалось количество лимфоцитарно-тромбоцитарных коагрегатов (ЛТК) и проводилось исследование свертывания крови до и после физической нагрузки. Дозированная нагрузка создавалась на велоэргометре и составила 100 Вт при частоте вращения 45 об. в мин в течение 10 мин. В качестве индукторов агрегации использовался АДФ (конечн. концентрация 5 мкг) и адреналин (конечн. концентрация 4 мкМ), также записывалась спонтанная агрегация кровяных пластинок (реактивы фирмы Helena, UK). Коагуляционный гемостаз исследовался реактивами фирмы Технология-стандарт (регистрировали протромбиновое время свертывания и АЧТВ). ЛТК подсчитывали по методу, предложенному Витковским Ю.А. Для оценки статистических показателей использовался пакет данных программы STATISTICA 10, параметры приведены в виде средних величин со стандартным отклонением ($M \pm SD$) и при сравнении групп использовался t-критерий Стьюдента для независимых выборок, различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Обнаружено, что после дозированной физической нагрузки уменьшалось количество ЛТК в исследуемой крови (до нагрузки $13,9 \pm 1,7\%$, после $9,7 \pm 0,9\%$, $p < 0,05$; $M \pm SD$). При исследовании агрегации тромбоцитов и коагуляционного гемостаза достоверных различий выявлено не было.

Заключение. Таким образом, физическая нагрузка изменяет адгезивные свойства тромбоцитов и лимфоцитов. Уменьшение количества лимфоцитарно-тромбоцитарных агрегатов мы связываем с их адгезией к стенкам сосудов в результате их активации, что подтверждает результаты полученные ранее (Солпов А.В., 2004; Тополев И.Д., 2006). Метод оценки ЛТА обладает высокой чувствительностью для выявления адгезивно-агрегационных свойств кровяных пластинок.

КОЭФФИЦИЕНТ SKF КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ФИЗИЧЕСКОЙ ТРЕНИРОВАННОСТИ ЛЮДЕЙ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Малинина А.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

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

Цель работы. Оценить информативность коэффициента SKF как показателя физической тренированности людей.

Материалы и методы. Обследовано 116 молодых людей в возрасте 17-20 лет все обследованные были разделены на 3 группы. Первую группу составили 32 человека, занимающиеся разными видами спорта в течение 1-13 лет. Вторую группу (72) представили студенты, посещающие плановые занятия физической подготовки. В третью группу вошли молодые люди, по разным причинам освобожденные от занятий физкультурой (12), но не страдающие острой сома-

тической патологией. Исследование проводилось аппаратом Measurement device ELFI-TECHNE5. В основе метода лежит способ измерения вязкости и скорости кровотока при помощи анализа спеклов.

Обследование молодых людей проводилось следующим образом: на основание указательного пальца прикреплялось пневматическое кольцо, включалась оптическая система. Сигнал подавался на записывающее устройство. Через 15 с палец пережимался давлением в 280 мм рт. ст., подающимся на пневматическое кольцо. При этом появлялись условия "искусственной кюветы" в которой движение эритроцитов осуществлялось хаотично. По истечении 25 с давление сбрасывалось до нуля. Через 15 с после перерыва выполнялось повторное измерение. Вычисления коэффициента SKF (Shenkman, Kuznik, Fine) осуществлялось специально разработанной компьютерной программой. Показатель SKF определяли до и после первого и второго пережима пальца. Измерения осуществлялись до физической нагрузки и после (10 приседаний). Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы BIOSTAT, Microsoft Excel 2010, исследуемые параметры приведены в виде средних величин со стандартным отклонением ($M \pm SD$).

Показатель SKF до физической нагрузки до первого и до второго пережима ($220,1 \pm 4$ и $213,8 \pm 4$ соответственно) был выше у студентов, не посещавших занятия по физической подготовке по сравнению с молодыми людьми, занимающимися спортом ($198,8 \pm 3$ и $200,0 \pm 4$; $p < 0,05$), а также студентами, занимающимися плановыми занятиями физкультурой (207 ± 3 , $202,3 \pm 2$; $p < 0,05$). Различий в показателях SKF до физической нагрузки между спортсменами и студентами, занимающимися плановыми занятиями физкультурой, не выявлено. Аналогичные результаты получены после физической нагрузки. Коэффициент SKF у студентов, не посещавших занятий по физической подготовке, до первого пережима ($222,9 \pm 6$) был выше, чем у молодых людей, занимающихся спортом ($202,3 \pm 5$; $p < 0,05$), а также по сравнению со студентами, занимающимися плановыми занятиями по физической подготовке ($210,6 \pm 3$; $p < 0,05$). У нетренированных студентов, не занимавшихся физкультурой, показатель SKF до второго пережима ($223,2 \pm 4$) также оказался выше, чем у молодых людей, занимающихся спортом ($168,5 \pm 7$; $p < 0,05$). Вместе с тем у студентов, не посещавших занятий по физической подготовке, показатель SKF ($190,4 \pm 8$) был выше после первого пережима по сравнению с молодыми людьми, занимающимися спортом ($166,3 \pm 7$; $p < 0,05$). После физической нагрузки у студентов, не посещавших занятий по физической подготовке, а также не занимающихся спортом, имелась тенденция к повышению коэффициента SKF после первого пережима и до второго пережима. Показатель SKF у спортсменов после физической нагрузки не изменялся и практически был равен коэффициенту SKF до приседаний.

Выводы.

1. По показателю SKF можно судить о физической тренированности занимающихся и не занимающихся спортом людей.
2. Чем лучше физическая подготовка, тем меньше показатель SKF.
3. Сразу после физической нагрузки показатель SKF проявляет тенденцию к увеличению у слабо тренированных людей, что свидетельствует об увеличении у них вязкости крови.

ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ TLR6 (Ser249Pro) У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ Марковский А.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: к.м.н., доцент Страбмовская Н.Н., д.м.н., профессор Белокриницкая Т.Е.

В последние годы возрастает интерес к изучению роли Toll-like рецепторов (Toll-like receptors - TLRs) в опухолевом процессе. Функциональная несостоятельность которых, при полиморфизме в кодирующих их генах, отражается на иммунологической защите и предрасположенности к ряду заболеваний. Ген TLR6 (толл-подобного рецептора 6) - кодирует белок, способный активировать фактор транскрипции NF- κ B (nuclear factor κ B) влияющий на экспрессию генов ряда антиапоптотических белков, которые в свою очередь способствуют ускользанию злокачественной опухоли от иммунологического надзора [Хорева М.В., 2012]. Но на сегодняшний день в лите-

ратуре недостаточно данных по исследованию толл-рецепторов и их генетического полиморфизма при онкопатологии, а в том числе и раке молочной железы (РМЖ), что делает изучение данных белков чрезвычайно интересным.

Цель работы. Сравнить частоту аллелей и генотипов генетического полиморфизма TLR6 (Ser249Pro) среди относительно здоровых женщин и больных РМЖ в Забайкальском крае.

Материалы и методы. Обследовано 40 женщин в возрасте $53,1 \pm 13,0$ лет, находившихся на стационарном лечении в онкологическом диспансере с диагнозом рак молочной железы. Контрольную группу составили относительно здоровые и не имеющие на момент исследования онкологической патологии 89 женщин Забайкальского края в возрасте $41,2 \pm 18,5$ лет. Материалом для молекулярно-генетического анализа (PCR-Ef) служили образцы ДНК, выделенные из лейкоцитов периферической венозной крови. Амплификацию проводили в термоциклере (ООО "Бис-Н", Новосибирск). В работе использовались стандартные наборы для исследуемых SNP научно-производственной фирмы "Литех" (Москва). Для оценки соответствия распределений наблюдаемых генотипов ожидаемым значениям при равновесии Харди-Вайнберга и для сравнения распределений частот генотипов и аллелей в двух субпопуляциях использовали критерий χ^2 с поправкой Йетеса. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы Microsoft Excel 2010 и on-line калькулятора (gen-exp.).

Результаты. Обнаружены все искомые мутации в гомо- и гетерозиготном состоянии с частотным подчинением закону Харди-Вайнберга. Полиморфизм Toll-6 (Ser249Pro) в группе больных РМЖ встречался с частотой: TLR6-249Ser/Ser - 0%, TLR6-249Ser/Pro - 17,5%, TLR6-249Pro/Pro - 82,5% и аллельным распределением: TLR6-249Pro - 0,08, TLR6-249Ser - 0,91. При сравнении с найденными частотами генотипов в контрольной группе выявлено преобладание носителей генотипа TLR6-249Pro/Pro - 82,5% ($\chi^2=16,14$; $p=0,0003$) среди больных, против 46,1%, с увеличением риска развития заболевания у гомозигот в 5,5 раза (CI 95%:2,21-13,79). Гетерозигот (TLR6-249Ser/Pro) оказалось меньше, чем среди представителей группы контроля, для них степень риска развития РМЖ определена как 0,31 [CI 95%:0,12-0,78]. В общей сложности в группе больных РМЖ генетические дефекты в Toll-6 рецепторе встречаются в 100%. Расчет отношения шансов (OR) выявил положительную ассоциацию аллеля Pro (OR=5,30, $\chi^2=17,88$, $p=0,00002$), с генотипом Pro/Pro (OR=5,52, $\chi^2=16,14$, $p=0,0003$). Это дает основание предполагать, что мутантная аллель Pro маркирует повышенный риск развития РМЖ, а носительство генотипов Ser/Pro и Ser/Ser выполняет протективную функцию. Кроме того, среди больных РМЖ не выявлено ни одного носителя нормального аллеля гена Toll-6 (Ser249Pro) рецептора.

Выводы. 1. При изучении частот генетического полиморфизма Toll-6 (Ser249Pro) рецептора выявлено преобладание носительства гомозиготного генотипа: TLR6-249Pro у больных РМЖ - 82,5%, против 46,1% - у относительно здоровых ($p=0,0003$). 2. Частота носительства искомых мутаций Toll-6 (Ser249Pro) рецептора у больных раком молочной железы в изучаемой группе Забайкальской популяции превышала показатели среди резидентов контрольной группы и составила в общем 100%. Следует отметить, что среди больных РМЖ не выявлено ни одного носителя нормального аллеля гена Toll-6 (Ser249Pro) рецептора. 3. Аллельные варианты гена TLR-6 в точках полиморфизма Ser249Pro могут являться генетическими маркерами развития РМЖ, а генотип Pro/Pro - существенным предикторным фактором заболевания.

КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВИТАМИНА С В ПРЕДСТАВИТЕЛЯХ СЕМЕЙСТВА CARYOPHYLLACEAE

Машеева Э.Ч., Сагалаева Н.П.

Бурятский государственный университет, Медицинский институт, Улан-Удэ

Научный руководитель: к.б.н., доцент Ендонова Г.Б.

Флора Бурятии представлена широким разнообразием полезных и ценных растений, но ресурсы многих из них малы и недостаточно изучены. На территории Республики Бурятии представители семейства Гвоздичных (Caryophyllaceae) являются многовидовыми во флоре, входят

в первый десяток по числу видов, насчитывают 22 рода и 72 вида. Использование гвоздичных в медицине связано с высоким содержанием в этих растениях сапонинов. Гвоздичные также содержат и другие биологически активные вещества, такие как флавоноиды, алкалоиды, гликозиды, витамины и др. Витамин С является водорастворимым витамином, обладает антиоксидантными и противогинготными свойствами. Он участвует в регуляции окислительно-восстановительных процессов, в синтезе коллагена и проколлагена, обмене фолиевой кислоты и железа, а также синтезе стероидных гормонов и катехоламинов. В организме человека аскорбиновая кислота не синтезируется, а поступает с пищей, преимущественно растительного происхождения.

Цель работы: определить количественное содержание витамина С в представителях семейства Гвоздичные (Caryophyllaceae) двумя способами.

Материалы и методы. Объектами исследования являлись 5 видов семейства Caryophyllaceae: *Oberna behen* (L.) Ikonn., *Moehringia lateriflora* (L.) Fenzl., *Melandrium album* (Mill.), *Saponaria officinalis* L., *Gypsophila paniculata* L. Образцы растительного сырья были собраны в районах Республики Бурятия в период с 2012г. по 2014г. в фазу массового цветения. Количественное содержание витамина С определяли методами прямого титрования с использованием окислительно-восстановительных реакций с 2,6 дихлорфенолиндофенолом и йодом.

Заключение: По результатам качественного анализа установлено, что в надземной части растений присутствует аскорбиновая кислота. Количественное содержание приведено в таблице. Из данных таблицы видно, что количественное содержание витамина С в исследуемых объектах двумя методами практически одинаковое.

Таблица

Количественное содержание витамина С в представителях семейства Caryophyllaceae.

Название растения	Витамин С мг%	
	2,6 дихлорфенолиндофенол	йод
Мыльнянка лекарственная <i>Saponaria officinalis</i> L.	0,36	0,37
Оберна обыкновенная <i>Oberna behen</i> (L.) Ikonn.	0,32	0,31
Меренгия бокоцветковая <i>Moehringia lateriflora</i> (L.) Fenzl.	0,38	0,39
Качим метельчатый <i>Gypsophila paniculata</i> L.	0,35	0,36
Дрема обыкновенная <i>Melandrium album</i> (Mill.)	0,29	0,30

Выводы: 1. Максимальное содержание витамина С характерно для меренгии бокоцветковой - 0,38 и 0,39 мг%. 2. Проведено сравнительное определение витамина С двумя способами: на основе окислительно-восстановительных реакций с 2,6 дихлорфенолиндофенолом и йодом. 3. Данные методы титрования просты и легко воспроизводимы, не требуют использования сложного оборудования и не занимают много времени.

ИЗМЕНЕНИЕ В СИСТЕМЕ ГЛУТАТИОНА ПОД ВЛИЯНИЕМ N-АЦЕТИЛЦИСТЕИНА У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ

Семёнов Р.В., Ма-Ван-дэ А.Ю.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: Шемякина Н.А., Лукьянова Ю.Л.

В настоящее время широко исследуется роль системы глутатиона (GSH) при различных заболеваниях и способы ее фармакологической коррекции. GSH является регулятором многих клеточных процессов, таких как экспрессия генов, синтез ДНК и белков, протеолиз, клеточная пролиферация и апоптоз, продукция цитокинов и иммунная защита, регуляция функции митохондрий, клеточный оксидативный статус и др. Антиоксидантная активность GSH проявляется главным образом за счет наличия тиоловой группы в его молекуле. Он играет решающую роль в нейтрализации свободных радикалов внутри клетки. Опубликован ряд работ о возможностях фармакологической коррекции уровня глутатиона при ряде заболеваний. Среди них наиболее

перспективными, на наш взгляд, являются исследования о применении экзогенного GSH и его предшественников (N-ацетилцистеин и его этиловый эфир, S-нитрозоглутатион, S-аллилцистеин и т.д.), поскольку они непосредственно участвуют синтезе нативного GSH. Однако влияние указанных веществ пока изучено лишь в экспериментах с лабораторными животными. Существует медицинский препарат N-ацетилцистеина (NAC) Флуимуцил®, сфера применения которого связана в основном с бронхо-легочной патологией. Молекула NAC внутриклеточно трансформируется в цистеин, который является донатором SH-групп для синтеза глутатиона.

Цель работы. Изучить изменение уровня GSH (общего и свободного, а также соотношения свободного и окисленного глутатиона - GSH/GSSG) у здоровых людей под влиянием NAC.

Материалы и методы. В исследовании участвовала группа здоровых добровольцев, 15 человек в возрасте 18-20 лет, которым после проведения медицинского осмотра и подписания добровольного информированного согласия был назначен препарат Флуимуцил® (NAC) 600 мг однократно per os. Изменение параметров глутатиона и уровня NAC в крови определяли до и через 1, 2 и 4 часа после приема препарата оригинальным методом ВЭЖХ, разработанным в НИИ Молекулярной медицины при Читинской медицинской академии. По результатам работы максимальная концентрация NAC в сыворотке крови получена во второй пробе (через 1 час после приема Флуимуцила®), и составила 1,6 мкг/мл ($\pm 0,4$). Уровни общего, свободного GSH и соотношения GSH/GSSG также были наибольшими во второй пробе и составили 670 мкг/мл (± 57), 558 мкг/мл (± 32), и 8,1 ($\pm 2,2$) соответственно. Затем указанные параметры постепенно снижались и достигли исходных значений к 4 часам от момента приема препарата. Отмечена зависимость изменения уровня внутриклеточного глутатиона от концентрации NAC в сыворотке крови (статистическая значимость полученных данных определялась при помощи критерия Манна-Уитни).

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о системном увеличении синтеза нативного GSH под влиянием NAC. Выявленный эффект препарата Флуимуцил® на систему глутатиона у здоровых людей открывает перспективы по дальнейшему изучению его влияния при различных заболеваниях, требующих коррекции антиоксидантного статуса.

КОРРЕКЦИЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ДИСЛИПИДЕМИИ СРЕДСТВОМ НА ОСНОВЕ ПРИРОДНЫХ ЛИПИДОВ

Сынгеева Э.В.¹, Цырмаева Ю.Б.², Ботхоева П.М.²

¹Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления, Улан-Удэ

²Бурятский государственный университет, Улан-Удэ

Научный руководитель: д.б.н. Ламажапова Г.П.

В настоящее время население нашей страны, в особенности в зонах экологической напряженности, не обеспечено полноценным питанием, наблюдается дефицит нутриентов: витаминов, микроэлементов, эссенциальных компонентов липидной природы, что приводит к развитию сердечно-сосудистых заболеваний. Решению данной проблемы может способствовать производство биологически активных добавок (БАДов) из липидов гидробионтов, характеризующихся присутствием значительных количеств ω -3 полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК) с высокой физиологической активностью. Такая активность выражается в нормализации липидного обмена у живых организмов, снижении уровня холестерина в крови, что определяет возможность создания на основе жиров морских гидробионтов БАДов пищевого назначения для профилактики атеросклероза, ишемической болезни сердца, гипертонии.

Цель работы. Оценка эффективности липосомальной формы концентрата ПНЖК при экспериментальной дислипидемии.

Материалы и методы. В работе были использованы липосомы, полученные из фосфолипидов печени байкальской нерпы с добавлением антиоксиданта - α -токоферола в количестве 5% от общего количества липидов. Концентрат ПНЖК был получен из жира байкальской нерпы методом комплексообразования с мочевиной. Работа выполнена на половозрелых крысах-сам-

цах линии Wistar, экспериментальные животные были разделены на 3 опытные группы: I группа - интактные (животные получали стандартный корм и воду); II группа - контроль (животные находились на атерогенной диете в течение 21 дня); III группа - опытная (животные после атерогенной диеты получали в течение 14 дней перорально липосомальную суспензию с добавлением концентрата ПНЖК, полученного из жира нерпы, в дозе 20 мг/кг массы тела крысы).

Экспериментальную гиперлипидемию у крыс вызывали согласно МУК 2.3.2.721-98.2.3.2, разработанным Институтом питания РАМН в соответствии с Федеральным законом РФ. Для оценки гипополипидемического действия концентрата ПНЖК в сыворотке крови крыс определяли содержание общего холестерина (ОХС), триацилглицеридов (ТГ), ХС липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), ХС липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), ХС липопротеидов очень низкой плотности (ХС ЛПОНП), индекс атерогенности (ИА) на биохимическом анализаторе.

Результаты. В результате получения животными II группы атерогенной диеты в течение 21 дня содержание ОХС сыворотки крови было повышено на 62% по сравнению с I группой, показатели ХС ЛПНП и ХС ЛПОНП были повышены на 43,2% и 54% соответственно. Уровень ТГ у животных в контрольной группе повысился на 40% по сравнению с таковым у интактных животных. ИА у животных контрольной группы по сравнению с животными интактной группы повысился в 7,3 раза. Наряду с этим, в группе животных, получавших атерогенную диету, отмечалось снижение содержания антиатерогенной фракции ХС ЛПВП в сыворотке крови на 45,7% в сравнении с соответствующим показателем интактной группы.

Для снижения холестерина лабораторным животным перорально вводилась липосомальная суспензия с концентратом ПНЖК в течение 14 дней. ОХС сыворотки крови животных опытной группы снизился на 48%, ХС ЛПНП на 58,5%, ХС ЛПОНП на снизились на 70,3%, ТГ на 36% и ИА снизился в 11,2 раза, показатели ХС ЛПВП повысились на 42,7% по сравнению с контролем.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о выраженном гипополипидемическом действии исследуемого концентрата, а также указывают на перспективность использования концентрата ПНЖК при разработке биологически активных добавок, лекарственных средств и продуктов функционального питания, направленных на коррекцию холестерина обмена организма.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ЖИТЕЛЕЙ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ

Чимитова Б.Ц.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Научные руководители: к.м.н., доцент Соловьева Т. Л., к.м.н., доцент Егорова Е.В.

Нарушение колонизационной резистентности нормальной микрофлоры верхних дыхательных путей приводит к интенсивному росту условно-патогенной микрофлоры и считается фактором риска соматической патологии. Вызывает беспокойство и значительный рост аллергизации населения, осложнений на фоне лекарственной терапии, что требует поиска новых методов лечения. В отдельных случаях инфекция может возникнуть за счет эндогенной микрофлоры, при ослаблении защитных сил микроорганизма или при дисбактериозе. Особую опасность представляют медицинские работники как носители патогенных микроорганизмов. Возможна передача инфекционных агентов через инструменты, перевязочный материал, предметы ухода.

Важное клиническое значение бактерионосительства определяется достаточной типичностью процесса транслокации (переноса) с кожных покровов и слизистых оболочек во внутреннюю среду организма хозяина с развитием широкого спектра заболеваний.

Основной проблемой остается самолечение и бесконтрольный прием антибиотиков, приводящий к формированию антибиотикорезистентных штаммов. В масштабе выживания человечества организм вновь должен вступить в период естественного отбора и создать симбионтные отношения с новым микроокружением.

Цель исследования: изучить частоту представителей колонизации факультативной симбиотной микрофлоры верхних дыхательных путей у жителей Забайкальского края.

Забор материала (мазки из ротовой и носовой полости у 1200 пациентов) осуществлялся с помощью ватного тампона, помещенного в стерильную пробирку с тиогликолиевой средой. После инкубации в термостате при 37°C в течение 12 часов, материал пересевали на кровяной агар (для определения гемолитических свойств бактерий), ЖСА (желточно-солевой агар для выявления стафилококка), Эндо (для оценки бактерий группы кишечной палочки), среду Сабуро (для поиска дрожжеподобных грибов рода *Candida*) и Энтерококк агар (для культивирования энтерококков). Подсчитывали число колоний и умножали на соответствующее разведение, получали количественную характеристику содержания микроорганизмов в "исходной пробе". Статистическую обработку полученных результатов проводили основными приемами статистики (расчёт средней величины, расчёт среднего квадратичного отклонения, средней ошибки средней величины, доверительных интервалов для зависимых и независимых выборок по различным группам обследованных пациентов).

Установлено, что у жителей Забайкальского края в 49 % случаев превалирует смешанная полимикробная этиология поражения зева, ротовой полости и полости носа. В 27% случаев высевается *Staphylococcus* spp., в 13% - *Streptococcus* spp., в 11% случаев - *E.coli* и *Candida*. По литературным данным у жителей г. Москвы в 50 % случаев высевается *Streptococcus* spp., в 20% случаев *S.aureus*.

Выводы. Роль отдельных показателей микробиоты ротовой полости и верхних дыхательных путей имеет существенное значение в генезе развития некоторых заболеваний. В связи с этим показано проведение исследования микрофлоры полости рта с целью изучения бактерионосительства и предотвращения соматической патологии. Рост кишечной бактериальной микрофлоры и грибов рода *Candida* в ротовой полости, на фоне проводимой антибиотикотерапии, является фактором риска развития дисбактериоза в ЖКТ. Данная ситуация вряд ли будет решена с помощью новых антибиотиков. Поэтому для профилактики бактерионосительства рекомендуется принцип "бактериальной интерференции" - заселение представителями нормобиоты и повышение иммунного статуса.

ОГЛАВЛЕНИЕ

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ТЕРАПИИ

Абрамова Л.Н., Сергеев С.Н., Дымочко Д. А., Домбаева Н.Б. РАЗВИТИЕ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ НА ФОНЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ.....	4
Астафьева Е.Ю., Барышева И.И., Мунгалова Н.В. РОЛЬ ЦИТОГРАММ НАЗАЛЬНОГО СЕКРЕТА В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА ПО МАТЕРИАЛАМ КЛИНИКИ "АКАДЕМИЯ ЗДОРОВЬЯ" ЗА ПЕРИОД 2013-2014 Г.Г.....	5
Бакалова Ю.В., Хачерян М.К. ОСОБЕННОСТИ АРХИТЕКТониКИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА.....	6
Бакшеева Е.Г., Косякова Е.С., Николаев А.Н., Дорофеева М.А. ПОКАЗАТЕЛИ КАПНОГРАФИИ В БОКОВОМ ПОТОКЕ У БОЛЬНЫХ РЕСПИРАТОРНОГО ПРОФИЛЯ.....	6
Батрашкина М.М., Ульзугуева Е.Г. ГЕСТАЦИОННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ: ВЛИЯНИЕ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ, ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ.....	8
Батуева С.Т., Григорьева О.О. СРАВНЕНИЕ РАСЧЁТНЫХ МЕТОДОВ ОЦЕНКИ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ.....	9
Бекшаева Е.Н. ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ ГИПОГОНАДИЗМА ПО ДАННЫМ АНКЕТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.....	10
Белозерцева Н.Ф. ТИП КУРИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ.....	11
Бочкарева Л.С., Федоренко И.А. ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ И ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ В Г. ЧИТА.....	11
Будаева Т.А., Мункина Ч.Ц., Юнжапова В.Б. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛОДЫЖЕЧНО-ПЛЕЧЕВОГО ИНДЕКСА У ПАЦИЕНТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО И КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЙ.....	12
Будников А.А., Измайлова О.Н., Гладких Е.А. ОЦЕНКА МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ ТОНКОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ.....	13
Бурцева М.А., Гранина Е.А., Грузинцева А.А., Коношенко М.В., Шилин Д.В. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ ИНТРАПУЛЬМОНАЛЬНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С ИНФЕКЦИЯМИ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ.....	14
Ведерникова Т.К. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ "СПАЙСАМИ".....	15
Викулина Е.И., Первалова Т.А. ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ: СОВРЕМЕННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ И РЕАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА.....	16
Войтюк М.Н., Ивашко Т.В. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА.....	17

Горбунова Т.А. ПАРАМЕТРЫ ЖЕСТКОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО РУСЛА И УРОВЕНЬ ЦЕНТРАЛЬНОГО АОРТАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РАННИМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ.....	18
Дампилов М.В., Замешаев М.С., Рахматуров А.Г. КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ КРИТЕРИИ ХОБЛ ПРИ СТАНДАРТНОЙ СХЕМЕ ТЕРАПИИ.....	19
Евгалдаев С.Д., Илькова Е.В., Демакова Т.В. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГРУППЫ КРОВИ ПО СИСТЕМЕ АВ0.....	20
Емельянов А.С., Стафеев А.Н. ТРУДНОСТИ ПРИ ПОСТАНОВКЕ И ФОРМУЛИРОВКЕ ДИАГНОЗА ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ПО ДАННЫМ ОТДЕЛЕНИЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ ККБ.....	21
Еремин О.В., Потапова А.П., Матвеева Т.В. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ.....	22
Еремин О.В., Нимбуева С.Г. АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ШКОЛЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ГУЗ "ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №5".....	23
Журавлева Ю.И., Иванец Е.Э., Людвигевич С.А. АНАЛИЗ ТОЧНОСТИ ГЛЮКОМЕТРА "САТЕЛЛИТ" ПКГ-03.....	24
Зими́на А.В., Хусаинова Н.М. ЧАСТОТА ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ ГИСТОСОВМЕСТИМОСТИ (HLA I B27, HLA II DRB1) У ПАЦИЕНТОВ С СЕРОНЕГАТИВНЫМИ СПОНДИЛОАРТРИТАМИ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ.....	25
Знаменщикова С.Ю. МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ПОРАЖЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	25
Иванова А.В. СЛУЧАИ ТУБЕРКУЛЁЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ.....	26
Калачева Т.А., Смирнова А.И. ВЛИЯНИЕ УЛЬТРАЗВУКА НА ЩИТОВИДНУЮ ЖЕЛЕЗУ.....	27
Колмакова К.А., Цыденова Д.М. ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ШКАЛ M. W. ROGES, P. S. WELLS (2001) и G. LEGAL (ЖЕНЕВА, 2006) У БОЛЬНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ, ПО ДАННЫМ НУЗ ДОРОЖНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА НА СТАНЦИИ ЧИТА -2 ЗА ПЕРИОД 2012-2014 Г.Г.....	28
Кочетова Е.В., Шулимова А.С. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА И ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К КЛОПИДОГРЕЛЮ СРЕДИ ПОПУЛЯЦИИ ЛЮДЕЙ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ.....	29
Кудрик Е. В. ВЛИЯНИЕ РАДИОЙОДТЕРАПИИ НА УРОВЕНЬ МОЛЕКУЛЫ МЕЖКЛЕТОЧНОЙ АДГЕЗИИ SICAM-1 ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИФFUЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА.....	30
Курмангулов А.А., Исакова Д.Н., Шорохова Т.Д. МИКРОБИОТА КИШЕЧНИКА И СИСТЕМНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМЕ.....	31

Курупанова А.С., Золотухина И.Е. ТРЕВОГА, ДЕПРЕССИЯ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ И ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА.....	31
Лазо Б.А. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ТОЧНОСТЬ РАБОТЫ ГЛЮКОМЕТРОВ В РАЗЛИЧНЫХ МЕСТАХ ЗАБОРА КАПИЛЛЯРНОЙ КРОВИ.....	32
Лин-фа О.С., Рабданова Д.Д., Хачатрян Т.А. ПРИМЕНЕНИЕ МЕЖДУНАРОДНОГО ОПРОСНИКА GERDQ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ.....	33
Маришкина К.А. НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ПОЧЕК И ФОРМИРОВАНИЕ ПОСТИНФАРКТНОЙ АНЕВРИЗМЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У МУЖЧИН.....	34
Маркина Т.П., Тудупова Ц.Ц. НЕФРОБИОПСИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА.....	35
Матафонова А.А., Намсараева Е.В. КЛИНИКО-ГЕМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФОЛЕЙКОЗА В ДЕБЮТЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	36
Мишкилеева Д.А., Ведрова Л.Е., Калашникова Н.М., Мындускин И.В., Суханов Д.И. ТРОФОЛОГИЧЕСКИЙ И ЭНЕРГЕТИЧЕСКИЙ СТАТУС, ОПОСРЕДОВАННЫЙ ЛЕПТИНОМ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ.....	37
Норбоев М.Б. ЧАСТОТА ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА НЕКОТОРЫХ КОМПОНЕНТОВ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ.....	38
Рязанцева А.В., Тренева Ю.А. АРГОНОПЛАЗМЕННАЯ КОАГУЛЯЦИЯ КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПИЩЕВОДА БАРРЕТТА В ККБ.....	39
Стафеев А.Н., Семенов А.В., Титова Т.В., Иванова Н.М., Иванов М.О. ДИНАМИКА ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ИММУННЫХ КОМПЛЕКСОВ, СОДЕРЖАЩИХ ХОЛЕСТЕРИН У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ СТАДИЕЙ ИНФАРКТА МИОКАРДА.....	39
Стафеев А.Н., Колегова Н.В. СОСТОЯНИЕ ФОСФОРНО-КАЛЬЦИЕВОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК.....	40
Тандура А.Ю., Ермакова М.М. ВЛИЯНИЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНЫХ АВТОПЕРЕВОЗОК НА ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ ТРОМОБЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ.....	41
Тарнуева Д.Б., Волкова Е.Ю. АНАЛИЗ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ В ЗАБАЙКАЛЬСКОЙ КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ.....	42
Троицкая И.Н. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ, БЕЗОПАСНОСТИ И УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПОМПОВОЙ ИНСУЛИНОТЕРАПИЕЙ.....	43
Тупченко И.А., Налётова В.Н. КАЧЕСТВО ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ.....	44

Фёдорова А.П. ПОЛИМОРФИЗМ -250 G>АГЕНА LIPС У ЖЕНЩИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА И ГИПОТИРЕОЗА.....	45
Хайдапова С.Ц., Гармаева Т.Б. АНАЛИЗ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В Г. ЧИТЕ (РОССИЯ) И В Г. КАССЕЛЬ (ГЕРМАНИЯ).....	46
Царев Д. ИССЛЕДОВАНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С АНЕМИЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ.....	47
Цынгугева М.Ж-Д., Дамдинова М.М. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА.....	48
Цыренова С.Е., Климова В.М ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ШКАЛ PESI и sPESI У БОЛЬНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПО ДАННЫМ АУТОПСИЙНОГО МАТЕРИАЛА НУЗ "ДОРОЖНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА НА СТАНЦИИ ЧИТА-2" ЗА ПЕРИОД 2012-2014 Г.Г.....	49

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ

Абармитова Б. Б., Жаринова Е. А., Илькова Е. В., Лямин Е. Е. ОЦЕНКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНДИКАТОРА ГЛАЗНОГО ДАВЛЕНИЯ ИГД-02 В КАЧЕСТВЕ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ТОНОМЕТРА.....	51
Бурцева М.А., Гранина Е.А., Коношенко М.В., Бражник М.Г., Иванов В.П. ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИММУНОГРАММЫ В ТЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОЙ ИШЕМИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ.....	51
Гаймоленко Д.С. ВАКУУМ-ИНСТИЛЛЯЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ГНОЙНЫХ РАНАХ.....	52
Голенкова К.А., Малханова Д.А. АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ЗА 2010-2014 ГГ., ПО ДАННЫМ ГУЗ ГКБ №1 Г. ЧИТА.....	53
Голятин Ю.А., Галсанов Ц.Б., Турукин С.К. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ И ПРОБУЖДЕНИЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СЕВОФЛУРАНА, ДЕСФЛУРАНА У ПАЦИЕНТОВ В ОТДЕЛЕНИИ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ.....	54
Грузинцева А.А., Житова О.А., Сукнева А.И., Чумакова М. А., Чупров Н.Е. К КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ МЕЛАНОМ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ ЗА 2012-2014 ГОДЫ.....	55
Гунько И.И. ИЗМЕНЕНИЯ В ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЕ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ.....	56
Емельянов Р.С., Потемкин П.С. ОЦЕНКА КРАТКОСРОЧНОЙ ПАМЯТИ ПРИ АНЕСТЕЗИИ КЕТАМИНОМ.....	57
Жаринова Е.А., Илькова Е.В. КОГНИТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ДЕЙСТВИЯ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ.....	58
Зайкин И.А., Дульянинов М.И., Бычков И.Е. КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ИЗМЕРЕНИЯ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ У КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ.....	59

Катамадзе Г.Д., Кривоносенко И.А., Набиев Б.М., Шаповалов Ю.К., Мнацакянян А. Е., Баясхаланова Ц. Б. ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ, НА ДИНАМИКУ РАЗВИТИЯ И ЗАЖИВЛЕНИЯ СТРЕССОВЫХ ЯЗВ У КРЫС В ЭКСПЕРИМЕНТЕ.....	60
Кронберг Я.Э., Дармаева Э.Ц. ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ОБОНЯНИЯ У РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ.....	61
Скажутина Т. В. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПИЩЕВОДА БАРРЕТТА МЕТОДОМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ АРГОНОПЛАЗМЕННОЙ АБЛАЦИИ.....	62
Скажутина Т. В. ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛАТЕРАЛЬНО РАСПРОСТРАНЯЮЩИХСЯ ОПУХОЛЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ.....	63
Смолянская В.В., Саранчин А.С., Хохлова М.А. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛОР-ОРГАНОВ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ.....	64
Судакова Н.С., Филиппова Е.В. ПОДСЛИЗИСТАЯ ДИССЕКЦИЯ НОВООБРАЗОВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ.....	65
Шукурова С.Н.к. ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТАКТИКИ DAMAGE CONTROL ПРИ ГНОЙНЫХ ВИСЦЕРАЛЬНЫХ ПРОЦЕССАХ.....	66
Шуралёв Н.Л. ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ТКАНЕЙ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ.....	67
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ	
Бакшеева Е.Г., Косякова Е.С. ИНФОРМАТИВНОСТЬ САЛИВАДИАГНОСТИКИ В ОЦЕНКЕ ГОРМОНАЛЬНОГО ФОНА.....	68
Богомягкова Т.С., Загайнова Т.В., Стафеев А.Н. ДИНАМИКА СРБ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ И СЛЮНЕ ПРИ ЭМОЦИОНАЛЬНОМ СТРЕССЕ.....	69
Гадушкина С.А., Печенкин Р.А. СПОСОБЫ УДАЛЕНИЯ ВРЕМЕННОГО ПЛОМБИРОВОЧНОГО МАТЕРИАЛА ИЗ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ.....	70
Зубкова А.А., Шишкова Е.В. ЗАВИСИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ 4-6 ЛЕТ РАЗЛИЧНЫХ РАЙОНОВ Г.ЧИТЫ ОТ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА И ХИМИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ.....	71
Кукушкин Я.В., Марченко О.В., Лапина Е.В. ЭТНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ.....	72
Манекин Ю.В., Гигаури А.Г., Найданова И.С., Карапетян А.Г. ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛИЦЕВЫХ КОСТЕЙ ПРИ СИНДРОМЕ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА.....	72
Мархеев Ч.И., Мигунова Н.С. РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА В ЭНДОДОНТИИ.....	73
Печенкин Р.А. СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫМ РАНеныМ В ГОСПИТАЛЯХ ЗАБАЙКАЛЬЯ (1941-1945 г.г.).....	74

Потапова И.В., Гаджиева Э.И., Найданова И.С., Карапетян А.Г. ФОРМИРОВАНИЕ И РАЗВИТИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ В УСЛОВИЯХ ПРИРОДНОГО ЙОДОДЕФИЦИТА.....	75
Хандаева Х. В., Дымбрылова С. Б., Нимбуева И. Б., Тарнуева П. В. ОЦЕНКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С РЕТЕНЦИЕЙ И ПОЛУРЕТЕНЦИЕЙ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ.....	77
Часовских И.Е. УЧАСТНИКИ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ - ОРГАНИЗАТОРЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ЧИТИНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА.....	78

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ
АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ**

Алиева А.Р.к., Мироненко А.Ю., Шаргакшанова И.З. ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ НА РАЗВИТИЕ ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.....	79
Арефьева О.В. ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ОБРАЗА ЖИЗНИ СЕМЬИ НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ.....	80
Астафьев К.А., Астафьева Н.А., Гаймоленко О.В., Дабаева С.С. ФАКТОРЫ РИСКА НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ.....	81
Банзаракшеева Д.Б., Богомазова Т.В., Ананьина Д.А., Сапрыгина Н.В., Дубовенко О.А. МОНИТОРИНГ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВУШЕК-СТУДЕНТОК.....	82
Богомазова Т.В., Ананьина Д.А., Банзаракшеева Д.Б. ГЕНДЕРНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И РЕПРОДУКТИВНЫЕ УСТАНОВКИ ДЕВУШЕК ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ: 10 - ЛЕТНЯЯ ДИНАМИКА И ЭТНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ.....	83
Бронникова О.В., Брызгунова О.Г., Богомазова Т.В. ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ И ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ.....	84
Золотова М.Р., Игнатьева О.В., Маргарян С.С., Саранчин А.С., Татаринев Н.А. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ АКУШЕРСКОГО ТРАВМАТИЗМА ПРОМЕЖНОСТИ В РОДАХ.....	85
Кряжева М.Н., Цыренова О.Д. ПРИМЕНЕНИЕ ДИСТАНЦИОННОГО КАРДИОМОНИТОРИНГА ПЛОДА В ТРЕТЬЕМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ.....	86
Кузьмина М.В., Ананьева Д.А. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СЛИНГОВОЙ СИСТЕМЫ TVT У БОЛЬНЫХ С ПРОЛАПСОМ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ.....	87
Ляпунов А.К., Хохлова М., Якимова К.С., Пансалова А.К. КОНЦЕНТРАЦИЯ МЕТАБОЛИТОВ ОКСИДА АЗОТА СЫВОРОТКИ КРОВИ КАК ОДИН ИЗ ПРЕДИКТОРОВ РАЗВИТИЯ ГЕСТАЦИОННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ПРЕЭКЛАМПСИИ.....	88
Мироненко А.Ю., Шаргакшанова И.З. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ВРАЧЕЙ АКУШЕРОВ - ГИНЕКОЛОГОВ И ВРАЧЕЙ ДРУГИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ.....	89
Недосек Е.В., Чойдонова Е.В. РОЛЬ ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИИ В РАЗВИТИИ РОДОВОГО ТРАВМАТИЗМА ПЛОДА.....	90

Папкина Т.И., Кирилова К.А., Линхобоева З.Б., Салимова М.Д., Фёдорова Е.А. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ КАК ИНТЕГРАЛЬНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ У ЖЕНЩИН В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ.....	91
Петрова А.А., Санжаева Э.О., Мудрова С.Л., Кимасова О.С. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРЕДПОЛАГАЕМОЙ МАССЫ ПЛОДА.....	92
Сапрыгина Н.В., Банзаракшеева Д.Б., Андриющенко Н.В., Смирнова О.Н. ИТОГИ ПЕРВОГО АНАЛИЗА "NEAR MISS" В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ.....	93
Смолин А.С., Александрова К.А., Матвеева Е.А., Захарченко С.А., Димова В.С. ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТАВА ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД ПРИ РАЗНЫХ ТИПАХ КАРДИОТОКОГРАММ В РОДАХ.....	94
Степанова Л.Б., Гуменная И.А., Куриганова Ц-Д.Д. ПАТОЛОГИЯ ПУПОВИНЫ, ТЕЧЕНИЕ РОДОВ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ИСХОД.....	95

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПЕДИАТРИИ

Акаткина М.А., Варфоломеева А.В., Гоплачева Д.Х., Дамбаева А.И., Каргина И.Г., Пешкова А.В. РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ ОТ 1 ДО 3 ЛЕТ.....	97
Будаева Н. Д., Малинина А.В. ЗАВИСИМОСТЬ ДЕФЕНЗИНОВ АЛЬФА -1-3 ОТ ЧАСТОТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ПРОЦЕССОВ АЛЛЕРГИЗАЦИИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....	98
Кошечкина Г.Н., Петрова А.И. ОЦЕНКА ИСХОДНОГО ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСА У ШКОЛЬНИКОВ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛУДОЧНО - КИШЕЧНОГО ТРАКТА.....	99
Лупсанов В.В., Петрухина А.А., Гуменная И.А., Куриганова Ц-Д. Д. ОЦЕНКА МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ.....	99
Петрова А.И., Кошечкина Г.Н., Бронникова О.В., Брызгунова О.Г. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНГАЛЯТОРА ЭФИРНЫХ МАСЕЛ ПРИ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У СТУДЕНТОВ.....	100
Пономарева Т.А., Тонких К.В. СОСТОЯНИЕ ЭКСКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СХЕМЫ ВВЕДЕНИЯ ФЕРМЕНТНЫХ ПРЕПАРАТОВ.....	101
Семенникова А.В., Моюбова Г.А., Грудинина Н.В. БРОНХОФОНОГРАФИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЦА И ЛЕГКИХ.....	102
Серебренникова Е.А., Щенова Е.В., Колханова Т.Н., Перегоедова В.Н. АНАЛИЗ ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАПОРАМИ.....	103
Якимова К.С. ОЦЕНКА ШКОЛЬНОЙ ЗРЕЛОСТИ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ АДАПТАЦИОННОГО ПЕРИОДА У ПЕРВОКЛАССНИКОВ.....	104
Якимова К.С., Найданова Е.Б., Перегоедова В.Н. ВЛИЯНИЕ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАПОРА НА ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ У ДЕТЕЙ.....	105

ПРОБЛЕМЫ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ, ТУБЕРКУЛЕЗА, ДЕРМАТОЛОГИИ И ИППП

Алиева А.А., Илькова Д.Н., Пасечник Е.В. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ.....	107
---	-----

Алиева А.Р.к., Данзанова А.Д., Цыцыкова Т.Б., Чимитова Б.Ч. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГРУППОВОЙ ВСПЫШКИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ 2014 ГОДА.....	108
Бакшеева Е.Г., Косякова Е.С., Набиев Б.М. ГЕНОТИПИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА И УРОВЕНЬ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С.....	108
Бакшеева Е.Г., Косякова Е.С. ЭТИОЛОГИЯ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ.....	110
Баркова Б.В., Достовалова Ю.А. ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ.....	111
Вишневецкий С.У. ВЛИЯНИЕ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ НА АГРЕГАЦИЮ ТРОМБОЦИТОВ, ИНДУЦИРОВАННУЮ СУСПЕНЗИЕЙ ЗОЛОТИСТОГО СТАФИЛОКОККА.....	112
Иванова Н.М., Иванов М.О., Стафеев А.Н., Семенов А.В. ОЦЕНКА УРОВНЯ ЭНДОТЕЛИНА-1 У БОЛЬНЫХ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ И РЕМИССИИ.....	113
Ковалева П.В., Афанасьева А.В. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ПСОРИАЗА.....	114
Костенко Д.А., Кулаева М.Е., Гидревич Е.С. СТРУКТУРА ЭШЕРИХИОЗОВ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ.....	114
Праскова А.С. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КЛАПАННОЙ БРОНХОБЛОКАЦИИ В ЗАБАЙКАЛЬЕ.....	115
Пушкарев Б.С. АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ И ВЫЯВЛЯЕМОСТИ TORCH-ИНФЕКЦИЙ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ ПО ДАННЫМ ЛАБОРАТОРИИ МОЛЕКУЛЯРНОЙ ГЕНЕТИКИ НИИ МОЛЕКУЛЯРНОЙ МЕДИЦИНЫ ГБОУ ВПО ЧГМА.....	116
Цыренова Э.Ч., Семенова Ж.Д., Казанцева Е.И. СОСТОЯНИЕ КОЛЛЕКТИВНОГО ИММУНИТЕТА К УПРАВЛЯЕМЫМ ИНФЕКЦИЯМ У НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА ЧИТЫ.....	117
МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ	
Бакшеева Е.Г., Косякова Е.С., Загайнова Т.В. ВЛИЯНИЕ ЭКЗАМЕНАЦИОННОГО СТРЕССА НА ДИНАМИКУ ГОРМОНОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	119
Гаспарян М.А., Столбикова Ю.Е., Татаренко Е.В., Трусова Ю.А., Эдуардова А.А. КРИТЕРИИ СТАРЕНИЯ КОЖИ У КОРЕННЫХ ЖИТЕЛЕЙ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ.....	120
Голобоков А.М., Дорофеева М.В., Черных О.С. ВЛИЯНИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ РЕЗИНКИ НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ.....	121
Евгалдаев С.Д. РЕАКЦИЯ ТУЧНЫХ КЛЕТОК НА ВОЗДЕЙСТВИЕ ПРОДУКТОВ РАСТВОРЕНИЯ КОЛЛАГЕНА В ПРОЦЕССЕ ЗАЖИВЛЕНИЯ ПОЛНОСЛОЙНЫХ РАН В ЭКСПЕРИМЕНТЕ.....	122
Литвинцева И.И., Мамлеева В.А., Дмитриева А.А., Останкова А.М. ВЛИЯНИЕ ДОЗИРОВАННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ НА ЛИМФОЦИТАРНО-ТРОМБОЦИТАРНУЮ АДГЕЗИЮ.....	123

Малинина А.В. КОЭФФИЦИЕНТ SKF КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ФИЗИЧЕСКОЙ ТРЕНИРОВАННОСТИ ЛЮДЕЙ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА.....	123
Марковский А.В. ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ TLR6 (Ser249Pro) У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ.....	124
Машеева Э.Ч., Сагалаева Н.П. КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВИТАМИНА С В ПРЕДСТАВИТЕЛЯХ СЕМЕЙСТВА CARYOPHYLLACEAE.....	125
Семёнов Р.В., Ма-Ван-дэ А.Ю. ИЗМЕНЕНИЕ В СИСТЕМЕ ГЛУТАТИОНА ПОД ВЛИЯНИЕМ N-АЦЕТИЛЦИСТЕИНА У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ.....	126
Сынгеева Э.В., Цырмаева Ю.Б., Ботхоева П.М. КОРРЕКЦИЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ДИСЛИПИДЕМИИ СРЕДСТВОМ НА ОСНОВЕ ПРИРОДНЫХ ЛИПИДОВ.....	127
Чимитова Б.Ц. ОСОБЕННОСТИ МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ЖИТЕЛЕЙ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ.....	128

Компьютерная верстка - Чернова Ю.Г.
Корректор - Девикова И.Б.

Лицензия ИД № 03077 от 23.10.00.
Подписано в печать 08.04.2015. Бумага офсетная. Гарнитура Times New Roman
Формат 60x84 1/16. Усл. печ. л. 11,5 Тираж 120. Заказ № 51/2015.

Отпечатано в редакционно-издательском центре ЧГМА
672090, Чита, ул. Горького, 39-а.