



АСТРАХАНСКОЕ
РЕСПУБЛИКАНСКОЕ
МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



РЕСПУБЛИКАНСКОЕ
МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ
ДАГЕСТАН



РЕСПУБЛИКАНСКОЕ
МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ
КАЛМЫКИЯ

Министерство здравоохранения Астраханской области
ФГБОУ ВО «Астраханский Государственный Медицинский Университет»
Министерство здравоохранения Российской Федерации

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ
СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ -
МАТЕРИАЛЫ
МЕЖДУНАРОДНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
ПРИКАСПИЙСКИХ ГОСУДАРСТВ
(г. Астрахань, 6-7 октября 2016 г.)**

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

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

СБОРНИК

АСТРАХАНЬ 2016

УДК: 61 (061)
ББК: 54.1
А 43

Редакционная коллегия:

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

Актуальные вопросы современной медицины: материалы Международной конференции Прикаспийских государств (г. Астрахань, 6-7 октября 2016 г.). – Астрахань: Изд-во Астраханского ГМУ, 2016. – 240 с.

Сборник составлен по итогам работы Международной конференции Прикаспийских государств «Актуальные вопросы современной медицины», состоявшейся в г.Астрахани 6-7 октября 2016 г.

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

ISBN 978-5-4424-0100-4

Печатается по решению редакционно-издательского отдела

© Коллектив авторов, 2016

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Абуова Г.Н., Лапшова Т.И.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ДОЗОРНОГО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ГРИППОМ И ОРВИ В ГОРОДЕ ШЫМКЕНТЕ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ В ЭПИДСЕЗОНЕ 2015-2016 гг.	11
<i>Аверина И.А., Башкина О.А.</i> НАРУШЕНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ	12
<i>Ажикова А.К., Фельдман Б.В.</i> К ВОПРОСУ О РЕПАРАТИВНОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ КОЖИ БЕЛЫХ КРЫС ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ	14
<i>Алексашина Д.С., Кчибеков Э.А., Сердюков М.А., Кчибеков А.А.</i> КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СВЯЗАННОГО С БЕРЕМЕННОСТЬЮ АЛЬФА2-ГЛИКОПРОТЕИНА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА	16
<i>Алехина Н.А., Соколова Я.О., Алексашина Д.С.</i> КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭХИНОКОККОЗА У ДЕТЕЙ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ	17
<i>Алехина Н.А., Аракельян А.С., Кулагин В.В., Соколова Я.О., Мартынова О.В., Салихова Н.Ф., Аракельян Р.С.</i> ОСОБЕННОСТИ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ СЛУЖЕБНЫХ СОБАК УФСИН РФ ПО АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ НА НАЛИЧИЕ В ИХ КРОВИ ЛИЧИНОК <i>DIROFILARIA IMMITIS</i>	19
<i>Алиева А.А., Галимзянов Х.М., Черенова Л.П., Василькова В.В., Егорова Е.А.</i> ОСОБЕННОСТИ ДЕГИДРОГЕНАЗНОЙ АКТИВНОСТИ НЕЙТРОФИЛОВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С ЕСТЕСТВЕННОГО ТЕЧЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕНОТИПА И ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ	21
<i>Аманжолкызы А.</i> УРОВЕНЬ ВИТАМИНА D У ПОДРОСТКОВ ДВУХ ЭТНИЧЕСКИХ ГРУПП ГОРОДА АКТОБЕ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН	23
<i>Аннанпесов С.М.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ РАЗМЕРАМИ ЭХИНОКОККОЗА ГОЛОВНОГО МОЗГА	24
<i>Антонаян С.В., Мустафин Р.Д., Антонаян В.В.</i> ФАКТОРЫ РИСКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА	26
<i>Антонаян С.В., Малафеев И.А., Кучин Ю.В., Мустафин Р.Д.</i> О ВОЗРОЖДЕНИИ РОЛИ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ	28
<i>Аракельян Р.С., Галимзянов Х.М.</i> ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К МЕТОДИКЕ ПРЕПОДАВАНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИИ СТУДЕНТАМ АСТРАХАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА	29
<i>Аракельян Р.С., Галимзянов Х.М., Мустафин Р.Д., Шендо Г.Л., Курбангалиева А.Р., Акишкин В.Г., Окунская Е.И., Аракельян А.С., Алексашина Д.С., Герасина Н.И.</i> КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭХИНОКОККОЗА ЧЕЛОВЕКА В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ	31
<i>Аракельян Р.С., Стулова М.В., Галимзянов Х.М., Кудяев С.В., Поляков В.К.</i> ДЕФЕКТЫ, ОШИБКИ И АРТЕФАКТЫ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ ПРИГОТОВЛЕНИИ «ТОНКОГО МАЗКА» И «ТОЛСТОЙ КАПЛИ» В ДИАГНОСТИКЕ КРОВЕПАРАЗИТОЗОВ ЖИВОТНЫХ И ЧЕЛОВЕКА	32
<i>Арчакова И.И., Титенева С.С., Донскова А.Ю.</i> ПАЗАРИТОЗЫ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2013 – 2015 гг.	34
<i>Арчакова Т.И., Ксендзова А.А., Назарова А.И.</i> ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МАЛЯРИИ У ДЕТЕЙ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ	36

<i>Астапович Е.О., Лисица И.А., Новак К.Е.</i> ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МА- ЛЯРИИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ	38
<i>Бабенко О.М., Подулясская А.Ю., Никулина Н.Ю.</i> ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПРИ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ	39
<i>Бабенко-Сорокопуд И.В., Яковлева Э.Б., Желтолноженко Л.В., Золото Е.В.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АНОНИМНОГО АНКЕТИРОВАНИЯ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ЦЕЛЯХ	42
<i>Базаргалиев Е.Ш., Зеленцова С.Ф., Ермакбаева А.Т., Абдуллаева Г.О., Ашикбаева Н.Б.</i> ЧАСТОТА ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ПОДРОСТКОВ ГОРОДА АКТОБЕ (КАЗАХСТАН) ПО ДАННЫМ ОПРОСНИКА GERDQ	44
<i>Баймухамбетов Ж.Ж., Сагымбаева А.А., Сагымбаева А.А.</i> РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ БИЛИАРНОГО СЛАДЖА – КАК ПРОФИЛАКТИКА ЖЕЛЧ- НО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ	44
<i>Батырова Г.А., Кудабаяева Х. И., Базаргалиев Е. Ш.</i> ЧАСТОТА ЗОБА СРЕДИ ДЕТЕЙ 6-12 ЛЕТ ЗАПАДНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН	46
<i>Бахмутова Л.А., Штено М.В., Горелова Н.В., Шустова С.С.</i> ПОКАЗАТЕЛИ АПОПТОЗА ЛИМФОЦИТОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ	47
<i>Белик И.А., Лузин В.И., Гришук М.Г.</i> ЭФФЕКТ ВЛИЯНИЯ ТИОТРИАЗОЛИНА И НАСТОЙКИ ЭХИНАЦЕИ ПУРПУРНОЙ НА УЛЬТРАМИКРОСКОПИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ НАДПОЧЕЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ПО- ЛОВОЗРЕЛЫХ КРЫС-САМЦОВ	49
<i>Бердалиева Ф. А., Сарыпбекова Л.Л., Ходжабеков Б.К</i> ФАКТОР ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ОПАСНОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ККГЛ В ЮЖНОМ КАЗАХСТАНЕ	51
<i>Богачевская С.А, Богачевский А.Н.</i> УРОВЕНЬ ДОСТУПНОСТИ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПО- МОЩИ ПАЦИЕНТАМ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В РОССИИ И ДАЛЬНЕВОСТОЧНОМ РЕГИОНЕ. ДЕСЯТИЛЕТНЯЯ ДИНАМИКА	51
<i>Богданьянц М.В., Безрукова Д.А., Брысина Н.Р., Акмаева Л.М., Усаева О.В., Сысоева А.Ю., Булатова Д.К.</i> БИОИМПЕДАНСОМЕТРИЯ – ИНСТРУМЕНТ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ	53
<i>Бойко В.В.</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТОЛЩИНЫ КОРТИКАЛЬНОГО СЛОЯ МЕ- ЖАЛЬВЕОЛЯРНЫХ ПЕРЕГОРОДОК В ОБЛАСТИ МОЛЯРОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У МУЖЧИН ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА	56
<i>Бурова Н.А., Жаркин Н. А.,</i> ВОССТАНОВЛЕНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ У ЖЕНЩИН С ВЗОМТ С ПО- МОЩЬЮ ЦВЕТОРИТМОТЕРАПИИ	58
<i>Варламова М.П., Клещенко Е.И., Каюмова Д.А.</i> ПОСЛЕДСТВИЯ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ	59
<i>Василькова О.Л., Ковалевская А.А.</i> АКТИВИЗАЦИЯ ЭПИЗООТИЙ В ПРИКАСПИЙСКОМ ПЕСЧАНОМ ПРИРОДНОМ ОЧАГЕ ЧУМЫ И ПРОГНОЗ ЕЕ РАЗВИТИЯ.	61
<i>Вишневецкая И.Ф., Касимова Н.Б.</i> К ВОПРОСУ О ДИАФОРАЗНОЙ АКТИВНОСТИ НЕЙТРОФИЛЬНО- МОНОЦИТАРНОГО ЗВЕНА ПРИ КОКСИЕЛЛЕЗЕ	63
<i>Вишневецкая И.Ф., Касимова Н.Б.</i> ОСОБЕННОСТИ ДЕГИДРОГЕНАЗНОЙ АКТИВНОСТИ НЕЙТРОФИЛЬНО- МОНОЦИТАРНОГО ЗВЕНА ПРИ КОКСИЕЛЛЕЗЕ	65

<i>Гаджиева П. Х., Дикарева Л. В.</i> ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ НА ФОНЕ ТАБАКОКУРЕНИЯ МЕТОДОМ ЛАЗЕРНОЙ ДОППЛЕРОВСКОЙ ФЛОУМЕТРИИ	67
<i>Годовалов А.П., Карпунина Т.И., Вавилов Н.В.</i> ОКИСЛИТЕЛЬНАЯ МОДИФИКАЦИЯ БЕЛКОВ ЭЯКУЛЯТА МУЖЧИН С БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИОСПЕРМИЕЙ	69
<i>Годовалов А.П., Степанов М.С., Бушкова Е.Ю.</i> МИКРОФЛОРА ЭЯКУЛЯТА МУЖЧИН С БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИОСПЕРМИЕЙ	71
<i>Гречухина Т.И.</i> ДИНАМИКА ИНФЕКЦИОННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ДАННЫМ ОФИЦИАЛЬНОЙ СТАТИСТИКИ	73
<i>Гриценко И.А., Ткаченко Л.В., Хамад Н.П.</i> РЕАБИЛИТАЦИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН ПЕРЕНЕСШИХ АПОПЛЕКСИЮ ЯИЧНИКА	75
<i>Гужвина Е.Н., Ильенко Л.И.</i> КОМПЛЕКСНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРЕПАРАТАМИ ПРИРОДНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	76
<i>Демальдинов Д.А.</i> КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЁЗА	78
<i>Джанмурзаева А. М., Алигишиев У. У., Азизханова .В. Н., Билалова К.Т., Гиравова Ф. М.</i> ИНФЕКЦИОННАЯ СЛУЖБА РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ	80
<i>Джумагазиев А.А., Брысина Н.Р., Лихачева Н.С., Безрукова Д.А., Богданьянц М.В., Акмаева Л.М., Усаева О.В.</i> ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ ГОРОДА АСТРАХАНИ	84
<i>Дикарёва Л.В., Котова Ю.Ю.</i> СТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭНДОМЕТРИАЛЬНОГО СЕКРЕТА БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ	85
<i>Доронина Т.Н.</i> КЛИНИКО-БИХИМИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ МИОКАРДА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА	87
<i>Доронина Т.Н., Расщепкина Н.И., Балашова Т.И.</i> СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ У ДЕТЕЙ С ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИЕЙ	89
<i>Енгибарян К. Ж., Башкина О. А., Красилова Е. В., Касымова Е. Б., Сергиенко Д. Ф.</i> ОСОБЕННОСТИ КЛЕТОЧНОГО И ГУМОРАЛЬНОГО ЗВЕНЬЕВ ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ ЭПШТЕЙНА-БАРР ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ	91
<i>Ермоленко А. В., Соцкая Я. А.</i> КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ	93
<i>Жаманкулова Д.Г., Аззамова Р.Т., Космуратова Р.Н., Абдраманова П.С.</i> ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ 7 – 11 ЛЕТ С ТИРЕОМЕГАЛИЕЙ В АТЫРАУСКОЙ ОБЛАСТИ, КАЗАХСТАН	94
<i>Жаркин Н.А., Ван Нань, Марушкина О.И.</i> БАЛЬНЕОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА	95
<i>Жаркин Н.А., Корягина А.Н., Лавенюкова Е.М.</i> ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКЕ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ	96

<i>Збруева Ю.В., Джусуваляков П.Г.</i> АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПОСТГИПОКСИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)	96
<i>Зобенко А.В., Редько А.Н.</i> КОМПЛЕКСНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГОСПИТАЛИЗИРОВАННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМО-СТИВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ	98
<i>Зоева А.Р.</i> ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОК С АНОМАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ: КЮРЕТАЖ ИЛИ НЕИНВАЗИВНОСТЬ?	100
<i>Илларионова О.С.</i> ЗАВОЗНАЯ МАЛЯРИЯ В АСТРАХАНИ	102
<i>Исамулаева А.З., Спицына А.В., Кунин А.А., Орлов Ф.В., Исамулаева А.И, Магомедов Ш.Ш , Салазникова Е.О.</i> ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПЛОМБИРОВОЧНОГО МАТЕРИАЛА «VITREMER™» У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ	103
<i>Исхаков С.Д., Вязовая И.В., Сергиенко Д.Ф.</i> ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ В РОССИИ И АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ	105
<i>Ишмамметова Г. Р.</i> ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ НЕФРОПАТИЙ У ДЕТЕЙ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ	107
<i>Кадыков А.М., Аношкина Н.И.</i> ТЕЧЕНИЕ И ЗАВЕРШЕНИЕ ГЕСТАЦИОННОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ	109
<i>Кадыков А.М., Удодова Л.В.</i> НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ПОТЕРИ ПЛОДА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ	110
<i>Карагаева А.М., Бембеева А.С.</i> КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИФИЛЛОБОТРИОЗА В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ	112
<i>Карагаева А.М., Бембеева А.С.</i> СИБИРСКАЯ ЯЗВА КАК БИОЛОГИЧЕСКОЕ ОРУЖИЕ В РУКАХ ТЕРРОРИСТОВ	114
<i>Касымова Е.Б, Галимзянов Х.М, Кантемирова Б.И, Чернышева А.Х, Лунина И.О</i> КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРСИСТИРУЮЩИХ ФОРМ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ	116
<i>Кенембаева А.С.</i> КЛИНИКО – ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ АСТРАХАНСКОЙ РИККЕТСИОЗНОЙ ЛИХОРАДКИ	118
<i>Кимаева А.Х., Степанян Л.В., Синчихин С.П.</i> СТРУКТУРА ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ И АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ЖЕНЩИН С ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	120
<i>Кириллова Т.С.</i> НЕЙРО - ЛИНГВИСТИЧЕСКОЕ ПРОГРАММИРОВАНИЕ И ЕГО ПРИНЦИПЫ	122
<i>Кирпичников М.В., Подольский В.В., Ярыгина Е.Н.</i> ВЫЯВЛЕНИЕ ИММУНОСУПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ТРАВМАТИЧЕСКИМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ	123
<i>Кирпичников М.В., Химич И.В., Подольский В.В.</i> ЛЕЙКОЦИТАРНЫЙ ИНДЕКС ИНТОКСИКАЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ ФУРУНКУЛОМ ЛИЦА	125
<i>Кудабаева Х.И., Кетебаева Б.Б., Бейсенбаева М.К., Алтынбеков М.А., Жакупова Ф.Ж.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЙОДУРИИ У ДЕТЕЙ 7 -11 ЛЕТ АТЫРАУСКОЙ ОБЛАСТИ, КАЗАХСТАН	126

<i>Кузовлева И. А., Соцкая Я. А., Хомустьянская Н.И.</i> АКТИВНОСТЬ СИСТЕМЫ ФАГОЦИТИРУЮЩИХ МАКРОФАГОВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ГАСТРОЭНТЕРОКОЛИТОМ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО НЕКАЛЬКУ- ЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА	128
<i>Курнухина М. Ю. Новак К.Е.</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ОСОБЕННО- СТЕЙ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА, ВЫЗВАННОГО ВИРУСОМ ЭПШТЕЙНА-БАРР И МИКСТ-ИНФЕКЦИЕЙ, В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ	129
<i>Кутьина А.В., Казьмирчук Е.Е., Хаустова Е.С.</i> ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДИРОФИЛЯРИОЗА ЧЕ- ЛОВЕКА	131
<i>Лебедева О.В., Яковлева О.Б., Овчинников Д.В., Чикина Т.А.</i> ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ У НО- ВОРОЖДЕННЫХ С ПЕРВИЧНОЙ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕН- ЗИЕЙ	132
<i>Лебедева О.В.</i> АМБУЛАТОРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ГЛУБОКО НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ: ПРО- БЛЕМЫ И НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ	134
<i>Лебединская О.В., Анисимова Н.Ю., Загребин Л.В., Шестов С.С., Годовалов А.П., Кисе- левский М.В.</i> ДЕЙСТВИЕ ИОНОВ ЦИНКА В УСЛОВИЯХ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ПОЛЯ НА ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ ЛИМФОКИН-АКТИВИРОВАННЫХ КИЛЛЕ- РОВ	136
<i>Леонова В.В., Ротарь Д.Н., Шарикова А.А., Сало А.А., Ибрагимова С.А.</i> СОВРЕМЕННАЯ СИТУАЦИЯ ПО ПАРАЗИТАРНЫМ БОЛЕЗНЯМ У ДЕТЕЙ В АСТ- РАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ	138
<i>Лисица И.А., Новак К.Е.</i> АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ СЕПСИСА У ПАЦИЕНТОВ СПБГУЗ «КИБ ИМЕНИ С.П. БОТКИНА»	140
<i>Лисица И.А., Денисова А.М., Аль-Харес М.М.</i> ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИНТРАОПЕРАЦИОННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ	142
<i>Лупальцова О.С., Калюжный Е.П.</i> АНАЛИЗ МИКРОФЛОРЫ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ И ХРОНИ- ЧЕСКОЙ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	143
<i>Майорова А.М.В., Пенжоян Г.А., Карахалис Л.Ю.</i> АНАЛИЗ ОТЯГОЩЕННОСТИ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА У БОЛЬНЫХ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ	145
<i>Макаров В.А., Башкина О.А., Ильенко Т.Л., Демидов А.А.</i> АНЕМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЯЖЕЛЫХ КЕТОАЦИДОЗОВ У ДЕТЕЙ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ	147
<i>Малахова Л.Н.</i> РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСНОВНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ	149
<i>Мальшева И.П.</i> ОПЫТ РОДРАЗРЕШЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ, ИМЕЮЩИХ ИЗБЫТОЧНУЮ МАССУ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ	151
<i>Мамиев В.О., Синчихин С.П., Мамиев О.Б.</i> ОПТИМИЗАЦИЯ ПОДХОДА К ПРОФИЛАКТИКЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ У РОДИЛЬНИЦ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ	153
<i>Мартынова О.В., Салихова Н.Ф., Алехина Н.А., Соколова Я.О., Донскова А.Ю., Иллари- онова О.С., Степаненко Е.А.</i> САНИТАРНО-ПАРАЗИТОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ОБЪЕКТОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ ПО ГОРОДУ АСТРАХАНИ И АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ	155

<i>Мельничук А.П., Мухамеджанов Р.Р., Молчанова Ю.Р., Демидов А.А., Васильев К.С.</i> ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ДРЕНИРОВАНИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ	157
<i>Мирекина Е.В., Галимзянов Х.М., Бедлинская Н.Р., Алиева А.А., Лисина О.А.</i> КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КРЫМСКОЙ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ГЕМОМРАГИЧЕСКОГО СИНРОМА	158
<i>Мирошникова Е. М., Снитко Е.И., Нетреба И.А.</i> ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2000-2015 ГГ.	159
<i>Мусальникова С.А., Новак К.Е.</i> ПРОБЛЕМА ДИАГНОСТИКИ ЛИХОРАДКИ ДЕНГЕ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ	161
<i>Мустафин Р.Д., Есин В.И., Молчанова Ю.Р.</i> О ВЫБОРЕ МЕТОДА ТРАНССЕКЦИИ ПАРЕНХИМЫ ПЕЧЕНИ ПРИ ЕЕ РЕЗЕКЦИЯХ	163
<i>Мустафин Р.Д., Есин В.И., Шабаева М.М.</i> ПОВТОРНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНОГО С МЕТАСТАЗАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА И МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ	164
<i>Мустафин Р.Д., Егоров К.А.</i> ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЕ В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИКЕ	165
<i>Мустафин Р.Д., Егоров К.А., Емельянов С.А.</i> ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОДПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ВЗРОСЛЫХ	165
<i>Мустафин Р.Д., Малафеев И.А., Воробьев С.А.</i> БИЛИАРНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ	167
<i>Мякоткина Г.В., Саламех К.А., Донченко Е.Э.</i> АКТИВНОСТЬ ЛИПОПЕРОКСИДАЦИИ И СОСТОЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ТОНЗИЛЛИТОМ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЛЕГКИХ	168
<i>Отто Н.Ю., Степина Н.А.</i> ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ У БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА	170
<i>Петрова Н.В., Керопьян Ж.А., Мартынюк Н.Ю., Керопьян С.К.</i> ИЗМЕНЕНИЯ ИММУНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ	172
<i>Подольский В.В., Химич И.В., Кирпичников М.В.</i> ВЛИЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ НА КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ И СИСТЕМУ ГЕМОСТАЗА БОЛЬНЫХ ФУРУНКУЛОМ ЛИЦА	173
<i>Полукчи Т.В., Абуова Г.Н.</i> ОЦЕНКА ФИБРОЗА ПРИ ДИФФУЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ МЕТОДОМ НЕПРЯМОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ЭЛАСТОМЕТРИИ В УСЛОВИЯХ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ	174
<i>Ломтева Т.Ф., Полякова Н.А., Голубцова О.И.</i> ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ	176
<i>Полянина Э.З., Бережнова Т.А., Ветлугина Л.В., Давыдова И.З., Ерачин И.И.</i> ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ЖЕНЩИН С ТЯЖЕЛОЙ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ	178
<i>Постнова В.Ф., Шендо Г.Л., Олейник И.И., Базельцева Л.И., Аракельян Р.С., Постнов А.Б.</i> МОНИТОРИНГ СТЕПЕНИ ВОСПРИИМЧИВОСТИ ТЕРРИТОРИИ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ К МАЛЯРИИ ЗА ПЕРИОД 1995 ПО 2015ГГ.	180
<i>Рожкова И. С., Фельдман Б.В., Теплый Д.Л.</i> АНТИОКСИДАНТЫ И ХРОНИЧЕСКАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ ОРГАНИЗМА	182
<i>Сагитова Г.Р., Отто Н.Ю., Каширская Н.А.</i> ОСНОВНЫЕ ПАРАКЛИНИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА	184
<i>Сагымбаева А.А., Сагымбаева А.А.</i> ПАПИЛЛОМАТОЗ ГОРТАНИ У ДЕТЕЙ	185

<i>Стулов А.С., Салихова Н.Ф., Мартынова О.В.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КЛИНОПТИЛОЛИТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНИЧКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ И ГНОЙНЫХ РАН	187
<i>Сарбасова А.Е., Синчихин С.П., Мамиев О.Б., Нагаева О.Е., Бердиева С.А.</i> К ВОПРОСУ О ПРИМЕНЕНИИ ПРЕПАРАТОВ ГЛЮКОНАТА КАЛЬЦИЯ И ТРАНКСАМОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ РОДОРАЗРЕШЕНИИ	189
<i>Саркисов А.А., Каракоев К.Г., Исамулаева А.З., Мордасов Н.А., Иванюта И.В., Хачатурян Э.Э., Исамулаева А.И., Саркисов А.А.</i> ИССЛЕДОВАНИЕ АНТИРЕЗОРБТИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ С РАЗНЫМ МЕХАНИЗМОМ ДЕЙСТВИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА	190
<i>Саркисов А.А., Каракоев К.Г., Исамулаева А.З., Орлов Ф.В., Спицына А.В., Исамулаева А.И., Магомедов Ш.Ш.</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРАДОНТА	192
<i>Сергиенко Д.Ф., Кондратьева Е.И., Янкина Г.Н.</i> ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА T-1488С ГЕНА ИФН- γ НА ТЕЧЕНИЕ МУКОВИСЦИДОЗА У ДЕТЕЙ	194
<i>Сергиенко Д.Ф., Красовский С.А.</i> КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ	195
<i>Соколова Я.О., Алехина Н.А., Калашишникова Т.Д., Алексашина Д.С.</i> ОСЛОЖНЕННЫЙ ЭХИНОКОККОЗ ПЕЧЕНИ	197
<i>Сосиновская Е.В.</i> ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ДЕТЕЙ С ЭПИЛЕПСИЕЙ	198
<i>Пенжоян Г.А., Карахалис Л.Ю., Стебло Е.И.</i> ПРЕДГРАВИДАРНАЯ ТАКТИКА У ПАЦИЕНТОК С НЕВЫНАШИВАНИЕМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МАССЫ ТЕЛА	200
<i>Стенькин Ф.С.</i> НЕОНАТАЛЬНАЯ НЕФРОЛОГИЯ — ВОЗМОЖНОСТЬ ИЛИ УТОПИЯ?	201
<i>Стройкова Т.Р., Башкина О.А.</i> МАРКЕРЫ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ	203
<i>Стройкова Т.Р., Башкина О.А.</i> ИММУНОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ АСТРАХАНСКОГО РЕГИОНА	204
<i>Сувернева А.А., Мамиев О.Б.</i> ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ СОЦИАЛЬНО-БИОЛОГИЧЕСКИХ И МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ФАКТОРОВ В РЕАЛИЗАЦИИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИНТРАНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ	206
<i>Таджиев И.Е., Бабаева Е.Е., Степанова Т.Н.</i> ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩАЯСЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ У БОЛЬНЫХ ВИЧ/СПИД В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ	208
<i>Таджиев И.Е., Бабаева Е.Е., Литвинова Г.Р., Мазлова И.И.</i> О ПЕРВООЧЕРЕДНЫХ МЕРОПРИЯТИЯХ ПО ПРОТИВОДЕЙСТВИЮ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ	209
<i>Талтагашев Ч.Ю.</i> СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ КОКСИЕЛЛЕЗА	211
<i>Тарикулиев Ш.М., Солдатова Т.А.</i> ДИНАМИКА МИКРОФЛОРЫ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА НА СТАДИИ АБСЦЕДИРОВАНИЯ	213
<i>Тарханов В.С., Паршина К.В.</i> НАРУШЕНИЕ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ ВО ВРЕМЯ ПОДГОТОВКИ И ПРОВЕДЕНИЯ ЕДИННОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА. ОНТОГЕНЕСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД РЕШЕНИЯ	214
<i>Тишкова О.Г., Власова В.Н.</i> НОВЫЙ ПОДХОД К ПРОГНОЗИРОВАНИЮ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ	216

<i>Ткаченко Л.В., Курушина О.В., Хамад Н.П., Гриценко И.А.</i> СОСТОЯНИЕ АНТИНОЦИПТИВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕВУШЕК С ОЖИРЕНИЕМ, СТРАДАЮЩИХ АЛЬГОДИСМЕНОРЕЕЙ	218
<i>Трифонова Н.С., Жукова Э.В., Александров Л.С., Ищенко А.И., Никонов А.П., Соболева В.В.</i> БЕРЕМЕННОСТЬ ПОСЛЕ ЭКО С ПРИМЕНЕНИЕМ ДОНОРСКИХ ООЦИТОВ. АКУШЕРСКИЕ РИСКИ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ	218
<i>Трифонова Н.С., Жукова Э.В., Александров Л.С., Ищенко А.И., Никонов А.П., Соболева В.В.</i> АКУШЕРСКИЕ РИСКИ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У СУРРОГАТНЫХ МАТЕРЕЙ	219
<i>Тусупкалиев Б., Жусупова Ж.Т., Жумагалиева М.И.</i> ПОКАЗАТЕЛИ НЕКОТОРЫХ МИКРОНУТРИЕНТОВ ПРИ ВРОЖДЕННОМ ГЕПАТИТЕ В ПЕРИОДЕ НОВОРОЖДЕННОСТИ	220
<i>Умарова Г.А.</i> ОЦЕНКА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА УРАЛЬСКА РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН	222
<i>Уханова Ю.Ю., Котова Ю.Ю.</i> ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ МИОМЕТРИЯ: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ОЦЕНКЕ ПРОЛИФЕРАТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА ОПУХОЛИ	223
<i>Филипова Е.С., Сарчимелиа И.М., Сухорук А.А., Бацунов О.К.</i> ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА В	225
<i>Фомичев Е.В., Кирпичников М.В., Ярыгина Е.Н., Подольский В.В.</i> ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛИЦА И ШЕИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	226
<i>Хабарова А.В.</i> ДИНАМИКА АКТИВНОСТИ ЛАКТАТДЕГИДРОГЕНЕЗЫ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ НА ФОНЕ ПРЕМЕНЕНИЯ ГЕПАТОПРОТЕКТОРНОГО ПРЕПАРАТА ФОСФОГЛИВ	228
<i>Химич И.В., Кирпичников М.В., Подольский В.В.</i> АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ФУРУНКУЛОМ ЛИЦА	229
<i>Химич И.В., Подольский В.В., Кирпичников М.В.</i> ВЫБОР МЕСТНОГО АНЕСТЕТИКА У ЛИЦ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В АМБУЛАТОРНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	231
<i>Черникина О.Г., Степанян Л.В., Синчихин С.П., Цуригова З.А., Эльдерова К.С., Мурадханова Н.А.</i> ИЗМЕНЕНИЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ С ПЕЛОИДОТЕРАПИЕЙ ПАЦИЕНТОК С БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНОЗОМ	232
<i>Шапошникова Н.В., Жаржаф С.А., Красовский В.С.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРИОНОВ В БИОТЕРРОРИЗМЕ	234
<i>Шварёв Е.Г., Оводенко Д.Л., Зайцева О.Е.</i> НОВЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ ВНУТРЕННИХ ГЕНИТАЛИЙ	235
<i>Штепо М.В., Бахмутова Л.А., Палкина Е.В., Шустова С.С.</i> ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦИТОКИНОВ У ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ	237
<i>Якимович С.Е., Шаповалова И.А.</i> ДИНАМИКА БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В СОЧЕТАННЫМ С ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ	238

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОЗОРНОГО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ГРИППОМ И ОРВИ В ГОРОДЕ ШЫМКЕНТЕ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ В ЭПИДСЕЗОНЕ 2015-2016 гг.

Цель: Оценка системы Дозорного эпидемиологического надзора (ДЭН) за гриппом в условиях Шымкентской городской инфекционной больницы в эпидсезоне 2015-2016 гг.

Задачи: Оценить клиническую эффективность применения стандартного определения случаев гриппоподобного заболевания (ГПЗ), тяжелой острой респираторной инфекции (ТОРИ), гриппа в условиях Шымкентской городской инфекционной больницы; определить этиологическую структуру гриппа у госпитализированного контингента в эпидсезоне 2015-2016 гг.

Методы: ретроспективный анализ клинической эффективности применения стандартного определения случаев гриппоподобного заболевания (ГПЗ), тяжелой острой респираторной инфекции (ТОРИ), гриппа по медицинским картам стационарных больных в условиях Шымкентской городской инфекционной больницы; определение этиологической структуры гриппа лабораторным методом ПЦР.

Результаты: В 2014 году в Республике Казахстан был введен Дозорный эпидемиологический надзор за гриппом, который проводится в соответствии с рекомендациями ВОЗ и ЮНЭЙДС. Дозорный эпидемиологический надзор за гриппом - это один из видов эпидемиологического надзора, позволяющий оценить эпидемиологическую ситуацию по гриппу в уязвимых группах населения. Цели ДЭН: постепенное формирование массива базовых данных о тяжелых заболеваниях; выявление факторов риска осложнений от гриппа среди самых уязвимых групп населения; осуществление оценки бремени тяжелых форм гриппа среди населения в целом. Взятые вместе, эти данные будут способствовать более целенаправленному использованию ограниченных ресурсов для профилактики и лечения гриппа среди приоритетных групп. Для учета случаев острой респираторной инфекции (в том числе гриппозной этиологии), потребовавших госпитализации, в качестве стандарта дается определение случая тяжелой острой респираторной инфекции (ТОРИ). Диагноз ТОРИ ставится в случае заболевания, возникшего в течение предшествующих 7 дней, потребовавшего госпитализации на ночь и характеризующегося следующими проявлениями: лихорадка $\geq 38^{\circ}\text{C}$ – по результатам измерения или в анамнезе, а также кашель, а также одышка или затрудненное дыхание. Для эпиднадзора за менее тяжелыми формами гриппа и других респираторных инфекций, не требующих госпитализации, даются определения случаев гриппоподобных заболеваний (ГПЗ) и острых респираторных инфекций (ОРИ). Определение случая гриппоподобного заболевания (ГПЗ): острое респираторное заболевание, возникшее в течение предшествующих 7 дней и характеризующееся следующими проявлениями: температура тела $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (по результатам измерения), а также кашель. Определение случая острой респираторной инфекции (ОРИ): диагноз ОРИ ставится при остром развитии по крайней мере одного из следующих четырех симптомов респираторного заболевания: кашель; боль в горле (фарингит); одышка; острый насморк а также на основании клинического заключения о том, что заболевание обусловлено инфекцией.

Результаты Дозорного эпидемиологического надзора (ДЭН) за гриппом выглядят следующим образом: в эпидсезоне 2015-2016 гг. с ноября по июнь в городскую инфекционную больницу было госпитализировано с диагнозом ОРВИ 5431 человек, из которых 477 пациентов в октябре 2015 года, 478 – в ноябре, 681 – в декабре, 888 – в январе 2016 года, 774 – в феврале, 540 – в марте, 561 – в апреле, 658 – в мае, 374 – в июне 2016 года. Среди госпитализированных с диагнозом ОРВИ ТОРИ были констатированы в 588 случаях, наибольшее их количество – в январе, феврале, декабре и в марте, что соответственно составило 185, 117, 108 и 52 случаев тяжелой острой респираторной инфекции. Согласно правил ДЭН часть из них была централизованно обследована в условиях вирусологической лаборатории методом ПЦР, всего 235 анализов, из которых в 103 пробах был обнаружен вирус гриппа, то есть у 44% обследованных пациентов. В 92,2% случаев (у 95 пациентов) выявлен тип А, субтип Н1N1, а в 7,8% (у 8 пациентов) – тип А, субтип Н3N2. Наибольшее количество лабораторного выявления случаев гриппа среди обследованных приходилось на январь и февраль 2016 года, в меньшем количестве – на декабрь 2015 года. Среди обследованных ТОРИ в марте-июне 2016 г. вирус гриппа

лабораторно не обнаруживался. При сравнении с эпидсезоном 2014-2015 гг. число госпитализированных с диагнозом ОРВИ составляло 5963, из них ТОРИ – 517, было обследовано лабораторно – 174, в 56 случаях обнаружен вирус гриппа: тип А – 33 случая (Н3N2), что составило 59%, тип В – 22 случая (39%). В 1 случае верифицировать тип обнаруженного вируса не удалось.

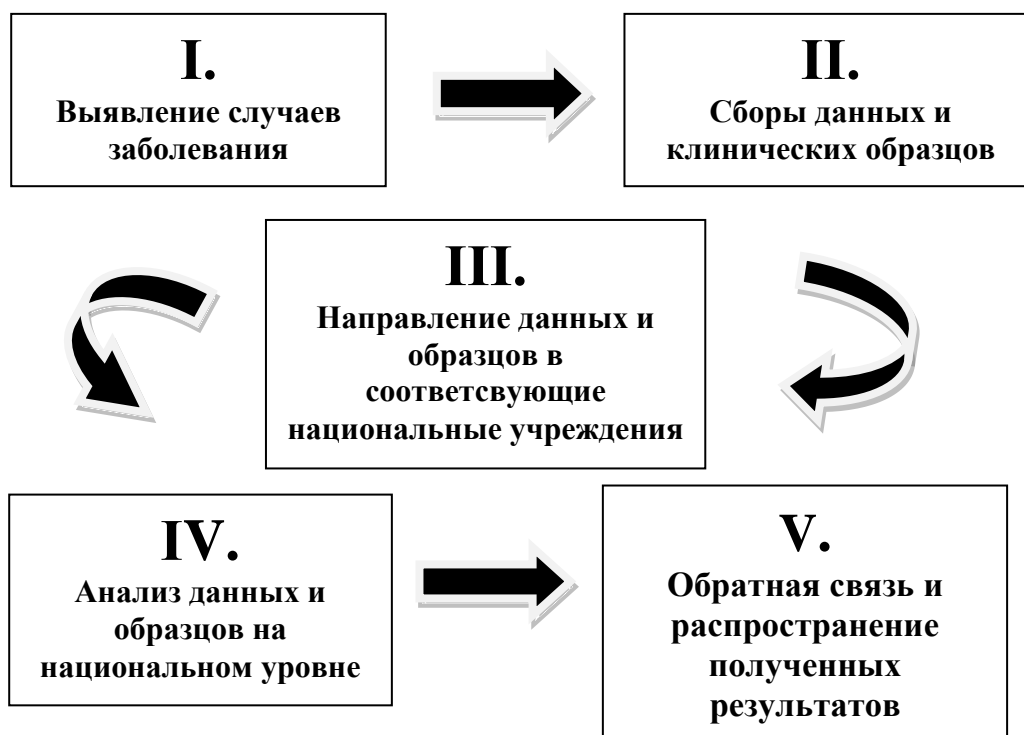


Рис 1. Основные звенья процесса дозорного эпиднадзора [1].

Выводы: Таким образом, внедрение Дозорного эпидемиологического надзора в г.Шымкенте Южно-Казахстанской области в эпидсезонах 2014-2015 гг. и 2015-2016 гг. явилось действенной мерой мониторинга за эпидемиологической ситуацией по гриппу в уязвимых группах населения. В декабре – феврале месяцах 2015-2016 гг. установлена высокая частота циркуляции вирусов тип А, Н1N1 – в 92,2% случаев и тип А, Н3N2 - в 7,8% случаях. Большое число госпитализаций в марте - июне 2016г. обусловлены, вероятно, отличными от вируса гриппа возбудителями из группы ОРВИ.

Список литературы:

1. Руководство Европейского регионального бюро ВОЗ по дозорному эпиднадзору за гриппом среди людей. Всемирная организация здравоохранения, 2011 г.

Аверина И.А., Башкина О.А.

*ФГБОУ ВО « Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Астрахань, Россия*

НАРУШЕНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Цель: уточнить актуальность и методы диагностики нарушения плотности костной ткани у детей на основе анализа данных современных исследований

Задачи:

1. резюмируя литературные данные, изучить актуальность вопроса нарушения плотности костной ткани в детском возрасте.

2. по данным медицинской литературы определить рациональный алгоритм выявления остеопороза и остеопении у детей.

Результаты: Научный интерес к изучению состояния костного скелета – оценке его качества (прочности костной ткани) и количества (степени его минерализации) – все чаще проникает в сферу педиатрии [1-4, 7,8]. Нарушения структуры и функции органов, участвующих в регуляции фосфорно-кальциевого обмена, являются причиной различных патологических состояний и нередко приводят к развитию в детском возрасте остеопороза. Исследования Щеплягиной Л.А. и соавт. [9] практически здоровых детей 5–16 лет позволили выявить снижение минеральной плотности костной ткани (МПКТ) у 10–30% обследованных, степень которого зависела от возраста детей. В период формирования костного скелета у 15–25% детей и подростков регистрируются переломы и уже к 15 годам около 10% подростков переносят хотя бы один перелом [10]. Причины, приводящие к нарушению минерализации кости, достаточно хорошо представлены в отечественной и зарубежной литературе, однако единого механизма развития остеопороза у детей не установлено. Можно с достаточной долей уверенности говорить о том, что влияние факторов снижения минеральной плотности кости в различные возрастные периоды неодинаково. В то же время, в многочисленных исследованиях показано влияние хронических соматических заболеваний на нарушение плотности костной ткани в детском возрасте. В 2010 году работа Коровиной Н.А. и соавт. [6] позволила выявить у 54,3% больных тубулоинтестициальными заболеваниями почек изменения минеральной плотности костной ткани, что связано с нарушением выполнения гомеостатической функции почек, обуславливающую ведущую роль этого органа в процессах остеогенеза. Неоднозначные сведения получены по изменению костной ткани при различных вариантах мальабсорбции. В научных трудах Красовского С.А. было изложено сведения о частоте встречаемости остеопении и остеопороза у пациентов с муковисцидозом старше 16 лет [3].

Согласно полученным данным, частота развития нарушений МПКС у данной категории больных превышает 40 % и ассоциирована, как генетическим дефектом, так и с нарушением всасывания минералов в кишечнике. Учитывая высокую значимость проблемы, информация о частоте диагностируемого остеопороза у больных муковисцидозом рассматривается в ежегодном российском регистре. [4]. В то же время, изучения МПКТ у детей с этим тяжелым генетическим недугом затруднено, чем и объясняется наличие единичных статей по данному вопросу в отечественно и зарубежной литературе. Согласно литературным данным, для своевременной диагностики ранних стадий остеопении и остеопороза необходимо совершенствование методов количественной оценки МПКТ у детей, а для верификации выявленной остеопении/остеопороза — совершенствование биохимических методов и исследование молекулярно-генетических маркеров костного метаболизма, отражающих процессы остеосинтеза и костной резорбции [9]. Состояние кальций-фосфорного обмена исследуется путем определения уровня общего и ионизированного кальция в крови, общего и неорганического фосфора, экскреции кальция и фосфора с мочой, экскреции кальция с мочой натощак относительно концентрации креатинина в этой же порции мочи. Также определяется концентрация щелочной фосфатазы, продуцируемой остеобластами и являющейся своеобразным маркером активности остеобластов. Высокоинформативным методом диагностики остеопороза является измерение уровня кальций-регулирующих гормонов: паратиреоидного гормона, кальцитонина, активных метаболитов витамина D. Еще один подход к оценке костного метаболизма – определение концентрации остеокальцина в сыворотке крови, как показателя остеогенеза и С-концевого телопептида, как маркера костной резорбции. Остеокальцин – основной неколлагеновый белок кости, который синтезируется остеобластами и одонтобластами. Его концентрация в крови отражает метаболическую активность остеобластов костной ткани, поскольку остеокальцин крови – результат нового синтеза, а не освобождения его при резорбции кости. Он является показателем уровня костного метаболизма в целом, а также возможным прогностическим индикатором при заболевании костей. [5,6].

Для определения минеральной костной массы и костной минеральной плотности в отдельных участках скелета и во всем скелете широко используют неинвазивные методы исследования такие как рентгенография костей скелета, фотонная и рентгеновская денситометрия, количественное ультразвуковое исследование, а также количественная компьютерная томография. Знание этих показателей имеет большое практическое значение, так как содержание минерала в костной ткани и минеральная костная плотность определяют прочность костей скелета.

Детский возраст привлекает внимание потому, что в этот период интенсивно увеличивается костная масса. В этом плане особое значение придают периоду полового созревания, так как к его

завершению уровень костной массы во многих участках скелета достигает 86%, а в отдельных участках 100% костной массы взрослого человека. Формирование пиковой костной массы является ключевым этапом возрастного развития скелета и важным физиологическим моментом, определяющим прочность кости на протяжении всей жизни человека минерализации скелета.

Выводы: В последнее десятилетие все больше появляется научных данных, свидетельствующих о том, что понимание этиопатогенеза остеопороза в детском возрасте неразрывно связано с совершенствованием методов количественной оценки костной массы у растущего организма ребенка, изучением факторов риска нарушения процесса накопления костной массы и изучением возрастных особенностей, а так же определение влияние хронической соматической патологии различного генеза на нарушения кальций–фосфорного гомеостаза в детской возрасте.

Список литературы:

1. Гайворонский И.В. Корреляции морфометрических параметров мышечков бедренной и большеберцовой костей / Гайворонский И.В., Хоминец В.В., Удочкина Л.А., Семенов А.А., Гринберг Е.Б. // Морфология. - 2015. - Т. 148. - № 6. - С. 79-83.
2. Гринберг Е.Б., Удочкина Л.А. Форма и размеры мышечков бедренной и большеберцовой костей по данным анатомических и ультразвуковых исследований // Астраханский медицинский журнал. - 2011. - Т. 6. - № 4. - С. 43-49.
3. Красовский С.А. Остеопороз у взрослых больных муковисцидозом. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / ФГУ "Научно-исследовательский институт пульмонологии". Москва, 2012
4. Муковисцидоз в России-создание национального регистра / С.А. Красовский [и др] / Педиатрия. Журнал им.Сперанского. – 2014. –Т.93. -№4. – С44-55.
5. Научно-практическая программа «Дефицит кальция и остеопенические состояния у детей: диагностика, лечение, профилактика» Международного фонда охраны здоровья матери и ребенка. Под ред. Н.А. Коровиной, В.А. Петерковой и др. М.: Междунар. фонд охраны здоровья матери и ребенка, 2006.
6. Коровина Н.А. Варианты остеопений при тубулоинтерстициальных заболеваниях почек у детей / Н.А. Коровина, В.И. Свинтицкая. Педиатрия. 2010; №6.- С.12-16.
7. Удочкина Л.А.Влияние серосодержащих газов на постнатальный онтогенез трубчатых костей: автореф. дисс. канд.мед.наук.–Санкт-Петербург, 1997. - 16 с.
8. Удочкина Л.А., Гринберг Е.Б., Галушко Т.Г. Структурные преобразования коленного сустава у юношей-футболистов и девушек-гимнасток (по данным ультразвуковой сонографии) / В сборнике: Проблемы современной морфологии человека Материалы Международной научно-практической конференции, посвященной 80-летию профессора Б. А. Никитюка. 2013. - С. 194-197.
9. Щеплягина Л.А., Моисеева Т.Ю., Коваленко Т.В. и др. Остеопения у детей. Пособие для врачей. М.: НЦЗД, 2005
10. Шилин Д.Е. Молоко и как источник кальция в питании современных детей и подростков. Педиатрия. 2006; 2: 21–27.

Ажикова А.К., Фельдман Б.В.

**ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Астрахань, Россия**

К ВОПРОСУ О РЕПАРАТИВНОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ КОЖИ БЕЛЫХ КРЫС ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ

Введение. Термические поражения кожи являются одним из наиболее социально значимых и распространенных типов травматических повреждений у человека [1,7].

Сроки восстановления поврежденного кожного покрова зависят от эффективности лечения травмы и профилактики развития инфекционных осложнений. В настоящее время в комбустиологической практике применяется огромное количество различных биостимуляторов в виде мазей или

перевязочных средств [2]. Однако не все раневые покрытия отвечают требованиям, предъявляемым к ним. В частности, не всегда можно предотвратить нагноение в ране, облегчить страдания обожженных во время смены повязок, ускорить процесс эпителизации в зоне повреждения [4].

Выбор того или иного перевязочного средства зависит от глубины повреждения мягких тканей и фазы раневого процесса [3].

Известно, что мази на жировой основе не способны сорбировать раневое отделяемое, их применение в дегенеративно-воспалительной фазе раневого процесса создает так называемый «парниковый эффект», приводит к накоплению гнойного отделяемого под повязкой и нарушению дренажа кожи [6]. Разработка оптимальных методов заживления кожного покрова и подлежащих тканей остается актуальным вопросом медицины. Вызывает интерес терапевтического использования биологически активных компонентов средств природного происхождения.

Целью нашего исследования явилось изучение возможной репаративной регенерации покровных тканей при термических ожогах в условиях воздействия аппликаций раствором хитозана.

Раствор хитозана, полученного из панциря креветки *Penaeus semisulcatus* и разведенного в физрастворе, использовали аппликациями в виде примочек для оценки возможной стимуляции регенераторных процессов кожи крыс.

Благодаря низкой токсичности, биосовместимости с тканями человека, способности усиливать пролиферативный пул клеток и регенеративные процессы при заживлении ран, хитозан используется для производства раневых покрытий в тканевой терапии и комбустиологии. Это подчеркивает биологические свойства материала, такие как иммунологические, антибактериальные, регенераторные при заживлении раневой поверхности [5].

Методы. В эксперименте участвовали 30 белых крыс-самцов семимесячного возраста, разделенные на группы по виду воздействия и возможной терапии ожогов.

В первой группе – контрольной находились животные, не подвергшиеся термическому воздействию. Во второй – животные, подвергшиеся термическому воздействию и аппликациям раствора хитозана, в третьей – животные, ожог которых корректировался аппликациями мази «Солкосерил», являющейся препаратом сравнения.

Термический ожог кожи моделировали в межлопаточной области спины крыс прикладыванием нагретого в течение 3 минут над пламенем спиртовки массивного металлического поршня от шприца «Рекорд». Сразу после формирования ожогового повреждения производили терапевтическую обработку ран указанными выше воздействиями. Каждые сутки производили визуальный осмотр раны и самого животного, отмечали морфологическую картину, измеряли площадь размера повреждения, взвешивали животных.

Результаты. Для оценки степени репарации поврежденной ткани крыс мы придерживались основных критериев: скорость эпителизации, размер раны, общее состояние животного. В частности, у крыс, получавших лечение ожогов препаратом «Солкосерил», использованным в качестве препарата сравнения, на поверхности ран имелись остатки струпа в виде фиброзно-лейкоцитарного слоя, под которым располагалась грануляционная ткань с упорядоченным ходом слабофуксинофильных коллагеновых волокон. Наблюдалась слабовыраженная диффузная инфильтрация грануляционной ткани лимфоидными и гистиоцитарными элементами.

Морфологическая картина заживления раневых дефектов у крыс при лечении аппликациями раствора хитозана на 7-10 сутки после нанесения ожога существенно отличалась от описанной выше в контроле. У многих крыс отмечалась эпителизация ран. В грануляционной ткани выявлялось умеренное количество тонкостенных сосудов. Отмечалось достаточное число пикринофильных коллагеновых волокон. Наблюдалась диффузная и слабовыраженная инфильтрация грануляционной ткани.

Заключение. Данный вид воздействия приводил к ускорению не только локального репаративного процесса, но и влиял на весь организм в целом, способствуя восстановлению многих его функций. В частности, ускорялось восстановление веса и активности животных.

Основное активирующее действие раствора хитозана направлено на стимуляцию пролиферативных процессов соединительной ткани, являющейся в зоне репарации менее дифференцированной и обладающей большими потенциальными возможностями.

Проведенное исследование показывает возможность применения композитов природного происхождения для разработки новых лекарственных средств коррекции ожоговых нарушений организма.

Список литературы:

1. Ажикова, А.К. Гистоморфологический анализ динамики заживления кожных послеожоговых ран крыс при использовании пуповинной крови / М.В. Лазько, А.К. Ажикова, М.А. Егоров// Естественные науки, 2012.- №3. - С. 142-149.
2. Владимиров, И.В. Современные возможности улучшения результатов лечения ожоговых ран / И.В. Владимиров, Д.В. Черданцев, Д.В.Владимиров, Т.П.Ванюхина// Современные проблемы науки и образования, 2014. - №4. - С. 308.
3. Имашева, А. К. Особенности регенераторных процессов кожи при термических ожогах/А. К. Имашева, М. В. Лазько// Фундаментальные исследования, 2009. -№ 5. -С. 22-24.
4. Карякин, Н.Н. Технологии лечения ожогов в условиях влажной среды / Карякин Н.Н., Клеменова И.А// Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2015. № 9-3. С. 495-499.
5. Куприна, Е.Э. Способы получения и активации хитина и хитозана// Хитин и хитозан. Получение, свойства и применение / Е.Э. Куприна, С.В. Володажская / под ред. К.Г. Скрыбина, Г.А. Вихоревой, В.П. Варламова. – М., 2002, С. 44-63.
6. Ноздрин В.И., Белоусова Т.А., Альбанова В.И., Лаврик О.И. Гистофармакологические исследования кожи. М.: Изд. ЗАО «Ретиноиды», 2006 г.- 376 с.
- 7.Обухова Е.В., Шаповалова М.А., Китиашвили И.З., Самсонов А.В. Социологический портрет пациентов с термическими травмами /Вестник новых медицинских технологий. 2009. т. 16. № 2. с. 164-165.

Алексашина Д.С., Кчибеков Э.А., Сердюков М.А., Кчибеков А.А.

**ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Астрахань, Россия**

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СВЯЗАННОГО С БЕРЕМЕННОСТЬЮ АЛЬФА2-ГЛИКОПРОТЕИНА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Ведение. Частота заболеваемости острым аппендицитом в общей популяции на сегодняшний день составляет 0,1–0,6% с устойчивой тенденцией к снижению [5, 6], это происходит, благодаря постоянному активному совершенствованию методов лабораторной и инструментальной диагностики. Однако, все же в клинической практике встречаются диагностические ошибки, которые приводят как к «необоснованным» операциям, так и к запоздалому оказанию хирургической помощи, и частота подобных случаев составляет 2,3–34,5% [2, 3, 4, 6, 7, 8, 9].

Также, ежегодно совершенствуется и клиническая диагностика, но истинная эффективность большинства «клинико-специфических» симптомов острого аппендицита невелика, особенно, у пациентов пожилого и старческого возраста, поэтому не ослабевает интерес к дооперационной верификации каждой из форм этой патологии, в том числе и у данной группы пациентов.

Остается весьма опасным скептицизм по отношению к простой форме острого аппендицита и ее слабо выраженных симптомов, что часто приводит к запоздалому оперативному лечению при далеко зашедших деструктивных явлениях в червеобразном отростке.

Цель. Изучить клинико-диагностическое значение связанного с беременностью альфа2-гликопротеина при различных формах острого аппендицита.

Материалы и методы исследования. В ГКБ № 3 им. Кирова г. Астрахани были обследованы 78 больных в возрасте от 18 до 76 лет, поступившие в экстренном порядке в хирургическое отделение, из которых 18 - с острым катаральным аппендицитом, 38 - с флегмонозным, 22 - с гангренозным. Образцы сыворотки крови и перитонеального экссудата всех пациентов были подвергнуты лабораторному анализу. Забор образцов проводился до оперативного лечения или непосредственно в день операции [1]. Выявление концентрации связанного с беременностью альфа2-гликопротеина проводилось методом двойной иммунодиффузии (мг/л) с помощью коммерческих тест-систем ЗАО «Вектор-Бест» (г. Новосибирск).

Полученные результаты исследований были обработаны с помощью пакета статистического анализа Statistica 6, SPSS V 10.0.5, программ «STATLAND», «EXCEL-97», «Basic Statistic», а также сопоставлены с данными общеклинического обследования.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате исследования было выявлено, что в сыворотке крови увеличение концентрации связанного с беременностью альфа2-гликопротеина отмечалось у 88% пациентов в диапазоне от 25 до 78 мг/л, а в перитонеальном экссудате от 56 до 106 мг/л. При этом наиболее высокая концентрация данного белка-реактанта фиксировалась при деструктивных формах острого аппендицита. При катаральных формах его уровень в сыворотке составлял - $8,5 \pm 2,74$ мг/л. В случае флегмонозного аппендицита концентрация повышалась до $48,4 \pm 12,74$ мг/л, а в перитонеальном экссудате до $56,7 \pm 16,7$ мг/л. При гангренозном аппендиците уровень концентрации в сыворотке достигал уровня - $78,5 \pm 12,56$ мг/л, а в перитонеальном экссудате - $106,4 \pm 16,7$ мг/л.

Заключение. Таким образом, связанный с беременностью альфа2-гликопротеин в биологических жидкостях является информативным белком воспаления у пациентов с острым аппендицитом. Интенсивность нарастания уровня альфа2-гликопротеина в сыворотке крови и перитонеальном экссудате больных острым аппендицитом свидетельствует о наличии гнойной деструкции тканей аппендикса и периаппендикулярной клетчатки, а также о возникновении послеоперационных осложнений.

Полученные предварительные результаты дают основание предполагать целесообразность применения теста на альфа2-гликопротеин в диагностике острого аппендицита и его осложнений, а также данный фермент может использоваться для прогнозирования эффективности лечения острого аппендицита.

Список литературы:

1. Алексашина, Д.С. Способ диагностики гнойной деструкции тканей и распространенности процесса при воспалительных заболеваниях органов брюшной полости / Д.С. Алексашина, М.А. Сердюков, Э.А. Кчибеков // Новация. - 2016. - №4. - С. 62-63.
2. Долгушкин, А.Н. Лапароскопия как метод выбора в диагностике и лечении острого аппендицита / А.Н. Долгушкин, П.А. Журавлев // Альманах клинической медицины. - 2007. - №16. - С. 61-62.
3. Ефименко, Н.А. Лечебная и диагностическая лапароскопия при аппендиците / Н.А. Ефименко, В.В. Чурсин, А.А. Степнов и др. // Военно-медицинский журнал. - 2007. - №8. - С. 19-23.
4. Кригер, А.Г. Острый аппендицит / А.Г. Кригер, А.В. Федоров, П.К. Воскресенский, А.Ф. Дронов. - М.: Медпрактика. - 2002. - С. 244.
5. Натрошвили, А.Г. Результаты применения модифицированной диагностической шкалы у больных острым аппендицитом / А.Г. Натрошвили, А.М. Шулутко, Ф.Н. Насиров // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2010. - № 8. - С. 24-27.
6. Пряхин, А.Н. Лапароскопическая аппендэктомия / А.Н. Пряхин, Р.З. Газизуллин. - Челябинск. - 2005. - С. 75.
7. Синенченко, Г.И. Хирургия острого живота / Г.И. Синенченко, А.А. Курыгин, С.Ф. Багненко. - СПб: Элби-СПб. - 2007. - С. 512.
8. Ярцев, П.А. Лапароскопия в диагностике и лечении острого аппендицита / П.А. Ярцев, А.С. Ермолов, Г.В. Пахомова // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2010. - №4. - С. 21-25.
9. Fui, C.C. Evaluation of the RIPAsA score: a new scoring system for the diagnosis of acute appendicitis / C.C. Fui, T. Amy, Ah. M. Ah. Jiffri, et al. // Brunei Int med JornaI. - 2010. - 6. - №1. - P. 21-27.

Алехина Н.А., Соколова Я.О., Алексашина Д.С.

*ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Астрахань, Россия*

**КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭХИНОКОККОЗА У ДЕТЕЙ В
АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

Генеральный директор ВОЗ Маргарет Чен, несколько лет назад сказала: «Паразитарные бо-

лезни – это не новые «пугающие» заболевания. Эта «невидимая» патология постоянно присутствует среди бедных слоев населения, вызывая неизмеримые страдания. Число больных с трудом поддается подсчету, хотя и исчисляется миллионами. Политики, средства массовой информации и организаторы здравоохранения пренебрегают этими болезнями, получившими название «neglected diseases» (незамечаемые болезни), отчасти потому, что названия этих болезней трудны для произношения. Ущерб, наносимый паразитарной патологией, неизмеримо больше, чем несколько сот выявленных случаев «птичьего гриппа», чем нас пугают уже 10 лет» [12, 13].

Согласно расчетам специалистов Всемирной организации здравоохранения, среди ведущих причин ущерба, наносимого человечеству всеми болезнями и травмами, на четвертом месте стоят кишечные гельминтозы, из-за которых ежегодно теряется 24 млн. лет человеческой жизни [6]. Более 90% всей паразитарной инвазии приходится на детей [6]. Наиболее часто встречающимися паразитами у детей являются аскаридоз, энтеробиоз и лямблиоз [1,2,3,8,9,12]. Нередко у детей, в последние несколько лет можно встретить и эхинококкоз, который остается актуальной проблемой для всей страны в целом [6].

Эхинококкозы - хронически протекающие гельминтозы, характеризующиеся деструктивными поражениями печени, легких и других органов, аллергизацией организма и тяжелыми осложнениями, часто приводящими к инвалидности и смерти [4,5].

Цель исследования. Охарактеризовать современную ситуацию по эхинококкозу у детей в Астраханской области за 2008 – 2015 гг.

Материалы и методы. На территории Астраханской области с 2008 по 2015 гг. зарегистрировано 72 случая эхинококка у человека. Тенденция к увеличению числа случаев отмечается с 2011 г., когда в регионе было зарегистрировано 10 сл. (13,9%), 2014 г. – 17 сл. (23,6%), 2015 г. – 11 сл. (15,3%) [7,10,11].

Результаты исследования. Заболевание регистрировалось во всех возрастных группах. Так, на долю детей в возрасте до 17 лет приходилось 12 сл. (16,7%). Наиболее часто эхинококкоз регистрировался у детей школьного возраста – 10 сл. (83,3%). В единичных случаях (по 8,3%) эхинококкоз регистрировался у девочек в возрасте 5 и 6 лет. В половом соотношении: девочки – 10 сл. (83,3%), мальчики – 2 сл. (16,7%). Наиболее часто паразит поражал печень – 66,7% (8 сл.), в 33,3% (4 сл.) отмечалось сочетанное поражение печень+легкое. Половина всех больных – 50% (6 чл.) предъявляли жалобы на боль в предполагаемом месте локализации паразита, в единичных случаях – по 8,35% (по 1 чл.) пациенты отмечали тяжесть в области печени и тошноту. В остальных случаях – 33,3% (4 чл.) – жалобы отсутствовали.

Длительность течения заболевания от момента появления первых симптомов и признаков до обращения за медицинской помощью и постановкой правильного диагноза, составляла меньше 1 месяца – 50% и 1 месяц – 33,3%. В остальных случаях, длительность заболевания составляла 2 месяца и 1 год – по 8,35%. По профессиональной занятости: школьники – 41,7%, студенты – 33,3%, дошкольники – 16,65% и учащийся СУЗа – 8,35%. При сборе эпиданамнеза было выявлено, что все дети (100%) имели постоянный контакт с домашними или бродячими собаками, которые не были дегельминтизированы. Все заболевшие дети, в основном были местными жителями – 91,7% и проживали как в городской – 66,65%, так и в сельской местностях – 25%. Одна девочка 5 лет (8,35%) находилась на стационарном лечении в Астрахани проездом из Республики Казахстан. Среди городских жителей, наиболее часто эхинококкоз регистрировался у детей, проживающих в Советском районе – 75%. В единичных случаях – по 12,5% дети проживали в Ленинском и Трусовском районах г. Астрахани. Среди районов Астраханской области эхинококкоз регистрировался у детей, проживающих в Красноярском – 2 чл. и Володарском районах – 1 чл. Диагноз был подтвержден методом ИФА для выявления иммуноглобулинов класса М и G к антигенам однокамерного эхинококка (ЗАО «Вектор-Бест», г. Ростов) – 83,3% (10 чл.). В диагностике заболевания применялись и другие методы: УЗИ – 100% (12 чл.), гистологический метод – 41,7% (5 чл.), метод КТ и рентгенологический метод – по 33,3% (по 4 чл.), микроскопический метод – 25% (3 чл.), методы МСКТ и РКТ – по 8,35% (по 1 чл.).

Выводы: В последние годы число случаев заражения человека эхинококком продолжает увеличиваться, о чем свидетельствуют местные случаи заражения. Причем поражает паразит не только в печени, но и легкие. Заболеванию подвержены лица, имевшие постоянный контакт с недегельминтизированными собаками. Заболеванию подвержены люди различного возраста и профессий. В диагностике эхинококкоза главную роль играют комплексные методы ИФА и УЗИ.

Список литературы:

1. Алиева А.А., Мирекина Е.В., Аймашев Н.Б., Золотенкова А.Н., Донскова А.Ю. Эпидемиолого-эпизотологические особенности дирофиляриоза человека в Астраханской области: анализ работы за 1951 – 2012 гг. В сборнике: «КОМАРИНЫЕ» ПАРАЗИТОЗЫ: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА 2016. С. 3-7.
2. Аракельян Р.С., Аракельян А.С., Галимзянов Х.М., Заплетина Н.А., Карпенко С.Ф., Егорова Е.А. Клинико-эпидемиологическая характеристика дирофиляриозов в Астраханской области //Научно-методический электронный журнал Концепт. 2014. Т. 20. С. 1286-1290.
3. Аракельян Р.С., Бедлинская Н.Р., Донскова А.Ю., Кутьина А.В., Нифонтова Л.В., Медведева А.С., Леонова В.В., Шарикова А.А. Малярия в Астраханской области //В сборнике: Современные проблемы развития фундаментальных и прикладных наук 2016. С. 4-7.
4. Аракельян Р.С., Галимзянов Х.М., Мустафин Р.Д., Карпенко С.Ф., Курбангалиева А.Р., Аракельян А.С. Клинико-эпидемиологические особенности эхинококкоза человека в Астраханской области //Актуальная инфектология. 2015. №4 (9). С. 38-41.
5. Аракельян Р.С., Галимзянов Х.М., Стулова М.В., Кузьмичев К.Ю., Мустафин Р.Д., Кузьмичев В.Ю., Лепилов Ю.А., Постнова В.Ф., Шендо Г.Л., Курбангалиева А.Р., Аракельян А.С., Золотенкова А.Н., Иванова Е.С., Кузьмичев Б.Ю., Глебова А.А., Гасанова Р.К., Чуманова Е.В., Адамова Д.С., Коровушкин А.Ю. Клинико-эпидемиологические особенности эхинококкоза человека в Астраханской области //Научно-методический электронный журнал Концепт. 2015. Т. 13. С. 396-400
6. Аракельян Р.С., Сало А.А., Ибрагимова С.А. Современная ситуация по паразитарным болезням у детей //Новая наука: От идеи к результату. 2016. № 6-2 (90). С. 16-20.
7. Аракельян Р.С., Ханбеков З.З., Нифонтова Л.В. Эхинококкоз человека редкой локализации //Новая наука: Опыт, традиции, инновации. 2016. № 5-3 (83). С. 66-69.
8. Имамудинова Н.Ф., Мартынова О.В., Бедлинская Н.Р. Клинико-лабораторные особенности течения клещевых пятнистых лихорадок в экзантематозном периоде //Научно-методический электронный журнал Концепт. 2016. Т. 11. С. 3026-3030.
9. Карпенко С.Ф., Галимзянов Х.М., Аракельян Р.С. Динамика заболеваемости коксииеллезом в Астраханской области в 2010 – 2011 гг. //Инфекция и иммунитет. 2012. Т. 2. № 1-2. С. 150.
10. Одишелашвили Г.Д., Пахнов Д.В., Одишелашвили Л.Г. Хирургическое лечение эхинококкоза печени //Медицинский вестник Юга России. 2014. № 4. С. 78-82.
11. Пахнов Д.В., Кучин Ю.В., Одишелашвили Г.Д. Способ ликвидации больших полостей после эхинококкэктомии печени //Астраханский медицинский журнал. 2014. Т. 9. № 3. С. 118-122.
12. Сергиев В.П., Кузнецова К.Ю. Современные проблемы в сфере паразитарных болезней и их терапии // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. – 2014. - №1. С. 12-15.
13. Шаповалова М.А. Медико-демографические критерии общественного развития //Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени н.а. семашко. 2005. №3. с. 144-146.

*Алехина Н.А., Аракельян А.С., Кулагин В.В., Соколова Я.О.,
Мартынова О.В., Салихова Н.Ф., Аракельян Р.С.*

**ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Астрахань, ГБУЗ АО «Александро-Мариинская областная клиническая больница»,
г. Астрахань, Управление Федеральной службы исполнения наказаний РФ по
Астраханской области, Россия**

ОСОБЕННОСТИ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ СЛУЖЕБНЫХ СОБАК УФСИН РФ ПО АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ НА НАЛИЧИЕ В ИХ КРОВИ ЛИЧИНОК *DIROFILARIA IMMITIS*

Дирофиляриоз – тканевой филяриоз животных, проявляющийся у человека образованием подвижной опухоли под кожей на различных участках тела, а также под конъюнктивой глаза (инвазия *Dirofilaria repens*), при инвазии *Dirofilaria immitis* поражаются кровеносные сосуды легких и сердца.

В зависимости от локализации возбудителей различают легочный, или сердечный, и подкожный дирофиляриозы. У собак служебных питомников Управления Федеральной службы исполнения наказаний РФ по Астраханской области регистрируется легочный дирофиляриоз, вызванный *Dirofilaria immitis* [5,6,11].

Цель исследования. Охарактеризовать особенности диагностики дирофиляриоза собак служебных питомников УФСИН РФ по Астраханской области.

Материалы и методы. Научно-исследовательская работа проводилась на кафедре инфекционных болезней и эпидемиологии Астраханского ГМУ по результатам лабораторного исследования крови собак служебных питомников УФСИН РФ по Астраханской области. За 2004 – 2015 гг. было обследовано 2613 собак. Экстенсивность инвазии составила 4,4% (115 собак) [1,9,12].

Результаты исследования. С 2004 по 2009 гг. обследование собак проводилось 2 раза в год – весной и осенью (период активного лёта комаров). Наибольшее количество зараженных отмечалось в 2004 г. – 14 собак. Экстенсивность инвазии составила 24,1%. В последующие годы отмечалось увеличение числа зараженных собак: 2005 г. – 6,5%, 2006 г. – 5,4%, 2007 г. – 6,4%. Начиная с 2008 г., после применения с профилактической целью препарата «Диронет», зараженность собак снизилась в несколько раз и составила 3,2% [12].

В 2009 г. УФСИН были приобретены и завезены собаки из других регионов (Ростовская, Саратовская, Нижегородская и Волгоградская области). Всего было приобретено 53 собаки, из которых 18 оказались инфицированными, а экстенсивность инвазии составила 34%, а общая зараженность собак по питомникам УФСИН в целом, составила 7,9%, т.е. увеличилась в 3 раза [2,3]. Обследование собак осуществлялось по улучшенной методике с применением 1% раствора уксусной кислоты, которая позволила проводить идентификацию возбудителя до вида [4,7]. При чем диагноз «Дирофиляриоз» был выставлен только на основании лабораторных исследований, клинические симптомы данного заболевания у всех обследуемых собак отсутствовали [8,10].

В 2011, 2014 и 2015 гг. дирофиляриоз у собак не регистрировался. Но в 2012 – 2013 гг. в питомники УФСИН Астраханской области были привезены новые собаки из Ростовской и Нижегородской областей. При обследовании, они также, как и в предыдущие годы, оказались инвазированы – 1,4% (2012 г.) и 2,4% (2013 г.).

Возраст всех обследуемых собак составлял от 1 года до 11 лет. Чаще всего данное заболевание регистрировалось у собак в возрасте от 1 до 5 лет (1 год – 6,4%, 2 года – 7,4%, 3 года – 5,3%, 4 года – 4,2%, 5 лет – 4,7%). У собак, возраст которых был старше 5 лет, дирофиляриоз регистрировался, но с меньшей частотой. Так, ЭИ у собак в возрасте 6 и 7 лет была практически одинаковой и составляла 2,6%, 2,1% соответственно. ЭИ у восьмилетних собак составляла 0,7%, а у собак в возрасте 9 лет – дирофиляриоз не регистрировался. Из 84 собак в возрасте старше 10 лет дирофиляриоз регистрировался в 5 случаях, ЭИ составила 6%.

При обследовании, мы обращали внимание на породу и пол. Так, в половом соотношении: из 1323 обследованных сук, 47 оказались инвазированными, ЭИ составила 3,6%, из 1290 кобелей – 68 инвазированы, ЭИ составила 5,3%.

Дирофиляриоз регистрировался у собак с разной длиной шерсти: среднеазиатские овчарки и ротвейлеры чаще всего подвергались заражению дирофиляриозом – 8,1% и 7,5% соответственно. Инвазия встречалась у собак с гладкой шерстью (доберман – 3,7%). В то же самое время дирофиляриоз регистрировался и у собак с длинной шерстью: кавказские овчарки – 5,8%, немецкие овчарки – 3,4% и восточноевропейские – 1,2%. Экстенсивность инвазии у беспородных собак составила 5,2%.

Выводы. В связи с применением ветеринарного препарата «Диронет» и ежемесячным обследованием, в регионе удалось снизить заболеваемость собак до 0%. Ежемесячное обследование и обнаружение возбудителя на доклинической стадии заболевания, способствовало тому, что в 2011 г., инвазированность собак составила 0%.

Список литературы:

1. Алехина Н.А., Калашникова Т.Д., Соколова Я.О. Особенности диагностики собак служебных питомников УФСИН РФ по Астраханской области //Новая наука: Современное состояние и пути развития. 2016. № 4-2. С. 13-16.
2. Аракельян А.С., Алехина Н.А., Усагалиева А.Х. Упрощенный метод диагностики дирофиляриоза у собак //Новая наука: От идеи к результату. 2016. № 6-2 (90). С. 11-14.

3. Аракельян А.С., Аракельян Р.С., Галимзянов Х.М., Быков В.П., Черников А.В. Разработка условий приготовления препаратов для выявления кровепаразитов //Медицинская паразитология и паразитарные болезни. 2013. № 1. С. 38-41.
4. Аракельян А.С., Бедлинская Н.Р., Ротарь Д.Н. Диагностически значимые временные интервалы и кратность забора крови у животных //В сборнике: «КОМАРИНЫЕ» ПАРАЗИТОЗЫ: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА 2016. С. 20-25.
5. Аракельян Р.С., Аракельян А.С., Галимзянов Х.М., Заплетина Н.А., Карпенко С.Ф., Егорова Е.А. Клинико-эпидемиологическая характеристика дирофиляриоза в Астраханской области //Научно-методический электронный журнал Концепт. 2014. Т. 20. С. 1286-1290.
6. Аракельян Р.С., Галимзянов Х.М., Аракельян А.С. Дирофиляриоз в Астраханской области. Современное состояние проблемы //Пест-Менеджмент. Pest Management. 2014. № 1 (89). С. 4-6.
7. Аракельян Р.С., Галимзянов Х.М., Аракельян А.С., Быков В.П., Черников А.В. Способ диагностики дирофиляриоза у животных и человека: патент на изобретение RUS 2506926 17.07.2012.
8. Аракельян Р.С., Галимзянов Х.М., Кулагин В.В., Рябикина М.А., Чернухин Д.А. Применение препарата «Диронет» с профилактической целью в отношении служебных собак, инвазированных *Dirofilaria immitis*, на территории Астраханской области //Медицинская паразитология и паразитарные болезни. 2011. № 4. С. 41-42.
9. Аракельян Р.С. Дирофиляриозы (литературный обзор)/Р.С. Аракельян //Практик. 2007. № 6. С. 74.
10. Имамутдинова Н.Ф., Мартынова О.В., Аракельян А.С. Модифицированный метод диагностики кровепаразитов у животных //В сборнике: Неделя науки 2015 Материалы всероссийского молодежного форума с международным участием. 2015. С. 68.
11. Мирекина Е.В., Кулагин В.В., Алехина Н.А. Зараженность кровепаразитами рода *Dirofilaria* служебных собак УФИН РФ по Астраханской области //В сборнике: «КОМАРИНЫЕ» ПАРАЗИТОЗЫ: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА 2016. С. 79-84.
12. Попова Е.Ю., Родионенко Л.М., Аракельян Р.С., Калашникова Т.Д. Анализ эпизоотологии и эпидемиологии дирофиляриоза служебных собак в Астраханской области //Научно-методический электронный журнал Концепт. 2016. Т. 11. С. 2111-2115.

Алиева А.А., Галимзянов Х.М., Черенова Л.П., Василькова В.В., Егорова Е.А.

*ФГБОУ ВО "Астраханский государственный медицинский университет" Минздрава России,
г. Астрахань, Россия*

ОСОБЕННОСТИ ДЕГИДРОГЕНАЗНОЙ АКТИВНОСТИ НЕЙТРОФИЛОВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С ЕСТЕСТВЕННОГО ТЕЧЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕНОТИПА И ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ

Гепатит С – широко распространённое заболевание, занимающее одно из ведущих мест в структуре инфекционной патологии, характеризующееся высокой (до 85 %) частотой хронизации [6, 7, 9], длительным персистированием возбудителя в организме, высоким риском развития осложнений – цирроза печени (до 20–30 %), первичной гепатокарциномы (до 10 %). Гепатит С является ведущим в структуре смертности от заболеваний печени [8,11].

Современные подходы к оценке и коррекции состояния ряда энергообеспечивающих систем организма в норме и при наличии патологии невозможны без цитохимического изучения клеток крови [1-5, 10].

Цель работы: оценить активность дегидрогеназ в нейтрофилах крови у больных ХГС естественного течения в зависимости от генотипа вируса и вирусной нагрузки.

Задачи исследования: 1. Исследовать дегидрогеназную активность в нейтрофилах крови у больных ХГС в зависимости от генотипа вируса. 2. Определить активность дегидрогеназ в нейтрофилах крови у больных ХГС в зависимости от вирусной нагрузки (ВН).

Методы: Для цитохимического исследования нейтрофилы определяли в мазке из цельной крови. Изучали активность окислительно-восстановительных ферментов: сукцинатдегидрогеназа (СДГ), лактатдегидрогеназа (ЛДГ), глюкозо-6-фосфатдегидрогеназа (Г-6-ФДГ). Исследования дегид-

рогеназ проводили по методике Р.П. Нарциссова. Подсчет проводили методом Капlou. Для корреляционного анализа применяли метод Пирсона.

Результаты исследования: На базе ГБУЗ «ОИКБ имени А.М. Ничоги» было обследовано 140 больных ХГС с естественным течением. Среди обследованных больных мужчин было 60,7 % (85 человек), женщин – 39,3 % (55 чел). Клиническая картина у больных ХГС характеризовалась небольшим количеством симптомов: слабость наблюдалась в 91,4 %, снижение аппетита - в 67,8 %, тошнота - в 37,8 %, тяжесть в правом подреберье – 19,2 %, гепатомегалия – 57,8 %, спленомегалия – 8,5 %, пальмарная эритема и телеангиоэктазии соответственно - 20,0 % и 18,5 %.

При генотипировании у большинства больных был выявлен 1 генотип вируса – 89 чел. - 63,6%, 3 генотип – 40 чел. - 28,6 %, 2 генотип – 11 чел. - 7,8 %. Пациенты с 3 и 2 генотипами были объединены и составили группу, обозначенную, как «не 1» генотип. ВН $\geq 400\ 000$ МЕ/мл считалась высокой. При высокой вирусной нагрузке (ВВН) в 4 раза больше регистрировали пациентов с 1 генотипом (62 чел. - 80,5%) против 15 чел. - 19,5 % при "не 1" генотипе ($p < 0,01$).

Была проведена оценка различий ферментативной активности нейтрофилов крови в зависимости от ВН и генотипа. У больных ХГС с ВВН и 1 генотипом достоверно, по сравнению с нормой, были снижены показатели активности всех дегидрогеназ. При детальном анализе у обследуемых в данной группе активность СДГ и ЛДГ определялась ниже нормы в 100 % случаев, причем, активность СДГ была снижена более чем в 2 раза - в 58 % случаев, а ЛДГ в 81%. Г-6-ФДГ в 10 % была ниже контроля до 2-х раз и в 90 % - более чем в 2 раза.

У больных ХГС с ВВН и «не 1» генотипом активность ферментов, по сравнению со здоровыми, была достоверно повышена. Индивидуальный анализ в этой группе показал, что активность дегидрогеназ в 100 % случаев была выше нормы, причем активность СДГ в 33 % случаев, а ЛДГ в 7 % превышала контрольные показатели более чем в 2 раза. Активность дегидрогеназ в нейтрофилах крови у больных ХГС с ВВН была достоверно выше у больных с "не 1" генотипом и достоверно отличалась от показателей в группе с 1 генотипом.

У больных ХГС с низкой вирусной нагрузкой (НВН) и 1 генотипом значимое, по сравнению с нормой, повышение активности регистрировалось в отношении СДГ ($19,22 \pm 0,54$ у.е.) и ЛДГ ($28,74 \pm 0,93$ у.е.). При детальном анализе в группе с НВН и 1 генотипом активность СДГ в 8 % случаев соответствовала норме и в 92 % превышало ее. Активность ЛДГ на уровне контроля у 11 % больных и выше у 89 %.

У больных ХГС с НВН и «не 1» генотипом определялось достоверное, по сравнению с контрольной группой, повышение активности СДГ ($22,92 \pm 0,64$ у.е.), ЛДГ ($30,17 \pm 0,87$ у.е.), Г-6-ФДГ ($45,56 \pm 1,08$ у.е.). Индивидуальный анализ данных дегидрогеназ показал, что активность СДГ и Г-6-ФДГ в 94 % случаев превышало норму и в 6 % случаев сохранялась на уровне контрольных цифр. Активность ЛДГ у всех больных была выше нормы.

Сравнительный анализ данных ферментов в нейтрофилах крови у больных ХГС с НВН выявил достоверно низкую ($P < 0,001$) активность СДГ и Г-6-ФДГ при 1 генотипе по сравнению с "не 1" генотипом.

В результате проведенного анализа была выявлена умеренная корреляционная связь у больных ХГС 1 генотипа с активностью СДГ ($r = 0,314$; $p < 0,01$) в нейтрофилах крови и слабые положительные связи с активностью других дегидрогеназ. Установлены обратные по направлению и слабые по силе корреляции между "не 1" генотипом и активностью СДГ ($r = -0,203$) и ЛДГ ($r = -0,256$). Умеренная обратная корреляция по ВН определялась с активностью всех исследуемых ферментов.

Выводы: Таким образом, было установлено, что у больных с 1 генотипом и ВВН определялось достоверное угнетение активности дегидрогеназ в нейтрофилах крови, а при НВН их активность была выше нормы, но меньше показателей больных с "не 1" генотипом. Дегидрогеназная активность нейтрофилов крови при "не 1" генотипе регистрировалась достоверно ниже нормы, как при высокой, так и при НВН, т.е. не была взаимосвязана с ВН. Корреляционный анализ показал, что низкая активность исследуемых ферментов ассоциировалась с ВВН.

Список литературы:

1. Бедлинская Н.Р. Значение функциональной активности тромбоцитов и динамичности метаболизма нейтрофилов в развитии геморрагического синдрома у больных Астраханской риккетсиозной лихорадкой / Н.Р. Бедлинская., Б.И.Кантемирова., М.А.Бабаева // Новая наука: Современное со-

стояние и пути развития. 2016. №2 - 2 (62). С. 28-31.

2. Бедлинская Н.Р., Галимзянов Х.М., Мирекина Е.В., Горева О.Н., Красков А.В. Клинические особенности течения Астраханской риккетсиозной лихорадки в зависимости от наличия геморрагического синдрома // Материалы Межрегионального Форума специалистов «Актуальные вопросы инфекционной патологии Юга России» с заседанием профильной комиссии по специальности «инфекционные болезни» Министерства здравоохранения РФ-8-10 июня 2016 г. Национальное научное общество инфекционистов, Кубанский государственный медицинский университет, министерства здравоохранения Краснодарского края. – Москва: ООО «Пре100принт», 2016. – С. 27-29.

3. Василькова В.В. Ферментативная активность моноцитов крови у больных лихорадкой Ку различных возрастных групп / В.В. Василькова, И.Ф. Вишневецкая // Клиническая иммунология. 2006. №5. С.158.

4. Галимзянов, Х.М. Динамика ферментативной активности фагоцитов крови у больных хроническим вирусным гепатитом С в зависимости от генотипа / Х.М. Галимзянов, А.А. Алиева, А.В. Буркин, О.Н. Горева // Астраханский медицинский журнал. 2014. Т. 9. №3. С.19-24.

5. Егорова Е.А. Состояние ферментативной активности фагоцитов крови у больных лакунарной ангиной в зависимости от терапии: автореф. дис. канд. мед. наук : 14.01.09 / Егорова Елена Александровна. Москва, 2013. 23 с.

6. Знойко О.О. Клинико-патогенетические особенности естественного течения вирусного гепатита С и оптимизация лабораторно-диагностических критериев исходов заболевания : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.10 / Знойко Ольга Олеговна. М., 2008. 44 с.

7. Климова Е.А. Вирусные гепатиты: клинико-эпидемиологический анализ и совершенствование тактики лечения : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.10 / Климова Елена Анатольевна. М., 2006. 46 с.

8. Лобзин Ю.В. Вирусные гепатиты: диагностика, лечение / Ю.В. Лобзин, К.В. Жданов, М.В. Волжанин, Д.А. Гусев. – СПб.: ООО «Изд-во Фолиант», 2003. 192 с.

9. Малова Е.С. Хронические гепатиты В и С: иммунопатогенез и иммунодиагностика фиброзных изменений в печени : автореф. дис. д-ра мед. наук : 14.03.09 / Малова Елена Сергеевна. М., 2011. 42 с.

10. Мирекина Е.В. Роль окислительного стресса в патогенезе и клинике Крымской геморрагической лихорадки: автореф. дисс. канд.мед.наук /Е.В. Мирекина. М., 2016. 20 с.

11. Сахарова Д. А. Клеточный иммунитет у больных хроническим вирусным гепатитом С / Д. А. Сахарова, Ю. А. Витковский, П. П. Терешков // Дальневосточный медицинский журнал. 2013. № 4. С. 21-24.

Аманжолкызы А.

РГП на ПХВ «Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова» г. Актобе, Казахстан

УРОВЕНЬ ВИТАМИНА D У ПОДРОСТКОВ ДВУХ ЭТНИЧЕСКИХ ГРУПП ГОРОДА АКТОБЕ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Изучение состояния костной ткани у детей и подростков представляет собой актуальную задачу современной медицины [2,3,5, 6, 7].

Цель настоящей работы – изучить уровень 25-ОН витамина D у подростков двух этнических групп г. Актобе по показателю минеральной плотности костной ткани.

Задачи:

- Определить уровень 25-ОН витамина D
- Оценить состояние минеральной плотности костной ткани (МПКТ)
- Распределить уровни 25-ОН витамина D по показателю МПКТ

Методы: Обследовано 110 условно здоровых детей, средний возраст которых составил 15,3±1,2; из них 47 мальчиков и 63 девочек учащихся средних школ г. Актобе. Было получено информированное согласие подростков и их родителей для исследования МПКТ и определения биохимического маркера 25-ОН витамина D. Измерение показателей МПКТ по пяточной кости проводи-

лось на ультразвуковом остеоденситометре SONOST-3000 (Южная Корея) по стандартной методике. У детей определяли Z-критерий (Z-score). Значения Z-score до -1SD рассматривали как норму, от -1SD до -2,5SD - как остеопению, а выше -2,5SD – как остеопороз. В сыворотке крови определяли уровень 25-ОН витамина D электрохемолуминисцентным иммунологическим анализом Gobas-e601 (Roche). Референсное значение в пределах менее 10 нг/мл расценивается как выраженный дефицит; в пределах 10-24 нг/мл как умеренный дефицит; 25-80 нг/мл - достаточный уровень витамина D [4,8].

Результаты: По данным ультразвуковой денситометрии значения Z-score составил у казахов - 1,9±0,9; у русских -2,05±0,7. Данные средние значения указывают на наличие остеопенического синдрома у всех контингентов обследованных, при этом межэтнических отличии не выявлено. По содержанию 25-ОН витамина D в сыворотке выявлено межэтническое достоверное различие ($p \leq 0,001$): у казахов 18,9±5,6, а у русских 22,9±7,1. Однако, этот факт свидетельствует только об умеренном дефиците среди обследованных подростков. Выраженный дефицит витамина D выявлен только у 2,7% казахов. По достаточному уровню витамина D отмечалось достоверное межэтническое различие ($p \leq 0,02$). Умеренный дефицит 25-ОН витамина D выявлен в обеих группах в одинаковых соотношениях (17,48±3,8; 18,29±3,8). Анализ по признаку МПКТ в трех группах указывает, что по содержанию 25-ОН витамина D имеются достоверные различия в группе с остеопенией ($p \leq 0,04$), а в первой и в третьей группах не было этнических различий [1].

Выводы: По полученным результатам выявили, что у всех обследованных подростков имеется тенденция выраженности остеопенического синдрома и умеренного дефицита 25-ОН витамина D, но при этом эти показатели достоверно низкие у подростков коренного населения. Последним является обоснование для более детального обследования метаболизма костной ткани путем определения генетического маркера рецептора гена VDR витамина D.

Список литературы:

1. Аманжолкызы А., Досимов А.Ж. Особенности минеральной плотности костной ткани у детей и подростков. Педиатрия и детская хирургия. 2015. 4. 58-63.
2. Гайворонский И.В. Корреляции морфометрических параметров мышечков бедренной и большеберцовой костей / Гайворонский И.В., Хоминец В.В., Удочкина Л.А., Семенов А.А., Гринберг Е.Б. // Морфология. - 2015. - Т. 148. - № 6. - С. 79-83.
3. Гринберг Е.Б., Удочкина Л.А. Форма и размеры мышечков бедренной и большеберцовой костей по данным анатомических и ультразвуковых исследований // Астраханский медицинский журнал. - 2011. - Т. 6. - № 4. - С. 43-49.
4. Мальцев С.В., Шакирова Э.М., Сафина Л.З., Закирова А.М., Сулейманова З.Я. Оценка обеспеченности витамином Д детей и подростков. Педиатрия Журнал имени Г.Н. Сперанского. 2014; Том 93: 32-38.
6. Удочкина Л.А. Влияние серосодержащих газов на постнатальный онтогенез трубчатых костей: Автореф. дисс... канд. мед. наук.– Санкт-Петербург, 1997. -..19 с.
7. Удочкина Л.А., Гринберг Е.Б., Галушко Т.Г. Структурные преобразования коленного сустава у юношей-футболистов и девушек-гимнасток (по данным ультразвуковой сонографии) / В сборнике: Проблемы современной морфологии человека Материалы Международной научно-практической конференции, посвященной 80-летию профессора Б. А. Никитюка. 2013. - С. 194-197.
8. Holick MF, Binkley NC, Bischoff-Ferrari NA, et al. Evaluation, Treatment and Prevebtion of Vitamin D Deficiency: an Endocrin Society clinical Practice Guideline. Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 2011; 96 (7): 1911-1930.

Аннанпесов С.М.

«Туркменский государственный медицинский университет», г. Ашхабад, Туркменистан

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ РАЗМЕРАМИ ЭХИНОКОККОЗА ГОЛОВНОГО МОЗГА

Среди инфекционных заболеваний эхинококкоза человека поражение головного мозга по рас-

пространенности составляет 2.5%(5). Ограниченная территориальная распространенность эхинококкоза головного мозга, сложность в дифференциальной диагностике, тяжелое клиническое течение и частые рецидивы после операции, поставили эту патологию в ранг нерешенных задач современной нейрохирургии (3). Локализацию, размеры, соотношение мозга и кисты, кроме проведения компьютерной томографии (КТ) или магнитно-резонансной томографии (МРТ) другим методом невозможно определить (4). Оценка коэффициента результативности после эхинококкэктомии головного мозга, позволяет предопределить течение заболевания, вопросы рецидива и прогнозирования в современной нейропаразитологии (1,2,6).

Цель работы: Оценить результаты хирургического лечения больных с различными размерами эхинококкоза головного мозга.

Материал и методы: Нами проанализированы 58 случаев с различными размерами эхинококковых кист головного мозга после костно-пластической трепанации черепа. Помимо клинических и неврологических исследований, приоритетным методом диагностики эхинококкоза головного мозга являлись компьютерная и магнитно-резонансная томография головного мозга.

В 19 случаях больным проведены КТ исследования, однако с ограничением информации соотношения кист с глубинными структурами мозга дополнительно у 39 больных проведено МРТ исследование. Возраст прооперированных больных варьировал от 4 до 61 года. Во всех 58 случаях кисты располагались изолированно в интракраниальной полости. В неврологическом статусе пирамидная недостаточность с деформацией желудочковой системы и смещением срединных структур наблюдались у 51(87.9%) больного, чаще всего с гигантскими и большими размерами кист. Генерализованные эпилепсии в 19(32.7%) случаях, не зависели от размера кисты, они одинаково наблюдались при ее гигантских и малых размерах. В большинстве 54(93,1%) случаев эхинококковые кисты располагались супратенториально и имели размеры от 2.5-3.0см до 9.0-10.0 см в окружности. В 4 (6.8%) случаях кисты локализовались субтенториально в полушариях мозжечка размерами до 3.0 см. Чаще всего эхинококковые кисты поражали две, порой три доли головного мозга деформируя желудочковую систему и смещая срединные структуры, что непосредственно влияло на тяжесть состояния больного.

Результаты: Во всех 58 случаях планировалось удаление эхинококковых кист закрытым методом, или без повреждения хитиновой оболочки, однако в 13 (22.4%) случаях в связи с истончением хитиновой оболочки произошел разрыв кисты во время операции. В связи с обсеменением мозга, всех оболочек и ликвора операция трансформирована в открытый метод с последующей обработкой мозга. В 45(77.5%) случаях нами достигнуто тотальная апаразитарность вещества и всех слоев мозга, что «де юро» полностью предотвращала рецидив заболевания.

Тяжесть состояния больного напрямую зависело от размеров эхинококковой кисты. Поперечное сечение гигантской кисты до 10.0см. вызывает растяжение и истончение хитиновой оболочки, при удалении которых могут возникнуть технические сложности, чаще связанные с разрывом кисты. Поперечное сечение больших кист размерами до 7.0см, с менее истонченной хитиновой оболочкой позволяет радикально удалить кисту в перифокальной зоне мозга. Случайно диагностированная у больных во время планового обследования малые кисты с поперечником до 3.0 см, представляет собой так называемую «находку», удаление которых не вызвало грубых неврологических изменений.

Сравнивая результаты симптомов 51 больного с первичной пирамидной недостаточностью после операции можно отметить, что при удалении гигантских и больших размеров кист отмечалась положительная картина в 31 (60.7%) случаях, однако при малых размерах кисты дооперационная клиника сохранялась.

Генерализованные эпилепсии из 19 больных, на фоне антиконвульсивной терапии после операции сохранились в 7 (36.8%) случаях, но с меньшей частотой и глубиной приступов.

Рецидив заболевания при контрольном исследовании 13 больных после открытого удаления, наблюдался в 9 (15,5%) случаях через 9 месяцев. При закрытом или апаразитарном методе удаления, контрольные исследования 45 больных через 12, 24 и 48 месяцев после операции не выявили признаков рецидива.

Оценивая коэффициент результативности после эхинококкэктомии с различными размерами кист головного мозга, полученные данные по неврологическому и эпилептическому статусу позволяют выделить апаразитарный метод удаления, как наиболее оптимальный, исключающий рецидив заболевания в раннем и позднем периоде после операции.

Заключение: Несмотря на размеры и локализацию кист, закрытый или апаразитарный метод

лечения эхинококкоза головного мозга, является приоритетным выбором хирургической тактики, позволяющий улучшить качество лечения и исключить рецидив заболевания.

Список литературы:

1. Акшулаков С.К., Хачатрян В.А., Махамбетов Е.Т. Эхинококкоз головного мозга. Алматы, 2000. С.23.
2. Ахмедов И.Г. Патогенетическое обоснование определения понятия «рецидив эхинококковой болезни». *Анналы хир* 2004; 2: С.73 - 76.
3. Кариев М. Х., Кариев Г.М. Эхинококкоз больших полушарий головного мозга. Сборник тезисов: 1-я Всероссийская Конференция по детской нейрохирургии. Москва 2003. С 33-34.
4. Этирбарлы С.А., Ахмедов Н.П., Новрузов Е.Г. Хирургическое лечение больных по поводу множественных прогрессирующих объемных образований головного мозга различной этиологии. *Украинский нейрохирургический журнал №2*, 2010; С.71-72.
5. Ayres C.M., Davey L.M., German W.J. Cerebralhydatidosis. Clinical case report with a review of pathogenesis // *J.Neurosurg.* – 1963. – Vol. 20. – P. 371 – 377.
6. Ersahin Y., Mutluer S., Cuzelbag E. Intracranial hydatid cysts in children. // *Neurosurgery*, 1993. Vol. 332. P.219-224.

Антонян С.В., Мустафин Р.Д., Антонян В.В.

*ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Астрахань, Россия*

ФАКТОРЫ РИСКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА

После резекции желудка достоверно часто возникают нарушения моторно-эвакуаторной функции верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, что приводит к развитию гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и такому пренеопластическому осложнению, как пищевод Барретта с риском развития аденокарциномы. Рефлюкс-эзофагит имеет тяжёлые клинические проявления и значительно ухудшает качество жизни, а также приводит к стриктуре и язве пищевода у больных после резекции желудка. При хирургическом лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки хирургами часто не проводится коррекция замыкательной функции кардии, что приводит к неудовлетворительным результатам лечения и снижению качества жизни в послеоперационном периоде (1,2,3,4).

Цель и задачи исследования: изучение особенностей клинических и эндоскопических проявлений гастроэзофагеального рефлюкса у пациентов после резекции желудка.

Методы исследования: С целью изучения особенностей клинических и эндоскопических проявлений гастроэзофагеального рефлюкса было обследовано 50 больных, перенесших резекцию желудка по Бильрот-II по поводу язвенной болезни (20 – в модификации Гофмейстера-Финстерера (ГФ), 20 – в модификации Райхель-Полиа-Вальтера (РПВ), 10 – после резекции желудка с наложением ареллюксного анастомоза (РЖА)). Среди пациентов было 29 (93,5%) мужчин и 2 (6,5%) женщины, в возрасте от 37 до 68 лет. Исследование функции вегетативной нервной системы проводилось кардиоритмографическим методом на базе диагностической системы «Валента» (с определением следующих показателей: индекса напряжения (ИН), вариационного размаха (ΔX), моды (Мо), амплитуды моды (АМо)) и определением вегетативного индекса Кердо. Суммарный титр антител к антигену CagA *Helicobacter pylori* определяли методом ИФА («ХеликоБест-антитела»). Моторная деятельность желудка изучалась электрогастрографическим методом (ЭГС-4М). Для проведения эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) использовалась аппаратура фирмы «Олипус» (Япония), внутрижелудочная рН-метрии проводилась микропроцессорным ацидогастрометром «АГМ-03» (АГМ-МП-03-1 фирмы НПП «Исток-Система»). Статистическая обработка результатов произведена с помощью пакета программ Statistica 6.0 Windows, программы статистического анализа «Biostat». При этом различия считались достоверными при $p < 0,01$.

Результаты. Из 50 обследованных пациентов гастроэзофагеальный рефлюкс диагностирован

у 31 больного (62%). В группе больных с резекцией по ГФ гастроэзофагеальный рефлюкс наблюдался у 17 пациентов (85%), в группе пациентов с резекцией желудка по РПВ гастроэзофагеальный рефлюкс был у 10 (50%), у пациентов с РЖА рефлюкс-эзофагит диагностирован у 4 (40%). Жалобы, которые предъявляли больные, имели однотипный характер, но в группах больных, оперированных по РПВ и РЖА, их было меньше. Ведущими жалобами у больных после резекции желудка были горечь во рту и отрыжка воздухом (82%), а также – боль в эпигастральной области в проекции мечевидного отростка вскоре после приёма пищи и ощущение «кома» в горле (53%), которые преимущественно наблюдались среди больных, оперированных по ГФ.

При эндоскопическом исследовании согласно Лос-Анджелесской классификации (1999), выявлен эзофагит различной степени выраженности. При сравнении результатов обследования эзофагит степени А чаще встречался в группе больных с резекцией желудка по РЖА (75%) и РПВ (60%), эзофагит более тяжёлых степеней – В и С – в группе с резекцией по ГФ (степень В - (47,1%), степень С - (29,4%)). Эзофагит степени D наблюдался у двух пациентов и только в группе с резекцией по ГФ (11,7%).

Среди 30 больных суммарный титр антител (М, G, А) к антигену СagA *Helicobacter pylori* (НР) выявлялся в 60% случаев (18 пациентов). Данные по уреазному тесту совпадали с данными иммуноферментного анализа. Достоверной разницы в частоте выявления НР в трёх группах больных с резекциями желудка не обнаружено ($p > 0,05$).

Недостаточность кардии в группе больных с резекцией желудка по ГФ имела место у 6 (35,3%), у пациентов, оперированных по РПВ – у 3 (30%), по РЖА – у 1 (25%). Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы диагностирована у 3 (17,6%), оперированных по ГФ. Гастроэзофагеальный рефлюкс желчью имелся у 8 (47%), оперированных по ГФ и у 2 (20%), оперированных по РПВ. Снижение давления нижнего пищеводного сфинктера эндоскопически и рентгенологически проявлялось увеличением количества переходящих расслаблений сфинктера, повышением амплитуды перистальтических сокращений стенки пищевода, повышением тонуса культи желудка (по данным электрогастрографии амплитуда волн составила $0,38 \pm 0,008$ мв). При этом кислотность желудочного сока была в пределах нормы у пациентов с неэрозивной формой гастроэзофагеального рефлюкса (рН $1,6 \pm 0,4$), а при эрозивной форме - отмечалась гиперацидность (рН $< 0,9 \pm 0,1$).

Вегетативная регуляция двигательной функции пищевода в патогенезе гастроэзофагеального рефлюкса исследовалась у 16 больных после резекции желудка по Бильрот-II. Оценивали тонус вегетативной нервной системы индексом Кердо и кардиоритмографией. Для выяснения вегетативной реактивности на внешние раздражители применялась кардиоритмографическая активная ортостатическая проба. При этом у 14 пациентов наблюдалось преобладание парасимпатикотонии по данным кардиоритмографии (ИН $21,04 \pm 3,35$ усл.ед., ΔX $0,20 \pm 0,02$ с, АМо(%) $10,11 \pm 1,23$, Мо $1,2 \pm 0,3$ с) и индексу Кердо ($-2,48 \pm 1,34$). При проведении кардиоритмографической активной ортостатической пробы парасимпатикотоническая реактивность преобладала у 12 больных (75%), что свидетельствует о значительном напряжении адаптационных механизмов у больных после резекции желудка.

Заключение. При сравнительном анализе клинической и эндоскопической картины гастроэзофагеального рефлюкса, возникшего у больных с язвенной болезнью, перенесших резекцию желудка по Бильрот-II в модификациях - Гофмейстера-Финстерера, Райхель-Полиа-Вальтеру и с наложением арелюксного анастомоза, выявлены существенные различия. Как видно из полученных данных, проявления гастроэзофагеального рефлюкса встречаются значительно чаще у больных, перенесших резекцию в модификации по ГФ, так как при формировании гастроэнтероанастомоза по этой методике пересекаются поперечные мышцы кишки, из-за чего анастомоз в момент прохождения перистальтической волны зияет, возникает энтерогастральный и гастроэзофагеальный рефлюксы дуоденального содержимого, в отличие от методик РПВ и РЖА, когда при формировании анастомоза поперечные мышцы кишки сохранены, создаётся искусственный жом, поэтому во время прохождения перистальтической волны гастроэнтероанастомоз смыкается, функционирует как привратник и тем самым препятствует забросу дуоденального содержимого в культи желудка.

Список литературы:

1. Буеверов, А.О. Дуоденогастроэзофагеальный рефлюкс как причина рефлюкс-эзофагита /А.О.Буеверов, Т.Л.Лапина// Фарматека. Международный медицинский журнал.-2006.-№1.-С.22-27.
2. Олексеенко, В.В. Профилактика рефлюкс-эзофагита после гастрэктомии /В.В.Олексеенко,

С.В.Ефетов, В.А.Захаров, Г.В.Щербаков// Хирургия. Журнал им.Н.И.Пирогова.-2015.-№3.-С.42-47.

3. Петров, Д.Ю. Хирургическое лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни /Д.Ю.Петров, А.В.Смирнов// Хирургия. Журнал им.Н.И.Пирогова.-2014.-№7.-С.89-95.

4. Третьяков, А.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у больных после резекции желудка /А.А.Третьяков, О.Б.Дронова// Вестник хирургии.-2008.-Том 167.-№6.-С.26-29.

Антонян С.В., Малафеев И.А., Кучин Ю.В., Мустафин Р.Д.

**ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Астрахань, ГБУЗ АО «Александро-Мариинская областная клиническая больница»,
г. Астрахань, Россия**

О ВОЗРОЖДЕНИИ РОЛИ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Резекция желудка при осложнениях язвенной болезни к началу XXI века временно перешла в разряд так называемых «резервных» вмешательств. Основных причин этому две: повышение возможностей консервативного лечения (противоязвенная терапия, внедрение аргоно-плазменной коагуляции при кровоточащих язвах) и постепенное уменьшение числа хирургов, уверенно владеющих техникой данной операции. Тем не менее, неумещающее число пациентов с перфорацией и кровотечением при длительно существующих и нередко пенетрирующих язвах желудка и 12-перстной кишки остается главной причиной «возвращения» резекционных вмешательств в арсенал экстренной абдоминальной хирургии.

Пациенты и методы. Нами проанализированы результаты хирургического лечения осложненных язв желудка и 12-перстной кишки у 390 пациентов с 2005 по 2015 гг. Из исследования исключены пациенты с симптоматическими язвами и больные с перфорацией язвы, осложненной к моменту операции распространенным перитонитом с полиорганной недостаточностью и эндотоксическим шоком. Всего оперировано 317 мужчин и 73 женщины в возрасте от 19 до 82 лет. Резекция желудка выполнена 128 пациентам, органосохраняющие операции (ушивание перфорации, иссечение язвы, прошивание кровоточащей язвы с упрощенным вариантом селективной желудочной ваготомии в сочетании с гастроэнтероанастомозом) – 262.

Результаты и обсуждение. Среди 128 больных после резекции желудка послеоперационные осложнения III – IV степени по Dindon-Clavier развились у 18 больных. Наиболее тяжелое осложнение – несостоятельность культи желудка у одного больного, резекция желудка которому была выполнена в связи с профузным язвенным кровотечением и тяжелой анемией – привела к необходимости выполнения 9 последовательных релапаротомий с летальным исходом. Несостоятельность культи 12-перстной кишки зарегистрирована у 3 больных, один из которых также умер. Послеоперационная летальность при экстренной резекции желудка составила 9,6% (12 пациентов), в 9 случаях она была обусловлена клинически значимой сопутствующей патологией. В группе пациентов, перенесших органосохраняющие операции, послеоперационные осложнения III – IV степени зарегистрированы у 44 больных. Летальный исход наступил в 38 случаях (14,5%), причины летальности – нарастание интоксикации на фоне тяжелой хронической патологии. Следует отметить, что в трех наших наблюдениях возникла необходимость выполнения резекции желудка в раннем послеоперационном периоде после «консервативных» вмешательств при дуоденальных язвах: в двух случаях в виду несостоятельности (1) и кровотечения (1) после ушивания перфорации, в одном случае в связи с рецидивом кровотечения после прошивания язвы. Ретроспективный анализ этой подгруппы пациентов привел нас к выводу об исходной недооценке интраоперационной ситуации в этих трех случаях в связи с ограниченной мобилизацией пилоро-дуоденального сегмента и недостаточно активной ревизией зоны перфорации. У двоих пожилых пациентов в силу тяжести сопутствующей сердечно-легочной патологии при наличии явных показаний к выполнению резекции желудка нами были выполнены операции «выключения»: с демукозацией по Финстереру-Пленку (1) – без осложнений и экстрадуоденизации обширной пенетрирующей язвы 12-перстной кишки (1) - с развитием подпеченочного абсцесса и летальным исходом.

Трое больных были оперированы нами в связи с кровотечением из язвы анастомоза в отда-

ленные сроки (от 7 до 20 лет) после ранее выполненных резекций желудка. При этом (независимо от вида выполненной ранее резекции желудка) ни у кого из них не было значимых нарушений «пищеварительного комфорта», всем троим пациентам выполнена ререзекция желудка по Ру. Что касается техники выполнения резекции желудка, за последние 10 лет следует отметить тенденцию к полной замене традиционных капроновых и кетгутовых швов на атравматический монофиламентный материал (викрил, сафил, полидиоксанон), применению аппаратного шва для формирования культи желудка, а также к более частому завершению операции У-образным анастомозом по Ру, особенно в случаях так называемой «трудной дуоденальной культи».

Заключение. Резекция желудка при осложнениях язвенной болезни по-прежнему является востребованной операцией, в ряде случаев отказ от ее выполнения по субъективным причинам утяжеляет течение послеоперационного периода и ухудшает результаты лечения.

Аракельян Р.С., Галимзянов Х.М.

*ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Астрахань, Россия*

ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К МЕТОДИКЕ ПРЕПОДАВАНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИИ СТУДЕНТАМ АСТРАХАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

В последние десятилетия заметно изменилась эпидемиологическая ситуация - отмечаются рост распространенности и появление новых инфекционных и паразитарных заболеваний, что обусловлено усилением миграционных процессов как внутри страны, так и за ее пределами, ухудшением экологических, социально-экономических условий, изменением климата, развитием туризма [3-5].

По данным Всемирной организации здравоохранения, из 50 млн. человек, ежегодно умирающих в мире, более чем у 16 млн. причиной смерти являются инфекционные и паразитарные заболевания [2, 6]. Отмечается стабильно высокий уровень инфекционных заболеваний, в том числе респираторного тракта и ЛОР-органов, в детской популяции, что существенно влияет на состояние здоровья детей [3, 4].

На изучение дисциплины «Эпидемиология», согласно рабочим программам №31.05.01 «Лечебное дело» и №31.05.02 «Педиатрия», утвержденным Ученым Советом ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России 31.08.2016 г., отводится 108 академических часов.

Дисциплина является самостоятельной и предшествует изучению цикла «Инфекционные болезни» на 4 курсе у студентов лечебного и на 5 курсе у студентов педиатрического факультетов [1].

Учебный цикл практических занятий (12 учебных дней) разделен на несколько частей: общая, частная и эпидемиология неинфекционных заболеваний.

Одним из важных путей улучшения качества подготовки студентов является совершенствование форм и методов обучения, направленных на активизацию обучающихся в учебном процессе. Несомненным достижением кафедры явилось усовершенствование методологии преподавания.

Начиная с февраля 2013 г. мы внесли изменения в методику преподавания предмета. В частности, это коснулось раздела «Частная эпидемиология». В данном случае, на практическом занятии преподаватель предлагает студентам сыграть в игру «Что? Где? Когда?».

На второй части занятий, студенты непосредственно занимаются разбором тем, посвященных эпидемиологии инфекционных болезней. Опрос проводится в виде ролевых игр: «Пациент – участковый врач – эпидемиолог».

Правило игры: из зала выходит тройка игроков, причем каждый вытягивает билет, на котором указано в какой роли предстоит быть данному студенту: пациент, участковый врач или эпидемиолог. После того, как студенты разбираются с ролями, все усаживаются на стулья лицом к группе, а так называемый «пациент» вытягивает билет с указанием инфекционного заболевания, которым он, согласно контексту деловой игры, болен. Далее «пациент» очень подробно начинает рассказывать о своем заболевании «участковому врачу», к которому он пришел на прием в поликлинику. «Участковый врач», в свою очередь тщательно расспрашивает «пациента», выясняя его эпидемический анамнез. В результате своего опроса, он выставляет предварительный диагноз, и назначает соответствующие лабораторные исследования для подтверждения своего заключения.

Третий студент, который играет роль «врача-эпидемиолога», внимательно выслушивает жалобы «пациента» и предварительный диагноз «участкового врача». «Эпидемиолог» имеет право согласиться с «участковым врачом» или не согласиться. Если он согласен с мнением «участкового врача», то он начинает проводить противоэпидемические мероприятия в очаге данного инфекционного заболевания. В его задачу входит провести дезинфекционные мероприятия в очаге инфекции, установить контактных лиц, решить вопрос об их обследовании и сроке наблюдения за ними, а также решить вопрос о проведении экстренной иммунопрофилактики по эпидемическим показаниям всем лицам, находившимся в контакте с источником инфекции. В случае своего несогласия с «участковым врачом», он выставляет свой предварительный диагноз, назначает соответствующие лабораторные исследования и также решает вопрос о проведении противоэпидемической работы в эпидемическом очаге.

В случаях, когда ни «участковый врач», ни «врач-эпидемиолог» не могут правильно выставить диагноз и провести соответствующие противоэпидемические мероприятия, создается консилиум из присутствующих в группе студентов. Причем, по необходимости создается отдельно консилиум среди врачей поликлиники и отдельно консилиум из представителей эпидемиологической службы.

В результате такого опроса, после завершения всех мероприятий в предполагаемом эпидемическом очаге, преподаватель, который по легенде совмещает в себе две должности: «главный врач поликлиники» и «руководитель Роспотребнадзора» решает вопрос о профессиональной пригодности своих подчиненных, выставляя в журнале заслуженные ими оценки, не забывая оценивать и тех, кто принимал участие в консилиуме.

Кроме интеллектуальных игр «Что? Где? Когда» и ролевых игр «Пациент – участковый врач – эпидемиолог», при разборе тем по военной эпидемиологии, в случае хорошей подготовки студентов по предыдущим темам, преподаватель по желанию самих студентов выбирает лидера из групп, которому предлагает самостоятельно провести занятие по данной тематике.

Причем студент или студенты (в зависимости от количества групп одновременно обучающихся на цикле) самостоятельно проводят опрос своих товарищей, на отдельном листке выставляют оценки, которые потом согласовывает с преподавателем. В случаях отказа от ответа опрашиваемых студентов, либо их неполного ответа, студент-преподаватель сам объясняет окружающим данный вопрос.

Таким образом, в результате измененной методики преподавания дисциплины «Эпидемиология. Военная эпидемиология», удалось добиться более высоких показателей успеваемости, а также сделать так, чтобы студенты смогли отказаться от теоретической основы учебной литературы, а начать самостоятельно и логически мыслить.

Список литературы:

1. Аракельян Р.С., Галимзянов Х.М., Карпенко С.Ф., Бедлинская Н.Р. Инновационная методика преподавания предмета «Эпидемиология» студентам лечебного и педиатрического факультетов // Научно-методический электронный журнал Концепт. 2016. Т. 15. С. 666-670.
2. Аракельян Р.С., Галимзянов Х.М., Карпенко С.Ф. Инновационный подход к методике преподавания дисциплины «Эпидемиология» студентам лечебного и педиатрического факультетов // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. 2016. № 2 (15). С. 12-14.
3. Башкина О.А. Патогенетическая роль инфекционного компонента при лимфаденопатиях у детей в современных условиях / Башкина О.А., Алешкин В.А., Афанасьев С.С., Воробьев А.А., Сомова Е.И., Рубальский О.В., Кокуев А.В. // Вестник Российской академии медицинских наук. - 2004. - № 7. - С. 47-51.
4. Башкина О.А. Сравнительная характеристика стафилококкового носительства у здоровых и часто болеющих острыми респираторными заболеваниями детей / Башкина О.А., Алёшкин В.А., Афанасьев С.С., Воробьев А.А., Бойко А.В., Красилова Е.В. // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. - 2003. - № 6. - С. 3.
5. Карпенко С.Ф., Галимзянов Х.М., Аракельян Р.С. Клинико-патогенетические особенности развития острого гепатита при коксиеллезе // Медицинская иммунология. 2015. Т. 17. № 3. С. 165.
6. Трегубов В.Н., Шаповалова М.А. Особенности проведения воспитательной работы с ординаторами в системе непрерывного медицинского образования / В сборнике: инновационные подходы в системе непрерывного медицинского образования ординаторов 2016. с. 6-13.

*Аракельян Р.С., Галимзянов Х.М., Мустафин Р.Д., Шендо Г.Л., Курбангалиева А.Р.,
Акишкин В.Г., Окунская Е.И., Аракельян А.С., Алексашина Д.С., Герасина Н.И.*

*ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г.Астрахань, ГБУЗ АО «Александро-Мариинская областная клиническая больница»,
г.Астрахань, ГБУЗ АО «Детская городская поликлиника №3», г.Астрахань, ГБУЗ АО «Центр
медицины катастроф и скорой медицинской помощи» г.Астрахань, ФБУЗ «Центр гигиены и
эпидемиологии в Астраханской области», г.Астрахань, Россия*

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭХИНОКОККОЗА ЧЕЛОВЕКА В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Цистный эхинококкоз – биогельминтоз, вызываемый паразитированием в тканях и органах человека личиночной стадии цестоды *Echinococcus granulosus*, характеризующийся хроническим течением, образованием кист и деструктивным поражением печени, легких и других органов [1].

Согласно имеющимся данным, в 33 регионах Российской Федерации широко распространен альвеолярный эхинококкоз, в то время как кистозный эхинококкоз отмечается в 73 из 89 регионов. Путь заражения человека эхинококкозом – алиментарный, реже – аэрогенный. Заражение человека иногда происходит также через овощи и фрукты. Чаще всего заражаются люди, живущие на фермах [2].

В прошлом хирургическое вмешательство являлось единственным методом терапии кист при кистозном эхинококкозе. Терапию многих абдоминальных кист можно проводить посредством введения химических растворов (protoscolicidal) в кисту, после чего проводится опорожнение кишечника [7, 8, 9].

Цель исследования. Охарактеризовать клинико-эпидемиологическую ситуацию по эхинококкозу человека в Астраханской области.

Материалы и методы. На территории Астраханской области с 2008 по 2015 гг. зарегистрировано 72 случая эхинококка у человека. Наибольшее количество случаев заражения человека эхинококком отмечалось в 2014 г. – 17 сл. (23,6±5,0%), 2015 г. – 11 сл. (15,3±4,2%) и в 2011 г. – 10 сл. (13,9±4,1%) [3, 4, 5].

Результаты исследования. В половом соотношении среди больных преобладали лица женского пола – 69,4±5,4% (50 сл.). На долю мужчин приходилось 30,6±5,4% (22 сл.). Принято считать, что в основном гельминт поражает печень и легкие. Так, эхинококкоз обычной локализации (печень, легкое, печень+легкое) отмечался в 88,9±3,7% (64 чл.). В редких случаях паразит поражал легкое (правое или левое), а также одновременно и печень, и одно из легких – по 7 сл. (9,7±3,5%).

Редкая локализация эхинококкоза [6] отмечалась в 11,1±3,7% (8 чл.). Так, были зарегистрированы случаи поражения эхинококком почки, поддиафрагмального пространства, брюшной полости – по 1,4±1,4% (по 1 сл.). В остальных случаях у пациентов отмечалось сочетанное поражение органов эхинококком: брюшная полость + мочевого пузыря, печень + забрюшинное пространство + малый таз, печень + плечо, печень + поясничная мышца + головной мозг, сердце + головной мозг + селезенка + левая почка – по 1,4±1,4% (по 1 сл.). В большинстве случаев – 69,4±5,4% (50 чл.) больные предъявляли жалобы на боль в предполагаемом месте локализации паразита. Так, 41,7±5,8% (30 чл.) предъявляли жалобы на тяжесть и боль в правом подреберье, тошноту и слабость. В наших случаях, длительность процесса от момента появления первых симптомов и признаков заболевания до обращения за медицинской помощью и постановкой правильного диагноза, в большинстве случаев составляло меньше 1 месяца – 26,4±5,2% (19 чл.) и 1 месяц – 20,8±4,8% (15 чл.). В остальных случаях, длительность заболевания составляла 1 год – 12,5±3,9% (9 чл.), 5 месяцев – 5,6±2,7% (4 чл.), 2 мес. – 8,3±3,3% (6 чл.), 3 мес. и 2 года – по 4,2±2,4% (по 3 чл.), 4, 6 и 8 мес. – по 2,8±1,9% (по 2 чл.) и в редких случаях длительность заболевания составляла 7, 9, 10, 11 мес., а также 5 и 6 лет – по 1,4±1,4% (по 1 чл.).

В наших наблюдениях эхинококкоз встречался у лиц в возрасте от 5 до 83 лет. Так, на долю детей до 17 лет (в наших наблюдениях заболевание регистрировалось у лиц в возрасте 5, 10, 14 и 16 лет) приходилось 16,7±4,4% (12 чл.). На долю взрослых – 83,3±4,4% (60 чл.).

По профессиональной занятости заболевание регистрировалось в следующем порядке: рабо-

тающие пациенты – 43,1±5,8% (24 чл.), безработные – 18,1±4,5% (13 чл.), пенсионеры – 20,8±4,8% (15 чл.), школьники и студенты ВУЗов – по 6,9±2,9% (по 5 чл.) и учащихся среднего образовательного учреждения – 1,4±1,4% (1 чл.) и ребенок дошкольного возраста – 2,8±1,9% (2 чл.). Никто из наблюдаемых нами пациентов не входил в «группу риска» по эхинококкозу.

При расспросе больных, нами было выявлено, что 61,1±5,7% (44 чл.) имели постоянный контакт с домашними или бродячими собаками, которые не были дегельминтизированы. Диагноз «Эхинококкоз» в большинстве случаев – 45,8±5,9% (33 сл.) был подтвержден методом иммуноферментного анализа для выявления иммуноглобулинов класса М и G к антигенам однокамерного эхинококка (ЗАО «Вектор-Бест», г. Ростов).

Кроме иммунологического метода диагностики применялись и другие методы: метод ультразвукового исследования – 81,9±4,5% (59 чл.), методы компьютерной томографии и гистологии – по 37,5±5,7% (по 27 чл.), рентгенологический метод – 26,4±5,2% (19 чл.), микроскопический метод и метод МРТ – по 8,3±3,3% (по 6 чл.), микроспиральной компьютерной томографии – 2,8±1,9% (2 чл.) и цитологический, урографический и метод ФГДС – по 1,4±1,4% (по 1 чл.).

Выводы: В последние годы число случаев заражения человека эхинококком продолжает увеличиваться, о чем свидетельствуют местные случаи заражения. Заболеванию подвержены лица, имевшие постоянный контакт с недегельминтизированными собаками. В диагностике эхинококкоза главную роль играют комплексные методы ИФА, КТ и УЗИ.

Список литературы:

1. Аракельян Р.С., Галимзянов Х.М., Мустафин Р.Д., Карпенко С.Ф., Курбангалиева А.Р., Аракельян А.С. Клинико-эпидемиологические особенности эхинококкоза человека в Астраханской области //Актуальная инфектология. 2015. № 4 (9). С. 38-41.
3. Аракельян Р.С., Ильюхина Т.Д., Хаймин Е.В. Эхинококкоз у детей в Астраханской области //Новая наука: Опыт, традиции, инновации. 2016. № 5-3 (83). С. 47-50.
4. Аракельян Р.С., Кузьмичев Б.Ю., Иванова Е.С., Калашникова Т.Д., Мартынова О.В., Имамудинова Н.Ф., Кутьина А.В., Хаустова Е.С., Донскова А.Ю., Салтереева Х.Р. . Клинико-эпидемиологические особенности эхинококкоза человека в Астраханской области //Научно-методический электронный журнал Концепт. 2016. Т. 11. С. 2121-2125.
5. Аракельян Р.С., Кузьмичев К.Ю., Кузьмичев В.Ю., Аракельян А.С., Золотенкова А.Н., Глебова А.А., Кузьмичев Б.Ю. Клинико-эпидемиологическая характеристика эхинококкоза в Астраханской области //В сборнике: Профилактическая медицина как научно-практическая основа сохранения и укрепления здоровья населения Сборник научных трудов, под общей редакцией М.А. Поздняковой. Нижний Новгород, 2014. С. 116-120.
6. Аракельян Р.С., Ханбеков З.З., Нифонтова Л.В. Эхинококкоз человека редкой локализации //Новая наука: Опыт, традиции, инновации. 2016. № 5-3 (83). С. 66-69.
7. Кучин Ю.В., Пахнов Д.В. Лапароскопически ассистированная операция при гидатидном эхинококкозе печени //Эндоскопическая хирургия. 2013. Т. 1. № 2. С. 51.
8. Одишелашвили Г.Д., Пахнов Д.В., Одишелашвили Л.Г. Способ обработки остаточной полости после марсупиализации и открытой эхинококкэктомии: патент на изобретение RUS 2551189 20.02.2014
9. Одишелашвили Г.Д., Пахнов Д.В., Одишелашвили Л.Г. Хирургическое лечение эхинококкоза печени //Медицинский вестник Юга России. 2014. № 4. С. 78-82.

Аракельян Р.С., Стулова М.В., Галимзянов Х.М., Кудяев С.В., Поляков В.К.

*ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
ГБУЗ АО «Патологоанатомическое бюро», г. Астрахань, Россия*

**ДЕФЕКТЫ, ОШИБКИ И АРТЕФАКТЫ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ ПРИГОТОВЛЕНИИ
«ТОНКОГО МАЗКА» И «ТОЛСТОЙ КАПЛИ» В ДИАГНОСТИКЕ КРОВЕПАРАЗИТОЗОВ
ЖИВОТНЫХ И ЧЕЛОВЕКА**

Широкое распространение в последние годы различных инфекционных и паразитарных [1] болезней среди животных и человека не только в Астраханском регионе, но и, в целом, по стране, остается стабильно-высоким [2,3]. Огромное количество кровососущих насекомых (комары и клещи) способствуют стабильному поддержанию трансмиссивных инфекций на высоком уровне [2]. А это, в первую очередь, требует проведения диагностически точных лабораторных исследований, позволяющих своевременно идентифицировать возбудителя и проводить эффективную этиопатогенетическую терапию [3].

Окраска микроорганизмов — комплекс методов изучения структуры и морфологии микроорганизмов при микроскопии препаратов, приготовленных из чистых культур или исследуемого материала. Окраска микроорганизмов — важный диагностический прием, позволяющий установить морфологические особенности микроба, а также различить морфологически идентичные микроорганизмы, которые по-разному красятся при использовании одних и тех же методов окраски [6,7].

При постановке клинического диагноза инфекционной и паразитарной этиологии у животных и человека, специалисты, как правило, учитывают данные клинического осмотра и лабораторных исследований (у животных), а также данные клинической картины, жалобы и лабораторные показатели (у человека).

В материале, направляемом на исследование в лабораторию, возбудитель бывает представлен в тех стадиях, с помощью которых он передается непосредственно от инфицированного индивида окружающим людям и/или животным [5].

Цель исследования: описать микропрепараты с лабораторными ошибками и артефактами в диагностике инфекционных и паразитарных болезней животных и человека.

Материалы и методы. За 2013 – 2016 гг. нами была собрана коллекция микропрепаратов (115 шт.), полученных при исследовании биологического материала (кровь) от животных и человека [4].

Результаты исследования. При диагностике микропрепаратов крови очень часто возникают следующие ошибки: ошибки приготовления препарата, ошибки окраски, ошибки микроскопии, ошибки микроскописта.

Так, наиболее частыми ошибками изготовления «тонкого мазка», в наших наблюдениях являлись: узость самого мазка и его недостаточные размеры, толстый мазок, покрывающий всю поверхность стекла, вследствие большого количества крови, толстый, но короткий мазок из-за неправильно приготовленного препарата, наличие пустых промежутков вследствие того, что стекло не было предварительно обезжирено, прозрачные частицы, видимые при микроскопии из-за пыли, осевшей на влажный препарат.

Ошибками приготовления «толстой капли», являлись: отпавшая центральная часть капли, оставившая лишь узкий ободок из-за того, что кровь не была достаточно тщательно распределена по стеклу или недостаточно просохла перед окраской, кровь зафиксирована.

В 59,1% (68 шт.) наблюдался отрыв толстой капли от предметного стекла. Это возникает чаще всего до окраски, т.к. капля была очень толстой или во время промывки стекла после окраски под сильной струей воды. Дефект в данном случае неустраним, обследование приходилось повторять снова.

В других случаях – 33,9% (39 шт.) отмечалась зафиксированная толстая капля. Вероятнее всего это возникало либо из-за близости паров спирта, либо вследствие фиксации данного препарата другим фиксатором. Дефект также неустраним и исследование приходилось повторять.

Некоторые препараты – 20,9% (24 шт.) были бледными – причина заключалась в недостаточной окраске. Другая часть препаратов – 12,2% (14 шт.) наоборот были очень темного цвета – причина заключалась в переокрашивании препарата.

В случаях, когда раствор готовился на щелочной воде, препарат получался синего цвета – 4,3% (5 шт.), на кислой – розового цвета – 7,8% (9 шт.). Такие препараты можно было исправить. Для этого их погружали в 96° спирт до их полного обесцвечивания, а затем снова окрашивали.

В некоторых препаратах – 9,6% (11 шт.) при микроскопии, обнаруживались бактерии, грибы, растительные клетки. Вероятнее всего они попадали на препарат из кожи либо из загрязненной воды или из воздуха. Такие включения нередко симулировали различные стадии малярийных плазмодиев.

Ошибки окраски: Неправильное использование буферной воды влечет за собой выпадение одного из компонентов крови, неоткалиброванная краска – недокрашенный, переокрашенный препарат либо неравномерное распределение краски, Использование водопроводной воды при окраске или разведении краски – наличие в микропрепарате посторонних частиц, старая краска – не докрашенный

либо перекрашенный препарат

Выводы: Собрана коллекция микропрепаратов с различными дефектами и артефактами, полученными при лабораторной диагностике биологического материала заболевания инфекционной и паразитарной этиологии – дирофиляриоз. Выявлены и описаны все микропрепараты с лабораторными дефектами и артефактами, полученными при диагностике инфекционных и паразитарных болезней животных и человека.

Список литературы:

1. Аракельян Р.С., Аракельян А.С., Галимзянов Х.М., Заплетина Н.А., Карпенко С.Ф., Егорова Е.А. Клинико-эпидемиологическая характеристика дирофиляриоза в Астраханской области // Научно-методический электронный журнал Концепт. 2014. Т. 20. С. 1286-1290.
2. Аракельян Р.С., Галимзянов Х.М., Аракельян А.С. Дирофиляриоз в Астраханской области: современное состояние проблемы // Актуальная инфектология. 2014. № 4 (5). С. 81-85.
3. Аракельян Р.С., Галимзянов Х.М., Аракельян А.С., Иванова Е.С. Современная ситуация по дирофиляриозу у собак в Астраханской области // В сборнике: Профилактическая медицина как научно-практическая основа сохранения и укрепления здоровья населения Сборник научных трудов. под общей редакцией М.А. Поздняковой. Нижний Новгород, 2014. С. 90-93.
4. Беловол М.В., Аракельян Р.С. Электронный атлас артефактов в лабораторной диагностике инфекционных и паразитарных болезней человека // В книге: ИССЛЕДОВАНИЯ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ - ВКЛАД В ИННОВАЦИОННОЕ РАЗВИТИЕ РОССИИ доклады молодых ученых в рамках программы «Участник молодежного научно-инновационного конкурса» («У.М.Н.И.К.»). составитель М. В. Лозовская. 2014. С. 61-62.
5. Беляев А.Е., Званцов А.Б., Авдюхина Т.И. Практическое руководство по эпидемиологическому надзору за малярией для стран Европейского региона, столкнувшихся с возвратом малярии. Типовой приказ по борьбе с малярией. Копенгаген: ВОЗ, 2006. – 116 с.
6. Лысенко А.Я., Красильников А.А. Лабораторные методы диагностики паразитарных болезней. М., 1999. – 61 с.
7. Мейер Д., Харви Д. Ветеринарная лабораторная медицина. Интерпретация и диагностика. М.: Сфоион, 2007 г.

Арчакова И.И., Титенева С.С., Донскова А.Ю.

*ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Астрахань, Россия*

ПАЗИТОЗЫ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2013 – 2015 гг.

Паразитарные болезни остаются серьезной проблемой здравоохранения. По данным ВОЗ, в мире этими болезнями страдают до 2 млрд. человек: 1,4 млрд. - гельминтозами и 600 млн. - малярией [13, 14].

Диапазон паразитарных заболеваний достаточно широк, а патология, вызываемая возбудителями паразитарных болезней, нередко приводит к потере трудоспособности [14] и даже летальному исходу [11]. Ситуация усугубляется тем, что чаще болеют дети и наиболее активная часть населения – трудоспособные граждане [2, 5].

По данным английских исследователей, в настоящее время известно 1415 возбудителей инфекционных и паразитарных болезней. Наиболее обширную группу составляют болезни, вызываемые бактериями и риккетсиями (538 нозологий). На втором месте стоят паразитарные болезни - 353 нозологии, а наименьшую группу составляют вирусные инфекции - 217 нозологий [12, 14].

Реальное число больных паразитарными болезнями в России превышает 20 млн. [12]. Справедливость этого утверждения подтверждается результатами специальных обследований на разных территориях, показавших, что реальная заболеваемость детей паразитарными болезнями значительно превосходит данные официальной статистики [14].

Регистрируемое число больных паразитарными болезнями практически равно числу больных

всеми инфекциями без гриппа и ОРЗ [1, 3, 4, 12].

Особенностью большинства паразитарных болезней является длительное [8, 9], нередко многолетнее присутствие возбудителя в организме больного, что обусловлено достаточно продолжительным сроком жизни многих возбудителей или частой реинвазией [10, 11].

Цель исследования. Охарактеризовать современную эпидемиологическую ситуацию по паразитарным болезням в Астраханской области за 2013 – 2015 гг.

Материалы и методы. На территории Астраханской области за 2013 – 2015 гг. зарегистрировано 703752 случая инфекционной патологии человека, в т.ч. 10218 сл. (1,5%) – паразитарной инвазии [1,2,3]. Наиболее «насыщенным» годом по количеству зарегистрированных случаев паразитарной инвазии был 2015 г. – 3636 сл. (2013 г. – 3374 сл., 2014 г. – 3208 сл.).

Результаты исследования. Доля гельминтозов в структуре паразитарной заболеваемости в регионе составляет 88,2% (9016 сл.) и представлена 9 нозоформами: аскаридоз – 97 сл. (1,1%), трихоцефалез – 3 сл. (0,03%), энтеробиоз – 8590 сл. (95,3%), токсокароз – 17 сл. (0,2%), тениаринхоз – 3 сл. (0,03%), дифиллоботриоз – 227 сл. (2,5%), эхинококкоз – 44 сл. (0,5%), описторхоз – 31 сл. (0,3%), стронгилоидоз – 4 сл. (0,04%).

Протозоозы представлены 2 нозологическими формами: лямблиоз – 1129 сл. (93,9%) и амебиаз – 73 сл. (6,1%) и составляют 11,8% (1202 сл.) от числа всей паразитарной патологии [6, 7].

Паразитарные болезни регистрировались среди различных возрастных групп. Так на долю детей пришлось – 93% (9502 сл.), на долю взрослых – 7% (716 сл.), в т.ч. протозоозы – 9,5%, гельминтозы – 90,5%.

Гельминтозы регистрировались как в городской – 44,1% (4507 сл.), так и в сельской местностях – 55,9% (5711 сл.). По районам Астраханской области наиболее часто паразитозы регистрировались у жителей Ахтубинского – 18%, Володарского – 15%, Камызякского – 14% и Красноярского районов – 12%. Почти в 2 раза меньше отмечалась зараженность у жителей Харабалинского – 8,7%, ЗАТО г. Знаменск – 7,5%, Лиманского – 7,4%, Наримановского – 6,6% и Приволжского районов – 4,1%. В единичных случаях гельминтозы регистрировались у жителей Икрянинского – 3,8%, Енотаевского – 2,4% и Черноярского районов – 0,5%.

Выводы. В Астраханской области проблема заболеваемости паразитозами наиболее актуальна. Достаточно широко распространены гельминтозы в структуре паразитарной заболеваемости. Среди сельского населения заболеваемость гельминтозами встречается чаще.

Список литературы:

1. Аракельян Р.С. Аскаридоз в Астраханской области // В сборнике: Профилактическая медицина как научно-практическая основа сохранения и укрепления здоровья населения Сборник научных трудов. под общей редакцией М.А. Поздняковой. Нижний Новгород, 2014. С. 67-70.
2. Аракельян Р.С. Паразитарная заболеваемость дошкольников Астраханской области // В сборнике: Профилактическая медицина как научно-практическая основа сохранения и укрепления здоровья населения Сборник научных трудов. под общей редакцией М.А. Поздняковой. Нижний Новгород, 2014. С. 70-74.
3. Аракельян Р.С. Энтеробиоз у детей Астраханской области // В сборнике: Профилактическая медицина как научно-практическая основа сохранения и укрепления здоровья населения Сборник научных трудов. под общей редакцией М.А. Поздняковой. Нижний Новгород, 2014. С. 74-76.
4. Аракельян Р.С., Галимзянов Х.М. Клинико-эпидемиологические аспекты амебиаза в Астраханской области // В сборнике: Профилактическая медицина как научно-практическая основа сохранения и укрепления здоровья населения Сборник научных трудов. под общей редакцией М.А. Поздняковой. Нижний Новгород, 2014. С. 79-80.
5. Аракельян Р.С., Галимзянов Х.М., Аракельян А.С. Малярия у детей // В сборнике: Профилактическая медицина как научно-практическая основа сохранения и укрепления здоровья населения Сборник научных трудов. под общей редакцией М.А. Поздняковой. Нижний Новгород, 2014. С. 80-82.
6. Аракельян Р.С., Галимзянов Х.М., Ковтунов А.И. и др. Влияние климато-социальных факторов на распространение малярии в Астраханской области в 2000 – 2013 гг. // Пест-Менеджмент. Pest Management. 2014. № 2 (90). С. 10-13.
7. Аракельян Р.С., Галимзянов Х.М., Ковтунов А.И. и др. Малярия в Астраханской области

//Научно-методический электронный журнал Концепт. 2015. Т. 13. С. 2216-2220.

8. Аракельян Р.С., Галимзянов Х.М., Мустафин Р.Д. и др. Клинико-эпидемиологические особенности эхинококкоза человека в Астраханской области //Актуальная инфектология. 2015. № 4 (9). С. 38-41.

9. Аракельян Р.С., Гасанова Э.Д., Аракельян А.С. Жиардиаз человека в Астраханской области //Новая наука: Современное состояние и пути развития. 2016. № 2-2 (62). С. 22-24.

10. Озерецковская Н.Н. Органная патология в острой стадии тканевых гельминтозов: роль эозинофилии крови и тканей, иммуноглобулинемии Е, G4 и факторов, индуцирующих иммунный ответ // Медицинская паразитология. - 2000. - № 3. - С. 3-8.

11. Озерецковская Н.Н. Химиотерапия паразитарных болезней и иммунодепрессия // Медицинская паразитология. - 1980. - № 5. - С. 16-21.

12. Сергиев В. П. Значение паразитарных болезней в патологии человека // Медицинская паразитология. - 1991. - № 5. - С. 3-6.

13. Сергиев В. П., Малышев Н. А., Дрынов И. Д. Значение паразитарных болезней в патологии человека // Эпидемиология и инфекционные болезни - 1999. - № 4. - С. 4-6.

14. Сергиев В.П., Кузнецова К.Ю. Современные проблемы в сфере паразитарных болезней и их терапии // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. – 2014. - №1. С. 12-15.

15. Черняев А.А., Демидов А.А. Сравнительный анализ некоторых биохимических показателей крови у больных с метаболическим синдромом в зависимости от сопутствующих заболеваний //Фундаментальные и прикладные исследования в современном мире. 2014. Т. 2. № 7. С. 16-19.

Арчакова Т.И., Ксендзова А.А., Назарова А.И.

**ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Астрахань, Россия**

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МАЛЯРИИ У ДЕТЕЙ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Паразитарные болезни в настоящее время остаются одними из самых частых причин заболевания людей в мире. По данным ВОЗ, по числу больных инфекционными и паразитарными патологиями кишечные гельминтозы стоят на втором месте после диареи - более 3,5 млрд. случаев в год. На четвертом месте находится малярия - более 500 млн. новых больных [1, 6, 12].

Малярия - одна из наиболее важных проблем здравоохранения в 95 странах мира ввиду высокого уровня заболеваемости и развития тяжелых осложнений, нередко приводящих к смертельным исходам [11, 13].

В Астраханской области имеются все необходимые условия для завоза и распространения данного заболевания: наличие транспортных сообщений с ближним и дальним зарубежьем, обильный лет комаров и теплый климат. Поэтому должна быть постоянная врачебная настороженность по отношению к возможному развитию новой эпидемии малярии [2, 7].

Клинические проявления малярии у детей имеют свои особенности. У детей 1 года жизни отмечается преобладание тяжелых, токсических форм с выраженными церебральными нарушениями вплоть до коматозного состояния [10].

Цель работы: Охарактеризовать эпидемиологическую ситуацию по малярии у детей в Астраханской области за 2000 – 2016 гг.

Материалы и методы. За период с 2000 по 2016 гг. на территории Астраханской области зарегистрирован 91 случай малярии человека, в т.ч. на долю лиц в возрасте от 0 до 18 лет пришлось 23,1% (21 сл.). Заболевание регистрировалось во всех возрастных категориях от 5 мес. до 17 лет [4, 8].

Результаты исследования. В наших наблюдениях случаи малярии наиболее часто регистрировалась у детей в возрасте 15 лет – 4 сл. (19%), 2 и 13 лет – по 3 сл. (по 14,3%). По 2 сл. (по 9,5%) малярии отмечалось у детей в возрасте 7, 11 и 14 лет. В единичных случаях (по 4,8%) малярия регистрировалась у детей в возрасте 5 мес., 5, 8, 14 и 17 лет [9].

В половом соотношении, преобладали мальчики – 76,2% (16 сл.). На долю девочек приходилось 23,8% (5 сл.).

За анализируемый период, у детей регистрировались 2 вида малярии: трехдневная – 95,2% (20 сл.) и четырехдневная – 4,8% (1 сл.).

Завоз малярии в Астраханскую область происходил, в основном из стран Таджикистана – 14,3% (3 сл.) и Азербайджана – 85,7% (18 сл.). В 17 сл. (81%) у детей регистрировалась завозная малярия вследствие миграционных процессов из стран СНГ в Российскую Федерацию.

Рецидивов и вторичных от завозных случаев малярии за анализируемый период было зарегистрировано по 2 сл. (по 9,5%). Все заболевшие были жителями Азербайджана, заражение произошло от завозных случаев из той же республики.

Малярия регистрировалась как в городской – 81% (17 сл.), так и в сельской местностях – 19% (4 сл.). В городской черте малярия регистрировалась в 3-х районах: Ленинском – 7 сл. (33,3%), Советском и Кировском – по 5 сл. (по 23,8%). Из 11 районов Астраханской области малярия регистрировалась у детей из Красноярского и Наримановского районов – по 2 сл. (по 9,5%).

Как правило, малярия характерна для регионов с теплым климатом. Одним из таких регионов, является Астраханская область. Так, по нашим наблюдениям, заболевание регистрировалось в регионе с марта по сентябрь, когда отмечалась относительно теплая погода: максимальное число больных отмечалось в марте и июле – по 23,8% (по 5 сл.) и апреле – 19% (4 сл.). Немного реже регистрировалась малярия в августе – 14,3% (3 сл.), мае и июне – по 9,5% (по 2 сл.). В единичных случаях (4,9%) малярия регистрировалась в сентябре [3, 5].

Выводы. Таким образом, на территории Астраханской области среди детей отмечались завозные случаи трехдневной малярии, которые наиболее часто регистрировались в теплое время года. Более часто случаи малярии регистрировались в городской черте (Ленинский район).

Список литературы:

1. Алиева, А. А. Дегидрогеназная активность моноцитов крови у больных хроническим вирусным гепатитом С в зависимости от вирусной нагрузки / А. А. Алиева // Пермский медицинский журнал. - 2014.- Т.31. - № 4. - С.52-56.
2. Аракельян Р.С., Бедлинская Н.Р., Донцова А.Ю., Кутьина А.В., Нифонтова Л.В., Медведева А.С., Леонова В.В., Шарикова А.А. Малярия в Астраханской области //В сборнике: Современные проблемы развития фундаментальных и прикладных наук 2016. С. 4-7.
3. Аракельян Р.С., Бедлинская Н.Р., Чернышева А.Х., Айналияева А.Д. Социальное значение малярии //В сборнике: «КОМАРИНЫЕ» ПАРАЗИТОЗЫ: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА 2016. С. 25-29.
4. Аракельян Р.С., Галимзянов Х.М., Аракельян А.С. и др. Ретроспективный анализ эпидемических очагов при малярии в Астраханской области // В сборнике: Профилактическая медицина как научно-практическая основа сохранения и укрепления здоровья населения Сборник научных трудов под общей редакцией М.А. Поздняковой. Нижний Новгород, 2014. С. 100-103.
5. Аракельян Р.С., Галимзянов Х.М., Аракельян А.С. Малярия у детей // В сборнике: Профилактическая медицина как научно-практическая основа сохранения и укрепления здоровья населения Сборник научных трудов. под общей редакцией М.А. Поздняковой. Нижний Новгород, 2014. С. 80-82.
6. Аракельян Р.С., Галимзянов Х.М., Заплетина Н.А. и др. Эпидемиологические аспекты малярии в Астраханской области // В сборнике: Профилактическая медицина как научно-практическая основа сохранения и укрепления здоровья населения Сборник научных трудов. под общей редакцией М.А. Поздняковой. Нижний Новгород, 2014. С. 103-106.
7. Аракельян Р.С., Галимзянов Х.М., Ковтунов А.И. и др. Влияние климато-социальных факторов на распространение малярии в Астраханской области в 2000 – 2013 гг. //Пест-Менеджмент. Pest Management. 2014. № 2 (90). С. 10-13.
8. Аракельян Р.С., Галимзянов Х.М., Ковтунов А.И. и др. Малярия в Астраханской области //Научно-методический электронный журнал Концепт. 2015. Т. 13. С. 2216-2220.
9. Аракельян Р.С., Галимзянов Х.М., Ковтунов А.И., Карпенко С.Ф., Егорова Е.А., Заплетина Н.А., Иванова Е.С., Кузьмичев Б.Ю. Социально-климатические факторы – как одна из причин распространения малярии в Астраханской области //В сборнике: Профилактическая медицина как научно-практическая основа сохранения и укрепления здоровья населения Сборник научных трудов. под общей редакцией М.А. Поздняковой. Нижний Новгород, 2014. С. 107-110.

Астапович Е.О., Лисица И.А., Новак К.Е.

**ФБГОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации,
г. Санкт-Петербург, Россия**

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МАЛЯРИИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

В 2015 году Всемирная организация здравоохранения признала, что Европа является первым в мире континентом, свободным от такого грозного инфекционного заболевания, как малярия [5]. Однако, в связи с активной миграцией населения и ростом международного туризма с частыми посещениями гражданами России стран с тропическим и субтропическим климатом, все чаще встречаются случаи малярии в неэндемичных по данному заболеванию районах. По данным Роспотребнадзора в период с 2012 года на территории Российской Федерации было зарегистрировано более 800 завозных случаев инфекционных заболеваний, в том числе малярии – 340 случаев, из них в 2015 году – 94 [1,2].

В СПб ГБУЗ «КИБ им. С.П. Боткина» в 2011-2015 годах наблюдался 51 пациент с малярией (в 2011 году было зарегистрировано 7 случаев заболевания, в 2012 – 13, в 2013 году – 6, в 2014 году 10, а в 2015 году пациентов с данной инфекционной патологией было значительно больше – 15).

Цель исследования: анализ эпидемиологических и клинико-лабораторных особенностей течения малярии на территории Санкт-Петербурга в 2011 - 2015 гг.

Материалы исследования: проведён ретроспективный анализ 37 историй болезни пациентов с малярией, поступивших в СПб ГБУЗ «КИБ им. С.П. Боткина» в 2011 – 2015 гг. Средний возраст пациентов – $32,2 \pm 12,6$ лет (81% мужчин, 19% женщин). Диагноз у всех больных был подтверждён микроскопическим методом.

Результаты: в структуре анализируемых пациентов 54% составили туристы, выезжавшие в страны с субтропическим и тропическим климатом, а 46% - мигранты, прибывшие в Санкт-Петербург для обучения и работы.

Диагноз малярии на догоспитальном этапе установлен только у 1/3 пациентов (n=13), около трети госпитализированы с ОРВИ (n=12), 13,5% (n=5) с токсическим гриппом, 10,8% (n=4) с острым гастроэнтеритом, 5,4% (n=2) с лихорадкой неясного генеза и 1 пациент с диагнозом менингит. При поступлении врачом приемного покоя диагноз малярии был поставлен больше чем у половины пациентов (n=21), ОРВИ в 24,3% (n=9) случаев, острый гастроэнтерит в 8,1% (n=3). Остальные пациенты (n=4) были госпитализированы в отделения Клинической инфекционной больницы им. С.П. Боткина с диагнозами: лихорадка неясного генеза, вирусный гепатит, тифо-паратифозная инфекция, менингит.

Микроскопически *Plasmodium vivax* обнаружен у 51,4% (n=19), *Plasmodium falciparum* у 43,2% (n=16), *Plasmodium ovale* у 5,4% (n=2) пациентов. При сборе эпидемиологического анамнеза было выяснено, что 37,8% (n=14) наблюдаемых больных недавно прибыли из азиатских стран (Бирмы, Камбоджи, Пакистана, Тайланда, Индии), 35,2% (n=14) из стран Западной Африки (Бенина, Гвинеи, Камеруна, Кот-д'Ивуара, Мали, Нигерии), 8,1% (n=3) – из Северной Африки (Судана), по 5,4% (n=2) из Южной (Анголы, Мозамбика) и Восточной Африки (Танзании, Кении), по 2,7% (n=1) из Центральной Африки (Конго), Доминиканской Республики и Кубы. У прибывших из Азии в основном выявлялся *Plasmodium vivax* (93%), а у посещавших страны Западной Африки были обнаружены все три возбудителя (*Plasmodium vivax* у 31%, *Plasmodium falciparum* у 54%, *Plasmodium ovale* у 15%). У пациентов из Северной, Южной, Центральной Африки и Доминиканской республики микроскопически выделен только *Plasmodium falciparum*.

Малярия, вызванная *P. vivax*, протекала в лёгкой форме у пяти пациентов (13,5 % из всех наблюдений), в среднетяжёлой – в 13 случаях. Тяжёлое течение трёхдневной малярии зарегистрировано у одного пациента. Тропическая малярия в среднетяжёлой форме протекала в 13 случаях из 16, в трех случаях отмечено тяжёлое течение. Малярия – овале в обоих случаях протекала в среднетяжёлой форме.

Клинически заболевание характеризовалось: лихорадкой у всех пациентов (в среднем

39,3±0,9°C), слабостью у 78,4% пациентов, ознобом у 59,5%, головной болью у 32,4%, диспепсическими явлениями у 29,7%, болью в пояснице у 24,3%, артралгией у 16,2%, желтухой у 5,4%; гепатомегалия зафиксирована у 67,6%, спленомегалия – у половины пациентов. По данным гемограмм, анемия выявлена в 16,2% случаях (в среднем, в группе содержание гемоглобина составило 134,8±17,6 г/л), лейкоцитоз - у 3 больных, (в среднем, в группе количество лейкоцитов составило $6,06 \pm 2,6 \cdot 10^9$ /л), тромбоцитопения – в 64,9% (в среднем, в группе количество тромбоцитов $110,1 \pm 80,0 \cdot 10^9$ /л), ускоренное СОЭ отмечено у половины пациентов (в среднем, 17,1±15,4 мм/ч). Повышение содержания билирубина обнаружено у половины наблюдаемых (в среднем, 29,5±33,1 ммоль/л), примерно у четверти пациентов зафиксировано повышение активности АЛТ (в среднем в группе - 42,4±47,2 Ед/л); АСТ (в среднем, 52,1±42,8 Ед/л), КФК (в среднем, 274,7±322,8 Ед/л), СРБ (в среднем, 79,51±57,6 мг/л), повышение ЛДГ выявлено у 16% пациентов (в среднем, 369,9±281,1 Ед/л). В среднем, койко-день составил 9,1±3 дня.

Противомалярийное лечение пациенты получали с учетом возбудителя (при выделении *Pl. vivax* преимущественно использовались Делагил и Доксциклин, *Pl. falciparum* – Лариам, Доксциклин, *Pl. ovale* – у одного пациента назначался Лариам, во втором случае – Делагил). Также проводилась патогенетическая и синдромальная терапия. Противорецидивного лечения в условиях КИБ им. С.П. Боткина не проводилось. Частое назначение антибактериальной терапии (у одного пациента до 5 антибактериальных препаратов) связано с неправильной диагностикой заболеваний в приемном отделении.

Заключение: Необходима эпидемиологическая настороженность в отношении завозных инфекций; тщательно собранный анамнез и грамотный анализ клинико-лабораторных данных определяют раннюю диагностику и выбор правильной тактики терапии. Рекомендуется выбирать для отдыха за рубежом страны, благополучные в эпидемиологическом отношении и соблюдать меры по профилактике инфекционных и паразитарных заболеваний в целях обеспечения санитарно-эпидемиологической охраны территории Российской Федерации [3,4].

Список литературы:

1. ВОЗ / О завозе инфекционных заболеваний в Российскую Федерацию [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://rosпотреbnadzor.ru/about/info/news/news_details.php?ELEMENT_ID=5361&sphrase_id=679650 (дата обращения 16.09.2016)
2. Инфекционная заболеваемость в Российской Федерации за январь - август 2015 г. (по данным формы №1 "Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях") [Электронный ресурс] Режим доступа: http://rosпотреbnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic_details.php?ELEMENT_ID=4215 (дата обращения 16.09.2016)
3. О профилактике малярии [Электронный ресурс] Режим доступа: http://rosпотреbnadzor.ru/about/info/news/news_details.php?ELEMENT_ID=6980&sphrase_id=773982 (дата обращения 16.09.2016)
4. Постановление от 06.10.2015 №65 "О дополнительных мерах по предупреждению восстановления малярии в Российской Федерации" [Электронный ресурс] Режим доступа: http://rosпотреbnadzor.ru/deyatelnost/epidemiological-surveillance/?ELEMENT_ID=5408&sphrase_id=773982 (дата обращения 16.09.2016)
5. Малярия официально покинула европейский регион [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://meddaily.ru/article/22Apr2016/offpokin> (дата обращения 16.09.2016)

Бабенко О.М., Подулясская А.Ю., Никулина Н.Ю.

*ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Астрахань, ГБУЗ АО «Областная детская клиническая больница имени Н.Н.Силищевой»
г. Астрахань, Россия*

**ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПРИ ПАТОЛОГИИ
ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

Тиреоидная патология является наиболее частой в структуре эндокринных заболеваний у детей. Число больных с каждым годом увеличивается, меняется и структура заболеваемости [6].

В чем причина? Как известно, в 2002 году Астраханская область определена как эндемичная по дефициту йода средней степени. Доказано, что как недостаток, так и избыток йода может приводить к тиреоидной патологии [1, 7-10]. Последнее, видимо, связано с чрезмерной рекламой йодсодержащих препаратов СМИ. Отмечается явное нарастание распространенности АИТ, что может быть следствием улучшения методов его диагностики и большей настороженности врачей [4]. Также на территории Астраханской области сосредоточено множество промышленных объектов. В городе увеличилось количество автотранспорта. Ежегодный суммарный выброс вредных веществ по данным на 2010 год составлял около 230 тыс. тонн, что соответствует 90% всех атмосферных загрязнений [3,11]. Выявлено, что периодическое превышение нормативного содержания примесей в атмосферном воздухе характерно для аммиака, диоксида серы, диоксида азота, оксида углерода, пыли, сероводорода и формальдегида. По данным Российской Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова г.СПб экспозиционная нагрузка на жителей Астраханской области расценена как значимая [2]. Вышеперечисленные химические вещества выступают в роли стромогенов.

Целью данного исследования было провести оценку изменения структуры заболеваний ЩЖ у детей АО за прошедшие годы.

Нами была проанализирована заболеваемость детей при патологии ЩЖ по данным детского эндокринологического отделения ОДКБ им.Н.Н.Силищевой за 2015 год, в сравнении с данными этого же отделения за 1995-1997 год [5]. Проанализированы 41 история больных, госпитализированных по поводу заболеваний ЩЖ и 26 историй больных СД 1 типа, у которых патология ЩЖ была сопутствующей. Итого через отделение за 2015 год прошло 67 больных с заболеваниями ЩЖ.

Таблица 1

Возраст		Мальчики 17 (25,4%)	Девочки 50 (74,6%)
Дошкольный	4 - 6 лет	0	3 (4,5%)
Младший школьный	7 - 11 лет	7 (10,4%)	7 (10,4%)
Старший школьный	12 - 17 лет	10 (15%)	40 (59,7%)

Таблица 2. Структура заболеваемости

Диффузно-нетоксический зоб	7 (10,4%)
Аутоиммунный тиреоидит	35 (52,2%)
Врожденный гипотиреоз	10 (15%)
Диффузно-токсический зоб	11 (16,4%)
Узловой зоб	4 (6%)

Таблица 3. Структура щитовидной железы у стационарных больных по данным УЗИ

Годы	1995	1996	1997	2015
Структура железы				
Однородная	69,7%	39,4%	47,4%	19,4%
Неоднородная	3%	12,7%	26,3%	59,7%
Смешанная	27,3%	47,9%	26,3%	20,9%

По возрастному составу в 1995-1997 и в 2015 годах полученные данные совпадают, отмечается явное преобладание больных старшего школьного возраста, т.е. подростков. Значительно изменилась структура заболеваемости. Если в 1997 году из 163 больных треть имели диагноз ювенильная струма, то в 2015 году 52,2% приходится на АИТ и 16,4% на ДТЗ. Сейчас ювенильная струма госпитализации не подлежит, и такие дети наблюдаются в основном амбулаторно. Диагностика врожденного гипотиреоза улучшилась за счет введения с 2008 года скрининга, однако провести сравнение невозможно из-за отсутствия данных за 90-е годы. На 2015 год врожденный гипотиреоз составляет

15%. В 1995-1997 годах оценивалась в основном структура ЩЖ. Наличие однородной структуры ЩЖ расценивалось как ДНЗ или ювенильная струма, а выявление неоднородной структуры, неоднородной с узлами, кистами и тяжами предполагало наличие АИТ. Диагноз уточнялся по пункции ЩЖ. С выходом в 2002 году консенсуса по диагностике АИТ и с началом определения АТ к ТПО усовершенствовалась его диагностика.

В динамике количество детей с однородной структурой ЩЖ резко уменьшилось с 47,4% в 1997 году до 19,4% в 2015 году. Чем и объясняется низкий процент ДНЗ 10,4% в структуре заболеваемости в 2015 году. Заметно нарастает количество детей с неоднородной и смешанной структурой. Если в 1997 году неоднородная и смешанная структуры составляли по 26,3%, то в 2015 году 59,7% и 20,9% соответственно. Помимо изменения структуры ЩЖ, значительно меняется и ее функциональное состояние, нарастает количество больных с нарушением функции, особенно с тиреотоксикозом. В 1997 году из всех детей только один был с тиреотоксикозом, что составило 0,6%. У основной массы детей фиксировался эутиреоз или гипотиреоз. Сейчасросло количество больных тиреотоксикозом до 16,4%, а среди детей с АИТ достаточно большое количество страдает гипотиреозом 32,1%, который нуждается в заместительной терапии, АИТ в фазе клинико-лабораторного эутиреоза на фоне терапии составляет 28,6%. Среди детей с врожденным гипотиреозом эутиреоз у 10,7%, а гипотиреоз у 7,14%. Таким образом, изменение структуры и функционального состояния ЩЖ, необходимость назначения заместительной гормонотерапии указывает на более тяжелые формы поражения ЩЖ в 2015 году.

Выводы

У детей АО продолжает утяжеляться течение заболеваний ЩЖ, что оценивается по увеличению процента больных с измененной структурой ЩЖ по данным УЗИ и более частому выявлению нарушений функции.

Увеличивается количество детей, у которых диагностируется АИТ, как по причине улучшения диагностики, так и по абсолютным показателям.

Нарастает число больных с приобретенным гипотиреозом в следствие АИТ, которым в последующем требуется заместительная гормональная терапия.

Увеличилось количество больных с узловым зобом и страдающих АИТ с узлами.

Список литературы:

1. Асфандияров Р.И., Удочкина Л.А. Информационный анализ системы «щитовидная железа». // Морфология. - 2008. - Т. 133. - № 2. - С. 12.
2. Гребенюк А.Н., Бояринцев В.В.– Оценка экспозиции химических загрязнителей атмосферы Астрахани на человека. //Информационный сборник №4 – 2010 – СПб – с.74-80.
3. Гребенюк А.Н., Кушнир Л.А.– Оценка риска здоровью населения при воздействии химических веществ, загрязняющих атмосферный воздух города Астрахани.// Токсикологический вестник - Москва - 2010 - №6 – с. 11-14.
4. Дедов И.И., Трошина Е.А., Антонова С.С., Александрова Г.Ф., Зилов А.В.–Аутоиммунные заболевания щитовидной железы: состояние проблемы.//Проблемы эндокринологии Т.48, №2 – Москва - 2002 – с.6-13.
5. Подулясская А.Ю., Тещина Л.М., Чурилова Н.Г., Космачева Н.Г.,Расщепкина Н.И – Заболевания щитовидной железы у детей и эффективность различных схем терапии в условиях Астраханской области. // Труды АГМА том XXXV - Астрахань, 1999 г – с.98-103.
6. Полунина Н.В., Черкасов С.Н. Особенности состояния здоровья детей в Российской Федерации и пути его улучшения / В сборнике: Экология и здоровье человека на Севере. Сборник материалов IV-го конгресса с международным участием. ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный Федеральный университет имени М.К. Аммосова», Медицинский Институт; Министерство здравоохранения Республики Саха (Якутия); Лига «Женщины-Ученые Якутии»; Якутский Научный Центр комплексных медицинских проблем СО РАН. 2013. С. 485-490.
7. Старкова Н.Т. – Структурные изменения щитовидной железы.//Проблемы эндокринологии Т.48, №1- Москва – 2002 — с.3-6.
8. Удочкина Л.А.Структурные преобразования щитовидной железы на этапах онтогенеза в норме и при воздействии на организм серосодержащего газа: Дисс д-ра. мед. наук.– Волгоград: ГОУВПО "Волгоградский государственный медицинский университет"., 2006.

9. Удочкина Л.А. Морфометрическая характеристика щитовидной железы человека на этапах онтогенеза // Морфологические ведомости. - 2005. - № 3-4. - С. 104-107.
10. Удочкина Л.А. Экспериментальное выявление критических периодов в развитии щитовидной железы // Фундаментальные исследования. - 2006. - №7. - С. 47-48.
11. Шаповалова М.А., Бучин В.Н., Резаев А.А., Симонов С.Н., Ярославцев А.С. Состояние здоровья популяции новорожденных в районе, прилегающем к астраханскому газовому комплексу/Педиатрия (г. Ташкент). 1994. № 5. с. 29.

Бабенко-Сорокопуд И.В., Яковлева Э.Б., Желтолноженко Л.В., Золото Е.В.

*Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФИПО ДонНМУ им. М. Горького Минздрава
Донецкой Народной Республики*

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АНОНИМНОГО АНКЕТИРОВАНИЯ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ЦЕЛЯХ

Здоровье подростков и молодежи - одно из приоритетных направлений государственной политики, важнейший фактор национальной безопасности, определяющий генофонд республики, её будущее. В число основных составляющих благополучия семьи входит и репродуктивное здоровье пары. Частота непланируемой беременности, особенно в юном возрасте остается высокой. В связи с этим очевидна актуальность проблемы контрацепции и сохранения репродуктивного здоровья подростков и молодежи[1-7].

Налаженность гинекологической профилактической и лечебно-консультативной помощи в условиях сети «Клиник, дружественных к молодежи» («КДМ») способствует укреплению всех составляющих репродуктивного здоровья молодого поколения.

Целью настоящего исследования было изучение состояния проблемы использования барьерной контрацепции среди подростков и молодежи.

Задачи: повышение уровня информированности и формирования мотивации в сохранении репродуктивного здоровья с привлечением к деятельности «КДМ» учащуюся и рабочую молодежь; оценить значимость ряда факторов риска сохранения репродуктивного здоровья, на основе вопросов и утверждений, предложенных в анкете, отражающих возможные воздействия обстоятельств (раннее начало половой жизни, незащищенный половой контакт, неосведомленность о контрацептивах); оценить степень доверия «оказавшихся» в фрустрирующей ситуации (непланируемая беременность) к родителям, врачу и готовности получения помощи.

Методы и результаты исследования. Сотрудниками «КДМ» в рамках проекта «Возрождение» проводился ряд лекций-тренингов с озвучиванием не только этапов становления сексуальности, негативных последствий незащищенных половых контактов (факты и статистика), но и предоставлением информации о профилактике ИППП и нежеланной беременности с применением барьерных контрацептивов. После чего, проведено анкетирование 63 девушек и 37 юношей в возрасте от 15 до 19 лет. Ими была заполнена анонимная анкета, имеющая пункты, где необходимо было указать личные суждения; пункты предполагающие выбор предлагаемых ответов; пункты, несущие информационный блок. В заключительной части анкеты были даны адрес и контактные телефоны отделений «КДМ», где можно анонимно получить профессиональные рекомендации по любым интересующим вопросам у следующих специалистов: гинеколог, акушер-гинеколог, сексолог, психолог, терапевт, психотерапевт.

Тезис начального пункта анкеты: «Влечение к противоположному полу является физиологической основой любви, однако преждевременная половая жизнь оказывает не только опустошающее воздействие на здоровье и эмоционально-психическую сферу, но и при отсутствии контрацепции может стать причиной «неприятностей и осложнений», и только половое воздержание дает 100 % гарантию их избежать». Все опрошенные высказали согласие и ответили утвердительно.

Следующие пункты позволили выявить знание подростков о последствиях незащищенных половых контактов. Так юные респонденты во всех случаях отмечали сочетание как минимум двух и более факторов (нежеланная беременность, инфекция передаваемая половым путем, аборт и т.п.) в каждом наблюдении (100 %).

Ответы на вопрос «что будешь делать, если ТЫ (для девушек) или ТВОЯ ДЕВУШКА (для юношей) узнала, что беременна?» можно разделить на несколько подгрупп: 1. Не берут на себя ответственность. Ответы девушек (45,0 %): «Сделаю так, как решит мой парень» (или «Если парень не против, то оставлю ребенка», «Обрадую» парня и после его реакции решу что делать», «Смотря с каким парнем любовь и что он решит», «Если люблю своего парня и знаю, что он любит меня и ОН скажет, что сможем вырастить нашего ребенка, то буду рожать»). Ответы юношей (48,0 %): «Ну, смотря сколько месяцев у нее беременность будет, пусть сама решает» (или «Порадуюсь за нее и сваляю в армию», «Только дуры беременеют, пусть теперь сама выпутывается», «Как решат мои родители, хоть вряд ли наберусь смелости им сказать», «Пусть докажет, что от меня», «А я то тут причем?»). 2. Берут на себя ответственность. Ответы девушек (15,0%): «Буду рожать» (или «Оставлю ребенка», «Прерву» (один ответ)) Ответы юношей (1,0 %): «Пойду работать, ведь ребенка надо содержать». 3. Обратятся за помощью к врачу Ответы девушек (5,0 %): «Обращусь в поликлинику», (или «Пойду к врачу и удостоверюсь в правильном диагнозе»). Ответы юношей (1,0 %): «Пойду с ней к гинекологу по этому вопросу». 4. Обратятся за помощью к родителям. Ответы девушек (5,0 %): «Посоветуюсь с родителями» (или «Сообщу родителям, хоть могут и убить», «Сообщу друзьям, а потом родителям») Ответы юношей: «-». 5. Фрустрация. Ответы девушек (25,0 %): «Меня убьют!», «Прятаться, скрываться, уезжать в другой город» (или «Страшно даже подумать», «Удавлось», «Не знаю»). Ответы юношей (50,0 %): «Паника!» или «Это ужас!».

Выводы. Выявлено, что социальная незрелость целевой группы, недостаточный уровень информированности и доверия к специалистам и родителям, способны повысить риск нарушения репродуктивного здоровья, в частности, и здоровья в целом. Что явилось основанием заключения соглашения специалистами «КДМ» с учебными заведениями о проведении профилактических тренингов в течение учебного года для учащихся и студентов, с привлечением подготовленных клиник, по специально разработанной программе, волонтеров из числа молодежи.

Таким образом, анонимное анкетирование среди подростков и молодежи с предоставлением информации о влиянии на состояние репродуктивного здоровья образа жизни, важности отсрочки полового дебюта в подростковом возрасте, о средствах контрацепции, вреде прерывания беременности, вероятности инфицирования может являться одним из путей профилактики сохранения репродуктивного здоровья будущей семьи.

Список литературы:

1. Загоркина Н. Влияние полового воспитания девочек-подростков на их репродуктивное здоровье / Н. Загоркина // Врач. – 2012. - № 8. – С. 81-84.
2. Соснина С.Ф. Медико-социальные аспекты здоровья девочек подросткового возраста / С.Ф. Соснина // Здравоохранение Российской Федерации. – 2011. - № 3. – С. 43-46.
3. Федоткина С. А. Здоровьесберегающее поведение подростков и молодежи как основа здоровья будущих родителей / С.А. Федоткина // Российский педиатрический журнал. – 2012. - № 1. – С. 24-28.
- 3.Целкович Л.С. Детская гинекология учебное пособие для студентов медицинских вузов / Л. С. Целкович, С. Н. Черкасов, Р. Б. Балтер ; М-во образования и науки Российской Федерации, М-во здравоохранения и социального развития РФ, Учебно-методическое об-ние по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России, Гос. Образовательное учреждение высш. Проф. Образования "Самарский гос. Медицинский ун-т". Самара, 2007.
- 4.Черкасов С.Н. Изучение адаптации молодежи к семейной жизни Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2001. С. 188.
5. Шумейко О.В. Роль социальных медиа и новых форматов индивидуальных коммуникаций в пропаганде здорового образа жизни / О.В.Шумейко, С.Н.Черкасов, Г.Ю.Григорьев // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2015. № 6. С. 153-163.
6. Яковлева Э. Б. Семиотика и диагностика в гинекологии детей и подростков: монография / Э.Б. Яковлева. - Севастополь: Вебер; 2001. - 377 с.
- 7.Шаповалова М.А. Медико-демографические и экономические аспекты воспроизводства населения монография / М. А. Шаповалова ; Астрах. гос. мед. акад.. астрахань, 2003.

Базаргалиев Е.Ш., Зеленцова С.Ф., Ермекебаева А.Т., Абдуллаева Г.О., Ашикбаева Н.Б.

*Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова,
г. Актобе, Казахстан*

ЧАСТОТА ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ПОДРОСТКОВ ГОРОДА АКТОБЕ (КАЗАХСТАН) ПО ДАННЫМ ОПРОСНИКА GERDQ

Цель и задачи исследования: определить распространенность гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) с применением международного опросника GerdQ у подростков г.Актобе.

Материалы и методы. По данным Департамента статистики г.Актобев возрасте 14-15 лет зарегистрировано 5000 подростков. Выборка в 352 школьников является репрезентативной для данного исследования. Отбор школ для исследования проводился методом случайной выборки. Для исследования отобрано 10 общеобразовательных школ г. Актобе. В каждой школе методом случайной выборки отобрано 35 подростков в равном соотношении мальчиков и девочек, обучающихся на русском языке. После подписания информированного согласия на проведение исследования родителями или опекунами подростки самостоятельно заполняли опросник GerdQ русскоязычная версия, который включал вопросы об их самочувствии за последние 7 дней. Затем производился подсчет баллов, диагноз ГЭРБ устанавливался при сумме баллов 8 и более. Исследование одобрено этическим комитетом ЗКГМУ имени Марата Оспанова. Анкетирование проведено 352 подросткам, из них 168 (47,7%) мальчикам и 184 (52,3%) девочкам. Средний возраст составил $14,2 \pm 0,25$ лет. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы STATISTICA, версия 9.

Результаты. Анализ полученных данных показал, что у 71 (20,2%) подростков из 352 обследованных выявлен ГЭРБ, где сумма набранных баллов составила более 8. При этом чаще ГЭРБ, по данным анкетирования, выявлялся у девочек и составил $11,2 \pm 3,36\%$ ($n=40$), тогда как среди мальчиков он наблюдался в $8,8 \pm 3,74\%$ ($n=31$), т.е. в 1,3 раза чаще отмечалась у девочек. Сумма баллов от 8 до 11 по данным опросника GerdQ набрали 35,5% подростков; 12-14 баллов – 31,0%; 15-18 баллов – 33,8%. Во всех этих группах отмечалась та же тенденция: сумма баллов была выше у девочек. По данным российских авторов, ее диапазон составляет 18-25% (1,2,3). В последние годы отмечается отчетливая тенденция к увеличению частоты этого заболевания в мире. До настоящего времени нет однозначной информации о распространенности ГЭРБ у подростков в Казахстане.

Выводы. При анкетировании с применением международного опросника GerdQ у подростков г.Актобе у 20,2% опрошенных выявлено гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. ГЭРБ в 1,3 раза чаще отмечалась у девочек, чем мальчиков.

Список литературы:

1. Ивашкин В.Т., Трухманов А.С., Шептулин А.А., Баранская Е.К., Лапина Т.Л., Сторонова О.А., Кайбышева В.О. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Рекомендации по диагностике и лечению. – М.,-2013.-20с.
2. Кайбышева В.О., Кучерявый Ю.А, Трухманов А.С., Сторонова О.А., Коньков М.Ю., Маев И.В., Ивашкин В.Т. Результаты многоцентрового наблюдательного исследования по применению международного опросника GerdQ для диагностики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // РЖГГК. - 2013.-Т.23.-№5.-С.15-23.

Баймухамбетов Ж.Ж., Сагымбаева А.А., Сагымбаева А.А

*Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д. Асфендиярова, кафедра
интернатуры и резидентуры по хирургии, г. Алматы, Республика Казахстан*

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ БИЛИАРНОГО СЛАДЖА – КАК ПРОФИЛАКТИКА ЖЕЛЧНО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Цель работы: Сопоставление литературных данных СНГ, некоторых зарубежных литературных источников с нашими исследованиями по архивным материалам Городской клинической больницы №7 г.Алматы. Больным с билиарной патологией, в частности при дисфункциональных расстройствах билиарного тракта, провести эффективную профилактику формирования билиарного сладжа (БС), сочетая два подхода: снижение литогенности желчи и улучшение сократительной функции желчного пузыря.

Задачи: Определение основных причин, приводящих к формированию БС, и выявление его лечения, являющийся основой профилактики осложнений ЖКБ.

Материалы и методы: Для достижения цели настоящей работы нами проанализированы истории болезни 30 пациентов и результаты ЖКБ, в частности БС, за 2016 г. в 7-ой Городской клинической больнице г.Алматы. Средний возраст обследуемых составил 45 лет. Среди них 20 женского пола, 10 мужского пола.

Результаты исследования и их обсуждение: Анализ клинических результатов производился с использованием программного обеспечения Microsoft Excel и Statistica 7.0. Из клинических признаков чаще всего при БС проявлялись симптомы билиарной диспепсии, прежде всего – боли в правом подреберье, горечь во рту.

При помощи УЗИ изучалось состояние стенки желчного пузыря – наличие воспаления или холестероза, что говорит о формировании БС. При этом эхографическую картину при УЗИ принято делить на 3 варианта. И согласно этому УЗИ 30 пациентов распределились следующим образом:

Микролитиаз – взвесь гиперэхогенных частиц в виде точечных, единичных или множественных, смещаемых гиперэхогенных образований, не дающих акустической тени, выявляемых после изменения положения тела пациента. (у 5 пациентов).

Эхонеоднородная желчь с наличием различной плотности сгустков, смещаемых, не дающих акустической тени, или в редких случаях с эффектом ослабления за сгустком (16 человек).

Сочетание замазкообразной желчи с микролитами. При этом микролиты могут быть одновременно как в составе сгустка замазкообразной желчи, так и в полости желчного пузыря (у 9 обследуемых).

Пациентов при БС для оптимизации лечебной тактики следует разделить на 3 группы [1]:

I группа – не нуждающиеся в лечении, так как устранение этиологического фактора приведет к обратному развитию сладжа: а) гипокалорийные диеты для снижения массы тела; б) парентеральное питание в послеоперационный период; в) беременность и др.

II группа – нуждающиеся в терапевтическом лечении, поскольку без него

БС трансформируется в ЖКБ, когда в патологический процесс будут вовлечены другие органы с последующими осложнениями: а) после беременности при наличии эхоструктур в желчном пузыре размером более 2–3 мм; б) рецидив после успешного консервативного лечения ЖКБ (ударно-волновая литотрипсия и литолитическая терапия); в) дисфункция сфинктера Одди без стенозирования с приступами печеночных или панкреатических колик; г) лица с факторами риска ЖКБ.

III группа – нуждающиеся в хирургическом лечении, без которого возможны серьезные осложнения: а) частые атаки «идиопатического» острого панкреатита, когда консервативное лечение неэффективно; б) дисфункция сфинктера Одди со стенозирующим папиллитом; в) желчная колика с явлениями внепеченочного холестаза; г) острый холангит.

Основой лечения пациентов с БС является урсодезоксихолевая кислота (УДХК «Урсосан»), которая обеспечивает улучшение реологических свойств желчи [2].

В материалах Римского консенсуса III, касающихся лечения дисфункций желчного пузыря, сфинктера Одди, показана потенциальная профилактическая роль УДХК в отношении развития ЖКБ и лечения ее начальной стадии [3]. Кроме того данная гидрофильная кислота не только уменьшает избыток холестерина в мышечных клетках желчного пузыря с литогенной желчью, но и нормализует проявления окислительного стресса, а также тормозит всасывание холестерина в кишечнике, образует жидкие, растворимые кристаллы с холестерином. Урсосан назначали в виде постепенного повышения дозы до эффективной – 15 мг на 1 кг массы тела, 1 раз в сутки на ночь, через 1 час после ужина.

Продолжительность лечения от 1 до 6-8 мес. в зависимости от выраженности клинической картины и данных УЗИ. В результате лечения у 90% больных отмечалось купирование симптомов билиарной диспепсии, уменьшились или исчезли боли в правом подреберье, а биохимические показатели крови нормализовались.

УЗИ картина содержимого желчного пузыря также показала, что на фоне лечения урсосаном быстрее исчезают явления БС и восстанавливается эвакуаторная функция желчного пузыря. Побочного действия «Урсосана» не наблюдалось ни в одном случае.

Заключение: Для выявления данной патологии, своевременного назначения курса лечения и ранней профилактики осложнений, пациенты гастроэнтерологического профиля, а также лица с факторами риска БС непременно должны быть обследованы. Также следует активно внедрить УЗИ на начальной стадии ЖКБ, до формирования желчных камней.

Список литературы:

1. Чубенко С.С. Микрохолелитиаз // Doctor. – 2004. – № 3. – С. 23–24
2. Буеверов А.О. Возможности клинического применения урсодезоксихолевой кислоты. *Consilium medicum*. Том 07/№6/2005. Стр.44-46.
3. Пиманов С.И., Силивончик Н.Н. Римский III консенсус: избранные разделы и комментарии: Пособие для врачей. Витебск, 2006.

Батырова Г.А., Кудабаяева Х. И., Базаргалиев Е. Ш.

РГП на ПХВ «Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова» с НС МЗСР Республики Казахстан, г. Актобе, Казахстан

ЧАСТОТА ЗОБА СРЕДИ ДЕТЕЙ 6-12 ЛЕТ ЗАПАДНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Адаптационные реакции организма реализуются путем нейрогуморальной регуляции метаболических процессов, немаловажная роль в обеспечении гомеостаза принадлежит щитовидной железе [1,3,5-7].

Цель: изучить распространенность эндемического зоба (клинический показатель эндемии), йодообеспечение региона по степени йодоурии (биохимический показатель эндемии) в соответствии с критериями ВОЗ в Западно-Казахстанской области Республики Казахстан.

Задачи: определить частоту тиреомегалии по данным ультразвукового исследования, определить наличие и степень тяжести зобной эндемии с использованием современных критериев ВОЗ (% детей в возрасте 6-12 лет с увеличением щитовидной железы), изучить йодообеспечение региона по степени экскреции неорганического йода в моче у детей в Западно-Казахстанской области Республики Казахстан

Методы: проведено поперечное исследование 1968 (мальчиков – 983 (49, 95%), девочек – 985 (50,05%)) детей школьного возраста. Возраст детей составил $9,26 \pm 0,82$ лет, рост – $134,57 \pm 7,08$ см, вес – $30,55 \pm 6,92$ кг. Объем щитовидной железы определяли методом ультразвукографии с использованием портативного ультразвукового прибора Aloka SSD-500 (Япония) с датчиком 7,5 МГц. Размеры щитовидной железы и стандартные нормативы (в мл) тиреоидного объема определялись в соответствии с рекомендациями ВОЗ (2007) [10]. Определение экскреции неорганического йода в разовой порции мочи производилось с использованием экспресс-диагностики полуколичественным методом («Йод – тест», производство Украина) у 246 детей, выбранных случайным образом [9-11]. Исследование проведено в рамках 30 - кластерного анализа распространенности зоба в Западно-Казахстанской области в соответствии с протоколами по изучению эндемического зоба, рекомендованными ВОЗ. Статистическая обработка данных проводилась в программе Statistika, 10.

Результаты: у детей 6-12 лет Западно-Казахстанской области Республики Казахстан выявлена высокая распространенность тиреомегалии - $32,5 \pm 1,05\%$ (у девочек и мальчиков - 52,6% и 47,4% соответственно), что в соответствии с критериями ВОЗ соответствует зобной эндемии тяжелой степени. Частота зоба в районах долины реки Урал ($41,74 \pm 1,51\%$) почти в два раза превышает распространенность зоба в районах области, не относящихся к долине реки ($21,5 \pm 1,36\%$) - континентальной части [4,8]. Тиреомегалия встречалась в долине реки Урал у 47,2% мальчиков и 52,8% девочек, в континентальной части у 47,9% мальчиков и 52,1% девочек. Оценка экскреции неорганического йода с мочой показала оптимальный уровень йодобеспечения. Медиана концентрации йода в моче в обла-

сти составляет 161,5 мкг/л. У 246 обследованных детей: у 172 (69,92%) школьников имеется оптимальное выделение йода с мочой, у 28 (11,38%) детей экскреция менее 100 мкг/л, у 46 (18,70%) более 300 мкг/л [2].

Выводы: в Западно-Казахстанской области Республики Казахстан выявлена высокая распространенность тиреомегалии у детей школьного возраста при адекватной обеспеченности населения йодом по степени йодурии, что возможно связано с воздействием струмогенных факторов в регионе и требует дальнейшего изучения.

Список литературы:

1. Асфандияров Р.И., Удочкина Л.А. Информационный анализ системы «щитовидная железа». // Морфология. - 2008. - Т. 133. - №2. - С. 12.
2. Батырова Г.А., Кудобаева Х.И., Агзамова Р.Т., Базаргалиев Е.Ш. Оценка экскреции неорганического йода у детей 6-12 лет Западно-Казахстанской области Республики Казахстан/ Г.А. Батырова, Х.И. Кудобаева, Р.Т. Агзамова, Е.Ш. Базаргалиев // Медицинский журнал Западного Казахстана. – 2016. - №3 (51). - С. 4-7.
3. Башкина О.А. Иммунокорректирующие препараты в профилактике заболеваний респираторного тракта у часто болеющих детей / Башкина О.А., Красилова Е.В., Бойко А.В. // Инфекционные болезни. - 2004. - Т. 2. - №1. - С. 24-29.
4. Джубанова О.А. Историко-географические аспекты расселения населения в бассейне реки Урал в пределах Западно-Казахстанской области / О.А. Джубанова // Вестник КазНУ. Географическая серия. – 2010. - №2 (31). - С.49-56.
5. Удочкина Л.А. Морфометрическая характеристика щитовидной железы человека на этапах онтогенеза // Морфологические ведомости. - 2005. - № 3-4. - С. 104-107
6. Удочкина Л.А. Структурные преобразования щитовидной железы на этапах онтогенеза в норме и при воздействии на организм серосодержащего газа: дисс... д-ра. мед. наук.– Волгоград: ГОУВПО "Волгоградский государственный медицинский университет", 2006.
7. Удочкина Л.А. Экспериментальное выявление критических периодов в развитии щитовидной железы // Фундаментальные исследования. - 2006. - № 7. - С. 47-48.
8. Шаповалова М.А., Бучин В.Н., Резаев А.А., Симонов С.Н., Ярославцев А.С. Состояние здоровья популяции новорожденных в районе, прилегающем к астраханскому газовому комплексу/Педиатрия (г. Ташкент). 1994. № 5. с. 29.
9. Dunn JT. Two simple methods for measuring iodine in urine / JTDunn, HECrutchfield, RGu-tekunst, ADDunn // Thyroid. – 1993. Vol.3(2). - P. 119-123.
10. Rendl J. Rapid urinary iodide test / J. Rendl, D. Bier, T. Groh, C. Reiners // J Clin Endocrinol Metab. – 1998. - Vol. 83(3). - P.1007-1012.
11. WHO, UNICEF, ICCIDD: Assessment of iodine deficiency disorders and monitoring their elimination: a guide for programme managers. Third edition. - Geneva: World Health Organization, 2007.

Бахмутова Л.А., Штено М.В., Горелова Н.В., Шустова С.С.

*ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Астрахань, Россия*

ПОКАЗАТЕЛИ АПОПТОЗА ЛИМФОЦИТОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ

Известно, что одним из основных нарушений постнатальной адаптации является развитие различных инфекционных и неинфекционных патологических состояний у новорожденных с хронической внутриутробной гипоксией и задержкой внутриутробного развития (ЗВУР) в анамнезе и родившихся незрелыми даже при срочных родах [1,4, 6,7]. ХВГ ведет к нарушению регуляции иммуногенеза, показателем которого, в том числе, является апоптоз лимфоцитов. Известно, что апоптоз является естественным завершением жизненного цикла любой клетки, а механизм его регуляции универсальный и не имеет выраженной тканевой специфичности. В норме апоптоз участвует в регуляции

дифференцировки клеток тканей, а также обеспечивает нормальное развитие многоклеточных организмов в период эмбриогенеза [3]. В тоже время при патологических процессах в организме часто отмечаются те или иные нарушения биологической программы клеток, которые могут приводить к усилению или угнетению апоптоза. Установлено, что при нормальном прохождении клеткой своего жизненного цикла апоптоз следует за этапом активации и проявлением максимальной биологической активности клетки [2,5]. Наименее изученными являются процессы апоптоза у новорожденных детей, хотя исследование этих показателей было бы полезно не только для более объективной характеристики заболевания, но и для прогноза его исхода.

Учитывая это обстоятельство, мы поставили перед собой цель: изучить уровни апоптоза и некроза лимфоцитов крови у новорожденных с ЗВУР в раннем неонатальном периоде.

Задачи: выявить особенности показателей апоптоза у доношенных новорожденных с различными вариантами ЗВУР.

Методы: из венозной крови новорожденных отбирали лимфоцитарную взвесь, окрашивали акридиновым оранжевым и бромидом этидия и микроскопировали под люминисценцией. Среди 100 клеток подсчитывали количество типичных, апоптотических и некротических лимфоцитов. Среднее и его доверительный интервал рассчитывали с доверительной вероятностью $p=0,95$; регрессионный анализ проводили, используя пакет статистических программ «STATISTICA 6,0».

Результаты: в исследование вошли 76 доношенных новорожденных с различными вариантами ЗВУР. Контрольную группу составили 20 условно здоровых доношенных новорожденных детей. При наличии ЗВУР, независимо от клинического варианта, уровни некроза и апоптоза лимфоцитов отличаются от контроля. Оказалось, что при гипотрофическом варианте ЗВУР количество апоптотических лимфоцитов достоверно выше, чем в контроле ($p \leq 0,05$). При гипопластическом и диспластическом варианте достоверных различий с контролем и значениями показателей при гипотрофическом варианте ЗВУР не выявлено. Таким образом, при гипотрофическом варианте доля апоптотических лимфоцитов составляет примерно 11%, некротических около 30%, а общее количество гибнущих клеток около 40%. При гипопластическом варианте ЗВУР отмечается разнонаправленное изменение содержания апоптотических и некротических лимфоцитов: апоптоз снижается, некроз растет и общее количество гибнущих лимфоцитов возрастает до 47%. Данная тенденция сохраняется при диспластическом варианте ЗВУР.

Заключение: учитывая полученные результаты, есть основания полагать, что исходное состояние иммунитета и показатели апоптоза лимфоцитов имеют различия в зависимости от варианта ЗВУР. Возможно, повышение уровня апоптоза и некроза лимфоцитов прогностически неблагоприятно в плане нарушения ранней адаптации и реализации инфекционно-воспалительных заболеваний этого контингента новорожденных.

Список литературы:

1. Бахмутова Л.А. Особенности ранней адаптации новорожденных с задержкой внутриутробного развития / Бахмутова Л.А., Штепо М.В., Лапекко С.В. и др. // Сборник научных трудов под ред. С.Ф. Гнусаева, В.М. Брянцевой «Научные основы формирования здоровья детей и подростков», Тверь, 2006. – с.68-69.
2. Боровкова Н.В. Апоптоз лимфоцитов крови в норме и при патологии / Боровкова Н.В., Александрова И.В., Валетова В.В., Кобзева Е.Н. // Молекулярная медицина, 2013, №4. – С.41-45.
3. Варга О.Ю. Апоптоз: понятие, механизмы реализации, значение / Варга О.Ю., Рябков В.А. // Экология человека, 2006, №7. – С.28-32.
4. Гужвина Е.Н. Клинические и прогностические критерии плацентарной недостаточности в условиях нарушенной адаптации к родовому стрессу у матери и плода / Автореферат дис. ... доктора медицинских наук: 14.01.01 // Волгоградский государственный медицинский университет. Волгоград, 2013.
5. Хаертынов Х.С. Апоптоз лимфоцитов у детей с неонатальным сепсисом / Хаертынов Х.С., Бойчук С.В., Анохин В.А. и др. // Казанский медицинский журнал, 2013, т.10, №5. – С.775-778
6. Шаповалова М.А. Медико-демографические и экономические аспекты воспроизводства населения монография / м. а. шаповалова ; астрах. гос. мед. акад.. астрахань, 2003.
7. Огуль Л.А., Шаповалова М.А., Ярославцев А.С. Заболеваемость новорожденных/Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2011. №11. с. 92-93.

Белик И.А., Лузин В.И., Грищук М.Г.

*Кафедра анатомии человека, оперативной хирургии и топографической анатомии
ГУ «Луганский государственный медицинский университет», Луганская народная республика*

ЭФФЕКТ ВЛИЯНИЯ ТИОТРИАЗОЛИНА И НАСТОЙКИ ЭХИНАЦЕИ ПУРПУРНОЙ НА УЛЬТРАМИКРОСКОПИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ НАДПОЧЕЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ПОЛОВОЗРЕЛЫХ КРЫС-САМЦОВ

В связи со стремительным развитием химической промышленности исследователи ставят задачу поиска и разработки высокоэффективных фармакологических средств для лечения и профилактики состояний, возникающих в условиях воздействия на организм неблагоприятных факторов. Очень важное место в этом процессе отводится эндокринной системе, а именно надпочечным железам, которые являются основным эффекторным звеном гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы и по состоянию этого органа можно судить об адекватности реагирования адаптивной системы на сильные стрессорные воздействия [1,3]. Тиотриазолин – препарат синтетического происхождения, способствует процессам регенерации, нормализует белковый, углеводный, липидный обмен, усиливает компенсаторную активацию анаэробного гликолиза, ослабляет степень угнетения процессов окисления в цикле Кребса с сохранением внутриклеточного фонда АТФ [2].

Настойка эхинацеи пурпурной обладает обширным спектром фармакодинамической активности с комплексным антиоксидантным действием. Вместе с тем представляется перспективным дальнейшее изучение фармакотерапевтической эффективности тиотриазолина и настойки эхинацеи пурпурной с целью расширения сфер их применения [4,5].

Целью работы является изучение особенности изменений ультрамикроскопических показателей надпочечных желез половозрелых крыс-самцов после завершения 60-дневного введения тиотриазолина и настойки эхинацеи пурпурной.

Материал и методы исследования. Исследование проведено на 90 белых беспородных половозрелых лабораторных крысах - самцах с массой 200-230г. Животные были разделены на 3 группы. Первая группа – интактные крысы (контрольная группа). Вторая группа (исследуемая) – половозрелые крысы-самцы, которые ежедневно на протяжении двух месяцев получали внутривентриально ампульный 2,5% раствор тиотриазолина в дозе 117,4 мг/кг. Третья группа (исследуемая) – половозрелые крысы-самцы, которым ежедневно на протяжении двух месяцев вводили при помощи желудочного зонда настойку эхинацеи пурпурной из расчёта 0,1 мг сухого вещества на 100г массы крысы. Крыс выводили из эксперимента на 1, 7, 15, 30, 60 день после завершения двухмесячного введения тиотриазолина и настойки эхинацеи пурпурной по 6 крыс в каждой группе. Забой проводили в одно и то же время суток – в 10 часов. Для электронномикроскопического исследования кусочки надпочечных желез размером 1мм³ сначала фиксировали в 2,5% растворе глутарового альдегида на 0,1 М фосфатном буфере рН 7,2 на 24 часа, а затем в 1% осмиевом фиксаторе по Палладе на 1 час. После дегидратации в растворах этанола нарастающей концентрации и абсолютном ацетоне материал заливали смесью эпоксидных смол эпон-аралдит. Анализ цифровых данных проводили с помощью компьютерной программы «Morpholog» («Свидетельство о регистрации авторского права № 9604», авторы: В.В. Овчаренко, В.В. Маврич, 2004). Полученные с помощью программы данные исследования экспортировали в программу Excel для дальнейшей оценки достоверности отличия, вычисляя доверительный коэффициент Стьюдента (t). Достоверной считали вероятность ошибок менее 5% (p≤0,05), менее 1% (p≤0,01), менее 0,5% (p≤0,005) и менее 0,1% (p≤0,001).

При изучении микрофотографий измеряли и анализировали такие показатели: количество митохондрий и липидных капель на 100 мкм² пучковой зоны коркового вещества надпочечных желез, общая площадь митохондрий и липидных капель адренкортикоцитов пучковой зоны коркового вещества надпочечных желез.

Результаты исследований и их обсуждение. При анализе динамики изменения количества митохондрий адренкортикоцитов на 100 мкм² пучковой зоны коркового вещества надпочечных желез половозрелых крыс, перенесших введение тиотриазолина и введение настойки эхинацеи пурпурной с первых по шестидесятые сутки изменялось статистически недостоверно. На первые сутки после введения тиотриазолина количество митохондрий на 100 мкм² пучковой зоны коркового вещества

надпочечных желез в сравнении с контролем увеличилось на 20,3% ($p < 0,005$), а на шестидесятые сутки достоверных различий не выявлено. После введения эхинацеи количество митохондрий на 100 мкм² пучковой зоны коркового вещества надпочечных желез на первые и шестидесятые сутки отличались от соответствующих показателей у интактных крыс контрольной группы статистически недостоверно. Количество липидных капель на 100 мкм² пучковой зоны коркового вещества у крыс после введения тиотриазолина с первых по шестидесятые сутки возросло на 62,7% ($p < 0,001$), а после введения эхинацеи на 30,3% ($p < 0,001$). Количество липидных капель на 100 мкм² пучковой зоны коркового вещества надпочечных желез после введения тиотриазолина и после введения эхинацеи в сравнении с интактными крысами контрольной группы на первые и шестидесятые сутки отличались статистически недостоверно.

Прирост общей площади митохондрий пучковой зоны коркового вещества надпочечных желез после введения тиотриазолина и у крыс после введения эхинацеи с первого по шестидесятые сутки статистически достоверных изменений не выявлено. На первые сутки наблюдения после введения тиотриазолина и после введения эхинацеи в сравнении с контрольной группой статистически достоверных показателей не выявлено. Также и на шестидесятые сутки статистически достоверных изменений не выявлено.

В период с первых по шестидесятые сутки исследования общая площадь липидных капель пучковой зоны коркового вещества надпочечных желез после введения тиотриазолина увеличилась на 10,1% ($p < 0,01$), после введения эхинацеи увеличилась на 8,4% ($p < 0,05$). Возрастаение общей площади липидных капель пучковой зоны коркового вещества надпочечных желез на первые и шестидесятые сутки после введения тиотриазолина и введения эхинацеи статистически достоверных различий не выявлено.

Выводы. Таким образом, в группах после завершения введения тиотриазолина и введения настойки эхинацеи пурпурной количество митохондрий на 100 мкм² пучковой зоны коркового вещества надпочечных желез после завершения введения эхинацеи на первые и шестидесятые сутки не имело различий с контрольной группой. После завершения введения тиотриазолина на первые сутки наблюдалось увеличение количества митохондрий на 100 мкм² пучковой зоны коркового вещества надпочечных желез. На шестидесятые сутки во всех группах этот показатель нивелировался.

Количество липидных капель на 100 мкм², общая площадь митохондрий пучковой зоны коркового вещества надпочечных желез на 100 мкм² надпочечных желез во всех группах на первые и шестидесятые сутки не отличались от контрольной группы.

Перспективы дальнейших исследований. В дальнейшем планируется изучение изменения ультрамикроскопических показателей надпочечных желез половозрелых крыс-самцов после завершения ингаляций толуола и введения тиотриазолина и настойки эхинацеи пурпурной.

Список литературы:

1. Лушникова Е.Л. Структурная реорганизация коры надпочечников крыс линии OXYS в онтогенезе / Е.Л. Лушникова, Е.В. Колдышева, О.П. Молодых // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. - 2009. - № 1. - С. 102-107.
2. Тиотриазолин / И.А. Мазур, Н.А. Волошин, И.С. Чекман [и др.] — Запорожье, 2005.— 156 с.
3. Удочкина Л.А. Экспериментальное выявление критических периодов в развитии щитовидной железы // Фундаментальные исследования. - 2006. - № 7. - С. 47-48.
4. Эхинацея пурпурная – перспективный источник экопротекторов / А.В. Жестков, В.В. Косарев, В.А. Куркин [и др.] // Труды конгресса: VII Всероссийский конгресс «Экология и здоровье человека». - Самара, 2001. - С. 7-8.
5. Kosarev V.V. The immunotropic activity of “Tinctura Echinaceae purpureae” preparation / V.V. Kosarev, A.V. Zhestkov, V.A. Kurkin // Allergy. – Belgium, 1999. – S. 52. – V. 54. – P. 102.

Бердалиева Ф. А., Сарыпбекова Л.Л., Ходжабеков Б.К

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент, Казахстан

**ФАКТОР ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ОПАСНОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ККГЛ
В ЮЖНОМ КАЗАХСТАНЕ**

Введение. Характер современного климата, оказался комфортным для выживания, размножения, распространения иксодовых клещей, переносчиков возбудителей особо опасного заболевания - ККГЛ.

Цели исследования: Оценить влияние изменяющихся природно-климатических условий в ЮКО на распространение иксодовых клещей, на степень их зараженности вирусом ККГЛ и показатель заболеваемости ККГЛ у людей .

Материалы и методы.

Проведен анализ статистических данных РГП «Казгидромет» за 1971-2015гг., ДПЗПП по Южно – Казахстанской области за 2014–2015 г., ретроспективный анализ заболеваемости ККГЛ среди людей за 2014-2015 годы.

Результаты и обсуждение.

С конца марта по начало октября собрано 132133 клещей из которых, методом ИФА выявлено 320 положительных анализов. Показатель инфицированности клещей, изъятых со скота в 2014 г. составил 3,4%, в 2015 г.–1,7%, в местах содержания скота 3,9 и 0% соответственно. Преимущественно паразитировали клещи *Hyalomma asiaticum* и *H.anatolic*, возросло распространения клещей в населенных пунктах. В 2014 году случаев укусов клещами зарегистрировано 16412, индекс инфицированности клещей вирусом ККГЛ - 6,3%, заболевших, с подтвержденным диагнозом на ККГЛ – 22, показатель заболеваемости на 100.000 населения -0,9. В 2015 году- случаев укусов клещами зарегистрировано 13755, индекс инфицированности клещей вирусом ККГЛ - 3,41%, заболевших, с подтвержденным диагнозом на ККГЛ – 17, показатель заболеваемости на 100.000 населения -0,66. В 2014 году- случаев укусов клещами зарегистрировано 5790, индекс инфицированности клещей вирусом ККГЛ - 4,81%, заболевших, с подтвержденным диагнозом на ККГЛ - 10 показатель заболеваемости на 100.000 населения -0,38. В 2015 году- случаев укусов клещами зарегистрировано 4662, индекс инфицированности клещей вирусом ККГЛ - 5,9%, заболевших, с подтвержденным диагнозом на ККГЛ - 3, показатель заболеваемости на 100 000 населения -0,11.

Выводы:

1. Изменение современного климата на Юге Казахстана, вызвавшие увеличение распространения клещей, поддерживают эпидемическую и эпизоотическую неблагоприятную по ККГЛ обстановку.

2. За последние 3 года возросли площади распространения и количество клещей, индекс инфицированности клещей вирусом ККГЛ, но при этом, показатели заболеваемости людей имеют тенденцию к снижению, вероятно за счет повышения иммунной прослойки населения и активно проводимых противоэпидемических мероприятий.

Богачевская С.А, Богачевский А.Н.

*ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Министерства здравоохранения
Российской Федерации, г. Хабаровск, Россия*

**УРОВЕНЬ ДОСТУПНОСТИ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПАЦИЕНТАМ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В РОССИИ И
ДАЛЬНЕВОСТОЧНОМ РЕГИОНЕ. ДЕСЯТИЛЕТНЯЯ ДИНАМИКА**

Цель. Определение перспектив развития высокотехнологичной медицинской помощи в России, а также актуальности реструктуризации системы оказания кардиохирургической службы.

Задачи. Оценить состояние хирургического и интервенционного лечения ишемической болез-

ни сердца, врожденных и приобретенных пороков сердца, патологии магистральных сосудов и сложных нарушений ритма сердца за последние 10 лет в стране и Дальневосточном Федеральном округе.

Методы. На основании данных о количестве оперированных пациентов в стране и на Дальнем Востоке выполнен расчет хирургической активности при ишемической болезни сердца (ИБС), заболеваниях аорты и ее ветвей, врожденных и приобретенных пороках сердца, нарушениях ритма и проводимости сердца (НРС), проведен сравнительный анализ хирургической активности и динамики ее роста в соответствующий период времени, проанализирована возрастная структура пациентов за период 2004-2013 гг.

Результаты и обсуждение. За последние 10 лет общая заболеваемость ИБС в России выросла на 13,2%, а первичная - практически в 2 раза, в Дальневосточном федеральном округе (ДФО) отмечался рост показателей на 21,3% и на 67,3% соответственно. Число пациентов после аортокоронарного шунтирования (АКШ) в России возросло в 3,3 раза (доля пациентов среди всех оперированных по поводу ИБС сократилась на 42,5%), число пациентов с эндоваскулярной коррекцией увеличилось в 7,8 раза (их доля возросла на 37,2%). В ДФО отмечался рост операций АКШ в 12,4 раза, эндоваскулярных процедур – в 32,1 раза. С 2005 года в стране отмечается снижение летальности при операциях прямой реваскуляризации миокарда на 21,6% и повышение ее при эндоваскулярных вмешательствах в 2,1-2,9 раз, включая плановые операции.

В 2004-2013 гг. в стране еще 12 клиник начали свою деятельность в разделе хирургической коррекции ВПС (всего - 87), в ДФО в последние годы функционировали фактически два учреждения. Общее количество вмешательств в России увеличилось на 59,7%, в т.ч. с ИК на 34,9%. Оперативная активность детям до 1 года повысилась в 2,6 раза (в т.ч. с ИК – в 2,5 раза), у детей до 3 лет – в 1,9 раза. Объем хирургической коррекции взрослым с 2008 по 2013 гг. возрос на 29%. В ДФО отмечался прирост общего числа прооперированных в 2,3 раза (в т.ч. с ИК – в 2 раза), составив 43,3% от среднего показателя по России, а хирургическая активность у детей до 3 лет увеличилась в 3,4 раза (в т.ч. с ИК – в 3,3 раза). Эндоваскулярные методы лечения в последние 8 лет стали использоваться чаще в 4,6 раз. На фоне достоверного повышения оперативной активности в последние годы ДФО стабильно занимал одно из последних мест среди всех регионов как по общему числу операций, так и по количеству эндоваскулярных процедур.

С 2004 по 2009 годы отмечалась тенденция снижения ревматической этиологии клапанных пороков сердца в России и ДФО, а с 2012 г. больные из этой группы впервые составили меньше половины всех оперированных с клапанными пороками сердца (47,2%). Темп прироста числа операций в стране за 10 лет составил 93%, операций по протезированию клапанов - 86,7%, реконструкций клапанов – 99%. Одномоментное применение методов протезирования и реконструкции клапанов выросло в 3,2 раз, а сочетанные с коронарным шунтированием операции - в 5 раз. Рост оперативной активности в ДФО (на 56,7% за 10 лет) не привел к существенным изменениям его положения среди регионов РФ. Отмечается перераспределение этиологических факторов приобретенных пороков сердца в пользу неревматического генеза в России, характерное для развитых стран.

В ежегодных статистических отчетах Минздрава России информация о распространенности артериальной патологии представлена достаточно скудно, что не позволяет уточнить потребность в определенных видах оперативной помощи. Отсутствие в перечне ВМП операций реконструкции периферических артерий ограничивает их проведение в специализированных федеральных центрах и не предполагает в созданных региональных и первичных сосудистых центрах, оказывающих помощь пациентам с острыми расстройствами мозгового и коронарного кровообращения, что не способствует снижению инвалидизации населения, обусловленной критической ишемией нижних конечностей[1,2]. С 2007 года общее число учреждений в стране выросло на 54,6%, реконструктивных операций на артериях - на 83%, в т.ч. эндоваскулярной хирургии - в 3 раза (ее доля увеличилась на 63%). Число операций на артериях нижних конечностей за 7 лет выросло на 77,8%, на брюшной аорте с 2004 г и при синдроме Лериша с 2005 г. - в 2,1 раза. Число операций на прецеребральных артериях выросло с 2004 г. в 4,6 раза при росте доли эндоваскулярной хирургии (с 2005 г.) в 2,2 раза. Максимальный темп прироста оперативной активности среди регионов за последние 5 лет отмечен в ДФО (83,8), минимальный - в Сибирском федеральном округе (23,9).

Отмечен рост числа операций в России при всех видах учтенных аритмий за 10 лет в 5 раз и в 13,7 раз в ДФО. Число имплантаций антиаритмических устройств в стране выросло в 2,5 раз, в Дальневосточном регионе - в 3,4 раза. ДФО показал максимальный прирост оперативной активности (на 38,3% имплантаций электрокардиостимуляторов и в 2,2 раз – операций при тахиаритмиях) при одних

из самых низких показателей на 100 тыс. населения среди регионов. Наибольший вклад в оперативную активность ДФО за последние 3 года внес Хабаровский Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии.

Выводы. Динамика большинства проанализированных показателей соответствует мировым тенденциям, тем не менее уровень коронарной хирургии в России значительно ниже, чем в развитых странах Европы и Америки. В Дальневосточном регионе к 2013 году состояние коронарной хирургии выглядит более обнадеживающим, чем в 2004–2005 годах, когда она практически не развивалась.

Тенденция к увеличению оперативных вмешательств при ВПС в более ранние сроки (детям до 1 года) указывает на повышение выявляемости (в т. ч. улучшение перинатальной), однако поздняя диагностика все еще остается проблемой в стране, что обуславливает достаточно высокий уровень оперативной активности в группе взрослого населения. В Дальневосточном регионе до сих пор сохраняется сравнительно низкий уровень хирургической активности у детей от 0 до 3 лет, в особенности у новорожденных. Функционирование в ДФО к 2013 г. всего двух учреждений в разделе хирургии врожденных пороков сердца явно недостаточно для удовлетворения потребностей региона.

Необходимость дальнейшего развития хирургического лечения клапанных пороков диктуется сохранением уровня ниже предположительной потребности в подобных вмешательствах, что требует более точной оценки и расчетов на уровне отдельно взятых регионов страны. Отсутствие в последние годы соответствующих эпидемиологических сведений вносят существенные затруднения в оценку действительной потребности в их хирургической коррекции, в связи с чем сведения об их распространенности и диспансерном наблюдении пациентов следует включить в ежегодные статистические отчеты Минздрава России. Определение единого подхода в оценке послеоперационной летальности необходимо с целью ее продуктивного анализа.

Рост артериальной патологии в стране отражает неуклонное повышение хирургической активности за последние 10 лет. Рост доли эндоваскулярных вмешательств наблюдался практически при всех видах локализации поражения артериального русла.

Несмотря на динамическое развитие хирургической и интервенционной аритмологии в России в последние годы, уровень обеспеченности в стране подобного типа операциями все еще остается в 2 раза ниже средневропейского. В Дальневосточном регионе число операций выросло за счет активного функционирования Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии, тем не менее, среди других регионов России показатели до сих пор остаются одними из самых низких и лишь частично удовлетворяют потребности региона.

Список литературы:

1. Черкасов С.Н. Анализ потребности как основа планирования объемов высокотехнологичных видов медицинской помощи пациентам с заболеваниями костно-мышечной системы в городе Москве / Черкасов С.Н., Кудряшова Л.В., Егиазарян К.А. // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2015. № 4-5. С. 199-204.
2. Шаповалова М.А., Анопко В.П. Условия реформирования здравоохранения / В мире научных открытий. 2010. № 2-4. с. 159-160.

*Богданьянц М.В., Безрукова Д.А., Брысина Н.Р., Акмаева Л.М.,
Усаева О.В., Сыроева А.Ю., Булатова Д.К.*

*ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Астрахань, ГБУЗ АО «Детская городская поликлиника №1», г. Астрахань, Россия*

БИОИМПЕДАНСОМЕТРИЯ – ИНСТРУМЕНТ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

Актуальность. Ожирение детей и подростков за два последних десятилетия превратилось в важную социально-экономическую и медицинскую проблему. Рост распространенности избыточной массы тела в детской популяции многих стран позволяет отнести это заболевание к неинфекционной

эпидемии [1,5]. Глобальный характер ожирения у детей в настоящее время является одной из основных проблем в медицине [1,8,10].

На развитие ожирения влияет ряд факторов: как генетических, так и факторов окружающей среды, таких как продолжительность грудного вскармливания [9], характер питания [2], физическая активность [3] и т.д. Генетические факторы не претерпели резких изменений за последние несколько тысяч лет. Однако значительно изменились факторы внешней среды (высококалорийное питание, низкая физическая активность и др.) [2,3,6,14].

Медико-социальная значимость заболеваний, сопряженных с ожирением, манифестирующим в детском возрасте, обуславливает актуальность исследований в этом направлении. Необходимы дальнейшие исследования для эффективной профилактики, раннего выявления и лечения ожирения детского возраста.

Высокая частота нарушений углеводного и липидного обмена, артериальной гипертензии на фоне ожирения свидетельствуют об актуальности исследования проблемы метаболического синдрома именно в этой возрастной группе [4,5,7,8,13].

Протоколом Международного Консенсуса по детскому ожирению рекомендовано раннее вмешательство, включающее диетотерапию и коррекцию пищевого поведения, с целью предупреждения развития осложнений ожирения. Однако до настоящего времени на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи отсутствует целенаправленное выявление ожирения, оно поздно диагностируется специалистами. На врачебный прием поступают лишь 5,5 % детей с ожирением I степени, тогда как среди всех тучных детей они составляют не менее 65 % [5]. Отсутствуют научно обоснованные отечественные программы ранней диагностики и лечения метаболических осложнений ожирения у детей.

Скрининговые исследования с целью раннего выявления детей с факторами риска могут стать эффективным способом профилактики, выявления детей из группы риска по ожирению. Сегодня биоимпедансометрия – это наиболее распространённый метод скрининговой оценки состава тела и нутритивного статуса. Метод нашёл применение в популяционных исследованиях здоровья населения различных стран мира, таких как Бразилия, Великобритания, страны Евросоюза, Китай, США и Южная Корея [10,12]. Формулы для биоимпедансной оценки состава тела верифицированы с использованием эталонных методов.

Цель исследования: установить эффективность метода биоимпедансометрии при ранней диагностике избыточной массы тела у детей в возрасте от 12 до 18 лет.

Материалы и методы. Работа проводилась в Центре здоровья ГБУЗ АО "ДГП №1" г. Астрахани. За период 2014 года и 1 квартал 2015 года обследован 4071 ребенок в возрасте от 12 до 18 лет. С помощью биоимпедансометрии обследуемым производилась оценка параметров состава тела и основного обмена на основании корреляции между импедансом и количеством общей воды в организме, безжировой массы тела и жировой массы. При анализе полученных данных учитывались возрастная градация детей и половая принадлежность.

Результаты. Среди обследованных детей в возрасте от 12 до 18 лет за данный период выявлено 1218 человек (29,91% от общего числа обследованных) с факторами риска по развитию ожирения. Все выявленные дети направлены на консультацию к врачу-эндокринологу и приглашены на занятия в школу "Профилактика ожирения" на базе ГБУЗ АО "ДГП №1", которую посетили 130 человек (10,67% от числа детей, с выявленной патологией).

Выводы. Диагностический аппаратно-программный комплекс «ABC-01 МЕДАСС» Центров здоровья для детей является эффективным методом биоимпедансометрического анализа, позволяет быстро, безопасно, получить объективные данные о составе тканей организма конкретного пациента: уровень основного обмена, содержание жировой, мышечной, тощей массы общей воды организма, индекс массы тела, индекс окружность талия/бедрa и т.д. – показатели, использующиеся для оценки массы, структуры тела и степени ожирения. Это особенно важно при избыточной массе тела и ожирении у детей с 12 лет до 17 летнего возраста для оценки риска возникновения нарушений обмена веществ, сахарного диабета и артериальной гипертензии, а также при наблюдении за динамикой снижения массы тела при похудании.

Раннее выявление детей из группы риска по ожирению и имеющих избыточную массу тела, в свою очередь позволяет своевременно составить комплексную программу по профилактике (при наличии высоко достоверных факторов риска ожирения, при наличии избыточной массы тела) и лечению ожирения у детей, проводить первичную и вторичную профилактику ожирения, метаболиче-

ского синдрома, сахарного диабета, артериальной гипертонии [3,11,12].

Рекомендации. Алгоритм профилактики ожирения у детей должен включать проведение биоимпедансометрии как скрининговых исследований в Центрах здоровья детей с целью раннего выявления факторов риска развития избыточной массы тела и ожирения, дальнейшей реабилитации детей с угрозой ожирения. Для детей с избыточной массой тела и ожирением обосновано обучение в школах первичной и/или вторичной профилактики ожирения по утвержденным образовательным программам и с применением здоровьесберегающих технологий.

Список литературы:

1. Акмаева, Л.М. Факторы риска развития ожирения у детей/ Новая наука: теоретический и практический взгляд: Международное научное периодическое издание по итогам Международной научно-практической конференции (14 июня 2016, г. Нижний Новгород) / в 3ч. Ч 3, - С. 46-49
2. Богданьянц, М.В. Возможные факторы риска возникновения избыточной массы тела и ожирения у детей дошкольного возраста/Богданьянц М. В., Безрукова Д. А., Каширская Е. И., и др.// Сборник материалов Научно-практической Конференции с международным участием «Фармакотерапия и диетология в педиатрии» Казань, 20–22 сентября 2011, с.53
3. Джумагазиев, А.А. Прогностическое значение некоторых факторов риска развития ожирения у детей / А.А.Джумагазиев, Г.И. Сучков, Н.В. Лихачева, М.А. Ланцева // Аллергология иммунология. 2013. №2. С.104
4. Джумагазиев, А.А. Распространенность избыточной массы тела и ожирения у астраханских детей / А.А. Джумагазиев, О.И.Паньковская, Н.В. Лихачева. // Материалы IX Российского форума «Здоровое питание с рождения: Медицина, образование, пищевые технологии. Санкт-Петербург – 2014».-С. 43-44..
5. Дедов, И.И. Ожирение у подростков в России / И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, С.А. Бутрова, Л.В. Савельева, О.В. Бодавели, Т.А. Буйдина, М.В. Вихарева, В.А. Воробьева, Р.М. Есаян, И.О. Зайкова, К.А. Камшилова, Н.Г. Киселева, М.А. Коваренко, Е.Г. Михайлова, У.С. Ооржак, В.Н. Панфилова, Е.Ю. Пьянкова, С.А. Сметанина, Н.Е. Сергеева, Л.А. Суплотова, Т.Е. Таранушенко, Н.Е. Харитоновна, Т.В. Чеботникова, И.Ю. Черняк, И.Г. Шалённая, М.Е. Яновская // Ожирение и метаболизм.-2006, №4. С.30-34.
6. Конь, И.Я. Связь между избыточной массой тела и фактическим потреблением кондитерских изделий, продуктов быстрого приготовления (fastfood) и сладких безалкогольных газированных напитков/ И.Я. Конь, Л.Ю. Волкова, Н.Е. Санникова, А.А. Джумагазиев, И.В. Алешина, М.А. Тоболева, М.М. Коростылева// Вопросы питания.-2010. Т.79№1.С.52-55.
7. Стратегия «Здоровье и развитие подростков России» (гармонизация Европейских и Российских подходов к теории и практике охраны и укрепления здоровья подростков). – М.: Издатель Научный центр здоровья детей РАМН. – 2010. – 54 с.
8. Проблема ожирения у детей в современном мире: реалии и возможные пути решения/Джумагазиев А.А., Безрукова Д.А., Богданьянц М.В., Орлов Ф.В., Райский Д.В., Акмаева Л.М., Усаева О.В., Джамаев Л.С.//Вопросы современной педиатрии. 2016. Т. 15. № 3. С. 250-256.
9. Результаты мультицентрового исследования особенностей вскармливания детей в основных регионах Российской Федерации. Сообщение 1. Распространенность грудного вскармливания и факторы, влияющие на продолжительность лактации/Конь И.Я., Гмошинская М.В., Боровик Т.Э., Булатова Е.М., Джумагазиев А.А., Ладодо К.С., Прахин Е.И., Решетник Л.А., Санникова Н.Е., Углицких А.К., Фатеева Е.М., Фурцев В.И., Шилина Н.М.//Вопросы детской диетологии. 2006. Т. 4. № 2. С. 5-8.
10. Тутельян, В. А. Распространенность ожирения и избыточной массы тела среди детского населения РФ: Мультицентровое исследование /В.А. Тутельян, А.К.Батурин, И.Я.Конь, А.Н.Мартинчик, А.К.Углицких, М.М.Коростелева, М.Л.Тоболева, И.В. Алешина //Педиатрия. - 2014.- N 5.-С.28-31
11. Якунова, Е.М. Повышение эффективности профилактики экзогенно-конституционального ожирения у детей школьного возраста. Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е. М. Якунова. – Самара. 2012. 26 с.
12. Электронное научное издание (научно-практический журнал) "Социальные аспекты здоровья населения" 22.12.2015 г. №6 2015 (46) Центры здоровья: технология обработки больших объёмов данных профилактического скрининга /Руднев С.Г.1,2, Николаев Д.В.1,3, Коростылёв К.А.1,3,

- Старунова О.А.1,3, Щелькалина С.П.1,4, Ерюкова Т.А.1,3, Колесников В.А.1,3, Стародубов В.И.1
13. Lobstein, T. Child and adolescent obesity: part of a bigger picture / T. Lobstein, R. Jackson-Leach, M. L. Moodie, K. D. Hall, S. L. Gortmaker, B. A. Swinburn, W. Philip, T. James, Y. Wang, K. McPherson // The Lancet. - 2015. -Vol. 385, No. 9986, p.2510–2520
14. Ward, D. S. Physical Activity at Child Care Settings: Review and Research Recommendations / D. S. Ward, A. Vaughn, C. McWilliams, D. Hales// American Journal of Lifestyle Medicine. — 2009, № 3. P. 474-488.doi: 10. 11177/1559827609341964.

Бойко В.В.

**ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Астрахань, Россия**

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТОЛЩИНЫ КОРТИКАЛЬНОГО СЛОЯ
МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНЫХ ПЕРЕГОРОДОК В ОБЛАСТИ МОЛЯРОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
У МУЖЧИН ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА**

В основе современной медицины лежит персонифицированный подход, учитывающий индивидуальные особенности каждого пациента [2, 6, 7]. В настоящее время одной из распространенных проблем является вторичная адентия [10-13]. Знания о толщине кортикального слоя тела нижней челюсти могут быть использованы для разработки индивидуальных программ при лечении частичной вторичной адентии с помощью хирургических манипуляций, таких как дентальная имплантация. Одним из наиболее информативным методом для прижизненного измерения толщины кортикального слоя является компьютерная томография.

Цель исследования: определение толщины кортикального слоя межальвеолярных отростков в области моляров нижней челюсти у мужчин первого и второго периодов зрелого возраста с полным набором зубов.

Материалы и методы. Исследование проводилось на конуслучевом компьютерном томографе Sirona, предоставленном стоматологической клиникой «Голливуд» города Астрахани. Нами было проанализировано 115 снимков мужчин первого и второго периодов зрелого возраста без адентии и без признаков поражения пародонта. Морфометрия проводилась с помощью программы OsiriX. Толщину кортикального слоя определяли в боковой проекции на уровне межальвеолярных перегородок больших коренных зубов.

Все полученные данные подвергались статистической обработке методами вариационной и непараметрической статистики. Степень точности исследования определена вероятностью безошибочного прогноза меньшим или равным 0,95%; уровнем значимости $P \leq 0,05$; для признаков с нормальным распределением использован критерий Стьюдента $t=2$, для признаков с распределением, отличным от нормального - непараметрический U-критерий Уилкоксона (Манна-Уитни) с тем же уровнем значимости [1,8]. В работе использовался универсальный математический пакет STATGRAPHICS 5.1.

Результаты собственных исследований и их обсуждение. Анализ компьютерных томограмм мужчин зрелого возраста показал, что средняя толщина кортикальной пластинки у мужчин в первом периоде зрелого возраста слева составляет $1,240 \pm 0,047$ мм, справа - $1,196 \pm 0,036$ мм, во втором - $1,102 \pm 0,047$ мм и $1,083 \pm 0,043$ мм соответственно.

При сравнении средних значений толщины кортикального слоя межальвеолярной перегородки, расположенной между вторым премоляром и первым моляром (35-36 и 46-45), первым и вторым молярами (36-37 и 46-47) выявлено уменьшение этого параметра с возрастом. Это связано с изменением минерального состава костной ткани, преобладанием процессов резорбции костной ткани над её синтезом, что и приводит к уменьшению толщины кортикального слоя [4,5].

Вместе с тем, средние значения толщины кортикального слоя межальвеолярной перегородки между вторым и третьим молярами слева и справа (37-38 и 47-48) с возрастом увеличиваются (Рис.1). Это можно объяснить тем, что третьи моляры нижней челюсти практически не участвуют в распределении жевательной нагрузки [3].

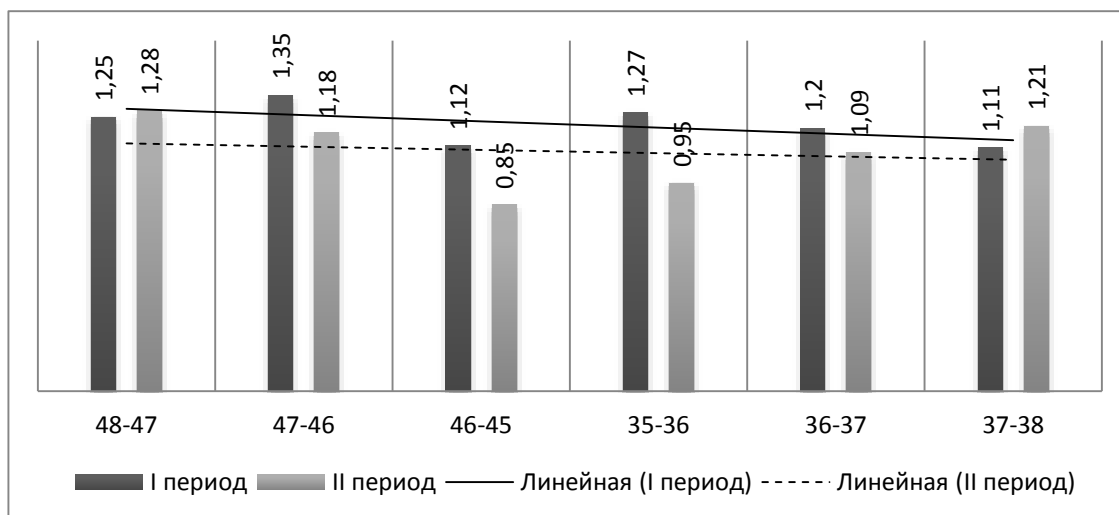


Рис.1. Толщина кортикальной пластинки нижней челюсти у мужчин первого и второго периодов зрелого возраста.

Анализ средних значений толщины кортикальной пластинки межальвеолярных перегородок в области моляров нижней челюсти слева и справа выявил тенденцию уменьшения этого показателя в области правой группы моляров по сравнению с группой контрлатеральной стороны у мужчин в обеих обследованных группах. Это можно объяснить большей жевательной нагрузкой на правую боковую группу зубов[9].

Таким образом, у мужчин зрелого возраста толщина кортикального слоя межальвеолярных перегородок в области левых моляров нижней челюсти больше, чем в области правых. В первом периоде зрелого возраста толщина кортикального слоя межальвеолярных перегородок между вторым премоляром и первым моляром, первым и вторым молярами имеет большую величину, чем у мужчин второго периода зрелого возраста. Средние значения толщины межальвеолярной перегородки между вторым и третьим молярами у мужчин во втором периоде зрелого возраста больше, чем в первом периоде.

Список литературы:

1. Автандилов Г.Г. Медицинская морфометрия. – М.: Медицина, 1990. – 384с.
2. Башкина О.А., Исамулаева А.З., Олейник Е.А., Трифонов Б.В., Шатуева С.З. Прогнозирование наличия пародонтопатогенных комплексов микроорганизмов в десневой жидкости с помощью метода многомерной статистики. Астраханский медицинский журнал. – 2012. - №1. - С.80-84
3. Бетельман, А.И. Ортопедическая стоматология/ А.И. Бетельман, Б.Н. Бынин. – М.: Медгиз, 1951.
4. Иорданишвили А.К., Самсонов В.В., Маградзе Г.Н. Особенности локализации переломов нижней челюсти у людей различных возрастных групп// MEDLINE.RU, Изд-во ООО «Интернет-проект». 2013. – Т. 14, № 2. - С.179-187
5. Иорданишвили, А. К., Гук В.А., Рыжак Г.А. Клиника и лечение переломов нижней челюсти у людей пожилого и старческого возраста// Успехи геронтологии. -2011. – Т. 24, №1. - С.130-134.
6. Исамулаева А.З. Стоматологический статус и показатели цитокинового спектра в секрете полости рта у детей с бронхиальной астмой / Исамулаева А.З., Данилина Т.Ф., Башкина О.А., Сергиенко Д.Ф. // Астраханский медицинский журнал. – 2010. - Т. 5. - № 4. - С. 33-37.
7. Коханов А.В. Возможность использования иммуносенсоров в ургентной медицине // Успехи современного естествознания. - 2005. - № 12.-С.43-44
8. Лакин Г.Ф. Биометрия : учеб. пособие – М.: Высш. шк., 1990. – 352 с.
9. Мухаметшина Л.И. Рентгеносемиотика хронического генерализованного пародонтита и возрастных инволютивных изменений нижней челюсти: Автореф. ... канд. мед. наук. – Пермь, 2008. – 22 с.

10. Нуржанова С.С., Удочкина Л.А. Частичная вторичная адентия у мужчин и женщин зрелого и пожилого возраста г. Астрахани // Астраханский медицинский журнал. 2010. - Т. 5, № 1. - С. 74-80.
11. Саутиев А.М., Удочкина Л.А., Нуржанова С.С. Частичная вторичная адентия у жителей г. Астрахани 21 -76 лет // Журнал анатомии и гистологии. - 2015. - Т.4, № 3. - С. 108.
12. Удочкина Л.А., Нуржанова С.С. Показатели частичной вторичной адентии у мужчин и женщин зрелого и пожилого возраста г. Астрахани // Здоровье - основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. - 2010. - Т. 5. - № 1. - С. 437.
13. Федяев И.М., Хамадеева А.М., Никольский В.Ю. [и др.]. Вторичная адентия и дентальная имплантация (эпидемиологическое и социологическое исследование методом телефонного опроса) // Стоматология. - 2004. - №6. - С. 65-68.

Бурова Н.А., Жаркин Н. А.,

*ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Волгоград, Россия*

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ У ЖЕНЩИН С ВЗОМТ С ПОМОЩЬЮ ЦВЕТОРИТМОТЕРАПИИ

Воспалительные заболевания органов малого таза остаются преобладающей патологией в структуре гинекологической заболеваемости у женщин и не имеют тенденции к снижению. Возникающие в фертильном возрасте комплексное воздействие неблагоприятных факторов приводит к вегетативному стрессу, что способствует снижению адаптационного потенциала организма, и приводит к стойким нарушениям менструальной и репродуктивной функции женщин [1-5].

Цель работы. Оценка эффективности применения цветоритмотерапии в комплексном лечении больных с острыми воспалительными заболеваниями органов малого таза на основе восстановления вегетативной регуляции.

Материалы и методы. Обследовано 84 пациентки в возрасте от 22 до 42 лет с острыми воспалительными заболеваниями придатков матки. Клиническое обследование включало изучение анамнеза, проведение общеклинических и лабораторных тестов, а также специальные методы исследования: кардиоинтервалографию ЭЭГ. Особенности вегетативного тонуса и вегетативной реактивности обследуемых женщин изучались по данным спектрального анализа вариабельности сердечного ритма с использованием программно-аппаратного комплекса «ВНС-спектр» («Нейрософт»). Регистрацию и анализ электроэнцефалограммы проводили с помощью программно-аппаратного комплекса «Нейрон-спектр» («Нейрософт») с оценкой частотно-амплитудных показателей альфа-ритма, бета-ритма в состоянии спокойного расслабленного бодрствования. Полученные данные сопоставлены со значениями ЭЭГ и числовыми характеристиками КИГ 22 здоровых женщин репродуктивного возраста, выполненных в первую фазу менструального цикла.

Всем обследованным женщинам с момента постановки диагноза проводилась комплексная противовоспалительная терапия. В основной группе с момента стихания острого процесса (3 суток от начала заболевания), с целью коррекции вегетативных нарушений использовалась цветоритмотерапия зеленым цветом в непрерывном режиме. Всего на курс проводилось 10 процедур продолжительностью 10 минут. Цветоритмотерапия осуществлялась с помощью аппаратно-программного комплекса КАП-ЭЛМ-01 «Андро-Гин», разработанного ЗАО «Янинвест» (г. Москва).

Результаты. У пациенток с ВЗОМТ в острой стадии выявлены нарушения в деятельности центральной и вегетативной нервной системы. Так, на ЭЭГ в 76% случаев отмечался высокоамплитудный, низкочастотный альфа-ритм, склонный к гиперсинхронной активности (амплитуда- $54,3 \pm 2,47$ мкВ, частота - $9,1 \pm 3,02$ Гц; против $10,1 \pm 0,03$ Гц с амплитудой $28,9 \pm 1,27$ мкВ у здоровых обследованных). При этом показатели бета-ритма достигали высоких цифр: амплитуда составила $29,4 \pm 3,78$ мкВ, частота - $19,5 \pm 4,27$; что в 1,8 и 2,5 раза превышало показатели здоровых женщин, составившие $16,5 \pm 0,13$ Гц с частотой $7,7 \pm 0,08$ мкВ соответственно ($p < 0,05$). Отмечалось также незначительное усиление тета-активности в передних отделах мозга. Средняя амплитуда тета-колебаний составляла $43,18 \pm 12,32$ мкВ, частота - $4,05 \pm 1,3$ Гц, против $26,3 \pm 3,17$ мкВ, частотой $6,5 \pm 0,18$ Гц ($p < 0,05$) в контрольной группе здоровых женщин. При проведении реакции на открывание глаз уменьшения ам-

плитудно-частотных характеристик альфа-ритма не произошло в 85,8% случаев, что указывало на отсутствие регуляторного взаимодействия коры головного мозга с подкорковыми центрами. В пробе с гипервентиляцией у 67% пациенток появлялись медленные дельта-волны с амплитудой 55-58 мкВ в передних отделах головного мозга. У 83% обследованных женщин отмечались нарушения вегетативной регуляции при анализе КИГ, проявляющиеся в виде усиления влияния симпатического отдела ВНС (средний уровень симпато-вагусного соотношения - LF/HF $-1,36 \pm 0,12$, против $0,9 \pm 0,11$ в группе здоровых женщин).

В конце курса лечения отмечалось восстановление биоэлектрической активности головного мозга у 92% пациенток. Амплитуда альфа-волн уменьшилась в 1,6 раза, а частота увеличилась в 1,4 раз ($p < 0,05$), что составило $33,9 \pm 2,17$ мкВ и $12,8 \pm 2,82$ Гц соответственно и приближалось к показателям здоровых женщин. Произошла нормализация бета-ритма (амплитуда уменьшилась до $23,5 \pm 3,11$ мкВ, частота - до $15,4 \pm 4,15$ Гц) ($p < 0,05$). Средняя амплитуда тета-колебаний после окончания лечения выровнялась и составила $31,23 \pm 11,34$ мкВ, частота - $5,8 \pm 1,8$ Гц, ($p < 0,05$). При проведении реакции на открывание-закрывание глаз уменьшения амплитудно-частотных характеристик альфа-ритма произошло в 75,3% случаев, что указывало на восстановление регуляторного взаимодействия коры головного мозга с подкорковыми центрами. На кардиоинтервалограммах отмечалось снижение LF/HF до $0,73 \pm 0,08$ ($p < 0,05$), что можно квалифицировать, как равновесие парасимпатических и симпатических регуляторных влияний (состояние вегетативного баланса).

Выводы. Таким образом, в результате проведенного исследования выявлено, что цветоимпульсное воздействие способствует устранению вегетативной дисфункции и нарушений биоэлектрической активности головного мозга у женщин с ВЗОМТ. Полученные результаты позволяют рекомендовать использовать цветоритмотерапию в комплексном лечении острых воспалительных заболеваний придатков матки.

Список литературы:

1. Базарова З.Н., Бурова Н.А. Некоторые иммунологические аспекты течения ВЗОМТ у женщин // Инновационные технологии в науке и образовании. 2016. №1 – 1 (5). С. 61-63.
2. Бурова Н.А., Цыбульская О.В., Жаркин Н.А., Мишанин Н.В. Влияние цветоритмотерапии на психовегетативную регуляцию у женщин после потери беременности. // Вестник РУДН, серия Медицина. Акушерство и гинекология, 2012, № 5, С. 307-311
3. Татарчук Т.Ф. Эффективность применения препаратов, оказывающих дофаминергическое действие, в комплексной терапии дисгормональной стресс-индуцированной патологии // Репродуктивная эндокринология. №3 (11) / июль 2013. С. 90-94.
4. Черкасов С.Н. Особенности адаптации региональной гемодинамики при беременности / С.Н.Черкасов, Ю.В.Болякина, А.Е.Барченко // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. 2010. №3. С. 147-149.
5. Шаповалова М.А. Медико-демографические и экономические аспекты воспроизводства населения монография / М. А. Шаповалова ; Астрах. гос. мед. акад.. астрахань, 2003.

Варламова М.П., Клещенко Е.И., Каюмова Д.А.

ФГБОУ ВО Кубанский ГМУ Минздрава России, г. Краснодар, Россия

ПОСЛЕДСТВИЯ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРЖДЕННЫХ

В третьем триместре в головном мозге происходят сложные процессы последовательного созревания [4]. Важность данного периода ярко отражается в заметном преобладании повреждений головного мозга среди недоношенных новорожденных в сравнении с доношенными [6,8]. В связи с анатомо-физиологическими особенностями незрелого головного мозга у недоношенных новорожденных часто наблюдаются внутричерепные кровоизлияния [3]. Специфической картины паренхиматозного кровоизлияния в остром периоде у данной группы новорожденных может и не наблюдаться. При этом небольшие кровоизлияния часто протекают бессимптомно [1]. Односторонние паренхиматозные

кровоизлияния часто являются причиной гемиплегической формы детского церебрального паралича [9, 10]. В настоящее время существуют технологии, позволяющие в остром периоде диагностировать повреждения головного мозга, такие как НСГ, МРТ в режимах DWI и DTI [2, 9]. Существуют разные шкалы оценки психомоторного развития детей раннего возраста. По мнению многих авторов наиболее информативной и быстрой шкалой является INFANIB [5, 7].

Целью данного исследования было изучение влияния односторонних паренхиматозных кровоизлияний на повреждения кортикоспинального тракта для прогнозирования вероятности формирования двигательного неврологического дефицита.

Материалы и методы. Данное исследование проводилось на базе Краевого перинатального центра г. Краснодара. При поступлении родители давали свое согласие на проведение клинических и инструментальных методов исследований. В данное исследование вошло 5 недоношенных невродённых со сроком гестации 33-34 недели, с перинатальной гипоксически-ишемической энцефалопатией в виде односторонних паренхиматозных кровоизлияний. Всех детей на вторые сутки оценивали по шкале Боллард, на протяжении всего лечения исследовались неврологический статус, время респираторной поддержки, длительность зондового питания, психомоторное развитие оценивалось по шкале INFANIB при скорректированном гестационном возрасте 40 недель. На вторые сутки жизни, четвертые, десятые, в один и полтора месяца проводилась НСГ. Перед выпиской в возрасте полутора месяцев проводилась МРТ в режимах DWI и DTI. При проведении МРТ температура, сатурация кислорода крови, ЧСС мониторировались, защита слуха проводилась с помощью специальных беруш MiniMuffs (Natus Medical Inc.). МРТ проводилось на высокопольном 1,5Т томографе. Дети были в состоянии физиологического сна. Исследовалось повреждение головного мозга в режиме DWI и наличие заинтересованности кортикоспинального тракта в режиме DTI.

Результаты и их обсуждения. При рождении дети перенесли асфиксию тяжелой степени, всем детям потребовалась респираторная поддержка. При этом двое детей находились двое суток на инвазивной ИВЛ, затем пять суток на СРАР, остальным потребовалась респираторная поддержка СРАР в течение 3-4 суток. При оценке по шкале Боллард гестационный возраст соответствовал 30-32 неделям. Преобладала церебральная депрессия, а именно отмечалась диффузная мышечная гипотония, угнетение и снижение физиологических рефлексов. Длительность зондового питания составила от 10 до 25 дней. У всех детей отмечалось постепенное уменьшение диффузной мышечной гипотонии, нарастание флексорного мышечного тонуса. При скорректированном гестационном возрасте 40 недель у одного ребенка физиологические рефлексы были снижены, у остальных быстро истощались. Ни у одного ребенка на момент осмотра не было явных признаков ассиметричного неврологического поражения. По шкале INFANIB данная группа набрала по 48-50 баллов, что трактуется как транзиторные нарушения. При проведении НСГ на вторые сутки у всех детей отмечалось одностороннее паренхиматозное кровоизлияние, перивентрикулярная ишемия, небольшая дилатация боковых желудочков. На четвертые сутки при проведении НСГ у исследуемых отмечалось повышение внутричерепного давления, дилатация боковых желудочков. На десятые сутки при проведении НСГ у одного ребенка отмечалась дилатация боковых желудочков до 23 мм, у двоих до 12-15 мм, у остальных боковые желудочки остались в пределах 8-12 мм, перивентрикулярная ишемия, лизирующие односторонние паренхиматозные кровоизлияния. В один месяц у одного ребенка сохранилась дилатация боковых желудочков до 15 мм, у двоих до 10-12 мм. В полтора месяца у всех детей сохранялась перивентрикулярная ишемия, кисты на месте паренхиматозных кровоизлияния, у двоих выявлена перивентрикулярная лейкомаляция, при этом у одного из детей сохранялась дилатация боковых желудочков до 13 мм, у всех отмечалась перивентрикулярная ишемия. При проведении МРТ в режиме DWI было выявлено поражение белого вещества головного мозга, преимущественно на стороне паренхиматозного кровоизлияния. При проведении трактографии у двоих детей кортикоспинальный тракт не был заинтересован, у двоих детей кортикоспинальный тракт был слегка поврежден, у одного ребенка имелось значительно повреждение кортикоспинального тракта. С первых дней жизни проводилась профилактика кровоизлияний введением внутривенным дицинона, дегидратационная терапия введением раствора сульфата магния, антибактериальная терапия врожденной пневмонии.

Заключение. Таким образом данное исследование демонстрирует потенциальные возможности МРТ в режимах DWI и DTI для выявления ранних предикторов грубой неврологической патологии, тем самым позволяя спланировать комплекс реабилитационных мероприятий. Компенсаторные возможности головного мозга недоношенного невродённого при современных условиях выхаживания велики, тем самым раннее выявление и прогнозирования риска развития неврологических откло-

нений в дальнейшем имеет большое диагностическое значение. Все дети клинически и по данным НСГ входят в пограничную группу по возникновению неврологического дефицита и требуют дальнейшего катamnестического наблюдения.

Список литературы:

1. Детская неврология, вып. 3: клинические рекомендации / под ред. В.И. Гузевой. – М.: ООО «МК», 2015. – 360 с.
2. Неврология: национальное руководство / под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой, А.Б. Гехт. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 1040 с.
3. Неонатология: национальное руководство / под ред. Н.И. Володина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 886 с.
4. Федеральное руководство по детской неврологии / под ред. В.И. Гузевой. – М.: ООО «МК», 2016. – 656 с.
5. Фёдорова, Л.А. Особенности психомоторного развития и методы реабилитации недоношенных детей после выписки / Л.А. Фёдорова // Вестник современной клинической медицины. – 2014. – Т. 7, № 6. – С. 62–63.
6. Физиологические аспекты и стандарты выхаживания недоношенных детей: учеб. – метод. пособие / А.В. Мостовой, А.П. Скоромец, Л.Н. Софронова, Л.А. Федорова. – СПб.: ООО «Типография НП–ПРИНТ» 2013. – 120 с.
7. Физическое развитие детей первого года жизни, родившихся недоношенными / Е.Г. Новопольцева, Е.Н. Кузина, В.А. Воробьева, О.Б. Овсянникова // Здоровье семьи – 21 век. – 2014. – № 4. – С. 152–165.
8. Шаповалова М.А. Медико-демографические и экономические аспекты воспроизводства населения монография / М. А. Шаповалова ; астрах. гос. мед. акад.. астрахань, 2003.
9. Diffusion tensor imaging at term-equivalent age in extremely-low-birth-weight infants with periventricular leukomalacia / T. Fukasawa, H. Yamamoto, T. Kubota // No To Hattatsu. – 2012. – Vol. 44. – № 1 – P. 19-24
10. Potential of diffusion tensor MR imaging in the assessment of cognitive impairments in children with periventricular leukomalacia born preterm / S. Wang, G. Fan, K. Xu, C. Wang, // European Journal of Radiology. – 2013. – Vol. 82. – №1. – P. 158-164

Василькова О.Л., Ковалевская А.А.

ФКУЗ «Астраханская противочумная станция» Роспотребнадзора, г. Астрахань, Россия

АКТИВИЗАЦИЯ ЭПИЗООТИЙ В ПРИКАСПИЙСКОМ ПЕСЧАНОМ ПРИРОДНОМ ОЧАГЕ ЧУМЫ И ПРОГНОЗ ЕЕ РАЗВИТИЯ

Цель – выявление эпизоотической активности в Прикаспийском песчаном природном очаге чумы.

Задачи: провести сравнительный анализ эпизоотической активности Прикаспийского песчаного природного очага; обосновать и внедрить в практику меры по обеспечению эпидемиологического благополучия по чуме на территории Прикаспийского песчаного природного очага; проанализировать эпизоотическую активность природных очагов чумы Российской Федерации для оценки степени их эпидемической опасности; составить долгосрочный прогноз эпизоотической активности природных очагов чумы Российской Федерации.

Методы: эпидемиологический, бактериологический, иммунологический, картографический, статистический, эпизоотологическое обследование, компьютерное моделирование.

Результаты. Прикаспийский песчаный очаг чумы в качестве самостоятельной единицы был выделен из Прикаспийского Северо-Западного степного очага в 1987 г. в результате опустынивания территории, повлекшего за собой снижение численности малого суслика и увеличения малых песчанок. В последующем это привело к расширению ареалов и численности блох – активных переносчиков чумы.

Общая площадь очага составляет 71950 км². Здесь обитают 26 видов мелких млекопитающих, в поселениях которых паразитируют 27 видов блох. К настоящему времени из их числа спонтанно зараженных возбудителем чумы зарегистрированы 14 видов млекопитающих-носителей и 10 видов блох-переносчиков. Начиная с 1980 г. и по настоящее время в очаге отмечается высокая эпизоотическая активность с краткосрочными перерывами в 1-2 года.

В 2014 г. на территории Прикаспийского песчаного природного очага чумы выделено 53 штамма чумного микроба, из них весной – 35; осенью -18. Общая площадь эпизоотии чумы составила 2100 км².

Эпизоотии зарегистрированы весной на территории Лиманского района Астраханской области (2 штамма), Лаганского и Черноземельского районов Республики Калмыкия (25 штаммов), Тарумовского района Республики Дагестан (8 штаммов). Общая площадь эпизоотии весной составила 1490 км².

Осенью 2014 г. эпизоотии чумы зарегистрированы только на территории Республики Калмыкия (Лаганский и Черноземельский районы). На 21.11.2014 г. выделено 18 штаммов чумного микроба. Площадь эпизоотии составила 1100 км² (11 эпизоотических секторов).

В соответствии с Приказом Руководителя Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека А.Ю. Поповой от 02.06.2014 г № 452 «О проведении рабочего совещания по профилактике чумы в 2014 г.» - организовано и проведено рабочего совещания специалистов учреждений Роспотребнадзора по профилактике чумы в 2014 г. (19 июня 2014 г., г Астрахань).

Обоснован неблагоприятный прогноз эпизоотологической обстановки на осенний период на территории Прикаспийского песчаного природного очага чумы, согласно которому обострение эпизоотологической обстановки начнется во второй декаде октября 2014 г.

Проведено рабочее совещание (17 октября 2014 г.) по выполнению Протокола рабочего совещания по профилактике чумы (Астрахань, 19 июня 2014 г.) и обоснованы профилактические (противоэпидемические) мероприятия на осенний период 2014 г. в связи с неблагоприятным эпизоотологическим прогнозом.

Внедрена в практику оперативная система сбора эпизоотологических данных в целях повышения эффективности мониторинга за природно-очаговыми инфекционными болезнями с использованием мобильного приложения в составе автоматизированной информационно-аналитической системы.

На эпизоотических участках и в окрестностях населенных пунктов осуществлялась полевая дезинсекция на площади 50,5 кв. км, полевая дератизация – 89,4 кв. км, поселковая дезинсекция – 257,3 тыс. кв. м, поселковая дератизация – 329,1 тыс. кв. м. Эффективность дератизации составила 84%, дезинсекции – 92%.

Плановой вакцинации подлежало 5000 человек, из которых провакцинировано 4378 (89%).

Проведено 24 проверки противоэпидемической готовности медучреждений по вопросам профилактики чумы, 28 тренировочных занятий, 27 семинаров со специалистами лечебных учреждений, прочитано 26 лекций для населения, проведено 90 бесед с населением, роздано 280 листовок.

Подготовлено по чуме 682 медицинских (в т.ч. 177 врачей) и 20 ветеринарных работников, охвачено всеми видами информационно-разъяснительной работы 5900 человек постоянного и временного населения.

Выполненные мероприятия позволили обеспечить эпидемиологическое благополучие населения на территории Прикаспийского песчаного природного очага чумы.

Следует также отметить, что в результате активизации эпизоотического процесса в Горно-Алтайском высокогорном природном очаге чумы, с 2014 года регистрируются случаи заболевания человека бубонной формой чумы (3 клинических случая). Данное обстоятельство должно вызывать настороженность медицинского персонала в плане появления возможных завозных случаев заболевания на территории Российской Федерации.

Выводы. На основании имеющейся информации составлен долгосрочный прогноз эпизоотической активности природных очагов чумы Российской Федерации (до 2020 г.):

1. Выход из состояния межэпизоотического периода в 2016-2017 гг. равнинных природных очагов Северного-, Северо-Западного Прикаспия и Предкавказья -Прикаспийский Северо-Западный (14), Волго-Уральский (15), Дагестанский равнинно-предгорный (03).

2. Рост эпизоотической активности равнинных природных очагов чумы с выраженными

подъемами в 2012-2014 гг. и 2016-2017 гг. – Волго-Уральский песчаный (16), Прикаспийский песчаный (43).

3. Снижение эпизоотической активности горных и высокогорных природных очагов, вплоть до прекращения развития эпизоотий и установления межэпизоотических периодов – Центрально-Кавказский (01), Восточно-Кавказский (39), Алтайский (36), Тувинский (37).

4. Спорадическое развитие локальных эпизоотий и регистрация единично зараженных животных - Терско-Сунженский низкогорный (02), Забайкальский (38).

Список литературы:

1. Матросов А.Н., Лопатин А.А., Шарова И.Н., Куклев В.Е., Яковлев С.А., Удовиков А.И., Кузнецов А.А., Поршаков А.М., Синцов В.К., Голосовский С.М., Манджиева В.С., Ким Т.С., Лейнерт А.Ю., Лещук В.А., Троицкая А.А., Давыдова Т.П., Исаев С.М., Агапов Б.Л., Кабин В.В., Попов Н.В., Кутырев В.В. «Активизация эпизоотий в Прикаспийском песчаном природном очаге чумы»././Материалы XII Межгосударственной научно-практической конференции «Вклад государственных участников СНГ в обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения в современных условиях». Саратов, 2014.

2. Кутырев В.В., Попова А.Ю., Ежлова Е.Б., Демина Ю.В., Пакскина Н.Д., Щучинов Л.В., Михайлов Е.П., Мищенко А.И., Рождественский Е.Н., Базарова Г.Х., Денисов А.В., Шарова И.Н., Попов Н.В., Кузнецов А.А. «Заболевание человека чумой в Горно-Алтайском высокогорном природном очаге в 2014 г. Сообщение 1. Эпидемиологические и эпизоотологические особенности проявлений чумы в Горно-Алтайском высокогорном (Сайлюгемском) природном очаге чумы»././Журнал «Проблемы ООИ» № 4, 2014.

3. Балахонов С.В., Попова А.Ю., Мищенко А.И., Михайлов Е.П., Ежлова Е.Б., Демина Ю.В., Денисов А.В., Рождественский Е.Н., Базарова Г.Х., Щучинов Л.В., Зарубин И.В., Семёнова Ж.Е., Маденова Н.М., Дюсенбаев Д.К., Ярыгина М.Б., Чипанин Е.В., Косилко С.А., Носков А.К., Корзун В.М. «Случай заболевания человека чумой в Кош-Агачском районе Республики Алтай в 2015 г. Сообщение 1. Клинико-эпидемиологические и эпизоотологические аспекты»././ Журнал «Проблемы ООИ» № 1, 2015.

Вишневецкая И.Ф., Касимова Н.Б.

*ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Астрахань, Россия*

К ВОПРОСУ О ДИАФОРАЗНОЙ АКТИВНОСТИ НЕЙТРОФИЛЬНО-МОНОЦИТАРНОГО ЗВЕНА ПРИ КОКСИЕЛЛЕЗЕ

На протяжении многих лет на юге России сохраняется высокая заболеваемость коксиейлезом [1, 4]. Среди эндемичных риккетсиозов коксиейлез занимает ведущее место в связи с полиморфизмом клинических проявлений, обусловленном поражением различных органов [3, 6]. Изучение адаптивного иммунитета при данном риккетсиозе вызывает несомненный интерес [2, 5, 7, 8, 10]. Определенное место в изучении данной проблемы занимает исследование ферментативной активности лейкоцитов периферической крови у больных коксиейлезом [9]. При коксиейлезе отмечается понижение содержания нейтрофилов периферической крови [12, 13], имеющих доминирующее значение при адаптации организма.

Целью настоящей работы явился сравнительный анализ активности диафораз нейтрофилов и моноцитов при коксиейлезе.

Материалы и методы. Было обследовано 100 больных коксиейлезом. Всем больным назначалась базисная терапия, включавшая этиотропное и патогенетическое лечение. Диагноз коксиейлеза ставился на основании эпидемиологических, клинико-анамнестических данных и лабораторных методов исследования. Контрольная группа – 42 донора. В нейтрофилах и моноцитах по методу Р.П. Нарциссова (1981) определяли активность ферментов транспорта электронов кислорода: никотинамидадениндинуклеотида (НАД-диафоразы) и никотинамидадениндинуклеотидфосфата (НАДФ-

диафоразы) до лечения и после курса терапии [11]. Оценку результатов цитохимических реакций проводили полуколичественным методом Карлов.

Результаты. В составе специфических гранул и лизосом нейтрофилы содержат богатый набор ферментов и факторов бактерицидности. Действие ферментов невозможно без коферментов. В настоящее время известно 2 химических вещества, играющих в окислительно-восстановительных реакциях роль коферментов дегидрогеназ – это НАД-диафараза и НАДФ-диафараза. Как показали наши исследования, в нейтрофилах периферической крови доноров содержание НАД-диафоразы составило 12,9 усл. ед., а НАДФ-диафоразы – 90,3 усл. ед., а в моноцитах периферической крови доноров содержание НАД-диафоразы составило 100 усл. ед., а НАДФ-диафоразы – 10,2 усл. ед.

У больных коксиделлезом активность НАД-диафоразы нейтрофилов до лечения была в 1,9 раза ниже нормы ($p < 0,05$). Все реагирующие клетки классифицировались как степень «в». НАД-диафараза является показателем суммарной активности окисляющих митохондриальных ферментов. Она задействована в окислительно-восстановительных реакциях переноса электронов из одной реакции в другую. После лечения активность НАД-диафоразы нейтрофилов была по-прежнему низкой, но произошло качественное перераспределение реагирующих клеток в степень «б». Аналогичная картина наблюдалась в отношении активности НАДФ-диафоразы в нейтрофилах обследуемых больных. До лечения активность НАДФ-диафоразы нейтрофилов была в 1,8 раза ниже нормы ($p < 0,05$). Все реагирующие клетки классифицировались как степень «в». После проведенной терапии нормализации активности фермента не наблюдалось. При этом все реагирующие клетки классифицировались как средний тип активности (степень «б»). НАДФ-диафараза – фермент класса оксидоредуктаз, катализирующий реакцию восстановления амидолипоевой кислоты в амиддегидролипоевую кислоту, принимает участие в обмене энергии и дыхании клетки.

Активность НАД-диафоразы моноцитов до лечения была в 1,8 раза ниже нормы ($p < 0,05$). Все реагирующие клетки классифицировались как степень «в». После лечения у всех пациентов активность НАД-диафоразы моноцитов увеличилась в 1,7 раза по сравнению с показателем до лечения ($p < 0,05$). И при этом, несмотря на повышение активности НАД-диафоразы, ее показатель оказался в 1,1 раза ниже нормы ($p < 0,05$) при качественном перераспределении реагирующих клеток в степень «а». Иная картина наблюдалась в отношении активности НАДФ-диафоразы моноцитов обследуемых больных. До лечения активность НАДФ-диафоразы моноцитов больных лихорадкой Ку не отличалась от нормальных значений. Все реагирующие клетки классифицировались как степень «а». После проведенной терапии сохранялась нормальная активность фермента. При этом все реагирующие клетки классифицировались как степень «а».

Таким образом, у больных коксиделлезом наблюдались конкордантные изменения активности ферментов нейтрофилов периферической крови, которые заключались в угнетении диафораз, активность которых после терапии качественно менялась. Аналогичная картина наблюдалась в отношении НАД-диафоразы моноцитов, при этом активность НАДФ-диафоразы в динамике болезни не отличалась от нормы.

Список литературы:

1. Динамика заболеваемости коксиделлезом в Астраханской области в 2010 – 2011 гг. / С.Ф. Карпенко, Х.М. Галимзянов, Р.С. Аракелян и др. // Инфекция и иммунитет. – 2012. – Т. 2, № 1- 2. – С. 150-151.
2. Динамика клинических проявлений и каталазной активности сыворотки крови у больных коксиделлезом моложе 50 лет / С.Ф. Карпенко, Х.М. Галимзянов, Н.Б. Касимова и др. // Астраханский медицинский журнал. – 2012. – т. 7, № 2. – С. 64 – 68.
3. Карпенко, С.Ф. Особенности реакции торможения миграции лейкоцитов с сердечным экстрактом у больных коксиделлезом / С.Ф. Карпенко, Х.М. Галимзянов // Клиническая лабораторная диагностика. – 2013. – № 9. – С. 18.
4. Карпенко С.Ф. Современное представление о клинике и терапии коксиделлеза / С.Ф. Карпенко // Вестник новых медицинских технологий. – 2013. – Т. 20, № 3. –С. 117-122.
5. Карпенко, С.Ф. Патогенетическое и прогностическое значение средне- и низкомолекулярных циркулирующих иммунных комплексов при коксиделлезе / С.Ф. Карпенко, Х.М. Галимзянов // Клиническая лабораторная диагностика. – 2014. – Т. 59, № 9 – С. 81.
6. Карпенко, С.Ф. Клинико-патогенетические особенности развития острого гепатита при

коксииеллезе / С.Ф. Карпенко, Х.М. Галимзянов., Р.С. Аракельян // Медицинская иммунология. – 2015. – Т.17, №3s. – С. 111-112.

7. Карпенко, С.Ф. Средне- и низкомолекулярные циркулирующие иммунные комплексы – предикторы длительности лихорадки при коксииеллезе / С.Ф. Карпенко, Х.М. Галимзянов, Р.С. Аракельян // Медицинская иммунология. – 2015. – Т. 17, № 3s. – С. 112-113.

8. Карпенко, С.Ф. Определение малонового диальдегида как критерия эффективности терапии при коксииеллезе / С.Ф. Карпенко, Х.М. Галимзянов, Р.С. Аракельян // Клиническая лабораторная диагностика. – 2015. – № 9. – С. 59.

9. Качественный анализ дегидрогеназной активности у больных лихорадкой Ку / И.Ф. Вишневецкая, С.Ф. Карпенко, Н.Б. Касимова, Е.И. Иванова // Инфекционные болезни. – 2009. –Т. 7, № 1. – С. 43.

10. Клиника и некоторые показатели неспецифической резистентности при лихорадке Ку / С.Ф. Карпенко, Х.М. Галимзянов, Н.Б. Касимова и др. // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2010. – № 6. – С. 38-42.

11. Нарциссов, Р.П. Энзимы в профпатологии / Р.П. Нарциссов. – М., 1981. – С. 32.

12. Содержание розеткообразующих нейтрофилов и лизоцима у больных лихорадкой Ку / С.Ф. Карпенко, Х.М. Галимзянов, Н.Б. Касимова, О.В. Рубальский // Клиническая лабораторная диагностика. – 2012. – № 8. – С. 55-56.

13. Сравнительная характеристика клинических проявлений и нейтрофильной защиты при коксииеллезе и астраханской риккетсиозной лихорадке / С.Ф. Карпенко, Х.М. Галимзянов, Н.Б. Касимова и др. // Астраханский медицинский журнал. – 2010. – Т. 5, № 4. – С. 38-41.

Вишневецкая И.Ф., Касимова Н.Б.

*ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Астрахань, Россия*

ОСОБЕННОСТИ ДЕГИДРОГЕНАЗНОЙ АКТИВНОСТИ НЕЙТРОФИЛЬНО-МОНОЦИТАРНОГО ЗВЕНА ПРИ КОКСИЕЛЛЕЗЕ

На протяжении многих лет на юге России сохраняется высокая заболеваемость природно-очаговыми и паразитарными болезнями [1, 5, 10, 14]. Коксииеллез (лихорадка Ку) – это широко распространенный зооноз [2, 12, 13]. В формировании клинических форм и осложнений при коксииеллезе немаловажную роль играют факторы естественной резистентности [3, 6, 7, 8, 9], среди которых нейтрофилы занимают первую линию противомикробной защиты [4, 15]. Возбудитель лихорадки Ку – коксииелла Бернета. Мононуклеарные фагоциты являются мишенью для коксииелл, которые, проникая в эти клетки, обеспечивают свое распространение в организме больных.

Целью настоящей работы явился сравнительный анализ активности лактатдегидрогеназы и сукцинатдегидрогеназы нейтрофилов и моноцитов при коксииеллезе.

Материалы и методы. Было обследовано 100 больных коксииеллезом. Все больные получали базисную терапию. Диагноз коксииеллеза ставился на основании эпидемиологических, клинико-анамнестических данных и лабораторных методов исследования: иммуноферментного анализа и полимеразной цепной реакции.

Контрольная группа – 42 донора. Проводилось цитохимическое исследование ферментативной активности нейтрофилов и моноцитов до лечения и после курса терапии. В нейтрофилах и моноцитах по методу Р.П. Нарциссова (1981) определяли следующие метаболические ферменты: лактатдегидрогеназу (ЛДГ), отражающую анаэробный гликолиз, и сукцинатдегидрогеназу (СДГ), отражающую цикл Кребса [11].

Результаты. Больные коксииеллезом поступали в среднем на $6,2 \pm 0,2$ день болезни. Был характерен полиморфизм клинических проявлений. Ведущим симптомом была лихорадка. Наблюдались такие симптомы как слабость (97%), головная боль (81,5%), миалгии (69%), гиперемия зева (62,5%), озноб (51%), гепатомегалия (50%), склероконъюнктивит (46,5%), снижение аппетита (42,5%), артралгии (78%), кашель (28%), желтуха (19%), тошнота (15%), рвота (9%), кровотечения (6%) и экзантема (5,5%).

Оказалось, что в контрольной группе в нейтрофилах и моноцитах содержание ЛДГ было равно 20,2 усл. ед, а СДГ – 15,0 усл. ед. У больных коксией до лечения активность ЛДГ и СДГ нейтрофилов была в 2 раза и 2,5 раза ниже, чем у лиц в контрольной группе ($p < 0,05$). Все реагирующие клетки классифицировались как высшая степень активности «в». ЛДГ является одним из основных ферментов анаэробного окисления, катализирующих обратимую реакцию превращения пировиноградной кислоты в молочную и переходу молочной кислоты в пировиноградную, которая участвует в высокоэнергетическом процессе окисления. А СДГ – важный фермент цикла трикарбоновых кислот Кребса, который участвует в реакции дегидрирования янтарной кислоты в фумаровую. У больных коксией до лечения активность ЛДГ и СДГ моноцитов была в 4,7 и 6,6 раза ниже, чем у лиц в контрольной группе ($p < 0,05$). Все реагирующие клетки классифицировались как степень «в».

После лечения активность ЛДГ нейтрофилов не изменялась, оставаясь в 2 раза ниже, чем у доноров ($p < 0,05$). А активность СДГ нейтрофилов после лечения в 4 раза превышала таковую до лечения ($p < 0,05$), но оставалась в 1,8 раза ниже нормы ($p < 0,05$). Все реагирующие клетки классифицировались как степень «в». После лечения ферментативная активность моноцитов не восстанавливалась: активность ЛДГ и СДГ моноцитов была в 5,1 и 6,0 раз ниже нормы ($p < 0,05$). Все реагирующие клетки классифицировались как степень «в».

Таким образом, у больных коксией наблюдались конкордантные изменения активности метаболических ферментов нейтрофилов и моноцитов периферической крови, которые выражались в угнетении дегидрогеназной активности. Базисная терапия приводила к повышению активности СДГ нейтрофилов, которая, однако, оставалась ниже нормы.

Список литературы:

1. Бедлинская, Н.Р. Значение функциональной активности тромбоцитов и динамичности метаболизма нейтрофилов в развитии геморрагического синдрома у больных Астраханской риккетсиозной лихорадкой / Н.Р. Бедлинская, Б.И. Кантемирова, М.А. Бабаева // Новая наука: современное состояние и пути развития: Международное научное периодическое издание по итогам научно-практической конференции – 2016. – № 2-2 (62). – С. 28-31.
2. Динамика заболеваемости коксией в Астраханской области в 2010 – 2011 гг. / С.Ф. Карпенко, Х.М. Галимзянов, Р.С. Аракельян и др. // Инфекция и иммунитет. – 2012. – Т. 2, № 1- 2. – С. 150-151.
3. Динамика клинических проявлений и каталазной активности сыворотки крови у больных коксией моложе 50 лет / С.Ф. Карпенко, Х.М. Галимзянов, Н.Б. Касимова и др. // Астраханский медицинский журнал. – 2012. – Т. 7, № 2. – С. 64-68.
4. Сравнительная характеристика клинических проявлений и нейтрофильной защиты при коксии и астраханской риккетсиозной лихорадке / С.Ф. Карпенко, Х.М. Галимзянов, Н.Б. Касимова и др. // Астраханский медицинский журнал. – 2010. – Т. 5, № 4. – С. 38-41.
5. Карпенко С.Ф. Современное представление о клинике и терапии коксии / С.Ф. Карпенко // Вестник новых медицинских технологий. – 2013. – Т. 20, № 3. – С. 117-122.
6. Карпенко, С.Ф. Клинико-патогенетические особенности развития острого гепатита при коксии / С.Ф. Карпенко, Х.М. Галимзянов, Р.С. Аракельян // Медицинская иммунология. – 2015. – Т. 17, № 3. – С. 111-112.
7. Карпенко, С.Ф. О влиянии некоторых факторов неспецифической резистентности на длительность болезни и поражение органов при коксии / С.Ф. Карпенко, Б.И. Кантемирова, О.Н. Горева // Новая наука: современное состояние и пути развития: Международное научное периодическое издание по итогам научно-практической конференции – Оренбург, 2016. – Ч. 2. – С. 45-47.
8. Качественный анализ дегидрогеназной активности у больных лихорадкой Ку / И.Ф. Вишневецкая, С.Ф. Карпенко, Н.Б. Касимова, Е.И. Иванова // Инфекционные болезни. – 2009. – Т. 7, № 1. – С. 43.
9. Клиника и некоторые показатели неспецифической резистентности при лихорадке Ку / С.Ф. Карпенко, Х.М. Галимзянов, Н.Б. Касимова и др. // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2010. – № 6. – С. 38-42.
10. Мирекина, Е.В. Роль окислительного стресса в патогенезе и клинике крымской геморрагической лихорадки: Автореф. дис... канд. мед. наук / Е.В. Мирекина. – Москва, 2016. – 22 с.
11. Нарциссов, Р.П. Энзимы в профпатологии / Р.П. Нарциссов. – М., 1981. – С. 32.

12. Особенности эпидемиологии и лабораторной диагностики коксидиоза в Астраханской области / С.Ф. Карпенко, Х.М. Галимзянов, С.Ж. Неталиева, О.Н. Горева // Инфекция и иммунитет. – 2013. – Т. 3, № 2. – С. 136.

13. Особенности клинических проявлений коксидиоза в Астраханской области / С.Ф. Карпенко, Х.М. Галимзянов, Б.И. Кантемирова и др. // Инфекционные болезни. – 2016. – Т. 14, прил. № 1. – С. 129.

14. Паразитарные поражения глаз при дирофиляриозе человека / Р.С. Аракельян, Х.М. Галимзянов, Г.К. Курятникова и др. // Теоретические и прикладные проблемы науки и образования в 21 веке: тезисы Международной заочной научно-практической конференции: в 10 частях. – 2012. – С. 11-13.

15. Содержание розеткообразующих нейтрофилов и лизоцима у больных лихорадкой Ку / С.Ф. Карпенко, Х.М. Галимзянов, Н.Б. Касимова, О.В. Рубальский // Клиническая лабораторная диагностика. – 2012. – № 8. – С. 55-56

Гаджиева П. Х., Дикарева Л. В.

*ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Астрахань, Россия*

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ НА ФОНЕ ТАБАКОКУРЕНИЯ МЕТОДОМ ЛАЗЕРНОЙ ДОППЛЕРОВСКОЙ ФЛОУМЕТРИИ

Табакокурение во время беременности оказывает неблагоприятное влияние, как на физиологическое течение беременности, так и на состояние плода и новорожденного [2,4,5,11,12,13].

Многообразные патологические изменения, возникающие при курении, приводят к хронической гипоксии плода и нарушению нормального развития его органов и тканей, что способствует нарушению темпов морфофункционального созревания ребенка, появлению рецидивирующей и хронической патологии [3, 5].

Цель исследования: оптимизировать диагностику микрососудистых нарушений маточно - плацентарного кровотока у беременных с табакокурением на основании исследования кожной микроциркуляции методом лазерной доплеровской флоуметрии.

Лазерная доплеровская флоуметрия (ЛДФ) не имеет противопоказаний к применению и на сегодняшний день отмечается широкое внедрение метода в различные области медицины [7].

ЛДФ успешно применяют для оценки состояния кожной микроциркуляции у больных с различными заболеваниями сердечно - сосудистой и дыхательной системы, в диабетологии, онкологии, урологии, офтальмологии, гастроэнтерологии, дерматологии, стоматологии, педиатрии, акушерстве и гинекологии [1,4,6,8].

В то же время, при анализе литературных данных, мы не обнаружили исследований, посвященных комплексной оценке микроциркуляторных и эндотелиальных нарушений у беременных на фоне табакокурения.

Задачи исследования: провести сравнительную оценку состояния базального кровотока, и выявить особенности микрососудистой реактивности у курящих и не курящих беременных женщин.

Материал и методы: за время работы было обследовано 145 беременных в сроки с 11 по 40 неделю беременности. Средний возраст обследованных женщин составил $(25,7 \pm 1,5)$ лет). Контрольную группу составили 30 (20,7%) беременных без экстрагенитальной патологии и с физиологическим течением беременности. Вторую группу составили – 35 (24,1 %) беременных с гестационной артериальной гипертензией без табакокурения. Третья группа представлена 80 (55,2 %) беременными с табакокурением

Исследование функционального состояния сосудистого эндотелия проводилось ЛДФ с помощью аппарата – лазерного анализатора микроциркуляции крови «ЛАКК-02» в одноканальной модификации (ТУ 9442-002-13232373-2003, лазерное изделие класса 1, заводской номер 345), изготовляемого научно-производственным предприятием «Лазма».

При расчете параметров базального кровотока рассчитывались средние значения изменения перфузии: М (среднеарифметическое значение показателя микроциркуляции), σ (отражает среднюю

модуляцию кровотока во всех частотных диапазонах) и Kv (коэффициент вариации). Расчетные параметры M, σ и Kv позволяли оценить общее состояние микроциркуляции крови.

Результаты исследования:

В таблице 1 представлены значения основных показателей микроциркуляции (M, σ , Kv,) во всех трех группах по трем триместрам беременности.

Таблица 1. Основные показатели микроциркуляции

Индекс эффективности микроциркуляции, M (ПФ. ед.)			
Группы			
Триместры беременности	Показатели беременных женщин без экстрагенитальной патологии и осложнений беременности (контроль), N=30	Показатели беременных женщин с гестационной артериальной гипертензией, N=35	Показатели беременных женщин с гестационной артериальной гипертензией и табакокурением, N=80
1 триместр (11–14 недели)	6,0 ± 0,19	–	5,3 ± 0,19**
2 триместр (15–28 недели)	7,2 ± 0,21	5,7 ± 0,42*	3,9 ± 0,17**
3 триместр (29–40 недели)	8,5 ± 0,19	6,3 ± 0,54*	2,8 ± 0,14**
Среднее квадратическое отклонение, σ (пф. ед.)			
1 триместр (11–14 недели)	0,4 ± 0,04	–	0,6 ± 0,05**
2 триместр (15–28 недели)	0,5 ± 0,05	0,5 ± 0,10*	0,4 ± 0,04**
3 триместр (29–40 недели)	0,9 ± 0,10	0,8 ± 0,71*	0,3 ± 0,05**
Коэффициент микроциркуляции, Kv (%)			
1 триместр (11–14 недели)	7,2 ± 0,64	–	12,2 ± 1,24**
2 триместр (15–28 недели)	7,8 ± 0,96	9,8 ± 1,57*	11,7 ± 1,1**
3 триместр (29–40 недели)	10,1 ± 1,03	11,5 ± 1,71*	10,7 ± 0,85**

Примечание: * – различие между беременными без экстрагенитальной патологии с беременными с гестационной артериальной гипертензией статистически значимы, $p < 0,05$

Примечание: ** – различие между беременными без экстрагенитальной патологии с беременными с гестационной артериальной гипертензией и табакокурением статистически значимы, $p < 0,05$

В результате проведенного исследования установлено, что у беременных без экстрагенитальной патологии и у беременных с гестационной артериальной гипертензией по мере увеличения срока беременности отмечался рост показателей кожной микроциркуляции фетоплацентарного комплекса ($p < 0,05$). У беременных с гестационной артериальной гипертензией на фоне табакокурения с увеличением срока беременности отмечалось снижение всех трех показателей кожной микроциркуляции, а именно статистически значимое снижение всех трех показателей кожной микроциркуляции ($p < 0,05$).

Выводы. Результаты исследования позволили объективно оценить степень и характер функциональных сдвигов в микроциркуляторном русле по данным базального кровотока с помощью лазерной доплеровской флоуметрии у беременных женщин на фоне табакокурения.

Таким образом, по мере увеличения срока беременности отмечались признаки негативного угнетающего воздействия табакокурения на состояние базального кровотока микроциркуляции фетоплацентарного комплекса.

Список литературы:

1. Ахминеева А.Х., Полунина О.С., Севостьянова И.В., Воронина Л.П., Полунина Е.А. Белковый оксидативный стресс при сочетанной респираторно-кардиальной коморбидности// Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2015. – №4. – С.8-12.
2. Балахонов А.В. Ошибки развития. Изд. 2-е, перераб. и дополн. – СПб., "ЭЛБИ-СПб." 2001. 288 с.
3. Башкина О.А. Клинико-иммунологический мониторинг и цитокиноterapia у детей с рецидивированием респираторных заболеваний. Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова. Москва, 2006
4. Воронина Л.П., Гринберг Н.Б., Полунина О.С., Севостьянова И.В. Дисфункция сосудистого эндотелия и легочная гипертензия у больных бронхиальной астмой // Астраханский медицинский журнал. – 2012. – Т. 7, №1. – С.44-47.
5. Гапархоева З.М. Современные представления о роли генетических предикторов при бронхиальной астме у детей / Гапархоева З.М., Селиверстова Е.Н., Стройкова Т.Р., Башкина О.А., Демидова Л.В.// Астраханский медицинский журнал. - 2015. - Т. 10.- № 1. - С. 6-11.
6. Горбунов Н.В., Полунина О.С., Сердюков А.Г., Воронина Л.П. Анализ ионофоретических проб в оценке микрососудистой реактивности у курящих студентов-медиков // Астраханский Медицинский Журнал. – 2012. – Т. 7, №3. – С.60-63.
7. Крупаткин А.И., Сидоров В.В. Методические аспекты диагностики состояния микроциркуляции крови // Лазерная доплеровская флоуметрия микроциркуляции крови. Москва, 2005. – 21 с.
8. Удочкина Л.А. Структурные преобразования щитовидной железы на этапах онтогенеза в норме и при воздействии на организм серосодержащего газа: Дисс... д-ра. мед. наук.– Волгоград: ГОУВПО "Волгоградский государственный медицинский университет", 2006.
9. Черкасов С.Н. Характеристика периферического сосудистого сопротивления у беременных / С.Н.Черкасов, Ю.В.Болякина, А.Е. Барченко // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. 2009. Т. 11. № 2. С. 154-155.
10. Черкасов С.Н. Особенности адаптации региональной гемодинамики при беременности / С.Н.Черкасов, Ю.В.Болякина, А.Е. Барченко // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. 2010. №3. С. 147-149.
11. Шаповалова М.А. Жизненный потенциал населения в период формирования рыночных отношений/Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2004. № 3. с. 11-13.
12. Шаповалова М.А., Сердюков А.Г. Региональная смертность в переходной экономике/Проблемы управления здравоохранением. 2004. № 2. с. 42.
13. Шаповалова М.А., Аношко В.П. Условия реформирования здравоохранения /В мире научных открытий. 2010. № 2-4. с. 159-160.

Годовалов А.П., Карпунина Т.И., Вавилов Н.В.

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

ОКИСЛИТЕЛЬНАЯ МОДИФИКАЦИЯ БЕЛКОВ ЭЯКУЛЯТА МУЖЧИН С БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИОСПЕРМИЕЙ

Известно, что в бесплодном браке в половине случаев установлена связь с нарушением репродуктивного здоровья мужчин, особенно воспалительного характера. Характерным для воспалительных заболеваний в мужской половой сфере стало малосимптомное или бессимптомное течение, а также доминирование среди этиопатогенов представителей условно патогенных микроорганизмов. Показано, что снижение фертильных свойств эякулята может быть связано с нарушениями физико-химических параметров семенной жидкости, прямым или опосредованным влиянием патогенных микроорганизмов [1,2], развитием патологических аутоиммунных реакций. В настоящее время в патогенезе многих заболеваний существенное место отводится окислительному стрессу, который при-

водит к окислительной модификации белковых молекул [3]. Представляет интерес изучение степени окисления белков спермоплазмы при бессимптомной бактериоспермии, так как при отсутствии явных воспалительных изменений остается открытым вопрос об источнике синтеза соответствующих радикалов.

Цель: изучение уровня окислительной модификации белка (ОМБ) эякулята мужчин с бессимптомной бактериоспермией.

Методы. Для оценки ОМБ использовали методику Reznick A.Z. et al. (1994) [7] и [5] в нашей модификации [4]. Реакцию проводили с 0,1М раствором 2,4-динитрофенилгидразина (ДНФГ). В контрольной пробе использовали растворитель ДНФГ. Из данных литературы известно, что для алифатических альдегид-денитрофенилгидразонов (ДНФ) нейтрального характера спектр поглощения зарегистрирован при 260 нм, основного характера – 430 нм. Для алифатических кетон-ДНФ нейтрального характера спектр поглощения составляет 365 нм, основного характера – 430 нм. Содержание карбонил-групп вычисляли из пика поглощения при соответствующих длинах волн [3,5, 7]. Концентрацию окисленных белков выражали в нмоль/мг общего белка. Общий белок в спермальной жидкости определяли с помощью биуретовой реакции (Вектор-Бест, Новосибирск).

Проведено микробиологическое исследование образцов эякулята 92 мужчин, состоящих в бесплодном браке, у которых отсутствовали клинические симптомы, характерные для инфекционно-воспалительных заболеваний. Средний возраст составил $37,7 \pm 0,7$ года. Взятие материала и его исследование проводили согласно стандартизованным методикам, предложенным экспертами ВОЗ (2010). Для бактериологического анализа исследуемых образцов готовили десятикратное разведение исходного материала, считая значимым для дальнейшего анализа количество бактерий, превышающее 10³ КОЕ/мл. Стрепто- и энтерококки изолировали на кровяном агаре, стафилококки выделяли на желточно-солевом агаре (ЖСА), грибы рода *Candida* – на среде Сабуро, энтеробактерии определяли при высеве на агар Эндо, анаэробы – на обогащенной среде для контроля стерильности, разлитой «высоким столбиком» по пробиркам. Количество выделенных микроорганизмов выражали в виде значения десятичного логарифма числа КОЕ/мл биологического материала.

Для статистической обработки использовали t-критерий Стьюдента.

Результаты. Микроорганизмы присутствовали в эякуляте у 91,3% мужчин. У 71,7% мужчин из спермоплазмы выделены только грамположительные микроорганизмы. Среди них преобладали представители рода *Staphylococcus* (62%) с высокой встречаемостью *S. epidermidis* (25%), *S. haemolyticus* (19,6%) и *S. aureus* (6,5%). Бактерии рода *Streptococcus* изолированы у 18,5% (*S. agalactiae* - 4,3%, *S. viridans* - 6,5%; *S. mitis* – 3,3%), *Enterococcus* – у 5,4% мужчин (*E. faecalis* - 4,3%, *E. hirae* – 1,1%). Доля коринеформных микроорганизмов в составе микрофлоры эякулята составила 3,3%. У трети мужчин (33,7%) в эякуляте присутствовали только грамотрицательные микроорганизмы. Среди них встречались: *Escherichia coli* – 15,2%, бактерии рода *Enterobacter* – 5,4% (*E. aerogenes* - 3,3%, *E. cloacae* et *E. sakazakii* – по 1,1%), *Neisseria* spp. – 4,3%, *Citrobacter* spp. – 4,3% (*C. diversus* - 2,2%; *C. farmeri* et *C. freundii* - 1,1%), *Klebsiella pneumoniae* – 3,3%. Кроме того, в эякуляте 1,1% мужчин выделены микроорганизмы рода *Gemella* или *Candida albicans*.

Установлено, что концентрация окисленных белков в спермоплазме мужчин с бессимптомной бактериоспермией составила $1,96 \pm 0,10$ нмоль/мг белка для основных альдегид-ДНФ, $0,78 \pm 0,05$ – для нейтральных кетон-ДНФ, $0,42 \pm 0,03$ – для основных кетон-ДНФ и $0,23 \pm 0,01$ нмоль/мг белка для нейтральных альдегид-ДНФ.

По граммпринадлежности преобладающей в эякуляте микрофлоры все мужчины были разделены на две группы. В образцах спермоплазмы мужчин 1-й группы с преобладанием грамположительных кокков уровень ОМБ оказался ниже, чем у мужчин 2-й группы с преобладанием в эякуляте грамотрицательных палочек. Так, уровень основных альдегид-ДНФ в 1-й группе составил $1,77 \pm 0,09$, во 2-й – $2,17 \pm 0,20$ нмоль/мг белка ($p < 0,05$), а концентрация основных кетон-ДНФ – $0,38 \pm 0,02$ и $0,48 \pm 0,05$ нмоль/мг белка соответственно ($p < 0,05$). Аналогичная ситуация характерна и для нейтральных кетон- и альдегид-ДНФ.

Внутри протеинов окисление аминокислот приводит к формированию гидроксил- и карбонильных производных. Все аминокислоты могут быть окислены, но содержащие серу и ароматические группы более подвержены окислению. Карбонильные продукты включают альдегидные, образующиеся на стадии инициации свободно-радикального окисления, и кетоновые, которые считаются маркерами последующих реакций окисления белков [3].

Способность генерировать АФК — фундаментальное свойство сперматозоидов и основная

причина окислительного стресса, ответственного за нарушение их функции [6]. Как показано в настоящем исследовании более выраженная степень ОМБ наблюдается в пробах с преимущественным содержанием энтеробактерий. Можно предположить, что появление радикалов, увеличивающих степень ОМБ спермоплазмы, в определенной степени связано с деструктивным действия энтеробактерий на сперматозоиды [2].

Заключение. Таким образом, в эякуляте мужчин с бессимптомной бактериоспермией обнаружены разные формы окисленных белковых молекул, первоначальные свойства которых, в том числе их функциональная активность, могут претерпевать изменения. Хотя общепризнанно, что основным источником АФК в спермоплазме являются лейкоциты и сперматозоиды [6], вопросы нарушения редокс-баланса в семенной жидкости субфертильных мужчин при отсутствии явных признаков воспаления и, прежде всего, лейкоцитоспермии, еще ждут своего решения. Прослеженные нами различия в характере и степени выраженности окислительной модификации белков в зависимости от грампринадлежности и таксономии бактерий, изолируемых при этом, могут послужить определенным вектором для выбора одного из направлений исследований по расшифровке механизмов, приводящих к бесплодию не установленной этиологии.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ и Администрации Пермского края в рамках научного проекта «р_а 16-44-590429».

Список литературы:

1. Бойко О.В., Ахминеева А.Х., Гудинская Н.И., Бойко В.И., Козак Д.М. Возрастные изменения иммунных, морфологических и биохимических показателей репродуктивной системы мужчин // Успехи геронтологии. –2014. –Т.27, №1. –С.50-53.
2. Годовалов А.П., Карпунина Т.И. Опыт изучения образцов эякулята инфертильных мужчин с бессимптомной бактериоспермией // Электронный научно-образовательный вестник Здоровье и образование в XXI веке. - 2015. - Т.17, №11. - С. 19-24.
3. Дубинина Е.Е. Продукты метаболизма кислорода в функциональной активности клеток: (жизнь и смерть, созидание и разрушение): физиологические и клиничко-биохимические аспекты. - Санкт-Петербург: Мед. пресса, 2006. - 397 с.
4. Godovalov A.P., Vavilov N.V. Determining oxidized proteins in human serum by micromethod // Abstracts book “MedChem–2015”. – Russia, Novosibirsk, 2015. – P. 184.
5. Dubinina E.E., Burmistrov S.O., Khodov D.A., Porotov I.G. Oxidative modification of human serum proteins. A method of determining it // Vopr. Med. Khim. - 1995. - Vol. 41(1). - P. 24-26.
6. Lavranos G., Balla M., Tzortzopoulou A. et al. Investigating ROS sources in male infertility: a common end for numerous pathways // Reprod. Toxicol. - 2012. - Vol. 34(3). - P. 298-307.
7. Reznick A.Z., Packer L. Oxidative damage to proteins: spectrophotometric method for carbonyl assay // Methods in enzymology. - 1994. - Vol. 233. - P. 357-363.

Годовалов А.П., Степанов М.С., Бушкова Е.Ю.

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

МИКРОФЛОРА ЭЯКУЛЯТА МУЖЧИН С БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИОСПЕРМИЕЙ

Известно, что семенная жидкость является благоприятной средой для жизнедеятельности микроорганизмов, а также обеспечивает их передачу между мужчинами и женщинами [7]. Более того, некоторые виды микроорганизмов могут оказывать негативное влияние как на репродуктивную функцию [2], так и результативность проведения вспомогательных репродуктивных технологий [5]. Однако, мы имеем недостаточно информации о микробиоте мужского репродуктивного тракта [1,3] и, в особенности, при бессимптомной бактериоспермии.

Цель исследования – изучить микробный пейзаж эякулята мужчин с бессимптомной бактериоспермией.

Материалы и методы. Проведено микробиологическое исследование образцов эякулята 92

мужчин, у которых отсутствовали клинические симптомы, характерные для инфекционно-воспалительных заболеваний. Средний возраст пациентов составил $37,7 \pm 0,7$ года. Взятие материала и его исследование проводили согласно стандартизованным методикам, предложенным экспертами ВОЗ (2010). Для бактериологического анализа исследуемых образцов готовили десятикратное разведение исходного материала. Стрепто- и энтерококки изолировали на кровяном агаре, стафилококки выделяли на желточно-солевом агаре (ЖСА), грибы рода *Candida* – на среде Сабуро, энтеробактерии определяли при высеве на агар Эндо, анаэробы – на обогащенной среде для контроля стерильности, разлитой «высоким столбиком» по пробиркам. Количество выделенных микроорганизмов выражали в виде значения десятичного логарифма числа КОЕ/мл биологического материала. Для статистической обработки данных использовали непарный вариант t-критерия Стьюдента.

Результаты исследования. В ходе проведенных исследований было установлено, что микроорганизмы присутствовали в эякуляте у 91,3% мужчин. Микроорганизмы одного вида обнаружены в 53,3%, двух – в 32,6%, трех – в 5,4% случаев. У 71,7% мужчин из спермоплазмы выделены только грамположительные микроорганизмы. Среди них преобладали представители рода *Staphylococcus* (62%) с высокой встречаемостью *S. epidermidis* (25%), *S. haemolyticus* (19,6%) и *S. aureus* (6,5%). Бактерии рода *Streptococcus* изолированы у 18,5% (*S. agalactiae* – 4,3%, *S. viridans* – 6,5%; *S. mitis* – 3,3%), *Enterococcus* – у 5,4% мужчин (*E. faecalis* – 4,3%, *E. hirae* – 1,1%). Доля коринеформных микроорганизмов в составе микрофлоры эякулята составила 3,3%. У трети мужчин (33,7%) в эякуляте присутствовали только грамотрицательные микроорганизмы. Среди них встречались: *Escherichia coli* – 15,2%, бактерии рода *Enterobacter* – 5,4% (*E. aerogenes* – 3,3%, *E. cloacae* et *E. sakazakii* – по 1,1%), *Neisseria* spp. – 4,3%, *Citrobacter* spp. – 4,3% (*C. diversus* – 2,2%; *C. farmeri* et *C. freundii* – 1,1%), *Klebsiella pneumoniae* – 3,3%. Кроме того, в эякуляте 1,1% мужчин выделены микроорганизмы рода *Gemella* или *Candida albicans*.

Микроорганизмы в количестве 103 КОЕ/мл и менее обнаружены у 19,6% мужчин. Рост одного вида микроорганизма наблюдался в 44,4%, двух – в 11,2% случаев, а отсутствие роста микроорганизмов – в 44,4%. В данной группе мужчин в спермоплазме присутствовали преимущественно представители рода *Staphylococcus* (33,3%), а также *Streptococcus* (22,2%). Доля коагулазапозитивных стафилококков (все *S. aureus*) – 37,5%. Среди стрептококков встречались *S. agalactiae* (25%) и *S. viridans* (25%).

В эякуляте 33,7% мужчин микроорганизмы обнаружены в количестве более 103, но менее 105 КОЕ/мл. Из них 74,2% образцов содержали только один вид бактерий, 22,6% – два и 3,2% – три. Лидирующее положение занимали *Staphylococcus* spp. (55%), среди которых доля коагулазапозитивных видов была – 9,1%. Кроме этого в спермоплазме содержались энтеробактерии (22,5%), *Streptococcus* spp. (10%), *Enterococcus* spp. (7,5%), *Neisseria* spp. (2,5%) и *Corynebacterium* spp. (2,5%). 75% выделенных *E. coli* обладали нетипичными свойствами. Все *Streptococcus* spp. были в составе ассоциаций со *Staphylococcus* spp. (75%) и *Neisseria* spp. (25%). *Corynebacterium* spp. также существовали только вместе со *Staphylococcus* spp. Энтеробактерии принимали участие в формировании 25% ассоциаций, причем из них в половине случаев были изолированы нетипичные варианты *E. coli*.

Содержание микроорганизмов выше, чем 105 КОЕ/мл установлено в 46,7% образцов эякулята. В 48,8% проб присутствовал один вид, в 41,9% – два и в 9,3% – три вида. Микрофлора состояла из *Staphylococcus* spp. (40,8%), энтеробактерий (28,2%), *Streptococcus* spp. (15,5%), *Enterococcus* spp. (4,2%), *Neisseria* spp. (4,2%), *Corynebacterium* spp. (2,8%) и дрожжеподобных грибов рода *Candida* (2,8%). Среди стафилококков в подавляющем большинстве выделены коагулазоотрицательные виды (93,1%). Семейство *Enterobacteriaceae* было представлено следующими родами – *Escherichia* (50%), *Enterobacter* (15%), *Citrobacter* (15%), *Klebsiella* (15%) и *Proteus* (5%). Обнаруженные *Streptococcus* spp. состояли из *S. viridans* (45,4%), *S. pyogenes* (18,2%), *S. agalactiae* (18,2%). Все дрожжеподобные грибки отнесены к одному виду – *C. albicans*. Все ассоциации микроорганизмов можно разделить на две группы, когда только один вид содержится в количестве более 105 КОЕ/мл (36,4%) и когда количество всех участников сообщества превышает 105 КОЕ/мл (63,6%). Представители родов *Neisseria*, *Corynebacterium*, *Enterococcus* и *Candida* обнаружены только в составе микробных ассоциаций. В составе ассоциаций обнаружено 82% выделенных стрептококков, 65,5% – стафилококков, 50% – энтеробактерий.

Показано, что микроорганизмы эякулята имеют различное происхождение [6]. Как установлено в настоящем исследовании в 30-50% случаев микроорганизмы спермоплазмы существуют в виде микробных сообществ. Нельзя исключать взаимное влияние микробов-ассоциантов и обмен ин-

формацией между ними [4], что, возможно, может усиливать их патогенный потенциал. Так, в ассоциациях микроорганизмов эякулята мужчин с бессимптомной бактериоспермией существенное место занимают стрептококки, нейссерии, коринебактерии и грибки рода *Candida*, которые практически не были обнаружены изолированно.

Заключение. Таким образом, эякулят пациентов с бессимптомной бактериоспермией содержит множество видов условно патогенных микроорганизмов, зачастую объединенных в ассоциации, с преобладанием грамположительных кокков. У трети мужчин в спермоплазме присутствуют представители семейства *Enterobacteriaceae*, среди которых чаще всего обнаруживается *E. coli*. В составе ассоциаций в подавляющем большинстве случаев обнаруживаются *Streptococcus spp.*, *Neisseria spp.*, *Corynebacterium spp.*, *Candida spp.*, которые не выделены изолированно друг от друга.

Список литературы:

1. Бойко О.В., Терентьев А.А., Ахминеева А.Х. Метаболическая активность микроорганизмов, выделенных у больных хроническим простатитом // Проблемы репродукции. – 2014. – №6. – С. 6-9.
2. Годовалов А.П., Карпунина Т.И. Опыт изучения образцов эякулята инфертильных мужчин с бессимптомной бактериоспермией // Электронный научно-образовательный вестник Здоровье и образование в XXI веке. – 2015. – Т.17, №11. – С. 19-24.
3. Касимова Т.В., Богданов Ю.А., Кузнецов И.Д., Карпунина Т.И. Микрофлора эякулята как потенциальная причина репродуктивных проблем // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 2-2. – С. 308-310.
4. Рыбальченко О.В., Бондаренко В.М., Орлова О.Г. Ультраструктура микробных биопленок при межклеточных взаимоотношениях бактерий в сообществах // Журн. микробиол. (ЖМЭИ) – 2014. – №4. – С. 87-92.
5. Köhn F.M., Erdmann I., Oeda T. et al. Influence of urogenital infections on sperm functions // *Andrologia*. – 1998. – Vol. 30, Suppl. 1. – P. 73-80.
6. Hou D., Zhou X., Zhong X. et al. Microbiota of the seminal fluid from healthy and infertile men // *Fertil. Steril.* – 2013. – Vol. 100(5). – P. 1261-9.
7. Swidsinski A., Dörffel Y., Loening-Baucke V. et al. Desquamated epithelial cells covered with a polymicrobial biofilm typical for bacterial vaginosis are present in randomly selected cryopreserved donor semen // *FEMS Immunol. Med. Microbiol.* – 2010. – Vol. 59(3). – P. 399-404.

Гречухина Т.И.

Филиал №3 Федеральное Государственное Казенное Учреждение «413 Военный Госпиталь» Минобороны России, г.Астрахань, Россия

ДИНАМИКА ИНФЕКЦИОННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ДАННЫМ ОФИЦИАЛЬНОЙ СТАТИСТИКИ

Заболевания инфекционной этиологии имеют большое социальное значение в связи со значительной распространенностью, временной нетрудоспособностью и смертностью, требуют больших затрат на диагностику, реабилитацию, профилактику, тем самым причиняют обществу экономический ущерб [1-12].

Цель: оценка основных показателей инфекционной заболеваемости в Астраханской области.

Задачи: 1. Проанализировать динамику показателей первичной и общей заболеваемости по классу «Некоторые инфекционные и паразитарные болезни» в Астраханской области. 2. Рассмотреть структуру первичной и общей заболеваемости по классу «Некоторые инфекционные и паразитарные болезни» в Астраханской области.

Методы: осуществлялся статистический анализ временных рядов показателей первичной и общей заболеваемости по классу «Некоторые инфекционные и паразитарные болезни» рассчитанных на 100000 населения Астраханского региона, по данным официальной статистики, опубликованных ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» МЗ РФ, за 2010-2015 годы, определялся темп прироста (убыли) показателя.

Результаты: анализ динамики первичной заболеваемости по классу «Некоторые инфекционные и паразитарные болезни» населения Астраханского региона показал, что за 2010-2015гг её уровень понизился на 39,2% с 2728,4 до 1659,8 на 100000 населения, был ниже, чем в Российской Федерации (РФ), в которой также наблюдалось снижение показателя на 14,6% с 3293,40/0000 до 2814,20/0000. Уровень общей заболеваемости по этому классу болезней понизился в Астраханской области (АО) на 23,2% с 3723,10/0000 до 2860,80/0000, на 8,5% по РФ с 4844,30/0000 до 4430,30/0000.

За 2010-2015гг. доля класса «Некоторые инфекционные и паразитарные болезни» в структуре первичной заболеваемости уменьшилась от 4,5% до 2,7% и он переместился с седьмого места на десятое, а в общей заболеваемости данный показатель снизился от 3,5% до 2,5%, переместившись с десятого места на тринадцатое.

За рассматриваемые шесть лет число больных с впервые установленным диагнозом ВИЧ-инфекции в АО увеличилось в 2,7 раза с 6,00/0000 до 16,20/0000, в то время как в РФ показатель возрос на 55,3% (с 44,10/0000 до 68,50/0000).

Заболеваемость активным туберкулезом в АО от 2010 до 2015гг. повысилась на 17,1% с 89,30/0000 до 104,60/0000, в целом по стране отмечалось снижение показателя на 25,1% с 77,20/0000 до 57,80/0000. Необходимо отметить, что за весь период наблюдения частота заболеваемости активным туберкулезом в АО превышал таковую в РФ.

Уровень первичной заболеваемости вирусным гепатитом в АО за шесть лет снизился на 7,8% с 33,40/0000 до 30,80/0000, в тоже время среднероссийский показатель понизился на 16,2% (с 78,20/0000 до 65,50/0000). Следует отметить, что относительно 2014 года в 2015 году отмечался увеличение уровня первичной заболеваемости вирусным гепатитом в АО на 13,7%. Общая заболеваемость данной нозологией в АО возросла на 67,5%, а в РФ на 3,3%.

Частота первичной заболеваемости кишечными инфекциями в АО уменьшилась на 30,2% с 785,60/0000 до 548,20/0000, в РФ на 14,1% с 487,40/0000 до 418,70/0000. Причем уровень первичной заболеваемости кишечными инфекциями в АО был выше, чем в РФ. Общая заболеваемость этой нозологией в АО понизилась на 34,1%, в РФ на 15,2%. Относительно 2014 года в 2015 году отмечалось увеличение уровня первичной заболеваемости кишечными инфекциями в АО на 14,8%, общей на 13,8%.

Заключение: анализ основных показателей инфекционной заболеваемости в Астраханском регионе свидетельствует об их росте в отношении ВИЧ-инфекции, активного туберкулеза, вирусных гепатитов, являющихся социально значимыми. Уровни заболеваемости активным туберкулезом и кишечными инфекциями в АО превышает среднероссийский. Это в свою очередь требует совершенствования их профилактики, противоэпидемических мероприятий.

Список литературы:

1. Башкина О.А Сравнительная характеристика стафилококкового носительства у здоровых и часто болеющих острыми респираторными заболеваниями детей / Башкина О.А., Алёшкин В.А., Афанасьев С.С., Воробьев А.А., Бойко А.В., Красилова Е.В. // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. - 2003. - № 6. - С. 3.
2. Башкина О.А. Патогенетическая роль инфекционного компонента при лимфаденопатиях у детей в современных условиях /Башкина О.А., Алешкин В.А., Афанасьев С.С., Воробьев А.А., Сомова Е.И., Рубальский О.В., Кокуев А.В. // Вестник Российской академии медицинских наук. - 2004. - № 7. - С. 47-51.
3. Башкина О.А. Клинико-иммунологический мониторинг и цитокиноterapia у детей с рецидивированием респираторных заболеваний: Дисс...д-ра мед.наук Москва: Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова., 2006.
4. Ефимов Е.И., Ершов В.И., Мартынова Н.Е. Инфекционная заболеваемость в ПФО за 2015 год // Ремедиум Приволжье.- 2016.- № 3 (143).- С.40-44
5. Постановление Правительства РФ от 28.12.2012 № 1472 «О внесении изменений в федеральную целевую программу «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2012 годы). М.; 2012
6. Пузин С.Н., Шургая М.А, Богова О.Т. и др. Медико-социальные аспекты здоровья населения. Современные подходы к профилактике социально значимых заболеваний // Медико-социальная экспертиза и реабилитация.- 2013.- №3.- С. 3-10

7. Сиротко М.Л. Оценка состояния здоровья населения Самарской области / М.Л.Сиротко, С.Н.Черкасов // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2015. № 2. С. 209-212.
8. Социально значимые болезни в Российской Федерации/ Под ред. Л. А. Бокерия, И. Н. Ступакова. -(М:НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН.- 2006.- 326 с.
9. Эпидемиология инфекционных болезней : учеб. пособие / Н.Д. Ющук, Ю.В. Мартынов, Е.В. Кухтевич, Ю.Ю. Гришина. -3-е изд., переработанное и дополненное.- Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014.- 496 с.
10. Шаповалова М.А. Жизненный потенциал населения в период формирования рыночных отношений/Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2004. № 3. с. 11-13.
11. Шаповалова М.А., Сердюков А.Г. Региональная смертность в переходной экономике/Проблемы управления здравоохранением. 2004. № 2. с. 42.
12. Шаповалова М.А., Аношко В.П. Условия реформирования здравоохранения /В мире научных открытий. 2010. № 2-4. с. 159-160.

Гриценко И.А., Ткаченко Л.В., Хамад Н.П.

**ФГБОУ ВПО Волгоградский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения РФ, г.Волгоград, Россия**

**РЕАБИЛИТАЦИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН,
ПЕРЕНЕСШИХ АПОПЛЕКСИЮ ЯИЧНИКА**

Проблема апоплексии яичника (АЯ) по-прежнему остается одной из актуальных в современной гинекологии, так как способствует нарушению репродуктивной функции женщин, снижая овариальный резерв.

В структуре всех острых гинекологических заболеваний женщин репродуктивного возраста АЯ занимает третье место, составляя 17%[1-6]. Среди причин внутрибрюшного кровотечения на долю апоплексии приходится 0,3–3%. Апоплексию яичника называют «молодёжной» патологией, поскольку в 75% она происходит у женщин в возрасте до 30 лет, в том числе у девушек от 14 до 18 лет - 11,5% случаев. В этом периоде функциональной асинхронизации синтеза релизинг-гормонов и гонадотропинов на фоне незавершенного развития репродуктивной системы приводит к ановуляторным нейроэндокринным синдромам, способствующих апоплексии яичника.

Немедикаментозное восстановление репродуктивной функции женщин после хирургической агрессии на яичнике, является приоритетным способом, так как снижает медикаментозную нагрузку на организм в целом.

Цель исследования: найти современные подходы для коррекции нарушений репродуктивного здоровья у женщин, перенесших оперативное вмешательство по поводу апоплексии яичника.

Материал и методы исследования: нами изучено 75 женщин, перенесших оперативное лечение по поводу апоплексии яичника, средний возраст которых составил -24,6 года. Исследуемым женщинам проводили разработанный комплекс физиотерапевтического восстановления репродуктивной функции в раннем послеоперационном периоде путем магнитотерапии в области проекции яичников и одновременно битемпоральной магнитотерапии и электростимуляции.

Физиотерапевтическое воздействие при помощи аппарата «АМО-АТОС-Э», осуществлялось, на фоне проводимой послеоперационной терапии, с первых суток послеоперационного периода.

В 65% случаев апоплексия яичника была у пациенток с ранним менархе.

Частота встречаемости сопутствующей соматической патологии среди пациенток составила 72,0%. При анализе отдельных нозологий было отмечено, что женщины чаще указывали на ранее перенесенные заболевания мочевыводящих путей (хронический пиелонефрит, цистит), хронический тонзиллит.

Кроме того, было установлено, что 56,0% обследованных с апоплексией яичника произведена аппендэктомия.

Половую жизнь в возрасте 13–17 лет начали 54,0% пациенток. Различные гинекологические заболевания перенесли 75,0% женщин, среди которых доминировали воспалительные процессы при-

датков матки (48,0%) и функциональные образования яичников (28,0%).

В 70,0% обследованные отметили начало заболевания после физических и психических нагрузок: половой акт, физическая нагрузка, стресс.

При уточнении характера менструальной функции обращала на себя внимание неустойчивость ее у большинства больных - 68,3%. Клинически неустойчивый цикл проявился аменореей у 10% пациенток, олигоменореей - у 13,3 %. У остальных женщин циклическая ритмичность менструаций была сохранена, но у 18,3 % она была с устойчивой ановуляцией, а у 26,6 % - с недостаточностью лютеиновой фазы.

Оперативное вмешательство в экстренном порядке выполнено у 72% женщин, в экстренно-плановом у 28% женщин. Оперативные вмешательства проводились: лапароскопическим и лапаротомическим доступом. Лапароскопическим в 36% случаев, лапаротомическим – 64%. С внедрением новых технологий в последние годы изменился подход к диагностике и лечению апоплексии яичника, предпочтение отдается лапароскопическому доступу, который является менее инвазивным.

Согласно полученным результатам патологический процесс чаще всего локализовался в правом яичнике, что объясняется его анатомической и физиологической особенностью.

В результате проведенного комплекса реабилитационных мероприятий были получены следующие данные: произошла нормализация менструальной функции у 76,4%. Уровень эстрадиола на 3-5 день менструального цикла восстановился у 57,6 % женщин основной группы, а у женщин группы сравнения – 40,2%. Увеличение прогестерона на 21 день менструального цикла произошло в 62,3%, что указывает на завершённую овуляцию.

Вывод: полученные данные свидетельствуют о том, что проблема апоплексии яичника является достаточно актуальной и проведение нами разработанных реабилитационных мероприятий, позволяют улучшить репродуктивное здоровье женщин, подвергшихся оперативному вмешательству на яичниках.

Список литературы:

1. Кулаков В.И., Гаспаров А.С., Косаченко А.Г. и др. Современная концепция оказания помощи больным с острыми гинекологическими заболеваниями. Акуш и гин 2006;
2. Кулаков В.И., Аскольская С.И. Лечение доброкачественных опухолей и опухолевидных образований яичников. В кн.: Новые технологии в гинекологии. М: Пантори 2003;
3. Радзинский В.Е., Духин А.О. Репродуктивное здоровье женщин после хирургического лечения гинекологических заболеваний. М.: Изд-во РУДН, 2004.
4. Национальное руководство «Гинекология» 2007г.
5. Черкасов С.Н. Влияние медико-социальных факторов и особенностей поведения пациенток на уровень потребности в стационарной помощи при внематочной беременности / С.Н.Черкасов, М.С.Курносиков // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. 2015. № 3. С. 66-70.
6. Шаповалова М.А. Воспроизводство населения как медико-экономическая проблема Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук / государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Российский государственный медицинский университет». Москва, 2004

Гужвина Е.Н., Ильенко Л.И.

*ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Астрахань, Россия*

КОМПЛЕКСНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРЕПАРАТАМИ ПРИРОДНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Широкие эпидемиологические исследования, осуществляемые на протяжении последних 50 лет в Великобритании, США и Германии, убедительно доказывают, что значительная часть сердечно-сосудистой патологии взрослого и подросткового населения уходит своими истоками в период внут-

риутробного онтогенеза. Существует теория «внутриутробно программируемых заболеваний», автором которой является проф. Дэвид Баркер (Саутгемптон, Великобритания), согласно которой, вес ребенка при рождении отрицательно коррелирует с вероятностью развития артериальной гипертензии.

Экспериментальные исследования, проведенные на животных, показали, что пренатальная гипоксия, как и материнский стресс, приводит к нарушению формирования поведенческих реакций, развитию повышенной двигательной активности, ослаблению способности к обучению, снижению массы тела у потомства.

Весьма актуальной остается проблема внедрения методов саногенного воздействия на мать и плод, снижающих медикаментозную нагрузку. Среди них следует отметить антигомотоксическую терапию, базирующуюся на принципах гомотоксикологии. Высокая эффективность антигомотоксических препаратов, их безопасность, отсутствие противопоказаний и возрастных ограничений позволяют широко использовать их у беременных женщин и детей [1,2,3, 5].

К числу наиболее широко используемых антигомотоксических препаратов относится комплексный препарат «Траумель С», созданный на основе натуральных компонентов и обладающий выраженным противовоспалительным, антиэкссудативным действием. Он улучшает процессы микроциркуляции в любом органе и системе, мягко воздействует на иммунную систему.

Цель исследования: изучить в эксперименте изменения в тканях плаценты у беременных крыс под влиянием препарата «Траумель С» на фоне хронической гипоксии.

Методы исследования. Эксперименты выполнены на 60 беременных лабораторных беспородных крысах-самках, разделенных на четыре группы. Первая группа (n = 10) была контрольной. Животные 2-й группы (n = 20) подвергались гипоксии с 10-го по 22-й день беременности и в эти же сроки получали препарат «Траумель С» по 0,2–0,3 мл внутримышечно через день. Животные 3-й группы (n = 20) также подвергались гипоксии, но не получали препарата. Четвертая группа крыс (n = 10) получала препарат, но не подвергалась гипоксии.

Гипоксию моделировали в барокамере проточного типа объемом 10 л. Крыс 2-й и 3-й групп поднимали на высоту 6000 м со скоростью 50 м/с. Скорость подъема оценивали с помощью самолетного альтиметра и высотометра. Экспозиция на данной высоте составляла 2 ч. Поглотителем CO₂ служил 40% раствор КОН.

Перед началом эксперимента животных содержали в карантине в течение 1 мес с обязательным клиническим обследованием и выбраковкой подозрительных на заболевание особей. Протокол экспериментов в разделах выбора, содержания животных, моделирования патологических процессов и выведения животных из опыта был составлен в соответствии с принципами биоэтики и «Международными рекомендациями по проведению медико-биологических исследований с использованием лабораторных животных» [4].

На 22–23-й день беременности самок подвергали эвтаназии путем внутрибрюшного введения этиминала натрия в дозе 40 мг/кг массы тела. Затем проводили гистологическое исследование плацент. Материал был законсервирован в 10% растворе формалина. После стандартной гистологической обработки ткань была залита в парафин. Изготовленные с парафиновых блоков препараты были окрашены гематоксилином и эозином. Полученные серийные срезы были изучены под световым микроскопом.

Результаты исследования. При гистологическом исследовании ткани плаценты экспериментальных животных были обнаружены все слои, присутствующие в крысиной хориоаллантоисной плаценте в норме. Основным по толщине слоем плаценты был лабиринтный слой, в котором имелись в большом количестве резко полнокровные анастомозирующие сосуды. Следующим по выраженности был спонгиозотрофобласт, в котором определялись компактно расположенные скопления базофильных клеток. Клетки спонгиозотрофобласта окружали сливающиеся очаги округлой и неправильной формы, представленные светлыми клетками с пикнотичным ядром и расширенными полнокровными сосудами с тонкой стенкой. Децидуальный слой – самый периферический слой плацентарной ткани – был представлен тонкой прослойкой преимущественно уплощенных децидуальных клеток. Слой хориальной пластинки был не всегда хорошо различим. В нем определялась отечная волокнистая ткань с крупными полнокровными сосудами.

Анализ полученных гистологических препаратов позволил определить изменения структуры плаценты и толщины ее слоев у экспериментальных крыс, подвергнутых гипоксии.

Выявлено достоверное уменьшение, по сравнению с контролем, толщины плаценты в 3-й группе наблюдения (на 34,1%), во 2-й группе была отмечена тенденция к уменьшению толщины пла-

центы, однако статистически значимых различий этого показателя с показателем контрольной группы не обнаружено.

Показано влияние гипоксии на толщину лабиринтного слоя плаценты: она была меньше контрольной в 1,5 и 2 раза во 2-й и 3-й группах, соответственно. Известно, что слой лабиринта является основным и крайне важным для снабжения эмбриона питательными веществами и осуществления газообмена

Слой спонгиозной области в меньшей степени влияет на процессы обмена веществ. Его толщина находилась в пределах 400–600 мкм. Минимальные значения были получены в 3-й группе животных, а максимальные – в 4-й группе, однако достоверных различий в толщине спонгиозной области между группами не выявлено.

Толщина децидуальной ткани варьировала в пределах от 150 до 300 мкм. Максимальной толщиной децидуального слоя была в 3-й группе, при этом она достоверно отличалась от контроля. В трех других группах толщина децидуального слоя была приблизительно одинаковой.

Максимальная толщина хориальной пластинки (при возможности проведения измерений) составила 235,76 мкм, минимальная – 132,51 мкм.

Заключение. Таким образом, проведенные экспериментальные исследования показали, что гипоксия пренатального периода оказывает весьма отрицательное влияние на формирование плаценты, способствует снижению плацентарных параметров и свидетельствует о развитии плацентарной недостаточности.

Применение комплексного антигемоксического препарата «Граумель С» во время беременности, протекающей на фоне хронической гипоксии, оказывает положительное, саногенное влияние на формирование плаценты, стимулирует развитие в ней компенсаторно-приспособительных реакций, приводящих к увеличению ее массы и функциональной активности.

Список литературы:

1. Спасов А.А., Трегубова И.А., Косолапов В.А. Моделирование внутриутробной гипоксии // Патол. физиол. и эксперим. тер. 2005. №4. С.25–28.
2. Журавин И.А., Дубровская Н.М., Туманова Н.Л. Постнатальное физиологическое развитие крыс после острой пренатальной гипоксии // Рос. физиол. журн. им. И.М.Сеченова. 2003. Т.89. №5. С.522–532.
3. Арора С., Харрис Т., Шерер К. Клиническая безопасность комплексного гомеопатического препарата Траумель С // Биол. мед. 2001. №1. С.23–27.
4. Скобелев Д.О., Мурашова Е.Н., Болонкина Т.Е. Международные стандарты в практике работы научных и клинико-диагностических лабораторий // Мир стандартов. 2006. №10. С.54–55.

Демальдинов Д.А.

ГБУЗ АО Областной клинический противотуберкулезный диспансер, г.Астрахань, Россия

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЁЗА

Тактика лечения пациентов с пиопневмотораксом, как результата осложненного течения деструктивной формы туберкулеза легких, остается одной из наиболее актуальных в торакальной хирургии [Герасимова В.Д., 1994; Бисенков Л.Н. и соавт., 2003; Баландина И.А., Амарантов Д.Г., 2009; Цеймах Е.А., Левин А.В. и соавт., 2009; Smith, J. A., et.al, 1991; Massard G. et al., 1995; Michaels V.M. et al., 1997].

Данная категория больных является причиной внутрибольничной инфекции в отделениях хирургического профиля, при этом блокируя на протяженный период значительное количество дорогостоящих коек [Бисенков, Л.Н. и соавт., 2003; Гиллер Д.Б., 2009].

Одним из патогенетических факторов возникновения и хронизации эмпием при деструктивных формах туберкулеза легких служит возникновение дефекта легочной ткани, приводящее к развитию бронхиальной фистулы, а в дальнейшем - к формированию бронхоплеврального свища [Цеймах,

Е.А., Левин А.В. и соавт., 2009].

Функционирование бронхоплеврального свища препятствует созданию вакуума, который необходим для расправления легкого, и лишает перспективы к очищению полости пиопневмоторакса. Это приводит к необходимости хирургической ликвидации последней [Богущ Л. К., 1979; Левин А.В., Кагаловский Г.М., 2000; Матвеев В.Ю. и соавт., 2009].

Длительное существование эмпиемы плевры приводит к формированию шварт, разделяя полость и фиксируя легкое. Адекватная санация плевральной полости позволяет остановить прогрессирование процесса на любой стадии его развития, но чем раньше начато комплексное лечение, тем более вероятно добиться успеха в благоприятном разрешении воспаления [В.К. Гостищев, 2004; Плаксин С.А. и соавт., 2009].

Радикальные оперативные вмешательства, направленные на ликвидацию эмпиемы плевры, характеризуются травматичностью, высокой частотой послеоперационных осложнений, реканализацией бронхоплеврального свища [Бисенков Л.Н., 2004].

Успешное предварительное закрытие бронхоплеврального свища делает более надежным и менее травматичным хирургическое лечение, а в ряде случаев позволяет и обойтись без операции [Ананко О.Н., 2003].

Таким образом, приведенные данные говорят о том, что лечение пиопневмоторакса и эмпиемы плевры являются чрезвычайно актуальной и до настоящего времени не решенной проблемой в хирургии.

В отделении туберкулезном хирургическом легочном в течение последних 5 лет используется комбинированное лечение эмпием плевры, которые обусловлены в подавляющем большинстве специфическим поражением.

На первом этапе выполняется видеоторакоскопическая санация плевральной полости с дренированием последней под визуальным контролем. Данная операция выполняется, как правило, под общей анестезией и только после комплексного рентгенологического обследования, включая компьютерную томографию при необходимости.

В последующем пациенту назначается адекватная противотуберкулезная химиотерапия с учетом имеющейся или выявленной чувствительности, согласно существующим режимам.

Спустя 2-3 суток, после стабилизации состояния больного, выполняется эндоскопическая окклюзия свищевого бронха, который визуализируется или по авторской методике (введением в плевральную полость смеси 3% раствора перекиси водорода с бриллиантовой зеленью в соотношении 10:1 [Левин А.В., Цеймах Е.А., Ананко О.А., 2003]) или при помощи баллона-катетера.

Показаниями для выполнения у всех больных служили: продолжающийся сброс воздуха по плевральным дренажам при отсутствии разряжения в вакуум-системе; сохраняющаяся рентгенологическая картина остаточной плевральной полости.

С целью окклюзии использовался обратный эндобронхиальный клапан. Он сделан из резиновой смеси медицинского назначения 52-336/4, индифферентной для организма человека (регистрационное удостоверение № ФС 01032006/5025-06 от 21.12.2006г.) и представляет собой полый цилиндр, снабженный спадающимся лепестковым клапаном [А.В.Левин, Е.А.Цеймах и соавт., 2003].

Установка клапана выполняется во время бронхофиброскопии под местной анестезией или под наркозом в условиях операционной. Типоразмер клапана зависит от локализации патологического процесса и диаметра дренирующего бронха, куда он устанавливается, т.к. должен превышать диаметр просвета бронха в 1,2-1,5 раза. Клапан не мешает отходить из очага поражения воздуху, мокроте, бронхиальному содержанию при выдохе и кашле.

Цель: изучение эффективности сочетанного применения видеоторакоскопии и клапанной бронхоблокации у больных с эмпиемой плевры туберкулезной этиологии.

Материалы и методы: проведено ретроспективное изучение 49 историй болезней пациентов с деструктивными формами туберкулеза лёгких в сочетании с пиопневмотораксом, находившихся на лечении в ОТЛХ № 1 ГБУЗ АО «ОКПТД» в период 2011- 2015 гг. Из них мужчин 32 (65,3%), женщин 17 (34,7%); в возрасте от 26 до 59 лет (средний 37,7 лет). У 29 (59,2%) имелся кавернозный и фиброзно-кавернозный туберкулёз в фазе инфильтрации, у 20 (40,8%) – диссеминированный или инфильтративный в фазе распада. У 36 (73,5%) больных процесс локализовался в одном лёгком, двухстороннее поражение имелось в 13 (26,5%) случаях. У 3 (6,1%) туберкулёзный процесс осложнился лёгочным кровотечением. Бактериовыделителями являлись все пациенты. У 41 (83,7%) выявлена множественная лекарственная устойчивость.

В основную группу вошло 24 пациента, которым в период 2011-15 гг., после проведения санационной видеоторакоскопии, была выполнена временная окклюзия бронхов клапанами (производитель «Медланг») различных типоразмеров. Процедура проводилась под местной анестезией с использованием бронхофиброскопа «Pentax» FB-18P. Группу сравнения составили 25 больных, которым было произведено только дренирование плевральной полости традиционным методом. Больные обеих групп получали режим химиотерапии соответствующий имеющейся устойчивости у микобактерий.

Длительность окклюзии в наблюдаемой группе составила в среднем 159,9 дней, максимальный срок - 363 дней.

Результаты: в основной группе через 6 месяцев от начала комплексного лечения у 19 (79,2%) пациентов достигнут положительный эффект в виде ликвидации гнойного отделяемого, расправления легкого, исчезновения инфильтрации, рубцевания каверн, а в группе сравнения у 10 (40,0%) ($p < 0,05$). В первой группе прекращение бактериовыделения достигнуто у 21 (87,5%), во второй группе 11 (44,0%). Отрицательная динамика в виде нарастания инфильтрации с появлением свежих очагов деструкции отмечена в 3 (12,5%) случаях в основной и у 7 (28,0%) больных в группе сравнения. Случаев ятрогенных осложнений отмечено не было.

Выводы: видеоторакоскопическая санация в сочетании с клапанной окклюзией бронхов является эффективным высокотехнологичным малоинвазивным методом в комплексном лечении эмпиемы плевры, как осложнения, деструктивных форм туберкулёза, включая лекарственно-устойчивые, позволяет добиться положительной динамики, а также стабилизации и регресса туберкулёзного процесса на фоне проводимой противотуберкулёзной химиотерапии.

Джанмурзаева А. М., Алигишиев У. У., Азизханова В. Н., Билалова К.Т., Гиравова Ф. М.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Махачкала, Россия

ИНФЕКЦИОННАЯ СЛУЖБА РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Великому русскому ученому Н.И. Пирогову принадлежат слова: «Война есть травматическая эпидемия». Это определение затрагивает не общественно-политическую, а военно-медицинскую сторону любой войны. Оно будет полным, если дополнить слова корифея отечественной медицины: более «Война есть травматическая эпидемия и эпидемия инфекционных болезней» [1, 2].

Войнах всегда были связаны с эпидемиями инфекционных болезней или характеризовались их ростом, как среди нападающих, так и среди обороняющихся. Великая Отечественная война 1941-1945 гг. была суровым испытанием для медицинских работников. Исторические материалы, воспоминания современников свидетельствуют о том, что во время первой мировой войны количество больных в Германской армии из года в год увеличивалось при стабильных показателях раненых, причем в последний год войны число больных инфекционными заболеваниями в три с половиной раза превышало число раненых [1, 2].

В годы Великой Отечественной войны возникали отдельные вспышки инфекционных болезней, но Советская Армия не знала эпидемий, в связи с проведением противоэпидемических и профилактических мероприятий. В отличие от прошлых войн, в Великой Отечественной войне потери от инфекционных болезней в Советской Армии были невелики, что объясняется глубоко продуманной системой противоэпидемических мероприятий, основу которой составляет профилактика.

В прошлом, во время войн заразных больных эвакуировали из фронтового района санитарными поездами в глубокий тыл, и это способствовало распространению инфекции. В период Великой Отечественной войны инфекционные больные находились до полного излечения в армейских и фронтовых инфекционных госпиталях, укомплектованных кадрами высоко квалифицированных специалистов-инфекционистов, где были созданы все условия для клиничко-лабораторного обследования и лечения инфекционных больных, которые после выздоровления возвращались в строй.

Вспышки туляреминой инфекции имели место в некоторых частях на западном фронте зимой 1941-1945 годов. При этом врачи испытывали трудности в распознавании туляремии, так как до

войны об этой болезни было известно мало. Эпидемическая вспышка дизентерии регистрировалась на Западном фронте – на 1-ом Белорусском, в 1943-1944 году. Описана водная вспышка вирусного гепатита, возникшая в 33-й армии в 1944 году на Витебском плацдарме. В условиях военного времени стабильно высокой была заболеваемость брюшным тифом. В результате общения с населением в войсках отмечались случаи заболевания сыпным тифом. В гитлеровской армии медицинская служба не могла справиться с завшивленностью и солдаты являлись источником распространения сыпнотифозной инфекции на оккупированной территории.

Невиданная по своему масштабу передислокация промышленности, большая миграция людей из временно занятых немцами районов и связанное с этим перенаселение создавали благоприятную обстановку для возникновения инфекционных заболеваний среди населения. Перед органами здравоохранения всей страны возникла необычная, непредвиденная проблема. Наркомздрав Дагестанской АССР Могуч Сергеевич Яникиан вынужден был перестраивать систему организации медико-санитарного и противоэпидемиологического обеспечения. В городах республики: Махачкале, Дербенте, Буйнакске, Хасавюрте, Избербаше и других районах были организованы санитарно-контрольные пункты. Для борьбы с инфекциями в сельские районы направлялись бригады врачей из городов, в том числе из госпиталей, проводились массовые профилактические прививки, устанавливался жесткий контроль за санитарным состоянием.

Великая Отечественная война была суровым испытанием для советского народа и медицинских работников. Ни одна армия в мире не имела такого числа ученых-медиков, как Советская Армия в годы войны. Сотни докторов и кандидатов медицинских наук, профессоров и доцентов пришли в госпитали, чтобы личным участием приблизить час победы. Огромную роль в борьбе с инфекционными заболеваниями в годы Великой Отечественной войны сыграл Академик Г.П. Руднев, консультант-инфекционист Главного военно-санитарного управления Советской Армии, который подчеркивал огромную роль врача-инфекциониста в годы Великой Отечественной Войны.

Накануне войны в СССР насчитывалось 71 медицинский, 12 стоматологических, 9 фармацевтических институтов. В институтах Наркомздрава СССР обучалось 102825 студентов. С началом Великой Отечественной войны перед здравоохранением и в том числе перед высшей медицинской школой встали иные, качественно новые задачи. Медицинские вузы должны были переориентироваться на ускоренную подготовку специалистов, обеспечивающих квалифицированную помощь в условиях военного времени. Круто меняется и относительно налаженная жизнь Дагестанского Медицинского Института. Многие сотрудники, особенно клиницисты, были мобилизованы в Красную Армию. Срок обучения в институте сокращается до 4-х лет вместо 5. С учетом требований военного времени меняются учебные программы по всем дисциплинам. Так, в курс нервных болезней включена симптоматика поражения отдельных нервных стволов. На кафедре психиатрии преподаются психозы и психоневрозы военного времени, травматические психозы. Особое внимание стало уделяться вопросам преподавания военно-полевой хирургии, военной гигиены, военной эпидемиологии и токсикологии. В 1942 году Дагмединститут дал Родине сразу два выпуска врачей, большая часть которых тут же ушла на фронт. Студенты, окончившие 5 курс, были выпущены 15 июля 1942 года, а студенты, перешедшие на 5 курс, - 15 августа 1942 года. В сентябре 1941 года для врачей города были организованы 3-месячные курсы по военно-полевой хирургии. Для студентов младших курсов были созданы 4-месячные курсы медицинских сестер, состоялся их первый выпуск.

Здание студенческого общежития было занято под воинскую часть, и студенты были вынуждены перейти на частные квартиры. Ухудшилось состояние студентов, возросли бытовые трудности. К концу 1942 года, когда фронт приблизился к г. Грозному, сотрудники и студенты института были мобилизованы для строительства оборонительных сооружений на северо-западной окраине города.

Фронт приближался к республике. Начались воздушные налеты на город. Институт был свернут и эвакуирован в городе Дербент.

В ноябре 1942 года разгром немцев под Сталинградом положил начало их изгнанию с Северного Кавказа. Махачкала из прифронтового города превращается в тыловую. Институт возвращается в столицу. За время кратковременной эвакуации институт понес значительные потери. Многие студенты уехали в другие институты Закавказья. Часть именитых профессоров была эвакуирована в Баку, Тбилиси, Ереван, молодые преподаватели работали в госпиталях, вели там большую лечебную и организаторскую работу. По возвращению институт получил в свое распоряжение только часть своих зданий. Учебный корпус в Доме Гарца пострадал от воздушных бомбежек и практически был непригоден для занятий, а в студенческом общежитии находился медсанбат. В такой обстановке началось

восстановление института. Из Закавказья возвратились профессора Байрашевский, Доброхотов и др., постепенно стали возвращаться и студенты. Благодаря правительству Дагестана было возвращено общежитие для студентов. На его двух нижних этажах временно разместились теоретические кафедры, а на третьем этаже поселились студенты. Скоро институту было предано больше 4-х этажное здание на площади им. Ленина. Здесь разместились почти все теоретические кафедры, были открыты студенческая столовая, сапожная мастерская и буфет, а в освобожденном от кафедр общежитии поселилось 400 студентов. Учебный процесс начался, но проходил в сложных условиях: в неотопливаемых помещениях, при большом недостатке учебного оборудования и хозяйственного инвентаря, учебников, научной литературы, без необходимого количества воды и электроэнергии. Продукты питания были лимитированы и выдавались по карточкам. Однако, несмотря на временные трудности, не было срывов лекций, неоправданных пропусков занятий и дежурств в госпиталях со стороны студентов. Каждый понимал высокую ответственность перед Родиной.

Все предыдущие войны (Кавказская, Первая мировая, Гражданская), как правило, сопровождались эпидемией инфекционных заболеваний в действующей армии и среди населения. Санитарные потери заболевших воинов и населения во много раз превышали потери от ранений и нередко меняли ход боевых действий. Учитывая историко-эпидемиологическое прошлое Дагестана и стратегическую обстановку, в которой оказалась республика в условиях прифронтового района, задача предотвращения вспышки холеры в Республике и особенно в госпиталях стала самой важной и сложной. Из описанных в мировой литературе шести пандемий холеры, прокатившихся по всему земному шару, дореволюционный Дагестан коснулись три пандемии. Это историко-эпидемиологическое прошлое не могло быть забыто. Кроме того, следовало учитывать стратегическое положение Дагестана, а именно: близость фронта, концентрацию на территории республики больших масс населения, как воинского, так и эвакуированного из временно оккупированных районов. Надо отдать должное главному патологоанатому отдела эвакогоспиталей Наркомздрава ДАССР доценту Н.Л. Водносу, который сыграл важную роль в своевременном распознавании и диагностике особо опасной инфекции. В августе 1942 года при вскрытии трупа он диагностировал холеру. Немедленно принятые соответствующие меры помогли быстро ликвидировать вспышку. В условиях военного времени, со всеми его тяжелыми последствиями, холера могла сыграть роль «оружия массового уничтожения». В тяжелый и опасный в эпидемиологическом отношении период войны работа по борьбе с эпидемией была четко налажена. Начальником отдела госпиталей Наркомздрава ДАССР Оганесом Вагаршаковичем Барояном были выдвинуты предложения по рациональной организации профилактических и противоэпидемиологических мероприятий по холере [3].

Были и другие проблемы. Так, большое расстояние от Дербента до Баку и отсутствие на этой линии сети госпиталей исключали возможность создания промежуточной госпитальной базы. Поэтому основная тяжесть по приему всех движущихся с фронта раневых и больных падала на госпитали Дагестана. К тому же были свернуты и эвакуированы вглубь страны госпитали Грозного и Орджоникидзе, а полевая санитарная служба северной группы войск Закавказского фронта только налаживалась. Следовательно, группа госпиталей Дагестана оставалась единственной базой передового этапа эшелонированного лечения. Деятельность эвакогоспиталей возглавляли преподаватели мединститута, а руководство их работой осуществлял Нарком здравоохранения ДАССР М.С. Яникиан.

Лечебная и консультативная работа клиницистов института в эвакогоспиталях сочеталась с интенсивными научными наблюдениями и исследованиями. Во время войны и в первые годы после войны результаты этих исследований были отражены в трудах четырех съездов врачей эвакогоспиталей Дагестана, нескольких межгоспитальных и многих внутргоспитальных научных конференциях. На съездах и конференциях были заслушаны 330 докладов, содержание которых изложено в трех сборниках научных трудов эвакогоспиталей. Можно только поражаться самоотверженности врачей и преданности их своей профессии. Эти люди вынесли на своих плечах все тяготы и невзгоды сурового военного времени. Они не только лечили и выхаживали тяжелораненых и больных, но в сложных военных условиях активно занимались разработкой и внедрением в практику передовых научных идей. Таких успехов до этого не знала ни одна медицинская наука и практика. Военные врачи не ждали окончания войны, чтобы изучить, обобщить и осмыслить все то новое, что было внесено в медицинскую практику в эти тяжелые годы. Собранные факты, накопленный опыт требовали научного обобщения, популяризации и проверки на практике. Война выдвинула новые, сложные медицинские проблемы, она явилась для советских медиков великой школой творческой научной мысли.

Основной формой популяризации научных достижений, накопленного опыта в годы Великой

Отечественной войны являлись научные конференции, куда делегировались врачи даже с действующих фронтов. Удивительно, но факт: первая научная конференция врачей дагестанских эвакуогоспиталей была созвана всего через месяц после приема первой партии раненых в Дагестане, т.е. 25 ноября 1941 года. На внутrigоспитальной конференции госпиталя №1047 научные проблемы обсуждались с практической точки зрения. По мнению С.И. Ризваши, были сделаны блестящие научные доклады: «Травматическая аневризма» и «Вторичный шов при лечении инфицированных ран» и тут же продемонстрированы больные с хорошими результатами лечения с данной патологией. За три года войны врачами эвакуогоспиталей Дагестана было проведено 257 внутrigоспитальных научных конференций, 65 межгоспитальных, 6 республиканских и 4 научно-оборонных съезда врачей. Отделом эвакуогоспиталей Наркомздрава ДАССР был выдвинут лозунг: «Ни одного врача госпиталя без научной работы». И этот лозунг, как ни покажется странным, врачами эвакуогоспиталей Дагестана был успешно претворен в жизнь.

Кроме докладов на республиканских научных конференциях, врачи дагестанских эвакуогоспиталей принимали участие и выступали с сообщениями на конференциях за пределами республики: на 1-ой научной конференции эвакуогоспиталей Азербайджана, на конференции эвакуогоспиталей Грузии. На пленумах госпитальных советов Наркомздравов СССР и РСФСР с докладами выступали С.М. Алибеков и С.И. Ризваш. Работниками эвакуогоспиталей Наркомздрава ДАССР издано более 300 научных работ, из них около 200 - отдельными сборниками, 8 - защищены как диссертации. Научная продуктивность сотрудников эвакуогоспиталей росла по мере роста их военно-врачебного опыта. Если в 1941 году было сделано 9 научных сообщений, то в 1942 году - 176, а за 1943-1944 годы - около 550.

Большую помощь в деле постановки лечебной работы врачей эвакуогоспиталей Дагестана оказывали не только сотрудники Дагестанского медицинского института, работавшие в качестве консультантов, но и видные ученые братских республик Закавказья, которые активно участвовали в работе научных съездов и конференций, делились своими знаниями и опытом лечения раненых. Среди них профессора: Н.В. Антелева, Д.Г. Мамамтавришвили, М.А.Топчибашев, Г.Ф. Алиева, Г.Р. Курбанов и др.

Особенно надо отметить, что в самые тяжелые военные годы институт возглавляли ректоры Иван Иванович Шаров и Могуч Сергеевич Яникиан. После того как мединститут из временной эвакуации в г. Дербент вернулся в октябре 1942 г. в столицу, где некоторые его здания оказались занятыми эвакуогоспиталями, возник вопрос о закрытии мединститута в Дагестане и переводе его в 1943 году в Грозный. Ценой невероятных усилий правительства Дагестана и лично Яникиана, как директора вуза, институт в самый критический момент его жизни, удалось сохранить. Дагестанский мединститут достойно справился с тяжестью военных лет и выпустил для фронта 891 врача. Многие сотрудники и выпускники вуза погибли. Невольно вспоминаются слова Юлиуса Фучика: «Об одном проше тех, кто переживает это время: Не забудьте!..»

Правительство страны высоко оценило и самоотверженный труд выпускников и сотрудников Дагестанского медицинского института, работавших в эвакуогоспиталях Дагестана, фронтовых госпиталях и воевавших на полях сражений. Многие из них были награждены боевыми орденами и медалями. В битве с фашизмом медицина сражалась вместе со своим народом и победила. В числе победителей были и сотрудники Дагестанского медицинского института. Их подвиг достоин восхищения и вечной памяти.

Список литературы:

1. Ахмедов Д.Р., Гаджиев Р.С. Дагестанский медицинский институт в годы Великой Отечественной войны. Материалы научно-практической конференции сотрудников ДГМА, посвященные 70-летию Победы в Великой Отечественной войне 1941-1945 годов. – Махачкала: ИПЦ ДГМА, 2015 г. с. 3-10.
2. Ахмедов Д.Р., Гаджиев Р.С., Хамидов М.А. Деятельность эвакуогоспиталей Дагестана в годы Великой Отечественной войны. Материалы научно-практической конференции сотрудников ДГМА, посвященные 70-летию Победы в Великой Отечественной войне 1941-1945 годов. – Махачкала: ИПЦ ДГМА, 2015 г. с. 10-19.
3. Гаджиев Р.С., Османова Ф.М. Книга памяти. Дагестанский медицинский институт в годы Великой Отечественной войны. Махачкала: Издательство «Лотос», 2005. 304 с.

*Джумагазиев А.А., Брысина Н.Р., Лихачева Н.С., Безрукова Д.А.,
Богданьянц М.В., Акмаева Л.М., Усаева О.В.*

*ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Астрахань, ГБУЗ АО «Детская городская поликлиника №1», г. Астрахань, Россия*

ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ ГОРОДА АСТРАХАНИ

Актуальность. Ожирение является одним из самых распространенных в мире хронических заболеваний. Глобальный масштаб проблеме придает эпидемическая скорость распространения ожирения. Ожирение стало более серьезной проблемой здравоохранения, чем голод [1]. Число людей с лишним весом в мире составляет более 2,1 млрд. человек, что без малого в 2,5 раза больше, чем число голодающих. До 5% смертей на планетесвязанос ожирением. Вместе с тем до сих пор ни одна программа в мире по профилактике ожирения не смогла предотвратить рост числа полных людей.

Ожирение оказывает неблагоприятное воздействие на организм ребенка. Оно является фактором, обуславливающим более высокую вероятность ожирения, преждевременной смерти и инвалидности в старшем возрасте. Во взрослой жизни у детей с ожирением высока вероятность развития ранних признаков сердечно-сосудистых заболеваний, инсулинорезистентности, гипертонии, переломов, психологических нарушений.

Считается, что ожирение детского возраста является полиэтиологическим заболеванием и реализуется при сложном взаимодействии генетических и средовых факторов [2]. Одной из ключевых составляющих развития ожирения на современном этапе является концепция пищевого программирования, согласно которой характер питания ребенка в первые 1000 дней жизни предопределяет особенности его метаболизма на протяжении всей последующей жизни в т.ч. предрасположенность к ожирению [3]. Избыточная прибавка массы тела на первом году жизни является фактором, программирующим ожирение в старшем возрасте. Сохранение грудного вскармливания, при котором уровень инсулиногенных аминокислот невысок, способствует снижению риска ожирения у детей [4, 5].

У детей распространенность избыточной массы тела и ожирения в мире существенно выросла в течение менее чем одного поколения, и уже 42 млн детей в возрасте до 5 лет имеют избыточную массу тела или ожирение [1,8,9]. В связи с нарастающей угрозой повсеместного распространения заболевания, ВОЗ в своей структуре сформировала Комиссию высокого уровня по ликвидации детского ожирения.

Одна из наиболее доказательных работ по изучению распространенности избыточной массы тела и ожирения у детей в России проведена с помощью единого методического подхода по мультицентровому исследованию с участием 5182 человек (2696 мальчиков, 2486 девочек) в возрасте 5, 10 и 15 лет. Установлено, что распространенность избыточной массы тела и ожирения у обследованных детей равна 19,9 и 5,6% соответственно. Полученные данные свидетельствуют о значительной распространенности избыточной массы тела и ожирения у детей в РФ [6]. В более поздней работе [7] распространенность ожирения у детей в Астрахани оказалась несколько выше показателей мультицентрового исследования [6]: избыточную массу тела имеют 14,18% человек, из них ожирением страдают 8,01%.

Цель исследования. Установить в динамике (2012-2016 гг) распространенность избыточной массы тела и ожирения у детей города Астрахани.

Материал и методы. По данным работы Центра здоровья ГБУЗ АО «ДГП№1» г Астрахани за период с 2012 по 2014 рандомизировано и обследовано 17417 детей в возрасте от 5 до 17 лет. В 2016 году рандомным методом проведено обследование 4310 детей того же возраста. Проводилась оценка антропометрических данных: масса тела определялась на электронных весах, рост измерялся с помощью ростомера, индекс массы тела (ИМТ) рассчитывался путем деления массы тела (кг) на квадрат роста (м²). Избыточная масса тела и ожирение верифицировались с использованием международных критериев ИМТ с учетом возраста и пола ребенка.

Результаты. В динамике среди обследованных детей отмечается некоторое снижение числа полных детей: если в 2012-2014 годы избыточную массу тела и ожирение имели 14,2% человек, то в 2016 году их доля составила 11,3 % от числа всех обследованных детей, в т.ч. ожирением соответственно страдали 8,0% и 7,7%. Отмечаются гендерные различия: распространенность ожирения у

мальчиков выше (55,1% в 2012-2014 гг. и 53,2% - в 2016 г), чем у девочек. В возрастном регистре наибольший процент от количества обследованных детей приходится на 15 лет. Тревожит то, что на фоне уменьшения общего количества детей с ожирением, их число с ожирением 3 степени, когда масса тела превышает 50% от средневозрастных, возросло с 0,3% в 2012-2014 гг. до 0,8% - в 2016 году.

Выводы. В городе Астрахани сохраняется высокая распространенность детей с избыточной массой тела и ожирением. Полиэтиологичность детского ожирения диктует необходимость разработки с позиций доказательной медицины методов комплексной профилактики и лечения.

Список литературы:

1. World Health Organization Fact sheet № 311. Obesity and overweight [updated 2016 Jan; cited 2016 Jun 13]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en>.
2. Джумагазиев, А.А. Прогностическое значение некоторых факторов риска развития ожирения у детей / А.А. Джумагазиев, Г.И. Сучков, Н.В. Лихачева, М.А. Ланцева // - Аллергология и иммунология. - 2013. - №2. - С.104.
3. Джумагазиев, А.А. Питание грудного ребенка с позиций нутриентного программирования здоровья / Джумагазиев А.А., Райский Д.В., Казимирова Е.И., Козина Т.Ф., Безрукова Д.А. В сборнике: Здоровье детей: профилактика социально-значимых заболеваний. СПб - 2008 Форум посвящен памяти профессора Игоря Михайловича Воронцова. 2008. С. 129-130.
4. Конь, И.Я. Результаты мультицентрового исследования особенностей вскармливания детей в основных регионах Российской Федерации. Сообщение 1. Распространенность грудного вскармливания и факторы, влияющие на продолжительность лактации / Конь И.Я., Гмошинская М.В., Боровик Т.Э., Булатова Е.М., Джумагазиев А.А., Ладодо К.С., Прахин Е.И., Решетник Л.А., Санникова Н.Е., Углицких А.К., Фатеева Е.М., Фурцев В.И., Шилина Н.М. // Вопросы детской диетологии. 2006. Т. 4. № 2. С. 5-8.
5. Конь, И.Я. Особенности введения продуктов и блюд прикорма в различных регионах РФ. Сообщение 2. Результаты мультицентрового изучения особенностей питания детей первого года жизни в Российской Федерации / И. Я. Конь, М.В. Гмошинская, Т.Э. Боровик, Е.М. Булатова, А.А. Джумагазиев, К.С. Ладодо, Е.И. Прахин, Л.А. Решетник, Н.Е. Санникова, Е.М. Фатеева, В.И. Фурцев, Н.М. Шилина // Вопросы детской диетологии. - 2006. Т. 4, № 4. - С. 54-59
6. Тутельян В.А., Батурин А.К., Конь И.Я., и др. Распространенность ожирения и избыточной массы тела среди детского населения РФ: Мультицентровое исследование // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. — 2014. — Т.93. — №5. — С.28–31.
7. Джумагазиев А.А. Распространенность избыточной массы тела и ожирения у астраханских детей / А.А. Джумагазиев, О.И. Паньковская, Н.В. Лихачева. – Материалы IX Российского форума «Здоровое питание с рождения: Медицина, образование, пищевые технологии. Санкт-Петербург – 2014». - С. 43-44.
8. Шаповалова М.А., Бучин В.Н., Резаев А.А., Симонов С.Н., Ярославцев А.С. Состояние здоровья популяции новорожденных в районе, прилегающем к астраханскому газовому комплексу / Педиатрия (г. Ташкент). 1994. № 5. с. 29.
9. Lobstein T, Jackson-Leach R, Moodie ML, et al. Child and adolescent obesity: part of a bigger picture. Lancet. 2015;385(9986):2510–2520. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61746-3.

Дикарёва Л.В., Котова Ю.Ю.

*ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Астрахань, Россия*

СТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭНДОМЕТРИАЛЬНОГО СЕКРЕТА БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ

Последние десятилетия во многих странах мира характеризуются ростом заболеваемости миомой матки (ММ) и гиперпластическими процессами эндометрия (ГПЭ). Наряду с нарастанием тен-

денции к «омоложению» контингентов заболевших, обращает внимание и рост частоты заболевания ММ в перименопаузальном периоде, а также увеличение числа больных, находящихся в постменопаузе [1,3,5]. [

Между тем, раннее выявление ГПП мио-эндометрия и атипической гиперплазии эндометрия (АГЭ), прогноз дальнейшего их развития до сих пор остается сложной и далеко не во всем решенной проблемой (так, например, бывает непросто выделить отдельный участок атипии на фоне активно функционирующего эндометрия). По данным Е.Г. Новиковой и соавт. (2005), результативность диагностических выскабливаний у пациенток репродуктивного и перименопаузального возрастов достигает только 47,6% и 61% соответственно [3]. Поэтому разработка относительно простых, но достаточно информативных методов, которые можно было бы широко использовать (и, прежде всего, в условиях женской консультации!) у пациенток различных возрастных групп, имеет большое практическое значение [1, 2].

В последние годы несколько изменилась точка зрения на патогенез ГПП матки. Так, помимо традиционной дисгормональной концепции все чаще обсуждается вопрос о значении инфекции и воспаления, а также последствий многократных «агрессивных» акушерско-гинекологических манипуляций в развитии рассматриваемой патологии [3]. Указанное обстоятельство позволяет рассматривать воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) как дебют формирования на протяжении жизни женщины исследуемой патологии [2]. Эндокринные нарушения, возникающие у больных с ВЗОМТ, остаются и после исчезновения клинических проявлений сальпингоофорита и эндомиометрита, приобретают форму самостоятельного заболевания. Инфекционный агент сначала приводит к воспалительной реакции различной степени выраженности и окислительному стрессу, а в дальнейшем к изменению рецепторного аппарата матки, следствием которых является развитие пролиферативных и ГПП в органах – мишенях, в частности, в матке [2, 3].

Цель исследования: усовершенствовать подход к диагностике гиперпластических процессов эндометрия у больных миомой матки путем оценки структурных особенностей эндометриальных смывов или менструальных выделений.

Задачи:

С помощью метода клиновидной дегидратации изучить структурные особенности эндометриального секрета (ЭС) и менструальных выделений (МВ) больных миомой матки и гиперпластическими процессами эндометрия

Определить возможность использования данного метода для ранней диагностики рассматриваемой патологии.

Методы исследования. Проанализированы клинико-лабораторные данные от 448 больных ММ (основная группа) и 101 женщины контрольной группы, не имевших заболеваний репродуктивных органов. Пациентки обеих групп были сопоставимы по возрасту. В основной группе в репродуктивном возрасте находилось 150 (33,5%), в перименопаузальном – 184 (41,1%), в мено – постменопаузальном – 114 (25,5%) больных. Контрольная группа была представлена 44 (43,6%) женщинами репродуктивного возраста, 33 (32,7%) перименопаузального и 24 (23,8%) менопаузального возрастов.

Больные основной группы были разделены на следующие подгруппы: первую, состоящую из 236 (52,7%) больных ММ с нормальным строением эндометрия (Э), вторую – 154 (34,4%) ММ в сочетании с ГПЭ, третью, куда вошли 58 (12,9%) больных ММ в сочетании с РЭ. У всех пациенток наряду с традиционным клинико-лабораторным обследованием проводился структурный анализ биологических жидкостей (БЖ), оттекающих непосредственно от патологически измененного органа. Выбор ЭС, МВ в качестве исследуемого биологического материала обусловлен тем, что при применении иммунофлюоресцентного и гистохимического исследования образцов тканей нормального, гиперплазированного и малигнизированного Э была показана способность ряда ферментов и их изоформ накапливаться в апикальных отделах железистых клеток, а затем выделяться в эндометриальную слизь [5]. В последние годы в клинической медицине получил широкое распространение метод структурного анализа (клиновидной дегидратации) БЖ, базирующийся на извлечении информации при фазовом переходе БЖ в твердое состояние, который впервые использован нами при исследовании МВ и ЭС. [4].

Результаты: Во всех исследуемых группах, проводился анализ структурообразующих элементов, выявляемых методом клиновидной дегидратации. У пациенток репродуктивного возраста исследовались фации МВ, а в пре - и перименопаузальных периодах – преимущественно - фации ЭС.

В результате исследований последних было выделено три типа фаций, характеризующих со-

стояние Э:

- радиальный, формирующий «отдельности», регистрировался у женщин контрольной группы (в обе фазы менструального цикла) и в 48,4% случаев у больных ММ с нормальным строением Э;
- комбинированный - определялся у больных ММ в сочетании с ГПЭ, при нем ещё сохранялась радиальность, но появлялось умеренное количество трехлучевых трещин, маркеров неблагополучия;
- трехлучевой, характерен для пациенток с АГЭ и РЭ. В препаратах больных РЭ по всей площади фаций ЭС отмечалось наличие сети трехлучевых трещин.

Т.о., патогномичным признаком нарастания тяжести патологии Э является увеличение удельного веса площади трехлучевых трещин (Стр) и уменьшение площади радиальности (Срад). Так, у пациенток контрольной группы Стр соответствовала $0,4 \pm 0,06$ мм², у больных ММ с нормальным строением Э - $1,1 \pm 0,08$ мм², а у больных ГПЭ и АГЭ соответственно - $2,1 \pm 0,11$ мм² и $3,2 \pm 0,58$ мм². Максимального значения этот показатель достигал в группе больных, у которых ММ сочеталась с РЭ - $6,7 \pm 0,6$ мм² ($p < 0,05$). Для определения силы взаимосвязи между исследуемыми показателями - Срад и Стр был рассчитан тетракорический коэффициент Пирсона, который увеличивался по мере нарастания тяжести патологии мио - эндометрия от 0,3 в контрольной группе и до 0,8 при РЭ.

Заключение: Предлагаемый метод оценки состояния Э позволяет получить информацию в короткие сроки, в разные возрастные периоды жизни женщины, на малых объемах БЖ, с минимальными материальными затратами, оценить характер патологического процесса, определить оптимальный объем лечения. Другой важной особенностью предлагаемого метода является атравматичность забора материала, возможность одновременного проведения цитологического исследования и использования его в условиях женской консультации.

Список литературы:

1. Патент РФ на изобретение № 2290639 «Способ оценки состояния эндометрия при новообразованиях женских гениталий» от 27. 12. 2006 г. Соавт.: Е.Г. Шварев, А.К. Аюпова, Д.Л. Оводенко
2. Патент РФ на изобретение № 2327164 от 20. 06. 2008 г. «Способ диагностики гиперпластических процессов эндометрия у больных миомой матки». Соавт.: Е.Г.Шварев, Д.Л.Теплый.
3. Новикова, Е. Г. Предрак и начальный рак эндометрия у женщин репродуктивного возраста / Е. Г. Новикова, О. В. Чулкова. – М., 2005.
4. Шабалин В. Н. Морфология биологических жидкостей человека / Шабалин В. Н., Шатохина С. Н.. – М., 2001. – 304 с.
5. Шварев Е. Г. Опухолевые маркеры в диагностике и оценке эффективности гормонотерапии рака эндометрия/ Шварев Е. Г. // Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук. – СПб., 1993. – 34с.

Доронина Т.Н.

**ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Астрахань, Россия**

КЛИНИКО-БИХИМИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ МИОКАРДА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Существующие клинические и инструментальные методы исследования не позволяют субъективно и в полном объеме оценивать особенности тканевого гомеостаза при врожденных пороках сердца. До сих пор остаются неясными биохимические аспекты адаптации миокарда к новым гемодинамическим условиям при пороках сердца на до- и послеоперационном этапах [3-6].

С этой целью в последние годы стали использоваться современные методы лабораторной диагностики: определению уровней тропонина-Т и активности МВ-креатинфосфокиназы (МВ-КФК) [1-3].

Цель исследования: установить клинико-биохимические критерии оценки состояния миокар-

да у детей с врожденными пороками сердца.

Задачи:

1. Изучить уровни тропонина-Т и активности МВ-КФК у детей с врожденными пороками сердца.

2. Установить диагностическое значение биохимических показателей в оценке состояния миокарда.

Характеристика детей и методы исследования: Под наблюдением находились 56 детей раннего возраста с врожденными изолированными дефектами межжелудочковой перегородки. Диагноз врожденного порока сердца (ВПС) в 70% случаев был установлен антенатально, у остальных - постнатально.

Основные методы включали изучение анамнеза, клинических данных, определение уровня активности "кардиоспецифического" фермента МВ-фракции креатинфосфокиназы, тропонина-Т в сыворотке крови.

Состояние сердечно-сосудистой системы у детей с ВПС оценивалась в динамике до- и после операции клинически. Сердечная недостаточность проявлялась умеренной одышкой, тахикардией, увеличением размеров сердца и полостей, толщины миокарда желудочков с признаками нарушения сократительной способности миокарда.

Согласно этим критериям в дооперационном периоде, выделено 2 группы детей: 1-я группа с благоприятно протекающей адаптацией - 32 ребенка: 2-я группа - с нарушением адаптации - 24 ребенка. Контрольную группу составили условно-здоровые дети (22) без врожденных пороков сердца.

Результаты. У детей с благоприятным течением кардиоадаптации отмечались умеренно выраженные признаки гипертрофии миокарда желудочков (у 15) и дилатации полостей (17). Из них у 11 детей отмечались проявления сердечной недостаточности первой стадии.

Во 2-ю группу вошли дети со средними дефектами перегородки (22) и 2 с малыши. В этой группе определялось расширение границ сердца (21), гипертрофия миокарда желудочков на ЭКГ (24), дилатация полостей сердца (18), утолщение стенок желудочков на ЭХО-КГ у всех. При доплерэхокардиографическом исследовании определялся поток различной интенсивности через дефект в перегородке.

В 1-ой группе детей уровень тропонина-Т и активность МВ-креатинфосфокиназы колебались в пределах нормы. Во 2-ой группе уровень и активность этих показателей были повышены по сравнению с таковыми данными в контрольной группе. Это в сочетании с клинической характеристикой свидетельствует о повреждении миокарда. Наиболее чувствительными являются изменения лабораторных показателей (уровни тропонина-Т и активности МВ-креатинфосфокиназы), по сравнению с клинико-инструментальными данными.

У больных детей 1-ой группы нарушения сердечной деятельности отмечались только первые 1-2 недели после операции. В дальнейшем, кардиоадаптация у них протекала благоприятно. Это подтверждается лабораторными и общеклиническими данными. В 5 случаях в послеоперационном периоде отмечались осложнения: аритмия - 3 случая, дисфункция митрального клапана - 2.

Уровни исследованных биохимических показателей через 3-4 недели не отличались от таковых у здоровых детей ($p > 0,05$), в дальнейшем через 3-6 месяцев после операции данные показатели оставались в пределах нормы.

Во 2-ой группе после кардиохирургической коррекции у всех детей отмечались клинические признаки, расцениваемые нами, как нарушение кровообращения I-II А стадии. При этом, они оказались наиболее выраженными в первые 2 недели после операции. В это время уровни биохимических показателей отмечались значительно увеличенными ($p < 0,001$). У большинства пациентов через 3-4 недели они оставались измененными по сравнению с нормой ($p < 0,05$), но в меньшей степени, чем в первые 2 недели. Клинические проявления поражения миокарда у них в этот период не отмечались.

Выводы:

1. Выявлено, что уровни активности МВ-КФК и тропонина-Т изменяются в различные периоды течения порока.

3. Установлено, что повышение уровней этих показателей можно расценивать, как дополнительные критерии оценки состояния миокарда.

Список литературы:

1. Доронина Т.Н. Врожденные пороки сердца у новорожденных и детей грудного возраста. / Т.Н. Доронина, Н.С. Черкасов // Астрахань - издат. АГМА. - 2011. - 222с.
2. Черкасов Н.С. Заболевания сердца у новорожденных и детей раннего возраста / Н.С. Черкасов // Ростов н/Д: Феникс, 2006 - 192с. (Медицина для вас).
3. Черкасов Н.С. Сердце ребенка / Н.С. Черкасов, Т.Н. Доронина // Монография. Астрахань: издат. Астраханского ГМУ, 2015.- 183 с.
4. Черкасов Н.С. Применение метаболических препаратов при подготовке детей с ВПС к кардиохирургической коррекции / Н.С. Черкасов, Т.Н. Доронина // Сб. тезисов VI Всероссийского конгресса "Детская кардиология - 2010". - М. - 2010. - С. 399-400
5. Черкасов Н.С. Клинико-биохимическая оценка сердечной деятельности у детей после радикальной коррекции тетрады Фалло / Н.С. Черкасов, Т.Н. Доронина // Материалы IX Российского конгресса "Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии". - М. - 2010. - С. 155
6. Черкасов Н.С. Заболевания сердца и новорожденных и детей раннего возраста / Н.С. Черкасов, Т.Н. Доронина // Монография. - Астрахань: АГМА, 2014. -345 с.

Доронина Т.Н., Расцепкина Н.И., Балашова Т.И.

*ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Астрахань, Россия*

СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ У ДЕТЕЙ С ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИЕЙ

Известно, что экстрасистолы - это самая распространенная форма нарушений ритма сердца, которая составляет около 50 % всех аритмий у детей. Актуальность проблемы обусловлена многообразием причин экстрасистол, сложным разнообразным механизмом реализации, упорством клинического течения, а также наличием побочных эффектов антиаритмических средств [1-3]. В развитии нарушений ритма сердца определенную роль играет дисфункция нейровегетативной регуляции сердечной деятельности [3-7].

Цель исследования: изучить особенности вариабельности ритма сердца при желудочковых экстрасистолиях у детей младшего школьного возраста.

Задачи:

1. Установить состояние энергообеспеченности миокарда у детей с желудочковой экстрасистолией.
2. Определить значение основных параметров вариабельности ритма сердца (ВРС) для оптимизации терапии у пациентов с изучаемой патологией.

Характеристика детей и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 56 детей в возрасте от 7 до 11 лет с желудочковыми экстрасистолией (ЖЭ). Критериями исключения служило наличие у пациентов органической кардиальной патологии. Из методов исследования использовались: анамнестический, клинический, лабораторный и инструментальный, включая ЭКГ, Холтер-ЭКГ, исследование ВРС, ЭХОКГ. Изучение спектральных параметров ВРС проводилось на аппарате Полиспектр 12-Е фирмы Нейрософт.

Результаты исследования. Нами было установлено, что всех пациентов объединяет появление экстрасистол от 3-х до 6-ти месяцев назад. Среди возможных причин ЖЭ были переутомление 18 (32,14%), стресс 12 (21,43%), перенесенные острые респираторные заболевания 8 (14,3%).

Жалобы у детей отмечались редко в виде утомляемости, слабости, неприятных ощущений в области сердца, у 12,4% детей отмечались головные боли, головокружение, редко (6%) кардиалгии.

Клинически границы относительной сердечной тупости у всех детей были в пределах возрастной нормы, аускультативно тоны сердца были от умеренно приглушенных, до звучных. Выслушивались множественные экстрасистолы от 4 -10 в минуту. Признаков хронической сердечной недостаточности не отмечалось. На ЭКГ частота сердечных сокращений колебалась от 50 до 108 в минуту. Электрическая ось сердца была отклонена влево у 1 ребенка. Отмечалась повышенная эктопиче-

ская желудочковая активность. Было выявлено, что у 35 детей левожелудочковые, а у 21 пациента правожелудочковые ЭС. На ЭХОКГ определяли малые аномалии развития сердца: пролапс митрального клапана у 9-ти детей, дополнительная хорда левого желудочка- в 12 – ти случаях. Нарушений сократительной способности миокарда не определялось. ХМЭКГ выявляло желудочковые экстрасистолы с различной частотой (от 2000 до 12000 в сутки).

Лабораторно, по данным общего анализа крови и уровней С-реактивного белка активность процесса не выявлялась. У всех детей проводилось исследование variability ритма сердца. При этом, установлено, что в общей группе отмечалось умеренное снижение ($P < 0,05$) общей мощности спектра (TP) и высокочастотного компонента (HF), при значительном разбросе значений других показателей (VLF, LF). Учитывая неоднородность группы детей с экстрасистолиями, а также значительные колебания основных показателей ВРС, нами детально проанализирована эта группа. В основу детей на 2 подгруппы были положены значения указанных выше показателей ВРС. В первую подгруппу вошли 28 детей, имеющие наиболее выраженные отклонения ($P < 0,01$; $0,001$) величин общей мощности спектра и высокочастотного показателя. Вторую – составили остальные пациенты (38), у которых колебания основных показателей ВРС (TP, LF, HF, VLF) не выходили за пределы возрастной нормы ($P > 0,05$). Обращало внимание, что клиничко-анамнестические данные у пациентов обеих групп существенно не отличались. Однако, на ЭКГ у детей первой подгруппы в 2 раза чаще встречались желудочковые экстрасистолы с частотой 8-12 в минуту, и реже, эти нарушения выявлялись с меньшей частотой. Это подтверждается и при анализе ХМ-ЭКГ.

Следовательно, у детей во второй подгруппе значительно чаще встречались желудочковые экстрасистолы с частотой до 3000 в сутки. Данные сопоставления позволяют считать, что деление детей с желудочковыми экстрасистолиями по уровням основных критериев ВРС соответствует тяжести этой патологии. Среди основных показателей ВРС ведущими при характеристике желудочковой экстрасистолии можно считать TP и HF. Эти компоненты характеризуют вегетативную обеспеченность организма. При этом, снижение энергетической способности миокарда коррелирует с тяжестью экстрасистолии ($k=0,71$ $k=0,85$).

Выводы:

1. Состояние энергообеспеченности миокарда важно оценивать спектральные показатели variability ритма сердца.
2. Основные параметры ВРС: общая мощность спектра, высокочастотный показатель и реже другие необходимо использовать для оптимизации терапии детей с желудочковой экстрасистолией.

Список литературы:

1. Сосиновская Е.В. Состояние факторов, способствующих развитию синдрома вегетативной дистонии, частота встречаемости нарушения сердечного ритма / Сосиновская Е.В., Черкасов Н.С. // Актуальные проблемы кардиологии детей и взрослых: Материалы межрегион. науч. прак. конф. - Астрахань, 2010. - С. 87-90.
2. Сосиновская Е.В. Патогенетические аспекты изменения сердечной деятельности при эпилепсии у детей (Краткий обзор) / Сосиновская Е.В., Черкасов Н.С. // Актуальные проблемы кардиологии детей и взрослых: Материалы межрегион. науч. прак. конф. - Астрахань, 2011. - С. 60-63.
3. Сосиновская Е.В. Актуальность применения метода изучения variability сердечного ритма у детей / Сосиновская Е.В., Черкасов Н.С., Цоцонва Ж.М. // Астраханский медицинский журнал. - 2013. - № 3, том 8. - С. 31-35
4. Сосиновская Е.В. Спектральные параметры variability сердечного ритма детей, страдающих эпилепсией на фоне различных противосудорожных препаратов / Сосиновская Е.В., Черкасов Н.С., Цоцонва Ж.М. // Лекарство и здоровье человека, посвященный 95-летию АГМА: Материалы XII межрегион. науч. прак. конференция - Астрахань. - 2013. - С. 169-172.
5. Сосиновская Е.В. Спектральные параметры variability сердечного ритма в оценке сердечной деятельности детей, страдающих эпилепсией. / Сосиновская Е.В., Черкасов Н.С., Цоцонва Ж.М. // Астраханский медицинский журнал. – 2014. - №1, Т.9. – С. – 78-82.
6. Черкасов Н.С. Нарушение ритма сердца и проводимости у детей раннего возраста / Черкасов Н.С., Доронина Т.Н. // Учебно-методическое пособие. Астрахань: Астраханский ГМУ, 2015. – 52 с.

7. Черкасов Н.С. Неготложная помощь при нарушениях ритма сердца и проводимости у детей / Черкасов Н.С., Доронина Т.Н. // Учебно-методическое пособие. Астрахань: Астраханский ГМУ, 2015. – 32 с.

Енгибарян К. Ж., Башкина О. А., Красилова Е. В., Касымова Е. Б., Сергиенко Д. Ф.

*ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Астрахань, Россия*

ОСОБЕННОСТИ КЛЕТОЧНОГО И ГУМОРАЛЬНОГО ЗВЕНЬЕВ ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ ЭПШТЕЙНА-БАРР ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

В последние годы в генезе как инфекционной, так и соматической патологии все большее значение приобретают герпесвирусы. Внимание, которое вирусологи и клиницисты проявляют к герпесвирусным заболеваниям человека, связано с их значительной эпидемиологической ролью и социальной значимостью в современном мире. Они занимают одно из ведущих мест в связи с широким распространением, многообразием клинических проявлений, различными путями передачи [1, 2, 3]. Неуклонный рост числа герпесвирусных заболеваний у детей обуславливает необходимость всестороннего изучения их клиники, совершенствования методов диагностики и разработки эффективных подходов к их профилактике и лечению [3, 5, 6, 7]. По данным многочисленных исследований, вирус Эпштейна — Барр (ВЭБ) является одним из самых распространенных из группы герпесвирусов [1]. До 90 % человеческой популяции инфицировано ВЭБ, причем большинство инфицируется еще в раннем детстве, а к трем годам до 20–70 % становятся его носителями. Выявлено, что возраст инфицирования зависит от социально-экономических условий, урбанизации, скученности населения и т.д. — в развитых странах инфицированность детей наблюдается в более ранние сроки, а распространенность инфекции выше, чем в развивающихся [5, 7]. По данным литературы, наличие иммунодефицита у детей с хронической ЭБВИ в определенных случаях, связано с дисфункцией тимуса — центрального органа иммуно — и лимфоцитопоэза, что проявляется тимомегалией (ТМ) [4, 5, 7].

Целью исследования было изучение особенностей клеточного и гуморального звеньев иммунитета у детей раннего возраста с хронической Эпштейна-Барр вирусной инфекцией на фоне сопутствующей тимомегалии.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 148 детей в возрасте от одного до трех лет, которые находились на стационарном лечении в аллергологическом отделении ОДКБ им. Н. Н. Силищевой с диагнозом: рецидивирующая вирусная инфекция. Все пациенты были разделены на две группы. В I группу вошло 86 пациентов с ХЭБВИ без ТМ. Во II группу было отобрано 62 больных с ХЭБВИ и сопутствующей ТМ.

С целью изучения иммунного статуса пациентов было проведено определение содержания лимфоцитов, CD3+ (Т-лимфоцитов), CD4+ (Т-хелперов), CD8+ (Т-супрессоров), CD16+ (NK- клеток), CD21+ (В-лимфоцитов), иммуноглобулина G (Ig G), иммуноглобулина M (Ig M) и иммуноглобулина A (Ig A).

Диагноз «тимомегалия» устанавливался на основе рентгенологического и ультразвукового исследования железы в соответствии с нормативными данными.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием методов вариационного ряда с вычислением средней арифметической величины, стандартной ошибки среднего арифметического. Достоверность разницы двух выборок оценивали при помощи критерия Стьюдента (t).

Результаты исследований: При анализе клеточного и гуморального звеньев иммунитета у пациентов I группы состояние Т-системы было более компенсировано, однако количество киллеров, хотя и недостаточно, было сниженным.

Несмотря на активность клеточного звена иммунитета у ВЭБ-инфицированных детей без ТМ, выявлялось снижение маркера активации, пролиферации и дифференцировки Т-лимфоцитов — ИЛ-2, что было особенно выражено при хроническом течении инфекции с ТМ.

У больных ХЭБВИ с ТМ было обнаружено достоверное снижение концентрации лимфоцитов до (21,02±0,83)% против показателей у детей ХЭБВИ без ТМ (29,70±0,95 %, CD3+ – до (42,82±1,2)%

относительно ($48,17 \pm 1,05$). При изучении хелперной фракции клеточного звена иммунитета установлены достоверные снижение содержания CD4+ у детей II группы до ($24,14 \pm 0,78$)% в отличие от данной группы контроля ($30,37 \pm 0,59$ %). В то же время, у больных ХЭБВИ без ТМ наблюдалось повышение содержания CD8+, CD16+, CD21+ в сыворотке крови до ($25,64 \pm 0,94$)%, ($22,04 \pm 0,57$)% и ($25,00 \pm 0,47$)% соответственно по сравнению с показателями ХЭБВИ без ТМ ($20,91 \pm 0,89$)%, ($20,24 \pm 0,61$)% и ($22,00 \pm 0,50$)%

При хроническом течении ЭБВИ с ТМ активность и поглощающая способность гранулоцитов значительно превышали показатели детей с ХЭБВИ без ТМ. Дисбаланс в соотношении процента фагоцитирующих клеток и фагоцитарного числа свидетельствует о напряжении системы фагоцитоза при еще достаточных компенсаторных возможностях функций нейтрофилов. Особенно высоким и статистически достоверным показателем дискоординации функций иммунной системы являлось многократное повышение уровня ЦИК. Так, в первой группе концентрация ЦИК составила $127,6 \pm 39,65$ ед.опт.пл. ед. У детей с хроническим течением инфекции с ТМ уровень ЦИК был несколько выше, хотя также значимо превышал нормальные показатели ($146,8 \pm 20,84$ ед.опт.пл.).

Во время анализа гуморального звена иммунитета у детей II группы была выявлена дисиммуноглобулинемия. Исследования Ig G и Ig A показало их достоверное повышение по сравнению с данными I группы ($p < 0,01$), Ig M в обеих группах было в возрастной норме.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что у детей ХЭБВИ протекающей на фоне ТМ, происходит более существенные нарушения показателей как клеточного, так и гуморального звеньев иммунитета, которые, в первую очередь, обусловлены угнетением функции иммунокомпетентных клеток.

Изменения в иммунном статусе у детей с ТМ соответствуют критериям тимус-зависимой иммунологической недостаточности, при которой нарушаются показатели Т – клеточного звена иммунитета и, как следствие этого, наблюдается дисфункция гуморальных факторов

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о наличии нарушений клеточного и гуморального звеньев иммунитета как у детей с ХЭБВИ без ТМ, так и у больных с ХЭБВИ и сопутствующей тимомегалией.

Выводы:

1. У детей с ХЭБВИ сопутствующей тимомегалии иммунный статус характеризовался нарушениями клеточного звена с лимфопенией, Т – лимфопенией, снижением концентрации Т – хелперов и повышением уровня Т – супрессоров и В – лимфоцитов, а также признаками дисиммуноглобулинемия, что проявлялась повышением содержания Ig A и Ig G.

2. При сравнении данных было выявлено, что изменение показателей клеточного и гуморального звеньев иммунитета при наличии сопутствующей тимомегалии характеризовалась более значительным снижением содержания лимфоцитов, CD3+, CD4+, CD8+ и повышением субпопуляций В-лимфоцитов. Параллельно у детей этой группы отмечалось увеличение концентрации IgA и увеличение уровня IgG.

Список литературы:

1. Башкина О.А., Алешкин В.А., Афанасьев С.С., Воробьев А.А., Сомова Е.И., Рубальский О.В., Кокуев А.В. Патогенетическая роль инфекционного компонента при лимфаденопатиях у детей в современных условиях. // Вестник Российской академии медицинских наук. 2004. № 7. С. 47-51.

2. Башкина О.А. Клинико-иммунологический мониторинг и цитокиноterapia у детей с рецидивированием респираторных заболеваний. Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова. Москва, 2006

3. Касымова Е.Б., Башкина О.А., Галимзянов Х.М. Клиническая эффективность применения циклоферона в комплексной терапии инфекционного мононуклеоза у детей. Антибиотики и химиотерапия. 2011. Т. 56. № 9-10. С. 37-40.

4. Касымова Е.Б., Башкина О.А., Галимзянов Х.М., Романцов М.Г., Енгибарян К.Ж., Родина Л.П. Оптимизация фармакотерапии у детей с острой Эпштейна-Барр вирусной инфекцией. // Экспериментальная и клиническая фармакология. 2014. Т. 77. № 1. С. 26-29.

5. Крамарев С.А. Герпесвирусные инфекции у детей // Medicus Amicus. — 2003. — № 4. — С. 8-9.

6. Леенман Е.Е., Афанасьев Б.В., Пожарисский К.М., Денисенко В.Б. О роли вируса Эпштейна — Барр в патогенезе лимфогранулематоза. Иммуногистохимическое и молекулярно-биологическое (гибридизация *in situ*) исследование // Иммунопатология, аллергология, инфектология. — 2003. — № 3. — С. 61-64.

7. Симованьян Э.Н., Сизякина Л.П., Сарычев А.М. Хроническая Эпштейна — Барр вирусная инфекция у детей // Доктор.Ру. — 2006. — № 2. — С. 34-42.

Ермоленко А. В., Соцкая Я. А.

*ГУ «Луганский государственный медицинский университет» МЗ ЛНР,
Луганская народная республика*

КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Вступление. Клиническая значимость гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) обусловлена рядом факторов: широкой распространенностью заболевания во всем мире, встречаемостью в различных возрастных категориях, отсутствием тенденции к самоограничению, поздним обращением пациентов за медицинской помощью и бесконтрольным самолечением, несмотря на выраженность симптоматики заболевания.

У больных ГЭРБ часто развиваются аспирационные пневмонии, бронхиальная астма, хронические обструктивные болезни легких (ХОБЛ). Недостаточная изученность патогенетических взаимосвязей ГЭРБ и ХОБЛ требуют дальнейших исследований в этом направлении. Поэтому мы посчитали актуальным изучение влияния современных препаратов эзометилэна и урсолитина состояние антиоксидантной системы и перекисного окисления липидов[1-6].

Материалы и методы. Было обследовано 72 больных ГЭРБ в сочетании с ХОБЛ, которые были разделены на две группы - основную (37 человек) и сопоставления (35 человек), рандомизированных по полу, возрасту и характеру течения сочетанной патологии. Возраст обследованных составил от 28 до 55 лет, следует отметить, что все больные, находившиеся под наблюдением, постоянно проживали в большом промышленном регионе Донбасса при наличии экологически вредных факторов окружающей среды.

Полученные результаты. В целом клиническая картина данной коморбидной патологии у обследованных характеризовалась наличием таких симптомов: отрыжка, приступы удушья после еды, боль за грудиной, боль и тяжесть в эпигастрии, периодическую тошноту, рвоту, дисфагию, а также постоянного кашля, одышки, как при физической нагрузке, так и в покое. Проведение специального биохимического исследования до начала лечения у обследованных больных ГЭРБ на фоне ХОБЛ, позволило установить четко выраженное повышение активности процессов липопероксидации и одновременно подавления активности ферментов системы антиоксидантной защиты.

После окончания лечения у больных с ГЭРБ на фоне ХОБЛ, в основной группе (которая в комплексе лечения принимала комбинацию эзометилэна и урсолитина) изученные иммунологические показатели существенно нормализовались. Проведение общепринятой терапии у больных ГЭРБ на фоне ХОБЛ имеет определенное положительное влияние на изученные клинические и биохимические показатели, в частности на активность процессов ПОЛ и состояние ферментативного звена системы АОЗ, но не обеспечивает полной нормализации изученных показателей более чем у 80% пациентов.

Выводы. Таким образом, можно считать перспективным и целесообразным использование комбинации современных препаратов урсолитина и эзометилэна при лечении больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью на фоне хронической обструктивной болезни легких с целью коррекции нарушений метаболического гомеостаза.

Список литературы:

1. Андреев Л.И. Методика определения малонового диальдегида / Л.И. Андреев, Л.А. Коже-

мякин // Лаборат. дело. - 1988. - №11. - С. 41-43.

2. Бабак О.Я. Новые стандарты ведения больным гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью // Здоров'я України. — 2008. — № 3. — С. 11–15.

3. Васильев Ю.В. ГЭРБ: патогенез и клиника // Международный медицинский журнал - 2003. - Т. 9, № 1. - С. 31-34.

4. Гаврилов В.Б. Спектрофотометрическое определение содержания гидроперекисей липидов в плазме крови /В.Б. Гаврилов, М.И.Мишкорудная // Лабораторное дело. -1983. - № 3. - С. 33-36.

5. Новикова Н.Е., Кудряшева И.А.,Ахминеева А.Х. Окислительный стресс при хронической обструктивной болезни легких// Астраханский медицинский журнал. –2012. –Т.7.-№3. –С.87-90.

6. Шептулин А.А. Современная стратегия лечения ГЭРБ // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. - 2003. - № 5. -С. 11-12.

Жаманкулова Д.Г., Азимова Р.Т., Космуратова Р.Н., Абдраманова П.С.

*Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова,
г. Актобе, Казахстан*

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ 7 – 11 ЛЕТ С ТИРЕОМЕГАЛИЕЙ В АТЫРАУСКОЙ ОБЛАСТИ, КАЗАХСТАН

Физическое развитие детей и подростков является одним из критериев здоровья развивающегося организма [2]. Щитовидная железа чутко реагирует на изменения внешней и внутренней среды, обеспечивая адаптацию организма [1, 3,4, 6].

Цель исследования. Оценить физическое развитие детей препубертатного возраста с увеличением щитовидной железы в Западном Казахстане (Атырауская область).

Материалы и методы. В рамках 30-ти кластерного анализа распространенности зоба в Атырауской области обследовано 2257 детей в возрасте 7 – 11 лет по протоколам ВОЗ (2007) [6]. Для оценки физического развития дети были распределены на 2 группы: с зобом (тиреомегалия) и без зоба.

Результаты исследования. При обследовании медиана общего тиреоидного объема детей с зобом составила 5,99 мл, без зоба – 3,0 мл, в выборке – 4,12 мл. Основным показателем физического развития детей является рост. У детей с зобом рост составил 136,02±10,6 см, без зоба - 131,76±7,5 см, в выборке – 133,58 ±9,2 см. Исследование средних показателей роста детей показало наличие возрастных отличий. Прирост роста у детей от 7 до 12 лет с зобом составил 22,6 см, без зоба -19,5 см. Проведенное исследование показало, что у детей с зобом рост достоверно был выше, чем у детей без зоба ($t=10,64$; $p<0,001$). Необходимо отметить, что в 12 лет рост детей с зобом опережает рост детей с без зоба ($t=2,38$; $p=0,034$).

Масса тела, так же оказывает влияние, как на физическое развитие, так и на функционирование репродуктивной системы в целом. Проведенный анализ показателей массы тела выявил, что масса тела у детей в группе с зобом выше ($p<0,001$), чем у детей без зоба и гиповолюмией. У детей с зобом она составила 31,72±8,7 кг, без зоба - 28,9 0±6,06 кг, в выборке - 30,11±7,46 кг. Прирост веса у детей от 7 до 12 лет в группе с зобом составил 17,0 кг, без зоба -13,1 кг. Анализ прироста массы тела у детей в зависимости от возраста показал, отмечаются те же тенденции, что и при изучении роста детей, с 11 лет темпы прибавки веса опережают в группе детей с зобом.

Медиана индекса массы тела у детей с зобом составил 16,22 кг/м², без зоба – 16,19 кг/м². Анализ взаимосвязей ОТО показал, что имеется слабая линейная связь с ростом ($r=0,540057$), весом ($r=0,55558$) детей в выборке, что согласуется с другими исследованиями [1,5, 7, 8].

Выводы. Таким образом, у детей с увеличенной щитовидной железой отмечается более высокий рост и вес, что, возможно, обусловлено стимулированием ростовых процессов у детей при начальной степени развития эндемического зоба.

Список литературы

1. Асфандияров Р.И., Удочкина Л.А. Информационный анализ системы «щитовидная железа». // Морфология. - 2008. - Т. 133. - №2. - С. 12.

2. Корреляция соматических заболеваний у девочек-подростков с зубной трансформацией / Шаваева В.А., Захохов Р.М., Узденова З.Х. и др. // Репродуктивноездоровье детей и подростков.-2014.- N 1.-С.50-58.

3. Удочкина Л.А. Морфометрическая характеристика щитовидной железы человека на этапах онтогенеза // Морфологические ведомости. - 2005. - № 3-4. - С. 104-107.

4. Удочкина Л.А. Экспериментальное выявление критических периодов в развитии щитовидной железы // Фундаментальные исследования. - 2006. - № 7. - С. 47-48.

5. Удочкина Л.А. Влияние серосодержащих газов на постнатальный онтогенез трубчатых костей : Автореф. дисс... канд. мед. наук.– Санкт-Петербург, 1997. -.19 с.

6. Удочкина Л.А. Структурные преобразования щитовидной железы на этапах онтогенеза в норме и при воздействии на организм серосодержащего газа: Дисс... д-ра. мед. наук.– Волгоград: ГОУВПО "Волгоградский государственный медицинский университет"., 2006.

7. Kudabayeva K. et al. Estimation of thyroid volume in children from oil-gas producing areas of West Kazakhstan //Biology & Medicine. – 2014. – Т. 6.

8. WHO, UNICEF and ICCIDD, Assessment of iodine deficiency disorders and monitoring their elimination. A guide for programme managers, Third edition (updated 1st September 2008) Publication date:-2007, p.98

Жаркин Н.А., Ван Нань, Марушкина О.И.

*ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Волгоград, Россия*

БАЛЬНЕОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА

Бактериальный вагиноз (БВ) характеризуется высокой частотой рецидивирования, достигающей более 80% при сочетанном обнаружении *Gardnerella vaginalis* и *Atopobium vaginae* – главных представителей микробных биопленок.

Цель: оценить эффективность применения в комплексной терапии БВ природных факторов – сильносульфидных солевых сред (грязь и рапа).

Материал и методы: проведено проспективное сравнительное обследование 56 небеременных женщин репродуктивного возраста. Критерии включения – наличие БВ. Критерии исключения – гонококковая, хламидийная, уреаплазменная, микоплазменная, вирусная (герпес, ВПЧ), трихомонадная, грибковая инфекции. Применены бактериологические методы и полуколичественный метод полимеразной цепной реакции в режиме «реального времени». Были сформированы 2 клинические группы: I группа (основная) – 30 женщин, и II группа (сравнения) – 26. Все они на 1-ом этапе лечения получали антибактериальную терапию препаратами имидазоловой группы. В качестве сопутствующей флоры не редко обнаруживали такие факультативные аэробы, как *Enterobacterium* spp. и *Staphylococcus* spp. На 2-ом этапе для восстановления микрофлоры влагалища применяли: в основной группе – сильносульфидные солевые среды (природные факторы), а в группе сравнения – пробиотики, содержащие лактобактерии (*L. Caseirhamnosus* spp.).

Результаты: у пациенток II группы через месяц после лечения основные маркеры БВ, составляющие микробную биопленку (*G. vaginalis*, *Atopobiumvaginae*) и другие БВ-ассоциированные микроорганизмы (*Leptotrochiaspp.*, *Megasphaeraspp.* и др.) исчезли лишь в 45,4± % случаев ($p<0,05$); уменьшились в своем количестве, оставаясь при этом выше нормы - у 6,4± %; возросли – у 18,2± %. В тоже время, в I группе отсутствие вышеупомянутых бактерий после лечения наблюдалось у всех пациенток (100%). После приема пробиотиков количество лактобактерий повысилось у 54,5± % женщин II группы, а после применения сильносульфидных солевых сред – в 1,3 раза чаще (у 80,0± %; $p<0,05$). После антибактериальной терапии снижение уровня лактобацилл имело место у каждой 2-й пациентки II-й группы (45,4± % женщин; $p<0,05$), и у половины из них отмечался стабильный дефицит последних. У пациенток I группы, напротив, случаев снижения уровня лактобацилл отмечено не было.

Выводы: применение природных факторов, в виде сильносульфидных солевых сред на 2-ом

этапе лечения БВ вероятно оказывает разрушительное воздействие на микробную биопленку, приводя к полной элиминации главных ее представителей: *G.vaginalis* и *Atopobium vagina*, а так же – других БВ-ассоциированных облигатных анаэробов ($p < 0,05$). Более того, после антибактериальной терапии природные факторы способствуют поддержанию пула собственных лактобактерий.

Жаркин Н.А., Корягина А.Н., Лавенюкова Е.М.

*ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Волгоград, Россия*

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКЕ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ

Современной парадигмой в борьбе с акушерскими осложнениями является сохранение репродуктивной функции родильнице. Массивная кровопотеря в результате преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты (ПОНРП) продолжает оставаться одной из наиболее частых причин гистерэктомий, а иногда и материнской смертности. Повышение эффективности хирургических методов, позволяющих быстро остановить кровотечение и сохранить матку, представляется актуальной задачей.

Цель. Улучшить результаты оперативного лечения маточного кровотечения, обусловленного преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты.

Материалы и методы. Проведено исследование "случай-контроль" 80 пациенток, оперированных по поводу преждевременной отслойки плаценты. Всем пациенткам производилась операция кесарева сечения и деваскуляризация матки путем двухсторонней перевязки маточных артерий в двух уровнях. Критерием включения являлось экстренное кесарево сечение (К/С) при ПОНРП, критерием исключения – влагалищные роды, плановое К/С и экстренные К/С, не обусловленные ПОНРП.

Результаты. Эффективность проведенных мероприятий в плане остановки кровотечения и сохранения органа наблюдалась у 76 пациенток, что составило 94%. Перевязка внутренних подвздошных артерий выполнена двоим, а гистерэктомия - четверым пациенткам в связи с угрожающей жизни кровопотерей. Отдаленные результаты в течение 3-х лет после операции у 15 пациенток с сохраненной маткой показали отсутствие нарушений менструальной функции, беременность наступила у 5-и: двое родов в срок путем операции кесарева сечения, 2 медаборта и одна пациентка вынашивает беременность.

Заключение

Таким образом, деваскуляризация матки в виде двухсторонней перевязки маточных артерий в двух уровнях во время кесарева сечения по поводу преждевременной отслойки плаценты оказалась простым в освоении и эффективным методом интраоперационной остановки маточного кровотечения в связи с ПОНРП и может использоваться как превентивная мера при высоком риске его прогрессирования.

Збруева Ю.В., Джувалыков П.Г.

*ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Астрахань, Россия*

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПОСТГИПОКСИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Целью нашего исследования являлся случай установления причины смерти, темпа и типа тавтогенеза ребенка женского пола 2 лет.

Задачей исследования заключалось в анализе данных судебно-медицинского исследования.

Материалы и методы исследования. В работе использовались стандартные методики секционного исследования, судебно-гистологические методы, дополненные полуколичественными техно-

логиями танатогенетического анализа [1-4].

Результаты исследования.

Рассматриваемый нами случай смерти ребенка женского пола 2 лет по месту жительства. Из обстоятельств смерти известно, что ребенок в возрасте 4-х месяцев «запутался» в одеяле, в результате чего наступила остановка дыхания, которая длилась, по словам матери до 7-10 минут. В течение данного времени мать пыталась самостоятельно оказать медицинскую помощь дочери. После восстановления дыхательной деятельности у ребенка диагностирована кома, которая длилась около 2-х месяцев. После восстановления сознания у ребенка диагностирован детский церебральный паралич. Из обстоятельства дела также известно, что ребенок был практически парализован и не реагировал на внешние раздражители. При судебно-медицинском исследовании установлено, что костная система верхних и нижних конечностей развита правильно, но мышцы - с выраженными признаками атрофии. Головной мозг занимает 3/4 объема полости черепа. В проекции сферической поверхности правой лобной и теменной долей мягкая мозговая оболочка резко уплотнена, утолщена до 0,4 см с ржавым оттенком, «провисает» в сторону выше описанных долей. Правые лобная и теменная доли практически отсутствуют, на общем участке около 9,5x4,0 см, глубиной до 3 см, на месте анатомического положения «провисающая» мягкая мозговая оболочка, небольшое количество соединительнотканых перегородок, скудное количество кистозных полостных образований с тонкими белесовато-серыми стенками, заполненные прозрачной жидкостью диаметром от 0,3 см до 0,5 см. Все желудочки головного мозга резко расширены с большим количеством светло-желтой прозрачной жидкости. На остальном протяжении вещество головного мозга на разрезах уплотнено, с желтовато-сероватым оттенком, серое вещество истончено до 0,2 см, границы между серым и белым веществами смазаны. На разрезах мост и продолговатый мозг с серым оттенком резко уплотнены, без макроскопических кровоизлияний. При судебно-гистологическом исследовании фрагментов головного мозга установлено: периваскулярный и перецеллюлярный отек головного мозга; острое расширение и полнокровие сосудов; пролиферация элементов глии; очаги ишемии нейронов; поля порэнцефалии; теменная доля: невроциты находятся в различных фазах тяжелых дистрофических изменений: пикноз, кариорексис; очаги выпадения нейронов, поля глиоза; фибриноз стенок сосудов; глиомезодермальные рубцы, кисты; боковые желудочки: в субэпендимарных отделах очаги глиоза, кальцификаты; мягкие мозговые оболочки с наличием отека, стаза и полнокровия; мозжечок: периваскулярный и перичеселлюлярный отек; полнокровие сосудов; ствол головного мозга: умеренный отек; дистрофия нейронов. При судебно-гистологическом исследовании фрагментов тимуса установлено: умеренное количество тимоцитов; гипоплазия ретикулоцитов; дистрофия телец Гассала. При судебно-гистологическом исследовании фрагментов трахеи установлено: метаплазия и десквамация эпителия, очаги «оголения» слизистой оболочки; отек и полнокровие подслизистого слоя; гиперсекреция слизи железами. При судебно-гистологическом исследовании фрагментов лимфатического узла установлено: гиперплазия без светлых центров размножения фолликулов; полнокровие сосудов. При судебно-гистологическом исследовании фрагментов миндалин установлено: гиперплазия фолликулярного аппарата, эпителий не поврежден. При судебно-гистологическом исследовании фрагментов околоушной железы установлено: ткань железы полнокровная; несколько отечная; гистоархитектоника не нарушена. При судебно-гистологическом исследовании фрагментов поджелудочной железы установлено: умеренное полнокровие сосудов; перидуктальный отек; гистоархитектоника без особенностей. При судебно-гистологическом исследовании фрагментов печени установлено: гидропическая и гиалиново-капельная дистрофия гепатоцитов; умеренно выраженное полнокровие синусоидов. При судебно-гистологическом исследовании фрагментов почек установлено: очаговое полнокровие капилляров и клубочков; гиалиново-капельная дистрофия эпителия извитых канальцев. При судебно-гистологическом исследовании фрагментов сердца установлено: мутное набухание и глыбчатый распад отдельных мышечных волокон; небольшой отек стромы миокарда. При судебно-гистологическом исследовании фрагментов легких установлено: отек; полнокровие межальвеолярных перегородок; участки кровоизлияний в альвеолах; очаговая перибронхиальная, бронхиальная и интерстициальная лимфоидная инфильтрация; метаплазия и десквамация эпителия бронхов; в альвеолах серозная жидкость, эритроциты, лейкоциты, десквамированный эпителий; полнокровие сосудов. При судебно-гистологическом исследовании фрагментов надпочечников установлено: делипоидизация коры; микроаденомы в корковом слое; микрогеморрагии мозгового слоя. При судебно-гистологическом исследовании фрагментов бронхов установлено: десквамация эпителия, метаплазия; местами слизистая оболочка оголена; умеренная лимфоцелочная инфильтрация; гиперсекреция слизи железами. Заклю-

чение: органическое поражение центральной нервной системы; поля порэнцефалии и кистозной дегенерации мозгового вещества; двусторонняя застойная бронхопневмония; кровоизлияние в легочную ткань; рассеянные ателектазы в легких (морфологические признаки дыхательной недостаточности); венозное полнокровие и дистрофические изменения паренхиматозных органов; акцидентальная инволюция тимуса; микроаденомы коры надпочечников.

Выводы:

В результате танатогенетического исследования трупа ребенка установлен комбинированный тип танатогенеза, который проявлялся мозговым компонентом в сочетании с легочным. Темп умирания у ребенка составил от 0,5 часа до 12 часов.

Список литературы:

1. Абрикосов А.И. Техника патологоанатомических вскрытий трупов. М: Медгиз 1948; 168 с.
2. Богомолов Д.В. Возможности применения модальной логики при танатогенетическом анализе в судебной медицине и патологии. Проблемы экспертизы в медицине 2003; том 3: №4: 40-42.
3. Тимофеев И.В. Патология лечения. Руководство для врачей. – СПб: Северо-Запад 1999; 656 с.
4. Шор Г.В. О смерти человека. Л: Кубуч 1925; 272.

Зобенко А.В., Редько А.Н.

*ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Краснодар, Россия*

КОМПЛЕКСНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГОСПИТАЛИЗИРОВАННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ

Высокая актуальность проблемы лечения больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области (ЧЛЮ) обусловлена сохранением в современных условиях высокого уровня госпитализации больных и регулярно отмечающимися смертельными случаями, обусловленными данной патологией [4,5]. Около 50-60% коек в стационарных отделениях челюстно-лицевой хирургии заняты больными с этой патологией. За последние годы число больных с указанной патологией неуклонно увеличивается [2].

Цель: дать комплексную характеристику воспалительных заболеваний ЧЛЮ среди взрослого населения на территории Краснодарского края, послуживших причинами госпитализации за 2015 год.

Задачи: изучить частоту госпитализации больных с данной патологией ЧЛЮ в Краснодарском крае среди взрослого населения; проанализировать особенности нозологической структуры патологии в различных возрастно-половых группах.

Методы: материалами для исследования послужили сведения из электронной базы данных на пациентов с патологией ЧЛЮ, получивших специализированную медицинскую помощь стационарно по системе ОМС в медицинских организациях Краснодарского края в 2015 году. Дополнительно было проведено изучение архивной документации на этих пациентов на основе анализа медицинских карт стационарного больного (форма №003/у) с диагнозом по МКБ-10 (K12.2, J01, J32, L02-L04, M86, I88), и по статистическим картам выбывших из стационара (форма №066/у-02). Группа исследования была ограничена больными, которые находились в возрасте 18 лет и старше (взрослое население).

Для статистической обработки полученной информации применяли программу Microsoft Office Excel-2010. Исследование проводили по базе данных, содержащей более 50000 записей. Относительные показатели были рассчитаны на 100 тыс. населения с использованием официальных сведений о возрастно-половом составе населения края [1]. Сравнение удельного веса и частоты встречаемости случаев госпитализации для мужчин и женщин проводили с помощью критерия χ^2 по четырехпольной таблице сопряженности.

Результаты: За 2015 год в стационарах Краснодарского края было пролечено 11690 пациентов с патологией ЧЛЮ, из них 6578 (56,3%) мужчин и 5112 (43,7%) женщин. Установлено, что в целом

для населения края наибольший удельный вес госпитализаций пришелся на больных с воспалительными заболеваниями ЧЛЮ (65,2%). На втором месте - пациенты с онкологическими заболеваниями рассматриваемой локализации (18,8%). Травмы были диагностированы у 15,1% больных. Наименьший удельный вес пришелся на больных с врожденными дефектами ЧЛЮ и прочими заболеваниями – 0,9% [3].

Наибольший показатель госпитализированной заболеваемости в целом для лиц обоих полов был отмечен в группе гнойно-воспалительных заболеваний (173,4). Частота госпитализации по поводу острых и хронических синуситов составила 133,7 на 100 тыс. населения. Второе и третье место распределились между группой больных с абсцессами и остеомиелитами - 33,9 и 28,3, соответственно. Заболеваемость флегмонами составила 12,0, лимфадениты стали причиной госпитализации с частотой 4,6 на 100 тыс. населения.

Распределение госпитализированных по гендерному признаку показало, что у лиц мужского пола в 58,9% случаев отмечалась патология связанная с воспалительными заболеваниями, а у женщин в 73,1% случаев (различия статистически значимо $p < 0,05$).

Было выявлено, что наибольший удельный вес госпитализаций по поводу воспалительных заболеваний пришелся на больных с синуситами (острой и хронической форм) – 62,9%, из которых на долю верхнечелюстных синуситов приходится 79,4%. На втором месте находились пациенты с абсцессами, карбункулами и фурункулами лица (15,9%). Острые и хронические остеомиелиты были диагностированы у 13,3% больных. Удельный вес госпитализаций с флегмонами лица был равен 5,7%. Наименьший удельный вес составили больные с лимфаденитами – 2,1%.

В ходе исследования было установлено, что с воспалительными заболеваниями поступали чаще мужчины в возрасте 18-30 лет (271,6 на 100 тыс. населения), а для женщин в той же исследуемой возрастной группе этот показатель равен 224,9 на 100 тыс. населения.

В возрастной группе 18-29 лет у мужчин заболеваемость по трем нозологическим формам была наибольшей – верхнечелюстные синуситы (145,5), абсцессы (68,0) и остеомиелиты (18,3). У женщин похожая тенденция: заболеваемость гайморитами составила 181,7 на 100 тыс. населения, абсцессами – 33 на 100 тыс. населения и флегмонами – 8,9 на 100 тыс. населения.

В следующей возрастной группе 30-59 лет у мужского пола заболеваемость верхнечелюстными синуситами остается наибольшей (90,8), однако остеомиелиты преобладают над абсцессами (49,3 и 39 соответственно). У женщин в той же возрастной группе верхнечелюстные синуситы имеют наибольший показатель заболеваемости – 121,7 на 100 тыс. населения, на втором месте по частоте заболеваний – абсцессы (22 на 100 тыс. населения), на третьем – остеомиелиты (14,4 на 100 тыс. населения).

Возрастная группа 60-79 лет характеризуется у мужчин следующим: заболеваемость верхнечелюстными синуситами (на 100 тыс. населения) – 67,4; остеомиелитами – 62,0; абсцессами – 40,0. У женщин отмечался данный показатель для гайморитов – 66,1; остеомиелитов – 25,9 и абсцессами – 22,0 на 100 тыс. населения.

Среди госпитализированных по поводу верхнечелюстного синусита наибольший процент заболевших составляли женщины (58,6%), доля мужчин с гайморитами равна 41,4%. Однако, лица мужского пола преобладают в других нозологических формах. Их наибольший удельный вес отмечался в группе лечившихся по поводу остеомиелита (острого и хронического) – 70,9% против 29,1% женщин. С флегмонами лица и абсцессами данной области было зарегистрировано 62,1% и 60,5% мужчин соответственно. На лимфадениты приходится 52,9% лиц мужского пола.

Заключение: Уровень госпитализированной заболеваемости для лиц обоих полов взрослого населения вследствие воспалительных заболеваний ЧЛЮ в Краснодарском крае в 2015 году составил 173,4 на 100 тыс. населения, что обеспечило преобладание данной группы в структуре госпитализированной заболеваемости патологией ЧЛЮ с удельным весом 65,2%. Воспалительными заболеваниями чаще болеют молодые мужчины в возрасте до 30 лет (271,6 на 100 тыс. населения). В структуре заболеваемости преобладают больные с диагностированными верхнечелюстными синуситами (57,4%). Среди больных верхнечелюстными синуситами доля женщин превысила долю мужчин (58,6% против 41,2%), для остальных рассматриваемых заболеваний удельный вес лиц мужского пола был выше.

Список литературы:

1. Возрастно-половой состав населения Краснодарского края на 1 января 2015 года // Статистический бюллетень. – Краснодар, 2015. - С.7.
2. Дурново Е.А. и др. Клинико-иммунологические особенности осложненного течения одонтогенных флегмон челюстно-лицевой области // Стоматология. – 2010. – № 2 . – С. 29–31
3. Редько А.Н., Зобенко А.В., Зобенко В.Я. и др. Оценка госпитализированной заболеваемости больных с челюстно-лицевой патологией среди взрослого населения Краснодарского края. / Журнал «Кубанский научный медицинский вестник».- №4 (159).- 2016. – С.98-102
4. Супиев Т.К. Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области.- Москва, «МедПресс», 2001.- 160 с.
5. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. - 2004. - 1061 с.

Зоева А.Р.

***ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Астрахань, Россия***

ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОК С АНОМАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ: КЮРЕТАЖ ИЛИ НЕИНВАЗИВНОСТЬ?

За последние годы появилось множество публикаций о значении и роли воспалительного фактора в этиопатогенезе аномальных маточных кровотечений (АМК) [5, 6].

Воспалительные заболевания органов малого таза в большинстве случаев протекают бессимптомно [4, 5, 6]. Это приводит к недооценке клинической ситуации и, как следствие, к неадекватному лечению. В связи с этим проблема диагностики воспалительных процессов гениталий у пациенток с АМК остается в современной гинекологии по-прежнему актуальной.

Литературные данные последних лет свидетельствуют о высокой диагностической информативности технологии «Литос-система» («клиновидная» и «краевая» дегидратация) при различных заболеваниях, в том числе и при патологии репродуктивных органов, что позволяет применять её у пациенток с АМК [1, 2, 3, 7, 8].

Цель: разработать новый подход к обследованию пациенток с аномальными маточными кровотечениями.

Задачи:

- изучить особенности структуропостроения биологических жидкостей пациенток с аномальными маточными кровотечениями с помощью технологии «Литос-система»;
- изучить уровень церулоплазмينا в биологических жидкостях пациенток с аномальными маточными кровотечениями;
- изучить уровень С-реактивного белка в биологических жидкостях пациенток с аномальными маточными кровотечениями.

Методы исследования:

Периферическую кровь получали путем пункции кубитальной вены, а менструальные выделения получали путем аспирации содержимого из полости матки во время менструального кровотечения зондом Пайпеля в количестве 5 мл. Указанные биологические жидкости центрифугировались в течение 5 мин со скоростью 3 000 оборотов в минуту.

Изучение структурообразующих элементов дегидратированной капли (фации) проводили при увеличениях от ´10 до ´80 с помощью стереомикроскопа фирмы Leica ICC50 и цветной цифровой камеры Рихега. Методом клиновидной дегидратации изучали морфологическую картину фации супернатанта менструальных выделений, при этом проводилась оценка структуропостроения фации в целом (системная организация) и картины локальных структур.

Определение уровня церулоплазмينا осуществляли с помощью набора реагентов (Италия, SENTINEL DIAGNOSTICS) для количественного определения ЦП в сыворотке и плазме крови иммунотурбиметрическим методом и автоматического планшетного анализатора для ИФА (Германия, Human GmbH).

Качественное определение содержания С-реактивного белка методом латекс-агглютинации проводили с помощью набора реагентов «ОЛЬВЕКС ДИАГНОСТИКУМ».

Результаты:

Обследовано 68 пациенток с АМК в возрасте от 18 до 44 лет ($35,1 \pm 7,39$ год). В качестве контрольной группы из числа добровольцев были отобраны 33 практически здоровые женщины, не имевшие генитальной патологии. Возраст пациенток в обеих группах был сопоставим ($p > 0,05$). Объектами исследования были сыворотка периферической крови (СПК) и супернатант менструальных выделений (МВ).

В фациях МВ больных с АМК чаще регистрировались маркеры интоксикации, ангиоспазма и нарушения микроциркуляции, маркеры напряженности адаптационных механизмов гомеостаза, маркеры гипоксических и ишемических процессов в тканях, маркеры, свидетельствующие о глубоких метаболических нарушениях в организме – дихотомии. Особое внимание следует уделить выявлению в 48,5 % случаев маркеров воспаления – языковых структур, их корреляционную зависимость с АМК хроническим эндометритом (ХЭ) и сальпингоофоритом.

В ходе исследования было выявлено повышение уровней ЦП и СРБ в биологических жидкостях. Причем более выраженная реакция наблюдалась в МВ по сравнению с СПК, что позволяет рекомендовать исследование предложенных маркеров воспаления у пациенток с АМК не только в периферической крови, но и в жидкости, продуцируемой патологически измененным органом – маткой.

Заключение: Таким образом, учитывая результаты проведенного исследования, можно говорить о необходимости проведения противовоспалительной терапии у пациенток с АМК. Особенно это важно для женщин репродуктивного возраста, так как при отсутствии своевременной коррекции воспалительные заболевания являются дебютом таких осложнений как бесплодие, внематочная беременность, гиперпластических процессов мио – эндометрия, функциональных расстройств, нарушающих нормальное течение беременности (самопроизвольные выкидыши, неразвивающаяся беременность, плацентарная недостаточность и др) [3, 5].

Список литературы:

1. Дикарёва Л.В. Гиперпластические процессы матки: клинко-диагностическое значение маркеров биологических жидкостей: автореф. дис. доктора мед. наук. / Л.В. Дикарева. – Волгоград, 2009. - 33 с.
2. Дикарёва, Л.В. Пат. 2290639 Рос. Федерация, МПК G 01 №33/48. Способ оценки состояния эндометрия при новообразованиях женских гениталий / Л.В. Дикарева, Е.Г. Шварёв, А.К. Аюпова, Д.Л. Оводенко : № 2005124067/14; заявл. 28.07.2005; опубл. 27.12.2006. Бюл. № 36. – С. 367.
3. Дикарёва Л.В. Патент РФ на изобретение № 2334987 от 27. 09. 2008г. «Способ диагностики патологии эндометрия у больных миомой матки». / Л.В. Дикарёва, Е.Г. Шварев, Д.Л. Оводенко.
4. Радзинский, В.Е. Неразвивающаяся беременность / В.Е. Радзинский, В.И. Димитрова, И.Ю. Майскова. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009. – 200с.
5. Сухих, Г.Т. Хронический эндометрит: руководство / Г.Т. Сухих, А.В. Шуршалина – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2013. – 64с.
6. Уварова, Е.В. Аномальные маточные кровотечения пубертатного периода /Е.В. Уварова // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2013. - N 3. - С. 73-87.
7. Шабалин В.Н., Шатохина С.Н. Морфология биологических жидкостей человека – М.: Хризом, 2001. – 304 с.
8. Шварев Е.Г., Оводенко Д.Л., Дикарева Л.В. и др. Маркеры опухолей яичников в менструальных выделениях: прогресс в диагностике?// Тезисы V Общероссийского научно-практического семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии». – М. – 2012. – С. 165 – 167.

Илларионова О.С.

ЗАВОЗНАЯ МАЛЯРИЯ В АСТРАХАНИ

Несмотря на то, что в последние годы во многих странах малярия ликвидирована, она остается широко распространенной в мире болезнью, являясь важной проблемой здравоохранения в большинстве развивающихся стран Азии, Африки и Латинской Америки. По подсчетам ВОЗ, число новых случаев в мире ежегодно достигает 100 миллионов [2].

По клиническим признакам малярию трудно дифференцировать от других трансмиссивных инфекций, начинающихся с лихорадки, общей слабости, озноба. Чаще всего ошибочно диагностируют грипп, ОРВИ, пневмонию, брюшной и сыпной тиф, вирусный гепатит, геморрагические лихорадки и другие инфекции [1, 4, 5, 10, 11, 12].

В последние годы в России ежегодно регистрируют до 50 завозных случаев тропической малярии, при этом ежегодно отмечается 2-3 смертельных исхода [9, 13].

Завоз малярии в Россию, в основном, осуществлялся из стран СНГ и стран Африканского континента [7, 13].

Цель исследования. Охарактеризовать 2 случая завозной малярии в Астраханской области в 2014 г.

Материалы и методы. В Астраханской области с 2000 по 2014 гг. зарегистрировано 90 случаев малярии человека, в том числе завозных случаев – 70 (77,8%), вторичных от завозных – 11 (12,2%) и рецидивов – 9 (10%) [8].

Результаты исследования. Завоз малярии в Астраханскую область осуществлялся из стран ближнего зарубежья: из Азербайджана – 36 сл. (51,4%), Таджикистана – 25 сл. (35,7%), Узбекистана и Армении – по 2 сл. (по 2,9%). Из стран Африки завоз осуществлялся из: Кот д Ивуар, Мавритании и Мозамбика – по 1 сл. (по 1,4%), Экваториальной Гвинеи – 2 сл. (2,9%) [6]. В Астраханской области регистрировались 4 вида малярии: трехдневная – 64 сл. (91,4%), тропическая – 4 сл. (5,8%), четырехдневная и овале-малярия по 1 сл. (по 1,4%) [3, 6].

В 2014 году в Астраханской области зарегистрировано 2 случая завозной малярии – малярия овале и тропическая малярия.

Случай 1. Больной Н, 1991 г.р., студент, гражданин государства Кот д Ивуар, прибыл в г. Астрахань 24 августа 2014 г., до этого проживая на эндемичной по данному заболеванию территории. 8.02.2014 почувствовал ухудшение самочувствия и через пять дней обратился за медицинской помощью в ССМП. С жалобами на недомогание, слабость, боли в мышцах и суставах, повышение температуры до 40°C был госпитализирован в инфекционную больницу с предварительным диагнозом «аденовирусная инфекция». 13.02.2014 было проведено лабораторное исследование крови на наличие малярийных плазмодиев с отрицательным результатом. В контрольном анализе обнаружены *P. ovale* (+++). Был поставлен окончательный диагноз - Овале малярия, завозная. Назначено лечение хлорохином. При проведении эпидемиологического обследования вероятные источник, механизм и условия передачи инфекции выявить не удалось.

Случай 2. Больной К, 1972 г.р., гражданин России, до 5 июня 2014 года находился в командировке в Экваториальной Гвинее. Больным себя считал с 15 июня 2014 года, когда появились жалобы на недомогание, слабость, озноб, головную боль в лобно-височной области, суставах. Обратился за медицинской помощью 16.06.2014 в ССМП, однако от госпитализации отказался. 17.06.2014 был госпитализирован в ОИКБ с предварительным диагнозом «Лихорадка неясной этиологии». В анализе крови от 17.06.2014 были обнаружены кольца *P. falciparum* (++) . В контрольном анализе, обнаружены кольца *P.falciparum* (++++). Был поставлен клинический диагноз - «Тропическая малярия, завозная». При проведении эпидемиологического обследования вероятный источник инфекции, механизм и условия передачи инфекции выявить не удалось.

Выводы: в связи с наличием граждан, выезжающих за пределы Астраханской области в эндемичные по малярии территории, а также за счет приезжих лиц, в Астрахани не только возможно обнаружение случаев завозной малярии, но и существует риск осложнения эпидемиологической ситуации по данному инфекционному заболеванию, т.к. возникает опасность диссеминации инфекции.

Список литературы:

1. Аракельян Р.С. Случай дирофиляриоза человека в Астраханской области // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. 2007. №3. С. 55.
2. Аракельян Р.С., Бедлинская Н.Р., Донцова А.Ю., Кутьина А.В., Нифонтова Л.В., Медведева А.С., Леонова В.В., Шарикова А.А. Малярия в Астраханской области // В сборнике: Современные проблемы развития фундаментальных и прикладных наук 2016. С. 4-7.
3. Аракельян Р.С., Бедлинская Н.Р., Чернышева А.Х., Айналияева А.Д. Социальное значение малярии // В сборнике: «КОМАРИНЫЕ» ПАРАЗИТОЗЫ: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА 2016. С. 25-29.
4. Аракельян Р.С., Галимзянов Х.М., Аракельян А.С. и др. Ретроспективный анализ эпидемических очагов при малярии в Астраханской области // В сборнике: Профилактическая медицина как научно-практическая основа сохранения и укрепления здоровья населения Сборник научных трудов под общей редакцией М.А. Поздняковой. Нижний Новгород, 2014. С. 100-103.
5. Аракельян Р.С., Галимзянов Х.М., Заплетина Н.А. и др. Эпидемиологические аспекты малярии в Астраханской области // В сборнике: Профилактическая медицина как научно-практическая основа сохранения и укрепления здоровья населения Сборник научных трудов. под общей редакцией М.А. Поздняковой. Нижний Новгород, 2014. С. 103-106.
6. Аракельян Р.С., Галимзянов Х.М., Ковтунов А.И. и др. Влияние климато-социальных факторов на распространение малярии в Астраханской области в 2000 – 2013 гг. // Пест-Менеджмент. Pest Management. 2014. №2 (90). С. 10-13.
7. Аракельян Р.С., Галимзянов Х.М., Ковтунов А.И. и др. Малярия в Астраханской области // Научно-методический электронный журнал Концепт. 2015. Т. 13. С. 2216-2220.
8. Аракельян Р.С., Галимзянов Х.М., Ковтунов А.И., Карпенко С.Ф., Егорова Е.А., Заплетина Н.А., Иванова Е.С., Кузьмичев Б.Ю. Социально-климатические факторы – как одна из причин распространения малярии в Астраханской области // В сборнике: Профилактическая медицина как научно-практическая основа сохранения и укрепления здоровья населения Сборник научных трудов. под общей редакцией М.А. Поздняковой. Нижний Новгород, 2014. С. 107-110.
9. Баранова А.М. Малярия: диагностика, лечение и профилактика [Текст] / А. М. Баранова // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. – 2014. - № 1. С. 39-44.
10. Карпенко, С.Ф. Клинико-патогенетические особенности развития острого гепатита при коксиилезе / С.Ф. Карпенко, Х.М. Галимзянов, Р.С. Аракельян // Медицинская иммунология. – 2015. – Т.17, №3. – С. 111-112.
11. Мирекина Е.В., Лазарева Е.Н., Хок М.М. и др. Влияние окислительного стресса на функциональную активность тромбоцитов у больных Конго-Крымской геморрагической лихорадки (ККГЛ) // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2013. № 3. С. 149-150.
13. Сергиев В.П. Современные проблемы в сфере паразитарных болезней и их терапии [Текст] / В.П. Сергиев, К.Ю. Кузнецова // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. – 2014. - №1. С. 12-15

*Исамулаева А.З., Спицына А.В., Кунин А.А., Орлов Ф.В.,
Исамулаева А.И., Магомедов Ш.Ш., Салазникова Е.О.*

**ФГБОУ ВО Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г.Астрахань, ФГБОУ ВО «Воронежская государственная медицинская академия» Минздрава
России им.Н.Н.Бурденко, г.Воронеж, ГБУЗ АО «Городская клиническая больница №3
имени С.М. Кирова», г.Астрахань, ЗАО ЗМ ESPE, Россия**

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПЛОМБИРОВОЧНОГО МАТЕРИАЛА
«VITREMER™» У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

Несмотря на успехи профилактической стоматологии проблема кариеса в мире по-прежнему стоит достаточно остро, и наша страна не является исключением [1,2,3,5,6]. Особое внимание при планировании профилактики необходимо уделять пациентам с различными соматическими патологи-

ями, с высоким риском возникновения и развития стоматологических заболеваний. В частности, к группе риска относятся больные, страдающие язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК). Ведущим звеном в развитии такой синтропии является нарушение ряда регулирующих механизмов: снижение уровня лизоцима, повышение СЗ компонента комплимента, снижение рН слюны и динамическое равновесие процессов де- и реминерализации эмали, что способствует возникновению и активному течению кариозного процесса [1,8, 9, 10]. Поэтому продолжается поиск пломбировочных материалов, отвечающих не только анатомо-функциональным, эстетическим, но и кариесстатическим требованиям.

Цель: изучить эффективность применения пломбировочного материала «Vitremet» у пациентов с язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК).

Материалы и методы исследования:

Материалом исследования составили 23 пациента (исследуемая группа) с ЯБЖ и ЯБДПК в возрасте от 19 до 65 лет, находящиеся на лечении МУЧ «Городская клиническая больница №3 им. Кирова» г. Астрахани, в период с 2013 г. по 2016 г. Диагноз язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки устанавливался согласно действующим стандартам клинической диагностики и существующей международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ 10). Контрольная группа составила 10 человек сопоставимых по возрасту и полу, без соматической патологии. При выполнении исследования соблюдены этические принципы, получены письменные согласия пациентов на обработку персональных данных (№152-ФЗ), на обследование и на проведения медицинского вмешательства.

Стоматологическое обследование включало определение у пациентов распространенности и интенсивности кариеса зубов по индексу КПУ (К – кариозный зуб, П – пломбированный зуб, У – удаленный зуб). Для оценки гигиенического состояния полости рта использовали упрощенный индекс гигиены J. C. Green, J. K. Vermillion (ОНИ-S) до лечения и через 6-12-18 месяцев.

Стандартная схема лечения, согласно нозологическим формам, включала санацию полости рта (удаление зубов по показаниям). Снятие зубных отложений с помощью ультразвукового аппарата, последующим полированием поверхностей зубов. Лечение кариеса твердых тканей проводили по следующей схеме: после препарирования использовали кариес-детектор для контроля качества препарирования, изолировали рабочее поле с помощью коффердама, после чего пломбировали кариозные полости (I, II, III и V класс по Блэку) гибридным стеклоиономерным цементом (СИЦ) «Vitremet» (3М), затем проводили шлифование и полирование дисками и штрипсами Sof-Lex (3М) с последующим нанесением лака Vitremet (3М) [4,7].

Осуществляли устранение дефектов пломбирования, избирательное пришлифовывание, полноценное восстановление контактных пунктов между зубами для последующей регенерации пародонтальных структур. Специализированную помощь в лечении пульпитов и периодонтитов оказывали в плановом порядке.

Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета статистических программ Microsoft Excel 2010 и Statistica 6.0. Достоверность различий количественных признаков определяли с помощью t-критерия Стьюдента для сравнения независимых выборок. Различия считали статистически значимыми при достигнутом уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Обследование стоматологического статуса показало высокую степень распространенности кариеса зубов у пациентов ЯБЖ и ЯБДПК - 78,3 % случаев, в контрольной группе – 32,6 %. Определение интенсивности кариеса составило - $5,85 \pm 0,35$, а в группе контроля - $2,46 \pm 0,11$.

До начала лечения у пациентов исследуемой группы и контрольной группы стоматологический статус гигиены полости рта оценивался как неудовлетворительный ($4,35 \pm 0,08$ и $3,12 \pm 0,06$ соответственно).

При пломбировании кариозных полостей (I, II, III, V класс по Блэку) гибридным стеклоиономерным цементом «Vitremet» (3М) гигиенический статус полости рта заметно улучшился через 6 месяцев у исследуемой группы ($3,62 \pm 0,05$), в сравнении с контрольной группой ($2,68 \pm 0,02$). По нашему мнению, это связано со стеклоиономерной реакцией у материала «Vitremet» (3М), обеспечивающей химическую адгезию к твердым тканям зуба, биосовместимость, пролонгированное выделение фтора, а следовательно высокое качество пломбирования и уменьшение вероятности развития «рецидивного» кариеса. Наблюдение в отдаленные сроки после проведенного комплексного лечения, через 12 - 18 месяцев показало, что у всех больных выявилось незначительные изменения показате-

лей распространенности и интенсивности кариеса (интенсивность кариеса у пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки - $5,92 \pm 0,12$, в контрольной группе - $2,52 \pm 0,10$).

Таким образом результаты нашего исследования выявили высокую эффективность применения пломбировочного материала «Vitremex» (ЗМ) у пациентов с сопутствующей патологией.

Заключение

Приведенное наблюдение демонстрирует эффективность использования пломбировочного материала «Vitremex» (ЗМ) в лечении пациентов с ЯБЖ и ЯБДПК, и по нашему мнению, это достигается за счет уникального тройного механизма отверждения и пролонгированного выделения ионов фтора у данного материала.

Список литературы:

1. Исамулаева А.З., Спицына А.В., Магомедов Ш.Ш. и др. Значимость цитокиновой регуляции в патогенезе заболеваний полости рта [Электронный ресурс] // Современные проблемы науки и образования, 2014.-№6 (26.06.2014).-URL:<http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=15411> (дата обращения: 24.03.2016).

2. Исамулаева А.З. Стоматологический статус и показатели цитокинового спектра в секрете полости рта у детей с бронхиальной астмой / Исамулаева А.З., Данилина Т.Ф., Башкина О.А., Сергиенко Д.Ф. // Астраханский медицинский журнал. – 2010. - Т. 5. - № 4. - С. 33-37.

3. Кузьмина Э.М. Возможные пути реализации стратегии «Альянса за Будущее без Кариеса» в России. //Институт стоматологии.-2014.-№4(65).-С.12-14.

4. Николаев А.И.,Цепов Л.М.Фантомный курс терапевтической стоматологии/ А.И.Николаев, Л.М.Цепов. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 432 с.: ил.

5. Нуржанова С.С., Удочкина Л.А. Частичная вторичная адентия у мужчин и женщин зрелого и пожилого возраста г. Астрахани // Астраханский медицинский журнал. 2010. - Т. 5, № 1. - С. 74-80.

6. Саутиев А.М., Удочкина Л.А., Нуржанова С.С. Частичная вторичная адентия у жителей г. Астрахани 21 -76 лет// Журнал анатомии и гистологии. - 2015. - Т.4, № 3. - С. 108.

7. Технический профиль ЗМTM ESPETM VitremexTM

8. Удочкина Л.А., Нуржанова С.С. Критерии оценки состояния слизистой оболочки десны в различных периодах онтогенеза // Астраханский медицинский журнал. - 2011. - Т. 6. - № 3. - С. 257-258.

9. Удочкина Л.А., Нуржанова С.С. Показатели частичной вторичной адентии у мужчин и женщин зрелого и пожилого возраста г. Астрахани // Здоровье - основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. - 2010. - Т. 5.- №1. - С. 437.

10. Янушевич О.О., Маев И.В., Айвазова Р.А., Самсонов А.А., Гречушников В.Б., Сакович Л.В. Комплексное обследование пациентов с сочетанной хеликобактерной патологией ЖКТ, пародонта и сл. оболочки рта // Здоровье и образование в XXI в. 2013. Т. 15. С. 61–63.

Исхаков С.Д., Вязовая И.В., Сергиенко Д.Ф.

ГБУЗ АО II Городская детская клиническая больница г. Астрахани, ФГБОУ ВО Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Астрахань, Россия

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ В РОССИИ И АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Цель: уточнить распространенность язвенной болезни у детей в России и Астраханской области.

Задачи: 1. уточнить частоту встречаемости язвенной болезни у детей в России по данным литературы

2. по данным официальной статистики оценить показатели первичной и общей заболеваемости ЯБ у детей до 14 лет в Астраханской области.

Методы: анализ данных медицинской литературы и официальной статистики по заболеваемости болезнями органов пищеварения и ЯБ у детей Астраханской области.

Результаты: Язвенная болезнь - одно из самых распространённых среди взрослого населения заболеваний. По материалам зарубежных и отечественных статистических исследований, язвенной болезнью желудка и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки страдает каждый 10-й житель европейских стран. В настоящее время на учёте у гастроэнтерологов находится более 3,5 млн. больных этой патологией[1].

Распространённость язвенной болезни у детей в различных странах мира различна, точной статистики нет. Так, по данным Детской больницы Британской Колумбии (Канада), ежегодно из 4 млн. пациентов у 4-6 детей диагностируют новые случаи язвенной болезни. По данным Нижегородского научно-исследовательского института детской гастроэнтерологии в России распространённость язвенной болезни составляет $1,6 \pm 0,1$ на 1000 детского населения. Последние данные свидетельствуют, что язвенный процесс у детей в 99% локализован в луковице двенадцатиперстной кишки, в 0,5-0,75% - в желудке, а в 0,25% случаев диагностируют сочетанную локализацию. Язвенный процесс в желудке у детей чаще носит острый характер различной этиологии (стресс, травма, инфекция, лекарственные поражения и т.д.). Данные подтверждены результатами длительного (более 3 лет) регулярного планового клиничко-эндоскопического наблюдения, позволившего исключить хронический язвенный процесс в желудке[2,3].

У школьников ЯБ встречается в 7 раз чаще, чем у дошкольников (2,7 на 1000 и 0,4 на 1000, соответственно), у городских детей – в 2 раза чаще, чем у сельских. Соотношение мальчиков и девочек 3:1.5. В структуре патологии органов пищеварения удельный вес язвенной болезни составляет 1,6%, а среди заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки - 2,7%. В структуре ЯБ у детей язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) представлена в 81% случаев, реже встречаются ЯБ желудка (13%) и сочетанная локализация язвенных дефектов в желудке и двенадцатиперстной кишке – 6%. [5].

Эпидемиологические исследования, основанные на тщательном изучении анамнестических данных, клиничко-эндоскопических и функциональных параллелей, позволяют установить частоту язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в зависимости от возраста и пола ребёнка. Зафиксированы случаи обнаружения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у детей первого года жизни, в дошкольном возрасте заболеваемость составляет 0,4 на 1000, а у школьников - 2,7 на 1000 детского населения. При этом язвенная болезнь у девочек чаще обнаруживают в возрасте 10-12 лет, а у мальчиков - в 12-15 лет. [4].

Анализ статистических данных по заболеваемости в Астраханской области детей до 14 лет показал, что язвенная болезнь за последние 3 года не превышает 1,1% отобщей заболеваемости болезнями органов пищеварения в данной возрастной группе.

Согласно данным официальной статистики в Астраханской области среди подростков до 14 лет за 2013-2015 годы наблюдается тренд снижения роста первичной заболеваемостью язвенной болезнью у детей до 14 летнего возраста. А именно: если количество больных, с впервые выставленным диагнозом язвенная болезнь составило в 2013 году 54 ребенка, то в 2015 – снизилось до 37 пациентов. В то же время данный диагноз в городе Астрахани выставлялся в 1,5 раза чаще, чем в области (81 и 54 пациента соответственно) в период за 2013-2015 год. Подобная тенденция объясняется лучшей диагностической базой, материальным оснащением и более высокой профессиональной подготовкой специалистов в Городских медицинских учреждениях.

В то же время, показатели общей заболеваемости у детей до 14 лет ЯБ за 2013-2015 года остаются достаточно стабильными с незначительной регрессией. Так в 2013 году количество детей страдающих язвенной болезнью желудка и 12 перстной кишки составило 228, в 2014 году снизилось до 197 пациентов, в 2015 – показатель оставался стабильным и составил 201 случая.

Заключение: Язвенная болезнь у детей остается важной медико-социальной проблемой во всем мире. Наблюдается «омоложение» данного заболевания с регистрацией случаев на 1 году жизни. В Астраханской области наблюдается тренд снижения первичной заболеваемости ЯБ среди детей до 14 лет при стабильных показателях общей заболеваемости.

Список литературы:

1. Peptic ulcer disease Review Article. Paediatrics and Child Health, Volume 24, Issue 11, November 2014, Pages 485-490. Arun Nanjundaraje Urs, Priya Narula, Mike Thomson

Ишмамеева Г. Р.

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ НЕФРОПАТИЙ
У ДЕТЕЙ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

В условиях политических, социальных и экономических изменений в Российской Федерации, обусловивших ухудшение качества жизни, социальную напряженность, снижение жизненного уровня населения и другие последствия кризисного развития общества, дети и подростки становятся одной из наиболее социально уязвимых групп [1-8]. Неблагоприятные демографические процессы, происходящие в современном обществе, сопровождаются ухудшением состояния здоровья детско-подросткового контингента, что находит отражение в ежегодных Государственных докладах о состоянии здоровья населения Российской Федерации [5,9]. Особую тревогу вызывают снижение рождаемости, высокие показатели младенческой и детской смертности в некоторых регионах, рост заболеваемости детей, начиная с периода новорожденности, практически по всем группам болезней, ухудшение здоровья девушек и юношей.

Цель: изучить особенности клинических проявлений поражения мочевой системы у детей Астраханского региона. Методы: Выкопировка и анализ данных из «историй развития ребенка», «контрольных карт диспансерного наблюдения», «медицинская карта стационарного больного» в динамике за 16 лет, в сравнении с другими регионами.

Результаты. Анализ особенностей клинических проявлений нефропатологии у детей Астраханской области показал, что длительные подъемы температуры без катаральных явлений в 3,6 раза чаще встречаются у детей с патологией мочевой системы, чем у здоровых детей – ($p < 0,01$; $\chi^2 = 8,53$). Сопоставление полученных результатов с данными по другим регионам России позволило установить, что в регионах сравнения данный признак встречается несколько чаще в группах детей с заболеваниями мочевой системы (Великий Новгород – в 2,3 раза; Санкт-Петербург – в 1,3 раза), но разница недостоверна ($p > 0,05$). Гипертермия без катаральных явлений наиболее характерна для аномалий развития (25,0%) и хронического пиелонефрита (18,8%) и не типична для гломерулонефрита (11,1%).

Плохая переносимость физической нагрузки в Астраханской области в 2 раза выше в группе детей с нефропатиями, чем в группе здоровых детей ($p < 0,05$; $\chi^2 = 4,08$). В регионах сравнения анализируемый признак встречается несколько чаще, но разница не достоверна ($p > 0,05$). Плохая толерантность к физическим нагрузкам наиболее выражена у детей с гломерулонефритом (48,4%) и хроническим пиелонефритом (29,3%). Наличие синяков и периферических отеков – признак недостаточно информативный ($p > 0,05$). Статистически значим этот признак только у больных гломерулонефритом (20,0%) ($p < 0,05$). Различные нарушения мочеиспускания (учащение, урежение, болезненность) достоверно чаще встречаются у детей с нефропатиями, чем в контрольной группе, на всех исследуемых территориях ($p < 0,001$). Следует подчеркнуть, что данный признак имеет отчетливые региональные особенности. В Астраханской области отмечен наиболее высокий уровень нарушения мочеиспускания среди больных нефропатологией (дети с заболеваниями мочеполовой системы – 24,1%; здоровые – 3,4%; чаще в 7,1 раза; ($\chi^2 = 14,91$; $p < 0,001$). В Великом Новгороде при наименьшей встречаемости этого признака среди всех анализируемых регионов (18,0%), среди здоровых детей он встречается в 5,1 раза реже ($\chi^2 = 10,96$; $p < 0,001$). При различных нозологических формах нарушения мочеиспускания встречаются практически с одинаковой частотой. Болевой абдоминальный синдром встречался чаще в группе детей с патологией мочевой системы в Астраханской области ($\chi^2 = 5,57$; $p < 0,05$). Выраженность этого признака имеет региональные особенности, идентичные нарушениям мочеиспускания. Удельный вес анализируемого признака в Санкт-Петербурге выше, чем в Великом Новгороде ($p > 0,05$). Наиболее часто анализируемый признак наблюдается среди больных пороками развития почек и мочевых путей и хроническим пиелонефритом (соответственно, 37,1% и 31,5%; $p < 0,01$). Любые изменения в анализах мочи оказались высоко значимы в группе детей с патологией мочевой системы во всех сравниваемых регионах ($p < 0,001$). Удельный вес выявленной патологии имеет отчетливые региональные особенности. При самой низкой встречаемости признака в Великом Новгороде (31,6%), он наблюдался в 7,9 раза чаще, чем в группе здоровых детей (3,9%; $p < 0,001$). В Санкт-Петербурге, имеющем средний удельный вес анализируемого показателя (соответственно 45,3% и 6,1%), разница между исследуемой и контрольной группой составляет 7,4 раза ($p < 0,001$). В то же

время, в Астраханской области анализируемый признак регистрировался в группе больных в 20,7 раза чаще, чем в группе сравнения здоровых детей ($\chi^2 = 87,80$; $p < 0.0001$). Из отдельных нозологических форм патологические изменения в анализах мочи наиболее часто встречаются при гломерулонефрите (80,0%) и несколько реже – при инфекции мочевыводящих путей (64,4%) и остром пиелонефрите (64,7%). Дискриминантный анализ позволил выделить 5 признаков, наиболее типичных для болезней почек и мочевых путей в Астраханской области, которые приведены в порядке убывания значимости: патология анализов мочи, нарушения мочеиспускания, боли в животе и/или пояснице, плохая переносимость физических нагрузок, длительные подъемы температуры. Представило интерес проанализировать распространенность стигм дизэмбриогенеза, учитывая их связь с врожденными и наследственными нефропатиями (Игнатова М.С. с соавт., 2003; Эрман М.В., 2001). Во всех регионах стигмы дизэмбриогенеза несколько чаще встречаются у детей с заболеваниями мочевой системы, чем у здоровых ($p > 0,05$). Множественные стигмы дизэмбриогенеза (5 и более) в Астраханской области встречались чаще в группе детей с нефропатией, в Санкт-Петербурге – с одинаковой частотой в основной и контрольной группах, в Великом Новгороде – чаще в контрольной группе, но все различия недостоверны ($p > 0,05$). Проведенный анализ не выявил математической зависимости между наличием стигм дизэмбриогенеза и частотой патологии мочевой системы, в том числе пороками развития, во всех исследуемых регионах ($p > 0,05$).

В Астраханской области, как и в Санкт-Петербурге, имеется более высокая частота множественных стигм дизэмбриогенеза, что связано с высокой частотой межнациональных браков. В то же время, Великий Новгород – старинный русский город с традиционно стабильным составом населения – имеет наименьшую стигмальную пораженность.

Таким образом, сделаны выводы: выявлены региональные особенности клинической картины нефропатии у детей Астраханской области, что позволило сориентировать врачей на ранних клинических проявлениях поражения мочевой системы.

Список литературы:

1. Албегова Д.В., Темуриди Е.Г., Мамиева О.В. и др. Результаты обследования детей в семьях, отягощенных нефропатией // Педиатрия. - 1990. - N 2. - С.40-43.
2. Башкина О.А. Патогенетическая роль инфекционного компонента при лимфаденопатиях у детей в современных условиях /Башкина О.А., Алешкин В.А., Афанасьев С.С., Воробьев А.А., Сомова Е.И., Рубальский О.В., Кокуев А.В. // Вестник Российской академии медицинских наук. - 2004. - №7. - С. 47-51.
3. Башкина О.А. Этиология вторичных лимфаденопатий у детей / Башкина О.А., Сомова Е.И., Рубальский О.В., Алешкин В.А., Афанасьев С.С // Инфекционные болезни. - 2003. - Т. 1. - №1. - С. 75-79.
4. Вельтищев Ю.Е., Фокеева В.В. Экология и здоровье детей (экотоксикологическое направление) //Материнство и детство.-1992.-Т.37.-№12.-С.30-35.
5. Игнатова М.С. Проблемы детской нефрологии на рубеже столетий // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии, 1998, т.43, №1, С. 37–43.
6. Полунина Н.В., Черкасов С.Н. Особенности состояния здоровья детей в Российской Федерации и пути его улучшения /В сборнике: Экология и здоровье человека на Севере. Сборник материалов IV-го конгресса с международным участием. ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный Федеральный университет имени М.К. Аммосова», Медицинский Институт; Министерство здравоохранения Республики Саха (Якутия); Лига «Женщины-Ученые Якутии»; Якутский Научный Центр комплексных медицинских проблем СО РАН. 2013. С. 485-490.
7. Сагитова Г.Р. Клинический этикет. Учебное пособие. /Сагитова Г.Р., Мирошников В.М. – Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию, Астраханская гос.мед.акад., Астрахань.- 2008.- 124С.
8. Сагитова Г.Р. Болезни мочевой системы у детей. Организация диагностики и реабилитации. / Сагитова Г.Р., Эрман М.В., Сердюков А.Г. Руководство для врачей. АГМА, Астрахань, 2006, 145С.
9. Трунцова Е.С. Проблемы хронических бронхолегочных заболеваний у подростков. / Трунцова Е.С., Сагитова Г.Р //Вестник современной клинической медицины. -2009.- №3.- С.37-39.

Кадыков А.М., Аношкина Н.И.

**ТЕЧЕНИЕ И ЗАВЕРШЕНИЕ ГЕСТАЦИОННОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН
С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ**

Преждевременные роды (ПР) являются актуальной проблемой современного акушерства и наблюдаются по данным ряда авторов в 5-10% [4-5].

Цель - изучить особенности течения и завершения гестационного периода у женщин с преждевременными родами в сроке 22-33 недели беременности.

Обследовано 220 женщин в возрасте от 18 до 40 лет, у которых данная беременность завершилась преждевременными родами. У всех пациенток проводили сбор общего и акушерского анамнеза по общепринятым критериям, выявляли наличие перенесенных заболеваний, изучали исходы предыдущих беременностей, течение и исход данной беременности.

Из экстрагенитальной патологии хронические заболевания дыхательной системы, сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта наблюдались у 11,4%, 33,2% и 25,6%, соответственно. Другая соматическая патология была обнаружена у 36,8% (заболевания щитовидной железы, анемия, нарушение жирового обмена). При микроскопическом исследовании влагалищного мазка у 68,2% пациенток выявлен неспецифический кольпит, кандидоз – у 10%. Женщин с наличием бактериально-вирусной инфекции было 53,2%, среди них цитомегаловирусная наблюдалась у – 48,2% обследуемых, токсоплазмоз – у 35%, вирус простого герпеса – у 45%, хламидии – у 5%, микоплазмы – у 3,2%, уреаплазмы – у 6,8%, две и более инфекции – у 31,8%.

Течение настоящей беременности осложнилось в 30% наблюдений угрозой ее прерывания. Рецидивы угрозы прерывания беременности с неоднократными госпитализациями были отмечены у каждой четвертой пациентки. Ранний токсикоз отмечался у 8,2% женщин. Перенесли ОРВИ 20% обследуемых, по поводу чего проводилась общепринятая терапия. При анализе течения беременности было отмечено, что гестозы имели место у 34% женщин. Хроническая плацентарная недостаточность диагностировалась в 11,8% наблюдений. Многоводие или маловодие наблюдались в 18,2% и 6,9%, соответственно.

Роды сопровождалась несвоевременным излитием околоплодных вод у 25,9% обследуемых, слабостью родовой деятельности - у 28,2%. Послеродовые септические осложнения возникали в 5% наблюдений. Родовая травма сопровождала 11,4% преждевременных родов.

Из 220 недоношенных новорожденных родились ранее 28 недель гестации 16,7% детей, на 28-31 неделе - 25%, на 32-33 неделе 58,3%. У всех недоношенных отмечалось осложненное течение неонатального периода. При оценке по шкале Апгар в тяжелой асфиксии родились 5,6%, остальные 94,4% - в состоянии умеренной асфиксии. У 100% новорожденных отмечалось гипоксическо-ишемическое или гипоксическо-геморрагическое поражение ЦНС с синдромом угнетения. У 66,7% были клинические проявления респираторного дистресс-синдрома (РДС), пневмопатии с различной степенью выраженности дыхательной недостаточности (ДН). У всех новорожденных со сроком гестации менее 28 недель доминировали тяжелые поражения ЦНС и ДН третьей степени. Наиболее незрелые новорожденные, не превышающие массой 1000г, умерли в раннем неонатальном периоде.

При морфологическом исследовании плаценты после родов у 81,8% наблюдались воспалительные изменения: у 66,8% с признаками гематогенного инфицирования (лимфоцитарный базальный и париетальный децидуит, продуктивный виллузит), у 15% гематогенное распространение сочеталось с восходящим путем инфицирования (гнойный хориоамнионит и мембранит).

Таким образом, исходы раннего неонатального периода зависят от срока гестации и степени зрелости новорожденного. Следовательно основной задачей является профилактика преждевременных родов. Полученные данные свидетельствуют о значительном влиянии инфекции на течение беременности и исход преждевременных родов, в связи с чем, снижение степени тяжести и длительности инфекционного процесса, своевременное проведение адекватных лечебно-профилактических мероприятий и использование в выхаживании недоношенных детей высокотехнологичной медицинской помощи, может служить дополнительным резервом в снижении уровня репродуктивных потерь.

Резюме. Изучены особенности течения и завершения гестационного периода у 220 женщин с преждевременными родами. При этом хроническая соматическая патология была выявлена у 70,2%

обследуемых, воспалительные заболевания половых органов - у 53,2%. Наиболее часто наблюдались преждевременные роды в интервале от 28 до 33 недель беременности, что составило 83,3%. У новорожденных преобладала патология со стороны ЦНС и органов дыхания. Получены данные о существенном влиянии инфекции на исход преждевременных родов, что определяет актуальность своевременного обследования и лечения данного контингента женщин.

Ключевые слова: неонатальный, преждевременные, роды, беременные.

Список литературы:

1. Краснопольский В.И., Новикова С.В., Туманова В.А., Логутова Л.С., Петрухин В.А. Компенсаторные механизмы развития плода в условиях плацентарной недостаточности. М., 2008. С.196-275
2. Стрижаков А.Н., Игнатко И.В. Потеря беременности – М.:МИА, 2007.-224с.
3. Макаров О.В., Бахарева И.В., Кузнецов П.А., Романовская В.В. Современные подходы к развитию преждевременных родов. Рос. вестн. акуш-гин.-2007.-№6.-С.10-15
4. Шаповалова М.А. Воспроизводство населения как медико-экономическая проблема Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования "Российский государственный медицинский университет". Москва, 2004
5. Черкасов С.Н. Моделирование динамики частоты преждевременных родов в Российской Федерации за период с 1980 по 2014 год / С.Н.Черкасов, Ю.О.Камаев, М.Е. Коломийченко, В.С. Олейникова // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2015. № 4-5. С. 195-198.

Кадыков А.М., Удодова Л.В.

*ФГБОУ ВО Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Астрахань, Россия*

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ПОТЕРИ ПЛОДА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

За истекшее десятилетие в г. Астрахани перинатальная смертность снизилась с 18,6‰ до 9,8‰, мертворождаемость с 9,8‰ до 7,4‰, антенатальная смертность с 8,5‰ до 7,4‰. Однако, отмечается тенденция роста антенатальной гибели плода в структуре перинатальной смертности с 38,8%, в 1995г. до 54% в 2003г., 63,1% в 2006г. и 87,2% в 2015 году[4-8].

Цель исследования: оптимизировать алгоритм обследования и ведения беременных групп повышенного риска по антенатальной гибели плодов.

Материалы и методы исследования. Проведен углубленный анализ 75 случаев антенатальной гибели плода с использованием историй родов, индивидуальных карт беременных, данных клинического обследования, гистологии плаценты, результатов аутопсии, отчетных данных по ГБУЗ АО Клинический родильный дом г. Астрахань.

Результаты анализа.

В возрасте от 18 до 20 лет было 7 (8,4%) обследуемых; от 21 до 25 лет – 17 (22,5%); от 26 до 30 лет – 24 (32,3%); от 31 до 35 – 17 (22,5%); от 36 до 40 лет – 8 (10,6%) и более 40 лет 2 (2,6%).

Среди 75 пациенток горожанки составляли 85%, жительницы села -15%, состоявших на учете в женской консультации было 22%, замужних – 49,3%, незамужних – 50,7%, занятых на производстве – 48%, домохозяйек – 52%. Среднее образование имели 77,5%, высшее образование – 22,5%, табакокурение отмечалось у 9%.

Первобеременных было 20 (26,6%), повторнобеременных – 55 (73,4%). У 24 (32%) обследуемых в анамнезе установлено 2 и более искусственных абортов, у 4 (5,3%) – самопроизвольные выкидыши, у 5 (6,6%) – неразвивающаяся беременность, у 2 (2,6%) – пузырный занос, у 2 (2,6%) – внематочная беременность, у 7 (9,3%) – кесарево сечение, многоплодная беременность в 4 случаях (5,4%).

Экстрагенитальные заболевания или нарушения обмена веществ проявлялись в виде дефицита массы тела в 20% наблюдений, железо-дефицитная анемия - в 20%, НЦД по гипертоническому типу - в 12%, гипертоническая болезнь II ст. - в 6,6%, хронический пиелонефрит - в 9%, аллергия - в 8%

Частота инфекционных заболеваний распределялась следующим образом: ОРВИ – 31%, вирусный гепатит – 2,6%, туберкулез легких – 2,6%, цитомегаловирусная инфекция – 6,4%, папилломавирусная и герпетическая инфекция (по 4%) – 8%, хламидийная и микоплазменная инфекция – 8,6% и 9,3%, соответственно.

Гестационный процесс у пациенток с антенатальной гибелью плодов осложнился: ОРВИ – в 32% наблюдений, угрозой прерывания беременности – в 32%, плацентарной недостаточностью – в 76%, ЗВУР – в 28%, преэклампсией – в 16%, маловодием – в 22,7%, многоводием – в 10,6%, преждевременной отслойкой плаценты – в 23,3%, предлежанием плаценты – в 9,3%, разрывы матки по старому рубцу имели место в 2,6%.

В 16 наблюдениях (21,6%) диагностированы внутриутробные пороки развития плодов, несовместимые с жизнью, в 2 (2,6%) – гемолитическая болезнь, отечная форма.

Антенатальная потеря плода в сроке беременности от 22 до 25 недель отмечалась в 40% наблюдений, 26-30 недель – в 15,9%, 31-35 недель – в 11,3% и от 37 до 41 недель - в 31,8%. Антенатальная гибель плодов доминировала по частоте в сроках гестации от 22 до 25 недель и от 37 до 41 недели. Масса плодов, погибших антенатально, распределялась по частоте следующим образом: от 500,0 до 900,0 – 48%; от 950,0 до 1500,0 – 16%; от 1550,0 до 2500,0 – 10,6%; от 2550,0 до 3000,0 – 21,4%; от 3050,0 до 4000,0 и более – 4%.

Высокий уровень антенатальной гибели плодов с экстремально низкой массой тела обусловлен прерыванием беременности по медицинским показаниям в сроке гестации более 22 недель, т.к. ВПРП, несовместимые с жизнью, были запоздало диагностированы.

Декомпенсированная фетоплацентарная недостаточность явилась причиной антенатальной гибели в 31,8%, что было обусловлено неявкой в женскую консультацию у 22,5% обследуемых, а также в 19% отсутствием лечения при выявленной ФПН в сроке гестации 32-34 недели. При этом отмечались признаки преждевременного старения плаценты, маловодия, ЗВУР, нарушение маточно-плацентарного кровообращения, угроза прерывания беременности, ОРВИ у матери, отягощенный акушерский анамнез.

По данным гистологического исследования плацент в 76% наблюдений выявлена картина хронической ФПН, с выраженными воспалительными изменениями в 65% (плацентит, децидуит, хориоамнионит и др.), циркуляторно-дистрофическими нарушениями - в 35%, гипоплазией плаценты - в 33%, патологической незрелостью - в 23%, преждевременным созреванием плаценты - у 6% обследуемых.

Таким образом, антенатальная гибель плода является медико-социальной проблемой, требующей продолжения расширенного и углубленного исследования.

Выводы. По данным наших исследований основными причинами антенатальной гибели плода являются:

1. Декомпенсированная форма ФПН, чаще с изменениями воспалительного характера, дистрофические процессы в сочетании с циркуляторными нарушениями, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, предлежание плаценты.
2. Врожденные пороки развития плода, несовместимые с жизнью.
3. Разрывы матки по старому рубцу и гемолитическая болезнь новорожденных, отечная форма.

К группам риска по вероятности возникновения антенатальной гибели плодов относятся беременные:

- Перенесшие ОРВИ, ЦМВ, герпетическую, папилломавирусную инфекцию, ЗППП (хламидиоз, микоплазмоз, сифилис).
- С дефицитом веса, нарушениями жирового обмена, НЦД, гипертонической болезнью, анемией, хроническим пиелонефритом.
- Повторнобеременные и многорожавшие с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (артифициальные аборты, самопроизвольные выкидыши, неразвивающаяся беременность, операция кесарево сечение).
- С осложненным течением беременности, включающим угрозу ее прерывания, преэ-

лампсию, ЗВУР, маловодие, многоводие, многоплодие, Rh – сенсибилизацию.

Резюме.

Учитывая высокую частоту (более 20%) антенатальной гибели плода у беременных, не наблюдавшихся в женской консультации, необходимо активизировать санитарно-просветительную работу в женских консультациях и стационарах, учебных заведениях.

Проводить 2-е ультразвуковое обследование беременных, в сроке гестации 19-20 недель для раннего выявления ВПРП и решения вопроса о прерывании беременности при пороках несовместимых с жизнью.

Проводить более тщательное прегравидарное обследование, лечение и подготовку к беременности пациенток, относящихся к группе риска по антенатальной потере плода.

Принимая во внимание, что 1/3 антенатальных потерь возникает в сроке 36-41 неделя гестации, лечение ФПН проводить под контролем УЗИ, доплерометрии, КТГ, биопрофиля плода в условиях стационара, что позволяет своевременно принять решение о сроке и выборе метода родоразрешения в зависимости от акушерской ситуации.

Ключевые слова: неонатальная, антенатальная, интранатальная, смертность, беременные.

Список литературы:

1. Айламазян Э.К., Павлова Н.Г., Аржанова О.Н., Зайнулина М.С., Колобов А.В. Плацентарная недостаточность. // Учебно-методическое пособие. СПб., 2007. С 6-28.
2. Глоба О.В., Удодова Л.В. Динамика перинатальных потерь в современных условиях. // Естественные науки./ Астрахань, 2003.С.45.
3. Краснопольский В.И., Новикова С.В., Туманова В.А., Логутова Л.С., Петрухин В.А. Компенсаторные механизмы развития плода в условиях плацентарной недостаточности. М., 2008. С.196-275.
4. Шаповалова М.А. Воспроизводство населения как медико-экономическая проблема Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования "Российский государственный медицинский университет". Москва, 2004
5. Шаповалова М.А. Жизненный потенциал населения в период формирования рыночных отношений/Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2004. № 3. с. 11-13.
6. Шаповалова М.А., Сердюков А.Г. Региональная смертность в переходной экономике/Проблемы управления здравоохранением. 2004. № 2. с. 42.
7. Шаповалова М.А., Анопко В.П. Условия реформирования здравоохранения /В мире научных открытий. 2010. № 2-4. с. 159-160.
8. Черкасов С.Н. Моделирование динамики частоты преждевременных родов в Российской Федерации за период с 1980 по 2014 год / С.Н.Черкасов, Ю.О.Камаев, М.Е. Колонийченко, В.С. Олейникова // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2015. № 4-5. С. 195-198.

Карагаева А.М., Бембева А.С.

*ФГБОУ ВО Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Астрахань, Россия*

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИФИЛЛОБОТРИОЗА В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Дифиллоботриозы – это природно-эндемичные пероральные биогельминтозы, возбудителями которых являются ленточные гельминты (класс «цестоды», отряд «лентецы», семейство «дифиллоботрииды»).

К настоящему времени известны несколько видов лентецов – *D. latum*, *D. minus*, *D. dendriticum*, *D. ditremum* и др. У человека в основном паразитирует *D. latum* – широкий лентец.

Широкий лентец — довольно крупный гельминт, состоящий из множества члеников. Взрос-

лая особь в течение жизни может достигать размеров от 2 до 10 см, иногда даже до 20 см. Членики в ширину достигают 1,5 см. Яйца широкого лентеца довольно крупные, имеют форму, схожую с формой куриного яйца. Цвет серовато-желтый.

Актуальность дифиллоботриоза для Астраханской области обусловлена сочетанием природных и социальных факторов: наличием природных биотопов промежуточных и окончательных хозяев паразита, продолжающейся практикой сброса в открытые водоемы сточных вод, неочищенных от паразитарных агентов; недостаточной степени благоустройства населенных мест, расположенных по берегам рек; развитым любительским рыболовством, употреблением населением в пищу малосоленой рыбы и щучьей икры, приготовленных кустарным способом.

Цель работы – определение значимости климатических факторов в распространении дифиллоботриоза, анализ заболеваемости дифиллоботриозом, зарегистрированных в Астраханской области за 2012-2014 гг.

Методы и материалы исследования:

Исследовали отчетные данные Роспотребнадзора Астраханской области. Были проанализированы группы населения: детское население до 17, которых мы разделили на: детское население до 1 года, детское население до 14 лет, детское население до 17 лет и взрослое население

Клиническое течение. Выраженность симптомов заболевания зависит от интенсивности инвазии (количества паразитирующих особей) и состояния организма больного. Инвазия может протекать без каких-либо проявлений (бессимптомное течение). В случае типичного течения основные жалобы больных связаны с нарушениями в пищеварительной, кроветворной и нервной системах. Наиболее частыми являются жалобы на ухудшение аппетита, тошноту и рвоту, боли в животе, нарушение стула, снижение трудоспособности, быструю утомляемость, неприятные вкусовые ощущения на привычную пищу, появление парестезии. Частым признаком заболевания являются аллергические кожные высыпания. В тяжелых случаях наблюдались эпилептиформные припадки.

Эпидемиология. Дифиллоботриоз – биогельминтоз с ксенотрофным механизмом передачи возбудителя. Случаи инвазии широким лентецом регистрируются в северных и южных странах с достаточно прохладным климатом, с температурой воды в открытых водоемах в летнее время от 10⁰ до 20⁰ С при солёности, не превышающей 3‰, при кислородном насыщении не менее 4 мг/л. Интенсивные очаги дифиллоботриоза существуют в Австралии (восточное побережье), Америке (США, Канада, западное побережье Южной Америки), Азии (Китай), Африке (в районе озер), Европе (Германия, Гренландия, Дания, Ирландия, Исландия, Италия, Литва, Латвия, Норвегия, Польша, Румыния, Украина, Франция, Швеция, Эстония). В России очаги дифиллоботриоза известны в районах Финского залива, Ладожского, Онежского, Псковско-Чудского озер, в бассейне рек Печоры, Северной Двины, Волги, Немана, Оби, Енисея, Лены. Высока заболеваемость дифиллоботриозом в Карелии, Архангельской и Пермской областях, Поволжье, на севере Сибири, Якутии, Прибайкалье, на Дальнем Востоке, Сахалине.

В 1998 г. дифиллоботриоз был зарегистрирован в 78 субъектах Российской Федерации, где было выявлено свыше 22 000 больных (при средней заболеваемости 15,2 на 100 тыс населения), в том числе среди детей до 14 лет – 2681 случай.

Наиболее неблагоприятными по заболеваемости дифиллоботриозом являются следующие субъекты Российской Федерации: Эвенкийский автономный округ (548,8 на 100 000 населения), республика Якутия, Саха (379,8), Таймырский автономный округ (343,7), Ямало-Ненецкий автономный округ (315,8), республика Хакасия (307,4). Еще в 19 субъектах Российской Федерации уровень заболеваемости выше среднего по РФ – 15,2 на 100 000 населения. Детская заболеваемость в Таймырском автономном округе превышает таковую по стране в 27 раз, в Эвенкийском автономном округе – в 18, в Ямало-Ненецком автономном округе – в 15, в республике Якутия, Саха – в 14,4 раза.

При выявлении случая дифиллоботриоза в территориальный центр Госсанэпиднадзора направляют экстренное извещение. Эпидемиологическое обследование направлено на выявление очага дифиллоботриоза, особенностей питания населения и соблюдения правил кулинарной обработки рыбы. Госпитализация больного дифиллоботриозом проводится по клиническим показаниям, инвазированные подлежат обязательной дегельминтизации.

На территории Российской Федерации выделено 5 речных и озерных зон с относительно высоким риском заражения дифиллоботриозом: Северо-западный регион Европейской части России, Волжско-Камский бассейн, Обь-Иртышская зона, Западно—Сибирская зона, Дальневосточная зона.

В период 2012-2014 годы на территории области зарегистрировано 272 случая дифиллоботри-

оза. В 2014 году заболеваемость населения дифиллоботриозом снизилась на 51,9% по сравнению с 2013 годом и на 55,7% в сравнении с 2012 годом. Заболеваемость среди детей в возрасте до 17 лет в 2014 г. не регистрировалась, в 2013 г. на эту возрастную группу приходилось 4,7% заболеваемости. Среди сельских жителей зарегистрировано 66,7% всей заболеваемости (2013-71,7%, 2012- 48,3%). Среди женщин зарегистрировано 60,8% (2013-50,9%) больных.

В трех районах области показатель заболеваемости превышает среднеобластной (5,09): Камызякский в 4,2 раза (21,43), Красноярский в 7,2 р. (36,80), Черноярский в 6,4 р. (32,71). Основная масса больных регистрируется в возрасте 30-39 лет (27,5%) и 40-49 лет (21,6%).

Факторами заражения в 54,9% (2013-45,3%) послужило употребление щуки, окуня в 11,8% (2013- 27,4%), щучьей икры - в 21,6% (2013- 23,6%).

Заражение дифиллоботриозом произошло при употреблении: малосоленой, вяленой рыбы- 33,3% и щучьей икры слабосоленой, приготовленной кустарным способом- 27,5%, недостаточно прожаренной рыбы -25,5%. Рыба приобреталась на рынках и у частников- 29%, во время любительского лова-47,1%. Больные в 39,2% случаев выявлены при профилактических обследованиях декретированного контингента, в 1,9%- при обследовании контактных в очагах, 33% - при оформлении на стационарное лечение, 45,3%- амбулаторно по клиническим показаниям.

Вывод: Эпидемиологическая ситуация в нашем регионе удовлетворительная. Отмечается снижение заболеваемости дифиллоботриозом за 2012-2014 г.г. на 51,9 %.

Список литературы:

1. Махнев М.В. «Симптоматика дифиллоботриоза у мужчин молодого возраста из организованных коллективов» Тер. архив – 2007 - №11- с 60-63
2. В.Е. Поляков, И. А. Иванова, Н.Ф. Полякова «Дифиллоботриоз»/. «Педиатрия» – 2007- №5- с 104-108
3. А.И. Чернышевский, Д.А. Чистяков, А.Г. Шомарина./«Профилактика дифиллоботриоза»

Карагаева А.М., Бембеева А.С.

*ФГБОУ ВО Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Астрахань, Россия*

СИБИРСКАЯ ЯЗВА КАК БИОЛОГИЧЕСКОЕ ОРУЖИЕ В РУКАХ ТЕРРОРИСТОВ

Сибирская язва- острая инфекционная болезнь, зоонозного происхождения из группы инфекций наружных покровов. Введена в группу особо опасных инфекций.

Цель работы: рассмотреть сибирскую язву как биологическое оружие, представить историю применения сибирской язвы как средства биотерроризма.

Ввиду устойчивости к экологическим изменениям и высокой смертности, сибирскую язву классифицируют как биологическое оружие класса А. Первые испытания инфекции как оружия, включающие также умышленное заражение пленных, тысячи из которых умирали, проводились 731-ым подразделением японской Квантунской армии в Манчжурии в 1930-х годах.

Клиническое течение сибирской язвы.

Инкубационный период колеблется от нескольких часов до 8 дней (чаще 2-3 дня). Различают кожную, легочную (ингаляционную) и кишечную формы сибирской язвы, последние две формы характеризуются гематогенной диссеминацией микроорганизмов и объединяются иногда под названием генерализованной (септической) формы, хотя по изменениям в области ворот инфекции эти две формы различаются между собой. Чаще всего наблюдается кожная форма (у 95%), редко легочная и очень редко (менее 1%) кишечная.

Кожная форма подразделяется на следующие клинические разновидности: карбункулезная, эдематозная, буллезная и эризипелоидная. Чаще всего встречается карбункулезная разновидность. Кожная форма характеризуется местными изменениями в области ворот инфекции. В начале в месте поражения возникает красное пятно, которое приподнимается над уровнем кожи, образуя папулу, затем на месте папулы развивается везикула, через некоторое время везикула превращается в пustu-

лу, а затем в язву. Процесс протекает быстро, с момента появления пятна до образования пустулы проходит несколько часов. Местно больные отмечают зуд и жжение. Содержимое пустулы часто имеет темный цвет за счет примеси крови. При нарушении целостности пустулы (чаще при расчесах) образуется язва, которая покрывается темной коркой. Вокруг центрального струпа располагаются в виде ожерелья вторичные пустулы, при разрушении которых размеры язвы увеличиваются. Вокруг язвы отмечается отек и гиперемия кожи, особенно выраженные при локализации процесса на лице. Характерно снижение или полное отсутствие чувствительности в области язвы.

Чаще всего язва локализуется на верхних конечностях: пальцы, кисть, предплечье, плечо, далее идут лоб, виски, темя, скула, щека, веко, нижняя челюсть, подбородок, шея и затылок, грудь, ключица, грудные железы, спина, живот.

Эдематозная разновидность кожной формы сибирской язвы наблюдается редко и характеризуется развитием отека без видимого карбункула в начале болезни. Заболевание протекает более тяжело с выраженными проявлениями общей интоксикации. Позднее на месте плотного безболезненного отека появляется некроз кожи, который покрывается струпом.

Буллезная разновидность кожной формы сибирской язвы также наблюдается редко. Она характеризуется тем, что на месте типичного карбункула в области ворот инфекции образуются пузыри, наполненные геморрагической жидкостью.

Эризипелоидная разновидность кожной формы сибирской язвы наблюдается наиболее редко. Особенностью ее является образование большого количества беловатых пузырей, наполненных прозрачной жидкостью, расположенных на припухшей, покрасневшей, но безболезненной коже. После вскрытия пузырей остаются множественные язвы, которые быстро подсыхают. Эта разновидность характеризуется более легким течением и благоприятным исходом.

Легочная форма сибирской язвы начинается остро, протекает тяжело и даже при современных методах лечения может закончиться летально. Среди полного здоровья возникает потрясающий озноб, температура тела быстро достигает высоких цифр (40°C и выше), отмечается конъюнктивит (слезотечение, светобоязнь, гиперемия конъюнктив), катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей (чихание, насморк, хриплый голос, кашель). Состояние больных с первых часов болезни становится тяжелым, появляются сильные колющие боли в груди, одышка, цианоз, тахикардия (до 120-140 уд/мин), АД понижается. В мокроте наблюдается примесь крови. Над легкими определяются участки притупления перкуторного звука, сухие и влажные хрипы, иногда шум трения плевры. Смерть наступает через 2-3 дня.

Осенью 2001 года письма, содержащие белый порошок начали приходить в офисы сената США. Когда пошел слух о том, что конверты содержали споры смертельной бактерии *Bacillus anthracis*, вызывающей сибирскую язву, началась паника. Письма с сибирской язвой инфицировали 22 человека и убили пятерых.

Из-за высокой смертности и устойчивости к экологическим переменам, бактерии сибирской язвы также классифицируются как категория биологического оружия класса А. Бактерия живет в почве, и часто пасущиеся на ней животные обычно вступают в контакт со спорами бактерии во время поиска еды. Человек же может заразиться сибирской язвой, дотронувшись до споры, вдохнув или глотнув ее.

В большинстве случаев заражение сибирской язвой происходит через контакт кожи со спорами. Самая смертельная форма заражения сибирской язвой – это ингаляционная форма, при которой споры попадают в легкие, а затем клетки иммунной системы переносят их к лимфатическим узлам. Там споры начинают размножаться и выделять токсины, которые приводят к развитию таких проблем, как лихорадка, проблемы с дыханием, утомляемость, боли в мышцах, увеличение лимфатических узлов, тошнота, рвота, диарея и т.д. Среди зараженных ингаляционной формой сибирской язвы наблюдается самый высокий уровень смертности, и, к сожалению, именно этой формой заболели все пять жертв писем 2001 года.

Болезнь крайне сложно подхватить в обычных условиях, и она не передается от человека к человеку. Тем не менее, медицинские работники, ветеринары и военный персонал обычно проходят вакцинацию. Наряду с отсутствием широкого распространения вакцинации, "долгожительство" - это еще одна черта сибирской язвы. Многие вредные биологические бактерии могут выжить только в определенных условиях и в течение короткого периода времени. Однако, вирус сибирской язвы может в течение 40 лет лежать на полке и по-прежнему представлять собой смертельную угрозу.

Эти свойства сделали сибирскую язву "любимым" биологическим оружием среди соответ-

ствующих программ по всему миру. Японские ученые проводили эксперименты над человеком, используя аэрозольное распыление вируса сибирской язвы в конце 1930-х годов в оккупированной Манчжурии. Британские войска экспериментировали с бомбой из сибирской язвы в 1942 году, при этом они сумели так основательно загрязнить полигон острова Гринард, что 44 года спустя для обеззараживания почвы потребовалось 280 тонн формальдегида. В 1979 году Советский Союз случайно выпустил в воздух вирус сибирской язвы, убив тем самым 66 человек.

Вывод: Сибирская язва остается одним из самых известных и самых опасных видов биологического оружия. Многочисленные программы по биологическому оружию на протяжении многих лет работали над производством и усовершенствованием вируса сибирской язвы, при этом пока существует вакцина, массовая вакцинация станет жизнеспособной только в том случае, если произойдет массовая атака.

Список литературы:

1. А. М. Архангельский «Бактериологическое оружие и защита от него», Москва, 2011
2. Ю. В. Боровский, Р. Ф. Галиев «Бактериологическое оружие вероятного противника и защита от него», Москва, 2010

Касимова Е.Б, Галимзянов Х.М, Кантемирова Б.И, Чернышева А.Х, Лунина И.О

*ФГБОУ ВО Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Астрахань, Россия*

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРСИСТИРУЮЩИХ ФОРМ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Цель исследования: определить значимость клинико-anamnestических данных и комплекса лабораторных исследований в диагностике герпесвирусных инфекций (ГВИ) у часто болеющих респираторными заболеваниями детей.

Материал и методы исследования: Группа обследованных включала 80 пациентов в возрасте от 1 года до 15 лет, среди них мальчиков 43 (53,7%), девочек 37 (46,2%), часто болеющих респираторными инфекциями.

В комплекс исследований наблюдаемых детей были включены стандартизированные клинико-лабораторные исследования и, дополнительно для верификации ГВИ, определение ДНК исследуемых герпесвирусов методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с помощью тест-систем «Ампли-Сенс» производства ФГУН ЦНИИЭ Роспотребнадзора (Москва), определение специфических антител классов IgM и IgG методом иммуноферментного анализа (ИФА) наборами реагентов фирмы «Вектор-Бест» (Новосибирск).

В качестве материала использовали биосубстраты: периферическая кровь, моча, секрет из ротоглотки.

Результаты: Герпесвирусные инфекции занимают существенное место в заболеваемости детей и подростков. Исход герпесвирусной инфекции, переход в хроническую форму, с латентным или рецидивирующим, персистирующим течением во многом обусловлен состоянием иммунного ответа ребенка [1, 2, 3, 4, 5]. Наличие иммунных нарушений является основанием для назначения иммунокорригирующей терапии [1, 2, 3, 4]. Наиболее оптимальным является использование препаратов с противовирусным и иммуномодулирующим эффектом, с доказанным механизмом действия [6,7]. В клинической практике важно своевременное выявление группы риска для хронического персистирующего течения ГВИ.

Анализ семейного и акушерского анамнеза показал, что у большинства матерей наблюдаемых детей беременность и роды были осложненными, чаще всего у них отмечались гестозы и угроза выкидыша (61,2%), рождение недоношенных (16,2%), в родах гипоксия плода (40%), преждевременная отслойка плаценты, кесарево сечение и др. У 43 женщин из 80 (53,7%) были выявлены различные соматические заболевания (сахарный диабет, хронический пиелонефрит, кольпит, анемия и др.). При обследовании беременных женщин было выявлено как моно-инфицирование (у 40 из 80 – 50%), так и

микст-инфицирование (у 28 из 80 – 35%). Наиболее часто во время беременности верифицировались ГВИ, ассоциированные с ВПГ 1-2 типа и ЦМВ (суммарно у 21 женщин из 80 – 26,2%), в сочетании с микст-инфекцией (хламидийной, уреоплазменной, микоплазменной) у 11 матерей (13,7%). Выявленные особенности свидетельствовали в пользу значительного влияния анте- и интранатальных факторов, что по всей вероятности, связано с неспособностью иммунной системы детей в этот период полноценно противостоять этим инфекциям.

Группу инфицированных герпесвирусами детей отличала высокая частота возникновения ОРЗ. При этом продолжительность эпизода ОРЗ составляла $13,10 \pm 2,26$ дня. Течение респираторных заболеваний характеризовалось высоким удельным весом осложнений (средние отиты, этмоидиты, синдром бронхообструкции, пневмонии, инфекции мочевыводящих путей) - в 47,5% случаев. При объективном осмотре у наблюдаемых детей определялся лимфопролиферативный синдром (100%), вегетовисцеральный (62,5%), кардиальный (21,2%) и артралгический (13,7%).

Заподозрить персистирующую инфекцию у детей можно было по высокой степени поражения различных органов и систем: ЦНС (67,5%), желудочно-кишечного тракта (44,9%), аллергических заболеваний (70%). В единичных случаях выявлялась патология почек (пиелонефрит, нефроптоз, удвоение ЧЛС, ротация почек, вторично-сморщенная почка) (6,3% случаев).

В процессе наблюдения за детьми проводилась оценка состояния микробиоценоза кишечника. У всех детей обнаруживались нарушения, как в основных компонентах биоценоза, так и в составе условно-патогенной флоры. Следует отметить, что у всех пациентов проводилась коррекция микробиоценоза повторными курсами пре- и пробиотиков, однако восстановления микрофлоры до нормобиоценоза не наблюдалось ни у одного пациента.

Закономерен вопрос о правильности выбора комплекса диагностики внутриутробной и персистирующей инфекции у детей. Диагностика внутриутробных инфекций у детей должна опираться на клинические проявления, как общего характера, так и на типоспецифические ее признаки, а также основываться на анализе комплекса лабораторных методов обследования [1, 2].

При оценке клинических анализов крови у наблюдаемых детей определялись значительные отклонения в показателях гемограммы: выраженная анемизация (у 22,5% пациентов), нейтропения (у 10%), лимфоцитоз (у 25%), лейкопения с лимфоцитопенией (17,5%), ускорение СОЭ (у 25%), что в совокупности свидетельствовало о наличии воспалительного процесса в организме с выраженным снижением иммунореактивности у детей.

При скрининговом серологическом обследовании методом ИФА на внутриутробные инфекции у детей наиболее часто выявлялись положительные титры типоспецифических антител класса IgM и/или IgG к герпесвирусам. Диагностические титры антител класса IgM и IgG определялись к ЦМВ (у 11 детей), ВПГ 1, 2 типа (у 9 детей). Антитела к антигенам ВЭБ обнаруживались у 22 детей, из них у 10 детей были антитела класса IgG к раннему антигену ВЭБ и антитела класса IgM к капсидному антигену ВЭБ, что свидетельствовало об активной фазе ВЭБ-инфекции. Остальные 12 пациентов имели антитела класса IgG к нуклеарному (ядерному) антигену ВЭБ, что расценивалось как поздняя стадия инфекции. В 47,5% случаев обнаруживались микст-формы.

У детей при персистирующем течении с реактивацией инфекции, которое чаще возникало после провоцирующих воздействий (ОРВИ, переохлаждение, проведение профилактических прививок и др.) ПЦР-тесты давали положительные результаты с последующим нарастанием титра типоспецифических антител по данным ИФА.

Выводы:

В качестве факторов риска ГВИ предлагается использовать анамнестические данные о материнском и внутрисемейном инфицировании.

Заподозрить внутриутробное инфицирование у детей можно по высокой степени поражения различных органов и систем: ЦНС, органов дыхания, пищеварения, сердечно-сосудистой системы и др.

Диагностика внутриутробных инфекций должна базироваться на клинико-лабораторных показателях, включая определение уровня специфических IgM и IgG в периферической крови и ДНК герпесвируса в соскобе из носоглотки.

Список литературы:

1. Башкина О.А. Клинико-иммунологический мониторинг и цитокиноterapia у детей с рецидивированием респираторных инфекций: дисс. ... док. мед. наук. – Москва, 2006.
2. Башкина О.А. Патогенетическая роль инфекционного компонента при лимфаденопатиях у детей в современных условиях / О.А. Башкина, В.А. Алешкин, С.С. Афанасьев, А.А. Воробьев А.А., Е.И. Сомова, О.В.
3. Башкина О.А., Красиcлова Е.В., Бойко А.В. Иммунокорректирующие препараты в профилактике заболеваний респираторного тракта у часто болеющих детей Инфекционные болезни. 2004. Т. 2. № 1. С. 24-29.
4. Башкина О.А., Сомова Е.И., Рубальский О.В., Алешкин В.А., Афанасьев С.С. Этиология вторичных лимфаденопатий у детей. // Инфекционные болезни. 2003. Т. 1. № 1. С. 75-79.
5. Башкина О.А., Афанасьев С.С., Алешкин В.А., Воробьев А.А., Рубальский О.В., Кокуев А.В., Сомова Е.И. Эффект лечения рецидивирующего бронхита у детей комбинированными интерфероновыми препаратами при различных путях аппликации. // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. 2005. № 3. С. 99-102.
6. Касьмова Е.Б., Башкина О.А., Галимзянов Х.М. Клиническая эффективность применения циклоферона в комплексной терапии инфекционного мононуклеоза у детей. // Антибиотики и химиотерапия. 2011. Т. 56. № 9-10. С. 37-40.
7. Касьмова Е.Б., Башкина О.А., Галимзянов Х.М., Романцов М.Г., Енгибарян К.Ж., Родина Л.П. Оптимизация фармакотерапии у детей с острой Эпштейна-Барр вирусной инфекцией. // Экспериментальная и клиническая фармакология. 2014. Т. 77. № 1. С. 26-29.

Кенембаева А.С.

**ФГБОУ ВО Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Астрахань, Россия**

КЛИНИКО – ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ АСТРАХАНСКОЙ РИККЕТСИОЗНОЙ ЛИХОРАДКИ

Астраханская риккетсиозная лихорадка (АРЛ) регистрируется в Астраханской области с 1991 года, когда была установлена риккетсиозная этиология этой болезни. Возбудитель – риккетсия из группы клещевых пятнистых лихорадок – *R. conopii* подвид *caspiensis*. На современном этапе отмечается рост тяжелых форм АРЛ. В 2014-2015 гг. по сравнению с 2011 г. в 3 раза: в 2011 г. было 5 случаев тяжелого течения АРЛ, в 2012 г. – 6 случаев, в 2013 г. – 14 случаев, в 2014 г. – 14 случаев, в 2015 г. – 15 случаев.

Цель работы: Провести анализ клинических симптомов и лабораторных показателей при тяжелой форме Астраханской риккетсиозной лихорадки на современном этапе.

Материалы и методы: Нами изучена клиническая картина и лабораторные показатели у 24 больных с тяжелым течением АРЛ. Использованы истории болезни больных, находившихся на лечении в 1,3 и 5 отделениях ОИКБ. Все случаи АРЛ подтверждены методом ПЦР – обнаружением ДНК риккетсий.

Среди заболевших преобладали лица мужского пола (15). Женщин было 9. Возраст больных колебался от 30 лет до 88 лет. Преобладающее число больных были в возрасте старше 60 лет (19). Для АРЛ характерна летне-осенняя сезонность. В летние месяцы зарегистрировано 13 случаев. В сентябре – 8. Единичные случаи регистрировались в мае.

При тяжелой форме АРЛ отмечается поздняя госпитализация больных в стационар (позже 3 дня) у 18 больных. Только 6 больных госпитализированы в первые 3 дня болезни.

Большинство заболевших были сельские жители (16). Городских жителей было 8.

Укус клеща отмечали 10 больных, контакт с клещами – 4.

Первым признаком болезни являлся первичный аффе́кт, который был обнаружен у 5 больных.

Клиническая картина АРЛ характеризовалась типичными симптомами. Однако при тяжелой форме болезни эти симптомы были максимально выражены. Лихорадка наблюдалась у всех больных: до 380 – у 3 больных; до 390 – у 11 больных; выше 390 – у 10 больных. Средняя продолжительность

лихорадки была 10 дней.

У всех больных отмечалась пятнисто-папулезная сыпь, которая появлялась на 3-7 день болезни. У 5 больных на фоне пятнисто-папулезной сыпи наблюдалась геморрагическая сыпь.

Симптомы интоксикации – слабость, головная боль, снижение аппетита наблюдались у всех больных. Миалгии были выражены у 22 больных, артралгии – у 20 больных. У ряда больных наблюдалась тошнота (11), рвота у 8 больных. У 2 больных был жидкий стул.

Нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы были у большинства больных.

У 17 больных выявлено увеличение размеров печени: на 1-2 см – у 7 больных; на 2,5-3 см – у 14; на 4-6 см у 3 больных. Желтуха наблюдалась у 13 больных.

Со стороны почек изменения наблюдались у большинства больных (22). У 11 больных отмечена олигурия, у 3 больных – анурия.

Поражение ЦНС выявлено у 15 больных. Больные были вялые, заторможенные, периодически неадекватные, с трудом отвечали на вопросы. У 7 больных отмечалось нарушение сознания: ступор, сопор, кома. В единичных случаях больным проводилась спинномозговая пункция – изменений в цереброспинальной жидкости не обнаружено.

У больных с тяжелым течением болезни наблюдались следующие осложнения: пневмония – у 9 больных, ОДН – у 8, ИТШ – у 8, ДВС-синдром – у 8, токсическая энцефалопатия – у 7, полиорганная недостаточность у 7 больных. У 1 больного – анемия вследствие желудочно-кишечного кровотечения.

Сопутствующие диагнозы были у всех лиц пожилого и старческого возраста: ХИБС, атеросклероз, кардиосклероз, артериальная гипертензия, нарушение ритма – 15 случаев; ХОБЛ, хронический бронхит – 2; сахарный диабет – 1; ишемический инсульт – 1; бронхиальная астма – 1; облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей – 1.

Лабораторные данные: У больных с тяжелой формой АРЛ в большинстве случаев в крови наблюдался лейкоцитоз (16); у остальных больных – нормоцитоз. Повышение СОЭ было у 9 больных. Снижение количества тромбоцитов отмечено у 8 больных, из них снижение тромбоцитов ниже 100 тыс. (до 45 тысяч) было у 3 больных с ДВС-синдромом.

Обращает на себя внимание нарушение функции почек у большинства больных (20). Повышение количества креатинина и мочевины в крови было у 19 больных.

Повышение количества билирубина в крови было у 12 больных, повышение активности АЛТ – у 10 больных. Практически у всех больных наблюдались изменения в коагулограмме, свидетельствующие о развитии ДВС-синдрома.

При рентгенографии органов грудной клетки пневмония выявлена у 5 больных.

Анализируя истории болезни больных с тяжелой формой АРЛ можно определить критерии тяжести АРЛ:

- Высокая лихорадка 390 и выше, длительность лихорадки 5 и более дней.
- Выраженные симптомы интоксикации: резкая слабость, головная боль, головокружение, тошнота, рвота, сильные мышечные боли.
- Обильная пятнисто-папулезная сыпь, появление геморрагической сыпи.
- Тахикардия (более 100 уд. в 1 мин.), гипотония (ниже 100 /60 мм. рт. ст.).
- Признаки поражения ЦНС: вялость, заторможенность, адинамия, бред.
- Поражение почек - олигурия, анурия, повышение количества креатинина и мочевины в крови.
- Появление желтухи, повышение билирубина и АЛТ в крови.
- Наличие сопутствующих заболеваний. Возраст больного.

Таким образом, на основании вышеизложенного материала можно сделать следующие выводы:

АРЛ в АО имеет тенденцию к росту. Увеличилось количество тяжелых форм АРЛ (более, чем в 1,5 раза).

Тяжелая форма АРЛ преимущественно наблюдается у лиц пожилого и старческого возраста, имеющих ряд сопутствующих заболеваний, отягощающих основное заболевание.

Поздняя госпитализация больных с АРЛ приводит к развитию жизнеугрожающих осложнений и в ряде случаев к летальному исходу.

При оценке состояния больного необходимо учитывать критерии тяжести АРЛ, своевременно выявлять осложнения болезни и проводить интенсивную терапию.

Список литературы:

1. Василькова В.В., Галимзянов Х.М., Кабачек Н.И. /Дифференциальная диагностика Астраханской риккетсиозной лихорадки // Астрахань, 2009 – 61с.
2. Галимзянов Х.М., Малеев В.В., Ющук Н.Д. и др. /Астраханская клещевая лихорадка: клиника, диагностика, лечение. Методическое пособие для преподавателей медицинских ВУЗов и колледжей, ординаторов, инфекционистов и терапевтов, слушателей ФУВ и студентов. //Москва, 1995 – 12с.
3. Тарасевич И.В. /Современные представления о риккетсиозах // Клиническая микробиология, антимикробная химиотерапия. 2005. Т.7. № 2. С.119-129

Кимаева А.Х., Степанян Л.В., Синчихин С.П.

*ФГБОУ ВО Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Астрахань, Россия*

СТРУКТУРА ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ И АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ЖЕНЩИН С ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Цель исследования – изучить структуру экстрагенитальной и акушерско-гинекологической патологии женщин с истмико-цервикальной недостаточностью (ИЦК).

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ данных анамнеза 120 беременных женщин, у которых была диагностирована ИЦН. Обследование беременных в период наблюдения проводилось согласно приказу №572н МЗ РФ 01.11.2012 г.

Результаты. Средний возраст пациенток составил $28,9 \pm 0,97$ лет: до 20 лет было 19 (15,8%) женщин, в возрасте 21-30 лет – 77 (64,2%), в возрасте 31-40 лет – 24 (20%) беременных.

Из результатов исследования обращал на себя внимание тот факт, что у относительно достаточно большого количества беременных с ИЦН, до беременности фиксировался индекс массы тела (ИМТ) более 25 единиц. При этом 34 (28,6%) пациентки имели ИМТ равный $28,4 \pm 0,7$, что следует расценивать как предожирение. С ожирением I степени (ИМТ $34,7 \pm 0,9$) были 12 (10%) женщин, а II степени (ИМТ $38,1 \pm 0,4$) – 18 (15%) пациенток. Указанное свидетельствует о нарушениях функций эндокринной системы.

Основными экстрагенитальными заболеваниями были: хронические заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), хронические заболевания органов мочевыделительной системы (МВС), миопия слабой и средней степени, заболевания дыхательной системы (ДС) (хронический тонзиллит, фарингит), вегето-сосудистые расстройства (ВСР), варикозная болезнь вен нижних конечностей (ВНК), заболевания опорно-двигательного аппарата (ОДА), ревматизм, различные заболевания сердечно-сосудистой системы по типу пролапса митрального клапана (ПМК), миокардита у 52 (43%), 21 (17,2%), 19 (16%), 18 (15%), 13 (11%), 8 (7%), 4 (3,3%), 3 (2,1%), 5 (4,2%) и 8 (6,5%) пациенток, соответственно. Среди нарушений функций органов эндокринной системы основными были дисфункция щитовидной железы и нарушение толерантности к углеводам у 4 (3,1%) и 8 (6,1%) пациенток, соответственно. Сочетанная экстрагенитальная патология наблюдалась у 9,1% женщин [1-7].

При рассмотрении функции репродуктивной системы выявлены следующие особенности.

Менархе в 11-15 лет наблюдалось у большинства 95 (78,8%) женщин, после 15 лет - у 25 (21,2%) пациенток. Регулярный менструальный цикл отмечали 104 (87%) опрошенные женщины. Обильные менструации наблюдались у 13 (10,8%) женщин, умеренные – у 99 (82,8%), скудные – у 8 (6,4%), болезненные – у 57 (47,3%), безболезненные – у 64 (53,7%) пациенток. Следует отметить, что у 26 (22%) пациенток за последние 2 года имелись изменения менструального цикла, связанные с дисфункцией яичников.

На сексуальный дебют в 15 лет указывали 43 (35,9%) пациентки, в 16-20 лет – 48 (40,2%), после 20 лет – 29 (23,9%). Наличие трех половых партнеров до настоящей беременности отмечали 44,9% женщин.

Использовали внутриматочную контрацепцию до беременности 37 (31,2%) человек. Другими

методами предупреждения беременности, такими как, механическим, гормональным, календарным и химическим пользовались 49 (41,2%), 16 (13,4%), 15 (12,9%) и 7 (5,6%) женщин, соответственно.

Первая беременность была у 24 (19,8%) пациенток, повторная – у 96 (80,2%). Обращает на себя внимание высокий паритет беременности у наблюдаемых пациенток. Данная беременность была 3-ей у 30 (25,4%) пациенток с ИЦН, 4-ой – у 16 (13,1%), 5-ой и более – у 12 (9,8%).

У большинства повторнوبرеменных пациенток имело место прерывание беременности. Два и более искусственных аборта встречались у 63 (65,9%) женщин, один - у 23 (24,1%). Кроме того, у 14 (15,1%) женщин встречались один, у 43 (44,9%) пациенток два и более самопроизвольных выкидыша.

Срочные роды были у 25 (25,7%) пациенток, вторые и последующие – у 9 (8,9%). Ранее одни преждевременные роды наблюдались – у 34 (35,4%) женщин, двое и более – у 10 (10,1%). На наличие ИЦН при предыдущих беременностях указывала 21 (17,2%) пациентка.

Быстрые, стремительные роды, роды крупным плодом, разрывы шейки матки в родах при предыдущих гестациях наблюдались у 85 (71,1%) женщин.

Кроме того было выявлено, что больше половины пациенток (84 (70,7%) чел.) перенесли внутриматочные вмешательства с расширением цервикального канала (выскабливание полости матки, гистероскопия, удаление полипов эндометрия), при этом у 46 (38,4%) пациенток в анамнезе было две и более инструментальных манипуляций.

Из гинекологических заболеваний у обследуемых пациенток преобладали воспалительные заболевания органов малого таза: хронический сальпингоофорит встречался у 48 (40,2%) женщин, хронический эндометрит – у 64 (53,3%). Кроме того, при осмотре у 61 (51,1%) беременной диагностировался эндоцервикоз, при этом из анамнеза было известно, что 20 (16,7%) пациенток до беременности получали консервативное лечение фонового заболевания шейки матки, а 12 (10%) женщин – хирургическое (диатермокоагуляция или криодеструкция).

Эндокринная форма бесплодия до беременности наблюдалась у 24 (20,1%) пациенток. Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) встречался у 18 (15,1%) женщин, гиперандрогения – у 13 (11%), гиперпролактинемия – у 10 (8,1%). Перечисленные патологические состояния могут свидетельствовать о неполноценности нейроэндокринной функции яичников.

Миома матки и эндометриоз у беременных с ИЦН выявлены с одинаковой частотой (у 21 пациентки). Следует отметить среди наблюдаемых женщин высокую частоту хирургических вмешательств. Различные операции на органах малого таза выполнялись у 24 (20,1%) пациенток.

Беременность была индуцирована у 24 (20%) пациенток, из них с использованием процедуры экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) у 14 (11,7%) человек.

Выводы. Таким образом, у большинства беременных с ИЦН отмечается отягощенный экстрагенитальный и акушерско-гинекологический анамнез. Одним из ведущих факторов ИЦН могут являться неполноценность эндокринной функции, механическая травматизация шейки матки (повреждения шейки матки в родах, большое число внутриматочных вмешательств), приводящие к морфофункциональным изменениям соединительнотканых элементов шейки матки.

Список литературы:

1. Гнутова С.В., Жаркин Н.А. Лечение атрофического вульвовагинита в перименопаузальном периоде в санатории «Эльтон». 2009; 1(29): 67-9.
2. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия. Status Praesens. 2011; 4: 19-20.
3. Серов В.Н., Прилепская В.Н., Овсянникова Т.В. Гинекологическая эндокринология. М.: Медпресс-информ. 2008, 521с.
4. Степанян Л.В., Синчихин С.П. Особенности механизмов иммунитета и системы гемостаза при неразвивающейся беременности. Астраханский медицинский журнал. 2013; 8(3): 86-9.
5. Шаповалова М.А. Жизненный потенциал населения в период формирования рыночных отношений/Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2004. № 3. с. 11-13.
6. Шаповалова М.А., Сердюков А.Г. Региональная смертность в переходной экономике / Проблемы управления здравоохранением. 2004. № 2. с. 42.
7. Abdel-Aleem H, Shaaban OM, Abdel-Aleem MA. Cervical pessary for preventing preterm birth. Cochrane Database Syst Rev. 2013; 5: 218-20.

Кириллова Т.С.

НЕЙРО - ЛИНГВИСТИЧЕСКОЕ ПРОГРАММИРОВАНИЕ И ЕГО ПРИНЦИПЫ

Что есть нейро-лингвистическое программирование и откуда оно появилось? Какие идеи стоят за этим названием?

«Нейро» происходит от греческого «neuron», означающего «жила, нерв». В свою очередь последний термин относится к нервной системе, к путям, по которым информация поступает в мозг от пяти органов чувств: зрения, слуха, осязания, обоняния и вкуса, и НЛП исходит из предпосылки о том, что все поведение есть результат неврологических состояний. «Лингвистическое» - тоже производное, на этот раз от латинского «lingua», означающего «язык» и являющегося корнем слова «лингвистика». Лингвистическая часть НЛП основана на том, что неврологические процессы направляются, управляются и динамически формулируются в персональных моделях и стратегиях, которые предъявляются человеком через его речь и системы коммуникации. Наконец, «программирование» относится к процессам, используемым человеческими существами для организации и реорганизации сенсорных представлений своего мира в стремлении достигнуть специфических результатов [2:13].

Нейро-лингвистическое программирование — это искусство и наука о личном мастерстве. Искусство, потому что каждый вносит свою уникальную индивидуальность и стиль в то, что он делает, и это невозможно отразить в словах и технологиях. Наука, потому что существует метод и процесс обнаружения паттернов = «patterns» (систематически повторяющихся, устойчивых элементов поведения), используемых личностями в любой области для достижения выдающихся результатов. Этот процесс называется моделированием, и обнаруженные с его помощью паттерны, умения и техники находят все более широкое применение в консультировании, образовании и бизнесе, для повышения эффективности коммуникации и индивидуального развития.

НЛП возникло в начале 1970-х годов и стало плодом сотрудничества Джона Гриндера, который был тогда ассистентом профессора лингвистики в университете Калифорнии в Санта Крузе, и Ричарда Бэндлера — студента психологии в том же университете. Ричард Бэндлер, кроме того, сильно интересовался психотерапией. Они вместе изучали действия трех выдающихся психотерапевтов: 1) Фрида Перлза, новатора психотерапии и основоположника школы терапии, известной во всем мире под названием «гештальт-терапии» (от нем. gestalt - целостная форма, структура)=(одна из школ современной зарубежной терапии). Гештальт-терапевты считают, что в основе целостного лечения лежат целостные образования (Гештальты); 2) Вирджинии Сатир, необыкновенного семейного психотерапевта, которой удавалось разрешать такие трудные семейные взаимоотношения, которые многие семейные психотерапевты находили неприступными; и, наконец, 3) Милтона Эриксона, всемирно известного гипнотерапевта.

Гриндер и Бэндлер открыли и проанализировали паттерны этих высокоэффективных психотерапевтов. Все они очень различались как личности, но как терапевты они использовали в работе со своими пациентами схожие наборы паттернов. Оказалось возможным выделить, проанализировать и сгруппировать эти паттерны в специфические структуры, используемые этими специалистами. Основные открытия касались языка, используемого психотерапевтами в консультировании своих клиентов. Также они касались неврологических паттернов, которые поддерживали язык, использованный в терапии, и того способа, которым реальность была сенсорно представлена в опыте, программировала поведение и выражалась в нем [1:10]. Начиная с этих первоначальных моделей, НЛП развивалось в двух взаимодополняющихся направлениях. Во-первых, как процесс обнаружения паттернов мастерства в любой области человеческой деятельности. Во-вторых, как эффективный способ мышления и коммуникации, практикуемый выдающимися людьми.

В последние годы нейро-лингвистическое программирование получило широкое признание в кругах лиц, занимающихся рекламой, маркетингом и паблик-релейшенз как более или менее доступный набор явно указанных навыков и техник речевого и неречевого взаимодействия.

Вместе с тем, особенно в России, где по-прежнему сильны традиции научного подхода, нейро-лингвистическое программирование подвергают критике. Действительно, многое, что касается теоретического обоснования нейро-лингвистического программирования, не очень строго, не очень доказуемо и эклектично. Не приводится ни одного эксперимента, который был бы воспроизводим и

валиден. Вводится ряд терминов, которые понятны лишь сторонникам этих взглядов, а некоторые термины перетолковываются.

Однако НЛП сохраняет свои позиции в околонучной сфере. Нейролингвистическое программирование — это не теория, способная объяснить всю коммуникацию, а лишь некоторый набор техник, которые можно применить в отношении речевого общения [3:8].

Р. Дилтс в своей книге «Моделирование с помощью НЛП», отмечает, что нейролингвистическое программирование (сокращенно - НЛП - энэлли или энэлпэ) базируется на некоторых принципах [4:17]:

- «возможность выбора лучше, чем его отсутствие;
- люди всегда делают наилучший выбор доступный им в данный момент;
- люди уже располагают всеми необходимыми ресурсами, им нужно лишь найти доступ к этим ресурсам в соответствующем месте и времени;
- нет поражений, есть лишь возможность получить новый опыт;
- карта не есть территория;
- люди реагируют на свою карту реальности, а не на саму реальность;
- любой человек может сделать все. Если кто-то один делает что-либо, то возможно смоделировать и научить другого;
- можно достичь всего, если разбить задачу на достаточно мелкие части;
- в любой системе оказывается ведущим тот элемент, который наиболее гибок;
- любое поведение полезно в некотором контексте;
- за каждым поведением скрывается позитивное намерение».

Практически каждое из этих положений имеет свою физиологическую и лингвистическую основу. К примеру, когда в нейролингвистическом программировании говорится о картах и территориях, то имеют ввиду и индивидуальные различия между людьми, и то, что разные люди интерпретируют одно и то же событие по-разному.

Или, к примеру, говоря об отсутствии поражений, нейро-лингвистическое программирование предлагает рефрейминг-переформулировку, основанную на поиске и нахождении антонимов и ассоциаций, которые могут быть «привязаны» к предикату, психологическое значение которого предстоит изменить.

Говоря о возможности разбиения задачи (тут постулируется отсутствие проблем — есть только задания, которые надо решить), нейролингвистическое программирование обращается к риторике и тактикам ведения переговоров. В число ресурсов личности при этом включается и язык в целом, и речевые структуры, используемые нами в повседневной речи.

Список литературы:

1. Андреас С., Халбон Т. НЛП: Современные психотехнологии. М., 2000. – с.10.
2. Бейли Р. Теория и практика НЛП. С-Пб., 2000. – с.13
3. Гриндер М., Лойд Л. НЛП в педагогике. М., 2001. – с.8
4. Дилтс Р. Моделирование с помощью НЛП. С-Пб., 2000. – с.17.
5. Люис Б.А., Пуселик РФ. Магия НЛП без тайн. М., 2000. – с.26.

Киричников М.В., Подольский В.В., Ярыгина Е.Н.

*ФГБОУ ВО Волгоградский государственный медицинский университет Минздрава России,
г. Волгоград, Россия*

ВЫЯВЛЕНИЕ ИММУНОСУПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ТРАВМАТИЧЕСКИМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Одной из возможных причин развития хронического травматического остеомиелита нижней челюсти (ХТОНЧ) являются нарушения специфической и неспецифической резистентности организма [1, 2, 3, 4, 5].

Целью настоящего исследования было сопоставить доступные каждой клинике методы ис-

следования и показатели углубленного иммунологического исследования для раннего выявления иммунологических нарушений у больных с хроническим травматическим остеомиелитом нижней челюсти.

Материалы и методы. Нами было проведено обследование 17 больных с хроническим травматическим остеомиелитом нижней челюсти, находившихся на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии ГУЗ ВОКБ №1 (мужчин в возрасте от 22 до 60 лет). Всем пациентам, поступившим в стационар с ХТОНЧ, проводили традиционное обследование, включающее в себя оценку клинических проявлений заболевания, общепринятые лабораторные исследования, а также комплексное иммунологическое обследование.

На основании имеющихся в историях болезни анализов крови, используя соответствующие математические формулы, производили расчет следующих интегральных показателей лейкограммы, отражающих состояние различных звеньев иммунной системы: индекса сдвига лейкоцитов крови (ИСЛК), нейтрофильно-мононуклеарного индекса (НМИ), индекса соотношения нейтрофилов и лимфоцитов (ИСНЛ), индекса соотношения нейтрофилов и моноцитов (ИСНМ), лимфоцитарного индекса (ЛИ) и лимфо-миелоцитарного индекса (ЛМИ).

Статистическую обработку проводили с помощью t-критерия Стьюдента, достоверными признавали различия при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. У всех обследованных нами больных ХТОНЧ были выявлены признаки хронической эндогенной интоксикации и вторичная иммунологическая недостаточность, которая была лабораторно верифицирована с помощью проведенного комплексного иммунологического исследования.

Анализируя результаты гематологического исследования, мы выявили на фоне умеренного лейкоцитоза повышение количества сегментоядерных нейтрофилов и снижение количества лимфоцитов и моноцитов в периферической крови, что с большой долей вероятности свидетельствовало о наличии вторичной иммунной недостаточности, что впоследствии было верифицировано детальным иммунологическим исследованием [6,7,8,9]. Вместе с тем не у всех пациентов изменения отдельных показателей лейкограммы были достаточно выражены.

Аналогичные изменения были обнаружены и при расчете интегральных лейкоцитарных показателей, отражающих реактивность организма: ИСЛК был увеличен более чем в 1,5 раза, НМИ, ИСНЛ, ИСНМ были статистически достоверно снижены в 1,5-1,7 раза, ЛИ и ЛМИ были статистически достоверно повышены в 1,7 раза, что также свидетельствовало о развитии у пациентов ХТОНЧ вторичного иммунодефицита.

Выводы. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют, что с помощью применения математических интегральных показателей лейкоцитарной формулы периферической крови можно расширить возможности получения информации о состоянии неспецифической иммунологической реактивности организма вообще и при ХТОНЧ в частности.

Вместе с тем вопрос, связанный с характером изменений отдельных интегральных лейкоцитарных показателей, позволяющих судить о различных звеньях иммунитета, их диагностической и прогностической ценностью, нуждается в уточнении, что будет темой нашего дальнейшего исследования.

Список литературы:

1. Кирпичников М.В., Ефимов Ю.В. Причины развития гнойно-воспалительных осложнений при лечении переломов нижней челюсти. // Медицинский алфавит. – 2007. – Т. 4. № 15. – С. 42-44.
2. Кирпичников М.В., Ярыгина Е.Н. Комплексная диагностика эндогенной интоксикации у больных хроническими и атипично текущими гнойно-воспалительными заболеваниями лица и шеи. // Медицинский алфавит. – 2008. – Т. 2. № 5. – С. 20-22.
3. Островский В.К., Машенко А.В., Янголенко Д.В., Макаров С.В. Лейкоцитарный индекс интоксикации и некоторые показатели крови при оценке тяжести течения и определения прогноза воспалительных и гнойно-деструктивных заболеваний различных локализаций. // Анестезиология и реаниматология. – 2005. – №6. – С.25-29.
4. Сашкина Т.И., Порфириадис М.П., Воложин А.И. Использование скрининговых методов исследований для обоснования иммуномодулирующей терапии гипергического воспалительного процесса в челюстно-лицевой области. // Стоматология. – 2009. – №4. – С.56-59.

5. Ситева Е.Н., Кирпичников М.В. Клиническая диагностика уровня эндогенной интоксикации у больных травматическим остеомиелитом нижней челюсти. // Вестник Российского ГМУ. – 2007. – № S2. – С. 129-130.

6. Фомичёв Е.В., Кирпичников М.В., Подольский В.В. Анализ этиологических факторов травматического остеомиелита нижней челюсти. // Бюлл. Волгоградского науч. центра РАМН. – 2010. – №4. – С.41-44.

7. Фомичев Е.В., Кирпичников М.В., Ярыгина Е.Н. и др. Современные особенности клинических проявлений одонтогенного и травматического остеомиелита нижней челюсти. // Вестник ВолгГМУ. – 2013. – №1(45). – С.7-11.

8. Фомичев Е.В., Островский О.В., Кирпичников М.В. Диагностика и лечение эндогенной интоксикации у больных травматическим остеомиелитом нижней челюсти. // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2006. – №1. – С. 59-61.

9. Ярыгина Е.Н., Смотров Е.В., Кирпичников М.В. Диагностика эндогенной интоксикации у больных атипично текущими флегмонами челюстно-лицевой области и травматическим остеомиелитом нижней челюсти. // Вестник Российского ГМУ. – 2006. – №2. – С. 202.

Кирпичников М.В., Химич И.В., Подольский В.В.

*ФГБОУ ВО Волгоградский государственный медицинский университет Минздрава России,
г. Волгоград, Россия*

ЛЕЙКОЦИТАРНЫЙ ИНДЕКС ИНТОКСИКАЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ ФУРУНКУЛОМ ЛИЦА

Актуальность. Оптимизация диагностики и лечения неодонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний лица, типичным представителем которых является фурункул лица, остается одной из актуальных задач челюстно-лицевой хирургии [1, 2, 3, 4, 5]. Неуклонный рост количества больных данным заболеванием, развитие угрожающих для жизни осложнений и утрата трудоспособности пациента на длительный срок является значимой проблемой для челюстно-лицевой хирургии. В последние годы уделяется пристальное внимание вопросам диагностики и лечения синдрома эндогенной интоксикации [6,7, 8]. Его развитие способствует ингибированию репаративных процессов и может служить одной из причин неблагоприятного исхода заболевания.

Цель исследования – поиск способа скрининговой диагностики эндогенной интоксикации у больных фурункулумом лица.

Материалы и методы исследования. Проведено обследование и лечение 59 пациентов с фурункулумом лица в возрасте от 18 до 35 лет. Средний возраст больных составил $28,25 \pm 1,59$ лет. Для определения региональных показателей нормы была обследована группа практически здоровых лиц в возрасте от 22 до 59 лет. Лица с существенными отклонениями в клинических и биохимических анализах крови из исследования исключались. Сформированные группы были репрезентативны и сопоставимы между собой по возрастному составу и полу. Лабораторные исследования осуществляли в клинической лаборатории ВОКБ №1. На основании данных общего анализа крови производили расчет лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) по формуле Я.Я. Кальф-Калифа (1941). Для характеристики указанного индекса определяли его чувствительность (sensitivity), специфичность (specificity), точность (accuracy), прогностическую ценность положительного результата (positive predictive value) и прогностическую ценность отрицательного результата (negative predictive value) теста. Традиционное лабораторное обследование было дополнено комплексом биохимических тестов, которые проводили на кафедре теоретической биохимии с курсом клинической биохимии ВолгГМУ. Для определения различий между сравниваемыми средними величинами использовали t-критерий Стьюдента. Статистически значимыми признавались различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования. В результате биохимического исследования у всех пациентов при госпитализации было верифицировано статистически значимое повышение всех изучавшихся маркеров эндогенной интоксикации по сравнению с физиологической нормой. Значение ЛИИ было повышено в 2,5 раза по сравнению со значениями в группе условно здоровых лиц Волгоградской области, что также свидетельствовало о наличии у пациентов эндогенной интоксикации.

При изучении информативности ЛИИ у больных фурункулом лица было установлено, что его чувствительность составляет 68,7%, специфичность – 92,4%, точность – 77,1%, прогностическая ценность положительного результата теста – 93,1%, прогностическая ценность отрицательного результата теста – 64,2%. Таким образом, данный показатель у больных фурункулом лица обладает достаточно высокой диагностической эффективностью.

Вывод. Полученные результаты свидетельствуют о том, что лейкоцитарный индекс интоксикации, определяемый по формуле Я.Я. Кальф-Калифа, может быть использован для раннего скринингового выявления больных фурункулом лица, нуждающихся в углубленном лабораторном и биохимическом обследовании.

Список литературы:

1. Островский О.В., Кирпичников М.В., Хлыбов В.С., Мартин Е.А. Антиоксидант мексидол в комплексном лечении фурункула лица. // Журнал научных публикаций аспирантов и докторантов. – 2011. – №12. – С.88-92
2. Островский О.В., Химич И.В., Хлыбов В.С. и др. Влияние антиоксидантной терапии на клинические показатели и маркеры эндогенной интоксикации у больных фурункулом лица. // Фундаментальные исследования. – 2012 – №2. – С.107-112.
3. Островский О.В., Химич И.В., Хлыбов В.С., Кирпичников М.В. Состояние прооксидантно-антиоксидантных взаимоотношений у больных фурункулом лица на фоне комплексного лечения. // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 1. – С. 4.
4. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины: Пер. с англ. – М., 1998. – 352 с.
5. Фомичев Е.В., Островский О.В., Кирпичников М.В., Ярыгина Е.Н. Клинико-лабораторная диагностика эндогенной интоксикации у больных вялотекущими и хроническими гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. // Вестник ВолГМУ. – 2010. – №1(33). – С.99-102.
6. Фомичев Е.В., Островский О.В., Химич И.В. и др. Влияние антиоксиданта мексидола на клинические и лабораторные показатели больных фурункулом лица // Вестник ВолГМУ. – 2011. – № 4. – С.52-56.
7. Химич И.В., Хлыбов В.С., Кирпичников М.В., Подольский В.В. Влияние антиоксиданта «Мексидол» на клиническое течение фурункула лица в стадии абсцедирования // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2011. – № 4. – С. 45-47.
8. Химич И.В., Фомичев Е.В., Островский О.В. и др. Влияние антиоксиданта "Мексидол" на динамику интегральных показателей эндогенной интоксикации у больных фурункулом лица. // Лекарственный вестник. – 2013. – Т. 7. № 2 (50). – С. 15-17.

Кудабаева Х.И., Кетебаева Б.Б., Бейсенбаева М.К., Алтынбеков М.А., Жакупова Ф.Ж.

*Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова,
г. Актобе, Казахстан*

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЙОДУРИИ У ДЕТЕЙ 7-11 ЛЕТ АТЫРАУСКОЙ ОБЛАСТИ, КАЗАХСТАН

Заболевания, связанные с дефицитом или избытком йода, представляют серьезную медико-социальную проблему, поскольку во многом определяют состояние здоровья населения [1,2,5-8, 10].

Цель исследования. Оценить йодообеспечение населения Атырауской области по данным йодурии в соответствии с нормативами ВОЗ (2007) [9].

Задачи исследования. Исследовать экскрецию неорганического йода у детей 7 – 11 лет г. Атырау и Атырауской области (Казахстан).

Материалы и методы. Исследование проведено в рамках НИР, финансируемого МОН РК на тему «Эпидемиология эндемического зоба в Западном регионе Казахстана и разработка мероприятий по профилактике йоддефицитных заболеваний», Рег. номер:0113РК00439. Одобрено этическим ко-

митетом университета (протокол № 04 от 08.10.2013). У 427 детей, выбранных методом систематической случайной выборки, в каждой школе определялась экскреция неорганического йода в разовой порции мочи (йодурия) («Йод – тест», производство Украина) в полевых условиях.

Результаты исследования. Всего обследовано 427 детей, из них 163 - в г. Атырау и 264 – в районах области. В целом по области изучение йодурии выявило: менее 70 мкг/л – 1,41%; ≥ 70 мкг/л – 11,94%; ≥ 100 мкг/л – 25,06%; ≤ 300 мкг/л – 35,83%; ≥ 300 мкг/л – 24,59%; более 400 мкг/л – 1,17%. Оптимальные значения йодурии отмечались в 60,89% случаев. Дефицит йода выявлен у 13,35% детей, при этом на тяжелый дефицит приходится лишь 1,41%. В тоже время в области отмечается самый высокий процент показателей йодурии более 300 мкг/л в регионе, который составляет 25,76%. При анализе значений йодурии в разрезе город/районы выявлено, что в областном центре оптимальное йодобеспечение составило 61,96%; недостаточное – 9,20%; избыточное – 28,83%. В районах области оптимальное йодобеспечение составило 60,23%; недостаточное – 15,91%; избыточное – 23,86%. Статистически значимых различий по показателям оптимальных значений йодурии между областным центром ($61,92 \pm 3,01\%$) и районами ($60,23 \pm 3,88\%$) не обнаружено. Дефицит йода в районах более выражен ($9,20 \pm 2,26\%$), чем в городе ($15,91 \pm 2,25$) ($p < 0,05$; $t = 2,10$). Высокие показатели йодурии отмечались как в областном центре (28,83%), так и в районах области (23,86%). Показатели йодурии более 300 мкг/л отмечались лишь у 24,59%, из них более 400 мкг/л – у 1,17%.

Выводы. На основании изучения медианы йодурии выявлено, что в 62,46% имеется оптимальное выделение йода с мочой, можно считать, что йодобеспечение Западного Казахстана достаточное. Выявленные в предыдущих исследованиях результаты частоты зоба по данным ультрасонографии и йодурии свидетельствуют о том, что в регионе отмечается несоответствие между адекватным йодным обеспечением и высокой распространенностью эндемического зоба [3,4]. Высокий процент детей с показателями йодурии более 300 мкг/л требует дальнейшего мониторинга и возможной коррекции нормативов йодирования соли.

Список литературы:

1. Асфандияров Р.И., Удочкина Л.А. Информационный анализ системы «щитовидная железа». // Морфология. - 2008. - Т. 133. - № 2. - С. 12.
2. Йод как фактор, модифицирующий иммунитет / С.А. Ляликов, М. Собеска, Л.Л. Гаврилик, Л.И. Надольник, Н.М. Ключко // Иммунопатология, аллергология, инфектология. – 2004. – № 2. – С. 63-67.
3. Kudabaeva K.I., Yermukhanova L.S., Koshmaganbetova G.K., Bazargaliev Y.S., Vaspakova A.M., Kaldybaev K.K., Kaldybaeva A.T. Estimation of the thyroid gland volume by means of ultrasonography among school children in Aktobe Area, Kazakhstan. 2015. Res. J. Pharm., Biol. Chem. Sci. 6 (2), pp. 87-93.
4. Кудабаева Х.И., Базаргалиев Е.Ш., Агзамова Р.Т. Результаты пилотного исследования тиреоидной железы в Актюбинской области. Медицинский Журнал Западного Казахстана. 2013;1 (37):193 – 195.
5. Состояние здоровья детей, длительно проживающих в экологически неблагоприятных условиях / Н.С. Парамонова, С.А. Ляликов, С.Г. Обухов, Н.М. Ключко, С.И. Байгот, Т.И. Ровбуть, З.И. Сорокопыт, Л.Л. Гаврилик, О.Ф. Пыжик // Экологическая антропология: материалы XI Международной научно - практической конференции «Экология человека в постчернобыльский период», Минск, 3-5 ноября 2003г.: ежегодник. – Минск: Изд-во Бел. ком. «Дзеці Чарнобыля», 2004. – С. 116-119.
6. Удочкина Л.А. Структурные преобразования щитовидной железы на этапах онтогенеза в норме и при воздействии на организм серосодержащего газа: Дисс... д-ра. мед. наук.– Волгоград: ГОУВПО "Волгоградский государственный медицинский университет", 2006.
7. Удочкина Л.А. Экспериментальное выявление критических периодов в развитии щитовидной железы // Фундаментальные исследования. - 2006. - № 7. - С. 47-48.
8. Удочкина Л.А. Структурные преобразования фолликулов щитовидной железы в пренатальном периоде онтогенеза человека // Морфология. - 2002. - Т. 121. - № 2-3. - С. 159.
9. Удочкина Л.А. Экспериментальное выявление критических периодов в развитии щитовидной железы // Фундаментальные исследования. - 2006. - № 7. - С. 47-48.
10. WHO, UNICEF and ICCIDD, Assessment of iodine deficiency disorders and monitoring their elimination. A guide for programme managers, Third edition (updated 1st September 2008) Publication date: 2007, p. 98

Кузовлева И. А., Соцкая Я. А., Хомутианская Н.И.

**АКТИВНОСТЬ СИСТЕМЫ ФАГОЦИТИРУЮЩИХ МАКРОФАГОВ У БОЛЬНЫХ
ОСТРЫМ ГАСТРОЭНТЕРОКОЛИТОМ НА ФОНЕ
ХРОНИЧЕСКОГО НЕКАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА**

Введение. На сегодняшний день острый гастроэнтероколит (ОГЭК) довольно часто сочетается с хроническим некалькулезным холециститом (ХНХ), что обусловлено различными факторами, как бактериальной, так и небактериальной этиологии. Актуальность проблемы обуславливает прогрессирующее увеличение распространения данной коморбидной патологии среди молодого, наиболее трудоспособного возраста.

Цель. Нами было изучено показатели системы фагоцитирующих макрофагов (СФМ) у больных ОГЭК на фоне ХНХ под влиянием современного иммуномодулирующего препарата субалина.

Методы. Обследовано 66 пациента, 36 из них имели сочетанную патологию с хроническим некалькулезным холециститом, 30 пациентов составили группу сравнения с диагнозом «Хронический некалькулезный холецистит».

Результаты. При проведении исследования у пациентов, как больных ОГЭК, так и при сочетанной патологии с ХНХ, было установлено: до начала проведения лечения имеют место однотипные существенные изменения показателей СФМ, которые характеризовались снижением всех изученных фагоцитарных показателей. После завершения лечения у пациентов основной группы, получавших современный препарат субалин, было обнаружено четко выраженную положительную динамику показателей МФС. ФИ вырос относительно исходного уровня в 1,6 раза и составил $(27,3 \pm 0,6)\%$, ФЧ составило $3,59 \pm 0,24$, что практически соответствовало нижней границе нормы. Аналогичная тенденция отмечена и относительно ИА и ИП, которые на момент завершения лечения составили $(16,2 \pm 0,4)\%$ и $(25,43 \pm 0,25)\%$ соответственно. У больных, получавших общепринятую терапию, наблюдается определенное повышение значений изученных показателей, но в целом показатели функциональной активности СФМ остаются достоверно ниже нормы. Так, ФИ повысился по сравнению с исходным в 1,32 раза и составил $(21,6 \pm 0,9)\%$, что было в 1,24 раза менее соответствующего показателя нормы; ФЧ у этих больных повысилась относительно исходного его значение в 1,3 раза и составил $3,2 \pm 0,15$, что однако было в 1,35 раза меньше нормы ($P < 0,05$). ИА повысился до $(12,52 \pm 0,15)\%$, что все же было меньше нормы в 1,21 раза ($P < 0,05$). ИП на момент завершения общепринятого лечения составлял $(18,54 \pm 0,4)\%$, что было ниже нормы в 1,36 раза ($P < 0,05$).

Выводы. Таким образом, полученные результаты позволяют считать, что включение современного иммуномодулирующего препарата субалина в комплекс лечения больных ОГЭК на фоне ХНХ способствует нормализации показателей СФМ и является патогенетически обоснованным и клинически перспективным.

Список литературы:

1. Крылов А.А. К проблеме сочетаемости заболеваний / А.А. Крылов // Клиническая медицина. – 2000. - № 1. – С.56-58.
2. Особенности влияния загрязнения окружающей среды на здоровье населения промышленных городов Донецкого региона / И.С. Киреева, И.Г. Чудова, В.П. Ермоленко, С.М. Могильный // Довкілля та здоров'я. – 1997. – № 3. – 33 – 35.
3. Попова Ю.С. Болезни печени и желчного пузыря. Диагностика, лечение, профилактика / Попова Ю.С. – Спб. - 2008. – 192 с.
4. Стандартизовані протоколі діагностики та лікування хвороб органів травлення: методичні рекомендації / Н.В. Харченко, Г.А. Анохіна, Н.Д. Опанасюк // Київ. - 2005. – 56 с.
5. Фролов В.М. Определение фагоцитарной активности моноцитов периферической крови у больных / В.М. Фролов, Н.А. Пересадин, И.Я. Пшеничный // Лабораторное дело. – 1990. – № 9. – С. 27-29.

Курнухина М. Ю. Новак К.Е.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ
ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА, ВЫЗВАННОГО ВИРУСОМ ЭПШТЕЙНА-БАРР
И МИКСТ-ИНФЕКЦИЕЙ, В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ**

Герпесвирусные инфекции относятся к наиболее распространенным вирусным заболеваниям человека [1-3]. По данным различных авторов, в настоящее время до 80–90% населения земного шара инфицировано ВЭБ [5]. Каждый год показатели заражения вирусом возрастают. К одним из наиболее часто встречающихся в настоящее время заболеваний, вызываемых герпесвирусом, относится инфекционный мононуклеоз (ИМ).

Инфекционным мононуклеозом в различных регионах мира ежегодно заболевают от 16 до 800 человек на 100 тыс. населения, в России регистрируется 40–80 случаев ИМ на 100 тыс. населения [1]. Высокая инфицированность делает данное заболевание в настоящее время особенно актуальным.

Цель исследования: анализ клинико-лабораторных особенностей инфекционного мононуклеоза, вызванного вирусом Эпштейна-Барр и микст-инфекцией (ВЭБ и ЦМВ).

Материалы исследования: настоящее исследование проводилось на основании данных за январь 2014 года, на базе: СПб ГБУЗ «Клиническая инфекционная больница имени С.П. Боткина». В исследование вошло 23 пациента с инфекционным мононуклеозом в возрасте от 17 до 32 лет (средний возраст $22,95 \pm 4,29$ лет), 14 мужчин (60,87%) и 9 женщин (39,13%). Анализируемые были разделены на 2 группы, в зависимости от возбудителя заболевания: I группа – пациенты с инфекционным мононуклеозом, вызванным только ВЭБ (13 человек – 56,5%), II группа – пациенты с микст-инфекцией (ВЭБ и ЦМВ) – 10 человек - 43,5%. В группы исследования включались только те пациенты, у которых этиология инфекционного мононуклеоза была подтверждена серологически (Ig M к ВЭБ и ЦМВ) методом ИФА. Полученные в процессе исследования данные обрабатывали с помощью лицензионной программы SPSS Statistics 22. Для определения силы связи различных показателей использовали двухсторонний ранговый корреляционный анализ Спирмена в случае ненормального распределения переменных или двухсторонний корреляционный анализ Пирсона для нормального распределения [4].

Результаты: в структуре исследуемых пациентов 52,17% относятся к работающей категории граждан. Среди неработающих большая часть – студенты (9 больных - 75%).

У всех исследуемых больных начало заболевания – острое, среднетяжелая степень тяжести болезни, общая слабость и субфебрилитет. Средняя длительность: заболевания у пациентов I группы $18,23 \pm 5,13$ дней, II - $24,2 \pm 9,72$ дней; сыпи I группы $5,0 \pm 2,94$ дней, II - $16,5 \pm 12,02$ дней; лихорадки I группы больных $12,15 \pm 6,43$ дня, II группы $17,7 \pm 9,03$ дня.

Среднее значение максимального повышения температуры у I группы $38,58 \pm 0,89^\circ\text{C}$, у II - $38,6 \pm 1,08^\circ\text{C}$.

На ультразвуковом исследовании органов брюшной полости только у 2 (1 пациент из I группы, 1 больной II группы) не было обнаружено патологических изменений, у остальных – гепатоспленомегалия, диффузные изменения печени и желчного пузыря. У 3 пациентов (2 пациента из I группы и 1 пациент из II группы) также – диффузные изменения и в поджелудочной железе.

Также у исследуемых групп пациентов был проведен анализ лабораторных показателей. Показатели АлАТ только у 4 из 23 пациентов были в пределах нормальных показателей, у остальных – значимые увеличения АлАТ. У пациентов из I группы медиана АлАТ (Ме) составила 231 е/л ($65,25$ е/л / $669,75$ е/л), из II группы 104 е/л (44 е/л / $212,75$ е/л). Показатели АсАТ у 5 из 23 пациентов - в пределах нормальных показателей, у остальных – повышение АсАТ. Для пациентов I группы - медиана АсАТ (Ме) составила 126,5 е/л ($39,75$ е/л / $306,5$ е/л), из II группы - 66 е/л (28 е/л / $131,5$). Увеличение билирубина наблюдалось только у пациентов с инфекционным мононуклеозом, вызванного ВЭБ-инфекцией: медиана билирубина (Ме) 26 мкмоль/л ($12,43$ мкмоль/л / $102,5$ мкмоль/л) (р t теста Стьюдента 0,130).

Среднее значение С-реактивного белка для больных только с ВЭБ $8,68 \pm 4$. Для больных II группы – значение медианы С-реактивного белка (Ме) $17,39$ ($6,75/153,82$) (р t теста Стьюдента 0,548).

Показатели креатинина, мочевины - в пределах нормы. Среднее значение креатинина у I группы $0,06 \pm 0,02$ ммоль/л, II группы $0,07 \pm 0,01$ ммоль/л. (р U теста Манна-Уитни 0,667). Среднее значение мочевины у I группы $3,15 \pm 1,56$ ммоль/л, у II группы $3,45 \pm 1,09$ ммоль/л. (р U теста Манна-Уитни 0,776).

У больных из I группы медиана СОЭ составила 7 мм/ч (3 мм/ч /21,5 мм/ч), II группы - 10 мм/ч (1 мм/ч /20 мм/ч). Среднее значение эритроцитов у I группы - $4,99 \pm 0,56 \times 10^{12}/L$, у II группы $5,16 \pm 0,58 \times 10^{12}/L$. (р t теста Стьюдента 0,486). Среднее значение гемоглобина у пациентов I группы $139 \pm 18,77$ г/л, II группы $145,4 \pm 17,4$ г/л. (р t теста Стьюдента 0,413).

Тромбоцитоз наблюдался у 1 пациента (пациент II исследуемой группы), тромбоцитопения - у 12 больных (8 пациентов из I группы, 4 - из II группы). Среднее значение тромбоцитов у I группы $165 \pm 47,68 \times 10^9/L$, у II группы - $197,5 \pm 62,03 \times 10^9/L$ (р t теста Стьюдента 0,169). Лейкоцитоз - у 17 пациентов (8 пациентов из I группы и 9 больных из II группы), лейкоцитопения - у 1 (пациент I группы). Среднее значение лейкоцитов у I группы $10,29 \pm 3,42 \times 10^9/L$; у II группы, $14,06 \pm 4,09 \times 10^9/L$ (р t теста Стьюдента 0,025). Нейтрофилез у 3 больных (2 пациента - из I группы, 1 пациент - II группа), нейтропения - у 2 больных (1 пациент - из I группы и 1 пациент - из II группы). Среднее значение нейтрофилов для больных из I группы $4,24 \pm 3,51 \times 10^9/L$, из II группы $4,22 \pm 2,14 \times 10^9/L$ (р U теста Манна-Уитни 0,343). Лимфоцитоз наблюдался у 19 пациентов (82,6%) - среди них 9 пациентов I группы и 10 - II группы. Среднее значение лимфоцитов - у I группы $6,39 \pm 3,26 \times 10^9/L$; II группа $7,9 \pm 2,32 \times 10^9/L$ (р t теста Стьюдента 0,230). Моноцитоз также у 19 пациентов (82,6%) - 10 больных I группы, 9 - из II группы. Среднее значение показателя для I группы $1,56 \pm 0,83 \times 10^9/L$, для II группы $1,49 \pm 0,44 \times 10^9/L$ (р t теста Стьюдента 0,800). У исследуемых пациентов не было обнаружено повышение эозинофилов. Медиана для I группы составила $0,07 \times 10^9/L$ ($0,04 \times 10^9/L$ / $0,29 \times 10^9/L$), для II группы $0,22 \times 10^9/L$ ($0,13 \times 10^9/L$ / $0,28 \times 10^9/L$). (р U теста Манна-Уитни 0,208).

У больных I группы по сравнению со II установлены статистически значимые различия ряда анализируемых показателей: более частое появление катаральных явлений (53,85% и 10%) ($\chi^2=4,790$; $p=0,029$); папулезной сыпи (61,54% и 20%) ($\chi^2=3,969$; $p=0,046$), кожного зуда (61,54% и 20%) ($\chi^2=6,303$; $p=0,012$), менее выраженный лейкоцитоз ($10,29 \pm 3,42$ и $14,06 \pm 4,09 \times 10^9/L$) (р T теста Стьюдента 0,025).

У пациентов I группы обнаружена значимая обратная корреляция между длительностью заболевания и количеством эритроцитов ($p < 0,05$; $r = -0,585$) и гемоглобина ($p < 0,05$; $r = -0,653$). У пациентов II группы: обратная корреляционная зависимость между значением максимальной температуры и количеством тромбоцитов ($p < 0,05$; $r = -0,667$). Всем исследуемым пациентам была назначена симптоматическая, дезинтоксикационная терапия, Ацикловир (Aciclovir), Валтрекс (Valtrex). На фоне проводимого лечения больные были выписаны в удовлетворительном состоянии.

Заключение: результаты исследования позволяют предполагать, что данное заболевание, вызванное микст-инфекцией протекает в более легкой форме, что объясняется интерференцией вирусов.

Список литературы:

1. Доценко М. Л. Актуальные вопросы герпесвирусной инфекции/ Годовальникова Г.В //научно-практический журнал «Рецепт» №1. - БГМУ, Минск - 2008.
2. Касьмова Е.Б. Оптимизация фармакотерапии у детей с острой Эпштейна-Барр вирусной инфекцией / Касьмова Е.Б., Башкина О.А., Галимзянов Х.М., Романцов М.Г., Енгибарян К.Ж., Родина Л.П. // Экспериментальная и клиническая фармакология. - 2014. - Т. 77. - № 1. - С. 26-29.
3. Касьмова Е.Б. Фармакологическая коррекция метаболических нарушений у детей с острой Эпштейна - Барр вирусной инфекцией / Касьмова Е.Б., Башкина О.А., Галимзянов Х.М., Енгибарян К.Ж., Родина Л.П., Чанпалова Л.С., Коваленко А.Л. // Экспериментальная и клиническая фармакология. - 2016. - Т. 79. - № 1. - С. 28-32.
4. Коэффициенты корреляции Пирсона и Спирмена [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://yspu.org/images/1/1f/Тема_5_Коэффициенты_корреляции_Пирсона_и_Спирмена.pdf
5. Тимченко В.Н., Чернова Т.М. Инфекционный мононуклеоз: проблемы диагностики и лечения/Малиновская В.В// научно-практический журнал «Вестник Ферона» №3» - 60 стр; Москва - 2014.

Кутьина А.В., Казьмирчук Е.Е., Хаустова Е.С.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДИРОФИЛЯРИОЗА ЧЕЛОВЕКА

Очень часто при дирофиляриозе человека, первичный диагноз бывает в большинстве случаев ошибочный. Нередко врачи выставляют такие диагнозы, как фиброма, атерома, паразитарная киста, опухоль. В большинстве случаев паразит локализуется в соединительнотканной капсуле, содержащей серозно-гнойный экссудат [2, 13]. Чаще всего дирофилярии локализуются в области головы, грудной клетки, верхних конечностях [3, 4, 10].

Как правило, через несколько дней после укуса зараженным комаром у человека возникает небольшое уплотнение размером с просяное зерно, иногда сопровождающееся зудом. Вскоре уплотнение и зуд могут исчезают. В дальнейшем уплотнение появляется снова, увеличивается и достигает диаметра 0,5-4,0 см. Кожа над уплотнением гиперемирована. В случае локализации гельминта в области органа зрения при развитии отека уплотнение может мешать закрыванию глаза или приводить к птозу, блефароспазму, вызывать светобоязнь и слезотечение, сопровождаться зудом от умеренного до очень сильного, болью в покое и при пальпации, что обычно связано с развитием вторичного воспалительного процесса. У части пациентов возникает ощущение выпячивания глаза, инородного тела в глазу, шевеления в области уплотнения [1, 13].

Цель исследования. Дать характеристику характерным симптомам дирофиляриоза в сравнении с другими похожими инфекционными и паразитарными заболеваниями.

Материалы и методы. На территории Астраханской области за период 1951 – 2012 гг. зарегистрировано 75 случаев дирофиляриоза человека, в т.ч. с 2001 по 2012 гг. выявлено 43 человека с дирофиляриозом, в т.ч. женщины – 74,4% (32 чл.), мужчины – 25,6% (11 чл.). С 2013 г. по настоящее время случаи дирофиляриоза человека в Астраханской области не регистрируются [7].

Результаты исследования. Дирофилярии – тканевые филяриозы животных, проявляющиеся у человека образованием подвижной опухоли под кожей на различных участках тела, а также под конъюнктивой глаза (инвазия *Dirofilaria repens*), при инвазии *Dirofilaria immitis* поражаются кровеносные сосуды легких и сердца [6, 8, 9, 11, 12].

При изучении клинических случаев дирофиляриоза — был пример, когда при обращении пациента был выставлен диагноз — Дракункулез. Хотя при нем имеются свои клинические особенности.

Симптомы дракункулеза развиваются на 9-14 месяц после заражения: крапивница, слабость, одутловатость лица, одышка, бронхообструктивный синдром. В очагах локализации паразитов наблюдают аллергические отёки, исчезающие после выхода гельминта на поверхность кожи. На коже соответственно месту головного отдела самки формируется язва (псевдофурункул) 2-7 см в диаметре, вскрывающаяся через 5-7 сут. и обнажающая тело гельминта. Ранние симптомы дракункулеза — появление эритемы или крапивницы по всему телу, зуд, слабость, лихорадка. В дальнейшем может развиться одышка, астмоидное состояние, диспепсические расстройства. Наиболее часто дракункулезом поражаются нижние конечности, иногда — верхние, реже имеет место другая локализация гельминта.

Анализ клинических случаев дирофиляриоза показал высокий процент первичных диагнозов, связанных с опухолевидными доброкачественными образованиями кожи – липома, атерома, а также с инфекционным поражением кожных покровов в результате присоединения вторичной инфекции — карбункул, фурункул, абсцесс [5].

Выводы. Несмотря на то, что ведущим симптомом любой формы дирофиляриоза является миграция паразита, сильные боли в месте локализации гельминта с иррадиацией по ходу нервных стволов, дирофиляриоз необходимо дифференцировать с различными паразитарными заболеваниями кожи, которые не являются эндемичными для нашего региона, и даже для России, но в настоящее время вероятен высокий процент завоза любой инфекции, в связи с расширением международных связей и туризма и т.д.

Список литературы:

1. Аракельян Р.С. Случай дирофиляриоза человека в Астраханской области //Медицинская паразитология и паразитарные болезни. 2007. № 3. С. 55.
2. Аракельян Р.С. Эпидемиолого-эпизоотологические особенности дирофиляриоза на территории Астраханской области [//Диссертация на соискание ученой степени кандидата биологических наук / ГОУВПО "Московская медицинская академия". Москва, 2008
3. Аракельян Р.С., Галимзянов Х.М., Аракельян А.С. Дирофиляриоз в Астраханской области. Современное состояние проблемы //Пест-Менеджмент. Pest Management. 2014. № 1 (89). С. 4-6.
4. Аракельян Р.С., Галимзянов Х.М., Аракельян А.С. и др. Дирофиляриоз в Астраханской области: современное состояние проблемы // В сборнике: Профилактическая медицина как научно-практическая основа сохранения и укрепления здоровья населения Сборник научных трудов. под общей редакцией М.А. Поздняковой. Нижний Новгород, 2014. С. 85-90.
5. Аракельян Р.С., Галимзянов Х.М., Аракельян А.С. и др. Дирофиляриоз у детей // В сборнике: Профилактическая медицина как научно-практическая основа сохранения и укрепления здоровья населения Сборник научных трудов. под общей редакцией М.А. Поздняковой. Нижний Новгород, 2014. С. 93-96.
6. Аракельян Р.С., Галимзянов Х.М., Аракельян А.С. Паразитарное поражение органов зрения //Медицинская паразитология и паразитарные болезни. 2012. № 4. С. 48.
7. Аракельян Р.С., Галимзянов Х.М., Аракельян А.С., Иванова Е.С. Современная ситуация по дирофиляриозу у собак в Астраханской области //В сборнике: Профилактическая медицина как научно-практическая основа сохранения и укрепления здоровья населения Сборник научных трудов. под общей редакцией М.А. Поздняковой. Нижний Новгород, 2014. С. 90-93.
8. Аракельян Р.С., Галимзянов Х.М., Кулагин В.В. и др. Применение препарата «Диронет» с профилактической целью в отношении служебных собак, инвазированных *Dirofilaria immitis* на территории Астраханской области //Медицинская паразитология и паразитарные болезни. 2011. № 4. С. 41-42.
9. Аракельян Р.С., Галимзянов Х.М., Курятникова Г.К. и др. Аракельян Р.С. Паразитарные поражения глаз при дирофиляриозе человека // В сборнике: Теоретические и прикладные проблемы науки и образования в 21 веке сборник научных трудов по материалам Международной заочной научно-практической конференции: в 10 частях. 2012. С. 11-13.
10. Аракельян Р.С., Ковтунов А.И., Постнова В.Ф. и др. Дирофиляриоз человека в Астраханской области //Научные труды Федерального научного центра гигиены им. Ф.Ф. Эрисмана. 2005. № 15. С. 416.
11. Аракельян Р.С., Кузьмичев Б.Ю., Иванова Е.С., Калашникова Т.Д., Мартынова О.В., Имамудинова Н.Ф., Кутьина А.В., Хаустова Е.С., Донскова А.Ю., Салтереева Х.Р. Эпидемиологические аспекты дирофиляриоза в Астраханской области //Научно-методический электронный журнал Концепт. 2016. Т. 11. С. 2106-2110.
12. Ковтунов А.И., Аракельян Р.С., Джаркенов А.Ф. и др. Зараженность комаров Астраханской области *Dirofilaria* spp. и профилактика заболеваний //Медицинская паразитология и паразитарные болезни. 2008. № 4. С. 44-45.
13. Шуйкина Э.Е., Сергиев В.П., Аракельян Р.С., Супряга В.Г., Дарченкова Н.Н., Архипов И.А. Вероятность формирования синантропных очагов дирофиляриоза в России //Медицинская паразитология и паразитарные болезни. 2009. Т. 4. С. 9.

Лебедева О.В., Яковлева О.Б., Овчинников Д.В., Чикина Т.А.

**ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Астрахань, ГБУЗ АО «Клинический родильный дом», г. Астрахань, Россия**

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ПЕРВИЧНОЙ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Актуальность. В структуре перинатальной заболеваемости и смертности значительное место занимают дыхательные нарушения. Наиболее часто в первые часы и дни жизни они обусловлены не-

инфекционной патологией легких, связанной с нарушениями процесса становления функции внешнего дыхания [1,3,4,5]. Персистирующая легочная гипертензия (ПЛГ) новорожденных – симптомокомплекс характеризующийся рефрактерной артериальной гипоксемией, возникающей вследствие высокого сосудистого легочного сопротивления и шунтирования крови справа налево через открытый артериальный проток и овальное окно [2]. Согласно панамской классификации легочной гипертензии педиатрической рабочей группы Института изучения заболеваний сосудов легких от 2011 года выделяют идиопатическую или первичную персистирующую легочную гипертензию, обусловленную внутриутробным дефектом формирования легочных сосудов в последнем триместре беременности [3]. В связи с чем, данная патология в большей степени встречается у доношенных и переношенных детей, так как гладкие мышцы артериол активно развиваются в III триместре беременности. Таким образом, диагноз первичной ПЛГ следует подразумевать у любого новорожденного, имеющего гипоксемию, не соответствующую степени паренхиматозного поражения легких, и имеющим структурно нормально сформированное сердце.

Цель исследования: изучить особенности клинического течения и эффективность проводимой терапии у новорожденных с первичной легочной гипертензией.

Пациенты и методы исследования. Материалом исследования стали два клинических случая диагностированной первичной легочной гипертензии у новорожденных детей, родившихся в ГБУЗ АО «Клинический родильный дом» в 2015 г. Для подтверждения диагноза использовались данные анамнеза, клинической картины заболевания, показатели газового состава крови, рентгенографии органов грудной клетки и эхокардиографии (ЭХО-КГ).

Результаты исследования. Анализ данных течения беременности и родов показал, что в обоих случаях беременность протекала без особенностей, роды произошли в срок через естественные родовые пути, вес новорожденных составил 4080 г. и 3050 г., оценка по шкале Апгар 8/9 баллов и 7/7 баллов соответственно.

В первом случае состояние ребенка расценивалось как удовлетворительное. Ухудшение состояния отмечалось через 9 часов после рождения, проявляющееся разлитым цианозом и дыхательной недостаточностью (ДН). Во втором случае симптомы ДН и цианоз отмечались с рождения. Динамика заболевания в обоих случаях характеризовалась катастрофическим нарастанием симптомов ДН и выраженности цианоза, рефрактерным к повышению концентрации кислорода в воздушной смеси и традиционной искусственной вентиляции легких (ИВЛ). На этом фоне отмечалось появление и прогрессирование симптомов сердечной недостаточности до 2Б степени и ДВС-синдрома, следствием тяжелого метаболического ацидоза.

Анализ показателей газового состава крови на тот момент свидетельствовал о наличии тяжелой гипоксемии и ацидоза.

Данные анамнеза и рентгенографии легких позволили исключить наиболее частые причины ПЛГ, такие как, синдром аспирации мекония, пневмония, пороки развития легких. Вместе с этим, в обоих случаях не исключалось наличие генерализованной инфекции, в том числе и сепсиса, в пользу которых были резко увеличенные уровни прокальцитонинового теста и С-реактивного белка.

Наличие цианоза и гипоксемии, рефрактерных к проводимой кислородотерапии, являлось основанием для исключения врожденного порока сердца (ВПС) синего типа. В первом случае подозревался тотальный аномальный дренаж легочных вен, который в динамике был снят. Во втором случае данных за ВПС не было. По данным ЭХО-КГ у обоих новорожденных выявлялся функционирующий артериальный проток с преимущественно право-левым шунтированием крови, аневризматическое пролабирание мембраны межпредсердной перегородки влево, недостаточность трикуспидального клапана 3-4 степени, перегрузка правых отделов сердца.

Таким образом, отсутствие данных перинатального анамнеза в пользу возможных легочных причин ПЛГ и порока сердца синего типа, позволили выставить диагноз первичной ПЛГ.

Особенностями респираторной поддержки и медикаментозной терапии новорожденных с ПЛГ является ранний перевод на ИВЛ, при отсутствии эффекта – на высокочастотную осцилляторную ИВЛ, с концентрацией кислорода 100%. Медикаментозная терапия заключается в болюсном с последующим переходом на капельное введение 8,5% сернокислой магнезии и кардиотонических препаратов (дофамин в сочетании с добутамином) при наличии симптомов сердечной недостаточности.

В данных случаях эффекта от проводимой терапии получено не было, в связи с чем, был создан консилиум и принято решение о назначении пациенту лекарственного препарата по жизненным

показаниям из группы «of libel» ингибитора фосфодиэстеразы 5 – Силденафил в дозе 1 мг/кг в сутки в 4 приема [4]. Клинический эффект был получен в течение часа. Стабилизация состояния и положительная динамика выразались в улучшении оксигенации и показателях газового состава крови, что являлось основанием для перевода на традиционную ИВЛ. В динамике отмечалось постепенное купирование симптомов ПЛГ и сердечной недостаточности. Дальнейшее лечение оба ребенка получали в ГБУЗ АО «ОДКБ им. Н.Н. Силищевой» и были выписаны на поддерживающей терапии Силденафилом в удовлетворительном состоянии в возрасте двух месяцев.

Выводы:

Для постановки диагноза первичной неонатальной ПЛГ необходимо проведение дифференциальной диагностики с целью исключения наиболее значимых в периоде новорожденности кардиореспираторных причин.

Особенностями клинического течения первичной ПЛГ является ее крайне тяжелое течение с быстрым нарастанием симптомов тяжелой дыхательной, сердечной недостаточности и гипоксемии, рефрактерных к проведению традиционной респираторной поддержке и медикаментозной терапии.

В случаях тяжелого течения ПЛГ и при отсутствии эффекта от проводимой терапии по жизненным показаниям возможно использование препарата из группы ингибиторов фосфодиэстеразы-Силденафила.

Список литературы

1. Лебедева О.В. Особенности состояния гемодинамики у новорожденных с респираторным дистресс-синдромом // Сб. материалов межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные проблемы кардиологии детей и взрослых». - Астрахань. – 2007.- С.90-93
2. Ненатология. Национальное руководство // под ред. Н.Н. Володина. – М.- 2005.- С. 206.
3. Шаповалова М.А. Жизненный потенциал населения в период формирования рыночных отношений/Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2004. № 3. с. 11-13.
4. Шаповалова М.А., Сердюков А.Г. Региональная смертность в переходной экономике/Проблемы управления здравоохранением. 2004. № 2. с. 42.
5. Шаповалова М.А. Воспроизводство населения как медико-экономическая проблематика диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования "Российский государственный медицинский университет". Москва, 2004
6. Astrid E. Lammers, Franz Freudenthal, Ian Adatia, et al. Functional classification of pulmonary hypertension in children: Report from the PVRI pediatric taskforce, Panama 2011. Pulmonary Circulation.- 2011.- Vol 1.- № 2; p.p. 280-285.
7. Baquero H, Soliz A, Neira F, et al. Oral sildenafil in infants with persistent pulmonary hypertension of the newborn: a pilot randomized blinded study. Pediatrics.- 2006; p.p.117:1077.

Лебедева О.В.

*ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Астрахань, Россия*

АМБУЛАТОРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ГЛУБОКО НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ: ПРОБЛЕМЫ И НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ

Актуальность. На сегодняшний день существует разрыв между современными высокотехнологичными методиками, применяемыми в неонатальном периоде, и последующим наблюдением детей, рожденных глубоко недоношенными в условиях поликлиники. Ранее проведенные исследования свидетельствуют, что большинство детей с очень низкой массой тела (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) к моменту выписки из стационара имеют низкие показатели физического развития, неврологические нарушения различной степени выраженности, функциональные соматические расстройства, проявления остеопении и анемии, составляют группу риска по развитию хронических

заболеваний легких, транзиторных эндокринных нарушений и ретинопатии [1-8].

Цель и методы исследования. Проанализировать структуру заболеваемости, особенности физического и психомоторного развития на первом году жизни 180 детей, рожденных с очень низкой массой тела (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ).

Результаты и обсуждение. По данным, полученными при обработке амбулаторных карт индивидуального развития, каждый ребенок имел не менее трех нозологий. Лидирующую роль занимали гипоксически-ишемические энцефалопатии, которые регистрировались в 100% случаев у детей с анемией недоношенных (90% и 80% у детей с ЭНМТ и ОНМТ, соответственно). Диагноз бронхолегочная дисплазия (БЛД) достоверно чаще имели дети с ЭНМТ (46% и 9,8%, соответственно). В течение года список уточненных диагнозов пополняется новыми нозологическими единицами. В первую очередь, это касалось достаточно высокой инфекционной заболеваемости за счет ОРВИ, бронхитов, пневмоний, реже - кишечных инфекций. Бронхиты и пневмонии чаще встречались у детей с БЛД, сохранявшейся к году у 8,7% детей с ОНМТ и у 26% детей с ЭНМТ. Также у новорожденных с ЭНМТ в два раза чаще прогрессировала ретинопатия, отмечалась недостаточная прибавка в массе тела, оставались нерешенными хирургические и ортопедические проблемы. Нормализация показателей уровня гемоглобина и эритроцитов у большинства детей происходила к году фактического возраста. К 6 месяцам диагноз дефицитной анемии имели 44% детей с ОНМТ и 48,5% детей с ЭНМТ, а к году - 21% и 18,5% детей, соответственно. Безусловно, это связано с ранним и постоянным применением железо-содержащих препаратов и использованием, при невозможности грудного вскармливания, специализированных смесей для недоношенных детей, как в первые месяцы жизни, так и в последующем. Вместе с этим, следует отметить недостаточно настороженное отношение педиатров к остеопении недоношенных, проблема которой стоит достаточно остро. Данный диагноз имели лишь 2,6 % детей. Кроме того, нередко оставались без внимания клиницистов такие ультразвуковые маркеры метаболических нарушений, как дисметаболическая нефропатия и нефрокальциноз. Последний может быть следствием нерационального применения мочегонных препаратов и гиперкальциурии.

Объективная оценка физического и психомоторного развития глубоко недоношенного ребенка представляет еще одну серьезную задачу, решение которой с одной стороны позволит избежать недооценки имеющихся нарушений, с другой - предотвратить гипердиагностику и полипрагмазию. Необходимо подчеркнуть, что на первом году жизни нервно-психическое развитие находится в тесной взаимосвязи с физическим. Следует помнить, что персистирующий энергодефицит вследствие нерационального вскармливания ребенка одинаково пагубно влияет как на массо-ростовые показатели, так и на развитие нервной системы. Считается, что на ранних этапах выхаживания достижение к 40 нед. гестационного возраста массо-ростовых показателей, соответствующих таковым для здоровых доношенных новорожденных определяет благоприятный прогноз развития в дальнейшем [5]. По полученным данным, более гармоничное развитие было у детей с ОНМТ при рождении, половина из них к году достигают показателей доношенных сверстников. У детей с ЭНМТ в 90 % случаев ростовые показатели были ниже 10 % центиля.

При оценке психомоторного развития глубоко недоношенного ребенка, прежде всего, необходимо определить, что является нормой для данного гестационного и постнатального возраста. Крайне важным является внедрение в повседневную практику педиатров и неврологов такого понятия как «скорректированный возраст», представляющий собой разницу между хронологическим возрастом ребенка и сроком в количестве недель, на который ребенок не доношен. Такой подход позволяет значительно уменьшить частоту назначения ребенку необоснованного лечения. По имеющимся данным диагноз «последствия перинатальной ГИЭ» имел место в 100% случаев. Вместе с этим, оценка неврологического статуса проводилась только на фактический возраст ребенка. Зачастую, это приводило к необоснованному назначению препаратов и полипрагмазии.

Во всем мире для объективной оценки ПМР ребенка стало использование оценочных шкал. Наибольшей популярностью в последние годы пользуются шкалы Гриффитс, Бейли, КАТ/КЛАМС. Не менее надежной и объективной, по нашему мнению, является шкала количественной оценки ПМР детей раннего возраста, разработанная отечественными неврологами Л.Т. Журбой и Е.М. Мاستюковой. Данная методика достаточно проста в применении и может быть использована участковым врачом-педиатром при ежемесячных профилактических осмотрах ребенка. Следует подчеркнуть, что залогом эффективного использования всех без исключения шкал и методик является однотипность и регулярность осмотров. Лишь тогда оценка и дальнейший прогноз ПМР будут достаточно объективны и надежны. Поступательность ПМР ребенка в соответствии с ежемесячными нормативами приоб-

ретения навыков может служить главным критерием здоровья любого ребенка на первом году жизни. Это относится и к глубоко недоношенным детям.

Заключение. Проведенный анализ заболеваемости детей, рожденных с ОНМТ ЭНМТ, позволил выделить круг проблем, с которыми сталкиваются педиатры амбулаторно-поликлинической сети. В их основе лежит недостаточная осведомленность и отсутствие четких представлений об особенностях роста и развития глубоко недоношенных детей. В связи с этим, на амбулаторном этапе необходимо внедрение единой методологии наблюдения и лечения, основанной на знании морфофункциональных особенностей недоношенного ребенка, закономерностях его нервно-психического и физического развития, а также факторах риска их нарушающих.

Список литературы:

1. Башкина О.А. Эффект лечения рецидивирующего бронхита у детей комбинированными интерфероновыми препаратами при различных путях аппликации / Башкина О.А., Афанасьев С.С., Алешкин В.А., Воробьев А.А., Рубальский О.В., Кокуев А.В., Сомова Е.И. // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. - 2005. - № 3. - С. 99-102.

2. Башкина О.А. Клинико-иммунологический мониторинг и цитокиноterapia у детей с рецидивированием респираторных заболеваний : Авторе. дисс...д-ра мед.наук Москва: Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова., 2006.

3. Валиулина А.Я., Э.Н. Ахмадеева, Н.Н. Крывкина Проблемы и перспективы успешного выхаживания и реабилитации детей, родившихся с низкой и экстремально низкой массой тела // Вестник современной клинической медицины. - 2013. - Т.1. - №6. - С. 34-41.

4. Гапархоева З.М. Современные представления о роли генетических предикторов при бронхиальной астме у детей / Гапархоева З.М., Селиверстова Е.Н., Стройкова Т.Р., Башкина О.А., Демидова Л.В.// Астраханский медицинский журнал. - 2015. - Т. 10.- № 1. - С. 6-11.

5. Кешишян Е.С., Сахарова Е.С. Психомоторное развитие как критерий неврологического здоровья недоношенного ребенка // Лечащий Врач. -2004.- №5.- С.21-27

6. Лебедева О.В., Черкасов Н.С. Клинико-иммунологические аспекты тяжелой бронхолегочной дисплазии у новорожденных с очень низкой и экстремально низкой массой тела //Астраханский медицинский журнал. – 2014.- Т.9.- №2.- С 127-133

7. Лебедева О.В., Черкасов Н.С., Черемина Н.И. Диагностика остеопении у детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении //Астраханский медицинский журнал. – 2015.- Т.10.- №1.- С. 78-81

8. Лебедева О.В., Каширская Е.И. Особенности тиреоидного статуса у детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении // Лечение и профилактика.- 2015.- № 1 (13). –С. 11-15

9. Шаповалова М.А. Воспроизводство населения как медико-экономическая проблема диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования "Российский государственный медицинский университет". Москва, 2004

10. Огуль Л.А., Шаповалова М.А., Ярославцев А.С. Заболеваемость новорожденных международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2011. № 11. с. 92-93.

*Лебединская О.В., Анисимова Н.Ю., Загребин Л.В., Шестов С.С.,
Годовалов А.П., Киселевский М.В.*

*ФГБОУ ВО Пермский государственный медицинский университет им. Академика Е.А. Вагнера
Минздрава России, г.Пермь, ФГБУ Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина
РАМН, г.Москва, ООО «Центр информационно-клеточной медицины», г.Москва, Россия*

ДЕЙСТВИЕ ИОНОВ ЦИНКА В УСЛОВИЯХ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ПОЛЯ НА ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ ЛИМФОКИН-АКТИВИРОВАННЫХ КИЛЛЕРОВ

В настоящее время накоплен значительный опыт практического применения миллиметровых волн в лечении многих заболеваний. Показана возможность лечебного использования данного излу-

чения совместно с химиотерапией, ионизирующим облучением и хирургическим лечением для больных с онкологическими заболеваниями. В то же время длительное воздействие электромагнитных полей на клетки может вызвать изменения в митотическом делении, а также опухолевый рост за счёт их стимулирующего действия. Иммунная система человека характеризуется высокой чувствительностью к электромагнитным факторам. Электромагнитные поля определённых частот способствуют восстановлению функциональной активности иммунокомпетентных клеток. Однако длительное воздействие данных факторов может подавлять активность некоторых клонов клеток иммунной системы, способствуя развитию иммунодефицитных состояний [4].

Известно, что дисбаланс микроэлементов в организме может явиться причиной нарушения функционирования иммунной системы [3]. Существенное влияние на иммунную систему оказывают ионы цинка [1]. В связи с тем, что этот минерал участвует в контроле экспрессии генов в процессе репликации и дифференцировки, то к его дефициту наиболее чувствительны клетки на ранних стадиях и фазах клеточного цикла. Кроме того ионы цинка вовлечены в формирование чувствительности клеток к различным гормонам и факторам роста, а также усиливают клеточно-опосредованные иммунные реакции и оказывают влияние на процессы антителообразования.

Цель работы – оценка функциональной активности лимфокин-активированных киллерных клеток (ЛАК) при воздействии электромагнитного поля в сочетании с электрофорезом ионов цинка.

Методы. В качестве генератора электромагнитного поля (ЭМП) использовали автономный электростимулятор с эндогенным электрофорезом ионов цинка АЭС-Zn (НИИПП, Россия), генерирующий низкоэнергетические модулированные импульсы. Он выполнен в виде капсулы (11,5 на 22,5 мм), в которой генератор импульсов и источник питания размещены внутри, а электроды представляют собой части капсулы, изготовленной из биоинертного материала с покрытием, содержащим цинк. Данная конструкция АЭС-Zn позволяет оказывать на взвесь клеток комбинированное электрическое и ионное воздействие, осуществляемое посредством эндогенного электрофореза микроэлемента.

Мононуклеарные лейкоциты периферической крови (МЛПК) выделяли из стабилизированной гепарином (25 ЕД/мл) периферической крови 10 здоровых доноров на одноступенчатом градиенте фиколла плотностью 1,077 г/см³ (ПанЭко, Россия) центрифугированием при 400g в течение 30 минут. ЛАК получали из МЛПК здоровых доноров с добавлением препарата интерлейкин-2 «Пролейкин» (Chiron, Голландия) в концентрации 1000 МЕ/мл [2] Клетки культивировали 72 часа при 37°C в атмосфере, содержащей 4,5% CO₂.

Воздействию АЭС-Zn в течение 1 или 3 часов подвергали клетки, ресуспендированные в растворе Хенкса (ПанЭко, Россия). В лунки 24-луночного планшета (Costar, США) вносили по 1,0 мл ЛАК или клеток линии миелобластного лейкоза человека К-562. В качестве контроля использовали клетки, которые не подвергали действию АЭС-Zn. Взвесь клеток инкубировали в течение 48 часов при 37°C в атмосфере с 4,5% CO₂. Затем отбирали по 200 мкл культуральной среды для последующего определения цитокинов.

Уровень цитокинов в культуральной среде определяли, используя набор для исследования концентрации цитокинов человека FlowCytomix human Th1/Th2 11plex BMS810 FF (Bender MedSystems, США), методом проточной цитофлюорометрии на приборе FACSCalibur Systems (Becton Dickinson, США).

Влияние изучаемого электрического поля на жизнеспособность клеток в клеточных культурах оценивали по степени угнетения митохондриальных ферментов клеток посредством МТТ-колориметрического теста, основанного на способности дегидрогеназ живых клеток восстанавливать жёлтый краситель до фиолетовых кристаллов формазана, растворимых в диметилсульфоксиде.

Воздействие ЭМП и ионов цинка на киллерную активность ЛАК оценивали в цитотоксическом МТТ-тесте. В качестве клеток-мишеней использовали клетки линии К-562. Соотношение клетки-мишени/клетки-эффекторы 1:5.

Статистическую обработку полученных данных осуществляли, используя параметрические критерии (Statistica 6.0). Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. Результаты проведённых исследований показали, что воздействие АЭС-Zn в течение 1 часа приводит к выраженному угнетению жизнеспособности опухолевых клеток, что связано со значительным токсическим действием данных факторов. Через 3 часа инкубации с автономным генератором отмечается почти полная гибель клеток линии К-562. ЛАК в меньшей степени, чем опухолевые клетки, подвержены действию АЭС-Zn: даже при 3-часовой экспозиции в культуре лимфо-

кин-активированных киллеров остается 25% жизнеспособных клеток. При воздействии в течение 1 часа АЭС-Zn на ЛАК установлено статистически значимое ($p < 0,05$) снижение продукции ИЛ-2 (в 200 раз), ИЛ-10 (в 20 раз), ИЛ-12p70 (в 16 раз), ИФН γ (в 5 раз), ФНО α (в 5 раз) и ИЛ-6 (в 2 раза), а также увеличение секреции клетками ИЛ-5 (в 400 раз) и ФНО β (в 2 раза). Концентрации ИЛ-8, ИЛ-1 β и ИЛ-4 в среде культивирования и в контроле статистически значимо не различались ($p > 0,05$). При увеличении экспозиции АЭС-Zn до 3 часов в культуральной среде отмечено восстановление концентрации ИФН γ , которая, однако, остаётся в 2 раза меньше контрольных значений. В отношении изменения концентраций интерлейкинов и ФНО увеличение экспозиции АЭС-Zn на клетки приводит к усилению модулирующего эффекта ионов цинка. Эксперименты показали статистически значимое снижение цитотоксической активности ЛАК при воздействии на них ионами цинка в ЭМП. Этот эффект имеет обратную зависимость от экспозиции – с увеличением срока инкубации снижается цитотоксическая способность ЛАК.

Заключение. Анализ полученных результатов подтверждает целесообразность дальнейших исследований особенностей воздействия АЭС-Zn на опухолевые и иммунокомпетентные клетки. Учитывая различия в чувствительности к цитопатогенному действию электромагнитного поля с цинковым ионофорезом, следует определить и обосновать оптимальные режимы этих воздействий для реализации противоопухолевого действия без повреждения эффекторов иммунитета и нарушения их функциональных свойств.

Список литературы:

1. Анисимова Н.Ю., Лебединская О.В., Загребин Л.В., Шестов С.С., Годовалов А.П., Киселевский М.В. Изменение функциональной активности опухолевых и иммунокомпетентных клеток в условиях влияния электромагнитного поля и электрофореза ионов цинка // Медицинский академический журнал. - 2010. - №12. - С. 40-42.
2. Жукова О.С., Лебединская О.В., Шубина И.Ж., Герасимова Г.К., Карамзин А.М., Киселевский М.В. Избирательная противоопухолевая активность лимфокин-активированных киллеров *in vitro* // Клеточные технологии в биологии и медицине. - 2007. - № 1. - С. 21-25.
3. Зайцева Н.В., Землянова М. А., Звездин В.Н., Саенко Е.В., Тарантин А.В., Махмудов Р.Р., Лебединская О.В., Мелехин С.В., Акафьева Т.И. Токсико-гигиеническая оценка безопасности нано- и микродисперсного оксида марганца (III, IV) // Вопросы питания. – 2012. – Т.81, №5. – С. 13-19.
4. Лебединская О. В., Лебединская Е. А., Ахматова Н. К., Прокудин В. С. Морфогистохимические изменения лимфоидных органов крыс при иммуносупрессии, индуцированной введением циклофосфана // Морфологические основы патологии. - Новосибирск. – 2015. – С. 76-99.

Леонова В.В., Ротарь Д.Н., Шарикова А.А., Сало А.А., Ибрагимова С.А.,

*ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Астрахань, Россия*

СОВРЕМЕННАЯ СИТУАЦИЯ ПО ПАРАЗИТАРНЫМ БОЛЕЗНЯМ У ДЕТЕЙ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Уже несколько десятилетий паразитарные и инфекционные болезни продолжают оставаться серьезной проблемой для специалистов органов здравоохранения [10,15,16]. По данным ВОЗ, в мире этими только паразитарными болезнями поражено до 2 млрд. человек: 1,4 млрд. - гельминтозами и 600 млн. – малярией [5,11,14]. Ареал распространенности паразитозами достаточно велик. Более половины всех случаев паразитарной инвазии приходится на детей дошкольного возраста.

Цель работы: Охарактеризовать эпидемиологическую ситуацию по паразитозам у детей в Астраханской области.

Материалы и методы. На территории Астраханской области с 2013 по 2015 гг. зарегистрировано 10218 случаев паразитарной инвазии у человека, в т.ч. на долю детей приходилось 93,3% (9532 сл.) [3,7,8,9].

Результаты исследования.

По годам инвазированность детей распределялась: 2013 г. – 32,7% (3115 сл.), в т.ч. протозозы – 11,3%, представленные лямблиозом – 10,2% и амебиазом – 1,1%. На долю гельминтозов в 2013 г. приходилось 88,7%, в т.ч. аскаридоз – 0,8%, энтеробиоз – 87,5%, дифиллоботриоз – 0,2%, токсокароз – 0,1% и описторхоз – 0,03% [6, 7, 8]. В 2014 г. в Астраханской области зарегистрировано – 29,4% (3002 сл.) паразитарной инвазии, в т.ч. протозоозы – 8,8%, гельминтозы – 91,2%. Так, протозоозы в 2014 г. регистрировались у детей всех возрастных групп и были представлены лямблиозом – 8,7% и амебиазом – 0,1%. На долю гельминтозов приходилось 91,2% (2737 сл.), в т.ч. энтеробиоз – 90,7%, аскаридоз – 0,4%, токсокароз и эхинококкоз по – 0,03%. На долю паразитарной инвазии в 2015 г. приходилось 35,8% (3415 сл.), в т.ч. протозоозы – 9,1%, гельминтозы – 90,9%.

Также как и в предыдущие годы, протозоозы регистрировались у детей всех возрастных групп. Из числа протозоозов регистрировались лямблиоз 8,9% и амебиаз – 0,1%. Из числа гельминтозов, у детей регистрировались: энтеробиоз – 90,1%, аскаридоз – 0,6%, дифиллоботриоз и эхинококкоз – по 0,1%, токсокароз и трихоцефалез – по 0,03% [2,4,13]. По паразитарной структуре среди детей регистрировались как протозоозы – 9,7% (928 сл.), так и гельминтозов – 90,3% (8604 сл.). Из числа протозоозов регистрировались лямблиоз и амебиаз. Так, на долю лямблиоза приходилось 9,3% от числа всей паразитарной инвазии и 95,4% (от числа всех зарегистрированных в регионе патогенных кишечных простейших). На долю амебиаза приходилось 0,4% и 4,6% соответственно [1,4,6,12]. Заболеваемость глистной инвазии в Астраханской области за анализируемый промежуток времени была представлена 7 нозологическими формами, в т.ч. энтеробиоз – 89,5% от числа всех зарегистрированных случаев паразитарной инвазии и 99,1% от числа всех, зарегистрированных в регионе гельминтозов. Аскаридоз регистрировался у детей Астраханского региона почти в 150 раз меньше, чем энтеробиоз и на его долю приходилось 0,5% и 0,7% соответственно. В единичных случаях, у детей регистрировались дифиллоботриоз – 0,1%, эхинококкоз – 0,1, токсокароз – 0,04%, описторхоз и трихоцефалез – по 0,01%.

Протозоозы также как и гельминтозы регистрировались у детей всех возрастных групп: старше 1 года – 99,8% (9509 сл.). На долю детей в возрасте до 1 года приходилось – 0,2% (23 сл.). Так, у детей в возрасте до 1 года регистрировались такие заболевания, как лямблиоз – 65,2% от числа всех паразитозов, зарегистрированных у детей в данном возрасте, энтеробиоз – 26,2%, амебиаз и аскаридоз – по 4,3%. У детей более старшего возраста регистрировались такие паразитозы как: энтеробиоз – 89,6% от числа всех, зарегистрированных у детей паразитозов данного возраста, лямблиоз – 9,2%, аскаридоз – 0,6%, амебиаз – 0,4%, дифиллоботриоз – 0,1%, токсокароз – 0,04%, эхинококкоз – 0,05%, описторхоз и трихоцефалез – по 0,01%.

Выводы. В последние годы ситуация по паразитарным болезням в Астраханской области остается стабильной (зарегистрировано в 2013 г. – 319 сл.; в 2014 г. – 261 сл. и в 2015 г. – 305 сл.). Наиболее часто паразитарные болезни регистрировались у детей в возрасте от 1 года до 17 лет.

Список литературы:

1. Алиева А.А., Бедлинская Н.Р., Чернышева А.Х., Стулова М.В., Аймашев Н.Б., Калашникова Т.Д. Сезонность распространения малярии в Астраханской области //В сборнике: «КОМАРИНЫЕ» ПАРАЗИТОЗЫ: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА 2016. С. 11-16.
2. Аракельян Р.С. Аскаридоз человека в Астраханской области //В сборнике: Профилактическая медицина как научно-практическая основа сохранения и укрепления здоровья населения Сборник научных трудов. под общей редакцией М.А. Поздняковой. Нижний Новгород, 2014. С. 67-70.
3. Аракельян Р.С. Паразитарная заболеваемость дошкольников Астраханской области //В сборнике: Профилактическая медицина как научно-практическая основа сохранения и укрепления здоровья населения Сборник научных трудов. под общей редакцией М.А. Поздняковой. Нижний Новгород, 2014. С. 70-74.
4. Аракельян Р.С. Энтеробиоз человека в Астраханской области //В сборнике: Профилактическая медицина как научно-практическая основа сохранения и укрепления здоровья населения Сборник научных трудов. под общей редакцией М.А. Поздняковой. Нижний Новгород, 2014. С. 74-76.
5. Аракельян Р.С., Арчакова Т.И., Титенева С.С. Структура паразитарной заболеваемости населения Астраханской области за 2013 – 2015 гг. //Новая наука: Опыт, традиции, инновации. 2016. № 5-3 (83). С. 55-57.
6. Аракельян Р.С., Бедлинская Н.Р., Донскова А.Ю., Кутьина А.В., Нифонтова Л.В., Медведе-

ва А.С., Леонова В.В., Шарикова А.А. Малярия в Астраханской области //В сборнике: Современные проблемы развития фундаментальных и прикладных наук 2016. С. 4-7.

7. Аракельян Р.С., Галимзянов Х.М., Аракельян А.С. Малярия у детей //В сборнике: Профилактическая медицина как научно-практическая основа сохранения и укрепления здоровья населения Сборник научных трудов. под общей редакцией М.А. Поздняковой. Нижний Новгород, 2014. С. 80-82.

8. Аракельян Р.С., Ильюхина Т.Д., Хаймин Е.В. Эхинококкоз у детей в Астраханской области //Новая наука: Опыт, традиции, инновации. 2016. № 5-3 (83). С. 47-50.

9. Аракельян Р.С., Сало А.А., Ибрагимова С.А. Современная ситуация по паразитарным болезням у детей в Астраханской области //Новая наука: От идеи к результату. 2016. № 6-2 (90). С. 16-20.

10. Башкина О.А. Иммунокорректирующие препараты в профилактике заболеваний респираторного тракта у часто болеющих детей / Башкина О.А., Красилова Е.В., Бойко А.В. // Инфекционные болезни. - 2004. - Т. 2. - № 1. - С. 24-29.

11. Василькова В.В., Черенов И.В., Кантемирова Б.И. Современные клинико-эпидемиологические особенности трансмиссивных природно-очаговых инфекций на территории Астраханской области //Новая наука: Современное состояние и пути развития. 2016. № 2-2 (62). С. 35-39.

12. Галимзянов Х.М., Чернышева А.Х., Кантемирова Б.И., Машкеев А.Б., Стулов В.Н., Кузьмичев Б.Ю. Социальные факторы – одна из главных причин завозной малярии в Астраханском регионе //В сборнике: «КОМАРИНЫЕ» ПАРАЗИТОЗЫ: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА 2016. С. 48-53.

13. Калашникова Т.Д., Соколова Я.О., Аракельян Р.С. Клинико-эпидемиологические особенности жиадиаза человека в Астраханской области //Новая наука: Стратегии и векторы развития. 2016. № 3-2 (70). С. 51-55.

14. Карпенко С.Ф., Галимзянов Х.М., Аракельян Р.С. Клинико-патогенетические особенности развития острого гепатита при кокциеллезе //Медицинская иммунология. 2015. Т. 17. № 3. С. 165.

15. Касымова Е.Б. Оптимизация фармакотерапии у детей с острой эпштейна-барр вирусной инфекцией / Касымова Е.Б., Башкина О.А., Галимзянов Х.М., Романцов М.Г., Енгибарян К.Ж., Родина Л.П. // Экспериментальная и клиническая фармакология. - 2014. - Т. 77. - № 1. - С. 26-29.

Лисица И.А., Новак К.Е.

ФБГОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, Россия

АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ СЕПСИСА У ПАЦИЕНТОВ СПбГУЗ «КИБ ИМЕНИ С.П. БОТКИНА»

В XXI веке сепсис остается серьезной проблемой медицинской науки [1,4]. По данным OECD, ежегодно выявляется более 1,5 млн. случаев сепсиса [3,4]. В развитых странах частота сепсиса составляет от 200-275 до 300 человек на 100 000 тысяч населения ежегодно, а частота тяжелого сепсиса – 1 случай на 1000 человек. [1,2,5].

Целью нашего исследования явился анализ клинико-лабораторных особенностей течения сепсиса у пациентов СПб ГБУЗ «КИБ им. С.П. Боткина».

Материалы и методы: был проведен ретроспективный анализ 13 медицинских карт стационарных больных сепсисом, госпитализированных в СПб ГБУЗ «КИБ им. С.П. Боткина» в 2014 году. Среди обследованных 7 мужчин (53,85%) и 6 женщин (46,15%). Средний возраст составил 45,5 ± 18,5 лет.

Результаты исследования: у всех анализируемых пациентов причиной обращения за медицинской помощью, в среднем, на 10,7±12,6 день болезни, послужила длительная лихорадка (38,9±0,6°С), в шести случаях (46,14%) имел место абдоминальный синдром.

На догоспитальном этапе диагноз сепсис не был установлен ни у одного пациента. У 53,85%

(n=7) были заподозрены ОРВИ, у 23,07% (n=3) – острый гастроэнтероколит, еще у трех пациентов – ведущим патогенетическим звеном установлена печеночная недостаточность (острый гепатит, обострение хронического вирусного гепатита). При поступлении диагноз сепсис был установлен лишь у двух пациентов (у одного – со стрептодермией лица, у второго – с ОРВИ, пневмонией). В 30,76% (n=4) выставлен диагноз ОРВИ, в 23,07% - острый гастроэнтероколит, у 3 больных – гепатит (острый или обострение хронического вирусного), у одного пациента – острый менингит.

По результатам клинико-лабораторных и инструментальных методов диагностики, множественные септические очаги (7-9 мест локализации) обнаружены у 15,4 % пациентов (n=2), 3-6 очагов у 15,4 % (n=2), 2 – у 69,2 % (n=9). В половине случаев поразились легкие и почки (n=6), у трети пациентов – сердце (n=4), в 2-х случаях – плевра, а также органы желудочно-кишечного тракта, печень, селезенка, головной мозг, пазухи носа, суставы. При поступлении у всех больных отмечался лейкоцитоз ($16,3 \pm 6,0 \times 10^9/\text{л}$), ускорение СОЭ ($47,5 \pm 21,1$ мм/ч), анемия у 61,5% пациентов (Hb $107,5 \pm 27,5$ г/л), тромбоцитопения – в 23% ($224,4 \pm 159,1 \times 10^9$).

Повышение активности АЛТ определено у 23 % пациентов (n=3) ($38,7 \pm 41,2$ Ед/л), АСТ, КФК, ЛДГ - у 5 больных (38,5%) ($50,9 \pm 37,7$ Ед/л, $484,4 \pm 651,8$ Ед/л, $316,5 \pm 188,0$ Ед/л соответственно); мочевины и креатинина - у половины ($10,4 \pm 9,8$ ммоль/л, $0,16 \pm 0,15$ ммоль/л соответственно), а билирубина ($34,0 \pm 51,5$ мкмоль/л) у трети пациентов. CRP во всех анализируемых случаях значительно превышал норму - $284,9 \pm 91,0$ мг/л. Гепатомегалия отмечена у 76,92% пациентов (n=10), спленомегалия – в 61,54% (n=8), при этом у одной пациентки в анамнезе была проведена спленэктомия.

Прокальцитонинный тест был выполнен лишь 2 больным. В одном случае он был отрицательным (при выраженной клинической картине синдрома системного воспалительного ответа и наличии 2-х очагов инфекции), во втором случае – был увеличен в 200 раз (больная умерла менее чем за 24 часа от момента поступления в стационар). Иные маркеры (проадреномедуллин, ИЛ-8, копептин) не исследовались.

Основное заболевание протекало на фоне хронических вирусных гепатитов и алкоголизма у 46% пациентов (n=6), ВИЧ инфекции, туберкулеза, наркомании у 23% (n=3), у одной пациентки на фоне миеломной болезни и еще у одной – на фоне мочекаменной болезни, кораллоподобного камня левой почки.

При бактериологическом исследовании крови, мочи, кала, мокроты, а у умерших и внутренних органов выделены *S. aureus* у 38,5% (n=5), *Granulicatella adiacens* у 7,7% (n=1), *E.coli* – у 23% (n=3) и *Kl. pneumoniae* у 7,7% (n=1). У 23% (n=3) возбудитель не определен.

Для лечения больных в основном, были использованы антибактериальные препараты следующих групп: цефалоспорины III поколения, фторхинолоны, пенициллины, тетрациклины, аминогликозиды, карбапенемы, макролиды. За время лечения больные получали от одного до семи препаратов. Средняя длительность терапии составила $26,08 \pm 5,9$ дней, средняя длительность применения одного антибиотика – 7,21 день. Кроме этого, больные получали патогенетическую и синдромальную терапию по основному и сопутствующим заболеваниям. Летальный исход наступил в 30,8% случаев (n=4). Двое больных были переведены в другие стационары для дальнейшего лечения.

Заключение: в этиологической структуре проанализированных случаев преобладал грамположительный сепсис, что соответствует отечественным и международным литературным данным [1,2]. Сопутствующие заболевания, социальный статус, несвоевременная и несовершенная диагностика, а также позднее поступление в стационар способствовали частому наступлению летального исхода.

Список литературы:

1. Анестезиология и интенсивная терапия: 21 взгляд на проблемы XXI века. / Под редакцией А.М. Овечкина. // М. – «Бином» – 2011. – С. 195-223, 265-291, 363-376
2. Мейснер М., Рейнхарт К. Новое в диагностике сепсиса. Освежающий курс лекций. – Архангельск. – 2006.
3. Сепсис в начале XXI века. Классификация, клинико-диагностическая концепция и лечение. Практическое руководство. – 2-е издание. – М.: МИА. – 2010.
4. Стубер Ф. Диагностика и терапия сепсиса. Освежающий курс лекций (под редакцией Э.В. Недашковского, выпуск 12). – Архангельск. – 2007.
5. Хирургические инфекции. Практическое руководство. /Под редакцией И.А.Ерьюхина, Б.Г.

Лисица И.А., Денисова А.М., Аль-Харес М.М.

**ФБГОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации,
г. Санкт-Петербург, Россия**

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИНТРАОПЕРАЦИОННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Актуальность. Желчнокаменная болезнь является наиболее распространенным заболеванием в современной хирургической гастроэнтерологии, основным методом лечения которого является хирургическое вмешательство [1]. Ежегодно в мире проводится около 2,5 миллиона операций на желчном пузыре и желчевыводящих путях [2]. Несмотря на давно отработанную и постоянно совершенствующуюся технику выполнения таких операций, частота осложнений не имеет тенденции к снижению [3].

Ятрогенные повреждения внепеченочных желчных протоков являются одним из грозных осложнений хирургии билиопанкреатодуоденальной зоны [4]. При этом при эндовидеохирургических холецистэктомиях частота повреждений составляет 0,8 – 3,5%, тогда как при открытых – 0,005 – 2,7% [5,6].

Несмотря на неоднократное обсуждение данной проблемы, многие вопросы диагностики, объема и срочности хирургического лечения таких состояний остаются открытыми.

Цель работы. Анализ причин интраоперационных повреждений желчных путей, изучение результатов реконструктивных операций при таких повреждениях.

Материалы и методы. С 2014 г. мы наблюдали 11 больных в раннем и позднем послеоперационном периоде с повреждениями общего желчного протока во время холецистэктомий. Восемь пациентов (72,7 %) – женщины, трое (27,3%) - мужчины. Средний возраст на момент наблюдения – 50,7 ± 13,6 лет.

10 пациентов (90,9%) поступали в экстренном порядке, одна пациентка – для плановой холецистэктомии.

Результаты. У 6 пациентов (54,5%) повреждение протока произошло во время лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) при хроническом холецистите, у трех пациентов (27,3%) – во время ЛХЭ при остром холецистите, у двух (18,2%) – во время «открытой» холецистэктомии при остром воспалении желчного пузыря.

У 10 больных (90,9%) повреждение было замечено интраоперационно, выполнена конверсия доступа с первичными реконструктивными операциями (гепатикоюноанастомоз (n=8), бигепатикоюноанастомоз на сменных транспеченочных дренажах по Сейпол-Куриану (n=1), пластика холедоха на дренаже по Вишневному (n=1)). У одного пациента (9,1%) повреждение замечено на вторые сутки послеоперационного периода – подтекание желчи по контрольному дренажу; был сформирован гепатикоэнтероанастомоз на выключенной по Ру петле тощей кишки, дренирование по Фелькеру.

Осложнения выявлены у 7 пациентов (63,6%): рубцовые стриктуры анастомоза у 4 больных, билиарный цирроз печени – у 2, абсцесс печени – у 1. Острый холангит выявлен у 6 больных, из них у 2-х – рефлюкс-холангит в связи с короткой приводящей петлей. Пациентам были выполнены операции: реконструкция гепатикоюноанастомоза – 3 больным, ЧЧХЛС под УЗ- и Rg-контролем – 3, дренирование абсцесса печени – 1, реконструкция кишечного анастомоза - 2. Больная с билиарным циррозом печени перенесла операцию по пересадке печени. Пациентам, поступавшим с клиникой острого холангита, проведена комплексная консервативная терапия, на фоне которой их состояние стабилизировано.

Выводы. Повреждение внепеченочных желчных протоков происходит чаще при остром холецистите. Хирургическая тактика при повреждениях желчных протоков зависит от уровня, характера поражения и состояния больного. Результаты хирургической коррекции поврежденных желчных протоков во время операций (как эндовидеохирургических, так и открытых) зависят, в первую очередь, от сроков их обнаружения, возможности во время первичной операции восстановить повреждение

желчных путей.

Список литературы

1. Алиев Ю.Г.О., Хирургическое лечение больных с заболеваниями желчевыводящих путей / Дисс на соиск д.м.н. / Ю.Г.О. Алиев // Москва. - 2014. - С. 7.
2. Ничитайло М.Е. Лечение и профилактика повреждений желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии / М.Е. Ничитайло // Здоровье Украины. – Киев. – 2013 г. – С. 34-35.
3. Олисов О.Д. Посттравматические стриктуры желчных протоков. Диагностика, лечение, результаты. / О.Д. Олисов. // Дисс.. на соиск к.м.н. М.: Институт хирургии им. А.В. Вишневского РАМН. – 2006 г. С. - 3-4.
4. Панченков Д.Н., Мамалыгина Л.А., Ятрогенные повреждения внепеченочных желчных протоков: диагностика и хирургическая тактика на современном этапе. / *Анналы хирургической гепатологии*// Д.Н. Панченков, Л.А. Мамалыгина. 2004. – том IX. - №1. - С. 156-163.
5. Шойхет Я.Н., Устинов Г.Г. и др. Интраоперационные повреждения желчных путей // *Сибирский медицинский журнал* №4. – 2008 г. – С. 87-90.
6. Dolan J.P. Ten-year trend in the national volume of bile duct injuries requiring operative repair / J.P. Dolan. // *Surg Endosc.* – 2005. – Vol. 19, №7. – P. 967-973.

Лупальцова О.С., Калюжный Е.П.

Харьковский национальный медицинский университет МОЗ Украины, г. Харьков, Украина

АНАЛИЗ МИКРОФЛОРЫ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Глобальной проблемой, актуальность которой в наше время растет с каждым годом во всем мире, является хроническая и рецидивирующая бронхолегочная патология у детей, предупреждение формирования которой является непростой задачей для каждого педиатра [2-5,11]. Заболевания органов дыхания являются важной медико-социальной проблемой и одной из самых распространенных причин обращений пациентов за медицинской помощью на амбулаторном этапе, в связи с высокой распространенностью.

В структуре пульмонологической патологии у детей ведущую позицию занимают рецидивирующие заболевания, в частности рецидивирующие бронхиты и пневмония, которые имеют серьезную угрозу для здоровья, поскольку при недостаточной эффективности диагностики и лечения имеют тенденцию к длительному и осложненному течению, или трансформируются в более сложные формы с последующей инвалидизацией [1,6,7]. Следует подчеркнуть, что, несмотря на значительные успехи в изучении этиологии, патогенеза, лечения и профилактики бронхолегочной патологии, в последние годы наблюдается тенденция к хронизации [2,4, 10]. Необходимо помнить, что бронхолегочные заболевания у детей - многофакторная патология, поэтому множество факторов риска имеют важное значение в манифестации и прогрессировании заболевания. Среди множества факторов поддержания хронического бронхолегочного воспалительного процесса роль бактериальной и грибковой инфекции изучена недостаточно. В последние годы растет количество данных, подтверждающих связь между наличием некоторых инфекций и развитием рецидивирующих бронхитов, с тяжестью и частотой обострений хронических бронхолегочных заболеваний [8-10, 11].

Цель исследования. Улучшение диагностики и профилактики хронического бронхолегочного воспалительного процесса на ранней стадии развития с помощью изучения микробиоценоза дыхательных путей у детей с острой и хронической бронхолегочной патологией.

Материал и методы. Проведено исследование микрофлоры верхних и нижних дыхательных путей у 80 детей в возрасте от 2 до 14 лет. Первую группу пациентов составили 38 детей с острым обструктивным бронхитом (с рецидивирующим бронхообструктивным синдромом в анамнезе), средним возрастом $6,6 \pm 2,3$ года, из них - 21 (55±8%) мальчик и 17 (44,7±8,1%) девочек. Во вторую группу сравнения - 33 ребенка с острой пневмонией, из которых - 19 (54,3±8,4%) мальчиков и 16 (45,7±8,4%) девочек, средним возрастом $8,0 \pm 2,3$ лет, в третью группу сравнения вошли 9 детей с хроническими

заболеваниями легких (с выраженными пневмофибротическими изменениями, выявленными при проведении высокорезонансной компьютерной томографии органов грудной полости); средним возрастом $7,8 \pm 3,4$ года, из них - ($40 \pm 13,1\%$) мальчиков и ($60 \pm 13,1\%$) девочек. Диагноз устанавливался согласно международным рекомендациям и действующему украинскому протоколу диагностики и лечения пульмонологических заболеваний у детей. Обследование включало изучение анамнестических, клинических и лабораторных данных. Для индукции мокроты осуществлялись ингаляции гипертонического солевого раствора, с помощью ультразвукового небулайзера. Забор мокроты, мазков из слизистой задней стенки глотки и носовых ходов проводился в первые сутки пребывания пациентов. Идентификацию бактерий проводили согласно в соответствии с нормативными документами.

Результаты исследования. В результате проведенных общепринятых клинических исследований следует отметить отличия структуре инфекционных агентов верхних и нижних дыхательных путей при различной бронхолегочной патологии. Установлено достоверное повышение частоты колонизации верхних и нижних дыхательных путей *Candida albicans* детей больных хронической бронхолегочной патологией ($33,3 \pm 16,69\%$, $p=0,0171$), в сравнении с частотой пациентов с пневмонией ($6,1 \pm 4,17\%$). Среди доминирующих микробных агентов в респираторном тракте обследуемых больных следует выделить *Streptococcus viridans*, *Neisseria hemolyticum*.

У больных 3-й группы зафиксировано достоверное повышение колонизации дыхательных путей *Enterobacter cloacae* ($11,1 \pm 11,11\%$, $p=0,0419$), выявлена тенденция к повышению частоты распространения непатогенных штаммов *Neisseria spp.*, *Staphylococcus haemolyticus*, *Ps. Aereogenes*, *Klebsiella pneumoniae*. Повышенная колонизация дыхательных путей у пациентов с хроническими состояниями грамотрицательной флорой, грибами рода *Candida* является существенным фактором риска, способствующим развитию обострений. У пациентов с острыми бронхолегочными заболеваниями персистенция инфекционного возбудителя может способствовать дисбалансу иммунной реактивности и формированию хронического бронхолегочного воспалительного процесса. Частота показателей инфекционного статуса ($p\% \pm sp\%$) у детей 1 группы ($n=38$), 2 группы ($n=33$) и 3 группы ($n=9$) составила: *Streptococcus viridans* соответственно $31,6 \pm 7,54\%$, $33,3 \pm 8,20\%$, $22,2 \pm 14,69\%$; *Neisseria hemolyticum* - $28,9 \pm 7,35\%$, $36,4 \pm 8,37\%$, $11,1 \pm 11,11\%$; *Staphylococcus haemolyticus* - $18,4 \pm 6,28\%$, $18,2 \pm 6,72\%$, $44,4 \pm 17,56\%$; Непатогенные штаммы *Neisseria spp.* - $8,1 \pm 4,49\%$, $18,2 \pm 6,72\%$, $33,3 \pm 16,69\%$; *Candida albicans* - $10,5 \pm 4,97\%$, $6,1 \pm 4,173\%$, $33,3 \pm 16,692\%$; *Staphylococcus aureus* - $18,4 \pm 6,282\%$, $0 \pm 0,01\%$, $11,1 \pm 11,1\%$; *Staphylococcus epidermidis* - $13,2 \pm 5,49\%$, $6,1 \pm 4,17\%$, $11,10 \pm 11,10\%$; *Escherichia coli* - $10,5 \pm 4,97\%$, $3 \pm 2,96\%$, $11,10 \pm 11,10\%$;

Streptococcus pneumoniae - $2,7 \pm 2,66\%$, $3 \pm 2,97\%$, $0 \pm 0,01\%$; *Klebsiella pneumoniae* - $5,3 \pm 3,63\%$, $3 \pm 2,96\%$, $11,1 \pm 11,11$; *Ps. Aereogenes* - $5,3 \pm 3,63\%$, $3 \pm 2,96\%$, $11,1 \pm 11,11$. Статистически значимая разница ($p < 0,05$) с соответствующими показателями детей 1-й группы обозначалась - 1; 2 - статистически значимая разница ($p < 0,05$) с соответствующими показателями детей 2-й группы; 3- статистически значимая разница ($p < 0,05$) с соответствующими показателями детей 3-й группы.

Установленные микробные и грибковые возбудители при длительной персистенции в могут способствовать поддержанию хронического воспаления и истощению иммунного ответа. Учитывая, что фагоциты, которые уже содержат персистирующий инфекционный агент не способны справиться с новыми агентами, обуславливает дефектную иммунную презентацию или дефектное Т-клеточное распознавание в случае какого - либо реинфицирования вирусной или бактериальной этиологии.

Мониторинг этиологически значимых штаммов микроорганизмов у пациентов с острой и хронической бронхолегочной патологией представляет собой важнейший фактор, способствующий усовершенствованию патогенетической тактики лечения и профилактики формирования хронических состояний.

Выводы. Выявление возбудителя в посевах материала из верхних и нижних дыхательных путей не обязательно свидетельствует о его роли как возбудителя острого бронхолегочного заболевания, но установленные микробные и грибковые агенты при длительной персистенции могут способствовать поддержанию хронического бронхолегочного воспаления и истощению иммунной реактивности организма.

Список литературы:

1. Артамонов Р.Г. Бронхиты у детей / Р.Г. Артамонов // Российский педиатрический журнал. - 2000. - №5. - С. 58-59.

2. Башкина О.А Сравнительная характеристика стафилококкового носительства у здоровых и часто болеющих острыми респираторными заболеваниями детей / Башкина О.А., Алёшкин В.А., Афанасьев С.С., Воробьев А.А., Бойко А.В., Красилова Е.В. // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунологии. - 2003. - № 6. - С. 3.
3. Башкина О.А. Оценка эффективности ингаляционного введения иммунокорректоров у часто болеющих детей / Башкина О.А., Красилова Е.В., Афанасьев С.С. // Российский иммунологический журнал. - 2004. - Т. 9. - № 1. - С. 146.
4. Башкина О.А., Афанасьев С.С., Алешкин В.А., Воробьев А.А., Рубальский О.В., Кокуев А.В., Сомова Е.И. Эффект лечения рецидивирующего бронхита у детей комбинированными интерфероновыми препаратами при различных путях аппликации.// Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунологии. 2005. № 3. С. 99-102.
5. Касымова Е.Б. Оптимизация фармакотерапии у детей с острой эпштейна-барр вирусной инфекцией / Касымова Е.Б., Башкина О.А., Галимзянов Х.М., Романцов М.Г., Енгибарян К.Ж., Родина Л.П. // Экспериментальная и клиническая фармакология. - 2014. - Т. 77. - № 1. - С. 26-29.
6. Полунина Н.В., Черкасов С.Н. Особенности состояния здоровья детей в Российской Федерации и пути его улучшения / В сборнике: Экология и здоровье человека на Севере. Сборник материалов IV-го конгресса с международным участием. ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный Федеральный университет имени М.К. Аммосова», Медицинский Институт; Министерство здравоохранения Республики Саха (Якутия); Лига «Женщины-Ученые Якутии»; Якутский Научный Центр комплексных медицинских проблем СО РАН. 2013. С. 485-490.
7. Шмелев Е.И. Дифференциальная диагностика интерстициальных болезней легких / Е.И.Шмелев // Consilium medicum. - 2003. – Т.5, № 4. - С.176-181.
8. Эпидемиологические и клинические особенности бронхиальной астмы у детей в городском и сельском регионах (на примере Санкт-Петербурга и Ленинградской области) / Н.Е. Арестова, Е.В. Бойцова, М.М. Голобородько [и др.] // Уральский медицинский журнал – 2009. - № 1(55). – С. 102-108.
9. Юлиш Е.И. Особенности бронхообструктивного синдрома при внебольничной терапии у детей раннего возраста / Е.И.Юлиш, Ю.А. Сорока, О.Е.Чернышева [и др.] // Здоровье ребенка.-2010.- №5 (26).- С.27-31.
10. Kim V. Chronic bronchitis and chronic obstructive pulmonary disease / V. Kim, G.J. Criner // American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. - 2013.- Vol.187, №3. - P. 228-237.
11. Regulation of the inflammatory response: enhancing neutrophil infiltration under chronic inflammatory conditions / Z. Bian, Y. Guo, B. Na [et al.] // The Journal of Immunology. - 2012. -Vol. 188. - P.844-853.
12. Small airways diseases, excluding asthma and COPD: an overview / P.R. Burgel, A. Bergeron, J. de Blic [et al] // European Respiratory Society Review. - 2013. - Vol.22, №128. - P. 131-147.

Майорова А-М.В., Пенжоян Г.А., Карахалис Л.Ю.

*ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский университет Минздрава России,
г. Краснодар, Россия*

АНАЛИЗ ОТЯГОЩЕННОСТИ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА У БОЛЬНЫХ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Целью данного исследования явилось выявление возможных маркеров развития генитального эндометриоза у пациенток, проживающих в Краснодарском крае.

Задачи. Эндометриоз является одной из актуальных проблем современной медицины, оставаясь в ряду самых загадочных и труднообъяснимых заболеваний.

Частота эндометриоза по данным разных исследователей у женщин репродуктивного возраста варьирует от 12 до 50%. В последние годы вызывает обеспокоенность рост числа больных данной патологией среди женщин раннего репродуктивного возраста. Следовательно, изучение механизмов предрасположенности возникновения заболевания и раннее формирование групп риска по развитию эндометриоза создаст предпосылки к раннему его выявлению [1, 2, 3, 4].

Материал и методы под наблюдением находилось 92 женщины – все коренные жительницы края, находившихся на лечении в гинекологическом отделении ГБУЗ «ДККБ» МЗ КК, средний возраст обследованных составил $39 \pm 1,5$ лет (от 33 до 50 лет). Первую группу (I группа) составили 62 пациентки (67,4%) с диагнозом: Генитальный эндометриоз, вторая группа (II группа) - 30 пациенток (32,6%) находившихся на обследовании, диагноз генитальный эндометриоз был исключен. Диагноз генитального эндометриоза был подтвержден данными гистероскопии, патоморфологического исследования биоптата из полости матки и цервикального канала, а также путем проведения лапароскопии или лапаротомии. У всех (100%) была проанализирована наследственная отягощенность по гинекологической патологии (наличие у родственников первой линии генитального эндометриоза, хронических воспалительных заболеваний придатков матки, миом, доброкачественных и злокачественных новообразования женской репродуктивной сферы).

Результаты.

Сравнительный анализ акушерско-гинекологического анамнеза показал, что менархе среди пациенток I-ой группы начались в $11 \pm 1,0$ лет (от 11 до 13 лет), а во II-ой в $12 \pm 1,5$ лет (от 12 до 14 лет), возраст начала половой жизни в I группе был $16 \pm 1,2$ лет, во II группе – $18 \pm 1,0$ лет. Количество беременностей в анамнезе в I группе было в среднем $3 \pm 1,5$, во II группе $4 \pm 1,7$. Родов в анамнезе среди пациентов I группы не было, а во II группе в среднем $1 \pm 0,8$. Количество аборт в I группе было в среднем в два раза больше, чем во II группе: $2 \pm 1,3$ в первой группе против $1 \pm 0,5$ во второй. Число замерших беременностей в I группе было в среднем $2 \pm 1,5$ и во II группе $1 \pm 0,5$. Выкидыши в I группе зафиксированы в среднем у $1 \pm 0,5$. А вот во II группе самопроизвольного прерывания беременности не было вовсе. Анализ гинекологической патологии (исключая генитальный эндометриоз), показал: в I группе гинекологический анамнез был отягощен у 59 (95,16%) пациенток, эктопия шейки матки выявлена у 20 (32,26%), хронический эндометрит у 15 (24,19%), хронический сальпингоофорит у 13 (20,97%), миома матки выявлена у 1 пациентки (1,61%), как и фиброзно-кистозная мастопатия была у 1 (1,61%) пациентки, невынашивание беременности у 6 (9,68%), а доброкачественные и злокачественные новообразования яичников отсутствовали. Во II группе гинекологический анамнез отягощен был у 20 (66,67%) пациенток, эктопия шейки матки была у 9 (30,0%), хронический эндометрит у 5 (16,67%), хронический сальпингоофорит у 6 (20,0%) пациенток, миома матки у 1 (3,33%), как и невынашивание беременности у 1 (3,33%) пациентки, доброкачественные и злокачественные новообразования яичников отсутствовали, фиброзно-кистозной мастопатии также не было. Анализ наследственной отягощенности по гинекологическим заболеваниям показал, что гинекологическая патология матери пробанда в I группе включала в себя: генитальный эндометриоз у 17 (27,42%) пробандов, миому матки у 11 (17,74%), эктопию шейки матки у 4 (6,45%), недостаточность мышц тазового дна у 4 (6,45%), хронический сальпингоофорит у 3 (4,84%). Анализ злокачественных новообразований показал, что рак шейки матки был у 1 (1,61%) пациентки, как и рак молочной железы у 1 (1,61%). Гинекологически здоровыми оказались 33 (53,23%) пробанда. Во II-ой группе: генитальный эндометриоз был у 4 (13,33%), миома матки также у 4 (13,33%), эктопия шейки матки у 1 (3,33%), недостаточность мышц тазового дна у 2 (6,66%), хронический сальпингоофорит у 2 (6,66%). Рак шейки матки был у 1 пробанда (3,33%), как и рак молочной железы у 1 (3,33%). Гинекологически здоровыми были 18 (60,0%) пробандов.

Выводы. При анализе репродуктивной функции обследованных установлено, что в I группе начало половой жизни опережает начало половой жизни во II группе на два года: $16 \pm 1,2$ лет против $18 \pm 1,0$ лет. У пациенток I группы было меньшее число беременностей: $3 \pm 1,5$ в I группе против $4 \pm 1,7$ во II группе. Число аборт, выкидышей было статистически меньше во II группе в сравнении с I. А роды в I группе и вовсе отсутствовали.

При анализе распределения пациенток по наличию гинекологической патологии было выявлено, что значительно чаще у пациенток первой I группы встречались эктопия шейки матки у 32,26%, а во II группе у 6,45%. Хронический эндометрит в I группе был у 24,19%, хронический сальпингоофорит у 20,97% пациенток, а во II группе у 16,67% и у 20,0% соответственно. Достоверная разница была только в частоте хронического эндометрита ($p < 0,05$). Невынашивание беременности в I группе было у 9,68%, а во II группе в три раза реже (3,33%). И гинекологический анамнез был отягощен в I группе у 95,16%, а во II группе лишь у 66,67%.

Анализ наследственной отягощенности по гинекологическим заболеваниям показал, что генитальный эндометриоз у пробандов I группы был у 27,42%, а во II группе у 13,33%; миома матки выявлена у 17,74% пробандов в I группе, а во II группе у 13,33%.

Таким образом, проведенный анализ показал, что не только у пациенток с генитальным эндометриозом (I группа) чаще встречается на 50% отягощенный гинекологический анамнез, хронический эндометрит практически на 8%, невынашивание беременности чаще в 3 раза. Но и у пробандов I группы в два раза чаще выявлен генитальный эндометриоз. Обращает на себя внимание также раннее начало половой жизни в I группе (на 2 года), что ведет к более ранним проблемам с репродуктивным здоровьем при прочих равных условиях формирования менструального цикла (начало менархе, длительность менструации и длительность менструального цикла). Выявленные особенности анамнеза пациенток и наличие генитального эндометриоза у их матерей могут быть отнесены к прогностическим факторам риска развития генитального эндометриоза у молодых женщин и даже у подростков с отягощенным анамнезом их пробандов, что позволяет нам выделить их в группы риска.

Список литературы:

1. Оразов М.Р., Духин А.О., Бикмаева Я. Р., Шкрели И. Факторы риска наружного генитального эндометриоза у женщин в мегаполисе на примере г. Москвы // Research'n Practical Medicine Journal. 2016. № Спецвыпуск
2. Маржевская Анна Марковна, Рищук С. В., Гусев С. Н., Татарова Н. А. Репродуктивные нарушения у больных эндометриозом: этиология, патогенез, возможности коррекции // БОНЦ УрО РАН. 2014. №3.
3. Kavvasoglu S., Ozkan Z.S., Kumbak B. et al. Association of kisspeptin-10 levels with abortus imminens: a preliminary study. Arch Gynecol Obstet. 2012. 285 (3): 649-653.
4. Giudice L.C. Clinical practice. Endometriosis. N Engl J Med. 2010. 362 (25): 2389-2398.

Макаров В.А., Башкина О.А., Ильенко Т.Л., Демидов А.А.

*ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Астрахань, Россия*

АНЕМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЯЖЕЛЫХ КЕТОАЦИДОЗОВ У ДЕТЕЙ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Исторически сложилось, что в каждом столетии отмечаются свои, характерные для этого времени заболевания. XXI век породил новые болезни, уносящие человеческие жизни, так называемые «заболевания цивилизации» [1]. Не составляют исключения и дети. На фоне ухудшения экологии, изменения пищевых привычек, гиподинамии, увеличения школьных нагрузок, изменения структуры инфекционных заболеваний увеличилось количество заболеваний, протекающих с выраженными метаболическими нарушениями, сопровождающимися явлениями кетоацидоза.

Детские кетоацидозы — гетерогенная группа заболеваний, характеризующаяся появлением кетоновых тел в крови и моче. В современной педиатрии различают первичные и вторичные ацетонемические состояния. К первичным принадлежит синдром циклической ацетонемической рвоты (АР). Вторичные ацетонемические состояния - это кетозы, которые имеют четкий провоцирующий фактор и развиваются при инфекционных, эндокринных и соматических болезнях и т.д.[2].

Особняком стоит разновидность вторичного ацетонемического состояния – диабетический кетоацидоз. Диабетический кетоацидоз (ДКА) является грозным осложнением сахарного диабета (СД), и несёт серьёзную угрозу жизни пациента.

Цель: выявление роли анемнестических данных в течение развития кетоацидоза при впервые выявленном сахарном диабете 1 типа в сравнении с кетоацидозом при ацетонемической рвоте.

Задачи: изучить анемнестические особенности кетоацидозов у детей, находящихся по тяжести состояния в условиях ОРИТ №2 ГБУЗ АО «ОДКБ им. Н.Н.Силищевой».

Методы исследования: проведен детальный анализ 371 истории болезни детей с кетоацидозами при впервые выявленном СД и ацетонемической рвоте, получавших лечение в отделение реанимации и интенсивной терапии № 2 ГУЗ «Областная детская клиническая больница им. Н.Н. Силищевой» г. Астрахани. Исследования проводились на основе собственных наблюдений и данных медицинской документации (медицинская карта стационарного больного, заключения специалистов по

параclinical methods of examination) in the period 2011 - 2015 g.

Результаты: В структуре заболеваемости в ОРИТ №2 ГБУЗ АО «ОДКБ им. Н.Н. Силищевой» г. Астрахани частота госпитализаций с СД 1 типа, впервые выявленным, манифестирующим с кетоацидозом составляет около 7%, а с синдромом АР составляла от 5% до 7% от всех госпитализаций в течение года. Все дети с выраженными кетоацидозами при СД 1 типа и АР поступали в отделение реанимации в тяжелом состоянии с клиникой эксикоза. Из исследований исключены дети до года, так как в это время приступы рвоты носят чаще всего инфекционный характер и старше 15 лет, так как к этому возрасту приступы АР практически исчезают [4,5,6].

Изучая анамнез больных СД 1 типа, АР выявлено, что на первом месте отмечается перенесенная ранее (приблизительно за 2 недели до развития кетоацидотического состояния) какое-либо инфекционное заболевание, включая респираторную вирусную инфекцию, ветряную оспу, корь, краснуху и др. Причем, при впервые выявленном СД 1 типа этот процент составляет 71,5% ($p < 0,01$), при АР 61,4% ($p < 0,01$). Внутрочерепная гипертензия играет значительную роль при АР. Это доказано проведенными ЭХО-ЭГ и это не противоречит проводимыми ранее исследованиями в данном отделении [4,5,6]. При СД 1 типа данная патология не имеет особого значения. Данный показатель даже ниже, чем в группе условно-здоровых детей ($p < 0,01$) и не является пусковым моментом для возникновения СД.

При сборе анамнеза выявлено, что частота возникновения медикаментозной аллергии у больных с АР и СД 1 типа приблизительно одинакова (27,9% и 26,0% соответственно).

В группе больных СД 1 типа у 19% детей в анамнезе вегето-сосудистая дистония. В группе АР этот показатель составил 12% ($p > 0,05$). Одной из основных причин возникновения миокардиодистрофии является перенесенные инфекции и как следствие накопление кетоновых тел в организме, приводящим к ацидозу. Появляется функциональный шум в сердце [8]. В группе больных СД 1 типа этот показатель составил 14,3%, у больных с АР этот показатель больше 18,7%, что свидетельствует о более частых проявлениях кетоацидоза без рвоты (сопровождаются только вялостью и умеренным запахом ацетона в выдыхаемом воздухе) до момента развернутой клиники синдрома ацетонемической рвоты.

Заболевания почек, в основном дисметаболическая нефропатия, более всего отмечена в группе АР 14,6%, как следствие возможного проявления нервно-артритического диатеза в основе которого лежит наследственный дефект обмена пуриновых оснований и солей мочевой кислоты. В группе СД 4,8% (показатели не достоверны $p > 0,05$).

Изучая наследственный анамнез в исследуемых группах было отмечено, что у больше половины (57%) ($p < 0,01$) детей с СД 1 типа имеется наследственный анамнез по сахарному диабету. Из них в 47,6% случаев родственники детей больны СД 2 типа и лишь в 9,5% случаев у родственников в анамнезе СД 1 типа, что подтверждает генетическую предрасположенность к возникновению СД у ребенка. В группе АР данный показатель составил 21%, в контрольной группе 11% (показатель не достоверен ($p > 0,05$)). Заболевания ЖКТ у групп СД 1 типа и АР приблизительно одинаковы (31% и 29,1% соответственно). Имеются литературные данные, где дети с АР рассматриваются в качестве группы риска по возникновению сахарного диабета, желчекаменной болезни, панкреатита [3, 4, 5,7].

Заключение: изучение анамнеза больных с кетоацидозом при впервые выявленном СД 1 типа и ацетонемической рвотой выявило, что перенесенные ранее (приблизительно за 2 недели до развития кетоацидотического состояния) инфекционные заболевания, наследственный анамнез по СД 1 и 2 типа, наличие медикаментозной аллергии, ВСД могут иметь прогностическую значимость в развитии СД 1 типа и АР у детей.

Список литературы:

1. Агаджанян Н.А., Чижов А.Я., Ким Т.А. Болезни цивилизации//Экология и здоровье, No4 – 2003, с.8-11
2. Геориянц, М.А., Корсунов В.А., Шилова Е.В. Недиабетические кетоацидозы в детском возрасте: клиника, диагностика и инфузионная терапия (методические рекомендации). - К., 2006. - 23 с.
3. Закирова, Р.А., Кузнецова Л.А. Кетоацидоз у детей // Казанский медицинский журнал. - 1988. -№ 1. - С. 29-31.
4. Ильенко Т.Л. Клинико-диагностическое и прогностическое значение метаболически и микроциркуляторных нарушений у детей с ацетонемической рвотой //Автореф. Дис... канд.мед.наук.

– Астрахань, 2011г.

5. Ильенко Т.Л., Клинико-эпидемиологические особенности синдрома ацетонемической рвоты у детей / Ильенко Т.Л., Башкина О.А., Макаров В.А., Елисеев Ф.И. // Материалы XV Международного конгресса детских гастроэнтерологов России и стран СНГ. «Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей». Под общей редакцией Ю.Г.Мухиной, С.В. Бельмера. – М., 2009. – С. 50-52.

6. Ильенко Т.Л., Особенности клинико-лабораторной манифестации синдрома ацетонемической рвоты у детей / Ильенко Т.Л., Башкина О.А., Макаров В.А. // Сборник материалов XVII Российского национального конгресса «Человек и лекарство», тезисы докладов, М., 2010. – С. 410.

7. Курило, Л.В. Первичный ацетонемический синдром у детей. *Medicus Amicus* 2002; 4. <http://www.medicusamicus.com>. с 46-54.

8. Лебедькова, С.Е., Япаров Д.Ш., Говорун З.А., Масленникова Г.П. Характеристика изменений сердечно - сосудистой системы и их коррекция у детей с первичным (идиопатическим) ацетонемическим синдромом. *Российский вестник перинатологии и педиатрии*, 3,2007. с.37-41.

Малахова Л.Н.

*ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г.Астрахань, ГБУЗ АО «Областной клинический стоматологический центр»,
г. Астрахань, Россия*

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСНОВНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

В настоящее время изучение стоматологической заболеваемости населения является одним из актуальных направлений научных исследований в области стоматологии во всем мире [1,4,5,7,9-12]. Для достижения данной цели во многих странах проводятся национальные эпидемиологические обследования, позволяющие определить распространенность и интенсивность стоматологических заболеваний и выявить потребность в лечении и профилактике среди ключевых возрастных групп населения, проживающего в районах с различными климатогеографическими и социально-экономическими условиями [1,3,5,6,9]. Использование унифицированных критериев оценки стоматологического статуса, разработанных экспертами Всемирной организации здравоохранения, дает возможность получить сравнимые показатели и осуществить мониторинг стоматологической заболеваемости в разных странах мира [1,6]. В городе Астрахани и Астраханской области первый опыт проведения национального эпидемиологического стоматологического обследования был получен в 1997 году, следующий в 2009 году и, наконец, в 2015 году [7,9].

Цель: изучить распространенность стоматологических заболеваний среди детей Астраханской области.

Методы:

В 2015 году было проведено эпидемиологическое обследование детского населения Астраханской области и города в детском отделении ГБУЗ АО ОКЦ, количество обследованных детей составило 1000, из них 500 городских и 500 сельских. Для обследования были взяты дети 12-и и 15 летнего возраста. Распространенность кариеса зубов выражалась процентным отношением лиц, имеющих хотя бы один из признаков проявления кариеса зубов (кариозные, пломбированные или удаленные по причине осложнений кариеса зубы), к общему количеству обследованных. Интенсивность кариеса определяли по индексу КПУ. У каждого обследованного суммировали количество зубов: кариозных (компонент К), пломбированных (компонент П), удаленных (компонент У). Для оценки состояния тканей пародонта применяли индекс CPI (коммунальный пародонтальный индекс), разработанный специалистами рабочей группы ВОЗ. Этот индекс позволяет определить распространенность и интенсивность признаков поражения пародонта (кровоточивость десен при зондировании, наличие над - и поддесневого зубного камня, пародонтальных карманов глубиной 4-5 мм, а также 6 мм и более).

При обследовании тканей пародонта в области шести условных секстантов регистрировалось более тяжелое состояние (при наличии кровоточивости и зубного камня – только камень). 6 условных

секстантов представляют собой 10 индексных зубов (17,16,11,26 и 27 – на верхней челюсти; 37,36,31,46 и 47 – на нижней). Для расчета распространенности (%) признаков поражения пародонта в каждой группе обследованных определяли количество лиц, у которых данный признак был наихудшим, делили это значение на количество обследованных и умножали на 100. Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета статистических программ Microsoft Excel 2010 и Statistica 6.0.

Результаты:

Результаты показывают, что имеется тенденция к росту кариеса постоянных зубов в обеих возрастных группах. Средний показатель распространенности кариеса в возрасте 12 лет достигает - 80,5%, в возрасте 15 лет – 82,5%, что соответствует высокому уровню, что характерно для местности с пониженным содержанием фторидов в воде. В сельской местности распространенность кариеса выше, чем в городской, т. к. меньше доступность стоматологической помощи.

Интенсивность кариеса среди городских и сельских жителей отличается, т.к. детская стоматологическая помощь оказывается в основном Детским отделением ГБУЗ АО ОКСЦ и не всегда сельские жители могут приехать в город. У городских детей интенсивность кариеса в обеих возрастных группах на низком уровне, у сельских детей - на среднем.

При анализе отдельных компонентов индекса оказалось, что уже в 12 лет у детей были удалены зубы по поводу осложнений кариеса (0,06 у городских детей и 0,08 у сельских). В 15 лет компонент У составил 0,048 у городских детей и 0,1 – у сельских.

Распространенность поражения тканей пародонта у детей и подростков достаточно высока (48,2% у 12-летних детей, 56,8% - у 15-летних).

Данные об интенсивности поражения пародонта (среднем количестве секстантов с патологическими признаками) свидетельствуют о том, что число интактных секстантов с возрастом уменьшается (с 91% до 80%). С 12 до 15 лет нарастало количество секстантов с зубным камнем с 2% до 6% и кровоточивостью с 7% до 15%.

Вывод:

Результаты проведенного стоматологического обследования свидетельствуют о высокой распространенности и интенсивности основных стоматологических заболеваний – кариеса зубов и заболеваний пародонта – в ключевых возрастных группах детского населения в Астраханской области и городе. Однако можно утверждать, что оказываемая стоматологическая помощь не всегда отвечает существующим потребностям и дети нуждаются в расширении ее объема и улучшении качества. Так как финансирование детской стоматологической службы недостаточное, следует уделить больше внимания профилактике, которая при меньших затратах, чем лечение, позволит сохранить или улучшить стоматологическое здоровье населения.

Список литературы:

- 1.Здоровье для всех к 2000 г. Глобальная стратегия. Всемирная организация здравоохранения. Женева,1981.-104 с.
- 2.Исамулаева, А. З. Основные приоритеты оптимизации оказания лечебно-профилактической помощи больным с заболеваниями пародонта / А.З.Исамулаева, А. В. Спицына, Ф. В. Орлов, С. З. Шатуева, А. И. Исамулаева //Астраханский медицинский журнал. – 2013. – Т. 8, № 4. – С. 101–103.
- 3.Исамулаева, А.З., Кунин А.А. Современные аспекты предупредительных методов диагностики и профилактики заболеваний пародонта / А. З. Исамулаева, А. А.Кунин // Астраханский медицинский журнал. – 2013. – Т. 8, № 1. – С. 108–111.
4. Исамулаева А.З. Стоматологический статус и показатели цитокинового спектра в секрете полости рта у детей с бронхиальной астмой / Исамулаева А.З., Данилина Т.Ф., Башкина О.А., Сергиенко Д.Ф. // Астраханский медицинский журнал. – 2010. - Т. 5. - № 4. - С. 33-37.
5. Кузьмина Э.М. Стоматологическая заболеваемость населения России. - МЗ РФ МГМСУ М.: - 2009.-236с.
6. Леонтьев В.К., Кисельникова Л.П. Детская терапевтическая стоматология. Национальное руководство. М.,Геотар-медиа. 2010.-890с.
7. Лыгина Ю.Е.Анализ обращаемости детей за стоматологической помощью по Астраханской области.Астраханский медицинский журнал, - 2014, - №1, 146с.
8. Лыгина Ю.Е. Исследование показателей стоматологической заболеваемости у детей по

Астраханской области. Астраханский медицинский журнал, - 2013, - №3, 146с.

9. Малахова Л.Н., Пракуда Т.А. Эффективность плановой стоматологической санации в организованных детских коллективах // Астраханский медицинский журнал. - 2009. - Т.4. - С.51-57.

10. Нуржанова С.С., Удочкина Л.А. Частичная вторичная адентия у мужчин и женщин зрелого и пожилого возраста г. Астрахани // Астраханский медицинский журнал. 2010. - Т. 5, № 1. - С. 74-80.

11. Удочкина Л.А., Нуржанова С.С., Календр Е.В. Глубина зубодесневых карманов на верхней и нижней челюстях у мужчин и женщин зрелого и пожилого возраста // Астраханский медицинский журнал. - 2010. - Т. 5.- №2.- С. 43-47.

12. Удочкина Л.А., Нуржанова С.С. Показатели частичной вторичной адентии у мужчин и женщин зрелого и пожилого возраста г. Астрахани // Здоровье - основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. - 2010. - Т. 5. - № 1. - С. 437.

Малышева И.П.

**ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Астрахань, Россия**

ОПЫТ РОДРАЗРЕШЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ, ИМЕЮЩИХ ИЗБЫТОЧНУЮ МАССУ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ

Ожирение, в современном мире, является одной из наиболее значимых медицинских и социальных проблем, которая приняла масштабы эпидемии.

По данным ВОЗ 38% женщин в мире имеют избыточную массу тела, и эта цифра неуклонно растет, достигая в некоторых странах 54%. В 2013 году в мире зафиксировано 42 миллиона детей страдающих ожирением и избыточной массой тела. ВОЗ ведет активную работу, направленную на стабилизацию данных показателей. Система антенатального наблюдения и родовспоможения постоянно совершенствуется, несмотря на это число беременных страдающих ожирением, в экономически развитых странах, достигает 29,7% [3, 5, 7, 8], что доказывает особую значимость данной проблемы. Так у беременных с ожирением в 1,5 - 2 раза возрастает риск патологического течения беременности, родов и послеродового периода, по сравнению с пациентками, имеющими нормальную массу тела [1].

В современном акушерстве ожирение беременных является независимым фактором развития таких осложнений как стойкий гипертензионный синдром, преэклампсия и эклампсия, выраженная протеинурия, что связано по большей части с метаболическими изменениями (дисфункция эндотелия сосудов, системным воспалением, гемодинамическими нарушениями во второй половине беременности). Вследствие развития инсулинорезистентности у больных ожирением риск развития гестационного сахарного диабета резко возрастает и достигает 17% [2, 3, 4, 6, 9], против 2-6% в общей популяции. Так же при ожирении значительно возрастает риск развития аномалии родовой деятельности, кровотечений, плацентарной недостаточности, СЗРП в одних случаях и макросомии новорожденных - в других. При рождении крупных детей чаще регистрируются дистоссия плечиков и травматизм новорождённого ребёнка, что приводит к повышению перинатальной заболеваемости и смертности. По литературным данным осложнения гестационного процесса у женщин с ожирением достигают 85% [4, 5, 9, 10]. Остается открытым вопрос о том, как протекает беременность и в чем же причина плацентарной недостаточности у женщин с ожирением, рожденных с синдромом задержки развития [2, 6, 8].

Цель исследования: провести ретроспективный анализ родоразрешения пациенток с избыточной массой тела и ожирением по данным областного перинатального центра ГБУЗ АО АМОКБ.

Задачи исследования: изучить осложнения гестационного периода, родов, способы родоразрешения и исходы у пациенток с избыточной массой тела и ожирением за 2015 год.

Материалы и методы исследования: статистический метод (ретроспективный анализ) медицинской документации, историй родов (учетная форма 096/У), историй развития новорождённых (учетная форма 097/У) беременных и рожениц с избыточным весом и ожирением.

Результаты исследования: За анализируемый период родоразрешено 732 пациентки, из них 72 (9,8%) роженицы имели ожирение различной степени выраженности. При этом 18 (25%) рожениц

имели ожирение I степени, 43 (59,7%) ожирение II степени и 11 (15,3%) ожирение III степени. Возраст пациенток колебался от 16 до 44 лет, составив в среднем $30 \pm 1,0$ год.

При анализе методов родоразрешения и структуры показаний к операции кесарева сечения было выявлено, что 38 (52,8%) беременных и рожениц родоразрешены путём операции кесарева сечения. Из указанного количества 17 (44,7%) пациенток были повторнوبرеменными, при обследовании диагностирован несостоятельный рубец на матке, в плановом порядке им было выполнена операция кесарева сечения.

Необходимо отметить, что 21 (55,3%) пациентка была родоразрешена по экстренным показаниям. В 8 (22,2%) случаях имело место сочетание дородового излития околоплодных вод и «незрелых» родовых путей, оценка степени зрелости шейки матки по шкале Бишоп колебалась от 2 до 4 баллов, эффект использования мифепристона по рекомендуемой схеме был клинически не значим. У 6 (16,6%) рожениц в процессе родов сформировалось клиническое несоответствие головки плода к тазу матери. Упорная первичная слабость родовой деятельности не поддающаяся медикаментозной коррекции была диагностирована в 4 (11,1%) случаях. В 3 (8,3%) случаях имела место преэклампсия тяжелой степени. В процессе абдоминального родоразрешения при наличии нескольких факторов риска этой категории беременных (рожиц) для снижения кровопотери проводилась управляемая баллонная тампонада.

У беременных (рожиц) с избыточной массой тела и ожирением достаточно часто, в 26 случаях (40%) выявлялась хроническая или гестационная артериальная гипертензия; в 20 (27,7%) - заболевания почек; в 16 (22,2%) – анемия и в 7 (9,7%) случаях - гестационный сахарный диабет и глюкозурия беременных. Следует отметить, что в большинстве случаев имело место сочетание двух и более экстрагенитальных заболеваний. Несмотря на высокий процент оперативного родоразрешения 7 (9,7%) детей было рождено в асфиксии, с оценкой по Апгар 3/5/6 баллов. Причиной такой низкой оценки, как правило, было гипоксическое состояние плода, развившееся на фоне дисфункции эндотелия сосудов, гемодинамических нарушений в системе «мать – плацента – плод» и декомпенсации соматического состояния матери различной степени выраженности.

Заключение: приведённые данные свидетельствуют о необходимости антенатального наблюдения и оптимизации родовспоможения категории женщин, имеющих избыточную массу тела и ожирение.

Список литературы:

1. Болякина Ю.В. Особенности адаптации региональной гемодинамики у беременных женщин, проживающих в условиях крупного промышленного центра / Ю.В.Болякина, А.Е.Барченко, С.Н.Черкасов // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. Социальные, гуманитарные, медико-биологические науки. 2009. Т. 11. № 1-5. С. 843-846.
2. Бурумкулова Ф.Ф. Гестационный сахарный диабет (эндокринологические, акушерские и перинатальные аспекты): Автореф. дис. . д-ра мед. наук. - М., 2011.-51 с.
3. Гармонова Н.А. Прогнозирование осложнений течения беременности и родов у женщин с ожирением при различных вариантах распределения жировой ткани: Дис. . канд. мед. наук. М., 2007. - 159 с.
4. Дикарёва Л.В. Возрастные аспекты развития гормонозависимых опухолей матки в группах риска (клинико – статистическое исследование) : Автореферат дис. канд. мед. наук. - Астрахань. – 2003. – 24 с
5. Дикарёва Л.В. Макросомия как маркёр формирования гормонозависимых опухолей репродуктивной системы./ Дикарёва Л.В., Шварёв Е.Г., Руднева Т.В., Зайцева О.Е. Сибирский онкологический журнал.- 2002, №3 – 4. – С.103
6. Котенко Р.М. Метаболические нарушения и их коррекция у беременных с избыточным весом и ожирением: Автореф. дис. . канд. мед. наук. М., 2011.-25 с.
7. Конь, И.Я. Результаты мультицентрового исследования особенностей вскармливания детей в основных регионах Российской Федерации. Распространенность грудного вскармливания и факторы, влияющие на продолжительность лактации / Конь И.Я., Гмошинская М.В., Боровик Т.Э., Булатова Е.М., Джумагазиев А.А., Ладодо К.С., Прахин Е.И., Решетник Л.А., Санникова Н.Е., Углицких А.К., Фатеева Е.М., Фурцев В.И., Шилина Н.М. //Вопросы детской диетологии. 2006. Т. 4. № 2. С. 5-8.10

8. Chen A, Feresu SA, Fernandez C. Maternal obesity and the risk of infant death in the United States. *Epidemiology* 2009; 20:74.

9. Dashe JS, McIntire DD, Twickler DM. Effect of maternal obesity on the ultrasound detection of anomalous fetuses. *ObstetGynecol* 2009; 113:1001.

Мамиев В.О., Синчихин С.П., Мамиев О.Б.

*ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Астрахань, Россия*

ОПТИМИЗАЦИЯ ПОДХОДА К ПРОФИЛАКТИКЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ У РОДИЛЬНИЦ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Введение. В настоящее время кровотечения в раннем послеродовом периоде продолжают оставаться актуальной акушерской проблемой и по частоте встречаемости распределяются в убывающем порядке следующим образом: 1) кровотечения при нарушении сократительной функции матки, 2) обусловленные травмами матки, родовых путей, 3) коагулопатические [6]. При этом имеет место повышенный уровень фибринолитической активности, что связано с резким снижением уровня ингибитора активатора плазминогена PAI-2 у всех рожениц при отделении плаценты, где он синтезируется [1]. Поэтому при патологической кровопотере в послеродовом периоде считают целесообразным использование антифибринолитиков. Вместе с тем, весьма важным является превентивный и, в то же время, высокодифференцированный подход к их применению индивидуально у каждой роженицы. Решению этой проблемы может способствовать принципиально новая концепция о наличии в общей популяции беременных женщин 4 типов адаптации к родовому стрессу: от удовлетворительной с нормальным исходом родов для матери и плода (1 тип) до срыва адаптации в родах (4 тип) с высоким риском возникновения у них критических состояний [3]. Установлено, что пограничная кровопотеря наиболее часто наблюдается при 3-м и 4-м, а патологическая только при 3-м и, чаще, при 4-м типах адаптации. При этом наибольший риск массивного кровотечения имеют роженицы с 4-м типом адаптации к родовому стрессу [4]. В настоящее время ряд авторов с успехом используют эту концепцию для прогнозирования, профилактики и рациональной акушерской тактики у пациенток с различной акушерской и перинатальной патологией [2, 5].

Цель: оценить влияние дифференцированного применения препарата транексамовой кислоты на объём кровопотери и некоторые показатели гемостаза у женщин в родах и раннем послеродовом периоде.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 128 рожениц, у которых роды протекали через естественные родовые пути. Все пациентки были разделены на 1-ю, основную группу, и 2-ю, группу сравнения, по 64 пациентки в каждой. В основной группе 40 роженицам из 64, принадлежащим ко 2-му (2-й вариант - с неблагоприятным исходом родов только для матери), 3-му и 4-му типам адаптации к родовому стрессу с повышенным риском кровотечения, дифференцированно, за 60 минут (1 час) до предполагаемого рождения плода однократно в течение 30 минут внутривенно капельно вводили 0,75 г транексама в разведении с 200 мл 0,9% раствора хлорида натрия. Пациентки 2-й группы транексам не получали. Наряду с этим у 24 рожениц основной группы, относящихся к 1-му и 2-му (1-й вариант с неблагоприятным исходом родов только для плода) типам адаптации и не имевших достоверного риска кровотечения в послеродовом периоде, транексам также не применяли. Пациентки 1-й и 2-й групп были сопоставимы по возрасту ($26,3 \pm 0,8$ и $27,1 \pm 1,2$ лет, соответственно), соматической патологии, данным акушерско-гинекологического анамнеза и статуса.

Общий объём кровопотери в родах и в начале раннего послеродового периода оценивали с помощью гравиметрического метода и мерной ёмкости. В каждой группе родильниц определяли средний показатель кровопотери, минимальную кровопотерю, физиологически допустимую и пограничную в пределах её верхней и нижней границ.

Изучали общепринятые показатели гемостазиограммы (протромбиновый индекс, фибриноген А и В, этаноловый тест и др.). Наряду с этим с помощью метода иммуноферментного анализа определяли некоторые показатели противосвертывающей системы гемостаза (антитромбин III и XIII-зависимый фибринолиз) в I, III периодах родов и на 3 сутки послеродового периода. Для установле-

ния типа адаптации женщин основной группы к родовому стрессу применяли прогностические таблицы, разработанные на основе байесовской модели прогноза и последовательного анализа Вальда [3]. Прогностические коэффициенты рассчитывали по методу Е.В. Гублера, а информативность по Кульбаку. В качестве первичных показателей использовали 48 параметров ритмокардиограмм по Р.М. Бавскому и 47 дерматоглифических признаков [3].

Результаты исследования и их обсуждение.

Результаты исследования показали, что в основной группе, в отличие от группы сравнения, средний показатель кровопотери в родах и раннем послеродовом периоде (110 ± 23 мл), частота пограничной кровопотери (1) (1,5%) и минимальная кровопотеря (80 мл) были достоверно ниже, отсутствовала патологическая кровопотеря. У женщин группы сравнения эти показатели составили, соответственно, 180 ± 24 мл, 4 (6,25%) и 120 мл, у одной из пациенток отмечалась патологическая кровопотеря. Аспирация содержимого полости матки в связи с гематометрой в послеродовом периоде на 4-е и 5-е сутки была проведена, соответственно, у 2-х женщин группы сравнения. Кровяные выделения из половых путей у женщин основной группы чаще прекращались к концу 2-х суток, тогда как у рожениц группы сравнения они продолжались до конца 3-х суток и более. Пациентки, получавшие транексам, в отличие от женщин группы сравнения, отмечали явное улучшение уже через 10-12 часов после родов. Это связано с подавлением образования кинина и других активных пептидов, которые воздействуют на лимбическую систему головного мозга. Наряду с этим транексамовая кислота обладает собственной потенцирующей активностью в отношении опиатов, что способствует быстрому течению восстановительных процессов после перенесенного родового стресса.

Установлено, что у всех пациенток основной группы и группы сравнения были не вполне благоприятные по характеру параметры системы гемостаза. Но после применения транексама показатели ХПз-зависимого фибринолиза и антитромбина-III, а также ряда других параметров у женщин основной группы достоверно изменялись в положительную сторону и находились в пределах нормальных значений. Эти изменения у них, отчасти, отмечались уже в послеродовом периоде, когда, как известно, резко снижается уровень ингибитора активатора плазминогена при отделении плаценты. Это может способствовать активации фибринолиза и повышению за счет него величины кровопотери, особенно, если для этого имеют место другие причины (гипотония матки, травмы матки и родовых путей, коагулопатии). У женщин основной группы применение транексама блокирует данный механизм активации и трансформации профибринолизина (плазминогена) в фибринолизин (плазмин), что способствует уменьшению кровопотери и предотвращает возникновение массивного акушерского кровотечения. У пациенток группы сравнения аналогичные изменения отсутствуют.

При применении препарата транексамовой кислоты вышеуказанным способом каких-либо аллергических и иных негативных эффектов не наблюдалось. Отмечалось также сокращение койко-дней пребывания в стационаре ($4,2 \pm 0,2$ и $6,4 \pm 1,3$ по группам, соответственно, $p < 0,05$). Важной особенностью данного способа является однократное применение транексама в дозе, позволяющей оптимизировать параметры свертывающей системы крови при максимально дифференцированном подходе к каждой пациентке с учетом типа её адаптации к родовому стрессу и степени риска возникновения патологической кровопотери в раннем послеродовом периоде.

Заключение. Таким образом, полученные результаты исследования позволяют считать, что при дифференцированном подходе к профилактическому применению транексама в родах снижается объём кровопотери и риск развития коагулопатического кровотечения в раннем послеродовом периоде при родоразрешении через естественные родовые пути, нормализуются показатели системы гемостаза, быстро восстанавливается общее состояние роженицы, сокращаются сроки её пребывания в стационаре, уменьшается риск тромбофилических состояний.

Список литературы:

1. Васильев С.А. Транексам – антифибринолитический гемостатик / С.А. Васильев, В.Л. Виногорадов, Э.Г. Гемджян // Тромбоз, гемостаз и реология. – 2008. - № 1. – с. 28-34.
2. Гужвина Е.Н. Клинические и прогностические критерии плацентарной недостаточности в условиях нарушенной адаптации к родовому стрессу у матери и плода : автореф. дис. ... докт.мед.наук / Е.Н. Гужвина. – Волгоград, 2013. – 47 с.
3. Мамиев О.Б. Алгоритмы установления типа адаптации матери и плода к родовому стрессу и прогнозирования родов: учебно-метод. пос. / О.Б. Мамиев. – Астрахань : Изд-во ГБОУ ВПО АГМА

Минздрава РФ, 2006. – 62 с.

4. Мамиев О.Б. Клинические и прогностические критерии нормальной и нарушенной адаптации к родовому стрессу у матери и плода : автореф. дис. ... докт.мед.наук / О.Б. Мамиев. – Казань., 2006. – 50 с.

5. Мороз М.В. Пути оптимизации акушерской тактики у беременных женщин с гестозом при различных типах адаптации к родовому стрессу : автореф. дис. ... канд.мед.наук / М.В. Мороз. – Волгоград., 2011 – 23 с.

6. Савельева Г.М. Кровотечения в послеродовом периоде: методическое письмо // Г.М. Савельева, Г.Т. Сухих, В.Н. Серов и др. – Москва, 2008. – 16 с.

*Мартынова О.В., Салихова Н.Ф., Алехина Н.А., Соколова Я.О.,
Донскова А.Ю., Илларионова О.С., Степаненко Е.А.*

*ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Астрахань, ФГБОУ ВО «Астраханский государственный технический университет»,
г. Астрахань, Россия*

САНИТАРНО-ПАЗИТОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ОБЪЕКТОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ ПО ГОРОДУ АСТРАХАНИ И АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Широкое распространение паразитарных болезней среди людей и животных способствует интенсивному обсеменению окружающей среды (почвы, воды, предметов обихода, овощей, столовой зелени, рыбной и мясной продукции) их возбудителями (яйцами гельминтов) [2,4,8,9]. Несоблюдение правил личной гигиены, отсутствие элементарных мер профилактики не только среди людей, но и среди животных, обсеменение объектов окружающей среды яйцами паразитов – все это ведет к увеличению числа случаев паразитарной заболеваемости среди животных и человека [1,3,5].

Цель исследования. Изучить санитарно-паразитологическое состояние объектов окружающей среды Астраханской области.

Материалы и методы. Исследовательская работа проводилась на кафедре инфекционных болезней и эпидемиологии. За 2014 – 2015 гг. были проведены санитарно-паразитологические исследования воды, фруктов, овощей, зелени и рыбы. Всего было исследовано 129 проб, в т.ч. 15 проб воды (10,8%), 75 проб плодоовощной продукции (54%) и 39 проб рыбы (30,2%). Процент неудовлетворительных проб составил 3,1% (4 пробы) [6]. В 2016 г. нами были проведены исследования 84 пробы, в т.ч. 12 проб почвы (14,3%), 60 проб смывов с твердых поверхностей (71,4%), 12 проб рыбы и рыбопродуктов (14,3%). Процент неудовлетворительных проб составил 11,9% (10 проб).

Результаты исследования. Отбор проб воды из поверхностных водоемов Астраханской области мы проводили согласно МУК 4.2.1884-04 «Санитарно-микробиологический и санитарно-паразитологический анализ воды поверхностных водных объектов» [10]. Так, нами было исследовано 15 проб воды (10,8%) из поверхностных водоемов, как в городской – 40% (6 проб), так и в сельской местности – 60% (9 проб). Результат исследования во всех пробах был отрицательный.

Исследование плодоовощной продукции мы проводили согласно МУК 4.2.1881-04 «Санитарно-паразитологические исследования плодоовощной, плодово-ягодной и растительной продукции» [9]. Так, нами были проведены лабораторные исследования 75 проб плодоовощной продукции (54%), в т.ч. огурцов – 15 проб (20%), баклажанов – 18 проб (24%), кабачков – 7 проб (9,3%), картофеля – 32 пробы (42,7%), капусты – 1 проба (1,3%) и свеклы – 2 пробы (2,7%). В результате проведенного лабораторного исследования в смывах с капусты и со свеклы (по 1 пробе) были обнаружены мертвые личинки *Strongyloides stercoralis*. В остальных пробах результат исследования был отрицательный.

Исследование рыб и рыбной продукции мы проводили согласно МУК 3.2.988-00 «Методы санитарно-паразитологической экспертизы рыбы, моллюсков, ракообразных, земноводных, пресмыкающихся и продуктов их переработки» [8]. В 2015 г. было исследовано 39 проб рыбной продукции (30,2%), выловленной из различных рек Астраханской области. В результате исследования в 2 пробах рыбы (лечь и лещ) – 5,1% были обнаружены личинки метациеркарий, одетые черным пигментом. В 2016 г. было исследовано 12 проб рыбной продукции (14,3%), в т.ч. 1 проба икры горбуши, купленная на одном из рынков города. В результате исследования в икре – 8,3% была обнаружена мертвая

личинка нематоды *Anisakis simplex*. В остальных пробах результат исследования был отрицательный.

Отбор проб смывов с твердых поверхностей мы проводили согласно МУК 4.2.2661-10. «Методы контроля. Биологические и микробиологические факторы. Методы санитарно-паразитологических исследований» [11]. Таким образом, было исследовано 60 проб с твердых поверхностей (71,4%). Результат исследования – отрицательный.

Отбор проб почвы мы проводили согласно методическим указаниям МУК 4.2.2661-10. «Методы контроля. Биологические и микробиологические факторы. Методы санитарно-паразитологических исследований» [11]. Было исследовано 12 проб почвы (14,3%), отобранной из разных мест г. Астрахани. В результате исследования, в 9 пробах (75%) были обнаружены мертвые личинки *Strongyloides stercoralis* (ул. Куликова, 52, детская площадка по адресу ул. Куликова, 74, школьный двор по адресу ул. Звездная, 59, корп. 1, парк «Аркадия» по адресу ул. Калинина, 51, Морской сад по адресу ул. Михаила Аладьина, детская площадка по адресу ул. Энзелийская, 1А, парк 17-й пристани по адресу ул. Адмиралтейская, 1, корп. 2, Набережная Приволжского Затона, детская площадка парка «Армения» по адресу ул. Советская).

Выводы. Несмотря на рост паразитарной заболеваемости в регионе, санитарно-паразитологическое состояние воды из поверхностных водоемов остается в удовлетворительном состоянии в отличие от состояния почвы, плодоовощной и рыбной продукции, отобранной для исследования у частных лиц. Источником распространения стронгилоидоза в почве могли послужить зараженные кишечными угрицами люди, собаки и кошки. Наличие паразита в икре является следствием некачественной обработки продукта.

Список литературы:

1. Аракельян Р.С. Паразитарная заболеваемость дошкольников Астраханской области // В сборнике: Профилактическая медицина как научно-практическая основа сохранения и укрепления здоровья населения Сборник научных трудов. под общей редакцией М.А. Поздняковой. Нижний Новгород, 2014. С. 70-74.
2. Аракельян Р.С., Галимзянов Х.М., Ковтунов А.И. и др. Влияние климато-социальных факторов на распространение малярии в Астраханской области в 2000 – 2013 гг. // Пест-Менеджмент. Pest Management. 2014. № 2 (90). С. 10-13.
3. Аракельян Р.С., Галимзянов Х.М., Кузьмичев К.Ю. и др. Атипичный эхинококкоз // В сборнике: Профилактическая медицина как научно-практическая основа сохранения и укрепления здоровья населения Сборник научных трудов. под общей редакцией М.А. Поздняковой. Нижний Новгород, 2014. С. 111-112.
4. Аракельян Р.С., Галимзянов Х.М., Мустафин Р.Д. и др. Клинико-эпидемиологические особенности эхинококкоза человека в Астраханской области // Актуальная инфектология. 2015. № 4 (9). С. 38-41.
5. Аракельян Р.С., Галимзянов Х.М., Стулова М.В. и др. Клинико-эпидемиологические особенности эхинококкоза человека в Астраханской области // Научно-методический электронный журнал Концепт. 2015. Т. 13. С. 396-400.
6. Аракельян Р.С., Курганова М.В., Иванова Е.С., Кузьмичев Б.Ю. Санитарно-паразитологическое состояние объектов окружающей среды в Астраханской области в 2014 г. // В сборнике: Профилактическая медицина как научно-практическая основа сохранения и укрепления здоровья населения Сборник научных трудов. под общей редакцией М.А. Поздняковой. Нижний Новгород, 2014. С. 121-123.
7. Карпенко, С.Ф. Динамика клинических проявлений и каталазной активности сыворотки крови у больных коксиеллезом моложе 50 лет / С.Ф. Карпенко, Х.М. Галимзянов, Н.Б. Касимова и др. // Астраханский медицинский журнал. – 2012. – Т. 7, № 2. – С. 64-68.
8. МУК 3.2.988-00 «Методы санитарно-паразитологической экспертизы рыбы, моллюсков, ракообразных, земноводных, пресмыкающихся и продуктов их переработки».
9. МУК 4.2.1881-04 «Санитарно-паразитологические исследования плодоовощной, плодово-ягодной и растительной продукции».
10. МУК 4.2.1884-04 «Санитарно-микробиологический и санитарно-паразитологический анализ воды поверхностных водных объектов».
11. МУК 4.2.2661-10. «Методы контроля. Биологические и микробиологические факторы.

Мельничук А.П., Мухамеджанов Р.Р., Молчанова Ю.Р., Демидов А.А., Васильев К.С.

*ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Астрахань, ЧУЗ МСЧ, г. Астрахань,
ГБУЗ АО «Александро-Мариинская областная клиническая больница»,
Камызская ЦРБ Астраханской области, Россия*

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ДРЕНИРОВАНИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Техника выполнения лапароскопической холецистэктомии на сегодняшний день максимально стандартизирована. Тем не менее, вопрос целесообразности профилактического дренирования брюшной полости при неосложненном течении операции остается неразрешенным. Авторы зарубежных публикаций на эту тему единодушны во мнении об отсутствии необходимости профилактического дренирования подпеченочного пространства при неосложненном течении операции. Тем не менее, во многих отечественных клиниках данная процедура традиционно выполняется систематически.

Материал и методы исследования. Больные после плановой лапароскопической холецистэктомии (39 пациентов, 14 мужчин и 25 женщин в возрасте от 26 до 64 лет) разделены на три группы, сопоставимые по возрасту и сопутствующей патологии. В первую группу вошли 12 пациентов, которым операция была завершена дренированием подпеченочного пространства в связи с техническими трудностями, возникшими в ходе операции (необходимость разделения рубцово-воспалительных сращений, дополнительная электрокоагуляция глубокого ложа пузыря, избыточная капиллярная кровоточивость тканей). Во второй группе (11 больных) дренирование подпеченочного пространства осуществлялось без прямых показаний в связи с субъективными предпочтениями оперировавшего хирурга. У 16 больных третьей группы операция была закончена без дренирования.

Для сравнительного изучения эвакуаторной функции дренажа у больных всех групп было проведено ультразвуковое исследование зоны операции с целью выявления жидкостных перигепатических скоплений с их динамической количественной оценкой.

Результаты. При выполнении динамического послеоперационного УЗИ брюшной полости на 2-е, 5-е и 30-е сутки послеоперационного периода нами было выявлено, что у пациентов первой группы на 2-е сутки послеоперационного выявлены подпеченочные жидкостные скопления средним объемом 55,5+8,5 мл, к 5-м суткам их объем уменьшался до 35,5+6,5 мл, к 30-м суткам у 6 больных прослеживались «следы» жидкости, не поддающиеся количественному определению. У больных второй группы динамика объема жидкостных скоплений была аналогичной с их достоверно меньшим объемом к 5-м суткам: до 18,5+5,5 мл ($p=0,048$), к 30-м суткам свободная жидкость не определялась.

Интересно отметить, что у пациентов 3-й группы, вмешательство у которых завершилось без дренирования подпеченочного пространства, не было выявлено статистической разницы по сравнению с пациентами второй группы в объеме выявленных жидкостных скоплений на 2-е и 5-е сутки (соответственно, 32,5 +4,5 и 20,5+4,5 мл, $p=0,85$), к 30-м суткам жидкость у них также не определялась.

В клиническом отношении следует отметить более благоприятное течение первых суток послеоперационного периода у пациентов без наличия подпеченочного дренажа: все они начали вставать через 3 – 6 часов после операции, 12 из 20 больных отказались от инъекционных анальгетиков. К 5-м и 30-м суткам клинических различий между группами пациентов нами выявлено не было.

Заключение. Дренирование брюшной полости, выполняемое по субъективным предпочтениям оперирующего хирурга, не способствует утяжелению послеоперационного периода, но и не приводит к эвакуации малых жидкостных скоплений из подпеченочного пространства.

Мирекина Е.В., Галимзянов Х.М., Бедлинская Н.Р., Алиева А.А., Лисина О.А

**КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КРЫМСКОЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА**

На территории Южного федерального округа РФ и Астраханской области, ежегодно регистрируются случаи природно-очаговых заболеваний, в том числе и Крымской геморрагической лихорадки (КГЛ) [1,2,3,4,5,6,7,8,9,10]. Она заслуживает особого внимания в связи с потенциально высоким уровнем смертности, обусловленной развитием тяжелых кровотечений [3,8].

Цель: являлось проанализировать длительность общей клинической симптоматики КГЛ в зависимости от наличия геморрагического синдрома (ГС).

Материалы и методы: Для выполнения поставленных задач было проведено обследование 73 больных с диагнозом КГЛ среднетяжелое течение, находящихся на лечении ГБУЗ «ОИКБ им. А.М. Ничоги» за период 2005-2013 гг. Основная часть пациентов (86,3 %) была представлена лицами трудоспособной категории, средний возраст которых составил $44,3 \pm 0,2$ года. Распределение больных по половому признаку показало преобладание лиц мужского пола (72,5 %) по отношению к женскому (27,5 %).

В зависимости от клинических проявлений ГС больные были разделены на 2 группы: в I группу были включены 36 больных КГЛ с клиническими проявлениями ГС, а во II группу – 37 пациентов без клинических проявлений ГС.

Результаты:

В большинстве случаев начало заболевания связывали с повышением температуры тела до $39,0-40,0^{\circ}$. В 31% случаях регистрировалась «двугорбая» температурная кривая, которая статистически значимо ($p < 0,05$) чаще фиксировалась у больных с клиникой ГС.

Длительность основных клинических симптомов, таких как общая слабость, головная боль, снижение аппетита, нарушение сна, головокружение, тошнота, рвота статистически значимо ($p < 0,001$) были более продолжительными у больных с проявлениями ГС, чем при их отсутствии.

У всех больных КГЛ при первичном осмотре выявлялась гиперемия зева и склероконъюнктивит, которые более длительно сохранялись у больных при наличии ГС. Энантема была выявлена только у больных с клиническими проявлениями ГС в 39,2% случаев. С первых дней болезни у всех регистрировали эритему кожи шеи и верхних отделов груди, которая рассматривалась в качестве одного из ранних признаков ГС. У больных I группы в 85,7 % случаев выявлялась петехиальная сыпь, которая сохранялась в среднем до $5,2 \pm 1,3$ дня болезни. Бесполостные кровотечения были представлены посттравматическими (9,5 %), постинъекционными (38,1 %) кровоподтеками, кровоизлияния в местах присоединения присосок при проведении электрокардиографического исследования (20,6 %) и кровоточивостью из десен (58,7 %). А полостные кровотечения выявлялись в виде носовых (19,4 %), микрогематурии (22,2 %) и эпизодических кровотечений из желудочно-кишечного тракта (19,4 %).

Симптоматика дисфункции ЦНС и ее вегетативных отделов у пациентов были невыраженными и были представлены в основном заторможенностью больного.

Нарушения со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы отличались скудностью клинической симптоматики и регистрировались преимущественно при развитии осложнений заболевания.

Основными жалобами со стороны пищеварительной системы являлись анорексия, тошнота, рвота, боли в животе. В I группе чувство тошноты постоянно присутствовало у 70 % больных до $4,6 \pm 0,5$ суток болезни, при этом у 62 % человек она сопровождалась рвотой. Во II группе тошноту (51 %) и рвоту (33 %) регистрировали только в течение 2 суток. Мезентеральные боли и послабление стула статистически значимо ($p < 0,001$) чаще регистрировали у больных с клиникой ГС. Гепатомегалия преимущественно регистрировалась у больных с клиническими признаками ГС в 26,9 % случаев, тогда как во II группе частота регистрации увеличения печени составляла в 15,8 % наблюдений. Повышение биохимических маркеров, сигнализирующих об уровне функциональных нарушениях гепатоцитов, регистрировали в I группе у 30,6 % больных, а во II группе – у 10,8 % пациентов.

Со стороны мочевыделительной системы яркой клинической симптоматики не наблюдали. В

15 % пациенты отмечали боли в поясничной области, которые носили разлитой характер и были преимущественно связаны с миалгией, учитывая отрицательный симптом Пастернацкого.

Вывод. Таким образом, клинические симптомы не могут прогнозировать степень развития ГС и выступать в качестве предикторов его возникновения.

Список литературы:

1. Алиева, А. А. Динамика дегидрогеназной активности иммунокомпетентных клеток у больных хроническим вирусным гепатитом С минимальной активности в зависимости от гендерных особенностей / А. А. Алиева, Х. М. Галимзянов // Астраханский медицинский журнал. 2013. Т. 8. №3. С. 36-40.
2. Алиева, А. А. Дегидрогеназная активность моноцитов крови у больных хроническим вирусным гепатитом С в зависимости от вирусной нагрузки / А. А. Алиева // Пермский медицинский журнал. 2014. Т. 31. № 4. С.52-56.
3. Галимзянов, Х.М. Современные аспекты состояния гемостаза при некоторых арбовирусных инфекциях / Х.М. Галимзянов, Е.Н. Лазарева, Е.В. Мирекина // Астраханский медицинский журнал. 2012. Т.7. №1. С. 27-31
4. Дегидрогеназная активность моноцитов у больных астраханской риккетсиозной лихорадкой в зависимости от наличия тромбгеморрагического синдрома / Н.Р. Бедлинская, Х.М. Галимзянов, Е.Н. Лазарева, Е.В. Мирекина, О.Н. Горева // Инфекционные болезни. 2016. Т.14. Приложение №1. С.31.
5. Карпенко, С.Ф. Современное представление о клинике и терапии кокциеллеза / С.Ф. Карпенко // Вестник новых медицинских технологий. – 2013. – Т.20, №3. – С.117 – 122.
6. Клиническое течение астраханской риккетсиозной лихорадки в зависимости от наличия тромбгеморрагического синдрома / Н.Р. Бедлинская, Х.М. Галимзянов, Е.Н. Лазарева, Е.В. Мирекина, Б.И. Кантемирова, О.Н. Горева // Инфекционные болезни. 2016. Т.14. Приложение №1. С.31.
7. Клинико-лабораторные особенности течения Астраханской риккетсиозной лихорадки у больных с гипертонической болезнью / Н.Р. Бедлинская, Х.М. Галимзянов, А.В. Буркин, Т.Е. Аршба, Е.Н. Лазарева, О.Н. Горева, Е.В. Мирекина // Астраханский медицинский журнал. 2012. Т.7. №2. С. 44-47
8. Мирекина, Е.В. Роль окислительного стресса в патогенезе и клинике Крымской геморрагической лихорадки: автореф. дисс... канд.мед.наук /Е.В. Мирекина. – М., 2016. – 20 с.
9. Особенности клинических проявлений кокциеллеза в Астраханской области / С.Ф. Карпенко, Х.М. Галимзянов, Б.И. Кантемирова, Р.С. Аракельян, Г.К. Курятникова, О.Н. Горева // Инфекционные болезни. – 2016. – Т. 14, прил. № 1. – С. 129
10. Сравнительная характеристика функциональной активности тромбоцитов при крымской геморрагической и астраханской риккетсиозной лихорадках / В.В. Малеев, Е.Н. Лазарева, А.М. Полякова, Х.М. Галимзянов, О.С. Астрина, Е.В. Чурилова, Н.Р. Озрокова, М.А. Бабаева // Инфекционные болезни. 2007. Т.5. №3. С. 51-54.

Мирошникова Е. М., Снитко Е.И., Нетреба И.А.

**ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Астрахань, ГБУЗ АО «Наркологический диспансер» г. Астрахань, Россия**

ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2000-2015 ГГ.

Цель: изучить динамику распространенности наркологических расстройств среди детского населения Астраханской области за 2000-2015 гг.

Задачи:

- исследовать распространенность наркологических расстройств среди детского населения Астраханской области за 2010-2015 гг.
- сравнить полученные данные с показателями болезненности наркологическими рас-

стройствами среди детского населения Астраханской области за 2000-2008 гг.

Методы: в работе использовался статистический метод исследования.

Результаты: Ситуация по распространению наркологической патологии среди подросткового населения в Астраханской области в конце 90-х, начале 2000-х годов развивалась в соответствии с общими тенденциями в РФ и была достаточно напряженной [4]. Рост числа наркоманий, алкоголизма, токсикоманий и злоупотреблений психоактивными веществами в Астраханской области сопровождался при ряде нозологий цифрами, превышающими Общероссийские показатели заболеваемости и болезненности среди подростков [3]. Вместе с тем, ниже Общероссийских данных, были показатели заболеваемости и болезненности наркоманией (в 1,5 и 1,6 раза соответственно) и болезненности токсикоманией (в 1,4 раза). Заболеваемость токсикоманией и употреблений с вредными последствиями ненаркотических средств среди подростков увеличивалась в соответствии с Общероссийскими тенденциями и была примерно на том же уровне [7].

В виду сложившейся ситуации в АО Астраханской области в 1998 г. был утвержден план комплексных профилактических мероприятий. Разработаны и приняты региональные целевые программы, направленные на профилактику и снижение уровня наркологических расстройств, которые выходили за рамки работы наркологического диспансера и были направлены на развитие преемственности и повышения степени взаимодействия между педиатрической, наркологической службами, РОВД, учреждениями образования и культуры. Разрешению данной проблемы способствовало улучшение социальных условий жизни, активная пропаганда здорового образа жизни, просветительская работа с группами риска, разработка программ по проведению добровольных и обязательных медицинских осмотров в совокупности с изменениями в законодательстве [5].

Принимаемые меры принесли свои плоды не сразу. Пик распространённости наркологических расстройств среди несовершеннолетних в Астраханской области пришёлся на 2002 год, когда этот показатель составил 966,3 на 100 тыс. детского населения или почти 1% несовершеннолетнего населения Астраханской области. В целом за период с 2000г. по 2008г. показатель распространённости наркологических расстройств среди несовершеннолетних снизился почти на 40%, с 860,2 до 585,3 на 100 тыс. детского населения [2,6].

В последующие годы работа в данном направлении была продолжена, что привело к значительному снижению показателя распространённости наркологических расстройств среди несовершеннолетних Астраханской области. Если в период с 2010 г. по 2012 г. изменение данного показателя не было статистически достоверным ($p > 0,05$), то к концу 2013 г. его снижение в 1,4 раза подтверждалось статистическими данными ($p < 0,001$) и в дальнейшем в 2015 г. привело к значительному падению в 2,3 раза ($p < 0,001$) по-сравнению с показателем 2008 г. и в 3,8 раза ($p < 0,001$) по-сравнению с показателем 2002 г. (рис. №1).

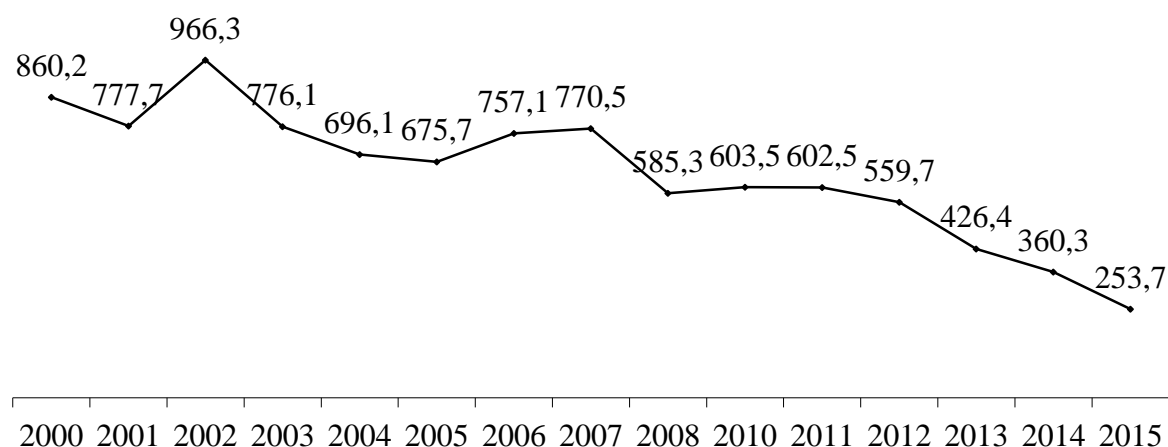


Рис. №1 Динамика показателя учтённой распространённости (болезненности) наркологическими расстройствами всего среди несовершеннолетних Астраханской области за 2000-2015 гг. (на 100 тыс. детского населения).

Следует отметить, что проведение постоянной медико-социальной работы в условиях детских

поликлиник и профилактической работы в детских стационарах внесло значительный вклад в успех начатого дела [1,8].

Заключение: Таким образом, широкомасштабное проведение силами правоохранительных органов, врачей-наркологов, психологов и социальных работников профилактической и лечебной работы позволило резко снизить уровень распространенности наркологических расстройств среди детей и подростков Астраханской области. Однако, проблема наркологических расстройств среди детей и подростков Астраханской области до настоящего времени остается актуальной и требует продолжения комплексных мер на всех этапах работы среди детского населения области. Учитывая, что официальные цифры являются «верхушкой айсберга» под названием наркологические заболевания, следует не останавливаться на достигнутом, а продолжать совместную с правоохранительными органами лечебно-профилактическую работу в данном направлении.

Список литературы:

1. Вязовая И.В. Проблема табакокурения среди подростков Астраханской области / Вязовая И.В., Швечихина Е.Р., Салихова Ф.Г. // Новая наука: Современное состояние и пути развития. 2016. № 5-2 (80). С. 5-9.
2. Каширская, Е.И. Динамика и структура распространенности наркологических расстройств среди детского населения Астраханской области за 2000 – 2008 гг. / Е.И. Каширская, Т. А. Улезко, И. А. Нетреба, Л. А. Гаранина // Наркология. – 2010. – Т. 9. №1. - С.33-38.
3. Каширская, Е.И. Клинико-биохимическая оценка и прогнозирование состояния здоровья детей, развивающихся под воздействием психоактивных веществ: Автореф. Дис... док.мед. наук / Е.И. Каширская; Астраханская государственная медицинская академия. Астрахань, 2010.-48 с.
4. Каширская Е.И. Клинико-биохимическая оценка и прогнозирование состояния здоровья детей, развивающихся под воздействием психоактивных веществ: Дис... док.мед. наук/Е.И. Каширская; ГОУВПО "Астраханская государственная медицинская академия". Астрахань, 2010.-290 с.
5. Каширская, Е.И. Динамика и структура распространенности наркологических расстройств среди женского населения Астраханской области за 2000-2008 год / Е.И. Каширская, А.А. Джумагазиев, Т. А. Улезко, И. А. Нетреба // Астраханский медицинский журнал. – 2010. Т.5. №1. С. 93-98.
6. Каширская Е.И., Джумагазиев А. А. Влияние психоактивных веществ на развитие и здоровье детей.- Астрахань.: Изд-во ГБОУ ВПО АГМА Минздрава России, 2012.-. 249
7. Кошкина Е.А., Корчагина Г.А., Шамота А.З. Заболеваемость и болезненности алкоголизмом и наркоманиями в Российской Федерации. Пособие для врачей психиатров-наркологов. М., 2000. - 276 с.
8. Мирошникова Е.М. Медико-социальные аспекты детской и подростковой проблематики / Мирошникова Е.М., Богова М.Т., Ташлыкова Л.А. // В сборнике «Наука в современном обществе: закономерности и тенденции развития» сборник статей Международной научно-практической конференции: в 2-х частях. 2016. С. 173-178.

Мусальникова С.А., Новак К.Е.

**ФБГОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации,
г. Санкт-Петербург, Россия**

ПРОБЛЕМА ДИАГНОСТИКИ ЛИХОРАДКИ ДЕНГЕ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

В связи с ростом международного туризма и участвовавшими посещениями туристов из Российской Федерации стран Юго-Восточной Азии и Тихоокеанского региона, все чаще встречаются случаи лихорадки денге (ЛД) в эндемичных по данному заболеванию районах. По данным Роспотребнадзора в период с 2012 года в Российской Федерации было зарегистрировано 427 завозных случаев, 103 из которых – в 2015 году [1,2], а за январь-июль 2016 года 88 случаев [3]. При повторном посещении эндемичных регионов реинфицирование другими серотипами возбудителя приводит к развитию опасной геморрагической формы. Таким образом, туристы, отдыхающие в экзотических

странах, подвергают себя значительному риску. По оценкам, ежегодно 500 000 человек с тяжелой денге требуется госпитализация, причем значительную долю из этого числа представляют дети. Примерно 2,5% людей, пораженных болезнью, умирает [4].

Отсутствие эпидемиологической и клинической настороженности в отношении ЛД, сложность диагностики определили целесообразность исследования.

Задачи:

1. Проанализировать частоту выявляемости лихорадки денге на догоспитальном и госпитальном этапах.

2. Рассмотреть данные эпидемиологического анамнеза пациентов, выявить эндемичные по лихорадке денге страны.

3. Оценить клинико-лабораторные показатели пациентов с лихорадкой денге, наблюдавшихся в СПб ГБУЗ «КИБ им. С.П. Боткина» в 2012 - 2015 гг.

Материалы и методы исследования: в исследование включено 43 пациента с лихорадкой денге, поступивших в СПб ГБУЗ «КИБ им. С.П. Боткина» в 2012 - 2015 гг. Средний возраст $35,8 \pm 11,6$ лет (49% женщин, 51% мужчин). Диагноз подтвержден серологически (ИФА).

Результаты: Диагноз ЛД на догоспитальном этапе установлен у 1/5 пациентов (n=9), около половины госпитализированы с диагнозом ОРВИ (n=17), 9,3% (n=4) с пневмонией, 4,7% (n=2) с энтероколитом, остальные - с инфекционным мононуклеозом, корью, краснухой, ангиной, псевдотуберкулезом и острым гепатитом. А при поступлении диагноз ЛД поставлен лишь у четверти пациентов (n=11), ОРВИ в 63% случаев, в 4,7% - гастроэнтероколит и краснуха, 2,3% - вирусный гепатит.

При сборе эпидемиологического анамнеза выяснено, что пациенты посещали азиатские страны 76,7% (n=33) – Таиланд и Вьетнам, Индию – 11,6% (n=5), Кубу – 4,7% (n=2).

Причиной обращения за медицинской помощью чаще всего на 6 день болезни, послужила фебрильная лихорадка ($39,1 \pm 0,60$ С). Длительность лихорадки составила $6,4 \pm 1,6$ дней, причем, в ряде случаев, она была двухволновой. Заболевание характеризовалось: гиперемией ротоглотки у 69,8%, миалгиями и артралгиями у 41,9%, мелко-пятнистой или пятнисто-папулезной сыпью – у половины пациентов, с геморрагическим компонентом у 7%, полилимфоаденопатией – 48,8%, гепатомегалией у 46,5% и спленомегалией у 18,6% пациентов.

Что касается лабораторных показателей, то анемия была выявлена у 2 пациентов, лейкопения - в 67% случаев, ($3,5 \pm 1,3 \cdot 10^9$), тромбоцитопения – в 70% ($140 \pm 58,3 \cdot 10^9$). Повышение активности АЛТ зафиксировано в 50% случаев (в среднем $72,2 \pm 62,9$ Ед/л; max – 247 Ед/л).

Серологическое исследование дало следующие результаты: в день поступления у всех обследуемых выявлены антитела IgM к вирусу денге. Что же касается антител IgG, то в большинстве случаев, они определялись не ранее, чем на 9-10 день болезни. На основании этих данных, у всех пациентов, была диагностирована классическая форма лихорадки денге.

Заключение: лихорадка денге на территории Санкт-Петербурга в 2012 - 2015 гг. характеризуется типичной клинико-лабораторной симптоматикой, однако, отсутствие эпидемиологической настороженности в отношении завозных инфекций препятствует своевременному выявлению данного заболевания и выбору правильной тактики терапии. А ошибочно установленный диагноз, в свою очередь, может привести к тяжелым осложнениям и летальному исходу в следствие повторного заболевания лихорадкой денге.

В связи с этим, в настоящее время возрастает необходимость информирования туристов о санитарно-эпидемиологической обстановке, возможном риске заражения инфекционными болезнями в странах, эндемичных по лихорадке денге и о мерах профилактики в случае заболевания.

Список литературы:

1. ВОЗ / О завозе инфекционных заболеваний в Российскую Федерацию [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://rospotrebnadzor.ru/about/info/news/news_details.php?ELEMENT_ID=5361&sphrase_id=679650 (дата обращения 11.09.2016)

2. Инфекционная заболеваемость в Российской Федерации за январь-декабрь 2015 г. (по данным формы №1 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях») [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic_details.php?ELEMENT_ID=5525 (дата обращения 11.09.2016)

3. Инфекционная заболеваемость в Российской Федерации за январь-июль 2016 г. [Электрон-

ный ресурс] Режим доступа: http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic_details.php?ELEMENT_ID=6947 (дата обращения 11.09.2016)

4. Денге и тяжелая денге // Информационный бюллетень ВОЗ. – № 117. – Май 2015 г. [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/ru/> (дата обращения 11.09.2016)

Мустафин Р.Д., Есин В.И., Молчанова Ю.Р.

*ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Астрахань, ГБУЗ АМОКБ, г. Астрахань, Россия*

О ВЫБОРЕ МЕТОДА ТРАНСЕКЦИИ ПАРЕНХИМЫ ПЕЧЕНИ ПРИ ЕЕ РЕЗЕКЦИЯХ

Обширные операции на печени остаются технически сложными, длительными, в ряде случаев сопровождаются клинически значимой кровопотерей и характеризуются существенным уровнем послеоперационных осложнений. Одним из нерешенных вопросов печеночной хирургии остается выбор оптимального способа разделения паренхимы с минимизацией операционной кровопотери и послеоперационных проблем, связанных с наличием обширной раневой поверхности оставшейся части органа.

Для этой цели применяется целый «эволюционный» ряд хирургических технологий от бесчисленных модификаций печеночного шва до ультрасовременных низкоэнергетических дезинтеграторов – биполярного, ультразвукового, водоструйного, лазерного. Следует отметить, что несмотря на растущую доступность современного медицинского оборудования, многие гепатобилиарные хирурги и трансплантологи при выборе методики операции руководствуются прежде всего собственным опытом и собственными результатами. При этом объективной оценке применяемых при резекции печени методов разделения паренхимы посвящены единичные исследования. Ряд европейских авторов делают осторожные выводы о некоторых преимуществах применения ультразвукового дезинтегратора Dissectron по сравнению с Kelly-clamp-crushing-методом в плане уменьшения интраоперационной кровопотери. При этом японскими авторами делаются противоположные выводы: сторонники применения clamp-crushing-методики демонстрируют ее преимущества не только по объему кровопотери, но и по количеству послеоперационных желчеистечений. По другим критериям исследователи единодушны в одном: выбор методики обработки печеночной паренхимы индивидуален. Целью данной публикации является оценка эффективности различных способов диссекции паренхимы печени при ее анатомических резекциях.

В исследование включены 65 пациентов, оперированных с 2009 по 2015 гг. Средний возраст больных составил 65,5 лет. Мужчин было 44, женщин – 21. Выполнено 28 правосторонних гемигепатэктомий, 9 – левосторонних (из них 2 расширенных), 16 секторэктомий и 12 сегментэктомий, включая 3 резекции хвостатой доли. Все резекции печени выполняли так называемым «воротным» способом с идентификацией элементов портальной триады. У 9 пациентов на воротном этапе операции использовали так называемый экстраглиссоновый подход. Для оценки эффективности применявшихся способов транссекции паренхимы печени больные были разделены на три группы: первая группа, в которой применяли метод Kelly-crushing – 29 человек, вторая (с применением аппарата En Seal) – 20 человек, третья (Sony Scision) – 16 человек.

Статистические различия были выявлены нами между первой и третьей группами по объему интраоперационной кровопотери, времени паренхиматозной транссекции и, соответственно, продолжительности применения приема Прингла. В группе с применением метода Kelly, несмотря на достоверно более быстрое рассечение паренхимы, общая продолжительность оперативного вмешательства не отличалась от других групп, поскольку этим пациентам требовалось большее количество дополнительных 8-бразных атравматических швов на этапе контроля гемостаза. Клинических различий по течению послеоперационного периода между группами пациентов нами выявлено не было, по основным клинико-биохимическим параметрам, мы не обнаружили в группах пациентов клинически значимых проявлений печеночной недостаточности.

Заключение. Все три проанализированные нами способа операции являются эффективными и достаточно безопасными. Вместе с тем, выбор способа разделения паренхимы печени при выполне-

нии ее анатомической резекции остается обсуждаемым вопросом и в большей степени зависит от технического обеспечения учреждения.

Мустафин Р.Д., Есин В.И, Шабаева М.М.

**ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Астрахань, ГБУЗ АМОКБ, г. Астрахань, Россия**

**ПОВТОРНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНОГО С МЕТАСТАЗАМИ
КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА И МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ**

В настоящее время не вызывает сомнений целесообразность, эффективность и относительная безопасность выполнения резекций печени при метастазах колоректального рака. Активная хирургическая тактика в сочетании с грамотно построенной программой химиотерапии позволяет существенно улучшить показатели выживаемости этих пациентов. На основании существенного международного клинического опыта главные хирургические аспекты данной проблемы – такие, как сроки выполнения операции, объем резекции, профилактика ведущих осложнений, - в значительной степени стандартизированы, продолжают совершенствоваться лишь частные технические детали: способы диссекции паренхимы, варианты обработки трубчатых структур и т.д.

При этом в связи с увеличением продолжительности жизни пациентов появляется особая группа: больные с повторным метастатическим поражением резецированной печени. С учетом большой сложности и недоказанной эффективности повторных резекционных вмешательств, методом выбора для этих пациентов становится один из способов локального воздействия на опухоль: радиочастотная абляция, криодеструкция, хемоэмболизация. При возникновении компрессионной или обтурационной желтухи у таких больных возможность хирургического лечения возникает еще реже, и большинству таких пациентов в повторной операции, как правило, отказывают. В связи с отсутствием в литературе большого объема информации о повторных резекциях печени по поводу метастатического поражения, приводим наше наблюдение.

Больной Х., 62 лет, в 29.10.2012 года оперирован в связи с аденокарциномой прямой кишки Т3N0M0, выполнена низкая передняя резекция. 15.01.2013 – правосторонняя гемигепатэктомия в связи с метастазами в S6-8.

В феврале 2014 г. при КТ-исследовании в IV сегменте печени обнаружен метастаз размерами 3,3x4,5 см с расширением долевого и сегментарных протоков, выполнена ЧЧХ с дренированием левого долевого протока. 29.04.2014 оперирован. Лапаротомия J-образным разрезом. Выраженный спаянный процесс вокруг гипертрофированной культи печени. По верхнему контуру культи S4a имеется плотная округлая опухоль диаметром около 4 см, распространяющаяся по задней поверхности на сохранившиеся элементы печечно-12 перстной связки. На остальном протяжении паренхима печени без признаков опухолевого поражения. Решено выполнить резекцию S4 с формированием гепатико-еюноанастомоза. После пересечения дистального отдела холедоха выполнена диссекция гепатодуоденальной связки с отделением ее от хвостатой доли, рассечена воротная пластина, под ней обнаружен свободный от опухоли участок желчного дерева, которое на этом уровне пересечено. Выполнена резекция S4 методом Kelly, идентифицированы и выделены три расположенных «вплотную» друг к другу крупных желчных протока (S4b, S2,S3) - тотчас выше развилки левого долевого протока. Сформировано позадибодочное соустье трех сегментарных протоков с тощей кишкой однорядным прецизионным атравматическим швом («моноплюс» 4/0) по Ру. В послеоперационном периоде сформировался наружный желчный свищ, который самостоятельно закрылся через 3 недели. Пациенту было проведено 8 курсов курсов полихимиотерапии по схеме FOLFOX + бевацизумаб, бевацизумаб пациент получал в течение года.

Осмотрен через 2 года. Жалоб не предъявляет, признаков рецидива и прогрессирования заболевания не выявлено, ведет активный образ жизни.

Мустафин Р.Д., Егоров К.А.

**ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Астрахань, ГБУЗ АМОКБ, г. Астрахань, Россия**

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЕ В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИКЕ

Цель: Оценка возможностей и анализ непосредственных результатов операций на НПВ в условиях многопрофильной больницы.

Материал исследования: В 2012 – 2015 гг оперировано 9 пациентов (6 мужчин и 3 женщины) в возрасте от 35 до 64 лет. У троих больных было выявлено поражение опухолевым тромбом (протрузия злокачественной опухоли почки) на уровне от устья почечных вен до правой печеночной вены. У пятерых – прорастание метастазов колоректального рака: при поражении правого надпочечника (1), хвостатой доли печени (4). 1 пациент оперирован по поводу невринома пограничного симпатического ствола с компрессией полой вены на уровне L1. У всех пациентов поражение полой вены было выявлено при выполнении компьютерной томографии и клинических проявлений не имело. Операции выполнялись из верхне-среднесрединного (4) или J-образного (5) доступа с коррекцией ретракторами М.З.Сигала. После расширенного маневра Кохера обнажали нижнюю полую вену с устьями обеих почечных вен, идентификацией правой гонадной вены, перевязкой 1-2 спигелиевых вен. В одном случае потребовалась перевязка одной из крупных поясничных вен. При раке почки выполняли расширенную нефрадреналэктомии с аортокавальной лимфодиссекцией. Затем после пережатия контралатеральной почечной вены и полой вены ниже и выше тромба выполняли косо-подольную каватомию и извлекали опухолевый тромб с помощью лопатки для интимэктомии, зону устья пораженной почечной вены резецировали, отступя 3 мм в сторону непораженной стенки полой вены (тангенциальная резекция) с ушиванием дефекта непрерывным швом (пролен 5/0). Подобным же образом выполняли резекцию вены при поражении хвостатой доли печени и правого надпочечника: в этих случаях вену резецировали вместе с устьем правой печеночной (1), спигелиевой (3) и центральной надпочечниковой вены (1). Объем кровопотери во время операции составил 325 ± 35 мл. Продолжительность операции составила $178 \pm 14,5$ минут. Из интраоперационных осложнений имела место декапсуляция селезенки, потребовавшая выполнения спленэктомии у одной пациентки с опухолью левой почки. В послеоперационном периоде умерло двое больных: один больной, оперированный по поводу рака правой почки T4N1M0 с протрузией опухоли в полую вену до уровня печеночной вены, перенесший накануне два курса химиотерапии. Смерть наступила на 12-е сутки от ателектатической пневмонии. Второй пациент, перенесший резекцию НПВ с устьем правой печеночной вены, умер на 11-е сутки при внезапном развитии острой коронарной недостаточности. «Хирургических» послеоперационных осложнений не было, пациенты активизированы на 3-и сутки, средний койко-день составил $13,5 \pm 1,5$ дней. К настоящему времени состояние остальных пациентов удовлетворительное, признаков венозной недостаточности нет.

Заключение: Наш небольшой опыт демонстрирует возможность оказания хирургической помощи пациентам с местно-распространенным опухолевым процессом с вовлечением нижней полой вены в условиях многопрофильной больницы.

Мустафин Р.Д., Егоров К.А., Емельянов С.А.

**ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Астрахань, ГБУЗ АМОКБ, г. Астрахань, Россия**

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОДПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ВЗРОСЛЫХ

Подпеченочная портальная гипертензия у взрослых пациентов является редким заболеванием. С целью ее хирургического лечения применяются несколько вариантов шунтирующих операций – от прямых портокавальных и мезентерикокавальных анастомозов до так называемой операции формирования «мезо-Рех» шунта (обходного шунтирования брыжеечной вены с синусом Рекса). В январе 2014

года группа хирургов из Сеула сообщила о применении с этой целью анастомоза между коронарной веной желудка и синусом Рекса у пациентки 25 лет с хорошим отдаленным результатом. В 2015 году те же авторы обобщили результаты 6 подобных вмешательств. Сообщений о применении данной методики в клиниках России нам встретить не удалось, в связи с чем мы и представляем данные наблюдения.

Пациентка Г., 27 лет, оперирована с диагнозом «Подпеченочная портальная гипертензия, спленомегалия, перенесенный инфаркт селезенки». В качестве основного этапа планировалось выполнить спленэктомия с ревизией воротной, селезеночной и брыжеечной вен для решения вопроса о возможной шунтирующей операции.

Под эндотрахеальным наркозом выполнена широкая верхне-среднесрединная лапаротомия с установкой ретракторов М.З.Сигала. В брюшной полости 1 литр светлой асцитической жидкости. Селезенка значительно увеличена, занимает все поддиафрагмально-подпеченочное пространство, по ее диафрагмальной поверхности имеется белесоватый втянутый участок диаметром 5 см (перенесенный инфаркт). Имеются множественные варикозно расширенные разнокалиберные вены, преимущественно по ходу печеночно-12-перстной связки, вокруг желчного пузыря и 12-перстной кишки, по периметру поджелудочной железы. Печень небольших размеров, несколько пестрая, но без явных цирротических узлов. Воротная вена пальпируется в толще гепатодуоденальной связки в виде деревянисто плотного тяжа от головки поджелудочной железы до вхождения в печень длиной до 6 см и толщиной 8-9 мм. Т.о., у пациентки имеется облитерация воротной вены, вызванная перенесенным тромбозом, портальная гипертензия, спленомегалия с очаговым инфарктом селезенки. Какие-либо манипуляции из-за больших размеров селезенки невозможны. После предварительной перевязки селезеночной артерии по верхнему краю поджелудочной железы с определенными трудностями из-за массивной коллатеральной васкуляризации связок селезенки и задней брюшины выполнена спленэктомия с парциальным лигированием связок и сосудов селезенки.

После пересечения круглой связки печени и разделения мостика между 3 и 4 сегментами печени удалось идентифицировать и выделить для анастомозирования синус Рекса. Его диаметр 4 мм. Ревизирована верхняя брыжеечная вена: она с выраженным перипроцессом, выделение ее сопровождается кровоточивостью из мелких коллатералей, решено от наложения «мезо-рекс» анастомоза выдержаться. Ревизирована левая желудочная («коронарная») вена. Она достаточной длины, расширена местами до 8-9 мм, извита. Вена мобилизована от стенки желудка до головки рапстеа, отсечена максимально дистальнее, проведена в толще печеночно-12-перстной связки и анастомозирована с синусом Рекса непрерывным атравматическим швом (пролен 6/0). Контроль гемостаза. К концу операции отмечено «исчезновение» варикозных коллатералей в области желчного пузыря и гепатодуоденальной связки. Дренажи в левое поддиафрагмальное пространство и малый таз. Швы на рану. Препарат: Селезенка 21x16x12 см с очагом размягчения паренхимы диаметром до 5 см.

Послеоперационное течение гладкое. По дренажу отмечалось длительное (в течение 9 суток) истечение асцитической жидкости, количество которой постепенно уменьшалось, дренаж удален на 10-е сутки. Была выписана на 12-е сутки после операции, рана зажила первичным натяжением. Осмотрена через 2,5 года: беспокоят умеренные боли в эпигастриальной области. При УЗИ-исследовании: жидкость в брюшной полости не определяется, при доплеровском картировании зоны венозного анастомоза последний проходим. При ФГДС варикоз вен пищевода II степени, эпизоды кровотечения не возобновлялись. Продолжает наблюдаться гастроэнтерологом и терапевтом с коррекцией умеренной анемии.

Вторая пациентка 22 лет оперирована нами с диагнозом «Подпеченочная портальная гипертензия, тромбоз воротно-брыжеечного венозного ствола, спленомегалия». Селезенка увеличена, ее вена расширена местами до 2 см. Имеются множественные варикозно расширенные разнокалиберные вены, преимущественно по периметру поджелудочной железы. Печень обычных размеров, несколько «пестрая». При ревизии элементов печеночно-12-перстной связки осмотрена вся воротная вена от головки поджелудочной железы до вхождения в паренхиму. Она обычного диаметра, мягкая. Вскрыта сальниковая сумка, осмотрена поджелудочная железа. Отмечено, что в проекции ее перешейка она значительно оттеснена вперед расширенным до 2,5 см воротно-брыжеечным венозным стволом. Левая желудочная вена расширена до 1,5 см, варикозно расширена. Т.о., у пациентки имеются признаки окклюзии воротно-брыжеечного венозного ствола выше впадения селезеночной вены. Решено выполнить шунтирующую операцию – формирование анастомоза между коронарной веной желудка и воротной веной дистальнее места окклюзии. Воротная и желудочная вены мобилизованы, последняя

отделена от ткани поджелудочной железы, перевязаны ее два хрупких притока, вена отсечена максимально дистальнее и анастомозирована с воротной веной непрерывным атравматическим швом (пролен 5/0). К концу операции отмечено уменьшение размеров селезенки. Послеоперационное течение гладкое, выписана в удовлетворительном состоянии.

Наши наблюдения не позволяют сделать далеко идущих выводов, однако, демонстрируют возможность использования данных технических вариантов шунтирующей операции при подпеченочной портальной гипертензии.

Мустафин Р.Д., Малафеев И.А., Воробьев С.А.

*ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Астрахань, ГБУЗ АМОКБ, г. Астрахань, Россия*

БИЛИАРНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

По мере широкого внедрения УЗИ и компьютерной томографии увеличилась частота обнаружения паразитарных и непаразитарных кист печени. Соответственно, прибавилось и число соответствующих пациентов в хирургических стационарах. Следует отметить, что в обширной литературе, посвященной хирургическим проблемам эхинококкоза, сведения о таком осложнении заболевания, как прорыв кисты в просвет желчных протоков, представлены скудно; диагностика же подобных ситуаций, как правило, затягивается. Считаем своим долгом поделиться нашими наблюдениями. Среди 36 больных, оперированных нами с 2011 по 2016 гг по поводу эхинококкового поражения печени мы трижды столкнулись с развитием у пациентов механической желтухи вследствие формирования сообщения полости кисты с желчными протоками и обтурации гепатикохоледоха фрагментами герминативных оболочек паразита. В двух случаях пациенты (оба – мужчины 52-х лет) были оперированы в срочном порядке в связи с нарастающей механической желтухой, предположительно вызванной рентгенонегативными конкрементами холедоха. Следует отметить, что оба пациента до возникновения желтухи длительно обследовались в районных больницах в связи с неопределенными болями в верхней половине живота. При дооперационном УЗИ и КТ у обоих больных были выявлены кисты печени без определенного заключения об их этиологии. Однако на операции при холедохотомии вместо конкрементов в просвете общего желчного протока нами было обнаружено большое количество оболочек погибшего паразита, они были удалены зажимом с последующим «вымыванием» струей раствора антисептика под контролем холедохоскопа. В ходе операции у обоих пациентов было подтверждено наличие эхинококковых кист печени. В одном случае они представляли собой конгломерат их четырех кистозных полостей, полностью замещавший 2-й и 3-й сегменты (выполнена бисегментэктомия), в другом случае частично обызвествленная толстостенная киста диаметром 5 см находилась на задней поверхности 7-го сегмента, была выполнена парциальная перицистэктомия. У обоих пациентов операции завершены длительным наружным дренированием холедоха Т-образным дренажом.

В третьем наблюдении (женщина 36 лет, в анамнезе – удаление эхинококковой кисты из мышц правого плеча) была нами оперирована в плановом порядке в связи с преходящей механической желтухой и подозрением на вентильный камень холедоха. На операции была обнаружена эхинококковая киста диаметром 3 см в области крыши конfluence долевых желчных протоков, сообщавшаяся узким свищевым ходом с просветом протоков. Этой пациентке было выполнено дренирование гепатикохоледоха Т-образным дренажом с подшиванием мобилизованной круглой связки печени к «воротной пластинке» над конfluence. Все пациенты в настоящее время находятся под наблюдением паразитолога, состояние их удовлетворительное, клинических признаков нарушения желчеотведения нет.

Наши наблюдения свидетельствуют о том, что билиарные осложнения эхинококкоза печени в виде цисто-билиарных свищей или прорыва содержимого кист в желчное дерево не являются исключительной редкостью. В диагностическом плане при отсутствии достаточных анамнестических данных клинициста должно насторожить сочетание механической желтухи с кистозным образованием в печени: это позволит значительно сократить время дооперационной диагностики и наблюдения.

Мякоткина Г.В., Саламех К.А., Донченко Е.Э.

**АКТИВНОСТЬ ЛИПОПЕРОКСИДАЦИИ И СОСТОЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ
У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ТОНЗИЛЛИТОМ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКИХ
ОБСТРУКТИВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЛЕГКИХ**

Введение. По данным современной медицинской статистики в настоящее время существенно возросла заболеваемость острым тонзиллитом (ОТ), который довольно часто возникает на фоне хронических обструктивных болезней легких (ХОБЛ). По данным современной литературы, наиболее восприимчивы к ОТ люди молодого, наиболее трудоспособного возраста (на лиц в возрасте 17-30 лет приходится до 70-100% заболевших) [1-3,5-9].

Целью работы было изучение влияния общепринятой терапии на показатели перекисного окисления липидов у больных ОТ на фоне ХОБЛ.

Задачи: известно, что в патогенезе ОТ на фоне ХОБЛ существенное значение имеют нарушения метаболического гомеостаза, в частности активация процессов липопероксидации. В то же время патогенетические особенности ОТ на фоне ХОБЛ, остаются недостаточно изученными. Исходя из этого, мы считали целесообразным проанализировать влияние общепринятой терапии на активность процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) и функциональное состояние ферментативного звена системы антиоксидантной защиты (АОЗ) у больных ОТ на фоне ХОБЛ.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 42 больных с ОТ на фоне ХОБЛ, которым проводилось лечение в боксированном отделении Луганской городской многопрофильной больницы № 4. Все обследованные пациенты проживали в условиях крупного промышленного региона с высоким уровнем загрязнения окружающей среды. Диагноз ОТ на фоне ХОБЛ был установлен на основании жалоб, данных эпидемиологического анамнеза, клинической картины заболевания и данных лабораторного исследования. Среди обследованных больных было 24 мужчины и 18 женщин в возрасте от 18 до 36 лет.

Лечение пациентов включало антибактериальную терапию (препараты пенициллинового ряда или цефалоспорины, в ряде случаев назначали препараты группы макролидов), противовоспалительные (мефенаминовая кислота, амизон) и антигистаминные препараты (цетрин, лоратадин, фенкарол и др.), аскорутин или аскорбиновую кислоту, местные антисептики (раствор хлоргексидина, ингалипт, декатилен). В качестве средств детоксикации назначали обильное питье, глюкозо-солевые растворы, раствор реополиглюкина.

Кроме общепринятых клинико-лабораторных исследований, у всех больных, находившихся под наблюдением, определяли содержание продуктов ПОЛ: промежуточных – диеновый конъюгат (ДК) и конечного – малонового диальдегида (МДА), а также активность ферментов системы АОЗ – супероксиддисмутазы (СОД) и каталазы (КТ) спектрофотометрично. Изучали также интегральный показатель перекисного гемолиза эритроцитов (ПГЭ) [4].

При проведении специального биохимического исследования до начала лечения у обследованных больных ОТ на фоне ХОБЛ, было установлено четко выраженное повышение активности процессов липопероксидации и одновременно угнетение активности ферментов системы АОЗ. Действительно, концентрация конечного продукта ПОЛ - МДА в этот период обследования составляла в среднем $(7,6 \pm 0,18)$ мкмоль/л, то есть превышала нормальные значения $(3,2 \pm 0,2)$ мкмоль/л в 2,4 раза ($P < 0,001$). Концентрация промежуточных метаболитов липопероксидации - ДК была также достоверно повышена у подавляющего большинства обследованных больных и составляла в среднем $(16,6 \pm 0,22)$ мкмоль/л, то есть была выше нормы $(6,2 \pm 0,15)$ мкмоль/л в 2,7 раза ($P < 0,001$). Интегральный показатель ПГЭ до начала проведения лечения составлял $(9,2 \pm 0,35)$, что превышало нормальные значения $(3,5 \pm 0,15)$ в среднем в 2,6 раза ($P < 0,001$).

После завершения общепринятого лечения у пациентов с ОТ на фоне ХОБЛ отмечено некоторое снижение концентрации метаболитов ПОЛ, но при этом содержание как МДА, так и ДК в крови оставались достоверно выше нормы. Так, уровень МДА снизился в среднем в 1,6 раза в сравнении с исходным, но оставался при этом в 1,5 раза выше показателя нормы и составил $(4,7 \pm 0,08)$ мкмоль/л ($P < 0,05$).

Концентрация ДК снизилась в ходе лечения в среднем в 1,3 раза, составляя при этом $(12,8 \pm 0,3)$ мкмоль/л, что, однако, было выше нормы в 2,1 раза ($P < 0,001$). Интегральный показатель

ПГЭ на момент завершения общепринятого лечения составлял $(7,4 \pm 0,24)\%$, что было ниже исходного значения в 1,24 раза, но превышало норму в 2,1 раза ($P < 0,001$).

На момент завершения основного курса лечения больных ОТ на фоне ХОБЛ отмечена некоторая положительная динамика активности ферментов системы АОЗ – КТ и СОД; однако при этом средние показатели их активности были достоверно ниже нормы. Действительно, в этот период обследования, активность КТ составляла $(305,4 \pm 8,3)$ МЕ/мгНв, что было в среднем в 1,2 раза ниже нормы ($P < 0,05$), активность СОД составляла $(22,7 \pm 0,9)$ МЕ/мгНв, то есть оставалась в среднем в 1,3 раза ниже нормы ($P < 0,05$).

Установлено, что в клиническом плане у 39 пациентов (84,8%) на момент завершения лечения отмечалось наличие остаточных явлений ОТ на фоне ХОБЛ. Следовательно, проведение общепринятой терапии у больных ОТ на фоне ХОБЛ имеет определенное положительное влияние на изученные клинические и биохимические показатели, в частности на активность процессов ПОЛ и состояние ферментативной звена системы АОЗ, но не обеспечивает полной нормализации изученных показателей более чем у 80% пациентов.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости дальнейшего проведения медицинской реабилитации больных. Поэтому можно считать перспективным изучение эффективности применения в комплексе терапевтических мероприятий у больных ОТ на фоне ХОБЛ дополнительно лекарственных средств, которые будут способствовать восстановлению метаболического гомеостаза, и прежде всего, соотношению систем ПОЛ-АОЗ.

Список литературы:

1. Белов Б.С. Рациональная антимикробная терапия А-стрептококкового тонзиллита — основа первичной профилактики / Б.С. Белов // Здоров'я України. — 2011. — № 3(18).
2. Башкина О.А. Этиология вторичных лимфаденопатий у детей / Башкина О.А., Сомова Е.И., Рубальский О.В., Алешкин В.А., Афанасьев С.С // Инфекционные болезни. - 2003. - Т. 1. - № 1. - С. 75-79.
3. Брико Н.И. Стрептококковые инфекции в начале XXI века: состояние проблемы и перспективы контроля: материалы II ежегодного Всерос. конгресса по инф. бол. (Москва, 29 – 31 марта 2010 г.). Инфекционные болезни. – 2010. - № 8 – С. 47.
4. Гаврилов Б.В. Анализ методов определения продуктов ПОЛ в сыворотке крови по тесту с ТБК / Б.В. Гаврилов, А.Р. Гаврилова, Л.М. Мажуль // Вопросы медицинской химии. – 1987. – Т. 33, № 1. – С. 118–123.
5. Ласеева М.Г. Возможность коррекции интоксикационного синдрома при повторных тонзиллитах / М.Г. Ласеева, В.Ф. Павелкина, Н.П. Амлеева // Материалы IV ежегодн. Всероссийского конгресса по инфекционным болезням (Москва, 26 марта – 28 марта 2012 г.). Инфекционные болезни. – 2012. - № 10. – С. 218.
6. Новикова Н.Е., Кудряшева И.А., Ахминеева А.Х. Окислительный стресс при хронической обструктивной болезни легких // Астраханский медицинский журнал. – 2012. -Т.27.-№3. С.87-90.
7. Пат. 2257223 04.08.2003 РФ Способ санации респираторного тракта бактерионосителей / Башкина О.А., Бойко А.В., Красилова Е.В., Афанасьев С.С., Смирнов М.Н.
8. Фролов В.М., Волянский Ю.Л., Заболотный К.Г. Патогенез и терапия тяжелых форм ангин (клинико-биохимические и иммунологические исследования). Харьков; Луганск: изд-во ЛГМУ 2007: 236.
9. Low D.E. A practical guide for the diagnosis and treatment of acute tonsillitis / D.E. Low, M. Desroisers, J. McSherry // Can. Med. Assoc. J. – 2007. - № 156. – P. 1-14.

Отто Н.Ю., Степина Н.А.

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ У БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА**

Проблема формирования, сохранения и укрепления здоровья детей и подростков в настоящее время рассматривается как фактор общественного развития и национальной безопасности [1-3,5-7,9,10]. Самая тяжелая форма диабета наблюдается именно у детей и подростков. Показатель ежегодно увеличивается на 3% у подростков и на 5% у детей дошкольного возраста, каждый день выявляется более 200 первичных случаев СД1 у детей [4,7,10]. Особенно актуальным в педиатрии является комплексная оценка состояния здоровья и степени риска развития сахарного развития 1 типа в детской популяции [8, 9,10].

Цель: изучить основные клинические проявления СД 1 типа у детей и подростков Астраханского региона. Методы: Сплошное ретроспективное наблюдение. Выкопировка из медицинской документации за 15 лет (всего 2500 случаев госпитализации).

Результаты: Наиболее значимыми клиническими проявления СД 1 типа являются (в порядке убывания): сухость кожи и слизистых оболочек (42%), вследствие обезвоживания организма, белый налет на языке (25%), запах ацетона в выдыхаемом воздухе (22,5%), снижение массы тела (22,2%), увеличение печени при пальпации, боли в правом подреберье, эпигастрии, положительная холепатийная симптоматика, вялость, утомляемость, бледная окраска кожных покровов. Боли в эпигастрии – у 60% пациентов это симптом сахарного диабета, а у 40% этот симптом расценивался как проявление гастропатологии. Увеличение печени при СД1 отмечается довольно часто (21,4%), что связано с жировой инфильтрацией вследствие инсулиновой недостаточности и зависит от степени нарушения метаболизма, а так же от сопутствующей патологии (гепатит, холецистит, ДЖВП), что подтверждается и данными НИИ детской эндокринологии (г. Москва).

На долю таких клинических проявлений как «диабетический румянец», шум в сердце и приглушенности сердечных тонов 14,4 и 13,6% соответственно. Полиурия, тахикардия и отложение подкожно-жировой клетчатки на передней брюшной стенке в 8,8 и 7,8% случаев. Полидипсия регистрировалась только у 4,1% пациентов, а полифагия всего лишь в 1,5 случаев. Снижение аппетита, тошнота, рвота -0,6 и 0,5%, а энурез в 0,25%. Представляет интерес и распределение детей с сахарным диабетом 1 типа по критерию «частота пульса».

Выраженная брадикардия (центили 0–10%) и выраженная тахикардия (центили 90–100%) реже встречаются при сахарном диабете 1 типа, чем в контрольной группе детей.

Нормокардия (25-75 перцентиль) и тахикардия (75-90 перцентиль) отмечается у детей СД 1 типа чаще, чем в контрольной группе. Но достоверной разницы по частоте пульса между детьми с СД1 и в контрольной группе не выявлено ($t = 1,2$). При сравнении 2-х групп детей, группы с нормальной частотой пульса и группы с брадикардией, нормальный пульс встречается чаще брадикардии, что является статистически достоверным ($t = 5,9$). При сравнении 2-х групп детей, группы с нормальной частотой пульса и тахикардией, нормальный пульс встречается чаще тахикардии ($t = 3,1$). Тахикардия появляется у детей с СД с 11 лет (25% против 8,3% в группе 7-10 лет), как и выраженная тахикардия (6,25% против 1,5% в группе 7-10 лет). По нашим данным, выраженная тахикардия у детей с СД 1 типа чаще встречается в подростковом возрасте (14-17 лет). Важно указать, что в исследуемой группе все дети были без признаков диабетического кетоацидоза. Одним из осложнений СД1 является автономная кардиальная нейропатия (АКН), которая значительно повышает риск развития коронарного атеросклероза, инфаркта миокарда и внезапной смерти больных. Развитие диабетической кардиомиопатии и нейропатии опосредовано прямым воздействием метаболических нарушений на нервную ткань, с усилением неферментного гликозилирования белков клеток проводящей системы сердца, и нейрососудистой, в том числе эндотелиальной, дисфункцией. По данным литературы в детском возрасте АКН встречается весьма редко, в то же время ряд авторов указывает на возможность ее формирования уже в подростковом возрасте [5]. Нормальные величины систолического давления (центили 25–75%) значительно реже отмечались у детей с СД, чем в контрольной группе детей (соответственно 67% и 80,9%) ($t=0,1$).

Выраженное снижение систолического артериального давления (центили 0–10%) чаще

наблюдалось в контрольной группе детей, по сравнению с детьми СД (соответственно 0,2% и 2,9%); ($t=0,9$). Повышение (центили 75–90%) систолического артериального давления более чем в 4 раза чаще встречается в группе детей с СД, чем в контрольной группе детей (соответственно 14,7% и 3,2%) ($t=0,7$). Выраженное повышение (центили 90–100%) систолического артериального давления встречается практически в одинаковом проценте в исследуемых группах, разница статистически незначима ($t=2,7$). Исследование перцентили АД проводилось по таблицам (отрезные точки процентильного распределения артериального давления у детей и подростков) [9, 22].

Нами установлено, что во всех возрастных группах достоверно преобладает нормальное систолическое давление. При сравнении групп детей с СД1: группы нормального ДАД и группы сниженного ДАД, нормальное ДАД встречается статистически достоверно чаще сниженного ДАД ($t = 28,9$). При сравнении групп детей с СД1: группы нормального ДАД и группы повышенного ДАД, нормальное ДАД встречается статистически достоверно чаще повышенного ДАД ($t=17,8$). Повышение (центили 75–90%) диастолического давления почти в 6 раз чаще встречается в группе детей СД, причем, максимальный процент приходился на возраст 14-17 лет (17,1%).

Таким образом, за последние годы снизилось число пациентов с ведущими жалобами СД1, что связано с ранним выявлением заболевания, повышенной настороженностью врачей, доступностью средств экспресс - диагностики глюкозы крови. Чаще всего признаками болезни были: сухость кожи и слизистых оболочек, белый налет на языке, запах ацетона в выдыхаемом воздухе, снижение массы тела, увеличение печени при пальпации, боли в правом подреберье, эпигастрии, положительная холепатийная симптоматика, вялость, утомляемость, бледная окраска кожных покровов. Повышение систолического и диастолического АД, чаще регистрируются в группе детей с СД в период пубертата, а также выраженная тахикардия у детей в подростковом возрасте (14-17 лет).

Список литературы

1. Ваганов Н.Н. Медико-социальные и организационные проблемы стационарной помощи детям в России: актовая речь / Н.Н. Ваганов. – М., 2009. – 27 с.
2. Дедов И.И. Сахарный диабет – опаснейший вызов мировому сообществу / И.И. Дедов // Вестник РАМН. – 2012. - №1. – С. 7-13.
3. Ильенко Т.Л., Башкина О.А., Макаров В.А. Выявление митохондриальных дисфункций у больных ацетонемической рвотой. // International Journal on Immunorehabilitation. 2010. Т. 12. № 2. С. 219а.
4. Куликов А.М. Подростковая медицина: проблемы, перспективы / А.М. Куликов, В.П. Медведев // Вестник СПб МАПО. – 2009. – С. 83-93.
5. Макаров В.А., Ильенко Т.Л., Башкина О.А. Клинико-диагностическое значение определения малонового диальдегида при выраженном кетоацидозе у детей. // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. 2013. № 10-2. С. 248-251.
6. Плутницкий А.Н. Научно-методическое обоснование определения приоритетных направлений развития здравоохранения территории: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03 / Плутницкий Андрей Николаевич. – Москва, 2014. – 48 с.
7. Сагитова Г.Р. Клинический этикет. Учебное пособие. / Сагитова Г.Р., Мирошников В.М. – Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию, Астраханская гос.мед.акад., Астрахань.- 2008.- 124С.
8. Сагитова Г.Р. Осложнения сахарного диабета в детском возрасте. Монография./Г.Р.Сагитова, Н.Ю. Отто -Астрахань: АГМА.-2010.-122с.
9. Способ дифференциальной диагностики сахарного диабета и ацетонемической рвоты у детей. Ильенко Т.Л., Башкина О.А., Макаров В.А., Голубкина С.А. патент на изобретение RUS 2466407 05.10.2011.
10. Трунцова Е.С. Проблемы хронических бронхолегочных заболеваний у подростков. / Трунцова Е.С., Сагитова Г.Р //Вестник современной клинической медицины. -2009.- №3.- С.37-39.

Петрова Н.В., Керопьян Ж.А., Мартынюк Н.Ю., Керопьян С.К.

**ИЗМЕНЕНИЯ ИММУНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ**

Проблема хронических воспалительных заболеваний легких (ХВЗЛ) у детей остается одной из наиболее сложных проблем современной педиатрии [1-9]. Независимо от причины развития хронического воспалительного очага в легких, последствия его весьма существенны для развития организма ребенка. Особое место среди причин, способствующих хронизации воспалительного процесса, придается дефектам иммунологической защиты организма. Исследования последних лет содержат неоспоримые доказательства существенных изменений иммунного статуса организма у больных, страдающих хроническими воспалительными заболеваниями легких [7].

Цель: установить закономерности изменений продукции цитокинов и факторов неспецифической резистентности у детей с хроническими воспалительными заболеваниями легких.

Задачи: определить характер изменений иммунограммы, особенности продукции цитокинов и факторов неспецифической резистентности (уровень лизоцима в сыворотке крови, бактерицидную активность сыворотки крови, С3 компонента комплемента и ИФН- γ) у больных с различными этиопатогенетическими формами ХВЗЛ.

Методы: осуществлено динамическое наблюдение за 59 больными ХВЗЛ, проходивших стационарное лечение в ГБУЗ АО «Детская городская клиническая больница №2» г. Астрахани. Больные были разделены на 2 группы: I группа 29 больных - пациенты с инфекционно-воспалительным процессом, сформированным на интактном легком. II группа 30 больных, представлена больными, у которых хронический инфекционно-воспалительный процесс в легких ассоциирован с врожденной или наследственной патологией бронхолегочной системы. Были определены уровни показателей ИЛ-1 β , ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-8 в сыворотке крови, лизоцима в сыворотке крови, БАСК и ИФН- γ сыворотки крови у пациентов с ХВЗЛ.

Результаты: выявлено повышение уровня провоспалительных цитокинов (ИЛ-1 β , ИЛ-6, ИЛ-8) в сыворотке периферической крови, сохраняющееся в периоде клинической ремиссии у больных ХВЗЛ II группы. Выявлена выраженная дискомплементемия с нарастанием концентрации мурамидазы сыворотки крови и БАСК у больных с ХВЗЛ. Степень изменения показателей факторов врожденного иммунитета (С3 компонента комплемента, БАСК, лизоцима) достоверно выше ($p < 0,01$, $p < 0,001$ и $p < 0,001$ соответственно) у больных II группы.

Выводы: у больных с различными клинико-нозологическими формами ХВЗЛ выявлены дисрегуляторные изменения факторов врожденного и приобретенного иммунитета, прежде всего, уровня С3 компонента комплемента, лизоцима и БАСК, характер которых ассоциирован с нозологической формой, фазой и остротой воспалительного процесса в бронхолегочной системе. Выявленное повышение продукции цитокинов ИЛ-1 β , ИЛ-6, ИЛ-8, сохраняющееся в периоде клинической ремиссии у больных ХВЗЛ II группы, указывает на наличие текущего хронического воспаления, без наступления иммунологической ремиссии.

Список литературы:

1. Башкина О.А. Оценка эффективности ингаляционного введения иммунокорректоров у часто болеющих детей / Башкина О.А., Красилова Е.В., Афанасьев С.С. // Российский иммунологический журнал. - 2004. - Т. 9. - № 1. - С. 146.
2. Гапархоева З.М. Современные представления о роли генетических предикторов при бронхиальной астме у детей / Гапархоева З.М., Селиверстова Е.Н., Стройкова Т.Р., Башкина О.А., Демидова Л.В. // Астраханский медицинский журнал. - 2015. - Т. 10. - № 1. - С. 6-11.
3. Гущина, Я.С. Уровень провоспалительных цитокинов в оценке активности воспалительного процесса при бронхолегочной патологии у детей / Я.С. Гущина, Л.Н. Касснер, Е.В. Маркелова // Цитокины и воспаление. - 2006. - Т.5. - №4. - С. 12-15.
4. Розина, Н.Н., Лев Н.С., Богород А.Е. Эпонимические синдромы в пульмонологии. - М. "Практика", 2011. - 87 с.

5. Сергиенко Д.Ф., Башкина О.А., Галимзянов Х.М. Изменения факторов врожденного иммунитета у детей с муковисцидозом. - Фарматека 2010. №14. С.74-76.
6. Сергиенко Д.Ф., Башкина О.А., Галимзянов Х.М., Янкина Г.Н., Шашина М.С. Особенности цитокиноопосредованного воспаления у детей с муковисцидозом при хронической колонизации бронхиального дерева *Pseudomonas Aeruginosa*. - Астраханский медицинский журнал. 2011. Т.6. №1. С.109-112.
7. Сергиенко Д.Ф., Башкина О.А., Белопасова Н.А. Изменение интерферонового статуса у больных с муковисцидозом. *International Journal on Immunorehabilitation*. 2010. Т. 12. № 2. С. 213-214.
8. Сергиенко Д.Ф. Особенности цитокиноопосредованного воспаления у детей с муковисцидозом при хронической колонизации бронхиального дерева *pseudomonas aeruginosa* / Сергиенко Д.Ф., Башкина О.А., Галимзянов Х.М., Янкина Г.Н., Шашина М.С. // Астраханский медицинский журнал. - 2011. - Т. 6. - № 1. - С. 109-112.
9. Шашина М.С., Сергиенко Д.Ф., Башкина О.А., Красилова Е.В., Енгиборян К.Ж. Изменение уровня ИНФ- γ и ИЛ-4 у детей с муковисцидозом при контаминации *P. Aeruginosa*. *International Journal on Immunorehabilitation*. 2009. Т. 11. № 1. С. 123а.

Подольский В.В., Химич И.В., Кирпичников М.В.

*ФГБОУ ВО Волгоградский государственный медицинский университет Минздрава России,
г. Волгоград, Россия*

ВЛИЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ НА КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ И СИСТЕМУ ГЕМОСТАЗА БОЛЬНЫХ ФУРУНКУЛОМ ЛИЦА

Введение. Повышение эффективности лечения больных фурункулом лица (ФЛ) по-прежнему остается одной из актуальных задач челюстно-лицевой хирургии. По сводным данным в 5-27% случаев ФЛ наблюдается осложненное течение заболевания.

Клиническое течение ФЛ во многом связано с различными нарушениями гомеостаза организма. Дисбаланс в антиоксидантной системе оказывает негативное влияние на эндотелий сосуда и активирует внутрисосудистое свертывание крови. Развитие гиперкоагуляционного синдрома, при ФЛ, нередко приводит к синус-тромбозу и сепсису.

Цель исследования. Повышение эффективности лечения больных фурункулом лица путем включения в комплексную терапию антиоксиданта «Мексидол» (MEXIDOL, Эллара МЦ Россия).

Материалы и методы. Проведено обследование и лечение 59 больных ФЛ. Возраст пациентов составил от 18 до 35 лет ($28,25 \pm 1,59$ лет). Среди пациентов было 36 мужчин (61%) и 23 женщины (39%). Больные были разделены на две группы: группу сравнения – 28 человек (средний возраст $28,61 \pm 2,13$ лет), лечение которых проводили традиционными методами, и основную – 31 человек ($27,94 \pm 2,37$ лет), в комплексную терапию которых дополнительно включали антиоксидант «Мексидол». Препарат вводили внутримышечно по 2,0 мл 2 раза в сутки первые 7 суток после операции.

Результаты. В день госпитализации общее состояние 35 больных (59,3%) было оценено как удовлетворительное, 24 пациентов (40,7%) – средней степени тяжести. Общесоматические жалобы больных сводились к наличию слабости, озноба, ухудшению сна, потере аппетита, головным болям. Местный статус характеризовался выраженным перифокальным отеком и инфильтрацией мягких тканей. При пальпации отмечался положительный симптом флюктуации. Традиционное лечение не приводило к быстрому купированию местного воспалительного процесса и существенному улучшению общего состояния больных.

Использование антиоксиданта «Мексидол» уже на 3–4-е сутки после операции привело к заметному улучшению самочувствия больных. Отмечалось более быстрое сокращение площади (S) раневой поверхности. На 8–10-е сутки S раны в основной группе составила $9,04 \pm 0,4$ мм², что на 32,8% было меньше среднего показателя группы сравнения. Прекращение гнойного отделяемого и появление грануляций отмечалось на 6-е сутки, полное очищение раны – на 9-е, что достоверно ($p < 0,05$) отличалось от показателей группы сравнения.

При исследовании свертывающей системы крови у больных ФЛ были отмечены существенные статистически достоверные отклонения показателей от нормы. На 8–10-е сутки лечения в основ-

ной группе происходила нормализация показателей свертывающей системы крови, а у больных в группе сравнения фибриноген крови отличался от нормальных значений на 12,9%, а протромбиновое время – на 6,0% ($p < 0,05$).

Полное очищение раны у больных группы сравнения наступало через $9,9 \pm 0,3$ суток, у больных основной группы – через $9,2 \pm 0,3$ суток. Срок пребывания в стационаре у больных группы сравнения $13,9 \pm 0,4$ суток, у больных основной группы – $11,4 \pm 0,5$ суток.

Выводы. Включение в комплексную терапию мексидола позволяет получить выраженный клинический эффект: позволяет в более ранние сроки стабилизировать общее состояние больных и уменьшить перифокальные воспалительные явления, оптимизирует течение послеоперационного периода и сокращает сроки стационарного лечения.

Список литературы:

1. Островский О.В., Кирпичников М.В., Хлыбов В.С., Мартин Е.А. Антиоксидант мексидол в комплексном лечении фурункула лица. // Журнал научных публикаций аспирантов и докторантов. – 2011. – №12. – С.88-92
2. Островский О.В., Химич И.В., Хлыбов В.С. и др. Влияние антиоксидантной терапии на клинические показатели и маркеры эндогенной интоксикации у больных фурункулом лица. // Фундаментальные исследования. – 2012 – №2. – С.107-112.
3. Островский О.В., Химич И.В., Хлыбов В.С., Кирпичников М.В. Состояние прооксидантно-антиоксидантных взаимоотношений у больных фурункулом лица на фоне комплексного лечения. // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 1. – С. 4.
4. Фомичев Е.В., Островский О.В., Химич И.В. и др. Влияние антиоксиданта мексидола на клинические и лабораторные показатели больных фурункулом лица // Вестник ВолгГМУ. – 2011. – № 4. – С.52-56.
5. Химич И.В., Фомичев Е.В., Островский О.В. и др. Влияние антиоксиданта "Мексидол" на динамику интегральных показателей эндогенной интоксикации у больных фурункулом лица. // Лекарственный вестник. – 2013. – Т. 7. № 2 (50). – С. 15-17.
6. Химич И.В., Хлыбов В.С., Кирпичников М.В., Подольский В.В. Влияние антиоксиданта «Мексидол» на клиническое течение фурункула лица в стадии абсцедирования // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2011. – № 4. – С. 45-47.
7. Химич И.В., Хлыбов В.С., Кирпичников М.В. и др. Качество жизни и клинические показатели больных фурункулом лица на фоне антиоксидантной терапии. // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2012. – № 3 (35). – С. 40-43.
8. Хлыбов В.С., Островский О.В., Химич И.В. и др. Клинические и медико-социальные аспекты качества жизни больных фурункулом лица на фоне антиоксидантной терапии. // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. – 2012. – Т. 17. № 4. – С. 36-41.
9. Хлыбов В.С., Химич И.В., Кирпичников М.В. и др. Клиническое обоснование применения антиоксиданта мексидол в комплексном лечении фурункула лица в стадии абсцедирования. // Молодые ученые – здравоохранению: Материалы 71-й межрегиональной научно-практической конференции. – Саратов, 2010. – С. 220-221.

Полукчи Т.В., Абуова Г.Н.

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент, Казахстан

ОЦЕНКА ФИБРОЗА ПРИ ДИФFUЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ МЕТОДОМ НЕПРЯМОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ЭЛАСТОМЕТРИИ В УСЛОВИЯХ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Введение: Хронические диффузные заболевания печени характеризуются длительным прогрессирующим течением, приводящим со временем к формированию фиброза, цирроза печени, гепатоцеллюлярной карциномы, что обуславливает высокий процент инвалидизации и смертности{1}. На данный момент существуют различные методы диагностики фиброза печени. «Золотым» стандар-

том выявления фиброза в наши дни является пункционная биопсия печени. При этом методе диагностики сведения о тяжести фиброза получают путем изучения морфологических изменений ткани печени. Эта методика является инвазивной и приводит к ряду серьезных осложнений. В последние годы информацию о степени выраженности фиброза можно получить и неинвазивными методами диагностики. Одним из них является непрямая ультразвуковая эластометрия. Уникальность этого метода заключается в безопасности его применения, в высокой чувствительности и специфичности, а также в высокой значимости в выявлении хронических диффузных заболеваний печени [2]. При данном исследовании степень выраженности фиброза определяется путем измерения эластичности ткани печени.

Цель: Изучение соответствия клинических проявлений, лабораторно-инструментальных показателей, данных непрямой ультразвуковой эластометрии у больных с хроническими диффузными заболеваниями печени.

Задачи: Определить основные клинические проявления, лабораторно-инструментальные параметры на различных стадиях фиброза у больных с хроническими диффузными заболеваниями печени и провести сравнительный анализ соответствия данным непрямой ультразвуковой эластометрии.

Материалы и методы: Был проведен ретроспективный анализ 27 историй болезней пациентов с хроническими диффузными заболеваниями печени, находившихся на лечении в различных стационарах Южно-Казахстанской области в 2015 году (мужчины-12(44%), женщины -15(56%). Средний возраст больных составил 52 года (30-74 лет). Поражение печени у больных было следствием хронического вирусного гепатита В, хронического вирусного гепатита С, стеатоза печени, цирроза печени. Стадию фиброза определяли методом непрямой ультразвуковой эластометрии по шкале METAVIR. Класс тяжести ЦП диагностировали и оценивали согласно классификации Чайлд-Пью.

Результаты: Причиной поражения печени у исследованных больных были: хронический гепатит смешанной этиологии у 3-х больных (11,1%), стеатоз у 2-х больных (7,4%), хронический вирусный гепатит С -2-х больных (7,4%), цирроз печени смешанной этиологии у 7-ми (26%), хронический вирусный гепатит В у 1-го больного (3,7%), хронический вирусный гепатит В+ D у 2-х больных (7,4%), цирроз печени HCV-этиологии у 10-ти больных (37%). Все больные были распределены по данным непрямой эластометрии на три группы следующим образом: 1 группа больные с легким фиброзом (стадии F0-F1), 2 группа больные с умеренным и тяжелым фиброзом (стадии F2-F3), 3 группа больные с циррозом печени (стадия F4). В первую группу вошли 5 пациентов (18,5%) с хроническим гепатитом смешанной этиологии, хроническим вирусным гепатитом С, стеатозом печени со стадиями фиброза F0 и F1. Во вторую группу вошли 10 пациентов (37%) с хроническим гепатитом смешанной этиологии, хроническим вирусным гепатитом С, хроническим вирусным гепатитом В, хроническим вирусным гепатитом В+ D со стадиями фиброза F2 и F3. В третью группу вошли 12 пациентов(44,5%) с циррозом печени смешанной этиологии, циррозом печени HCV-этиологии со стадиями фиброза F4. В первой группе больных с легким фиброзом в клинике преобладали синдромы: астеновегетативный у 4 больных (80%), дискомфорт и тяжесть в правом подреберье у 4 больных (80%), диспепсический у 3 больных (60%), желтуха у 2 больных (40%). Во второй группе больных с умеренным и тяжелым фиброзом в клинике отмечались синдромы: астеновегетативный у 10 пациентов (100%), дискомфорт и тяжесть в правом подреберье у 4 пациентов (100%), диспепсический у 10 пациентов (100%), желтуха у 4 пациентов (40%), геморрагический (кровотечение из десен) у 1 пациента (10%). В третьей группе у больных с циррозом печени отмечались синдромы: астеновегетативный у 12 больных (100%), дискомфорт и тяжесть в правом подреберье у 12 больных (100%), диспепсический у 12 пациентов (100%), желтуха у 10 пациентов (83%), печеночная энцефалопатия (75%), геморрагический (кровотечение из десен, желудочно-кишечные кровотечения) у 5 пациентов (42%). Повышение АЛТ и АСТ в первой группе отмечалось у 2 больных (40%), во второй группе у 4 больных (40%), в третьей группе у 5 больных (42%). Гипербилирубинемия в первой группе была выявлена у 2 больных (40%), во второй группе у 3 больных (60%), в третьей группе у 6 больных (50%). По данным ультразвуковой диагностики: в первой группе гепатомегалия была диагностирована у 3 больных (60%), во второй группе гепатомегалия выявлена у 6 больных (60%), спленомегалия (60%), в третьей группе у 5 больных (42%) диагностирована гепатомегалия, у 5 больных (42%) портальная гипертензия у 6 больных (50%). У больных с F0-F1 стадиями фиброза печени отмечают синдромы астеновегетативный, дискомфорт и тяжесть в правом подреберье, диспепсический, желтухи; у больных со стадией F2-F3: астеновегетативный, дискомфорт и тяжесть в правом подреберье, диспепсиче-

ский, желтухи, геморрагический; у больных со стадией F4: астеновегетативный, дискомфорт и тяжесть в правом подреберье, диспепсический, желтухи, геморрагический, потальной гипертензии. Повышенный уровень АЛТ и АСТ был диагностирован у 40% больных с F0-F1 стадиями фиброза печени, у 40% больных с F2-F3 стадиями фиброза печени, у 42% с F4 стадией фиброза печени. Гипербилирубинемия была выявлена у 40% больных с F0-F1 стадиями фиброза печени, у 60% больных с F2-F3 стадиями фиброза печени, у 50% с F4 стадией фиброза печени. Гепатомегалия диагностирована у 60% больных с F0-F1 стадиями фиброза печени, у 60% больных с F2-F3 стадиями фиброза печени, у 42% больных с F4 стадиями фиброза печени. Спленомегалия у 60% больных с F2-F3 стадиями фиброза печени, у 42% больных с F4 стадией фиброза печени. Портальная гипертензия у 50% больных с F4 стадией фиброза печени.

Выводы: Таким образом: Основными клиническими проявлениями у больных с хроническими диффузными заболеваниями печени на всех стадиях фиброза являются астеновегетативный и диспепсический синдромы. Дискомфорт и тяжесть в правом подреберье регистрируются в 80% случаев на стадиях F0-F1, F2-F3 и в 100% случаев на стадии F4. Синдром желтухи отмечается у 40% больных на стадиях F0-F1, F2-F3 и в 83% случаев на стадии F4. Гиперферментемия отмечается у 40% на стадиях F0-F1, F2-F3 и в 50% случаев на стадии F4. Гипербилирубинемия выявляется у 40% пациентов на стадиях F0-F1, у 60% пациентов на стадиях F2-F3, на стадии F4 у 50%. Гепатомегалия диагностируется у 60% больных на стадиях F0-F1 и F2-F3, на стадии F4 в 42% случаев. Из этого следует, что клинические проявления и лабораторно-инструментальные сдвиги не всегда соответствуют значимым изменениям по данным непрямой ультразвуковой эластометрии и не отражают степень выраженности фиброза у больных с хроническими диффузными заболеваниями печени. Следовательно, считаем необходимым ввести метод непрямой ультразвуковой эластометрии в разряд обязательных методов исследований больных с хроническими диффузными заболеваниями печени.

Список литературы:

1. Аришева О.С., Гармаш И.В., Кобалова Ж.Д., Моисеев В.С. Методы диагностики фиброза печени. Клиническая фармакология. 2013. №7. С. 49–55.
2. Патлусов Е.П., Борзунов В.М., Чернов В.С. Использование ультразвуковой эластографии в оценке стадии фиброза печени у пациентов инфекционного отделения военного клинического госпиталя. Уральский медицинский журнал. №03(108) апрель 2013. С. 125-128.

Ломтева Т.Ф., Полякова Н.А., Голубцова О.И.

*ГБУЗ АО «Детская городская поликлиника № 1» г. Астрахани,
Республиканская детская клиническая больница Минздрава здравоохранения Чувашии,
г. Чебоксары, Россия*

ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Муковисцидоз, являясь системным заболеванием, поражает жизненно важные органы и проявляется тяжёлыми нарушениями их функций [6-8].

Цель:изучить характер поражения желудочно-кишечного тракта больных муковисцидозом Астраханской области по данным регистра 2015 года.

Задачи:

1. Выявить частоту встречаемости поражения поджелудочной железы у больных муковисцидозом в Астраханской области.
2. Определить характер и частоту поражения печени у больных муковисцидозом в Астраханской области.

Материалы и методы исследования

В исследование были включены данные детей и взрослых, внесенных в регистр Астраханской области 2015 г. Формат регистра соответствует Европейскому регистру (European CysticFibrosis Society Patient Registry) [2]. Возраст больных колебался от 3 месяцев до 25 лет. Средний возраст об-

следуемых составил 10,2 года, медиана возраста – 8 лет. Дети составили большую часть - 77,3%. Гендерных различий среди больных не выявлено. Исследования проводились на основе собственных наблюдений и данных медицинской документации (клинической истории болезни, заключения специалистов по параклиническим методам обследования).

Все больные обследованы общепринятыми клинико-лабораторными методами, включая общеклинические анализы (общий анализ крови, мочи, копрограмма), биохимические исследования крови (общий белок, общий и конъюгированный билирубин, глюкоза крови, АЛТ, АСТ, холестерин, панкреатическая амилаза, б-липопротеиды, сывороточное железо, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевины, уровень калия, натрия, кальция, фосфора) рентгенограмму грудной клетки, ЭКГ, Эхо-КС, пульсоксиметрия, УЗИ брюшной полости. Для выявления панкреатической недостаточности определяли уровень эластазы-1 в кале. У детей с циррозом печени проводились доплероскопия печени и ФГДС для уточнения степени варикозного расширения вен пищевода.

Результаты: Анализ данных показал, что у обследованных больных в 23,7% случаев муковисцидоз ассоциировался с сохранной функцией поджелудочной железы. (уровень эластазы-1 был выше значений 200нг/г). Среди указанных пациентов были 3 взрослых – старше 18 лет и 2 детей – 2 и 16 лет. Необходимо отметить, что у всех больных с сохранной функцией поджелудочной железы при генотипировании гена CFTR определены «мягкие генотипы». А именно: у 4 обследованных пациентов идентифицирована мутация 3849+10kbC-T ((как в в гомозиготном состоянии (сибсы), так и в компаудном состоянии с не идентифицированной мутацией или с полиморфизмом R334W). Всем обследованным (за исключением 1 ребенка, выявленного в результате неонатального скрининга) диагноз был выставлен в старшем школьном возрасте (15-17 лет). Это объясняется стертой клинической картиной, отрицательными или сомнительными потовыми тестами у данных больных. Нутритивный статус у всех пациентов был сохранен. Полученные нами результаты согласуются с данными литературы [1,3,4,5].

Характер изменений со стороны печени был представлен увеличением размеров (27,2%), повышением экзогенности (31,8%), проявлениями жирового гепатоза(4,5%), развитием цирроза печени (13,5%). Варикозное расширение вен пищевода наблюдалось у 1 пациентки. Все больные являлись носителями «тяжелых» генотипов. Меконияльный илеус (МИ) и синдром дистальной интестинальной обструкции (СДИО) отмечены в анамнезе только больных с генотипами F508del/F508del (2 детей) и F508del/2143delT (1 пациент). У одного пациента в анамнезе выявлена желчекаменная болезнь, по поводу которой он был оперирован в возрасте 6 лет до постановки диагноза «муковисцидоз» и назначения гепатопротективной терапии.

Заключение: согласно данным регистра в Астраханской области высока доля пациентов с сохраненной функцией поджелудочной железы, что обусловлено с высоким процентом носителей «мягкого генотипа».

Список литературы:

1. Гено-фенотипические взаимосвязи у взрослых больных муковисцидозом / С.А. Красовский [и др] // Астраханский медицинский журнал. – 2013. – Т.8. - №3. – С57-6
2. Муковисцидоз в России-создание национального регистра / С.А. Красовский [и др] / Педиатрия. Журнал им.Сперанского. – 2014. –Т.93. -№4. – С44-55.
3. Особенности цитокиноопосредованного воспаления у детей с муковисцидозом при хронической колонизации бронхиального дерева PSEUDOMONAS AERUGINOSA /Д.Ф. Сергиенко [и др] // Астраханский медицинский журнал. -2011.-Т.6.-№1.-С.109-112.
4. Сергиенко Д.Ф. Изменения факторов врожденного иммунитета у детей с муковисцидозом / Д.Ф. Сергиенко, О.А. Башкина, Х.М. Галимзянов // Фарматека.-2010.-№14.-С74-76.
5. Сергиенко Д.Ф. Особенности клинического течения и механизмы иммунной регуляции у детей с муковисцидозом Монография /Д.Ф. Сергиенко О.А. Башкина, Х.М. Галимзянов// Астрахань 2010.- 138с.
6. Сергиенко Д.Ф. Особенности клинического течения и механизмы иммунной регуляции у детей с муковисцидозом: монография / Д. Ф. Сергиенко, О. А. Башкина, Х. М. Галимзянов. – Астрахань: Изд-во АГМА, 2010. – 70 с.
7. Сергиенко Д.Ф. Особенности цитокиноопосредованного воспаления у детей с муковисцидозом при хронической колонизации бронхиального дерева pseudomonas aeruginosa / Сергиенко Д.Ф.,

Башкина О.А., Галимзянов Х.М., Янкина Г.Н., Шашина М.С. // Астраханский медицинский журнал. - 2011. - Т. 6. - № 1. - С. 109-112.

8. Шашина М.С. Изменение уровня ИФНГ и ИЛ-4 у детей с муковисцидозом при контаминации *P. Aeruginosa* / Шашина М.С., Сергиенко Д.Ф., Башкина О.А., Красилова Е.В., Енгиборян К.Ж. // International Journal on Immunorehabilitation. - 2009. - Т. 11. - № 1. - С. 123а.

Полянина Э.З., Бережнова Т.А., Ветлугина Л.В., Давыдова И.З., Ерачин И.И.

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, Областной перинатальный центр ГБУЗ АО «Александро-Маршинская областная клиническая больница», г. Астрахань, Россия

ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ЖЕНЩИН С ТЯЖЕЛОЙ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

Экстрагенитальная патология (ЭГП) у беременных женщин – это многочисленная группа болезней, которые в различной степени влияют на течение беременности, усугубляют тяжесть акушерской патологии и значительно повышают перинатальный риск. В большинстве случаев беременность и роды на фоне ЭГП завершаются благополучно при условии правильного наблюдения за беременной и своевременном назначении адекватной терапии [3]. ЭГП нередко является показанием для родоразрешения в достаточно раннем сроке. Следствием этого являются: высокая неонатальная заболеваемость, отдаленные неврологические последствия, в отдельных случаях, высокие перинатальные потери [1, 2,3,4,5].

Цель работы: оценить перинатальные исходы у беременных женщин с тяжелой ЭГП в случае их досрочного родоразрешения по медицинским показаниям и при самопроизвольных преждевременных родах.

Задачи: 1. провести статистический анализ перинатальных исходов в диадах мать-новорожденный в зависимости от характера ЭГП; 2. выявить влияние тяжелой ЭГП на способы и сроки родоразрешения.

Методы: ретроспективно проанализированы данные в 62 диадах «мать-новорожденный». Все роды произошли в Областном перинатальном центре в 2013-2016 гг. Женщины исследуемой группы страдали различными тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями, неоднократно за время беременности получали лечение на базе отделений многопрофильной клинической больницы, в отделении патологии беременности, были родоразрешены в сроке гестации от 26 до 34 недель гестации. Более половины – в сроке ранее 29 недель. Перинатальные исходы в диадах сравнивались со средними статистическими показателями по Российской Федерации при преждевременных родах.

Результаты.

В структуре ЭГП преобладали заболевания сердечно-сосудистой системы, в том числе хроническая артериальная гипертензия (ХАГ), ревматическая болезнь сердца, 4 случая ВПС после оперативной коррекции в детском возрасте. Второе место по частоте занял сахарный диабет (СД) 1 типа с осложненным течением (12 случаев). Кроме того, в изучаемых диадах у женщин отмечался хронический гломерулонефрит, нефротическая форма, 1 ст. ХПН, аномалии почек; 2 пациентки находились на гемодиализе на протяжении всей беременности. Из других ЭГП имелись: активный хронический гепатит, в том числе, с исходом в цирроз печени; тяжелая эпилепсия с генерализованными припадками; сочетание тяжелой бронхиальной астмы с риносинуситом, хроническим трахеобронхитом; онкопатология (рак шейки матки – 2 случая, рак молочной железы – 1 случай), системная красная волчанка (СКВ) с волчаночным нефритом у 3 женщин.

У 1/3 женщин в акушерском анамнезе отмечались: анэмбриония, самопроизвольные аборты, преждевременные роды ранее 32 недель гестации, неонатальная или младенческая смертность. Структура ЭГП у женщин и характеристика перинатальных исходов представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Структура ЭГП и характеристика перинатального периода в диадах (в абс. цифрах и%)

Характеристика-перинатальных исходов	Структура экстрагенитальной патологии у женщин (n=62)											
	Сердечно-сосудистая патология (n=21)	СД 1 типа (n=10)	СД 2 типа + ожирение3 ст, тиреозидит (n= 3)	Болезни почек, ХПН (n=9)	Патология гепатобилиарной системы (n=3)	Бронхиальная астма (n=3)	Эпилепсия, (n=5)	Онкопатология (n=3)	СКВ (n=3)	Геморрагическийинсулт (n=1)	Ангиогенный сепсис (n=1)	Всего в %
Экстренная ОКС	4	3	-	9	3	-	3	-	-	1	1	4,8
Тяжелое состояние при рождении	2	10	1	6	3	1	4	3	3	1	1	2,5
РДС	1	8	2	7	-	-	3	3	3	-	-	9,6,
ЗВУР	1	8	-	5	1	-	5	3	-	-	1	4,8
Лечение в ОРИТ > 28 дней	7	8	2	7	1	-	4	-	1	-	-	8,3
Неблагоприятный акушерский исход	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1,6
Неблагоприятный перинатальный исход	1	2	-	1	1	-	2	-	1	-	-	2,9
Неонатальный сепсис	1	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	4,8
ВПР плода	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	3,2
ВЖК с тампонадой ликворных путей	1	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	4,8

Таким образом, тяжелая ЭГП беременных повлияла на сроки родоразрешения, часто приводила к формированию ЗВУР плода, при рождении нередко способствовала асфиксии, в позднем неонатальном периоде - инфекционным осложнениям. Доля неблагоприятных исходов в изученных диадах составила 12,9 %, что значительно выше средних статистических показателей в популяции ($p < 0,001$). В структуре тяжелой ЭГП беременных, по нашим данным, преобладала патология сердечно-сосудистой системы. Экстрагенитальная патология в изученных диадах практически всегда сочеталась с преэклампсией средней и тяжелой степени. Наименее благоприятный перинатальный исход отмечался при хронической артериальной гипертензии, субкомпенсированном сахарном диабете 1 типа, хронической печеночной и почечной недостаточности, системной красной волчанке при сочетании этой патологии с тяжелой преэклампсией. Тяжелое состояние женщин потребовало в этих случаях родоразрешения в сроке ранее 29 недель гестации.

Заключение. Осложнения перинатального периода чаще наблюдаются в диадах «мать-новорожденный» при осложненном течении СД 1 типа, ХАГ, СКВ, ХПН, циррозе печени с нарушением функции. Неблагоприятный перинатальный исход в изученной группе имел место в 12,9 %. При этом высокий процент неудовлетворительных перинатальных исходов наблюдался не только при данной беременности, но и в анамнезе. Достоверно чаще в изучаемых диадах отмечалось формирование ЗВУР ($p < 0,05$), асфиксия в родах ($p < 0,02$), преобладала доля экстренного родоразрешения по медицинским показаниям.

С перинатальных позиций целесообразно своевременно прогнозировать исход тяжелой ЭГП для начала лечебно-профилактических мероприятий на этапе планирования беременности. Реальная опасность беременности для жизни пациентки должна служить основанием для отказа от материнства. Определение «цены беременности» для здоровья женщины с тяжелой ЭГП является актуальной

задачей для будущих исследований.

Список литературы:

1. Лебедева О.В. Заболеваемость и смертность детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении: факторы риска и пути снижения // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. Т. 9. № 2. С. 30.
2. Лебедева О.В., Черкасов Н.С., Белопасов В.В., Ажкамалов С.И., Чикина Т.А. Прогнозирование перивентрикулярной лейкомаляции у новорожденных с очень низкой и экстремально низкой массой тела // Вопросы практической педиатрии. 2014. Т.9. №5. С.7-13.
3. Экстрагенитальная патология у беременных: руководство для врачей / М. Ю. Соколова. - М.: Медицинское информационное агентство, 2011. - 336 с.
4. Шаповалова М.А. Жизненный потенциал населения в период формирования рыночных отношений/Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2004. № 3. с. 11-13.
5. Шаповалова М.А., Сердюков А.Г. Региональная смертность в переходной экономике/Проблемы управления здравоохранением. 2004. № 2. с. 42.

Постнова В.Ф., Шендо Г.Л., Олейник И.И., Базельцева Л.И., Аракельян Р.С., Постнов А.Б.

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Астрахань, ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Астраханской области», Управление Роспотребнадзора по Астраханской области, ГБУЗ АО «Центр медицины катастроф и скорой медицинской помощи», г. Астрахань, Россия

МОНИТОРИНГ СТЕПЕНИ ВОСПРИИМЧИВОСТИ ТЕРРИТОРИИ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ К МАЛЯРИИ ЗА ПЕРИОД 1995 ПО 2015 ГГ.

Основные параметры, характеризующие маляриогенную ситуацию в Астраханской области, определяются устойчивым риском передачи возбудителя малярии, так как число среднесуточной температуры воздуха +16° С наблюдается до 150 дней, сезон возможной передачи 90-140 дней, число полных циклов развития возбудителя 9-12. Природно-климатические условия способствуют развитию малярии. Климат Астраханской области резко континентальный с высокими температурами летом и низкими зимой. Фактические климатические сезоны не совпадают с календарными: весна - самый короткий период года, всего 1,5 месяца, лето - самый продолжительный сезон - более 4,5 месяцев.

Мониторинг восприимчивости территории к малярии в период с 1995 по 2015 годы показал:

- начало сезона эффективной заражаемости малярийных комаров приходится в 99,9% случаев на май: самое раннее начало сезона отмечалось в 2010 году (03.05), позднее – в 1999 году (25.05). Сравнение: 1995 год - 12.05, 2015 год - 14.05;

- начало сезона передачи малярии в 55% случаев регистрируется в мае: наиболее ранний сезон отмечался в 1996 году (17.05), поздний – в 1998 году (30.05); в 45% случаев - в июне: ранний - в 2008 и 2011 гг. (01.06), поздний – в 2002 году (15.06). Сравнение: 1995 год - 07.06, 2015 год - 01.06;

- конец сезона эффективной заражаемости комаров в 40% случаев приходится на август: ранний – в 1997 году (23.08), поздний - в 1998, 1999 гг. (30.08); в 60% случаев - на сентябрь: поздний отмечался в 2007, 2009, 2012, 2015 гг. (11.09). Сравнение: 1995 год - 24.08, 2015 год - 11.09;

- конец сезона передачи малярии в 55% случаев регистрируется в сентябре: поздний - в 2010 году (30.09); в 45% случаев - в октябре: поздний – в 2005 году (30.10). Сравнение: 1995 год - 20.09, 2015 год - 04.10;

- число полных циклов развития возбудителя колебалось за анализируемый период от 9 до 12, причем, если в первые 15 лет (1995 - 2010 гг.) 10 полных циклом отмечалось только 1 раз, то за последние 5 лет (2010 – 2015 гг.) 10 циклов и более регистрировалось 5 раз: 2010 год – 12 циклов и 2015 год – 12 циклов. Сравнение: 1995 год - 9, 2015 год – 12;

- переносчиками малярии являются 4 вида комаров рода *Anopheles*: *An. messeae*, *An. maculipennis*, *An. hyrcanus*, *An. atroparvus*, доминируют в области *An. messeae*, *An. atroparvus*.

- период сезонной активности малярийных комаров определяется с III декады марта по II декаду сентября. Характерны 2 подъёма численности комаров рода *Anopheles*: первый пик - I декада июня, второй пик - II декада августа. Высокие температуры обуславливают быстрое протекание спорогонии.

Эпидемиологический мониторинг за малярией. Первые статистические данные о заболеваемости малярии относятся к 1894 году, когда в Астраханской губернии было зарегистрировано 54952 случая малярии. В первой половине XX века, вплоть до 1954 года, Астраханская область являлась очагом малярии.

В 1954 году случаи местной малярии впервые не были зарегистрированы и этот год явился этапным для Астраханской области: малярия была ликвидирована как массовое заболевание. После периода длительного эпидемиологического благополучия, когда с 1954 по 1998 годы отсутствовали случаи местной малярии, а с 1957 по 1974 годы отсутствовали случаи завозной малярии, с 1975 года в Астраханской области начали регистрироваться случаи завозной малярии. До середины 90-х годов 20 века завоз происходил, в основном, из стран Африканского континента, Юго-Восточной Азии, Ближнего Востока, Латинской Америки, а с 1997 года - из стран СНГ. Подъёмы завоза малярии отмечались в периоды с 1981 по 1989 гг., что отражает ситуацию завоза инфекции из Афганистана и с 1997 по 2009 гг. - завоз малярии из стран СНГ (Азербайджан, Таджикистан, Узбекистан, Армения). За период с 1975 по 2009 гг. зарегистрировано 404 случаев малярии, из них завозных 391 случай, вторичных от завозных - 13. По видовому составу *P. vivax* составил 67,7 %, *P. falciparum* - 28,8 %, *P. ovale* - 2,5%, *P. malariae* - 1%. До 1980 года завоз тропической малярии наблюдался в 55% случаев, трёхдневной малярии - в 45% случаев, в последующие годы трёхдневная малярия превышает 50%, а с 1997 года регистрируется уже в 99,5% случаев.

Структура завоза с 1997 года резко изменилась в связи с ростом случаев трёхдневной малярии из стран СНГ: из Азербайджана - 64,2%, Таджикистана - 31,8% и по 2% - Узбекистана и Армении. Завоз малярии из стран дальнего зарубежья, даже в годы массового завоза, не имел эпидемических последствий. Однако интенсивный завоз трёхдневной малярии из эндемичных стран СНГ привёл к возникновению передачи малярии через местных комаров рода *Anopheles* от завозных источников инфекции. За период с 1998 по 2005 гг. на фоне 148 завозных случаев трёхдневной малярии из стран СНГ было зарегистрировано 13 вторичных от завозных случаев: 1998 год - 1 сл. с длительной инкубацией, 2000 год - 4 сл., в том числе с длительной инкубацией 1 сл., 2001 и 2002 гг. - по 3сл., 2003 год - 2сл.

Случаи малярии регистрировались в большинстве административных территорий области: в 6 из 11 сельских районах (10 сл.) и в областном центре - г. Астрахани (3сл.). Это спорадические случаи местной передачи, несвязанные друг с другом, возникшие в результате одиночных заражений от завозных источников инфекций.

За период с 2009 по 2012 гг. случаи завоза малярии не регистрировались. Вновь завоз малярии зарегистрирован в 2014г. и в 2016 г. с Африканского континента.

Заключение:

Мониторинг и оценка степени восприимчивости территории к малярии показали, что Астраханская область по-прежнему сохраняет высокий маляриогенный потенциал и при завозе инфекции из эндемичных стран, имеются потенциальные условия для возникновения местных случаев малярии. Эпидемический прогноз остаётся нестабильным, так как изменяющиеся климатические условия привели к увеличению в последние годы числа полных циклов развития возбудителя, что повышает степень эпидемиологической опасности для Астраханской области.

Список литературы:

1. Сергиев В.П., Артемьев М.М., Баранова А.М., //Руководство по эпидемиологическому надзору за малярией в Российской Федерации, М., 2000.
2. Лысенко А.Я., Кондрашин А.В.// Маляриология, ВОЗ, Женева, 1999.
3. Баранова А.М., Сулейманов Г.Д., Струкова Е.Н., Михайлова И.Г.// Ситуация по малярии в России и СНГ. ЗниСО, М., 1997.
4. Малхазова С.М., Шартова Н.В., Крайнов В.Н. // Медицинская паразитология. - 2012.- №1.- С.7-11.
5. Кондрашин А.В., Баранова А.М., Морозова Л.Ф., Степанова Е.В. // Медицинская паразито-

Рожкова И. С., Фельдман Б.В., Теплый Д.Л.

**ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Астрахань, Россия**

АНТИОКСИДАНТЫ И ХРОНИЧЕСКАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ ОРГАНИЗМА

Цель: изучить особенности свободно-радикальных процессов в плазме крыс – самцов на различных этапах онтогенеза в норме, при хроническом воздействии серосодержащего природного газа Астраханского газоконденсатного месторождения (АГКМ) и введении комплекса антиоксидантов.

Задачи: выявить возрастную динамику уровня свободно-радикальных процессов в плазме крови крыс – самцов на различных этапах онтогенеза. Определить различия скорости перекисного окисления липидов и окислительной модификации белков. Провести сравнение активности состояния антиоксидантной защиты плазмы крови в онтогенетическом аспекте.

Методы исследования: Объектом исследования служили 90 самцов беспородных белых крыс, которых содержали в условиях вивария при свободном доступе к пище и воде. Интактные и экспериментальные животные были разделены на три группы по возрастному признаку: 1 группа: молодые – от 15 дней до 1 месяца, 2 группа: половозрелые – 6 – ти месячного возраста, 3 группа: старые – 1-2 лет жизни.

Экспериментальные животные подвергались воздействию природного газа АГКМ, содержащего сероводород в концентрации 90 ± 4 мг/м³ в течение 6 недель по 4 часа в день (понедельник – пятница). Концентрация сероводорода в затравочной камере производства Московского института профзаболеваний и гигиены труда им. Эрисмана измерялась индикаторными трубками фирмы «Auer» - Berlin (West).

Интактные животные находились также по 4 часа в течение 6 недель в герметически закрытой затравочной камере, что и опытные, но без присутствия серосодержащего газа. Все возрастные группы экспериментальных животных в течение 6 недель опыта через день получали внутримышечно тималин (производство Самсон – Мед ООО, г. Санкт – Петербург, Россия) из расчета 0,01 мг на 100 г массы тела. Введение альфа-токоферола ацетата (10% масляный раствор, производство Фармацевтическая фабрика Санкт – Петербурга ОАО, Россия) осуществлялось per os при помощи инсулинового шприца без иглы в дозе 0,5 мг на 100 г массы тела каждого животного в течение 14 дней до опыта и во время всего периода токсического воздействия.

После наркотизации животных этиламиналом натрия (внутрибрюшинно в дозе 5 мг на 100г массы тела) производили декапитацию. Процесс перекисного окисления липидов, согласно методике И.Д. Стальной, Т.Т. Гаришвили [6], индуцировали добавлением в среду аскорбиновой кислоты и ионов железа (II). Спектрофотометрические исследования проводили на спектрофотометре Ваекман (США) при длине волны 270 нм. Определялись следующие показатели свободнорадикальных процессов: исходное перекисное окисление липидов (ПОЛ) по уровню содержания малонового диальдегида (МДА) в нмоль/0,05 г сырого веса ткани, а скорость спонтанного (сп. ПОЛ) и аскорбатзависимого (Аск.ПОЛ) в нмоль образовавшегося МДА в пробе за 1 час инкубации. Окислительную модификацию белков в плазме крови определяли на основании реакции взаимодействия окисленных аминокислотных остатков белков с 2,4–динитрофенилгидразином (2,4-ДФГ) с образованием окрашенных производных динитрофенилгидразона при длине волны 270 нм на спектрофотометре Ваекман (США). Материалы исследования были обработаны статистически с использованием компьютерной программы Microsoft Excel.

Результаты исследования: При сравнении изучаемых показателей в плазме крови у интактных животных обращает на себя внимание тот факт, что содержание продуктов, реагирующих с тиобарбитуровой кислотой выше у старых животных, достигая уровня $2,01 \pm 0,06$ мкмоль/мг ($P < 0,05$). Значительно ниже показатели в молодом возрасте $1,86 \pm 0,02$ мкмоль/мг ($P < 0,05$) и у половозрелых животных $1,13 \pm 0,023$ мкмоль/мг ($P < 0,05$). Отмечается усиление скорости Аск. ПОЛ ($P < 0,05$) у молодых крыс по сравнению со старыми: с $69,32 \pm 3,4$ до $82,58 \pm 0,88$ нмоль/ч, а так же снижение уровня сп. ПОЛ: с $25,17 \pm 1,00$ до $19,15 \pm 0,20$ нмоль/ч. Окислительная модификация белков у молодых животных

составила $1,14 \pm 0,05$ ед/мг белка, а у старых произошло снижение до $0,86 \pm 0,46$ ед/мг белка.

При хроническом токсическом воздействии серосодержащего природного газа АГКМ интенсивность свободнорадикальных процессов и состояние антиоксидантной системы в плазме крови свидетельствуют о возрастных особенностях ответной реакции организма на действие токсиканта. Так, при сравнении показателей перекисидации липидов установлено, что содержание продуктов, реагирующих с тиобарбитуровой кислотой с возрастом увеличивается до $3,71 \pm 0,59$ мкмоль/мг ($P < 0,05$). Усиление скорости Аск. ПОЛ ($P < 0,05$) отмечается у молодых животных по сравнению со старыми: с $82,58 \pm 0,88$ нмоль/ч до $117,15 \pm 2,629$ нмоль/ч, но обнаружено снижение сп. ПОЛ: с $38,18 \pm 1,38$ до $34,89 \pm 0,51$ нмоль/ч.

Окислительная модификация белков у молодых животных достоверно снизилась и составила $0,61 \pm 0,04$ ед/мг белка, а у старых произошло увеличение показателей до $1,23 \pm 0,05$ ед/мг белка. Полученные данные говорят о влиянии сероводородсодержащего природного газа АГКМ на уровень свободнорадикальных процессов в плазме крови крыс, что отражает функциональную активность целостного организма. Во всех экспериментальных группах после введения комплекса антиоксидантов отмечена тенденция к снижению изучаемых показателей к контрольным значениям.

Выводы: результаты нашего исследования показывают, что наибольшие изменения в показателях перекисного окисления липидов наблюдаются в плазме крыс молодого возраста. Изучение уровня интенсивности окислительной модификации белков свидетельствует, что уровень скорости деструкции белков в плазме крови выше у старых животных. Это согласуется с литературными данными [5, 8] о том, что старение сопровождается разнонаправленными изменениями активности ферментов, позволяющим на новом функциональном уровне поддерживать физиологические процессы. Примененный комплекс антиоксидантов (тималин и витамин Е) обладает выраженным адаптогенным действием, повышая устойчивость плазмы крови крыс к воздействию активных форм кислорода, образующихся при хронической ингаляции природного газа.

Список литературы:

1. Барабой, В. А. Перекисное окисление и стресс / В. А. Барабой, И. И. Брехман, В.Г. Голожин с соавт. - М.: Наука, 2004. - 148 с.
2. Бучин, В.Н. Системные основы стресса у работников газовой промышленности / В.Н. Бучин, М.В. Лазько // Вест, новых мед. технологий. - 2002. – Т. 9, №2. - С.56-58.
3. Владимиров, Ю.А. Свободные радикалы в живых системах / Ю.А. Владимиров, О.А. Азизова, А.И. Деев с соавт. // Итоги науки и техники, 2000. – Т. 29. - С. 151-167.
4. Дубинина, Е.Е. Продукты метаболизма кислорода в функциональной активности клеток (жизнь и смерть, созидание и разрушение). Физиологические и клинико-биохимические аспекты / Е.Е. Дубинина. – Спб.: Изд-во Медицинская пресса.- 2006. – 400с.
5. Рожкова, И.С. Онтогенетические особенности показателей свободнорадикальных процессов плазмы крови крыс / Д.Л. Теплый, Б.В. Фельдман // Астраханский медицинский журнал. – 2013. – Т. 8, №1. – с. 209 – 211.
6. Стальная, И. Д. Метод определения малонового диальдегида с помощью тиобарбитуровой кислоты / И. Д. Стальная, Т. Т. Гаришвили // Современные методы в биохимии. – М.: Медицина – 1977. – С. 66–68.
7. Стефани, Д.В. Клеточные мембраны при иммунном ответе /Д.В.Стефани, И.И.Зернов // Проблемы мембранной патологии в педиатрии. - М: Медицина - 1984. - С.151-161.
8. Rao, G. Effect of age on the expression of antioxidant enzymes in male Fischer 344 rats /G. Rao, E. Xia, A. Richardson //Mech. Ageing and Dev. – 1990. – Vol. 53, № 1. – P. 49-60.

Сагитова Г.Р., Отто Н.Ю., Каширская Н.А.

**ОСНОВНЫЕ ПАРАКЛИНИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ
С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА**

Эндокринные заболевания занимают одно из ведущих мест в патологии детского возраста. Распространенность сахарного диабета увеличивается в эпидемических масштабах [1, 2, 4,5]. Распространенность СД 1 типа отражает то количество больных СД 1, которое находится на диспансерном учете. На основе этих данных планируется обеспечение больных СД 1 лекарственными препаратами, методами самоконтроля, как на федеральном уровне, так и на региональном [3,5,6]. Все большее значение приобретают исследовательские работы, отражающие особенности региональной патологии, позволяющие четко спланировать не только реестр пациентов, но и сформировать мероприятия лечебно-профилактического плана на перспективу. Одно из лидирующих позиций в структуре заболеваемости детей и подростков региона занимает патологии органов респираторной системы [7], а по данным Министерства Здравоохранения, каждые 10–15 лет число больных сахарным диабетом в Астраханской области удваивается.

Изучение проблем сахарного диабета, особенно у детей, является государственной и общенациональной задачей.

Цель. Изучить состояние соматического статуса детей, страдающих сахарным диабетом 1 типа (СД1) неинвазивными (инструментальными) методами.

Методы. Для проведения анализа морфофункциональных параметров состояния основных органов и систем мы использовали данные результатов обследования пациентов путем сплошного ретроспективного наблюдения за 15 летний период наблюдения.

Результаты. Анализируя показатели УЗИ, в 50% случаев был выявлен диабетический гепатоз и реактивные изменения поджелудочной железы без клинических проявлений, в связи с чем, ультразвуковое исследование органов брюшной полости приобретает весомое диагностическое значение у пациентов с СД1. Данные 15 летнего периода наблюдения позволили выявить наиболее часто встречаемые изменения на УЗИ у детей с СД1: увеличение печени и изменение ее структуры, реактивные изменения поджелудочной железы, анатомические изменения со стороны почек. Увеличение и изменение структуры печени на УЗИ в контрольной группе встречается в 2,5 раза реже, чем у детей с СД1, как и нормальных показателей УЗИ, которых у детей с СД1 в 1,7 раз меньше, чем в контрольной группе. Анатомические аномалии почек и добавочная селезенка в группе пациентов с СД1 регистрируются чаще чем в контрольной группе (в 1,3 раза и 1,7 раза соответственно).

У трети детей с СД 1 типа, которым проведено УЗИ щитовидной железы, выявлено увеличение щитовидной железы с признаками аутоиммунного тиреоидита (диффузно-неоднородная структура, фиброзные тяжи, зоны сниженной эхогенности). Патология щитовидной железы у пациентов с СД1 встречается в 5 раз чаще, чем в контрольной группе детей (6,4%).

У 36,4% детей с СД 1 типа, которым проведено ЭХО-ЭГ, выявлена внутричерепная гипертензия, которая регистрируется в 2,8 раза чаще, чем в контрольной группе (12,9%).

Больше чем у половины детей с СД 1 типа (57,2%), у которых проведено ЭХО-КС выявлены малые аномалии развития сердца, пролапс митрального клапана, эктопическая хорда, открытое овальное окно, которые встречаются в 2,5 раза чаще чем в контрольной группе (20-22%), в связи с этим возрастает диагностическая ценность данного исследования для пациентов с СД1.

Нами установлено, что у пациентов с СД1 в 7,3 раза чаще встречается синусовая аритмия, в 5 раз чаще чем в контрольной группе выявлялось нарушение внутри желудочковой проводимости, в 4,5 раза синдром ранней реполяризации желудочков, в 2,5 раза чаще возникали метаболические изменения в миокарде виде гипоксии миокарда, в 2,4 раза чаще регистрируется неполная блокада правой ножки пучка Гиса, в 2 раза чаще нарушения ритма в виде тахи - и брадикардии и в 1,8 раза миграция водителя ритма по предсердиям, в 1,7 раза чаще ЭОС отклонена влево.

Вышеуказанные изменения являются электрокардиографическими признаками дистрофии миокарда и являются показаниями к использованию бифункционального мониторинга и эхокардиографии для выявления кардиомиопатии у детей.

По нашим данным, минимальный «стаж», при котором развивается кардиопатия это 3 года,

средний – 4,4 года. Основными симптомами кардиопатии были нарушения ритма на ЭКГ - тахикардия, синусовая аритмия, дыхательная аритмия, ортостатическая тахикардия и на ЭХО-КС - кардиодистрофические изменения, кардиосклероз, расширение границ сердца, клинически - гипертония, шумы в сердце, отеки. Процент кардиопатии в разные годы за 15 летний период наблюдения составлял 15,1% - 1,1%. Важную роль в течении, прогнозе СД1 играют осложнения: поражения органа зрения, нефропатия, гепатоз, кардиопатия, нейропатия. На уровень и структуру осложнений существенное влияние оказывает возраст, пол ($t=2,2$) и «стаж» заболевания ($t=1,4$).

Выводы. Показатели параклинических методов исследования у больных СД1 зависят от тяжести течения заболевания, развития осложнений.

Диагностическую ценность имеет ультразвуковое исследование органов: у 50% больных жировой гепатоз верифицируется только эхографически, МАРС (у 52%), реактивный панкреатит (17,3%), пороки развития почек (8,6%). Нарушение внутрижелудочковой проводимости, ранняя реполяризация желудочков регистрируется (по данным ЭКГ) в 5 раз чаще, чем в контрольной группе, в 1,8 раз чаще выявляется миграция водителя ритма.

Список литературы:

1. Дедов, И.И., Балаболкин, М.И., Шестакова, М.В. Реализация федеральной целевой программы «сахарный диабет» / И.И. Дедов, М.И. Балаболкин, М.В. Шестакова. – М., 2004. - 160 с.
2. Карпова Е.В. Сердце и диабет: Ритм без перебоев / Е.В. Карпова // Диабет. Образ жизни, 2011. – Режим доступа: <http://www.endocrin.ru>.
3. Патент на изобретение № 2466407 05.10.2011 РФ Способ дифференциальной диагностики сахарного диабета и ацетонемической рвоты у детей / Ильенко Т.Л., Башкина О.А., Макаров В.А., Голубкина С.А. //
4. Сагитова Г.Р. Клинический этикет. Учебное пособие. /Сагитова Г.Р., Мирошников В.М. – Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию, Астраханская гос.мед.акад., Астрахань.- 2008.- 124С.
5. Сагитова Г.Р. Осложнения сахарного диабета в детском возрасте. Монография./Г.Р.Сагитова., Н.Ю. Отто. -Астрахань: АГМА.-2010.-122с.
6. Статистические данные ВОЗ: Информационный бюллетень. – 2011. - №312.
7. Трунцова Е.С. Проблемы хронических бронхолегочных заболеваний у подростков. / Трунцова Е.С., Сагитова Г.Р //Вестник современной клинической медицины. -2009.- №3.- С.37-39.

Сагымбаева А.А., Сагымбаева А.А.

*Казахский Национальный Медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова,
г. Алматы, Республика Казахстан*

ПАПИЛЛОМАТОЗ ГОРТАНИ У ДЕТЕЙ

Цель работы: Несмотря на то, что на сегодняшний день известно не менее 50 различных методов лечения, главной целью нашей работы явилось выявление наиболее эффективного метода путем сравнения 2 способа лечения больных папилломатозом гортани.

Задачи: Определить оптимальный метод лечения папилломатоза гортани.

Материалы и методы исследования:

Исследование состоит из 2 этапов. Согласно мнению многих авторов, самыми высокоэффективными патогенетически обусловленными методами лечения респираторного папилломатоза у детей являются – Т-активин, дискретный плазмаферез, лейкомакс. Поэтому мы решили на первом этапе разделить пациентов на 3 группы, и провести лечение для дальнейшего определения результатов обнаружения рецидивов. Данный метод используется в совокупности всех 3 видов, с целью иммунокоррекции и экстракорпорального очищения крови. Поэтому мы поделили больных по тем самым трем видам лечения.

А на втором этапе, мы применили метод 2-этапного комбинированного лечения больных с хроническим рецидивирующим ПГ и трахеи. Первый метод заключался в эндоларингеальной эндо-

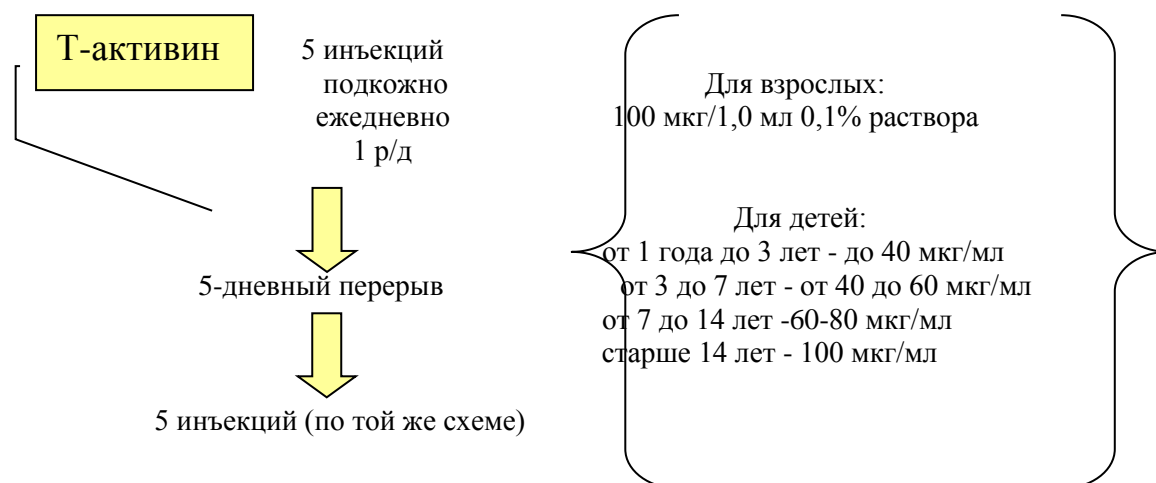
скопической операции. Для этого мы применили Nd:YAG-лазерную деструкцию, аргонно-плазменную коагуляцию и электрорезекцию папилломы. После больным проводили ФДТ.

Результаты исследования и их обсуждение: Анализ клинических результатов производился с использованием программного обеспечения Microsoft Excel и Statistica 7.0.

При изучении результатов лечения у 24 больных после курса лечения Т-активин признаков рецидива папиллом не отмечено у 56% больных, из 40 детей после курса лечения дискретным плазмаферезом признаков рецидива не отмечено у 65%. Из 32 больных после курса лечения лейкомаксом признаков рецидива папиллом не отмечено у 71% больных (Таблица №1).

Таблица №1

№	Лечение:	Всего испытуемых:	Признаков рецидива «НЕ отмечено»
1.	Т-активин	24	56%
2.	Дискретный плазмаферез	40	65%
3.	Лейкомакс	32	71%



Дискретный плазмаферез проводят в специально оборудованном кабинете бригадой, состоящей из хирурга и медицинской сестры. После катетеризации подключичной или кубитальной вены по Сельдингеру определяют основные показатели гемодинамики: АД, ЦВД, ЧСС.

Лейкомакс вводят внутривенно в дозе 5 мкг/кг массы тела в день с продолжительностью лечения 10 дней.

Что же касается пациентов, проходившие 2-этапное комбинированное лечение, то после завершения курса лечения полная регрессия папилломы достигнута у 78% больных, частичная регрессия – у 22%. Межрецидивный период увеличился в 2,5 раза.

Характер течения заболевания весьма variabelен: от спонтанной долгосрочной ремиссии до часто рецидивирующего [1]. В среднем с момента появления первых симптомов до установления клинического диагноза у детей проходит около 1 года. Наиболее частым симптомом дебюта является в разной степени выраженная дисфония. В дальнейшем к ней присоединяется стридор – вначале инспираторный, затем смешанный. Реже в качестве начальных признаков отмечаются хронический кашель, рецидивирующие пневмонии, дисфагия, задержка психомоторного развития.

В последних обзорах литературы на данную тему выделяют 3 основные направления поиска новых методов лечения:

- 1) разработка новых и усовершенствование уже существующих методик хирургического лечения;
- 2) поиск эффективных средств адьювантной терапии;
- 3) предотвращение заболевания путем вакцинации от HPV [2,3,4].

Заключение: При папилломатозе гортани, безусловно, лечение должно быть комплексным и

успех достигается при сочетании традиционных методов с современными методами физического воздействия, экстракорпорального очищения крови и иммунокоррекции. Несмотря на низкую распространенность, рецидивирующий респираторный папилломатоз – одна из актуальных проблем современной оториноларингологии, требующая дальнейшего изучения, разработки и внедрения новых способов консервативного и хирургического лечения. Поскольку папилломы после проникновения способны вызывать серьезные последствия, данному заболеванию стоит уделять самое пристальное внимание.

Список литературы:

1. Овчинников Ю.М., Киселев В.И., Солдатский Ю.Л., Артемьев М.И., Онуфриева Е.К., Барановский П.М., Щепин Н.В., Сметанина С.Е., Гаспарян С.Ф., Стеклов А.М. Распространенность типов вируса папилломы человека и их влияние на течение заболевания у детей, страдающих рецидивирующим респираторным папилломатозом // Вестник оториноларингологии. 2004. № 3. С. 29–33.
2. Hermann J.S., Pontes P., Weckx L.L., Fujita R., Avelino M., Pignatari S.S. Laryngeal sequelae of recurrent respiratory papillomatosis surgery in children // Rev Assoc Med Bras. 2012. Vol. 58 (2). P. 204–208.
3. Плужников М.С., Рябова М.А., Карпищенко С.А. Современные подходы к комбинированному лечению рецидивирующего респираторного папилломатоза // Вестник оториноларингологии. 2008. № 4. С. 29–37.
4. Солдатский Ю.Л., Онуфриева Е.К., Погосова И.Е., Стрыгина Ю.В., Дюдя А.В. Инфицированность вирусом папилломы человека верхних дыхательных путей у детей без клинических признаков респираторного папилломатоза // Вестник оториноларингологии. 2009. № 1. С. 16–19.

Стулов А.С., Салихова Н.Ф., Мартынова О.В.

*ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Астрахань, ГБУЗ АМОКБ, г. Астрахань, Россия*

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КЛИНОПТИЛОЛИТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНИЧКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ И ГНОЙНЫХ РАН

Клиноптилолиты – это прочная пористая кремнистая осадочная горная порода. Опока состоит в основном из микрозернистого водного аморфного кремнезёма (до 97%) обычно с примесью глины, песка, глауконита и др. От других минералов опока отличается большой однородностью и раковистым изломом. Цвет от светло-серого до тёмно-серого, почти чёрного [1, 3, 7].

Уникальные адсорбционные и ионообменные свойства, химическая и механическая устойчивость цеолитов, высокая кислотная и радиационная стойкость высококремнистых цеолитов обуславливают их широкую область применения. Несмотря на многогранность спектра применения клиноптилолитов и их возможность утвердиться в некоторых медицинских специальностях как средство выбора при тех или иных ситуациях, стоит задуматься, что на одномоментное многонаправленное внедрение уйдет довольно продолжительный временной промежуток, довольно значительная доказательно-научная база и непосильные на сей день финансовые затраты [4, 5, 6, 7].

Чтобы довольно быстро зарекомендовать клиноптилолиты как средство выбора, было принято решение внедрить их в первую очередь в область медицины, где применение возможно на большом количестве пациентов–добровольцев, которыми может стать каждый человек, а также спустя непродолжительный период лечения виден стойкий результат – это дерматология. Увы, но статистика заболеваемости дерматозами дает о себе знать, более плачевно, что значительная часть людей не придает смысла данным заболеваниям и обращается в медицинское учреждение (или даже аптеку) исключительно лишь в крайних ситуациях, пуская все на самотек. Часть людей принимает это как должное и не считает такое состояние патологическим. Среди всех дерматозов гнойничковые заболевания кожи стоят на первом месте. Они составляют достаточно большую часть кожных заболеваний, и около половины всех случаев временной нетрудоспособности из-за болезней кожи приходится на долю пиодермитов. Часто гнойничковые заболевания кожи встречаются у всех групп населения, но

существует и особая группа риска (работники строительной, металлургической, транспортной, горной промышленности и др.). У детей пиодермиты также являются самыми распространенными заболеваниями из всех дерматозов детского возраста [2].

Наиболее частыми возбудителями гнойничковых заболеваний кожи являются стафилококки и стрептококки. Широкое распространение гнойничковых заболеваний кожи объясняется тем, что стафилококки и стрептококки окружают человека повсюду и существуют на коже и слизистых в сапрофитном состоянии. На коже здоровых людей почти всегда имеются стафилококки, чаще они располагаются в устьях волосяных мешочков и в протоках сальных желез. Среди них только 10 % являются патогенными. Стрептококков на коже здоровых людей значительно меньше, и локализуются они в основном в кожных складках [2].

Цель работы: Изучение механизма действия клиноптилолитов в лечении воспалительных заболеваний кожи у человека.

Материалы и методы. Нам удалось набрать значительную экспериментальную группу пациентов (общим числом 50 человек, среди них были: 26 лиц женского пола, 24 – мужского пола (в том числе 9 подростков от 16 до 18 лет)), страдающих неспецифическими гнойничковыми заболеваниями кожи (пиодермитами), которые на добровольных началах согласились опробовать минерал «Опокацеолит» как пример лекарственного препарата первого выбора при отсутствии применения других медицинских средств для лечения неспецифических пиодермитов. Рассматривались пациенты исключительно с локальными (не генерализованными) формами дерматозов типичной локализации (кожа рук, лица, области надплечья, спины, ног), исключая форм, затрагивающих наружные половые органы.

Результаты исследования. Курс лечения составлял около семи дней (в зависимости от площади, глубины поражения, локализации, давности процесса и индивидуальных особенностей). По результатам проведенных исследований удалось получить: у 60% (30 человек) определялось полное устранение пиодерматозов в сроки до 7 дней; у 30% (15 человек) – полное устранение пиодерматозов в задержанные сроки (до 14 дней); у 10 % (5 человек) – частичное устранение пиодерматозов в задержанные сроки (до 14 дней) с тенденцией к продолженной положительной динамике.

Выводы. Метод местного использования имеет определенный эффект в области лечения неспецифических пиодерматозов: полное устранение пиодерматозов в определенные сроки. Вследствие выраженного адсорбирующего действия опока обладает подсушивающим действием, которое способствует нормализации терапевтического эффекта лекарственного препарата.

Список литературы:

1. Арнаутов Н. Стандартные образцы химического состава природных минеральных веществ. СО РАН. 1990, 220 с.
2. Бутова Ю.С., Скрипкина Ю.К., Иванова О.Л. Дерматовенерология. Национальное руководство. Краткое руководство. М. ГЭОТАР-Медиа, 2013. 896 с.
3. Глебова А.А., Аракельян Р.С., Яворский Н.И. Природные минералы в косметологии //В сборнике: ИССЛЕДОВАНИЯ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ - ВКЛАД В ИННОВАЦИОННОЕ РАЗВИТИЕ РОССИИ "Участник молодежного научно-инновационного конкурса" ("У.М.Н.И.К."). 2013. С. 42.
4. Заплетина Н.А., Аракельян Р.С., Яворский Н.И. Инновационное использование клиноптилолита в косметологии //В книге: ИССЛЕДОВАНИЯ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ - ВКЛАД В ИННОВАЦИОННОЕ РАЗВИТИЕ РОССИИ доклады молодых ученых в рамках программы «Участник молодежного научно-инновационного конкурса» («У.М.Н.И.К.»). составитель М. В. Лозовская. 2014. С. 69-70.
5. Иванова Е.С., Аракельян Р.С., Быков И.А., Яворский Н.И. Применение мелкозернистых кремнеземов в травматологической практике //В книге: ИССЛЕДОВАНИЯ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ - ВКЛАД В ИННОВАЦИОННОЕ РАЗВИТИЕ РОССИИ Доклады молодых ученых в рамках программы «Участник молодежного научно-инновационного конкурса» («УМНИК»). сост. М.В. Лозовская, А.Г. Баделин. 2015. С. 68-70.
6. Медетова Д.Р. Получение и физико-химические свойства энтеросорбентов на основе растительного материала: дисс. на соискание ученой степени кандидата химических наук, Саратов, 2015, 135 с.
7. Стулов А.С., Аракельян Р.С., Яворский Н.И. Центр лечения клиноптилолитами //В сборни-

Сарбасова А.Е., Синчихин С.П., Мамиев О.Б., Нагаева О.Е., Бердиева С.А.

**ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Астрахань, Россия**

К ВОПРОСУ О ПРИМЕНЕНИИ ПРЕПАРАТОВ ГЛЮКОНАТА КАЛЬЦИЯ И ТРАНЕКСАМОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ РОДОРАЗРЕШЕНИИ

Цель: изучить динамику показателей крови при применении препаратов глюконата кальция и транексамовой кислоты во время операции кесарева сечения.

Материалы и методы исследования: Проанализированы значения показателей гемограммы, гемостазиограммы, а также содержания в крови кальция в периоперационном периоде у 160 пациенток родоразрешенных путем операции кесарева сечения, которые были разделены на клинические группы по 40 чел в каждой. В период проведения разреза передней брюшной стенки последовательно внутривенно струйно в периферическую вену вводили пациенткам 1-й группы 10 мл 10% раствора глюконата кальция, а затем 10 мл (1 грамм сухого вещества) препарата транексамовой кислоты, женщинам 2-й группы – только 10 мл 10% раствора глюконата кальция, а пациенткам 3-й группы – только 10 мл препарата транексамовой кислоты (1 грамм сухого вещества). Контрольную, 4-ю группу, сформировали пациентки, у которых вышеуказанные препараты с профилактической целью во время кесарева сечения не применялись.

Результаты исследования и их обсуждения: у всех исследуемых пациенток до операции наблюдались близкие и неблагоприятные для надежного гемостаза изменения в показателях свертывающей системы крови. Применение препарата глюконата кальция способствовало сохранению стабильного значения кальция в крови у пациенток 1-й и 2-й групп ($2,5 \pm 0,09$ ммоль/л), тогда как во 3-й и 4-й группах отмечается снижение уровня данного элемента в послеоперационном периоде ($1,76 \pm 0,01$ и $1,6 \pm 0,01$ ммоль/л, соответственно), что подтверждает отсутствие быстрого возмещения иона кальция в данных группах в первые сутки послеоперационного периода. Применение транексамовой кислоты у пациенток 1-й и 2-й групп ускоряло блокировку механизма активации и превращения профибринолизина (плазминогена) в фибринолизин (плазмин), что способствовало снижению (на 20-30%) кровопотери в периоперационном периоде. При этом в 1-й группе кровопотеря была наиболее минимальной (до 400 мл), т.к. повышение гемостатического эффекта достигалось синергическим действием двух препаратов – глюконата кальция и транексамовой кислоты. У пациенток 4-й группы положительные изменения показателей системы свертывания крови не наблюдались, что и выражалось в более высокой периоперационной кровопотери у пациенток этой группы в сравнении с женщинами других групп.

Выводы. У пациенток, у которых во время операции кесарева сечения одновременно используются препараты глюконата кальция и транексамовой кислоты, показатели системы гемостаза статистически достоверно изменяются в положительную сторону и находятся в интервале нормальных значений в периоперационном периоде, по сравнению с теми пациентками, у которым данные препараты с профилактической целью не применялись или применялся по отдельности. Сочетанное применение препаратов кальция и транексамовой кислоты способствует снижению (до 40%) объема периоперационной кровопотери.

Список литературы:

1. Доброхотова Ю.Э., Кузнецов П.А., Копылова Ю.В., Джохадзе Л.С. Кесарево сечение: прошлое и будущее. Гинекология. - 2015; - № 03 – С. 64–66.
2. Милованов А.П., Лебеденко Е.Ю., Михельсон А.Ф. Пути снижения акушерских потерь. Акушерство и гинекология. - 2012. - № 4-1. - С. 74-78.
3. Сидорова И.С., Унанян А.Л. Невынашивание беременности: нарушение антиоксидантной защиты и её коррекция. Российский вестник акушера-гинеколога. - 2009.-Т. 9. № 1. - С.14-16.

4. Синчихин, С. П. Ювенильная беременность: прогнозирование и профилактика пернатальных осложнений // Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук. – Москва. - 2005.

*Саркисов А.А, Караков К.Г, Исамулаева А.З, Мордасов Н.А,
Иванюта И.В, Хачатурян Э.Э, Исамулаева А.И, Саркисов А.А.*

*ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Астрахань, ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г.Ставрополь, Россия*

ИССЛЕДОВАНИЕ АНТИРЕЗОРБТИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ С РАЗНЫМ МЕХАНИЗМОМ ДЕЙСТВИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА

Воспалительные заболевания пародонта характеризуются неуклонным ростом и широкой распространенностью среди населения [1,7-9]. По данным доклада научной группы ВОЗ (2010), в котором обобщены результаты обследования населения 53 стран в возрасте от 15-44 лет, распространенность заболеваний пародонта составила 55-99% [2]. Особенности течения, прогноз и тактика лечения заболеваний пародонта тесно связаны с параметрами гомеостаза организма и приемом некоторых лекарственных препаратов [3]. Роль стероидного остеопороза в развитии заболеваний пародонта изучена недостаточно, а имеющиеся сведения довольно противоречивы [4]. Поэтому особое значение приобретают исследования, касающиеся дифференцированного выбора остеотропной терапии, направленной на повышение процессов метаболизма и ремоделирования в структурах костной альвеолярной ткани у больных генерализованным пародонтитом [5].

Для профилактики и терапии хронического генерализованного пародонтита на фоне вторичного остеопороза применяют препараты с антирезорбтивным (антикатаболическим) эффектом или с анаболическим (повышающим костеобразование) действием. Антирезорбтивные препараты включают бисфосфонаты (алендронат, ибандронат, ризедронат, золедроновая кислота), эстрогены, селективные модуляторы эстрогеновых рецепторов (ралоксифен), кальцитонин лосося. Анаболические препараты представлены терипаратидом и рекомбинантным человеческим паратиреоидным гормоном. Стронция ранелат обладает как антирезорбтивным, так и анаболическим эффектами [6]. Деносумаб является принципиально новым антирезорбтивным лекарственным средством, обладающим прямым воздействием на ключевую систему RANK/RANKL/OPG, регулирующую костную резорбцию. Деносумаб — это полностью человеческое моноклональное антитело (изотип иммуноглобулина IgG) к RANKL, механизм действия которого заключается в связывании с RANKL и предотвращении взаимодействий RANK/RANKL.

Цель: сравнение эффективности терапевтического комплекса мероприятий лечения хронического генерализованного пародонтита средней степени тяжести на фоне вторичного остеопороза путем применения генно-инженерного препарата человеческого антитела к лиганду рецептора активатора ядерного фактора κ 3 – деносумаб и бисфосфоната – алендронат.

Материалы и методы: в основу работы положено комплексное стоматологическое обследование и лечение 82-х больных, страдающих хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести на фоне вторичного остеопороза. В зависимости от метода комплексного лечения пациенты были разделены на две группы, которым вне зависимости от исследования провели традиционную комплексную терапию: после устранения вредно действующих факторов использовали местно, под индивидуальную капу, гель «Метрогил-дента» и «Парагель». Для нормализации тканевого обмена окислительно-восстановительных процессов и усиления способности тканей к регенерации применяли метацил [2]. В I группе (41 человек) дополнительно к традиционной терапии назначали препарат алендронат 70 мг по 1 таблетке 1 раз в неделю в течение 4 недель. Больным II группы (41 человек), дополнительно к традиционной терапии назначали препарат деносумаб 60 мг в виде подкожной инъекции 1 раз каждые 2 месяца в наружную поверхность плеча в течение 6 месяцев.

Результаты: ближайшие результаты эффективности используемых лечебных комплексов у больных I–II групп оказались идентичными. Ликвидация воспалительного процесса в пародонте после лечения достигнута у 87,5% и у 90,6 % пациентов. Вместе с тем, несмотря на положительные

клинические результаты, позитивная динамика показателей уровня минеральной плотности костной ткани челюстей и маркеров костного ремоделирования по завершении лечения отмечена лишь у пациентов II группы. Проведенное клинико-лабораторное обследование через 6 месяцев свидетельствовало, что наибольшее количество лиц с клинико-рентгенологической стабилизацией патологического процесса в пародонте зафиксировано у лиц II группы (у 87,5 % чел.), минимальное у пациентов I группы (в 61,8 % случаев). Индекс активности остеопороза в II группе снизился до $8,4 \pm 1,3$ балла против $13,2 \pm 1,4$ балла у лиц I группы. Среднее процентное изменение минеральной плотности костной ткани в общем показателе за 6 месяцев с начала исследования у принимавших деносуида составило 3,5%, у принимавших алендронат — 2,6% ($p < 0,0001$). Максимальное снижение составило в первый месяц для маркеров костной резорбции СТХ-1 89% против 61% для алендроната ($p < 0,0001$), к третьему месяцу — 89% против 66% ($p < 0,0001$). Снижение показателей маркеров костного формирования аминотерминального пропептида протоколлагена I типа (P1NP) также было более значимо в группе деносуида ($p < 0,0001$). Содержание P1NP в группе принимавших деносуида в первый месяц снизилось на 26% против 11% для принимавших алендронат. Максимальное снижение P1NP было зарегистрировано через 3 месяца — на 76% в группе деносуида против 56% в группе алендроната и сохранялось на протяжении 6 месяцев лечения (72% против 65% на алендронате) [4].

Выводы: в результате проведенных клинических исследований было доказано, что назначение деносуида эффективно подавляет костную резорбцию, увеличивает минеральную плотность костной ткани. Деносуида не повреждает остеокласты, но уменьшает их количество, в то время как алендронат ингибирует функционирование остеокластов и повреждает их цитоскелет. Деносуида продемонстрировал более мощное и быстрое снижение маркеров костной резорбции по сравнению с алендронатом. Патогенетическая терапия с целевым воздействием на ключевой процесс активации и выживаемости остеокластов — сигнальный путь RANKL/RANK/OPG — многообещающая стратегия преодоления многих недостатков существующих схем лечения заболеваний пародонтита на фоне вторичного остеопороза.

Список литературы:

1. Караков К.Г., Власова Т.Н., Оганян А.В., Мордасов Н.А. Оценка результатов терапии хронического генерализованного пародонтита у больных, длительно принимающих глюкокортикоиды с применением препарата стронция ранелат. // *Маэстро стоматологии* №3 (59), 2015г., С. 92-94.
2. Караков К.Г., Власова Т.Н., Оганян А.В., Мордасов Н.А. Оценка результатов комплексной терапии хронического генерализованного пародонтита у больных, длительно принимающих глюкокортикоиды. // *Медицинский алфавит* 22 (263) 2015 стоматология том №4, С 15-17.
3. Караков К.Г., Мордасов Н.А., Лысова М.М., Иванюта И.В. Ингибитор RANKL Деносуида – новый терапевтический подход к лечению хронического генерализованного пародонтита на фоне системного остеопороза. // *Научный медицинский вестник*. 2016. №1(3). С.8-13.
4. Мордасов Н.А., Иванюта И.В. Сравнительное исследование двух антирезорбтивных препаратов с различным механизмом действия при лечении хронического генерализованного пародонтита на фоне вторичного остеопороза. // *Научный альманах*. 2016. N 5-3(19). С.319-323.
5. Караков К.Г., Власова Т.Н., Оганян А.В., Хачатурян Э.Э., Мордасов Н.А., Хачатурян А.Э., Саркисов А.А. Терапевтический подход к лечению хронического генерализованного пародонтита на фоне системного остеопороза. // *Медицинский алфавит* №9 (272) 2016 стоматология том №2, С 12-16.
6. Мордасов Н.А., Иванюта И.В., Новиков С.В., Лысова М.М. Сравнительное исследование комплексной терапии хронического генерализованного пародонтита средней степени тяжести на фоне вторичного остеопороза. // *Научный медицинский вестник*. 2016. №2(4). С.88-95.
7. Нуржанова С.С., Удочкина Л.А. Частичная вторичная адентия у мужчин и женщин зрелого и пожилого возраста г. Астрахани // *Астраханский медицинский журнал*. 2010. - Т. 5. - № 1. - С. 74-80.
8. Удочкина Л.А., Нуржанова С.С. Критерии оценки состояния слизистой оболочки десны в различных периодах онтогенеза // *Астраханский медицинский журнал*. - 2011. - Т. 6. - №3. - С. 257-258.
9. Удочкина Л.А., Нуржанова С.С. Показатели частичной вторичной адентии у мужчин и женщин зрелого и пожилого возраста г. Астрахани // *Здоровье - основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения*. - 2010. - Т. 5.- №1. - С. 437.

*Саркисов А.А., Караков К.Г, Исамулаева А.З., Орлов Ф.В., Спицына А.В.,
Исамулаева А.И., Магомедов Ш.Ш.*

*ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Астрахань,*

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Ставрополь,

ГБУЗ АО «Городская клиническая больница №3 имени С.М. Кирова», г. Астрахань, Россия

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРАДОНТА

Воспалительные заболевания пародонта — наиболее распространенные и приводят к преждевременным дефектам в зубных рядах, способствуя развитию различных патологических процессов [1,2,4-6,7,8]. В настоящее время известно множество схем консервативного лечения заболеваний пародонта, среди которых преобладают противовоспалительные и антибактериальные средства [1,5].

В настоящее время апробируются препараты комбинированного антимикробного, гомеопатического, гомо- и иммунокорригирующего и физиотерапевтического действия [2,3,5,8,9]. Предложены новые технические способы введения препаратов для достижения максимального проникновения в очаги воспаления.

Цель: сравнительная характеристика различных способов лечения воспалительных заболеваний пародонта.

Материалы и методы: провели комплексное лечение 36 пациентов с разными формами заболеваний пародонта. При лечении использовали следующие способы и препараты. В качестве противовоспалительного средства использовали 0,15% раствор хлоргексидина, которым пациенты 3 раза в день по 4 мин в течение всего курса лечения полоскали полость рта. При помощи желатиновых пленок на очаг воспаления 3 раза в день воздействовали комбинированным препаратом «Метрогил Дента» (гель). Лечение сопровождали нормализацией микрофлоры полости рта, путем вспыскивания препаратом ИРС-19 (3 раза в день в течение 14 дней). Для иммунной коррекции использовали препарат «Имудон», таблетки которого пациенты рассасывали в полости рта 6 раз в день в течении 10 дней. Улучшение капиллярного кровообращения достигалось мануальным массажем тканей пародонта, который осуществляли пациенты 4 раза в день по 3 минуты каждый раз. Курс комплексного лечения в зависимости от форм течения ВЗП продолжался 5-14 дней. Контрольные исследования проводили через месяц после завершения лечения. Для эрадикации *Helicobacter pylori* из пародонтальных карманов, приводящего к хронизации ВЗП и более тяжелому их течению пациентам назначили системный антибиотик клоритромицин (по 0,5 г 2 раза в сутки в течении 10 дней). Эрадикация протозоозов полости рта достигалась препаратом метронидазол, содержащимся в геле «Метрогил Дента». Комбинация способов и препаратов лечения в зависимости от форм течения следующая: при очень легкой применяли противовоспалительное полоскание полости рта и нормализация ее гигиены; при легкой- дополнительно местное применение антибактериальных средств (гели, мази или аэрозоли); при средней- дополнительно обработка, кюретаж пародонтальных карманов, их промывание противовоспалительными средствами; при тяжелой дополнительно вскрытие и дренирование гноя из очагов воспаления, бактериальные препараты для нормализации микрофлоры полости рта (по показаниям шинирование причинного зуба), при очень тяжелой дополнительно местная иммунокоррекция, гидро- или мануальный массаж для улучшения тканевого кровообращения, по показаниям – удаление причинного зуба; при хроническом ВЗП, осложненные *Helicobacter pylori*- дополнительно системный антибиотик с широким антибактериальным спектром действия.

Результаты: наиболее высокая эффективность достигается при лечении очень мягких форм воспалительных заболеваний пародонта, представленные в основном гингивитом – 98,3%. При лечении средних форм течения воспалительных заболеваний пародонта (начальные, а в ряде случаев несколько запущенные стадии хронического пародонтита), при которых обращаемость пациентов достигает высокого уровня, осуществляется более широкий круг стоматологических услуг. Хотя лечебный эффект по сравнению с отмеченными выше формами воспалительных заболеваний пародонта

несколько и снижается, но все же его следует признать весьма значительным — 86,2%. Особенно сложно лечение тяжелых форм течения воспалительных заболеваний пародонта. Хотя обращаемость пациентов и снижается, но эти формы представлены хроническими, длительно протекающими стадиями пародонтита. Поэтому пациентам оказывался более широкий круг стоматологических услуг, что позволило достигнуть более высокий эффект, составивший 77,6%. Еще сложнее лечение очень тяжелых форм течения ВЗП (хронический генерализованный пародонтит, ранее подвергавшийся неадекватному лечению). Их лечение требует использования наиболее широкого ассортимента стоматологических услуг, вплоть до применения наиболее радикальной лечебной меры - удаления причинного зуба. В результате удалось излечить 72,2% пациентов.

Неизлеченные случаи воспалительных заболеваний пародонта в основном были связаны с тем, что пациенты по мере улучшения клинической картины заболевания самостоятельно прерывали визиты к стоматологу и не завершали предусмотренный курс лечения. Повторное лечение среди них проводилось по мере возникновения посттерапевтических рецидивов воспалительных заболеваний пародонта, которые происходили спустя 1,5-7 месяцев после завершения лечения.

Помимо этого, результаты лечения хронических воспалительных заболеваний пародонта, осложненных Н. рylori, при котором был достигнут наиболее высокий лечебный эффект, составивший 92,1 ±4,4%, дают нам основание для включения в лечебный процесс и системных антибиотиков. Использованный нами «Кларитромицин» не только обеспечил эрадикацию Н. рylori, но, обладая широким антибактериальным спектром, еще больше усилил воздействие на пародонтопатогенную микрофлору.

Выводы: эффективность лечения воспалительных заболеваний пародонта общепринятыми способами и препаратами напрямую связана с дифференцированным набором стоматологических услуг относительно для каждой стадии течения заболевания. Достижению желаемого лечебного эффекта при хронических воспалительных заболеваниях пародонта способствует включение в комплексную терапию препаратов, приводящих к эрадикации простейших полости рта и Н. рylori, которые не только осложняют клиническое течение заболевания, но и снижают эффективность их консервативного лечения.

Список литературы:

1. Вольф Г.Ф. Пародонтология / Герберт Ф. Вольф, Эдит М. Ратейцхак, Клаус Ратейцхак; Пер. с нем.; Под ред. проф. Г. М. Барера. - М.: МЕДпресс-информ, 2010. - 179-190 с.
2. Грудянов, А. И. Заболевания пародонта / А. И. Грудянов. - М.: Медицинское информационное агентство, 2009. - 328 с.
3. Исамулаева А.З., Кунин А.А., Спицына А.В., Сергиенко Д.Ф., Исамулаева А.И. Клинико-иммунологическая оценка эффективности применения интерлейкина-1β в гелевой форме у больных с поражением пародонта // Пародонтология. 2014. №4(73). С.63-67.
4. Нуржанова С.С., Удочкина Л.А. Частичная вторичная адентия у мужчин и женщин зрелого и пожилого возраста г. Астрахани // Астраханский медицинский журнал. 2010. - Т. 5. - № 1. - С. 74-80.
5. Орехова Л. Ю. Заболевания пародонта. - М.: Поли Медиа Пресс, 2004. - 432 с.
6. Саутиев А.М., Удочкина Л.А., Нуржанова С.С. Частичная вторичная адентия у жителей г. Астрахани 21 -76 лет // Журнал анатомии и гистологии. - 2015. - Т.4, № 3. - С. 108.
7. Удочкина Л.А., Нуржанова С.С. Критерии оценки состояния слизистой оболочки десны в различных периодах онтогенеза // Астраханский медицинский журнал. - 2011. - Т. 6. - № 3. - С. 257-258.
8. Удочкина Л.А., Нуржанова С.С. Показатели частичной вторичной адентии у мужчин и женщин зрелого и пожилого возраста г. Астрахани // Здоровье - основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. - 2010. - Т. 5. - № 1. - С. 437.
9. Toyman U., Tüter G., Kurtiş B. et al. Evaluation of gingival crevicular fluid levels of tissue plasminogen activator, plasminogen activator inhibitor 2, matrix metalloproteinase-3 and interleukin 1-β in patients with different periodontal diseases // J. Periodontal. Res.-2014.-Apr 2. doi:10.1111/jre.12179. DOI: 10.1111/jre.12179.

Сергиенко Д.Ф., Кондратьева Е.И., Янкина Г.Н.

**ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА T-1488С ГЕНА ИФН- γ НА ТЕЧЕНИЕ
МУКОВИСЦИДОЗА У ДЕТЕЙ**

Муковисцидоз является наследственной энзимопатией с аутосомно-рецессивной передачей. Значение муковисцидоза в педиатрической практике чрезвычайно велико, поскольку- это системное заболевание с поражением жизненно важных органов и неблагоприятным прогнозом [1,2,3,4].

Цель: Изучить ассоциацию полиморфизма T-1488С гена ИФН- γ с течением бронхолегочного процесса и с характером поражения системы пищеварения у больных муковисцидозом.

Материалы и методы: В исследование были включены 63 пациента с МВ. Все дети были обследованы по общим клиническим методикам согласно стандартам, рекомендованным для данной категории больных. В контрольную группу вошел 91 здоровых русских жителей г. Томска. Генотипирование полиморфных маркеров изучаемых генов осуществляли с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР) и анализа полиморфизма длины рестрикционных фрагментов (ПДРФ-анализа). Определение полиморфных генетических маркеров генов проводили на базе НИИ медицинской генетики ТНЦ СО РАМН, г. Томск. Статистический анализ осуществлялся с помощью пакета программ Statistica-6.

Результаты: При исследовании взаимосвязи полиморфизма в гене ИФН- γ с течением бронхолегочного процесса при МВ был обнаружен ряд закономерностей. У носителей мутантного аллеля модификации T-1488С прослеживалось более благоприятное течение бронхолегочного процесса, выражающиеся лучшими показателями объема форсированного выдоха (ОФВ1) (71,6% от должностящего (от д.) против 54,8% от д. ($p=0,046$)) в старшей возрастной группе и более редким высеваем грамотрицательной микрофлоры из бронхиального дерева (45,8% и 91,2% соответственно ($p<0,01$)), по сравнению с гомозиготами по нормальному аллелю T.

Возможно, столь благоприятное влияние аллеля С связано с высокой экспрессией ИФН- γ , способного повышать фагоцитарную и бактерицидную деятельность макрофагов, нейтрофилов в очаге поражения (легочной ткани), секрецию оксида азота (NO), регулировать липополисахоридиндуцированное воспаление.

При анализе ассоциаций изучаемого полиморфизма с желудочно-кишечными проявлениями МВ было доказано, что у больных муковисцидозом, являющихся носителями аллеля С в гена ИФН- γ наблюдается ранняя манифестация кишечного синдрома (0,15 года против 0,32 года) и более частое формирование цирроза печени (53,8% против 16,2% ($p=0,003$)), чем у обладателей генотипа T/T.

Полученный результат закономерно соотносится с ролью ИФН- γ , который с одной стороны способен оказывать прямое цитотоксическое действие на гепатоциты и повышать содержание цитолитических ферментов, с другой – увеличивать количество и стимулировать пролиферацию звездчатых клеток печени, что в конечном итоге, приводит к усилению фибропластической активности и новообразованию коллагеновых волокон [1]. В тоже время повышение синтеза NO, обусловленное высокими титрами ИФН- γ , способствует развитию портальной гипертензии [4].

Выводы: У больных муковисцидозом, являющихся носителями мутации T-1488С в гена ИФН- γ , выявлено более тяжелое, чем у обладателей генотипа T/T, поражение желудочно-кишечного тракта, проявляющееся ранней манифестацией кишечного синдрома (0,15 года против 0,32 года) и частым формированием цирроза печени (53,8% против 16,2% ($p=0,003$)). У носителей мутантного аллеля модификации T-1488С прослеживается более благоприятное течение бронхолегочного процесса, выражающиеся лучшими показателями ОФВ1 (71,6% от д. против 54,8% от д. ($p=0,046$)) в старшей возрастной группе и более редким высеваем грамотрицательной микрофлоры из бронхиального дерева (45,8% и 91,2% соответственно ($p<0,1$)), по сравнению с гомозиготами по нормальному аллелю T.

Список литературы:

1. Особенности цитокинопосредованного воспаления у детей с муковисцидозом при хронической колонизации бронхиального дерева PSEUDOMONAS AERUGINOSA /Д.Ф. Сергиенко [и др] //

Астраханский медицинский журнал. -2011.-Т.6.-№1.-С.109-112.

2.Сергиенко Д.Ф.Особенности клинического течения и механизмы иммунной регуляции у детей с муковисцидозом: монография / Д. Ф. Сергиенко, О. А. Башкина, Х. М. Галимзянов. – Астрахань: Изд-во АГМА, 2010. – 70 с.

3. Сергиенко Д.Ф. Особенности цитокиноопосредованного воспаления у детей с муковисцидозом при хронической колонизации бронхиального дерева *pseudomonas aeruginosa* / Сергиенко Д.Ф., Башкина О.А., Галимзянов Х.М., Янкина Г.Н., Шашина М.С. // Астраханский медицинский журнал. - 2011. - Т. 6. - №1. - С. 109-112.

4. Тимковская, Е.Е. Анализ некоторых мутаций генов частых наследственных болезней в популяциях России / Е.Е. Тимковская, Н.В. Петрова, Р.А. Зинченко // Медицинская генетика. - 2005.- Т.4.- №6.- С. 275.

Сергиенко Д.Ф., Красовский С.А.

**ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Астрахань, ФСБУ «НИИ пульмонологии» ФМБА России, Россия**

КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Цель: Изучить варианты мутаций в гене CFTR и их фенотипические проявления у больных с муковисцидозом (МВ) в Астраханской области.

Задачи: 1. Уточнить характер генетических мутаций в гене CFTR у больных муковисцидозом в Астраханской области.

2. Определить клинические особенности течения муковисцидоза у больных в Астраханской области с учетом генотипа заболевания.

Методы: Основу исследования составили 22 больных с диагнозом «Муковисцидоз» в возрасте от 3 месяцев до 23 лет, находившиеся на лечении в отделении пульмонологии ГБУЗ II городской детской клинической больницы г. Астрахани.

Всем больным диагноз МВ верифицировался на основании: анамнестических данных, доминирующих клинических синдромов: респираторного и кишечного; подтверждался трехкратными положительными потовыми пробами методом пилокарпинового электрофореза по L.E.Gibson и R.E.Cooke (диагностические цифры – более 60 ммоль/л) или на системе «Макродакт» - «Sweat-Chek» (диагностические цифры – более 80 ммоль/л). Для уточнения генетического диагноза проводилась ДНК-диагностика с идентификацией мутантного гена CFTR.

Исследования проводились на основе собственных наблюдений и данных медицинской документации (клиническая история болезни, заключение специалистов по параклиническим методам обследования).

Все наблюдаемые дети обследованы общепринятыми клинико-лабораторными методами, включая общеклинические анализы (общий анализ крови, мочи, копрограмма), биохимические исследования крови (общий белок, общий и конъюгированный билирубин, глюкоза крови, АЛТ, АСТ, холестерин, панкреатическая амилаза, b-липопротеиды, сывороточное железо, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевины, уровень калия, натрия, кальция, фосфора), рентгенограмму грудной клетки, ультразвуковое исследование брюшной полости, ЭКГ, Эхо-КГ, спирографию (начиная с 6 летнего возраста). По индивидуальным показаниям дети обследовались на аллергический бронхолегочный аспергиллез (АБПА) с определением IgE общих и специфических - IgE к *Asp.fumigatus* методом твердофазного иммунного анализа.

У детей с циррозом печени проводились доплероскопия печени и фиброгастродуоденоскопия для уточнения степени варикозного расширения вен пищевода.

В стандартный план обследование включался бактериологический посев мокроты.

Результаты: Среди 22 детей генетическое обследование произведено у 19 пациентов (86,3%). Генотип обследованных больных представлен таким образом, что частота наиболее распространенной мутации F508del выявлена у 12 пациентов (54,5%). У 8 детей мутация встречалась в гомозиготном состоянии (F508del/F508del), что составило 36,3%. В 4 случаях (22,1%) F508del была выявлена в

компаундном состоянии с не идентифицированной второй мутацией, или сочеталась с такими мутациями как: R334W, 2143delT. Группа больных с мутациями, отличными от F508del составила 38,5 %, из них у 9,5% мутации оказались не идентифицированными. У 3 обследованных пациентов идентифицирован «мягкий» генотип 3849+10kbC-T ((у двоих в гомозиготном состоянии (сиссы), у одного пациента в компаундном состоянии с не идентифицированной мутацией). У 1 ребенка впервые описано гомозиготное носительство редко встречающейся мутации 1116+1G/A (ребенок рожден от кровнородственного брака).

В нашем исследовании для всех носителей мутации F508del в гомо- или гетерозиготном состоянии характерна смешанная форма заболевания, а также, быстрое прогрессирование бронхолегочного процесса, частое, инфицирование грамотрицательной флорой и формирование цирроза печени (у 4 пациентов). Мекониальный илеус (МИ) и синдром дистальной интестинальной обструкции (СДИО) отмечены в анамнезе только в группе с генотипами F508del/F508del и F508del/2143delT. Наши данные совпадают с данными литературы [1,2].

У больных с «мягкими» генотипами (гомо- или гетерозиготное носительство мутации 3849+10kbC>T) диагноз был выставлен в старшем школьном возрасте (15-17 лет). Это объясняется стертой клинической картиной, отрицательными или сомнительными потовыми тестами у данных больных. Нутритивный статус у всех пациентов был сохранен, что связано с отсутствием панкреатической недостаточности. Показатели функции внешнего дыхания соответствовали возрастным нормативным значениям. В то же время, на КТ-легких были выявлены единичные, цилиндрические бронхоэктазы, количество которых стало резко увеличиваться после инфицирования бронхиального дерева *P. aeruginosa*. Возможно, подобное течение связано с изменением иммунологического статуса, ассоциированного с синегнойной инфекцией у больных [3,4].

У пациентки с генотипом 1116+1G/A в гомозиготном состоянии с первых недель жизни прослеживался характерный для МВ симптомокомплекс: диагностирована полисегментарная пневмония в сочетании с кишечным синдромом (полифекалия, видимая стеаторея, вздутие живота). Наряду с кишечным и респираторным синдромами, наблюдалось жизнеугрожающее осложнение МВ - синдром псевдо-Бартера, который характеризовался выраженной гипокалиемией, гипонатриемией, гипохлоремией и метаболическим алкалозом. У этой пациентки был выявлен отягощенный семейный анамнез. Старший ребенок погиб от мекониального илеуса в первые дни жизни, однако семейной паре не было предложено генетическое обследование с последующей пренатальной диагностикой муковисцидоза у плода.

Выводы: В Астраханской области среди мутаций гена CFTR лидирующее место занимает F508del как в гомозиготном, так и в гетерозиготном состоянии. В тоже время, высока доля пациентов с идентифицированным «легким» генотипом, ассоциированным с преимущественно легочной формой заболевания.

Список литературы:

1. Муковисцидоз в России-создание национального регистра / С.А. Красовский [и др] / Педиатрия. Журнал им.Сперанского. – 2014. –Т.93 .-№4 . – С44-55.
2. Гено-фенотипические взаимосвязи у взрослых больных муковисцидозом / С.А. Красовский [и др] // Астраханский медицинский журнал. – 2013. – Т.8. - №3. – С57-6
3. Сергиенко Д.Ф. Изменения факторов врожденного иммунитета у детей с муковисцидозом / Д.Ф. Сергиенко, О.А. Башкина, Х.М. Галимзянов // Фарматека.-2010.-№14.-С74-76.
4. Особенности цитокинопосредованного воспаления у детей с муковисцидозом при хронической колонизации бронхиального дерева *PSEUDOMONAS AERUGINOSA* /Д.Ф. Сергиенко [и др.] // Астраханский медицинский журнал. -2011.-Т.6.-№1.-С.109-112.

ОСЛОЖНЕННЫЙ ЭХИНОКОККОЗ ПЕЧЕНИ

Цистный эхинококкоз – биогельминтоз, вызываемый паразитированием в тканях и органах человека личиночной стадии цестоды *Echinococcus granulosus*, характеризующийся хроническим течением, образованием кист и деструктивным поражением печени, легких и других органов. Одним из серьезных осложнений эхинококкового поражения печени является прорыв кисты в желчные протоки с развитием механической желтухи и холангита [2,5,7,8,10]

Цель исследования. Оценка эффективности результатов лечения пациента с прорывом эхинококковой кисты в желчные протоки.

Материалы и методы. В период с 2008 по 2015 г. на территории Астраханской области зарегистрировано 72 случая заражения человека эхинококком, из них локализация паразита в печени встречалась в 69,4%; в легком в 9,7%; локализация «печень + легкое» в 9,7%; редкая локализация – в 11,2% случаев. Все пациенты оперированы, при выявлении заболевания в плановом порядке и отсутствии противопоказаний предварительно назначался курс альбендазола. В 1,4% случаев при эхинококкозе печени наблюдалось осложненное течение, имелось два случая прорыва кист в желчные протоки с развитием желтухи. Приводим одно из наблюдений [1,3,4,6,9,11].

Результаты исследования. Пациент Ф., 58 лет поступил в хирургическое отделение АМОКБ с диагнозом: «Камень холедоха? Механическая желтуха». В ходе дообследования при компьютерной томографии были выявлены множественные округлые полостные образования левой доли печени, подозрительные на эхинококковые кисты. Пациент – сельский житель, имеет собственный скот. Высказано подозрение на эхинококковые кисты левой доли печени с прорывом в желчные протоки и было принято решение о выполнении срочной операции. Под эндотрахеальным наркозом проведена «холедохэхинококкотомия» с резекцией S2-3 печени, холецистэктомия, дренирование холедоха. При ревизии: печень несколько увеличена, правая доля обычного вида, во втором и третьем сегментах левой доли определяется конгломерат из 4-х кист диаметром от 1 до 3 см. Желчный пузырь больших размеров, напряжен, стенка отечна. Произведена холецистэктомия. При выполнении супрадуоденальной холедохотомии в просвете холедоха было обнаружено большое количество оболочек погибших эхинококковых кист, смешанных с желчной «замаской». Диагноз: эхинококковые кисты с прорывом в желчные пути. После длительного вымывания из просвета желчных путей паразитарных оболочек под контролем холедохоскопии было решено выполнить резекцию левой доли печени вместе с кистами. Методом «Kelly» были удалены II-III сегменты с эхинококковыми кистами, холедох дренирован Т-образным дренажом. Послеоперационное течение гладкое. Выписан на 10-е сутки с дренажом холедоха. При гистологическом исследовании выявлены фрагменты хитиновой обложки, что подтверждает данный диагноз. Был проведен курс терапии альбендазолом, перенес его удовлетворительно. Пациент осмотрен через месяц, при фистулографии препятствий в холедохе не обнаружено, дренаж удален. При УЗ-контроле новых кист не выявлено. Беспокоят незначительные боли в области послеоперационного рубца, сон и аппетит не нарушены.

Вывод. Данное наблюдение демонстрирует возможность предоперационной диагностики и выбора адекватного объема операции при редком осложнении эхинококкового поражения печени.

Список литературы:

1. Аракельян Р.С., Галимзянов Х.М., Кузьмичев К.Ю., Кузьмичев В.Ю., Шендо Г.Л., Курбангалиева А.Р., Кузьмичев Б.Ю. Атипичный эхинококкоз //В сборнике: Профилактическая медицина как научно-практическая основа сохранения и укрепления здоровья населения Сборник научных трудов. под общей редакцией М.А. Поздняковой. Нижний Новгород, 2014. С. 111-112.
2. Аракельян Р.С., Галимзянов Х.М., Мустафин Р.Д., Карпенко С.Ф., Курбангалиева А.Р., Аракельян А.С. Клинико-эпидемиологические особенности эхинококкоза человека в Астраханской области //Актуальная инфектология. 2015. № 4 (9). С. 38-41.
3. Аракельян Р.С., Галимзянов Х.М., Стулова М.В., Кузьмичев К.Ю., Мустафин Р.Д., Кузьми-

чев В.Ю., Лепилов Ю.А., Постнова В.Ф., Шендо Г.Л., Курбангалиева А.Р., Аракельян А.С., Золотенкова А.Н., Иванова Е.С., Кузьмичев Б.Ю., Глебова А.А., Гасанова Р.К., Чуманова Е.В., Адамова Д.С., Коровушкин А.Ю. Клинико-эпидемиологические особенности эхинококкоза человека в Астраханской области //Научно-методический электронный журнал Концепт. 2015. Т. 13. С. 396-400

4. Аракельян Р.С., Ильюхина Т.Д., Хаймин Е.В. Эхинококкоз у детей в Астраханской области //Новая наука: Опыт, традиции, инновации. 2016. № 5-3 (83). С. 47-50.

5. Аракельян Р.С., Кузьмичев Б.Ю., Иванова Е.С., Калашникова Т.Д., Мартынова О.В., Имамудинова Н.Ф., Кутьина А.В., Хаустова Е.С., Донскова А.Ю., Салтереева Х.Р. Клинико-эпидемиологические особенности эхинококка человека в Астраханской области //Научно-методический электронный журнал Концепт. 2016. Т. 11. С. 2121-2125.

6. Аракельян Р.С., Ханбеков З.З., Нифонтова Л.В. Эхинококкоз человека редкой локализации //Новая наука: Опыт, традиции, инновации. 2016. № 5-3 (83). С. 66-69.

7. Кучин Ю.В., Пахнов Д.В. Лапароскопически ассистированная операция при гидатидном эхинококкозе печени //Эндоскопическая хирургия. 2013. Т. 1. № 2. С. 51.

8. Одишелашвили Г.Д., Пахнов Д.В., Одишелашвили Л.Г. Обоснование применения нового способа облитерации остаточных полостей после операции по поводу эхинококкоза печени //Астраханский медицинский журнал. 2015. Т. 10. № 3. С. 98-105.

9. Одишелашвили Г.Д., Пахнов Д.В., Одишелашвили Л.Г. Способ обработки остаточной полости после марсупиализации и открытой эхинококкэктомии: патент на изобретение RU 2551189 20.02.2014

10. Одишелашвили Г.Д., Пахнов Д.В., Одишелашвили Л.Г. Хирургическое лечение эхинококкоза печени //Медицинский вестник Юга России. 2014. № 4. С. 78-82.

11. Пахнов Д.В., Кучин Ю.В., Одишелашвили Г.Д. Способ ликвидации больших полостей после эхинококкэктомии печени //Астраханский медицинский журнал. 2014. Т. 9. № 3. С. 118-122.

Сосиновская Е.В.

*ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Астрахань, Россия*

ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ДЕТЕЙ С ЭПИЛЕПСИЕЙ

Актуальность. В современных условиях перспективным направлением в педиатрии является оценка сердечной деятельности при заболеваниях различных органов и систем, в том числе и нервной.

Среди патологий нервной системы лидирующее место занимает эпилепсия (19,9%). Согласно литературным данным неврологические расстройства, возникающие при эпилепсии провоцируют изменения электрофизиологических свойств проводящей системы сердца, а также нарушения функций в кардиомиоцитах. Это создает предпосылки для возникновения энергодефицита в клетках миокарда и формирования в них дистрофических процессов на фоне метаболического повреждения. Данные изменения сохраняются и в межприступном периоде. Спектр их колеблется от минимальных изменений до нарушения ритма сердца, миокардиодистрофии, синдрома вегетативной дисфункции и др.[1,3,5,7]

Оценка биохимических и электрофизиологических изменений, происходящих в сердце, позволит обеспечить раннее выявление их доклинических проявлений. Считается, что сердечная изоформа креатинфосфокиназы (МВ-КФК) является показателем многоступенчатого биохимического процесса изменения метаболизма кардиомиоцитов. Увеличение уровней ее активности в сыворотке крови отражает степень повреждения мембран клеток миокарда и состояние их энергообеспеченности [6].

В последние годы в клиническую практику широко внедряется спектральный анализ вариабельности ритма сердца (ВРС). Исследование ВРС позволяет оценивать не только состояние вегетативной нервной системы, но и энергообеспеченность миокарда. Изучение состояния энергообмена с учетом уровня МВ-креатинфосфокиназы и показателей ВРС у детей, страдающих эпилепсией, в доступной литературе не встречалось[2,4].

Цель: установить особенности сердечной деятельности у детей с эпилепсией в межприступном периоде.

Материалы и методы исследования: анамнестический, клинический, биохимический с определением активности МВ-КФК в сыворотке крови, инструментальный с использованием ЭКГ, ЭХО-КГ, variability ритма сердца на аппарате «Поли-Спектр12Е»; статистический анализ («Statistica — 6.0 for Windows»).

Под наблюдением находилось 48 детей в возрасте от 7 до 11 лет с различными формами эпилепсии (фокальная - 26 (54%), генерализованная – 22 (25,8%)), длительностью заболевания 1-5 лет, в межприступном периоде, а также 45 условно-здоровых детей в возрасте от 7 до 11 лет средней общеобразовательной школы № 4 г. Астрахани. Обследование пациентов проводилось в неврологическом отделении ГБУЗ АО ДГКБ №2 городской детской клинической больницы № 2.

Результаты. Нами проанализированы анамнестические данные у наблюдаемых детей. Установлено, что у пациентов с эпилепсией выявлена высокая частота встречаемости перинатальной патологии ЦНС (73%), наличие гипоксически-ишемической кардиопатии (27,6%), значительный процент раннего (до трех летнего возраста) дебют эпилепсии (41%), а также 7-10 лет (32,5%), от 4-7 лет -16%, до 1 года -10,5%.

Обращало внимание, что наследственная отягощенность по эпилепсии констатирована в 9 (10,3%) семьях. Дебют эпилепсии в наших исследованиях чаще всего встречался в возрасте от 1 до 3 лет (43,5%), гораздо реже заболевание начиналось до 1 года (9,5%).

Наблюдения проводились за детьми в межприступном периоде. Отмечались чаще всего жалобы на утомляемость – 36(62%), боли в сердце различного характера – 23(39,6%), сердцебиение при эмоциональной и физической нагрузках – 19(32,6%), кратковременное головокружение –15(25%), реже на ощущение нехватки воздуха при эмоциональной или физической нагрузках-7(12%).

Границы относительной сердечной тупости у наблюдаемых детей в пределах возрастной нормы. Аускультативно обнаружены: дыхательная аритмия -32(55%), тахикардия 23 (39%), брадикардия 13(22%), приглушенность тонов сердца 19(32,6%), негрубый систолический шум на верхушке и реже в V точке – 17(29%), единичные экстрасистолы 11(19%).

Полученные результаты не позволяют говорить о конкретной патологии сердца, а указывают на вегетативную дисфункцию.

При анализе ЭКГ исследования установлены нарушения процессов реполяризации - в 40(68%) случаях, умеренно выраженная синусовая тахикардия - у 14(24%) детей, синусовая брадикардия - у 12(20,7%), неполная блокада правой ножки пучка Гиса у 8(13,8%), нарушение внутрижелудочковой проводимости в 5(8,6%). Наджелудочковая и желудочковая экстрасистолия отмечалась нечасто в 4(6,9%) случаев.

Выявленные нарушения ритма на электрокардиограммах сопоставлены с данными холтеровского мониторирования ЭКГ. При этом количество экстрасистол (желудочковых и наджелудочковых) колеблется от 3000-5500 в сутки, с преобладанием в дневное время.

Следовательно, картина ЭКГ носит различный характер. Наряду с нарушением ритма регистрируются метаболические процессы, связанные с нарушением энергообеспеченности.

Оценивая лабораторный показатель уровня активности МВ-КФК в сыворотке крови у пациентов основной группы умеренное повышение - 0,42 мккат/л [0,39-0,51]; $p < 0,01$.

Анализируя спектральные параметры ВРС у детей с эпилепсией выявлено, что в большинстве случаев общая мощность спектра [TP 2471 мс² (1265-3505)] относительно невысока. Сбалансированы все уровни вегетативной регуляции сердечного ритма (VLF, LF, HF) с небольшим преобладанием активности в диапазоне низких частот [LF 1019 мс² (321-1320), $p < 0,001$]. Это свидетельствует о снижении парасимпатической и барорецепторной механизмов и повышении центральной регуляции на сердечно-сосудистую систему.

Для установления взаимосвязи между основными спектральными параметрами ВРС и активностью МВ-креатинфосфокиназы нами использовался метод регрессионного анализа. Согласно полученным результатам нами отражены наиболее сильные связи (β -коэффициента 0,474 и 0,620 ($p=0,0062$)) по параметрам общей мощности спектра (TP) и низкочастотного компонента (LF). То есть, при усилении влияния симпатического отдела автономной нервной системы (LF) повышается активность МВ-КФК и снижается общая мощность спектра.

Выводы.

Таким образом, уровень активности МВ-КФК и спектральные параметры ВРС (TP, LF,) могут

служить критерием ранней диагностики нарушения сердечной деятельности у детей с различными формами эпилепсии.

Список литературы:

1. Карлов, В. А. Дисфункция вегетативной нервной системы как дополнительный фактор риска эпилепсии/ В. А. Карлов// Журнал неврологии психиатрии. – 2012.- №5.- С. 108-113.
2. Михайлов, В. М. Вариабельность ритма сердца: опыт практического применения метода/ В. М. Михайлов. - Иваново: Иван. гос. мед. академия, 2002.- 290 с.
3. Прохорова, А. В. Структурный анализ симптоматической эпилепсии у детей/ А. В. Прохорова// Медицинские новости.-2011.-№1.-С.80-82.
4. Сосиновская, Е.В. Актуальность применения метода изучения вариабельности сердечного ритма у детей/ Е.В. Сосиновская, Н.С. Черкасов, Ж.М. Цоцонава //Астраханский медицинский журнал.-2013.-№3, Т.8.-С.-31-35.
5. Сосиновская, Е.В. Возможности ранней диагностики миокардиодистрофии у детей с эпилепсией / Е.В. Сосиновская, Ж.М. Цоцонава // X Всероссийский съезд неврологов с международным участием (17-21 июня 2012 г) -Нижний Новгород, 2012.-С.568-569.
6. Черная, М. А. Кардиоспецифические биомаркеры в кардиологии и кардиохирургии/ М. А. Черная, И. И. Дементьева, Ю. А. Морозов и др.//Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. -2010. - № 3 (26). - С.26-33.
7. Electrical and autonomic cardiac function in patients with Dravet syndrome / A.B. Delogu, A. Spinelli, D. Battaglia //Epilepsia. 2011. - Vol. 52, Suppl 2.-P. 55-58.

Пенжоян Г.А., Карахалис Л.Ю., Стебло Е.И.

*ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский университет МЗ России,
г. Краснодар, Россия*

ПРЕДГРАВИДАРНАЯ ТАКТИКА У ПАЦИЕНТОК С НЕВЫНАШИВАНИЕМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МАССЫ ТЕЛА

Цель: изучить частоту гинекологических заболеваний у пациенток с различной массой тела для выбора оптимальной прегравидарной подготовки.

Задачи. Невынашивание остается одной из распространенных патологий в акушерстве, частота которого достигает в популяции 25%. При наличии гинекологических заболеваний отмечается увеличение этих цифр. Однако определение приоритетов в прегравидарной подготовке в зависимости от частоты гинекологической патологии у пациенток с невынашиванием, все еще остается не до конца решенным [1, 2, 3].

Методы: Проведен ретроспективный анализ 483 историй болезни пациенток, проходивших лечение по поводу несостоявшейся беременности в Перинатальном центре г. Новороссийска в течение календарного года. Все обследованные были распределены на группы в зависимости от индекса массы тела (ИМТ). Средний возраст пациенток составил $30,24 \pm 1,02$ года (от 16 до 47 лет). Возраст наступления менархе среди обследованных составил $13,26 \pm 1,2$ лет (от 10 до 16 лет). Продолжительность менструального цикла составила $28,33 \pm 2,3$ дня. Количество дней менструации было в среднем $4,7 \pm 0,5$ дня. На каждую обследованную приходилось по $4,64 \pm 0,7$ беременностей.

Результаты: В группу с нормальной массой тела (ИМТ 18,5-24,9 кг/м²) вошло 316 пациенток. Частота гинекологических заболеваний среди них составила 35,44%. Всего гинекологическая патология выявлена у 112 обследованных, у некоторых было два и более гинекологических диагноза. Чаще всего выявлялась у этих пациенток эктопия шейки матки, которая была у 72 обследованных (22,78%). Воспалительные заболевания органов малого таза были у 31 пациентки (9,8%), которые представлены: хроническим сальпингофоритом у 12 (3,8%), хроническим эндометритом у 5 пациенток (1,58%). Вагинит установлен у 14 (4,43%). Миома матки была у 3 (0,94%), киста яичника, требующая хирургического лечения, у 13 (4,11%). Бесплодие в анамнезе было всего у 2 пациенток (0,63%), внематочная беременность у 2 (0,63%), нарушение менструальной функции также у 2 пациенток (0,63%).

Среди 112 пациенток с избыточной массой тела (ИМТ 25,0-29,9 кг/м²) частота гинекологической патологии составила 41,96% (47 пациенток), также были пациентки с двумя и более гинекологическими диагнозами. Как и в группе с нормальной массой тела чаще всего встречалась эктопия шейки матки: 33 пациентки (29,46%). Воспалительные заболевания органов малого таза были выявлены у 6 (5,36%): хронический эндометрит у 3 (2,68%), хронический сальпингоофорит также у 3 (2,68%). Бартолинит в анамнезе был у 2 (1,79%), а вагинит у 1 пациентки (0,89%). Урогенитальным хламидиозом страдали 3 пациентки (2,68%). Миома матки была у 4 (3,57%), эндометриоз у 1 пациентки (0,89%), киста яичника у 3 (2,68%) обследованных, что потребовало проведение лапароскопии.

Среди 38 пациенток с ожирением I степени (ИМТ 30,0–34,9 кг/м²) страдали гинекологическими заболеваниями 42,11% (16 пациенток): эктопия шейки матки была выявлена у 10 (26,32%) обследованных. Хронический метроэндометрит был у 7 пациенток (18,42%). Миома матки и киста яичника были выявлены у двух: по 1 пациентке (по 2,63%).

Ожирение II степени (ИМТ 35,0-39,9 кг/м²) было выявлено у 13 пациенток. Частота гинекологической патологии составила в этой группе 61,54% (8 обследованных). При этом эктопия шейки матки была у 5 пациенток (38,46%), киста яичника у 3 (23,08%). Хронический метроэндометрит был у 5 (38,46%).

Выводы: Анализ представленных данных показал, что частота гинекологической патологии повышается параллельно повышению ИМТ: так если у пациенток с нормальной массой тела частота гинекологической патологии составила 35,44%, то у обследованных с повышенной массой тела уже 41,96% (что на 6,52% выше). А среди пациенток с ожирением I и II степени гинекологическая патология встречалась у 42,11% и у 61,54%, соответственно, что на 6,67% и на 26,1% выше, чем у пациенток с нормальной массой тела.

Таким образом, выявленные закономерности повышения частоты гинекологической заболеваемости с повышением ИМТ дают возможность определить приоритетные мероприятия прегравидарной подготовки у женщин с невынашиванием и повышенной массой тела или ожирением. Так как лидирующее положение среди обследованных занимает патология шейки матки, необходимо в плане подготовки к беременности всем, особенно пациенткам с повышенной массой тела и ожирением, проводить расширенную кольпоскопию, мазки на онкоцитологию, а также тест на вирус папилломы человека (ВПЧ). Второе место прочно заняли воспалительные процессы гениталий: при хроническом эндометрите и невынашивании необходимо проведение пайпель-биопсии с последующим определением вирусного и/или бактериального агента. Кроме этого также необходимо ультразвуковое исследование (УЗИ) с цветным доплеровским картированием (ЦДК) для определения кровотока в миомах матки, эндометриoidных поражениях матки и придатков. Комплексное обследование женщин с повышенной массой тела и ожирением в прегравидарный период будет способствовать предотвращению осложнений планируемых беременностей.

Список литературы:

1. Акушерство: Национальное руководство/ Под редакцией Э.К.Айламазяна, В.Е.Радзинского, Г.М.Савельевой. М.:ГЭОТАР-Медиа, 2014. –521с.
2. Боровкова Е.И., Мартынова И.В. Самопроизвольный выкидыш: состояние изученности вопроса// Исследования и практика в медицине, 2014, Т.№1, - С. 52-56.
3. Радзинский В.Е., Димитрова В.И., Майскова И.Ю. Неразвивающаяся беременность. М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009.- 200с.

Стенькин Ф.С.

ГБУЗ АО «Областная детская клиническая больница им. Н.Н.Силицовой», г. Астрахань, Россия

НЕОНАТАЛЬНАЯ НЕФРОЛОГИЯ — ВОЗМОЖНОСТЬ ИЛИ УТОПИЯ?

Успехи неонатологии очевидны. Согласно данным официальной статистики, в России за десять лет с 2004 по 2014 годы снижена перинатальная смертность с 10,62 до 8,81 на 1000 родившихся живыми. В Астраханской области за тот же период данный показатель снижен с 14,76 до 11,84, про-

должая снижаться в 2015 и 2016 г.г. [9]. При этом следует учитывать переход на новые критерии живорождения, состоявшийся в 2012 году. Среди выживших возросла доля недоношенных новорожденных (включая детей с очень низкой массой тела (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) при рождении). Данные обстоятельства, несомненно, привели к изменению структуры заболеваемости. По данным литературы лидирующие места в структуре патологии у детей с ОНМТ и ЭНМТ при рождении преобладают бронхолегочная дисплазия (БЛД), некротизирующий энтероколит (НЭК), поражения ЦНС, различные инфекционные заболевания [5,6,7,8]. В то же время, отмечается рост патологии мочевыводящих путей, что отмечено рядом авторов в публикациях, посвященных педиатрии и нефрологии. Однако, в связи с ростом заболеваний мочевыводящих путей, все больший интерес среди педиатров вызывают нефрологические проблемы неонатального периода [1,2]. В литературе имеются данные о связи малой массы при рождении и различных состояний перинатального периода с нефрологической патологией в более старшем возрасте. Ю.В. Курносов с соавт. показывает наличие хронического пиелонефрита и хронического гломерулонефрита у детей с ОНМТ и ЭНМТ при рождении в возрасте от 1 года до 11 лет в 9,8% случаев [5]. Также отмечается у детей с ОНМТ и ЭНМТ дисметаболическая нефропатия и нефрокальциноз, а анемия и рахит могут быть связаны с патологией почек [6,12]. Матыскина Н.В. с соавт. в своем исследовании показывает, что в группе с ЭНМТ заболеваемость инфекциями мочевыводящих путей составляет 7,5%, а в контрольной группе данной патологии не отмечалось [7]. С.Н.Шатохина и Е.В.Селиванова отмечают маркеры застойных и склеротических явлений, признаки незавершенности строения почек [13]. Э.А. Юрьева и соавт. подтверждают рост количества дисметаболических нефропатий [14]. Бесспорно, при исследовании патологии почек в периоде новорожденности невозможно не принимать во внимание процессы их развития и адаптации. Полноценные нефроны формируются с 9 по 40 неделю гестации, но наиболее активно это происходит с 32 по 36 неделю. Недоношенные дети имеют меньшее количество нефронов по сравнению с доношенными [2,3]. Также у недоношенных детей имеется «незрелость» почек. Это выражается в незрелости морфологических структур (как клубочков, так и канальцев), а также несовершенством механизмов регуляции и дефицитом самих нефронов. При этом почки глубоко недоношенного ребенка подвергаются «агрессивному» воздействию. Во-первых, это связано с патологией матери и ребенка (внутриутробная гипоксия, ВУИ и т.д.). Во-вторых, медицинскими вмешательствами (парентеральное питание, антибактериальная терапия и т.д.). Вероятно, с этими факторами может быть связана нефрологическая патология в будущем. И здесь необходимо упомянуть «теорию внутриутробного программирования», которая, в частности, говорит о том, что любые внутриутробные воздействия отражаются на развивающемся организме и могут быть причинами многих хронических заболеваний в будущем [4]. В данном контексте патология почек, связанная с неблагоприятными воздействиями в перинатальном может рассматриваться как частный случай единого процесса развития и адаптации организма. Об этом упоминает в своей работе М.А.Даминова [2]. Таким образом «Неонатальная нефрология» - специфическое направление в современной медицине, интересное как для практической медицины, так и академической науки. Ее изучение будет интересно педиатрам, неонатологам, анестезиологам-реаниматологам, нефрологам. Несмотря на возросший в последнее время интерес к данной теме мы лишь в начале большого пути. Однако остается много вопросов, ответов на которые нет.

Список литературы:

1. Акишкин В.Г. Сравнительный анализ состояния здоровья детей в специализированных домах ребенка Астраханской области. /Акишкин В.Г., Сагитова Г.Р., Афанасьева Е.В.//Астраханский медицинский журнал. -2009.- №4.- с.41-45.
2. Даминова М.А. Морфофункциональные особенности органов мочевой системы у детей, родившихся недоношенными и маловесными. /Даминова М.А., Сафина А.И., Сатрутдинов М.А., Хамзина Г.А. //Вестник современной клинической медицины. -2013.- Том 6, вып. 2., с. 79-86.
3. Игнатова М.С. Детская нефрология: Руководство для врачей / Под ред. М.С. Игнатовой. -3-е изд., перераб. и доп. -М.:ООО «Медицинское информационное агентство»,2011. - 696 с.; илл.
4. Ковтун О.П. Преждевременное рождение и программирование заболеваний. Вклад интенсивной терапии. /Ковтун О.П., Цывьян П.Б. //Вопросы современной педиатрии /2014/ Том 13/ № 5, с. 26-30.
5. Курносов Ю.В. Результаты отдаленных наблюдений за состоянием здоровья глубоко недо-

ношенных детей. /Курносов Ю.В., Мерзлова Н.Б., Винокурова Л.Н., Батурич В.И. //Детская больница.- № 2.- 2013, с. 3-5.

6. Лебедева О.В. Оптимизация диагностики, прогнозирования и профилактики перинатальных осложнений у детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении: дисс... д-ра мед. наук: 14.01.08 / Лебедева О.В. Астрахань 2015 г. 275 с.

7. Матыскина Н.В. Катамнез детей, родившихся с экстремально низкой массой тела. / Матыскина Н.В., Бекетова Е.В., Белкина А.Б., Леонова И.В., Грищенко Н.А., Шестакова Е.Ю., Пятин А.П., Дергач Ю.Б. //Материалы I Международного Конгресса по перинатальной медицине.- 2011.- с.112.

8. Пименова Н.Р. Значение интерлейкина-8 у новорожденных с острой дыхательной недостаточностью. /Пименова Н.Р., Сагитова Г.Р. //Вопросы практической педиатрии.-2012.-Т.7.-№5.-с.16-18.

9. Российский статистический ежегодник. 2015: Стат. сб./Росстат.- М., 2015. 728 стр.

10. Сагитова Г.Р. Осложнения сахарного диабета в детском возрасте. Монография./Г.Р.Сагитова., Н.Ю. Отто - Астрахань: АГМА.-2010.-122 с.

11. Сагитова Г.Р. Болезни мочевой системы у детей. Организация диагностики и реабилитации. /Сагитова Г.Р., Эрман М.В., Сердюков А.Г. Руководство для врачей. АГМА, Астрахань, 2006, 145 с.

12. Сахарова Е.С. Динамика заболеваемости и исходов развития к 3 годам жизни у недоношенных детей, наблюдавшихся в специализированном центре. /Сахарова Е.С., Кешишян Е.С., Алямовская Г.А. //Российский вестник перинатологии и педиатрии, 3, 2015, с. 108-112.

13. Шатохина С.Н. Особенности морфологической картины мочи у доношенных и недоношенных новорожденных в раннем неонатальном периоде / Шатохина С.Н., Селиванова Е.В. // Вопросы практической педиатрии, 2009, т. 4, №2, с. 81–84.

14. Юрьева Э.А. Обменные нефропатии у детей: причины развития, клинико-лабораторные проявления / Юрьева Э.А., Длин В.В., Кудин М.В., Новикова Н.Н., Воздвиженская Е.С., Харабазде М.Н., Князева Д.Л. // Российский вестник перинатологии и педиатрии, 2, 2016, с. 28-34.

15. Якорнова Г.В. Оценка особенностей перинатального периода у детей с экстремально низкой массой тела при рождении у женщин с преодолённым невынашиванием / Якорнова Г.В., Краева О.А., Чарипова Б.Т., Занина Е.В. // Российский вестник перинатологии и педиатрии, 6, 2014, с. 52-56.

Стройкова Т.Р., Башкина О.А.

***ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Астрахань, Россия***

МАРКЕРЫ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ

Актуальность проблемы.

Главными триггерами, влияющими на возникновение бронхообструктивного синдрома у детей с бронхиальной астмой, оказались воздействие инфекционного фактора, аллергены и аэроаллергены [2]. Наличие взаимосвязей эндотелиальной дисфункции (альтерация интимы сосудов, высокий вазоспастический потенциал крови, сниженная антитромбогенная активность сосудов), структурно-функциональных отклонений клеток крови с респираторной активностью легких и маркером аллергического воспаления подтверждает патогенетическую роль выявленных отклонений в регуляции бронхиальной гиперреактивности и персистировании воспаления в респираторном тракте [1,3,4,6].

У больных бронхиальной астмой имеет место дисфункция эндотелия различной степени выраженности, зависящая от степени тяжести, длительности заболевания, степени тяжести обострения бронхиальной астмы и взаимосвязь темпов восстановления сосудистого эндотелия и длительности обострения бронхиальной астмы[5,6].

Цель: установить взаимосвязь уровня плазменного эндотелина-1 и длительности бронхиальной астмы у детей.

Задачи: изучить показатели плазменного эндотелина-1 у детей с различным стажем заболевания.

Материалы и методы: обследовано 60 детей со среднетяжелой бронхиальной астмой от 6 до 16 лет. Диагноз бронхиальной астмы выставлен в процессе клинико-функционального и лабораторного обследования детей в соответствии с критериями GINA, национальной программы по диагностике и лечению бронхиальной астмы у детей. Пациенты были разделены на две группы. Первая группа с впервые выявленной астмой и вторая - дети со стажем заболевания от 2 до 10 лет. Все дети получали базисную терапию комбинированными препаратами (ингаляционные кортикостероиды в средних дозах и пролонгированный бронхолитик). Имелась контрольная группа, ее составили условно здоровые дети количеством 30 человек. Используются иммунохимические тесты, стандартные тест-системы для определения эндотелина-1 (Biomedica) в плазме крови.

Результаты: При исследовании выявлено, что у детей с впервые выявленной астмой среднетяжелой степени, до назначения базисной терапии показатель эндотелина был значительно превышен и составил 1,437 фмоль/мл (контрольная группа 0,281 фмоль/мл), со стажем заболевания от 2 до 5 лет снижался до 0,621 фмоль/мл, оставаясь выше показателя контроля ($p < 0,001$) соответственно, от 6-10 лет повышался 0,844 фмоль ($p < 0,001$).

Выводы: на фоне базисной терапии ингаляционными кортикостероидами происходит снижение активности эндотелия, однако, с увеличением стажа заболевания более 10 лет происходит нарастание изучаемого маркера, что свидетельствует о процессах активации эндотелия.

Список литературы:

1. Воронина Л. П. Генетические, биохимические и функциональные маркеры состояния вазорегулирующей функции эндотелия // Сибирский медицинский журнал— 2011.— № 3.— С. 29–31.
2. Гапархоева З.М., //Сравнительная характеристика триггерных механизмов формирования бронхообструктивного синдрома у детей с бронхиальной астмой и рецидивирующим обструктивным бронхитом//З.М.Гапархоева, О.А.Башкина., Е.Н.Селиверстова//Казанский медицинский журнал.-2016.-Т.97. - №1.С.66-69.
3. Кароли Н. А., // Эндотелиальная дисфункция у больных бронхиальной астмой с хроническим легочным сердцем // Н.А.Кароли, А.П.Ребров / Российский медицинский журнал— 2002.— № 4.— С. 22–25.
4. Ларюшкина Р.М., // Эндотелиальная дисфункция в генезе персистирующего течения бронхиальной астмы у детей//Т.Г.Глазова, А.И.Рыбкин, Ю.А.Линькова/Вопросы современной педиатрии.-2006.Т.5-№1, с.326
5. Полунина В.А.,// Уровень оксидативного стресса при бронхиальной астме//Успехи современного естествознания/А.Х.Ахминеева, Л.П.Воронина, И.В.Севостьянова/ –2013.-№3. – С.151.
6. Стройкова Т.Р., Клинико-диагностическое значение плазменного эндотелина-1 и фактора роста фибробластов у детей с тяжелым течением бронхиальной астмы// Т.Р.Стройкова, О.А.Башкина, М.Г.Донская //Астраханский медицинский журнал. 2014. Т. 9. №2. С. 84-88.
7. Фещенко Ю. И. Бронхиальная астма — одна из главных проблем современной медицины // Украинский пульмонологический журнал— 2006.— № 2 (дод.).— С. 13–16.
8. Wanner A., Mendes E. S. Airway Endothelial Dysfunction in Asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Challenge for Future Research // Am. J. of Respiratory and Crit.Care Med.— 2010.— Vol. 182.— P. 1344–1351.

Стройкова Т.Р., Башкина О.А.

*ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Астрахань, Россия*

ИММУНОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ АСТРАХАНСКОГО РЕГИОНА

Актуальность проблемы на сегодняшний день противоречивые результаты исследований типа наследования БА объясняют явной генетической гетерогенностью заболевания, а также несогласованностью в описании исследуемого фенотипа, связанной с исключительным клиническим полимор-

физмом астмы [2,3,4,5]. Предрасположенность к БА определяется генотипом и реализуется фенотипом болезни под действием факторов внешней среды[1]. Изучение генетических аспектов бронхиальной астмы в России проводилось в направлении исследования полиморфизма генов интерлейкиновых лигандов и рецепторов, оценки их экспрессии, полиморфных вариантов генов NO-синтаз, полиморфизма генов метаболизма ксенобиотиков. Полученные результаты подтверждают важную роль генетической компоненты в контроле воспаления при бронхиальной астме[6,7,8].

Цель: изучить особенность полиморфизма I50V IL-4RA у детей с бронхиальной астмой, проживающих на территории Астраханского региона.

Материалы и методы: Условно здоровые дети 90 человек, дети с диагнозом бронхиальная астма различной степени тяжести-86 человек. Диагноз верифицирован в соответствии с международными документами по лечению астмы и национальной программой по стратегии лечения бронхиальной астмы у детей. Группы здоровых и больных детей были сопоставимы по полу и возрасту ($p > 0,05$). Генотипирование ДНК-маркеров производилось методом анализа полиморфизма длины рестрикционных фрагментов (ПДРФ). Ассоциации аллелей и генотипов изученных ДНК-маркеров с предрасположенностью к БА, а также с качественными признаками, характеризующими его клинические особенности, оценивали с помощью анализа таблиц сопряженности 2×2 с расчетом критерия хи квадрат с поправкой Йетса на непрерывность и отношения шансов (OR) с 95% доверительными интервалами (CI).

Результаты и обсуждение

При анализе полиморфизма i50v IL-4RA выявлено равночастотное распределение генотипов между лицами контрольной группы и детьми с астмой: генотип ii соответственно 26,7% и 26,6% ($\chi^2=12,0$, ОШ=1,0 ДИ 0,5-1,9 $p > 0,05$), генотип iv отмечен у 50% здоровых детей и 53,3% больных соответственно ($\chi^2=0,19$ ОШ=1,6 ДИ 0,8-3,1). Генотип vv соответственно 19% и 20,1% ($\chi^2=20,12$, ОШ=1,1, ДИ 0,5-2,3). При анализе полиморфизма 590 T\C IL-4, выявлено, что частота генотипа tt в группе контроля и группе больных детей была 10% и 13,9% соответственно. Данный генотип встречался, наиболее редко. Гетерозиготы явились преобладающими, однако между группами статистически значимых результатов не получено ($\chi^2=2,0$ ОШ=1,8, ДИ-1,6-3,4 $p=0,1$). Генотип cc распределился следующим образом: 36,6% у лиц контрольной группы и 44,2% у детей с астмой ($\chi^2=1,0$ ОШ=0,7, ДИ-0,4-1,5, $p=0,3$).

Выводы. Таким образом, рассмотренные генетические полиморфизмы в нашем исследовании не явились «специфическими» маркерами для развития бронхиальной астмы.

Список литературы:

1. Гапархоева З.М., Современные представления о роли генетических предикторов при бронхиальной астме у детей// З.М. Гапархоева, Е.Н. Селиверстова, Т.Р. Стройкова, О.А.Башкина, Л.В.Демидова//Астраханский медицинский журнал. 2015. Т. 10. №1. С. 6-11.
2. Огородова Л. М. Вклад полиморфизма генов интерлейкинов в изменчивость количественных факторов риска атопической бронхиальной астмы / Л. М. Огородова, М. Б. Фрейдин, В. П. Пузырёв // Мед. генетика.- 2003.- Т. 2, No 3. - С. 130-135.
3. Огородова Л. М. Ассоциация полиморфизма генов IL-4 и IL-4RA с показателями вентиляционной функции легких и патогенетическими признаками атопической бронхиальной астмы в семьях/ Л. М. Огородова, А. В. Дубков, М. Б. Фрейдин, Ф. Ф. Тетенов // Пульмонология. -2004. No 4.- С. 10-15.
3. Огородова Л. М. Тяжелая и терапевтически резистентная астма у детей/ Л. М. Огородова, Ф. И. Петровский, Ю. А. Петровская, И. А. Деев // Аллергология. -2004.- No 2.- С. 48-55.
4. Огородова Л. М. Биологические маркеры атопического воспаления при аллергических заболеваниях как предикторы развития бронхиальной астмы в будущем /Л. М. Огородова, Д. В. Козырицкая, И. А. Деев, А. В. Екимовских // Педиатрия. 2007. -Т. 86.- No 4. -С. 9-13.
5. Пузырев В. П. Взаимосвязь полиморфных вариантов генов интерлейкинов и их рецепторов с атопической бронхиальной астмой/ В. П. Пузырев, М. Б. Фрейдин, Л. М. Огородова, О. С. Кобякова// Мед. генетика.-2002. -Т. 1. - № 2. С. 86-92.
6. Селиверстова Е.Н., Роль генов СС16 и ИЛ-4 в формировании бронхиальной астмы у детей//Е.Н.Селиверстова, О.А.Башкина, З.М.Гапархоева // Аллергология и иммунология.-2016.Т.17.- №1.С.39.

7. Тютина О. С. Клинико-анамнестические и иммуногенетические аспекты бронхиальной астмы с позиции контроля над течением заболевания у детей: автореф. дис. канд. мед. наук / О. С. Тютина. - Красноярск, 2013. – 18 с.

8. Фрейдин М. Б. Полиморфизм генов интерлейкинов и их рецепторов: популяционная распространенность и связь с атопической бронхиальной астмой/М.Б. Фрейдин, В. П. Пузырев, Л. М. Огородова //Генетика. 2002. Т. 38. № 12. С. 1710–1718.

Сувернева А.А., Мамиев О.Б.

*ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Астрахань, Россия*

**ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ СОЦИАЛЬНО-БИОЛОГИЧЕСКИХ И
МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ФАКТОРОВ В РЕАЛИЗАЦИИ
НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИНТРАНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ**

Цель: выявить факторы риска интранатальной гибели плода (ИГП), определить их прогностическое значение в реализации неблагоприятных интранатальных исходов.

Материалы и методы исследования. Проведено сплошное ретроспективное исследование 42 историй родов (уч. форма № 096/у) пациенток с ИГП (1 группа, основная), 42 медицинских свидетельств о перинатальной смерти (уч. форма №106-2/у-08), изучение методом случайной выборки 50 историй родов пациенток с благоприятным исходом родов для плода и последующим удовлетворительным состоянием новорожденного (2 группа, сравнения). Достоверность разницы установленных частот подтверждалась сопоставлением полученных результатов с табличными показателями критерия соответствия χ^2 при различных уровнях значимости. В дальнейшем выявленные факторы риска рассматривались в бинарном аспекте ("наличие", "отсутствие"), возраст пациенток - в интервальном аспекте, а полихотомические признаки – в номинальном (порядковом). Факторы, достоверно чаще встречающиеся в основной группе, являлись агрессивными, в группе сравнения - протективными. Нами были определены прогностические коэффициенты (ПК) факторов, обозначаемые знаком «+» в случае агрессивного характера фактора и знаком «-» – в случае протективного. Для прогнозирования использованы прогностические (вероятностно-статистические) методы (байесовская модель прогноза с последовательным анализом Вальда, расчет ПК факторов риска по методу Гублера, определение их информативности (инф.) по Кульбаку с использованием пакета программ Microsoft Excel)[3-5].

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ факторов риска интранатальных потерь свидетельствует о том, что пациенток в возрасте старше 30 лет в основной группе отмечалось больше, чем в группе сравнения (40,5% и 14%, соответственно, $p < 0,01$). ПК пациенток в возрасте 15-19 лет составил «+6,8» (инф. 0,25), 20-24 лет – «-0,8» (инф. 0,03), 25-29 лет – «-5» (инф. 0,66), 30 лет и старше - «+4,6» (инф. 0,61). Курящих среди обследованных из 1-й группы было 17%, из 2-й группы – 2% ($p < 0,05$). ПК данного фактора при его наличии составил «+9,2» (инф. 0,68), при отсутствии - «-0,7» (инф. 0,05). Наличие сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в анамнезе также явилось фактором риска (29% в основной группе против 10% в группе сравнения, $p < 0,05$), ПК «+4,6» (инф. 0,42); «-1» (инф. 0,09). Воспалительные заболевания гениталий в анамнезе в 1-й группе отмечались в 69% наблюдений, во 2-й – в 34% ($p < 0,01$), ПК «+3» (инф. 0,54); «-3,3» (инф. 0,58). При этом инфекции, передающиеся половым путём (ИППП), в основной группе встречались в 6,5 раз чаще, чем в группе сравнения (26% и 4%, соответственно, $p < 0,05$), ПК «+7,8» (инф. 0,88); «-0,6» (инф. 0,04). Искусственных абортов перед настоящей беременностью в 1-й группе было произведено в 2 раза больше, чем во 2-й (48% и 22%, соответственно, $p < 0,05$), ПК «+3,4» (инф. 0,43); «-1,8» (инф. 0,22). Выявлены и сезонные особенности зачатия: в группе с ИГП в 29% наблюдений зачатие произошло осенью, в 28% - зимой, а в группе сравнения это отмечалось в 6 % и 2% наблюдений, соответственно, ($p < 0,01$). ПК при зачатии весной составил «-2,3» (инф. 0,24), летом – «-5,3» (инф. 0,74), осенью – «+6,8» (инф. 0,76), зимой - «+11,5» (инф. 1,53). У 52% пациенток 1-й группы и у 18% - 2-й группы настоящая беременность протекала на фоне ССЗ ($p < 0,01$), ПК «+4,6» (инф. 0,42); «-2,4» (инф. 0,41). Статистически достоверно чаще в 1-й группе беременность осложнилась угрозой прерывания после 20 недель гестации (26% и 4%, соответственно, $p < 0,01$), ПК «+8,2» (инф. 0,91); «-1,2» (инф. 0,13), многоводием (43%

против 4%, $p < 0,001$), ПК «+10,3» (инф. 2), хронической плацентарной недостаточностью (ПН) (64% и 10%, соответственно, $p < 0,001$), ПК «+8» (инф. 2,19); «-4» (инф. 1,09). ПК при маловодии составил «+2» (инф. 0,07), нормальном количестве вод - «-3,4» (инф. 0,79). Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты во время настоящей беременности произошла у 19% пациенток основной группы и 2% - группы сравнения ($p < 0,05$), ПК «+9,8» (инф. 0,83); «-1» (инф. 0,09). Воспалительные заболевания гениталий обнаружены у 57% беременных 1-й группы и у 14% - 2-й ($p < 0,001$), ПК «+6,1» (инф. 1,32); «-3» (инф. 0,65). При анализе патологии плода статистически достоверно чаще в 1-й группе диагностированы: острая гипоксия (21% и 2%, соответственно, $p < 0,01$), ПК «+10,3» (инф. 1); «-1» (инф. 0,09), хроническая гипоксия (48% и 4%, соответственно, $p < 0,001$), ПК «+10,8» (инф. 2,35); «-2,6» (инф. 0,57) и врождённые пороки развития (19% и 2%, соответственно, $p < 0,05$), ПК «+9,8» (инф. 0,83); «-1» (инф. 0,07). В 36% наблюдений в основной группе роды были ранними преждевременными (28-33 нед.), при отсутствии таковых в группе сравнения. ПК ранних преждевременных родов составил «+22,5» (инф. 4), преждевременных (34-37 нед.) - «+7,7» (инф. 0,38), своевременных - «-3,1» (инф. 0,79). Преждевременное излитие околоплодных вод отмечалось у 71% пациенток 1-й группы и у 8% - 2-й ($p < 0,001$). ПК преждевременного излития вод составил «+9,5» (инф. 3,02), раннего - «-4,4» (инф. 0,36), своевременного - «-5,3» (инф. 1,18). В 12% наблюдений в группе с ИГП роды сопровождались прогрессирующей преэклампсией, тогда как в группе живорожденных детей указанная патология отсутствовала ($p < 0,05$), ПК «+17,7» (инф. 1,04); «-0,6» (инф. 0,03). Неправильное положение и предлежание плода встречалось у 19% пациенток основной группы и у 4% - группы сравнения ($p < 0,05$), ПК «+6,8» (инф. 0,51); «-0,8» (инф. 0,06). Патология пуповины и выпадение ее петель обнаружено в 19% наблюдений в 1-й группе и в 2% - во 2-й ($p < 0,05$), ПК «+9,8» (инф. 0,83); «-0,8» (инф. 0,07). В результате анализа ятрогенных дефектов выявлены несвоевременная диагностика осложнений беременности в женской консультации, отсутствие соответствующего плана обследования и ведения пациентки (38% в 1-й группе и 3% - во 2-й, $p < 0,001$), ПК «+11,1» (инф. 1,97); «-2» (инф. 0,35), нерациональное ведение родов (16% и 2%, соответственно, $p < 0,05$), ПК «+8,5» (инф. 0,52); «-0,6» (инф. 0,04) и невыполненное или несвоевременно выполненное оперативное родоразрешение при наличии показаний (12% в 1-й группе при отсутствии данного дефекта во 2-й группе, $p < 0,05$), ПК «+16,5» (инф. 0,78); «-0,4» (инф. 0,02).

Чтобы получить интегративную оценку интранатального риска для плода у конкретной пациентки нужно суммировать ПК в зависимости от их наличия. При достижении суммарным ПК "+13 или больше" баллов прогнозируют ИГП, а при сумме ПК, равной "-13 или меньше" баллов, прогнозируют отсутствие её риска[1,2].

Установлено, что в 92,7% случаев ведущей причиной ИГП была интранатальная асфиксия, в 7,3% - множественные врождённые аномалии развития плода. Интранатальная асфиксия развилась на фоне нарушения маточно-плацентарного кровообращения (МПК) (отслойка плаценты и воспалительные изменения в ней - 34,2%), плодово-плацентарного кровообращения (ППК) (патология пуповины, выпадение её петель - 21,1%), сочетанного нарушения МПК и ППК (декомпенсированная хроническая ПН - 36,8%), аспирации околоплодными водами (5,3%) и несоответствия размеров плода и таза матери (2,6%).

Выводы. Выявлены факторы риска ИГП, определён их прогностический вес. При этом учтены также протективные факторы, что существенно повышает разрешающую способность прогноза гибели плода во время родов. Факторы интранатального риска с высокими ПК соответствуют установленным в исследовании причинам ИГП, что позволяет считать данную методику прогнозирования достаточно надёжной и объективной и рассматривать её в качестве резерва в снижении интранатальных потерь.

Список литературы:

1. Гублер, Е. В. Информатика в патологии, клинической медицине и педиатрии [Текст]: монография / Е. В. Гублер. - Л.: Медицина, 1990. - 176 с., илл.
2. Радзинский, В. Е. Акушерский риск. Максимум информации - минимум опасности для матери и младенца [Текст] / В. Е. Радзинский, С. А. Князев, И. Н. Костин. - М.: Эксмо, 2009. - 290 с.
3. Способ индивидуального прогнозирования интранатальной гибели плода [Текст]: пат. 2574714 Рос. Федерация: МПК6 А 61 В 5/00 / Сувернева А. А., Мамиев О. Б., Джумагазиев А. А.; заявитель и патентообладатель ГБОУ ВПО Астраханский ГМУ Минздрава России.- №

2015100315/14; заявл. 12.01.15; опубл. 10.02.16, Бюл. № 4.- 27с.

4. Шаповалова М.А., Сердюков А.Г. Региональная смертность в переходной экономике/ Проблемы управления здравоохранением. 2004. № 2. с. 42.

5. Шаповалова М.А. Воспроизводство населения как медико-экономическая проблема Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования "Российский государственный медицинский университет". Москва, 2004

Таджиев И.Е., Бабаева Е.Е., Степанова Т.Н.

ГБУ здравоохранения Астраханской области «Областной центр профилактики и борьбы со СПИД», г. Астрахань, Россия

ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩАЯСЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ У БОЛЬНЫХ ВИЧ/СПИД В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Цель: недопущение распространения ВИЧ-инфекции на территории Астраханской области.

Задачи: снижение негативного влияния сопутствующей патологии на течение ВИЧ-инфекции.

Методы:

- комплексное клиничко-лабораторное обследование больных с ВИЧ-инфекцией, состоящих на диспансерном учете в ГБУЗ АО «ОЦ ПБ СПИД»;
- проточная цитометрия.

Результаты. Вирус иммунодефицита человека первыми поражает клетки иммунной системы и нейроглии, что приводит к атипичному течению сопутствующей терапевтической патологии на ранних стадиях заболевания.

Нами наблюдались 580 ВИЧ-инфицированных, 90% которых имеют различную сопутствующую терапевтическую патологию (20 нозологических единиц). Вероятность развития соматических заболеваний с атипичным течением повышается при длительно текущей ВИЧ-инфекции с нарастающей иммуносупрессией.

Результаты наблюдения за диспансерной группой терапевта ГБУЗ АО «ОЦ ПБ СПИД» показали преобладание гнойно — воспалительных процессов (заболевания верхних дыхательных путей, бактериальные пневмонии, обострение хронического пиелонефрита, холецистита и др.) - 84%, протекающих со скудной клинической симптоматикой, часто с отсутствием жалоб, но с выраженными патоморфологическими изменениями и склонностью к частым обострениям. В связи с поражением ВИЧ клеток нейроглии, на ранних стадиях заболевания наблюдаются функциональные нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы (нарушения внутрижелудочковой проводимости, синдром ранней репуларизации) - 27%, желудочно-кишечного тракта - 78% (холангиты, ДЖВП, эрозивные гастриты, рефлюкс, эзофагиты), что в дальнейшем приводит к органическим поражениям этих систем, плохо поддающимся лечению. В тоже время при длительном сроке ВИЧ-инфекции (даже при отсутствии выраженного иммунодефицита и наличии стойкой вирусной нагрузкой ниже определяемого уровня на фоне ВААРТ) со стороны сердечно-сосудистой системы выявляются (по данным ЭКГ): нарушения ритма (АВ — блокады разных типов, экстрасистолия (13-37%), нарушения проводимости (блокады ветвей ЛНПГ) плохо поддающиеся медикаментозной коррекции (21-30%), что возможно связано с ВИЧ — нейропатией и/или метаболическими нарушениями, развивающимися на фоне АРВТ.

С появлением эпохи ВААРТ увеличилась выживаемость пациентов, их средний возраст и соматическая терапевтическая патология, связанная с нарушением липидного обмена (сахарный диабет, атеросклероз, симптоматические гипертонии и т.д.).

Выявлена четкая зависимость между тяжестью заболевания, частотой рецидивов и показателями иммунитета (уровень CD4, CD8, ИРИ). Так, у 23% ВИЧ-инфицированных с гнойно-воспалительной патологией уровень CD4 был в пределах 350-500 клеток, уровень CD8 - 578-1331 клетка, что свидетельствует о том, что чем глубже состояние иммунодефицита и выше супрессорная активность, тем тяжелее и длительнее протекает заболевание, растет частота рецидивов. Лечение таких больных требует не только назначения высокоинтенсивных схем терапии, но и обязательной им-

мунокоррекции.

Выводы:

У впервые выявленных больных ВИЧ-инфекцией, ранее считавших себя практически здоровыми, отмечается высокий процент выявления сопутствующей терапевтической патологии.

В структуре заболеваний преобладают гнойно-воспалительные процессы с выраженными патоморфологическими изменениями при скудной клинической симптоматике и склонностью к частым заболеваниям.

Отмечается корреляция между иммунологическими показателями, тяжестью заболевания и частотой рецидивов.

Лечение больных помимо назначения высокоэффективных схем терапии должно включать в себя обязательное проведение иммунокоррекции.

Список литературы:

1. А.Г.Рахманова, Е.Н.Виноградова, Е.Е.Воронин, А.А.Яковлев. ВИЧ-инфекция. - С. Петербург, 2004 г.
2. В.В.Покровский, О.Г.Юрин, В.В.Беляева. Клиническая диагностика ВИЧ-инфекции. - Москва, 2011 г.
3. Л.В.Серебровская, Ю.Р.Ситдыкова, Е.В.Буравцева, В.В.Покровский. Определение количества CD4 Т-лимфоцитов у пациентов, инфицированных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) на проточном цитометре. - Москва, 2007 г.
4. В.В.Покровский, О.Г.Юрин, А.В.Кравченко и др. Протоколы диспансерного наблюдения и лечения больных ВИЧ-инфекцией. Национальное научное общество инфекционистов. Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы 2012.

Таджиев И.Е., Бабаева Е.Е., Литвинова Г.Р., Мазлова И.И.

ГБУ здравоохранения Астраханской области «Областной центр профилактики и борьбы со СПИД», г.Астрахань, Россия

О ПЕРВООЧЕРЕДНЫХ МЕРОПРИЯТИЯХ ПО ПРОТИВОДЕЙСТВИЮ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Цель: недопущение распространения ВИЧ-инфекции на территории Астраханской области.

Задачи: повышение эффективности реализации в Астраханской области мероприятий по противодействию распространения ВИЧ-инфекции.

Методы:

- серологический скрининг населения;
- эпидемиологическое наблюдение и расследование;
- популяционный мониторинг;
- социологические исследования;
- пропаганда медицинских и гигиенических знаний здорового образа жизни.

Результаты: в соответствии с поставленными задачами и на основании областной целевой программой «Развитие здравоохранения и совершенствование организации медицинской помощи населению Астраханской области», ежегодно утверждаемой постановлением Правительства Астраханской области, с 1989 года на территории области проводятся комплексные мероприятия по профилактике ВИЧ/СПИД.

При Правительстве Астраханской области работает межведомственная комиссия по профилактике и борьбе с туберкулезом, СПИДом и ЗППП. Межведомственные комиссии работают в 11 районах области. При министерстве здравоохранения Астраханской области и Управлении Роспотребнадзора по Астраханской области работает Комиссия по борьбе со СПИДом и ЗППП. Заседаниям Комиссии предшествуют комплексные проверки с участием сотрудников ГБУЗ АО «ОЦ ПБ СПИД», Управления Роспотребнадзора по АО и других заинтересованных служб, по результатам которых готовятся информационные материалы.

Реализация комплексных профилактических мероприятий позволила:

- ежегодно проводить профилактическое обследование не менее 18% населения на ВИЧ-инфекцию и вирусные гепатиты, что соответствует федеральным рекомендациям;
- добиться 100%-го охвата диспансерным наблюдением (федеральный индикатор 80,0%);
- обеспечить доступ к лечению АРВТ всем нуждающимся;
- добиться 100%-го охвата полным курсом химиопрофилактики беременных женщин с ВИЧ-инфекцией, состоящих на диспансерном учете (федеральный индикатор 80,0%). Зарегистрированный в регионе уровень передачи ВИЧ от матери ребенку 3% (РФ-6%).

Показатель смертности по Астраханской области за 1 полугодие 2016 г. снизился до 0,7 против 1,0 в 2015г. (РФ - 3%). Основной причиной летальных исходов и причин смерти, связанных с ВИЧ-инфекцией, является туберкулез.

С 01.01.1987 по 30.06.2016 в Астраханской области учтено 1114 случаев ВИЧ-инфекции среди местных жителей. На 30.06.2016 г показатель пораженности 95,6 на 100 тыс. населения (прогнозируемый показатель на конец 2016 года – 102,3) (2015 – 86,5) (РФ – 541,8). Показатель заболеваемости составил 10,2 на 100 тыс. населения (30.06.2015 – 6,6).

В эпидемиологический процесс вовлечены различные возрастные и социальные группы населения. В 73 % ВИЧ-инфекция регистрируется у лиц в возрасте 25-49 лет. Отмечается рост удельного веса возрастной группы 45-59 лет в 2,6 раза по сравнению с 2015 г. (15,4% против 6,0%). 66,3% составляют мужчины в возрасте от 20 до 44 лет.

Преобладают два пути заражения: половой (гетеро- и гомосексуальные незащищенные контакты с ВИЧ-инфицированными) - 48,3% и парентеральный (использование общего инструментария при употреблении инъекционных наркотиков с ВИЧ-инфицированными) - 37,5%.

Распространённость ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков приводит к переходу вируса в другие группы населения, преимущественно при гетеросексуальных контактах без средств защиты.

Основной причиной роста заболеваемости ВИЧ-инфекцией в регионе явилось выявление очага инфекции в г. Астрахани. На 30.06.2016 в очаге выявлены 84 случая ВИЧ-инфекция, из них 69,9% (58) составляют мужчины. Средний возраст 33-34 г. Путь передачи вируса в 90,0% случаев парентеральный. 97,0% инфицированных неработающие. 32,9% находятся в местах лишения свободы.

В ранее зарегистрированных крупных очагах (в Камызякском и Ахтубинском районах) с 1998 по 1-е полугодие 2016г. выявляются единичные новые случаи ВИЧ-инфекции.

Профилактическая работа с населением области осуществляется по 12 профилактическим направлениям с участием общественных организаций (АРОО «АнтиСПИД», «Красный Крест»). Охват составляет не менее 25% различных возрастных и профессиональных групп населения.

В соответствии с Государственной стратегией противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации первоочередными задачами по противодействию распространению ВИЧ-инфекции в Астраханской области на 2016-2017гг. являются:

- Охватить профилактическим обследованием на ВИЧ-инфекцию от 23% до 30% населения области;
- Охватить диспансеризацией не менее 90% состоящих на учете ВИЧ-инфицированных;
- Охватить антиретровирусной терапией 46% ВИЧ-инфицированных, состоящих на диспансерном учете;
- Охватить трехэтапной химиопрофилактикой 100% беременных женщин, состоящих на диспансерном учете;
- Активизировать работу по своевременному выявлению и обследованию на наличие антител к ВИЧ лиц из групп повышенного риска инфицирования, обратив особое внимание на больных с клиническими показаниями и состояниями, не исключающими наличие ВИЧ-инфекции.

Усилить работу в очагах г.Астрахани, в Ахтубинском и Камызякском районах.

Проводить постоянную профилактическую работу с населением города и области, используя все формы и методы работы (семинары-тренинги, интерактивные формы общения, тематические видеоролики, ролики, диспуты, круглые столы и другие) с привлечением СМИ.

Вывод: эпидемия, несмотря на почти 30-летний период, все еще остается сконцентрированной

в наиболее уязвимых группах. Мероприятия по противодействию распространению ВИЧ-инфекции на территории Астраханской области проводятся комплексно и на постоянной основе, что позволяет сдерживать темпы распространения ВИЧ-инфекции среди широких слоев населения.

Список литературы:

1. Глобальный доклад: Доклад ЮНЭЙДС о глобальной эпидемии СПИДа, 2012. "ЮНЭЙДС / JC2417R";
2. Концепция "Комплексная программа по профилактике и лечению социально значимых заболеваний среди потребителей инъекционных наркотиков". - М.: ЭСВЕРО, 2011;
3. Техническое руководство для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения универсального доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков. - М.: ВОЗ, ЮНЭЙДС, УНП ООН, 2009;
4. Эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией. Методические указания МУ 3.1.3342-16;
5. Правовая и отраслевая документация, регламентирующая работу специалистов службы профилактики ВИЧ/СПИД.

Талтагашев Ч.Ю.

*ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Астрахань, Россия*

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ КОКСИЕЛЛЕЗА

Коксиеллез (лихорадка Ку) – представляет собой широко распространенный зооноз с различными механизмами передачи, полиморфной клинической картиной, возможностью осложнений и хронизации процесса [3, 5, 6, 7, 8, 9]. Является важной медико-социальной проблемой в связи с широким распространением возбудителя в различных климатогеографических зонах.

Цель работы: изучить эпидемиологические особенности коксиеллеза в современных условиях.

Материалы и методы: проведен сравнительный анализ данных по эпидемиологии коксиеллеза на основании изучения литературных источников за последние 6 лет,

Результаты: Оказалось, что коксиеллез – это природно-очаговый зооноз эндемичный для Астраханской области. В Астраханской области заболеваемость населения коксиеллезом наиболее высокая в России. По официальным данным в 2015 году показатель заболеваемости коксиеллезом на 100 тысяч населения составил в России 0,03, а в Астраханской области – 4,79 [8].

Основным источником возбудителя являются сельскохозяйственные животные, которые определяют эпидемическое и эпизоотическое неблагополучие по коксиеллезу. Пути передачи различные, но чаще наблюдаются ингаляционный и алиментарный пути заражения коксиеллезом. Так С.Ф. Карпенко, Х.М. Галимзянов с соавторами (2013) отмечали при коксиеллезе алиментарный путь передачи у 60% больных, трансмиссивный путь (укус клеща) у 16,4% пациентов и водный путь передачи у 8,5% больных, которые часто выезжали на рыбалку. При этом авторы отмечали регистрацию коксиеллеза постоянно в течение года с равномерным подъемом заболеваемости в апреле-июле (60,0%) и равномерное распределение больных среди сельского и городского населения. [4].

Некоторые исследователи изучали динамику заболеваемости коксиеллезом людей в Астраханской области в 2010-2011 годах с учётом условий районирования. Было выяснено, что в 2010 году превышение среднеобластных показателей заболеваемости отмечалось в следующих районах: Приволжском, Камызякском, Икрянинском, Наримановском, Красноярском, г. Астрахани. Меньше всего было зарегистрировано больных коксиеллезом в Володарском районе, где показатель заболеваемости оказался равен 6,05. А в Енотаевском районе не было зарегистрировано ни одного случая коксиеллеза [2]. Неравномерность территориального распределения заболеваемости коксиеллезом, по мнению Э.А. Яковлева с соавторами (2015), объясняется не только степенью активности антропоургических и природных очагов инфекции, но и реальной возможностью их выявления при отсутствии надлежащей лабораторной базы в медицинских организациях и подготовленных специалистов в первичном

медицинском звене [1].

Своевременная диагностика коксииеллеза с помощью современных лабораторных методов позволяет на ранних сроках болезни идентифицировать возбудителя болезни и назначить больному адекватную терапию. Для лабораторной диагностики коксииеллеза применяется полимеразная цепная реакции (ПЦР). По данным авторов, ДНК *Coxiella burnetii* выявлялась в крови больных в период с 3 по 23 день болезни. У 149 больных (90,9%) положительный результат в ПЦР отмечался до 10 дня заболевания. У 15 пациентов (9,1%) ДНК *Coxiella burnetii* была обнаружена в течении 11-23 дня болезни [4]. В последние годы проводится работа по усовершенствованию лабораторной диагностики коксииеллеза методом ПЦР [10].

Заключение. Таким образом, Астраханская область является эндемичной по заболеваемости населения коксииеллезом. Точное число заболевших установить не удастся, так как у многих людей инфекция протекает латентно или скрыто. Многие медицинские работники недостаточно осведомлены и не проявляют должной внимания к этой инфекции, что приводит к диагностическим ошибкам и несвоевременному лечению больных. Возникает необходимость усилить противоэпидемические мероприятия по борьбе с коксииеллезом в Астраханской области. Необходимо проводить мониторинг заболеваемости коксииеллезом людей с учетом условий районирования, сезонности, цикличности эпидемических и эпизоотических процессов, мониторинг за циркулирующей возбудителя, проводить профилактическую вакцинацию лиц, профессиональная деятельность которых связана с риском заражения коксииеллезом. А оценка эффективности проводимых мероприятий позволит прогнозировать развитие эпидемической ситуации.

Список литературы:

1. Заболеваемость лихорадкой Ку в Российской Федерации и странах Европы: реалии и проблемы / Яковлев Э.А., Борисевич С.В., Попова А.Ю. и др. // Проблемы особо опасных инфекций. – 2015. – №4. – С. 49-54.
2. Карпенко, С.Ф. Динамика заболеваемости коксииеллезом в Астраханской области в 2010 – 2011 гг. / С.Ф. Карпенко, Х.М. Галимзянов, Р.С. Аракельян и др. // Инфекция и иммунитет. – 2012. – Т. 2, № 1 – 2. – С. 150-151.
3. Карпенко, С.Ф. Современное представление о клинике и терапии коксииеллеза / С.Ф. Карпенко // Вестник новых медицинских технологий. – 2013. – Т. 20, № 3. – С. 117-122.
4. Карпенко, С.Ф. Особенности эпидемиологии и лабораторной диагностики коксииеллеза в Астраханской области / С.Ф. Карпенко, Х.М. Галимзянов, С.Ж. Неталиева, О.Н. Горева // Инфекция и иммунитет. – 2013. – Т. 3, № 2. – С. 136.
5. Карпенко, С.Ф. Клинико-патогенетические особенности развития острого гепатита при коксииеллезе / С.Ф. Карпенко, Х.М. Галимзянов, Р.С. Аракельян // Медицинская иммунология. – 2015. – Т.17, №3s. – С. 111-112.
6. Карпенко, С.Ф. Клинические проявления подострой формы коксииеллеза / С.Ф. Карпенко, Б.И. Кантемирова // Материалы межрегионального форума специалистов с заседанием профильной комиссии по специальности «Инфекционные болезни» Министерства здравоохранения РФ «Актуальные вопросы инфекционной патологии юга России». – Краснодар, 8-10 июня 2016. – С. 118-119.
7. Карпенко, С.Ф. О влиянии некоторых факторов неспецифической резистентности на длительность болезни и поражение органов при коксииеллезе / С.Ф. Карпенко, Б.И. Кантемирова, О.Н. Горева // Новая наука: современное состояние и пути развития: Международное научное периодическое издание по итогам научно-практической конференции – Оренбург, 2016. – Ч. 2. – С. 45-47.
8. Карпенко, С.Ф. Клинико-иммунологические особенности коксииеллеза у больных старше 50 лет и пути коррекции нарушений / С.Ф. Карпенко, Б.И. Кантемирова, А.В. Красков // Новая наука: современное состояние и пути развития: Международное научное периодическое издание по итогам научно-практической конференции – Оренбург, 2016. – Ч. 2. – С. 42-45.
9. Клиника и некоторые показатели неспецифической резистентности при лихорадке Ку / С.Ф. Карпенко, Х.М. Галимзянов, Н.Б. Касимова и др. // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2010. – № 6. – С. 38-42.
10. Сравнение диагностической эффективности методов детекции *Coxiella burnetii* в крови больных лихорадкой Ку на основе амплификации фрагментов гена 16S рРНК (стандартная ПЦР) и гена groEL (ПЦР в режиме реального времени) / Ю.А. Панферова, О.А. Фрейлихман, Н.К. Токаревич,

Тарикулиев Ш.М., Солдатова Т.А.

**ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Астрахань, ГБУЗ АО ГКБ №3 г.Астрахань, Россия**

ДИНАМИКА МИКРОФЛОРЫ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА НА СТАДИИ АБСЦЕДИРОВАНИЯ

Цель исследования: изучить влияние антибактериальных оксигенизированных препаратов (АОП), региональной лимфатической и NO - терапии на микрофлору у больных с эпителиальным копчиковым ходом в стадии абсцедирования.

Задачи исследования. Сравнительно оценить влияние:

а) антибактериальных оксигенизированных препаратов на количественные показатели гнойной микрофлоры при проведении предоперационной подготовки к проведению радикальной операции эпителиального копчикового хода (ЭКХ) на стадии абсцедирования;

б) региональной лимфатической (РЛИ) и NO-терапии на динамику раневой флоры у данной группы больных в послеоперационном периоде.

Материал и методы исследования. В основу работы положен анализ результатов бактериологических исследований полученных в процессе лечения и обследования 48 больных в возрасте от 17 до 29 лет с ЭКХ на стадии абсцедирования. Мужчин было 39 человек, женщин 9, поступивших через 3-5 суток от начала воспаления. Всем больным применялся метод отсроченного радикального оперативного лечения. Вначале производили пункцию гнойника, эвакуировали гной, вводили в гнойную полость антисептик. Через одни сутки производилась радикальная операция. В исследуемой группе (29 человек, мужчин – 24, женщин – 5), при помощи иглы Бира эвакуировался гной. В ½ объема удаленного гноя в патологическую полость вводился ОЛП, создаваемый «ex tempore»: мазь «Левомеколь» при $T_0 + 37^{\circ}\text{C}$ в соотношении 1:1 смешивалась с продуктом «ОксиЭнергия» (Сертификат соответствия - №- РОС- RU-АЯ 48. В 07908; паспорт качества - №- 01/05 гк., св. гос. регистрации №- 30. АЦ. 02.006.У 000003.03.08).

На следующий день, под общим обезболиванием, осуществлялась повторная пункция абсцесса и после маркировки раствором бриллиантового зеленого иссекался ЭКХ иссекался в пределах здоровых тканей с оболочками абсцесса. Стенки и дно операционной раны в течение 5 минут обрабатывали с расстояния 15 см от сопла потоком экзогенного оксида азота (ЭОА) 450-480 ppm, создаваемого аппаратом «Плазон» СК СВП/ NO-01 в режиме функционирования «коагулятор-стимулятор». После ушивания раны по Донатти и вакуум-дренирования по Редону, осуществляли РЛИ: в области проксимального и дистального концов послеоперационной раны, отступая от ее левого и правого края на 1 см, вводились подкожно 32 ЕД лидазы, разведенной в 4 мл 1% раствора лидокаина, а через 5 минут 50 мг иммунофана, растворенного в 4 мл раствора хлорида натрия. В послеоперационном периоде проводили РЛИ с 48 часовой периодичностью и 1 раз в сутки послеоперационная рана и прилегающие к ней ткани в течение 5 минут обрабатывали потоком ЭОА в том же режиме работы с расстояния 25 см от сопла (Приоритетная справка на изобретение № от 03.06.2016 г).

В группе сравнения (19 пациентов) при первом этапе лечения в полость абсцесса вводился «Левомеколь» в ½ от объема удаленного гноя. Операционная рана обрабатывалась ультразвуком. Иммунофан вводился внутримышечно.

Бактериологическими исследованиями определялась видовая принадлежность возбудителей, их чувствительность к антибиотикам, содержание колониеобразующих единиц (КОЕ) микробов в 1 мл гноя и в отделяемом экссудате на 1,2 и 3 сутки после операции, исследованием дистального отдела вакуум-дренажа при его удалении.

Результаты. В результате усовершенствованного комплексного подхода лечения в исследуемой группе после операции к исходу 2-х суток нормализовалось общее самочувствие, ликвидировались местные и общие симптомы гнойной инфекции. Вакуум-дренаж удалялся на $1,5 \pm 0,3$ дня раньше. Швы снимались на 6-7 сутки, в группе сравнения на 7-8 сутки после операции. В группе сравнения в

4-х случаях освобождались серомы. Результаты лабораторных исследований коррелировали с клиническими данными. Клиническая эффективность комплексного лечения группы сравнения подтверждена бактериологическими исследованиями. У всех больных высевалась смешанная флора, представленная в 100% Esh.coli в сочетании с St. aureus (77,3%), Proteus vulgaris (22,6%) и другими видами грамотрицательных микробов.

У всех больных КОЕ в 1 мл экссудата, удаленного в день поступления превышал $1 \times 10^6-7$, в день операции: в исследуемой группе $<1 \times 10^4-5$, к исходу 1 суток - $<1 \times 10^2-3$, 2-х суток $<1 \times 10^1-2$, 3-х суток отделяемого не было, а в 23 случаях посева микробов с участков дренажа, находившегося в ране, получено не было.

В группе сравнения в послеоперационном периоде результаты определения КОЕ соответственно превышали на 1-2 порядка таковые исследуемой группы, а рост флоры с участка дренажа был получен в 12 случаях.

Заключение. Оксигенизированные лекарственные препараты позволяют подавить активность патогенной микрофлоры в полости абсцесса при ЭКХ, что улучшает качество предоперационной подготовки к проведению радикальной операции.

После иссечения абсцесса и 5 минутной обработкой стенок и дна операционной раны потоком ЭОА 450-480 ppm, создаваемого аппаратом «Плазон» СК СВП/ NO-01 в режиме функционирования «коагулятор-стимулятор» удается улучшить качество хирургической обработки. В послеоперационном периоде сочетание обработки раны и паравульнарных тканей потоком ЭОА с РЛИ позволяет значительно быстрее подавить активность микробиоты.

Выводы:

Разработанный алгоритм комплексного лечения ЭКХ на стадии абсцедирования повышает качество оказания квалифицированной хирургической помощи данному контингенту больных.

Применение оксигенизированных антибактериальных препаратов в сочетании с региональной лимфатической и NO-терапией в данном случае может рассматриваться как альтернатива традиционному антибактериальному лечению.

Тарханов В.С., Паршина К.В.

ГБУЗ АО «Областная клиническая психиатрическая больница», г. Астрахань, Россия

НАРУШЕНИЕ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ ВО ВРЕМЯ ПОДГОТОВКИ И ПРОВЕДЕНИЯ ЕДИННОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА. ОНТОГЕНЕСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД РЕШЕНИЯ

Цель: выявление сформированности стрессоустойчивости у обучающихся 10-11 классов в период подготовки и проведения Единого государственного экзамена (далее - ЕГЭ), определение происхождения причин ее нарушения и подхода решения данной проблемы.

Задачи:

1. Обобщить теоретические материалы по исследуемой теме: раскрыть содержание понятий - стрессоустойчивость, причины нарушения стрессоустойчивости, понятие онтогенеза.

2. Провести диагностику причин нарушения стрессоустойчивости у обучающихся 10-х, 11-х классов МБОУ «СОШ с. Тамбовка», МБОУ «Гимназия № 2» г. Астрахань.

3. Проанализировать полученные результаты.

4. Психокоррекционная работа.

1. Теоретическая часть.

1.1.1. Стрессоустойчивость: содержание понятия, типы, особенности, интересные факты.

1.1.2. Эмоциональный стресс, психологический стресс

Люди делятся на 4 группы: стрессонеустойчивые; стрессотренируемые; стрессотормозные; стрессоустойчивые.

1.2. Трудности, выявленные у учащихся в условиях сдачи ЕГЭ.

1.2.1. Когнитивные трудности, личностные трудности, процессуальные трудности

1.3. Причины нарушения стрессоустойчивости

1.3.1. Организационные факторы.

1.3.2. Личностные факторы.

1.3.3. Производственные факторы.

1.4. Способы развития стрессоустойчивости и психокоррекция.

Признаки, по которым можно определить, что стрессоустойчивость снижена:

- безразличие
- постоянные сомнения во всем
- нерешительность в любых действиях
- беспокойство, и подверженность страхам
- особая осторожность во всем

Методы:

- Методика «Прогноз»
- Методика изучения стрессоустойчивости Холмса и Раге;
- Шкала реактивной (ситуативной) и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера - Ю.Л. Ханина;

Результаты исследования.

Мы предположили, что наиболее подвержены страхам девочки, так как, по мнению ученых, они обладают более тонкой эмоциональной чувствительностью и наиболее сильно подвержены переживаниям. Из 35 учеников, у которых выявлены страхи - 24 девочки и 11 мальчиков. Гипотеза, что дети в неполных семьях более восприимчивы к стрессам, чем в полных, не нашла своего подтверждения. Анализ причин страхов, показал, что большинство их имеют субъективную природу. Переживания учащихся практически в 50% случаях связаны с личными особенностями. Наша гипотеза о том, что в основе причин нарушения стрессоустойчивости и появления страхов являются субъективные переживания обучающихся полностью подтвердилась. Поэтому особенную актуальность имеют собранные и предложенные в работе методы, способствующие саморазвитию и самовоспитанию обучающихся, так называемый «кондуктивный» способ.

Заключение.

Мы выявили, что существуют разные типы стрессоустойчивости и стрессотренируемости.

Наша работа проводилась в течение 2-х лет. На первом году мы выявили, что старшеклассники действительно имеют нарушения стрессоустойчивости. Полученные результаты исследования показали, что старшеклассники не готовы к успешной сдаче государственных экзаменов. Для этого мы разработали эффективные упражнения, направленные на повышение уровня стрессоустойчивости. Мы изучили и ввели «в практику» два процесса онтогенетического подхода к психокоррекции («позитивного» и «возвышения до зоны ближайшего развития»). Нами проанализировано происхождение «страхов» и определено, что, в основном, они определяются личными переживаниями, связанными с индивидуальными особенностями. Наша гипотеза полностью подтвердилась. Считаем, что подобранные нами рекомендации, представленные в приложении, помогут учащимся осознать собственные страхи и трудности, которые могут появиться во время подготовки и сдачи ЕГЭ и понять как их можно преодолеть. Собранные упражнения и проведенная психокоррекционная работа имеют большую практическую значимость для учащихся при самостоятельной подготовке, но так же могут быть использованы педагогами и включаться в учебный план работы.

Список литературы:

1. Бенджамин Колодзин. Как выжить после психической травмы.
2. Бодров В. А. Информационный стресс: Учебное пособие для вузов. – М.: ПЕР СЭ, 2000.
3. Гримак Л.П. Резервы человеческой психики: Введение в психологию активности. – М.: Политиздат, 1989.
4. Действие на некоторые функции мозга белых крыс иммуностимулятора - полного адьюванта Фрейнда / Е.В. Кустова [и др.] // Биол. науки. - 1992. - № 3. - С. 97-103
5. Кеймани К. Аутогенная тренировка. — М.: ЭКСМО, 2002.
6. Кижяев-Смык Л.А. Психология стресса: Издат. «Наука». Москва 1983.
7. Детская и подростковая психиатри, Ю. С. Шевченко
8. Лидерс А. Г. Психологический тренинг с подростками: Учеб.пособие для студ. высш. учеб. заведений. — М.: Академия, 2001.
9. Общая психология: Учебное пособие для студентов пед. институтов.

11. Тригранян Р.А. Стресс и его значение для организма (отв. ред. навст. предисл. О.Г. Газенко. – М.: Наука, 1988.
12. Щербатых Ю. В. Психология стресса и методы коррекции. — СПб.: Питер, 2007. - 256 с.

Тишкова О.Г., Власова В.Н.

**ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Астрахань, Россия**

НОВЫЙ ПОДХОД К ПРОГНОЗИРОВАНИЮ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Неразвивающаяся беременность (НБ) продолжает оставаться одной из важных проблем современного акушерства и гинекологии. В последние годы среди случаев самопроизвольных выкидышей на ранних сроках частота данной патологии возросла с 10 – 20 % до 45 – 88,6 % [1]. В настоящее время диагноз НБ устанавливается уже по факту гибели эмбриона, а полиэтиологичность факторов не позволяют своевременно оценить риск развития данной патологии. По мнению В.Е. Радзинского и соавт. (2010), одним из подходов к решению данной проблемы при планировании беременности является оценка риска НБ уже на этапе прегравидарной подготовки. Поиск новых, информативных методов оценки состояния, как локального гомеостаза, так и эффективности проводимой прегравидарной подготовки остается приоритетной задачей современных исследований.

Активные формы кислорода (ROS) являются естественными побочными продуктами клеточного дыхания и обмена веществ и играют различную роль в репродуктивной системе. Развитие многих неблагоприятных исходов беременности связывают с ROS-индуцированным окислительным повреждением. Малоновый диальдегид (МДА), как один из конечных продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) и карбонильные группы белков (КГБ)– результат окисления белковых молекул, служат объективными маркерами оксидативного стресса (ОС) и как следствие маркерами степени эндогенной интоксикации [3]. Комплексное определение уровня маркеров ОС в сыворотке крови и в менструальных выделениях дает возможность оценить состояние локального гомеостаза матки, проводить мониторинг эффективности лечения и реабилитации пациенток, после перенесённой НБ, и прогнозировать репродуктивные потери уже на этапе прегравидарной подготовки [2,4,5].

Цель: разработать прогностические критерии неразвивающейся беременности на основании определения продуктов оксидативного стресса в сыворотке крови и менструальных выделениях у женщин на этапе прегравидарной подготовки.

Задачи:

1. Определить уровни перекисного окисления липидов (малонового диальдегида) и окислительной модификации белков (карбонильных групп) в сыворотке крови и аспирационной жидкости из полости матки при физиологически протекающей и неразвивающейся беременности.
2. Определить прогностически неблагоприятные значения маркеров оксидативного стресса по неразвивающейся беременности .

Методы исследования: проведен проспективный анализ 60 пациенток с неразвивающейся и нормально протекающей беременностью без признаков угрозы и обследование 50 пациенток на этапе прегравидарной подготовки. В группах проводилось комплексное обследование (общий и гинекологический осмотр) и клиничко-лабораторное обследование, ультразвуковое исследование, гистологическое исследование материала из полости матки и оценка содержания МДА и КГБ в сыворотке крови, аспирационной жидкости и менструальных выделениях [2,3]. Определение КГБ проводилось по методике С.N. Oliver et al. (1987), модифицированной Е.Е. Дубининой (1993). Определение МДА проводилось по методике И.Д Стальной и Т.Г. Гаршвили (1977). Сравнение средних значений между группами осуществлялось с помощью параметрического t – критерия Стьюдента и критерия Фишера. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,001$ и $p < 0,01$ соответственно.

Результаты исследований: в группе пациенток с НБ уровень содержания КГБ в аспирационной жидкости превышал аналогичный показатель в контрольной группе, составил соответственно 32,7 нмоль/мг и 13,7 нмоль/мг ($p < 0,001$). В группе пациенток с НБ уровень содержания МДА в аспирационной жидкости превышал аналогичный показатель в контрольной группе и составил соответственно 8,8 мкмоль/л и 4,9 мкмоль/л.

На этапе прегравидарной подготовки также проводили измерение уровня маркеров ОС в менструальных выделениях. У пациенток с НБ в анамнезе уровень МДА составил 0,92 мкмоль/л по сравнению с уровнем МДА женщин без репродуктивных потерь – 0,07 мкмоль/л, а КГБ – 24,2 нмоль/мг и 3,1 нмоль/мг соответственно. Вероятно, резкое возрастание количества КГБ и МДА в условиях интенсификации свободно – радикальных процессов изменяет структуру и функции клеток эндометрия.

На основании проведенного исследования и выделения неблагоприятных уровней МДА и КГБ в менструальных выделениях уже на этапе прегравидарной подготовки был предложен способ прогнозирования НБ у женщин с репродуктивными потерями в анамнезе [7,8]. Суть предложенного прогнозирования заключалась в том, что в менструальных выделениях определяли одномоментно содержание КГБ и МДА. При значениях КГБ от 22,32 нмоль/мг и выше, а МДА более 7,28 мкмоль/л имело место высокое повреждающее воздействие ROS на плодное яйцо и, следовательно, высокий риск развития НБ. [7,8, 9].

Выводы: Таким образом, полученные результаты свидетельствуют, что комбинированная оценка КГБ и МДА в аспирационной жидкости является независимым маркером свободно – радикального окисления, позволяющим определять степень структурных изменений клеток эндометрия при НБ [6]. Повышение устойчивости белковых и липидных молекул (путем изменения их структурно - функциональных параметров) как на системном, так и на локальном уровнях у женщин из групп риска, позволит провести адекватную предгравидарную подготовку и в ряде случаев предупредить НБ.

Список литературы:

1. Радзинский В.Е., Дмитрова В.И., И.Ю. Майскова. Неразвивающаяся беременность – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009.–200с
2. Дикарева Л.В. Гиперпластические процессы матки: клинко-диагностическое значение маркёров биологических жидкостей.– автореф. дис. д.м.н., Волгоград, 2009 г.
3. Дубинина Е.Е. Продукты метаболизма кислорода в функциональной активности клеток. Жизнь и смерть, созидание и разрушение. Физиологические и клинко-биохимические аспекты. – СПб., 2006. – 394 с..
4. Тишкова О.Г., Дикарева Л.В., Теплый Д.Л., Теплый Д.Д., Белявская С.А. Процессы свободно-радикального окисления в патогенезе неразвивающейся беременности. – Журнал Естественные науки, № 4 А.: АГУ 2013 С.72-77.
5. Тишкова О.Г., Дикарева Л.В., Теплый Д.Л. Маркеры окислительной модификации белков при неразвивающейся беременности.– Журнал Вестник Российского университета дружбы народов Серия Медицина акушерство и гинекология №5 Изд-во «Вестник Российского университета дружбы народов», 2013. С. 55-61
6. Тишкова О.Г. Роль процессов свободно-радикального окисления и пути их коррекции при неразвивающейся беременности.– Материалы XII межрегиональной научно-практической конференции «Лекарство и здоровье человека», посвященной 95-летию Астраханской государственной медицинской академии, А.: АГМА.-22 ноября 2013., С. 189-193.
7. Тишкова О.Г. Маркеры окислительной модификации белков при неразвивающейся беременности Тезисы VI Общероссийского научно-практического семинара "Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии». М.: Изд-во журнала StatusPraesens, 2013(7-10 сентября). С. 65.
8. Тишкова О.Г., Дикарева Л.В., Теплый Д.Л., Теплый Д.Д. Патент на изобретение Способ прогнозирования неразвивающейся беременности (патент №2531084 на изобретение по заявке № 2013133366 от 20.08.2014 г.).
9. Тишкова О.Г. Дикарева Л.В., Воронина Л.П. Способ прогнозирования неразвивающейся беременности (заявка на изобретение № 2014127952 от 22.07.2015)

Ткаченко Л.В., Курушина О.В., Хамад Н.П., Гриценко И.А.

*ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Волгоград, Россия*

СОСТОЯНИЕ АНТИНОЦИЦЕПТИВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕВУШЕК С ОЖИРЕНИЕМ, СТРАДАЮЩИХ АЛЬГОДИСМЕНОРЕЕЙ

Цель: изучение активности антиноцицептивной системы и алгических феноменов у девушек с ожирением и альгодисменореей.

Материал и методы: обследовано 36 пациенток, страдающих альгодисменореей и ожирением 2-3 степени. Проводилось исследование центральной и вегетативной нейроэндокринной регуляции. Методом тензоальгометрии измерялись болевые пороги в актуальных, нейтральных зонах с расчетом суммарной средней величины. Оценка степени боли проводилась с помощью визуально-аналоговой шкалы (ВАШ). Для выявления психо-эмоциональных нарушений применяли сокращенный много-факторный опросник для исследования личности (СМОЛ). Наблюдение проводилось во время трех менструальных циклов

Результаты: доминирующими среди болевых синдромов выявлены альгоменорея (100%), цефалгии (86%), масталгии (54%), фибромиалгии (56%). Средний уровень болевых порогов у пациенток с альгодисменореей был достоверно ниже чем у здоровых ($184,3 \pm 17,3$ мкА) и составил - $163,1 \pm 15,2$ мкА. Выраженность болевого синдрома по ВАШ составила $7,8 \pm 1,2$ балла при цефалгии, $6,9 \pm 0,8$ - при масталгии и $8,2 \pm 1,4$ - при фибромиалгии.

Нейрофизиологическое исследование, проведенное в динамике менструального цикла, выявило дисфункцию верхнестволовых и диэнцефальных образований, резко усугубляющуюся на 20-24 день менструального цикла, у больных отмечалась редукция а- ритма, отсутствие пароксизмальной активности на фотостимуляцию. На фоне боли отмечалось снижение влияний восходящих активирующих систем мозга, усиление процессов внутренней синхронизации в полосе а – ритма, увеличение количества эпилептиформной активности.

По данным кардиоинтервалографии во вторую половину менструального цикла выявлен гиперсимпатический исходный вегетативный тонус, причем у 22 девушек – гиперсимпатикотонический, что свидетельствует о перенапряжении регулирующих центров вегетативной нервной системы.

Сопоставление усредненных профилей теста СМОЛ показывает их повышение во вторую фазу менструального цикла, причем наибольшие изменения касались шкалы тревожности, «невротической триады».

Заключение: болевые и психоэмоциональные нарушения являются ведущими среди клинических проявлений, четко коррелируют и определяют тяжесть альгодисменореи, отрицательно влияют на качество жизни и уровень социальной адаптации пациенток. Выявленная тенденция к снижению болевых порогов у девушек с ожирением, страдающих данным синдромом, свидетельствует о нарушении функций антиноцицептивной системы в целом и является одним из механизмов патогенеза альгодисменореи.

Трифорова Н.С., Жукова Э.В., Александров Л.С., Ищенко А.И., Никонов А.П., Соболева В.В.

*ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова» Минздрава России, г. Москва, Россия*

БЕРЕМЕННОСТЬ ПОСЛЕ ЭКО С ПРИМЕНЕНИЕМ ДОНОРСКИХ ООЦИТОВ. АКУШЕРСКИЕ РИСКИ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ

В современном мире происходит множество изменений, связанных с естественным развитием нашего общества. Одно из этих изменений – это увеличение возраста матери. Как и в других странах, возраст матери непрерывно увеличивается и в России. Репродуктивный потенциал снижается с возрастом женщины, и современные технологии при использовании аутологичных ооцитов остаются ограниченными из-за "биологических часов" яичников, поэтому современные женщины все чаще при-

бегают к экстракорпоральному оплодотворению (ЭКО) с донацией ооцитов (ДО).

Сегодня ДО стала распространенной процедурой, с помощью которой рождаются тысячи детей в год по всему миру. Как и при любых других репродуктивных технологиях первостепенной задачей остается оценка возможных акушерских и перинатальных рисков.

Беременности после донации ооцитов представляют собой уникальную группу беременностей, потому что они достигаются с иммунологической точки зрения образованием аллогенного эмбриона.

Цель исследования: оценка частоты и структуры акушерских осложнений и перинатальных исходов при беременности, наступившей после ЭКО с использованием донорских ооцитов.

Материалы и методы исследования: был проведен анализ течения беременностей, родов и перинатальных исходов у 201 женщины, беременность у которых наступила после ЭКО с использованием донорских яйцеклеток (основная группа) и у 207 женщин, беременность у которых наступила после ЭКО с собственными ооцитами (группа сравнения). В исследование были включены только те женщины, беременность у которых закончилась родами.

Результаты исследования: течение беременности, родов и послеродового периода у женщин после ЭКО с использованием донорских яйцеклеток сопряжено с высоким риском таких осложнений, как гестационная артериальная гипертензия (11,9%), преэклампсия (18,4%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (5,0%), гипотоническое кровотечение (6,7%), преждевременные роды (26,4%). При оценке роста-весовых показателей и состояния новорожденных мы не обнаружили статистически значимых различий между группами. Большинство новорожденных в обеих группах имели оценки по шкале Апгар 7 и более баллов и на 1-й, и на 5-й минутах. Обращает на себя внимание высокая частота рождения детей с трисомией по 21 хромосоме в группе сравнения, при этом в основной группе не было синдрома Дауна ни у одного ребенка. По нашему мнению, это обусловлено более молодым возрастом пациенток-доноров яйцеклеток (по приказу Минздрава РФ 107н от 30.08.2013 г максимальный возраст – 35 лет) по сравнению с беременными после ЭКО с использованием собственных ооцитов (средний возраст $37,1 \pm 2,12$), а также, возможно, тем, что в основной группе чаще применялась преимплантационная генетическая диагностика.

Заключение: результаты нашего исследования показали увеличение числа осложнений при беременности, полученной после ЭКО и ДО. Возможно, данные особенности обусловлены переносом полностью аллогенного эмбриона. Поэтому необходимо проведение дальнейших клинических, а также иммунологических и патоморфологических исследований с целью снижения частоты осложнений беременности и улучшения перинатальных исходов.

Трифорова Н.С., Жукова Э.В., Александров Л.С., Ищенко А.И., Никонов А.П., Соболева В.В.

***ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова» Минздрава России, г. Москва, Россия***

АКУШЕРСКИЕ РИСКИ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У СУРРОГАТНЫХ МАТЕРЕЙ

Суррогатное материнство в настоящее время является реальным способом осуществления простого природного желания женщины и мужчины, не способных к естественному воспроизводству, иметь своего родного ребенка. Несмотря на наличие противоречивых мнений с морально-этической и юридической сторон по поводу суррогатного материнства, этот метод вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) активно развивается и с каждым годом становится всё более востребованным. Известно, что количество наступивших беременностей по программе суррогатного материнства растет как в мире, так и в России.

Сегодня с помощью программы суррогатного материнства рождаются тысячи детей в год по всему миру. Как и при любых других репродуктивных технологиях первостепенной задачей остается оценка возможных акушерских и перинатальных рисков.

Цель исследования: оценка частоты и структуры акушерских осложнений и перинатальных исходов у суррогатных матерей.

Материалы и методы исследования: в течении 2012-2016 гг в Клинике акушерства и гинекологии УКБ №2 Первого МГМУ им. И.М.Сеченова был проведен анализ течения беременностей, ро-

дов и перинатальных исходов у 206 суррогатных матерей и у 193 повторнородящих женщин, беременность у которых наступила после ЭКО с собственными ооцитами (группа сравнения). В исследование были включены только те женщины, беременность у которых закончилась родами. Исследование одобрено Комитетом по этике ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова.

Результаты исследования: течение беременности, родов и послеродового периода у суррогатных матерей сопряжено с высоким риском таких осложнений, как преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (5,3%), гипотоническое кровотечение (6,3%), плотное прикрепление плаценты (3,4%), дефект плаценты (6,8%), преждевременные роды (20,9%) ($p < 0,05$). Течение данной беременности больше чем у половины женщин основной группы сопровождалось явлениями угрозы прерывания.

Мы не получили статистически значимых различий в массе тела новорожденных основной группы и группы сравнения. Большинство новорожденных в обеих группах имели оценки по шкале Апгар 7 и более баллов и на 1-й, и на 5-й минутах. При оценке нозологических форм заболеваний среди новорожденных мы не выявили статистически значимых различий между группами.

Заключение: в настоящее время использование такого метода вспомогательных репродуктивных технологий, как суррогатное материнство, иногда является единственным выходом обрести собственного ребенка для супружеской пары, в которой женщина не способна не только к зачатию, но также к вынашиванию плода и деторождению. Однако, на данном этапе наши знания не позволяют ответить на многие интересующие нас вопросы, касающиеся течения беременности и родов у суррогатных матерей, поэтому необходимо проведение дальнейших клинических, а так же иммунологических и патоморфологических исследований с целью снижения частоты осложнений беременности и улучшения перинатальных исходов.

Тусупкалиев Б., Жусупова Ж.Т., Жумагалиева М.И.

*Западно-Казахстанский государственный медицинский университет им. Марата Оспанова,
Казахстан*

ПОКАЗАТЕЛИ НЕКОТОРЫХ МИКРОНУТРИЕНТОВ ПРИ ВРОЖДЕННОМ ГЕПАТИТЕ В ПЕРИОДЕ НОВОРОЖДЕННОСТИ

Актуальность: По данным мировых исследователей около 10% инфекций выявляется в виде внутриутробных инфекций. Исследованиями ученых нашего университета [1,2] показано достаточно большая часть этих проявляющихся внутриутробной инфекции у 50% детей протекают с поражением печени (гепатит).

В литературе имеются сведения, что кальций является одним из основных компонентов гемостаза, участвует в регуляции внутриклеточных процессов, проницаемости клеточных мембран и нарушении формирования костной ткани. Понижение уровня калия отвечающего за формирование трансмембранного потенциала и распространение изменения потенциала по клеточной мембране путем обмена с ионами натрия по градиенту концентрации. Натрий играет весьма важную роль в регуляции осмотического давления и водного обмена. А также оказывает значительное влияние на белковый обмен [3,4].

Цель исследования: Изучение уровня содержания в крови некоторых микроэлементов у детей с врожденным гепатитом.

Задачи: Определить микронутриентный статус у детей с врожденным гепатитом.

Методы: Под нашим наблюдением находились 45 детей больных врожденным гепатитом. Основанием для диагностики врожденного гепатита служили наличие в анамнезе матери положительный результат ИФА на ту или другую внутриутробную инфекцию, выявление в внутриутробном периоде задержку развития плода, признаков маловодия, изменения расположения плаценты у плода, желтуха различной степени, гепатоспленомегалия, геморрагический синдром, поражение ЦНС установленные клинически и УЗИ. Лабораторными доказательствами являлись уровень прямой гипербилирубинемии, высокие показатели печеночных трансаминаз (АлТ до 157 ед, АсТ до 198 ед).

В крови этих детей мы определяли концентрацию калия, кальция и натрия в крови унифицированным колориметрическим методом.

Результаты исследования: Анализ массы тела при рождении детей, находившихся под нашим наблюдением, показал, что более 1/3 (35%) детей имели малую массу тела (ниже 2500 г). Из них 35,75 составили дети с очень малой массой тела (ниже 1500 г), остальные 64,25% были с малой массой тела при рождении (2500-1500 г). Таким образом, утверждение о том, что внутриутробная инфекция реализуется в основном у детей с малой массой тела, наши данные не подтверждают. Желтушное окрашивание кожи и видимых слизистых выявляется у 69% детей. У 22,5% детей желтуха обнаруживалась с рождения (с первого дня жизни), у 20% желтуха выявлялась позже 15 дней. У остальных 58,5% детей желтуха появилась после 2-го дня и не исчезала.

66% матерей больных детей жаловались на беспокойство, 61% вялость, на геморрагический синдром 33%, гнойное отделяемое из пупка 28%, бледность 23%.

Анализ результатов клинических обследований показал, что у 84,6% детей обнаружена желтушная окраска кожи и видимых слизистых. При этом у 89,7% детей желтуха соответствовала 5 стадии шкалы Крамера. Локализованный и распространенный цианоз обнаружен у 72%, серый калорит кожи у 41% и бледность у 28% больных детей.

У всех больных детей выявлено увеличение печени до 2-х см и более (рисунок 7). Из них у 23% отмечалось увеличение печени до 3-х см, у 10,2% более 4-х см и у 7,6% до 5- 6 см. У более 2\3 детей отмечено сочетание увеличения печени с увеличением селезенки (гепатоспленомегалия), у 12,8% детей выявлено увеличение селезенки до 3-5 см.

Результаты клинического анализа крови у 61,5% детей выявило снижение количества эритроцитов ниже $4 \times 10^{12}/л$.

Практически у всех обследованных детей выявлена гипербилирубинемия, кроме 2-х (5,1%), у которых содержание общего билирубина было в пределах нормы, а соотношение прямого билирубина превышало возрастные нормативные показатели. Максимальный уровень общего билирубина достигал до 345 ммоль/л. При этом четкой повышающейся или снижающейся динамики нельзя отметить.

У более чем 1/3 больных уровень общего билирубина не превышал 100 ммоль/л, у 1/5 части обследованных превышал 300 ммоль/л, а остальных 25% содержание общего билирубина колебалось в пределах 100-300 ммоль/л. При этом надо отметить, что в 41% случаев в первых исследованиях уровень прямого билирубина был в пределах нормы. Однако, из числа этих больных у 50% повторные исследования показывали повышение уровня прямого билирубина. У 12,8% детей отмечена гипербилирубинемия за счет непрямого билирубина выше 100 ммоль/л.

Определение концентрации белка крови у 46,2% больных детей выявило ниже 50 г/л. Из числа этих детей в 12,8% выявлялось снижение общего белка ниже 40г\л. Таким образом, у половины больных отмечены нарушения белоксинтезирующей функции печени.

Анализ показателей макроэлементного состава указывает на снижение уровня Кальция <ниже 1,9 ммоль\л у всех обследованных больных детей. У 90% детей выявлено снижение уровня калия ниже 3,5 ммоль/л. При этом уровень содержания натрия сыворотки крови находились в пределах 142,4 ммоль/л, колебание составило от 136—до 145 ммоль/л.

Вывод: У детей больных врожденным гепатитом отмечается нарушения некоторых показателей микронутриентного статуса, в частности уровень содержания калия и кальция в крови снижается, при интактных показателях уровня натрия в сыворотке крови.

Список литературы:

1. Мамырбаева М.А. Проблема ранней диагностики и лечения вирусных инфекционных гепатитов у новорожденных и детей раннего возраста. Медицинский журнал Западного Казахстана, 3 (43), 2013- с. 23-26.
2. Шабалов Н.Н. Врожденный гепатит (перинатальный гепатит, неонатальный гепатит). Детские болезни: учебник. 5-е изд. В двух томах. Т.1. - СПб: ПНТЕР, 2002- 832 с.
3. Тусупкалиев Б., Головырина Н.П., Мухамедьярова А.Р., Бекжан А.Т. /Диагностика и лечение внутриутробной инфекции у новорожденных// Медицинский журнал Западного Казахстана.- 2012,- 1. (332). 153-154.
4. Тусупкалиев Б.Т., Герасименко Н.И., Тулегенова Г.А., Шалекенова С.Е.-Внутриутробные инфекции у новорожденных детей. 2004 г. 78 с.

Умарова Г.А.

РГП на ПХВ «Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова» с НС МЗСР Республики Казахстан, г. Актобе, Казахстан

ОЦЕНКА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА УРАЛЬСКА РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Цель: Провести оценку состояния общественного здоровья детского населения г.Уральска.

Задачи: Изучить заболеваемость и показатели инвалидности детского населения г.Уральска по данным обращаемости в ЛПУ.

Методы. Для настоящего исследования в работе были изучены статистические данные о первичной инвалидности и заболеваемости детей (0-14 лет) города Уральска за 2011-2015 гг. по классам МКБ-10 (на 100 000 населения). Оценка первичной заболеваемости проводилась на основе данных отчетных форм - №12 «Отчет о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания медицинской организации и контингентах больных, состоящих под диспансерным наблюдением». Статистические данные о первичной инвалидности за 2011-2015 гг. были получены из Департамента Комитета труда, социальной защиты и миграции по Западно-Казахстанской области. В работе использована Форма №7 «Результаты первичных освидетельствований детей в возрасте до 16 лет, проживающих в городской местности», демографические показатели населения города Уральска. Проводился расчет показателей общей распространенности заболеваний, впервые выявленной заболеваемости, первичной инвалидности детей по формулам [1]. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы Microsoft Office Excel, версия 2007.

Результаты. Уровень первичной заболеваемости по данным обращаемости детского населения в амбулаторно-поликлинические организации г.Уральска в динамике имеет тенденцию к снижению, так в 2011 году показатель составлял 108602,3, и в 2015 году снизился до 86741. В структуре впервые выявленной заболеваемости среди детского населения ведущее место занимают болезни органов дыхания, на второй позиции - болезни нервной системы, на третьей – болезни кожи и подкожной клетчатки.[1-3].

По анализу данных показателей общей заболеваемости также имеется тенденция к снижению: с 135259,7 в 2011 году до 112797,8 в 2015 году. Оценка распространенности заболеваний среди детей 0-14 лет показала, что на первом ранговом месте находятся болезни органов дыхания, на втором болезни крови, кроветворных органов и иммунной системы, третье место занимают болезни органов пищеварения. Далее следует болезни глаза и болезни нервной системы.

В результате проведенного анализа динамики инвалидности среди детей за исследуемый период отмечается увеличение показателя с 2011 года (244,6) на 29,1, и максимальный показатель в 2012 году составил – 273,7. Затем отмечается постепенное его снижение и в 2015 году показатель составил 217,9. В структуре патологии детской инвалидности за исследуемый период первое ранговое место принадлежит классу «врожденные пороки развития, деформации и хромосомные аномалии», который в большинстве случаев сформирован врожденными пороками развития системы кровообращения. Выход распространенности сердечно-сосудистой патологии на первое ранговое место говорит о том, что врожденные пороки развития в области становится серьезной проблемой. Второе ранговое место в структуре детской инвалидности заняли болезни нервной системы, где наибольший процент составляют дети с детским церебральным параличом. Третье ранговое место в структуре причин детской инвалидности принадлежит психическим расстройствам и расстройствам поведения.

Выводы: Таким образом, анализ полученных результатов показал тенденцию к снижению показателей общей и первичной заболеваемости за 2011-2015 годы среди детей г.Уральска. По результатам оценки первичной инвалидности отмечается увеличение показателя с 2011 года до 2012 года (273,7), а затем его постепенное снижение до 2015 года (217,9). Полученные результаты работы говорят о необходимости принятия своевременных оптимальных управленческих решений, разработки системы мер, направленных на сохранение и укрепление здоровья населения, а так же на улучшение и охрану общественного здоровья, оказание своевременной и качественной медицинской помощи детям.

Список литературы:

1. Сраубаев Е.Н. Эколого-эпидемиологическое изучение состояния здоровья населения и статистические методы анализа. - Методическое пособие. –Караганда. – 2008. – с. 8.
2. Шаповалова М.А. Жизненный потенциал населения в период формирования рыночных отношений / Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2004. №3. с. 11-13.
3. Шаповалова М.А., Сердюков А.Г. Региональная смертность в переходной экономике / Проблемы управления здравоохранением. 2004. № 2. с. 42.

Уханова Ю.Ю., Котова Ю.Ю.

*ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Астрахань, Россия*

ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ МИОМЕТРИЯ: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ОЦЕНКЕ ПРОЛИФЕРАТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА ОПУХОЛИ

Резюме: исследование показателей APRIL, TRAIL в комплексе с маркерами пролиферации (параллельными структурами), гипоксии (волокнистыми структурами) аналитических ячеек менструальных выделений и ультразвуковыми критериями позволяет оценить и прогнозировать темп роста миомы матки. В свою очередь, предложенный подход дает возможность провести дифференцированное лечение пациенток для реализации главной задачи – сохранения репродуктивного здоровья женщины.

Summary: study APRIL, TRAIL indicators in combination with markers of proliferation (parallel structures), hypoxia (fibrous structures) analysis of cells and menstrual ultrasound criteria to evaluate and predict the growth rate of uterine fibroids. In turn, the proposed approach makes it possible to carry out a differentiated treatment of patients for the realization of the main task - preservation of reproductive health of women.

Анализ показателей заболеваемости миомой матки (ММ), гиперпластическими процессами эндометрия (ГПЭ) указывают не только на их рост, но и на увеличение, при этом, доли больных репродуктивного возраста.

По данным И.С. Сидоровой и соавт. (2010), у пациенток молодого возраста (20–30 лет) с диагностированной ММ (средний возраст больных составил $24,7 \pm 1,5$ года) чаще встречается быстрорастущая, пролиферирующая ММ с наличием множественных узлов межмышечной локализации с центрипетальным ростом узла [4]. Для реализации органосберегающего варианта лечения ММ у пациенток молодого возраста принципиально важным становится не только выявление заболевания на ранних этапах развития, но и возможность оценки темпов роста опухоли [1,2,3].

При постановке диагноза ММ применяются различные методы исследования: ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза, цитологический и гистологический методы, гистероскопия. Однако, несмотря на успехи современной медицины в плане диагностики заболеваний тела матки, в настоящее время, по оценке экспертов Всемирной организации здравоохранения, не существует программ скрининга предопухолевой и опухолевой патологии тела матки, с помощью которых удалось бы достичь снижения заболеваемости ММ. В связи с этим сохраняется потребность в применении на доклиническом этапе дополнительных неинвазивных или малоинвазивных методов диагностики патологии мио-эндометрия, которые могли бы повысить точность проводимого исследования или использоваться в качестве скрининга.

В нашей работе было проведено проспективное исследование 111 женщин, распределенных на 3 группы: I группа – 40 женщин с простой ММ, II группа – 30 пациенток с пролиферирующей ММ, III группа (контрольная) – 41 практически здоровая женщина.

Средний возраст больных в исследуемых группах был сопоставим ($p > 0,05$), составив в среднем $45,3 \pm 1,05$ лет. В качестве материала для исследования были взяты менструальные выделения (МВ), забор которых осуществлялся из заднего свода влагалища на 2–3 день менструального цикла. Полученные МВ подвергались центрифугированию. В дальнейшей работе использовался суперна-

тант МВ.

Аналитические ячейки готовили традиционным путем с соблюдением необходимых требований [6]. Дальнейший анализ МВ проводили с помощью стереомикроскопа MZ – 12 фирмы Leica. Результаты морфоструктурного анализа сопоставлялись с данными УЗИ органов малого таза и уровнем биохимических показателей (APRIL – лиганда, индуцирующего пролиферацию, TRAIL – лиганда, индуцирующего апоптоз).

При пролиферирующей ММ в аналитических ячейках МВ выявлялись аномальные включения: параллельные структуры ($83,3 \pm 6,8 \%$) - маркеры пролиферации, и волокнистые структуры ($50,0 \pm 9,13 \%$) - маркеры гипоксии, содержание которых достоверно выше, чем при простой миоме матки [4,7].

Биохимическое исследование МВ выявило следующее: при пролиферирующей ММ отмечалось угнетение апоптоза, снижение в МВ показателя TRAIL до 20,0 – 22,5 пг/мл и увеличение показателя пролиферации APRIL от 11,1 до 14,7 нг/мл по сравнению с простой ММ: TRAIL от 24,0 до 27,0 пг/мл и APRIL от 4,8 до 6,4 нг/мл [5,6].

На следующем этапе была проведена оценка эффективности предложенных методов диагностики, осуществленная путем выявления патогномоничных маркеров, и на основе интегральной оценки содержания в МВ маркеров апоптоза, пролиферации, патологических структур аналитических ячеек (параллельные, волокнистые), данных УЗИ разработана математическая модель прогнозирования риска развития пролиферирующей ММ, обладающая высокой чувствительностью и специфичностью ($\chi^2=62,185$; $df=3$; $p<0,001$). Диагностическая чувствительность составила 93,0 %, специфичность – 87,0 %, эффективность теста – 90,0 %:

$$P = \frac{1}{1 + e^{-z}}$$

где: P – вероятность наступления события;

e – константа 2,72 (основание натурального логарифма);

z – степень обратного логарифма рассчитывают по формуле:

$z = 2,172 \times \text{волокнистые структуры (МВ)} + 2,238 \times \text{параллельные структуры (МВ)} + 1,568 \times \text{количество узлов} - 10,915$.

При обнаружении значения $P > 0,5$ риск развития события считают повышенным (более 50 %). У данной категории пациенток на втором этапе проводят определение лигандов APRIL и TRAIL в МВ. При значении APRIL более 11,1 нг/мл и TRAIL менее 22,5 пг/мл вероятность развития пролиферирующей ММ приближается к 100 %, что позволяет своевременно провести соответствующее полноценное предоперационное лечение ММ у пациенток репродуктивного возраста.

Таким образом, МВ – это биологическая жидкость, содержащая информацию о состоянии матки, которая у менструирующих пациенток может быть использована для ранней диагностики патологии мио-эндометрия.

Список литературы:

1. Дикарева Л. В. Клинико-диагностические особенности больных быстрорастущей миомой матки // Журнал акушерства и женских болезней. – 2008. – Т. 57, № 2. – С. 74–80.
2. Дикарева Л. В., Шварёв Е. Г., Аюпова А.К. Клинико-прогностическое значение быстрорастущей ММ // Успехи современного естествознания. – 2008. - № 8. – С. 102 – 105.
3. Дикарева Л. В. Гиперпластические процессы матки : клинико-диагностическое значение маркеров биологических жидкостей: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Волгоград, 2009. – 47 с.
4. Сидорова И. С., Унанян А.Л., Коган Е.А., Гуриев Т.Г. Миома матки у больных молодого возраста : клинико-патогенетические особенности // Акушерство, гинекология, репродукция. – 2010. – Т. 4, № 1. – С. 16–20.
5. Уханова Ю. Ю., Дикарева Л.В., Шварев Е.Г., Аюпова А.К., Абжалилова А.Р., Тишкова О.Г. Пат. 2554824 Рос. Федерация, МПК G01N33/48 (2006.01) Способ дифференциальной диагностики простой и быстрорастущей миомы матки с нормальным строением эндометрия. № 2013153542/15; заявл. 03.12.2013; опубл. 27.06.2015. Бюл. № 18.
6. Уханова Ю. Ю., Дикарева Л.В., Шварев Е.Г., Мизинова Л.Г., Руднева Т.В. Пат. 2572229

Рос. Федерация, МПК G01N33/487 (2006.01) Способ дифференциальной диагностики простой и быстрорастущей миомы матки с нормальным строением эндометрия № 2014152668/15; заявл. 24.12.2014; опубл. 27.12.2015. Бюл. № 36.

7. Шабалин В.Н., Шатохина С.Н. Морфологии биологических жидкостей человека. – М.: Хризом, 2001. 304 с.

Филипова Е.С., Сарчимелиа И.М., Сухорук А.А., Бацунов О.К.

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, ФБУН «Санкт-Петербургский НИИ эпидемиологии и микробиологии имени Пастера», г. Санкт-Петербург, Россия

ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА В

По данным ВОЗ, в мире около 240 млн. человек имеют маркеры текущей хронической инфекции, вызванной вирусом гепатита В (ВГВ), характеризующейся широким спектром клинических вариантов течения [1]. На конец 2012 года в Российской Федерации насчитывалось около 200 000 больных хроническим гепатитом В (ХГВ), и ежегодно регистрируется 15 – 16 тысяч новых случаев заболевания [2, 3, 4].

ХГВ – инфекционное заболевание, связанное с многолетним нахождением возбудителя в организме, что не может не оказывать влияния на иммунную систему.

Цель: проанализировать иммунологические особенности ХГВ и оценить состояние клеточного звена иммунитета у пациентов с ХГВ.

Задачи:

1. Дать клинико-эпидемиологическую характеристику пациентов с ХГВ.
2. Оценить лабораторно-инструментальные показатели пациентов с ХГВ (цитолитическая активность, уровень вирусной нагрузки (ВН), выраженность фиброза печени).
3. Оценить изменения в содержании клеток иммунной системы у пациентов с длительной персистенцией ВГВ в организме.
4. Выявить зависимость между иммунологическими изменениями и клинико-эпидемиологическими, а также лабораторно-инструментальными показателями.

Методы: изучены эпидемиологические, клинико-лабораторные и инструментальные данные 20 пациентов (6 мужчин и 14 женщин) в возрасте от 24 до 70 лет, наблюдавшихся в СПб ГБУЗ «Клиническая инфекционная больница имени С.П. Боткина» (клиническая база кафедры инфекционных болезней взрослых и эпидемиологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России) по поводу ХГВ.

Эпидемиологический анамнез включал данные о факторах риска заражения ВГВ, а также времени их воздействия, о сроках первого лабораторного подтверждения инфицированности.

Комплекс лабораторно-инструментальных исследований включал выполнение клинического и биохимического анализов крови с определением активности АлАТ и АсАТ, уровня общего билирубина, выявление маркеров вирусных гепатитов (HBsAg, HBcoreAb, HCVAb, HAVIgM) и ВИЧ-инфекции, оценку репликативной активности ВГВ методом качественной и количественной полимеразной цепной реакции (ПЦР), а также определение степени фиброза печени методом непрямой эластометрии печени. Пациенты, ко-инфицированные ВИЧ или другими гепатотропными вирусами, в исследование не включались.

У 9 пациентов в лаборатории молекулярной иммунологии ФБУН «Санкт-Петербургский НИИ эпидемиологии и микробиологии имени Пастера» на проточном цитофлюориметре FACS Canto II было проведено исследование показателей иммунограммы – оценено общее число лимфоцитов и их субпопуляций.

Статистическая обработка данных выполнялась с помощью лицензионного пакета программ SPSS Statistica 17.0.

Результаты.

Средний возраст пациентов составил $51,1 \pm 16,9$ лет. Несмотря на среднюю вероятную длительность инфицирования $13,3 \pm 9,7$ лет, у 18 пациентов фиброз отсутствовал или был минимальным (F0-1), у двоих – выявлен F3-4.

АлАТ и АсАТ внутриклеточные ферменты, которые высвобождаются из клетки при ее повреждении или гибели [1, 5, 6]. Медиана активности АлАТ – 23,3 Ед/л (интерквартильный интервал 14,1 / 37,0 Ед/л). Медиана активности АсАТ – 23,7 Ед/л (интерквартильный интервал 17,1 / 31,9 Ед/л).

Качественная ПЦР была положительной у 17 пациентов. Количественное определение ДНК ВГВ показало, что у 10 пациентов ВН была менее 150 МЕ/мл; у 7 пациентов медиана ВН составила $1,4 \times 10^4$ МЕ/мл.

У 9 пациентов было проведено углубленное исследование с оценкой содержания субпопуляций лимфоцитов.

Среднее значение абсолютного содержания лимфоцитов – $2,3 \pm 0,5 \times 10^9$ /л (норма).

Выявлены изменения в субпопуляциях лимфоцитов. У всех пациентов содержание В-лимфоцитов – от 6,9 до 14,2% (норма – 7 до 17%). Известно, что цитолиз при ХГВ обусловлен не прямым цитопатическим действием вируса, а иммуноопосредованный, в т.ч. и за счет активности цитотоксических Т-лимфоцитов и НК-клеток [6]. У 7 из 9 пациентов отмечено повышение доли цитотоксических Т-лимфоцитов до 36,5 – 50,3% (норма 19 – 35%), у 3 из 9 пациентов отмечается повышение доли НК-клеток до 23 – 51% (норма 8 – 18%).

Выявлены корреляции между содержанием цитотоксических Т-лимфоцитов и активностью АлАТ ($r = 0,817$; $p = 0,007$), а также степенью фиброза ($r = 0,809$; $p = 0,008$). Корреляции между вероятной длительностью заболевания и изменениями субпопуляций лимфоцитов, а также ВН и цитолизом нет.

Выводы: иммунологические изменения при хроническом гепатите В характеризуется отсутствием изменений в содержании В-лимфоцитов, повышенным уровнем цитотоксических Т-лимфоцитов и НК-клеток. Это свидетельствует о том, что при хроническом гепатите В происходит цитолиз клеток не за счет воздействия вируса, а за счет собственных клеток иммунного ответа.

Список литературы:

1. Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B infection [Электронный ресурс] Режим доступа: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/154590/1/9789241549059_eng.pdf?ua=1&ua=1 (дата обращения 12.09.2016)
2. Вирусные гепатиты в Российской Федерации. Аналитический обзор. 9 выпуск / Под ред. В.И. Покровского, А.Б. Жебруна. – СПб.: ФБУН НИИЭМ имени Пастера, 2013. – 168с.
3. Инфекционная заболеваемость в Российской Федерации за январь-декабрь 2014 г. (по данным формы №1 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях») [Электронный ресурс] Режим доступа: http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic_details.php?ELEMENT_ID=2938 (дата обращения 12.09.2016)
4. Инфекционная заболеваемость в Российской Федерации за январь-декабрь 2015 года (по данным формы №1 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях») [Электронный ресурс] Режим доступа: http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic_details.php?ELEMENT_ID=5525 (дата обращения 12.09.2016)
5. Эсауленко Е.В., Никитина О.Е., Порецкова Е.А., Писарева М.М. Вирусная нагрузка при хроническом гепатите В: корреляции с лабораторно-морфологическими показателями / Журнал инфектологии. 2012. – Т. 4, № 2. – С. 67 – 72.
6. Чурбакова О.В. Оценка клеточного звена иммунитета и его взаимосвязь с цитолитическим синдромом при хроническом вирусном гепатите В у детей / Вестник современной клинической медицины. 2013. – Т.6, № 4. – С.13 – 17.

Фомичев Е.В., Кирпичников М.В., Ярыгина Е.Н., Подольский В.В.

**ФГБОУ ВО Волгоградский государственный медицинский университет Минздрава России,
г. Волгоград, Россия**

**ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛИЦА И ШЕИ
У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

Введение. Проблема хирургического лечения гнойной инфекции у лиц, страдающих сахарным диабетом, приобретает все более важное значение. Тяжелые исходы у больных сахарным диабетом обусловлены взаимосвязью плохо леченной гнойной инфекции с некомпенсированным сахарным диабетом. Гнойный процесс у этих пациентов создает предпосылки для разрушения эндогенного и экзогенного инсулина, что приводит к усилению инсулиновой недостаточности и, таким образом, к декомпенсации диабета. Это и есть основа синдрома «взаимного отягощения», требующего, по нашему мнению, принципиально нового подхода к лечению данных больных.

Цель исследования. Повышение эффективности лечения больных с гнойно-воспалительными заболеваниями лица и шеи на фоне сахарного диабета.

Материал и методы. В клинике челюстно-лицевой хирургии Волгоградской ОКБ №1 в период с 2010 по 2014 гг. проведено обследование и лечение 186 больных в возрасте от 17 до 68 лет с различными гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области на фоне сахарного диабета. Давность заболевания сахарным диабетом колебалась от 3 до 20 лет.

Результаты. Всем больным с момента поступления в стационар проводилось полноценное интенсивное лечение: этиотропная антибактериальная терапия, коррекция нарушений углеводного обмена, дезинтоксикационная терапия, коррекция обменных нарушений, иммунокорректирующая терапия, применение антикоагулянтов прямого действия в профилактических дозах, активная терапия гнойной раны, диетотерапия, ранний активный режим, дыхательная гимнастика, массаж, профилактика развития сердечно-сосудистых осложнений.

Местное лечение заключалось в немедленном широком раскрытии гнойных очагов, полноценной радикальной хирургической обработке гнойного очага с тщательной некрэктомией, дренированием перфорированными полихлорвиниловыми трубками всех затеков и «карманов» и последующим длительным проточным промыванием полости раны антисептиками и ферментами. Применяли также повязки с иммобилизованными ферментами, аппликационную сорбцию полифепаном и лифераном, аппаратные методы лечения гнойной раны.

Тем не менее, у всех больных определялась отчетливая связь между уровнем сахара крови и течением воспалительного процесса. Чем выше был уровень гликемии, тем, как правило, тяжелее и более длительно (в 2-3 раза) протекал воспалительный процесс, тем в более поздние сроки происходило заживление послеоперационных ран. Нередко у этих больных наблюдалось ареактивное течение гнойного процесса или вялое, затяжное течение раневой инфекции после снятия острых явлений.

Анализируя предшествующее как амбулаторное, так и стационарное лечение данных больных, мы выявили следующие наиболее частые недостатки:

- 1) недостаточный лабораторный контроль и ошибки в методике противодиабетической терапии;
- 2) малые разрезы, несвоевременную и неполноценную хирургическую обработку гнойного очага («вскрытие» гнойника);
- 3) нерациональное проведение антибактериальной терапии;
- 4) неполноценную интенсивную терапию тяжелобольных.

Выводы. Только тесное сотрудничество двух специалистов – челюстно-лицевого хирурга и эндокринолога поможет повысить эффективность лечения гнойно-воспалительных заболеваний лица и шеи, оптимизировать течение послеоперационного периода, сократить сроки заживления ран и снизить количество осложнений.

Список литературы:

1. Кирпичников М.В., Фомичев Е.В., Ярыгина Е.Н., Фомичев Д.Е. Этиология и клиника атипичнотекущих и хронических воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. // Вестник ВолгГМУ. – 2003. – № 9. – С. 187-189.

2. Малинин В.В., Хавинсон В.Х., Балин В.Н. и др. Применение эпиталамина у больных пожилого возраста с инсулиннезависимым сахарным диабетом и гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. // Клиническая геронтология. – 2000. – № 5. – С.8-12.

3. Петров В.И., Барканова О.Н., Смусева О.Н., Иванова Н.А. Препараты инсулина и основные принципы инсулинотерапии. // Лекарственный вестник. – 2009. – Т.5, № 1. – С. 18-29.

4. Стаценко М.Е., Косицына А.Ф., Туркина С.В., Болотова С.Л. Сахарный диабет: Этиология, патогенез, клиника, дифференциальный диагноз, принципы лечения. – Волгоград, 2002.

5. Туркина С.В., Стаценко М.Е. Алгоритм ведения больных сахарным диабетом 2-го типа. // Лекарственный вестник. – 2009. – Т.5, № 1. – С. 3-17.
6. Фомичев Е.В., Кирпичников М.В., Салех А. и др. Современные особенности этиопатогенеза и клиники гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. // Вестник ВолГМУ. – 2007. – № 2. – С. 17-20.
7. Фомичев Е.В., Поройский С.В., Кирпичников М.В., Ярыгина Е.Н. Современная концепция лечения гнойно-воспалительных заболеваний лица и шеи у больных сахарным диабетом. // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2014. – №3 (43). – С. 35-39.
8. Фомичев Е.В., Салех А., Яковлев А.Т., Жихарева Е.О. Полиоксидоний в комплексной терапии атипично текущих флегмон челюстно-лицевой области. // Российский стоматологический журнал. – 2007. – № 5. – С. 26-28.
9. Фомичев Е.В., Салех А., Яковлев А.Т., Ефимова Е.В. Клинико-иммунологические особенности атипично текущих флегмон челюстно-лицевой области. // Вестник ВолГМУ. – 2010. – № 2. – С. 49-51.

Хабарова А.В.

*ГУ «Луганский государственный медицинский университет»,
г. Луганск, Луганская народная республика*

***ДИНАМИКА АКТИВНОСТИ ЛАКТАТДЕГИДРОГЕНЕЗЫ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ
ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕПАТОПРОТЕКТОРНОГО
ПРЕПАРАТА ФОСФОГЛИВ***

Цель: на основании специального биохимического обследования больных, перенесших инфекционный мононуклеоз (ИМ), разработать и обосновать оптимальный метод коррекции маркеров тканевой деструкции [1-8].

Задачи: выявить изменения активности внутриклеточного гликолитического фермента лактатдегидрогенезы, концентрации его основных фракций у больных, перенесших ИМ, проанализировать изменение данных показателей на фоне применения фосфоглива.

Методы: под нашим наблюдением находилось 68 пациентов, перенесших ИМ в возрасте от 18 до 46 лет, из них 36 мужчин (52,9%) и 32 женщины (47,1%). Для оценки энергетического метаболизма мы изучали показатели активности фермента лактатдегидрогенезы (ЛДГобщ, мкмоль/л·час), с подробным исследованием концентрации его фракций (ЛДГ1+2, ЛДГ3, ЛДГ4+5 в %) [9-11].

Результаты: до начала лечения нами было установлено, что у подавляющего большинства больных, перенесших ИМ имело место повышение общей активности ЛДГ, которая составила, в среднем, $2,34 \pm 0,10$ мкмоль/л·ч при норме $2,23 \pm 0,09$ мкмоль/л·ч. Рост общей активности ЛДГ происходил, преимущественно, за счет снижения концентрации “аэробных” фракций ЛДГ1+2 и повышения “анаэробных” – ЛДГ4+5, то есть, так называемых, “печеночных фракций”. Так, концентрация ЛДГ4+5 повысилась до $(16,8 \pm 0,3\%)$ относительно нормы $(5,9 \pm 0,09\%)$, то есть увеличилась в 2,85 раз. Фракция ЛДГ3 понизилась до $(13,9 \pm 0,8\%)$, то есть в среднем в 1,2 раза относительно нормы $(16,2 \pm 0,6)$. Уровень ЛДГ1+2 составил $(69,3 \pm 0,5\%)$, при норме $(77,9 \pm 2,6\%)$, то есть был ниже нормы в среднем в 1,12 раза. После проведения лечения с помощью гепатопротекторного препарата фосфоглив, мы отмечали понижение общей активности ЛДГ и нормализацию ее изоферментного спектра. Так, общая активность ЛДГ понизилась относительно исходного значения в 1,04 раза и, практически, соответствовала норме – $2,25 \pm 0,08$ мкмоль/л·ч. Концентрация ЛДГ4+5 снизилась, относительно исходного значения, в 2,8 раза, то есть составила $(6,1 \pm 0,08\%)$. Фракция ЛДГ3 повысилась до $(15,8 \pm 0,8\%)$, что практически соответствовало норме. Уровень ЛДГ1+2 повысился до $(75,1 \pm 2,5\%)$, то есть увеличился в 1,08 раз, что, практически, соответствовало норме.

Выводы: следовательно, изменения со стороны активности ЛДГ у пациентов, перенесших ИМ, до начала лечения указывали на активацию анаэробного гликолиза. Включение в комплекс лечения гепатопротекторного препарата фосфоглив способствует нормализации изоферментной активности, что подтверждает угнетение процесса тканевой деструкции.

Список литературы:

1. Берестовская В. С. Методы определения активности лактатдегидрогеназы / В.С. Берестовская // Лабораторная диагностика. – 2008. - № 1. – С. 17-21.
2. Громашевська Л.Л. Метаболічна інтоксикація у патогенезі та діагностиці патологічних процесів / Л.Л. Громашевська // Лабор. діагностика. – 2006. - №1 (35). – С. 3-12.
3. Жураковська Н.О. Роль процесів перекисного окислення ліпідів у механізмах ураження печінки при інфекційному мононуклеозі / Н.О. Жураковська // Гепатологія. -2014. - № 4. – С. 40-45.
4. Кадаева С.Г. Показатели реактивации хронической инфекции вируса Эпштейна – Барр / С.Г. Кадаева // Вестник молодого ученого. – 2015. - № 2. – С. 32-34.
5. Касымова Е.Б., Башкина О.А., Галимзянов Х.М. Клиническая эффективность применения циклоферона в комплексной терапии инфекционного мононуклеоза у детей // Антибиотики и химиотерапия. - 2011. - Т. 56. - № 9-10. - С. 37-40.
6. Касымова Е.Б. Оптимизация фармакотерапии у детей с острой Эпштейна-Барр вирусной инфекцией / Касымова Е.Б., Башкина О.А., Галимзянов Х.М., Романцов М.Г., Енгибарян К.Ж., Родина Л.П. // Экспериментальная и клиническая фармакология. - 2014. - Т. 77. - № 1. - С. 26-29.
7. Касымова Е.Б. Фармакологическая коррекция метаболических нарушений у детей с острой Эпштейна - Барр вирусной инфекцией / Касымова Е.Б., Башкина О.А., Галимзянов Х.М., Енгибарян К.Ж., Родина Л.П., Чанпалова Л.С., Коваленко А.Л. // Экспериментальная и клиническая фармакология. - 2016. - Т. 79. - № 1. - С. 28-32.
8. Назаренко Г.И., Кишкун А. В. Клиническая оценка результатов лабораторных исследований / Г.И. Назаренко, А.В. Кишкун // М.: Медицина, 2000. - 165-166.
9. Полунина О.С., Ахминеева А.Х., Воронина Л.П., Севостьянова И.В., Полунина Е.А. Перикисное окисление липидов при сочетанной респираторно-кардиальной патологии// Астраханский медицинский журнал.-2014.-Т.9.-№2.-С.74-80.
10. Fischbach F.T., Dunning M.B. A Manual of Laboratory and Diagnostic Tests, 8th Ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2008, 1344 p.
11. Marvin M. Nachlas The determination of lactic dehydrogenase with a tetrazolium salt/ Analytical Biochemistry, 1960, P. 317–326.

Химич И.В., Киричников М.В., Подольский В.В.

*ФГБОУ ВО Волгоградский государственный медицинский университет Минздрава России,
г. Волгоград, Россия*

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ФУРУНКУЛОМ ЛИЦА

Актуальность данного исследования вызвана неуклонным ростом количества больных фурункулом лица, развитием угрожающих для жизни осложнений и утратой трудоспособности пациентов на длительный срок.

Целью нашего исследования была оценка эффективности лечения больных фурункулом лица с помощью анализа качества жизни пациентов.

Материалы и методы. Проведено обследование и лечение 59 пациентов с фурункулом лица в стадии абсцедирования. По характеру лечения больные были разделены на две группы: группу сравнения – 28 человек (средний возраст $28,61 \pm 2,13$ лет), лечение которых проводили традиционными методами, и основную – 31 человек (средний возраст $27,94 \pm 2,37$ лет), в комплексную терапию которых дополнительно включали антиоксидант «Мексидол». Препарат вводили внутримышечно по 2,0 мл 2 раза в сутки первые семь дней после операции. Распределение пациентов по клиническим группам проводили по методу простой рандомизации. Сформированные группы были репрезентативны и сопоставимы между собой по возрастному составу и полу. Анализ качества жизни проводили путем анкетирования и исчисляли по десятибалльной системе, разработанной на кафедре хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ВолГМУ (Хлыбов В.С. с соавт., 2012). Отрицательный ответ на вопрос фиксировался как один балл. Качество жизни в 10 баллов расценивалось как удовле-

творительное.

Все исследования производились при госпитализации, на следующий день после операции, на 3–4 сутки и на 8–10 сутки стационарного лечения. Для определения различий между сравниваемыми средними величинами использовали t-критерий Стьюдента. Значимыми признавали различия при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. В день госпитализации общее состояние 35 больных (59,3%) было оценено как удовлетворительное, 24 пациентов (40,7%) – средней степени тяжести. При оценке качества жизни пациентов в день госпитализации и на следующие сутки после операции у всех больных качество жизни было меньше 5 баллов. Качество жизни пациентов в обеих клинических группах достоверно не различалось.

Использование антиоксидантной терапии уже на 3–4-е сутки привело к заметному улучшению самочувствия у большинства пациентов, при этом качество жизни лишь у 3 пациентов основной группы (9,7%) было меньше 5 баллов, а у остальных больных (90,3%) после анкетирования данный показатель составил свыше 5 баллов. У 8 больных основной группы (25,8%) качество жизни было 7 баллов. В то же время, в группе сравнения данный показатель был достоверно меньше, и составил 85% от основной группы ($p < 0,05$).

На 8–10-е сутки стационарного лечения, больных в основной группе с качеством жизни меньше 5 баллов не наблюдалось, у 15 пациентов (48,4%) данный показатель составил 9 баллов. По отношению к основной группе ($8,4 \pm 0,1$) уровень качества жизни в группе сравнения на 8–10-е сутки был на 0,5 балла (6%) ниже и составил $7,9 \pm 0,2$ баллов соответственно ($p < 0,05$).

Выводы. При госпитализации и на следующий день после операции уровень качества жизни у всех пациентов с фурункулом лица был меньше 5 баллов. В результате проведенного лечения, в послеоперационном периоде на всем протяжении стационарного лечения уровень качества жизни больных основной группы был достоверно выше, чем в группе сравнения, что свидетельствует об эффективности и целесообразности включения антиоксидантной фармакокоррекции в комплексную терапию фурункула лица.

Список литературы:

1. Островский О.В., Кирпичников М.В., Хлыбов В.С., Мартин Е.А. Антиоксидант мексидол в комплексном лечении фурункула лица. // Журнал научных публикаций аспирантов и докторантов. – 2011. – №12. – С.88-92
2. Островский О.В., Химич И.В., Хлыбов В.С. и др. Влияние антиоксидантной терапии на клинические показатели и маркеры эндогенной интоксикации у больных фурункулом лица. // Фундаментальные исследования. – 2012 – №2. – С.107-112.
3. Островский О.В., Химич И.В., Хлыбов В.С., Кирпичников М.В. Состояние прооксидантно-антиоксидантных взаимоотношений у больных фурункулом лица на фоне комплексного лечения. // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 1. – С. 4.
4. Фомичев Е.В., Островский О.В., Химич И.В. и др. Влияние антиоксиданта мексидола на клинические и лабораторные показатели больных фурункулом лица // Вестник ВолгГМУ. – 2011. – № 4. – С.52-56.
5. Химич И.В., Подольский В.В., Есикова Т.С., Хлыбов В.С. Фурункулы, карбункулы, рожистое воспаление лица: Учебно-методическое пособие. – Волгоград, 2011. – 68 с.
6. Химич И.В., Фомичев Е.В., Островский О.В. и др. Влияние антиоксиданта "Мексидол" на динамику интегральных показателей эндогенной интоксикации у больных фурункулом лица. // Лекарственный вестник. – 2013. – Т. 7. № 2 (50). – С. 15-17.
7. Химич И.В., Хлыбов В.С., Кирпичников М.В., Подольский В.В. Влияние антиоксиданта «Мексидол» на клиническое течение фурункула лица в стадии абсцедирования // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2011. – № 4. – С. 45-47.
8. Химич И.В., Хлыбов В.С., Кирпичников М.В. и др. Качество жизни и клинические показатели больных фурункулом лица на фоне антиоксидантной терапии. // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2012. – № 3 (35). – С. 40-43.
9. Хлыбов В.С., Островский О.В., Химич И.В. и др. Клинические и медико-социальные аспекты качества жизни больных фурункулом лица на фоне антиоксидантной терапии. // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. – 2012. – Т. 17. № 4.

ВЫБОР МЕСТНОГО АНЕСТЕТИКА У ЛИЦ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В АМБУЛАТОРНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Введение. По статистике не менее 30% амбулаторных стоматологических пациентов страдают различными соматическими заболеваниями в компенсированной форме. Наиболее часто отмечаются сердечно-сосудистые заболевания – 29 % . Частота осложнений местной анестезии у этих пациентов достоверно выше – 4,5% (у практически здоровых – 3,5%). Выбор местного анестетика для этой категории пациентов обусловлен необходимостью, во-первых, достижения максимальной эффективности обезболивания, во-вторых, сведения к минимуму системного воздействия на организм веществ, входящих в состав местноанестезирующего препарата.

Цель исследования. Повышение эффективности местного обезболивания при амбулаторных хирургических стоматологических вмешательствах у лиц с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями, профилактика сердечно-сосудистых осложнений.

Материал и методы. Оценив основные фармакологические параметры действия различных местных анестетиков, мы остановили свой выбор на следующих препаратах: 3% Scandonest (3% мепивакаин, без вазоконстриктора), 4% Articaine (4% артикаин, адреналин 1:200000), 4% Articaine (4% артикаин, адреналин 1:100000), 4% Ultracain DS forte (4% артикаин, адреналин 1:100000).

Было принято 67 пациентов (мужчин и женщин среднего и старшего возраста) с сердечно-сосудистой патологией в стадии компенсации. У 39 пациентов имелась хроническая ишемическая болезнь сердца, у 28 – гипертоническая болезнь. Зубы удалялись по поводу хронического периодонтита и хронического периодонтита в стадии обострения. Всем пациентам до вмешательства и по его завершении измеряли АД и частоту сердечных сокращений (ЧСС). Во время вмешательства визуально-анамнестически определяли клиническую эффективность анестезии по 4-х бальной шкале: 0 – анестезии нет, 1 – анестезия слабая, 2 – анестезия средняя, 3 – абсолютно безболезненное вмешательство.

Результаты и обсуждение. Все применявшиеся анестетики обеспечивали достаточную глубину обезболивания при удалении зубов по поводу хронического периодонтита и хронического периодонтита в стадии обострения (средний уровень – 12%, абсолютно безболезненное вмешательство – 88%). Средний уровень обезболивания отмечен исключительно при проведении мандибулярной анестезии. Ни в одном наблюдении, в том числе при сохранявшейся незначительной болезненности во время вмешательства, грубые гемодинамические сдвиги не наблюдались.

Выводы:

1. Все препараты продемонстрировали достаточную клиническую эффективность для решения хирургических задач амбулаторного стоматологического приема у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в стадии компенсации.

2. С целью предупреждения сердечно-сосудистых осложнений рационально использовать препарат (4% артикаин) с добавлением адреналина 1:200000, поскольку в большинстве случаев увеличение содержания вазоконстриктора до 1:100000 не имеет клинически значимых преимуществ.

3. Целесообразно использовать 4% артикаин (Ultracain DS forte, 4% Articaine) с добавлением адреналина 1:100000 у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в стадии компенсации при наличии острых воспалительных явлений, а также отсутствии у них в анамнезе повышенной чувствительности к адреналину или его стабилизатору бисульфиту.

Список литературы:

1. Бизяев А.Ф., Иванов С.Ю., Лепилин А.В., Рабинович С.А. Обезболивание в условиях стоматологической клиники. – М., 2002. – 144 с.
2. Петров В.И., Фомичев Е.В., Химич И.В., Кирпичников М.В. Премедикация в амбулаторной стоматологической практике: Учебное пособие. – Волгоград, 2002. – 47 с.

3. Фомичев Е.В., Сербин А.С., Химич И.В., Подольский В.В. Лечение послеоперационного болевого синдрома у больных пожилого возраста с флегмоной челюстно-лицевой области. // Клиническая стоматология. – 2013. – № 2 (66). – С. 52-54.

4. Химич И.В. Особенности обезболивания у больных пожилого и старческого возраста при амбулаторных стоматологических операциях: Автореф. дис. ... канд мед. наук. – М., 1988. – 21 с.

5. Химич И.В., Бизяев А.Ф., Левен И.И. Премедикация у больных пожилого и старческого возраста при амбулаторных стоматологических операциях под местной анестезией. // Стоматология. – 1988. – Т. 67. № 4. – С. 48-51.

6. Химич И.В., Есикова Т.С., Кирпичников М.В. Выбор местных анестетиков для лечения амбулаторных стоматологических больных. // Волгоградской областной – 100: Научно-практический сборник. – Волгоград, 2005. – С. 229-234.

7. Химич И.В., Кирпичников М.В. Проблема оптимального выбора местного анестетика в амбулаторной стоматологической практике. // Современные проблемы организации стоматологической службы Волгоградской области. – Волгоград, 2002. – С. 148-154.

8. Химич И.В., Подольский В.В., Есикова Т.С. Применение современных местных анестетиков у лиц с заболеваниями сердечно-сосудистой системы в амбулаторной стоматологической практике. // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2010. – № 2. – С. 151-153.

Черникина О.Г., Степанян Л.В., Синчихин С.П., Цуригова З.А., Эльдерова К.С., Мурадханова Н.А.

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

ИЗМЕНЕНИЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ С ПЕЛОИДОТЕРАПИЕЙ ПАЦИЕНТОК С БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНОЗОМ

Цель: изучить изменения микробиоценоза влагалища при комплексном лечении пациенток с бактериальным вагинозом (БВ) с применением грязи «Тинакская».

Материалы и методы исследования: нами проведено исследование 240 пациенток с БВ. Средний возраст наблюдаемых составил $30,8 \pm 13,8$ лет. Исследования проводились после получения информированного согласия женщин. Все пациентки получали стандартные схемы лечения БВ с применением препарата метронидазол per os по 500 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней, свечи ацилакт интравагинально 1 раз в сутки 7 дней.

основную группу составили 120 пациенток с БВ, которым дополнительно были назначены одноразовые интравагинальные тампоны, пропитанные лечебной грязью (12 процедур по 30-60 минут). В группу сравнения вошли 120 женщин с БВ, которым были по аналогичной схеме назначались одноразовые интравагинальные тампоны, содержащие плацебо.

Следует отметить, что при выявлении рецидива БВ пациентки выбывали из дальнейшего проспективного наблюдения, т.к. им требовалось проведение повторного лечения.

Для оценки эффективности проводимой терапии был изучен качественный состав микрофлоры влагалища с помощью ПЦР в режиме реального времени с использованием теста "Фемофлор-16".

Результаты исследования и их обсуждения: эффективность проводимой терапии БВ оценивали через 3, 6, 12 месяцев.

По результатам исследования через 3 месяца среди женщин основной группы (120 чел) у 111 (92,5%) наблюдался абсолютный нормоценоз, общая бактериальная масса у них составила 6,1-8,2 lg ГЭ/мл и доля лактобактерий была не менее 80%. К условному нормоценозу можно было отнести результаты 4(3,3%) обследованных женщин. Общая бактериальная масса у них соответствовала 6,0-6,2 lg ГЭ /мл, доля лактобацилл составила 60-80%, а уровень условно-патогенной флоры не превышал значимого диагностического значения.

Оценивая результаты исследования, полученные от женщин из группы сравнения (120 чел), было установлено, что нормоценоз отмечался у 92 (76,6%) пациенток, из них у 18(15%) женщин он соответствовал картине условного, в 10-и наблюдениях количество дрожжеподобных грибов соответствовало 3lg ГЭ/мл, в 3-х случаях диагностировались Candida и Ureaplasma в количестве 4lg ГЭ/мл, в 2-х наблюдениях Candida и Mycoplasma превышали диагностическое значение и составили

4lg ГЭ/мл и только в 1-м случае наблюдалось сочетание трех микроорганизмов: *Candida*, *Ureaplasma* и *Mycoplasma* в количестве 4lg ГЭ/мл. В этой группе у 19(15,8%) женщин результаты теста "Фемофлор-16" были расценены как дисбиоз влагалища, причем в 10(8,3%) наблюдениях как умеренный дисбиоз влагалища. Остальные 9(7,5%) пациенток с дисбиозом влагалища из группы сравнения, по данным ПЦР, имели картину выраженного дисбиоза.

При обследовании через 6 месяцев у большинства пациенток (106 чел. – 89,8%) из 118 женщин основной группы доля лактобактерий составляла 80-100% от ОБМ, которая в свою очередь соответствовала 6-8 lg ГЭ/мл. Картина условного нормоценоза соответствовали 6(5,1%) образцов, при этом ОБМ составлял 6,7-7,8 lg ГЭ/мл, уровень лактобактерий достигал 90%, а количество дрожжеподобных грибов и/или уреоплазм было в 104гэ/образец. Снижение доли лактобактерий в диапазоне от 54 до 75% и увеличение доли анаэробных микроорганизмов до 6,9% от ОБМ встречались у 6 (5,1%) женщин. Общая бактериальная масса у этих 6-и пациенток составила 6-7 lg ГЭ/мл, при этом лактобактерии присутствовали в количестве 5-6,1 lg ГЭ/мл.

Среди оставшихся в исследовании 97 женщин из группы сравнения через 6 месяцев картина абсолютного нормоценоза выявлялась у 57(58,7%) человек, а условного – у 4(4,1%) пациенток. У остальных 36(37,1%) женщин обнаруживались дисбиотические нарушения, так у 14(14,4%) наблюдалась картина умеренного дисбиоза (при небольшом снижении доли лактобактерий, доля условно-патогенных микроорганизмов не превышала 10% от ОБМ).

Выраженный анаэробный дисбаланс через 6 месяцев диагностировался у 22(22,7%) женщин группы сравнения и проявлялся снижением доли лактобацилл до 10%, и повышением доли анаэробной микрофлоры до 19,6% от ОБМ. Общая бактериальная масса достигала 9,8 lg ГЭ/мл, количество лактобацилл не превышало 3,8 lg ГЭ/мл.

Оценивая эффективность комплексного лечения БВ через 12 месяцев, установлено, что из 115 женщин основной группы у 99(86,1%) из них выявлялся абсолютный нормоценоз, у 4(3,5%) пациенток – условный нормоценоз, а у 11(9,6%) женщин диагностировался умеренный дисбиоз. Необходимо отметить, что у 8 из 11 пациенток с картиной умеренного дисбиоза лактобактерии находились в высоких титрах 5,9-6 lg ГЭ/мл и их количество составляло 76-80% от ОБМ 7-8,4lg ГЭ/мл. Уровень УПФ был в диапазоне от 3,9-8,6% ОБМ.

Выраженный дисбиоз влагалища через 12 месяцев был выявлен лишь у 1(0,9%) пациентки основной группы, который выражался снижением уровня лактобактерий до 30% и повышением анаэробной флоры до 15% от ОБМ (8,7lg ГЭ/мл).

В группе сравнения за аналогичный период времени наблюдения численность группы снизилась до 71 человека, из которых у 47(66,2%) женщин был диагностирован абсолютный нормоценоз, у 7(9,8%) – условный нормоценоз, у 9(12,6%) – умеренный дисбиоз и у 8(11,3%) – выраженный анаэробный дисбиоз влагалища.

Изучение состава условно-патогенных микроорганизмов при выраженном анаэробном дисбиозе влагалища показал следующее. ОБМ в образцах у пациенток группы сравнения достигала 9,8lg ГЭ/мл, количество лактобактерий не превышало 3,6lg ГЭ/мл.

Если в целом рассматривать динамику изменения микрофлоры влагалища в сравниваемых группах за весь период наблюдения, то можно отметить, что в группе сравнения наблюдается тенденция роста условно-патогенной флоры через 3 месяца после лечения, и уже к 12 месяцу наблюдения мы видим отклонение в сторону выраженного анаэробного дисбиоза у 43(35,8%) женщин.

Вместе с тем у подавляющего большинства (95,8%) пациенток, которые получали грязелечение, более стойкий эффект от проводимой комплексной терапии сохранялся до 6 месяцев. Одновременно с этим наблюдался высокий уровень лактобактерий, который предотвращал рецидив БВ. Кроме того, у женщин основной группы такой маркер БВ, как *Atopobium vaginae*, выявлялся достоверно реже и в меньших титрах, чем у женщин из группы сравнения. В основной группе в отличие от сравниваемой, дрожжеподобные грибы в диагностически значимом уровне у пациенток не встречались за весь период проспективного наблюдения.

Выводы: таким образом, представленные результаты исследования показывают, что применение грязи "Тинакская" повышает эффективность лечения пациенток с БВ, способствует нормализации микрофлоры влагалища и сохранению пула лактобацилл на высоком уровне в течение достаточно длительного периода. Однако мы придерживаемся мнению о том, что для наиболее эффективного противорецидивного лечения дисбиотических нарушений влагалища важным является устранение провоцирующих факторов развития данного заболевания, которые в данной публикации не рассмат-

ривались.

Список литературы:

1. Евсеева М.М. Пелоидотерапия в современной гинекологической практике/М.М.Евсеева// Вестник восстановительной медицины- 2008- №1-С. 54-59.
2. Кира Е.Ф. Бактериальный вагиноз. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2012-472 с.
3. Цуригова З.А.Использование грязи «Тинакская» в медицине (обзор литературы)/ З.А.Цуригова, О.Г.Черникина, К.С.Эльдерова, Л.В. Степанян, С.П.Синчихин //Исследования и практика в медицине. - 2015- Т. 2-№ 4- С. 123-127.
4. Черникина О.Г. Эффективность пелоидотерапии при бактериальном вагинозе у женщин с невынашиванием беременности и в климактерии/О.Г.Черникина, З.А.Цуригова, К.С.Эльдерова, Л.В.Степанян, С.П.Синчихин // Врач-аспирант- 2015. 5.2(72)-С. 294- 302.

Шапошникова Н.В., Жаржаф С.А., Красовский В.С.

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

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРИОНОВ В БИОТERRORИЗМЕ

Развитие биологических наук и их практическое применение привело к достижению высоких результатов, особенно в области генной инженерии. С Древних времен яды были одним из основных средств тайной борьбы за власть, а в качестве примитивного, но безотказного биологического оружия уже тогда применялись подброшенные противнику тела погибших от чумы и других болезней людей и животных. По существующей юридической практике генетическая конструкция, тайно встроенная в клетки человека и ставшая для него смертоносной, не может быть признана причиной смерти. Наряду с этим растёт опасность использования бактериологического оружия для масштабных террористических актов, жертвами которых могут стать миллионы людей. Таким образом, в ближайшее время биологическое оружие может представлять одну из основных угроз для национальной безопасности Российской Федерации и мира в целом. Масштабы поражений при использовании такого оружия значительно превосходят последствия ядерного взрыва.

Прионы — особый класс инфекционных агентов, представленных белками с аномальной третичной структурой и не содержащих нуклеиновых кислот. Патогенные формы прионов могут вызывать ряд тяжелых заболеваний: болезнь Крейтцфельда - Якоба, семейная фатальная бессонница у человека и губчатая энцефалопатия у крупного рогатого скота, норок, лосей и оленей, кошачьих, экзотических животных, скрейпи овец и коз, которые на данный момент неизлечимы. Практически ничто не способно инактивировать неправильный белок: ни высокие температуры, ни повышенное давление, ни даже обугливание не снижают степень его патогенности. На него не влияют и протеолитические ферменты кишечника. Получается, что животное, употребившее такой белок в пищу, может заразиться само и заразить других особей через экскременты или прах. Напрашивается предположение, что при таком положении дел прионы могут стать мощнейшим биологическим оружием XXI века[2.382].

Цель: изучение возможности использования патологических инфекционных прионов в качестве биологического оружия и его потенциальной угрозы человечеству.

Результаты: в ходе проведения литературного обзора выяснилось, что прионы можно использовать в биотерроризме. Достаточно направить в страну, подлежащую диверсионному акту, большую партию костной муки из больных животных, препараты крови, содержащие прионы и т.д., чтобы вывести из строя определенные группы людей, которые необходимо заразить. Однако, заболевания, вызываемые прионами, развиваются не сразу, а через несколько месяцев и это может остановить террористов, жаждущих быстрого эффекта. С другой стороны, прионы относятся к биологическому оружию второго поколения, идея которого состоит в следующем: необходимо использовать таких возбудителей, которые дают длительный инкубационный период, длительное течение, делающие традиционные карантинные меры неэффективными (при отсутствии эффективных средств лечения и вакци-

нации). Длительность инкубационного периода и отсроченность летального исхода делают его применение скрытым. Применение биооружия второго поколения дает сравнительно медленный, но не поддающийся локализации рост эпидемии с периодом удвоения от года и выше, переходящий в устойчивую депопуляцию населения и коллапс экономики [1.129].

Методы генной инженерии позволяют встроить любой ген, особенно ген прионов, в геном растений, и таким образом использовать их для массового террора или агрессии. При этом достаточно распылить штампы патологических прионов над сельскохозяйственными полями, для их проникновения в любую растительную культуру. При употреблении зараженной растительной продукции человеком или крупным рогатым скотом прионы распространяются по всему организму. Также причиной возникновения прионных болезней у человека могут быть обусловлены употреблением в пищу мяса зараженного животного, использование его биологических тканей (пересадка роговицы, препараты крови и т. д.). Основной локализацией этих инфекционных агентов является головной мозг. Как известно, при производстве некоторых лекарств, для больных с острым нарушением мозгового кровообращения используют вытяжку из коры головного мозга крупного рогатого скота.

Данные лекарства не производятся на территории Российской Федерации. Они транспортируются из стран Европы. Важно отметить, что, например, в США на законодательном уровне запрещена транспортировка этих препаратов, так как не существует доказательной базы их эффективности. Россия не защищена от угрозы поставки фальсифицированных лекарственных препаратов, зараженных прионами [3.170].

В этом случае биотерроризмом может заниматься страна-импортер, решая вопрос на правительственном уровне, с целью нанесения экономического и социального ущерба гражданам Российской Федерации.

Выводы: 1. Такие инфекционные агенты, как прионы, несут в себе опасность в качестве биологического оружия не только на территории Российской Федерации, но и для мира в целом;

2. Российская Федерация, а особенно ее граждане, уязвимы перед биотерроризмом;

3. Заражение прионами возможно при употреблении в пищу растительной продукции или же зараженного мяса животного, а также при приеме лекарств, основой для которых является вытяжка из коры головного мозга крупного рогатого скота.

Список литературы:

1. Богач В.В. Биотерроризм: мифы и реальность / В.В. Богач // Дальневосточный журнал инфекционной патологии. - 2005. - № 7. - С. 128-139.
2. Зуев В.А. Прионы – возбудители медленных инфекций человека и животных / В.А. Зуев // Русский медицинский журнал. - 2010. - Т. 18. - № 6. - С. 381-385.
3. Леонова З.А. Прионы и прионовые заболевания / З.А. Леонова // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. - 2010. - № 6-1. - С. 169-174.

Шварёв Е.Г., Оводенко Д.Л., Зайцева О.Е.

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

НОВЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ ВНУТРЕННИХ ГЕНИТАЛИЙ

Диагностика новообразований внутренней локализации остаётся одной из наиболее сложных проблем гинекологии. Так, несмотря на разнообразие применяемых диагностических методов, почти 70% больных раком яичников (РЯ) поступают в специализированные стационары в запущенных стадиях заболевания, а одногодичная летальность больных раком эндометрия (РЭ) достигает 11,0%. Поэтому «активный поиск» больных с доклиническими формами развития предопухолевых и опухолевых процессов внутренних гениталий на сегодняшний день следует рассматривать как один из наиболее эффективных способов их вторичной профилактики [2,3,4,5].

Цель исследования: усовершенствовать подход к раннему выявлению предопухолевой и опухолевой патологии внутренних гениталий.

Задачи исследования:

1. Оценить содержание карбонильных групп белков – маркеров оксидантного стресса в эндометриальных смывах и менструальных выделениях обследуемых пациенток.
2. Изучить с помощью метода клиновидной дегидратации микроскопические особенности эндометриальных смывов и менструальных выделений больных с патологией мио-эндометрия и опухолями яичников.

Известно, что при опухолевом росте митохондриальное окисление вытесняется гликолизом, более примитивным способом энергообеспечения, который не требует утилизации кислорода. Это сопровождается образованием активных форм кислорода и лежит в основе стимуляции свободнорадикального окисления в организме. При этом развивается состояние, получившее название «оксидативного стресса» (ОС), результатом которого является накопление высокотоксичных соединений, приводящих к морфофункциональным нарушениям клеток и тканей.

Свободные радикалы поражают все виды биологических макромолекул, при этом наиболее изученными являются процессы перекисного окисления липидов. Однако активные формы кислорода вызывают и окислительную деструкцию белков. Считается, что в состоянии ОС атаке активных форм кислорода в первую очередь подвергаются не липиды, а белки клеток и биологических жидкостей (БЖ) организма. Маркёры ОС, среди которых наиболее ранними являются карбонильные группы белков (КГБ), могут быть выявлены в БЖ пациенток задолго до появления манифестных признаков заболевания [3].

Этот процесс может лежать и в основе структурно-функциональных нарушений органов репродуктивной системы, в том числе и при развитии неопластической трансформации эндометриальной и яичниковой ткани. Под влиянием определённых патологических процессов структура клетки может изменяться, но для этого нужен значительный объём деформации молекулярных её составляющих а, следовательно, и длительный временной интервал, на завершающем этапе которого уже возможно использование цитологических и гистологических методов исследования.

По мнению С.Н.Шатохиной и В.Н. Шабалина (2001), при использовании технологии морфологического анализа БЖ «Литос-система», все, даже самые начальные патологические изменения молекулярных структур можно наблюдать сразу же, без «инкубационного периода», необходимого для изменений на клеточном, органном и/или системном уровнях. Следовательно, морфологический анализ БЖ открывает возможности для наиболее ранней диагностики развивающегося патологического процесса[1].

В практических условиях получение интегрированной высокодинамичной информации в устойчивом виде, которая содержится в БЖ, осуществляется с помощью метода клиновидной дегидратации. Суть его заключается в переводе капли БЖ в твёрдую фазу – фацию (тонкую структурированную пленку) путём высушивания в стандартных условиях. Морфологическая картина фации (Ф) содержит структуры, позволяющие установить особенности течения физиологических и патологических процессов в организме.

В качестве изучаемого объекта нами были выбраны эндометриальные смывы (ЭС) и менструальные выделения (МВ) обследуемых пациенток, т.к. известно, что структурные изменения эндометрия (Э), как гормонозависимой ткани, во многом зависят от функционального состояния гонад. Именно ткань Э наиболее чутко реагирует на изменения гомеостаза органов репродуктивной системы, при этом в указанных БЖ обследуемых пациенток могут быть выявлены различные маркёры формирующейся патологии, в том числе и ОС [6.7].

Установлено, что содержание КГБ в ЭС увеличивался по мере нарастания тяжести патологии мио – эндометрия: от $1,0 \pm 0,16$ нмоль/мг в контрольной группе и до $23,8 \pm 3,96$ нмоль/мг у больных пациентов ММ в сочетании с РЭ.

Повышение точности оценки состояния Э у обследуемых больных достигалось дополнением цитологического исследования смыва из полости матки кристаллографическим структурным анализом, позволяющим выявить увеличение площади трехлучевых трещин на поверхности исследуемых фаций - патогномичных признаков нарастания тяжести патологии Э.

Таким образом, идентификация в ЭС и МВ женщин, входящих в «группы риска» по возникновению предрака и рака внутренних гениталий, продуктов перекисного окисления белков (КГБ) с одновременной оценкой структурных особенностей указанных БЖ (параллельное цитологическое исследование клеточных и кристаллографическое - неклеточных структур), позволит повысить эффективность ранней диагностики на амбулаторном этапе, своевременно приступить к лечению и со-

хранить тем самым репродуктивный потенциал женщин.

Список литературы:

1. Шабалин В.Н., Шатохина С.Н. Морфология биологических жидкостей человека. - М.: Хризом, 2001.- 304 с.
2. Урманчеева А.Ф., Кутушева Г.Ф. Диагностика и лечение рака яичников. - 2001. - Санкт-Петербург, Н.Л. - 48с.
3. Дикарёва Л.В. Гиперпластические процессы матки: клинко-диагностическое значение маркеров биологических жидкостей. – автореферат докторской диссертации, 2009.
4. Дикарёва Л.В., Шварёв Е.Г., Шварёв Г.Е., Теплый Д. Л. // Возрастные, структурные и биохимические особенности эндометриального секрета больших миомой матки / Успехи геронтологии/ - СПб, 2008. -№ 4. –Т.21. – С. 596 – 601
5. Ульрих Е.А., Семиглазова Т.Ю., Урманчеева А.Ф., Семиглазов В.Ф. Опухоли репродуктивных органов в сочетании с беременностью. – 2014. - Санкт – Петербург, - 31 – 32с.
6. Патент РФ на изобретение № 2290639 «Способ оценки состояния эндометрия при новообразованиях женских гениталий» от 27. 12. 2006 г. Патентная служба по интеллектуальной собственности, патентам и товарным знакам, описание изобретения к патенту. Дикарёва Л.В., Шварев Е.Г., Аюпова А.К., Оводенко Д.Л.
7. Патент РФ на изобретение № 2334986 от 28. 09. 2008г. «Способ ранней диагностики опухолей яичников». Патентная служба по интеллектуальной собственности, патентам и товарным знакам, описание изобретения к патенту. Шварев Е.Г., Оводенко Д.Л., Дикарёва Л.В.

Штено М.В., Бахмутова Л.А., Палкина Е.В., Шустова С.С.

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

ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦИТОКИНОВ У ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ

Хроническая внутриутробная гипоксия, занимающая в патогенезе задержки внутриутробного развития (ЗВУР) плода одно из основных мест, вызывает раннее включение иммунной системы с последующим нарушением ее функции, иногда до развития вторичной иммунологической недостаточности, что ведет к развитию инфекционных осложнений у этих детей [2,3]. Длительное кислородное голодание ведет к нарушению регуляции иммуногенеза, что также вносит свой вклад в целый ряд заболеваний у детей с ЗВУР в постнатальном периоде [2,4]. Важным информативным показателем состояния иммунной системы новорожденного в периоде адаптации является уровень продукции цитокинов [1,4,5,6].

Цель: изучение показателей противо- и провоспалительных цитокинов у новорожденных с ЗВУР в зависимости от ее варианта, течения антенатального периода и ранней адаптации.

Методы: определены И-4, И-6, фактор некроза опухолей (ФНО) в периферической крови новорожденных с ЗВУР методом иммуноферментного анализа с использованием тест-системы фирмы «Вектор-Бест». Обследованы 76 доношенных новорожденных с ЗВУР: 45 новорожденных с гипотрофическим вариантом, 31 – с гипопластическим вариантом ЗВУР и 20 здоровых доношенных новорожденных.

Результаты: Изучены концентрации цитокинов доношенных новорожденных с задержкой внутриутробного развития. Выявлено повышенное содержание интерлейкина-6 и ФНО у новорожденных с гипотрофическим вариантом ЗВУР, при многоводии, инфекционно-воспалительных заболеваниях и анемии у матери, снижение концентрации при преэклампсии. Интерлейкин-4 не имел значимой связи с патологическими состояниями матери и ребенка. Оценка иммунологического статуса может иметь прогностическое значение в плане развития инфекционно-воспалительных заболеваний у новорожденных с задержкой внутриутробного развития.

Заключение: изучение цитокинов противо- и провоспалительного профиля у доношенных новорожденных с ЗВУР показало низкую информативность противовоспалительного цитокина И-4 и

высокую информативность II-6 и ФНО при различных вариантах ЗВУР, выявило зависимость от течения антенатального периода и постнатальной адаптации данной категории детей.

Список литературы:

1. Александрова Ю.Н. О системе цитокинов / Ю.Н. Александрова// Педиатрия.- 2007.-т.86.- №3.- стр.124-127.
2. Бахмутова Л.А. Патент 2357656 РФ, МПК51 А 61 В 5/00 Способ диагностики перенесенной хронической внутриутробной гипоксии у новорожденных / Л.А. Бахмутова, М.В. Штепо №2007148257/14; Бюллетень «Изобретения. Полезные модели» - 2009.- № 16. – С.667-668.
3. Башкина О.А Клинико-иммунологический мониторинг и цитокинотерапия у детей с рецидивированием респираторных заболеваний. Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова. Москва, 2006.- 50 с.
4. Гужвина Е.Н. Клинические и прогностические критерии плацентарной недостаточности в условиях нарушенной адаптации к родовому стрессу у матери и плода / Автореферат дис. ... доктора медицинских наук: 14.01.01 // Волгоградский государственный медицинский университет. Волгоград, 2013.
5. Дударева М.В. Патогенетические механизмы иммунной дисфункции у новорожденных с респираторными нарушениями / Автореферат дис. доктора биологических наук // Ростов-на-Дону, 2012.
6. Огуль Л.А., Шаповалова М.А., Ярославцев А.С. Заболеваемость новорожденных / Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2011. № 11. с. 92-93.

Якимович С.Е., Шаповалова И.А.

*ГУ «Луганский государственный медицинский университет»,
г. Луганск, Луганская народная республика*

ДИНАМИКА БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В, СОЧЕТАННЫМ С ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Цель: на основании биохимического обследования больных разработать и обосновать оптимальный метод лечения больных хроническим гепатитом В (ХГВ), сочетанным с хроническим некалькулезным холециститом (ХНХ), с использованием препарата, содержащего урсодезоксихолиевую кислоту - урсосан [1, 2, 6].

Задачи: выявить наиболее типичные нарушения со стороны основных биохимических показателей у больных хроническим вирусным гепатитом В, в сочетании с хроническим некалькулезным холециститом [3, 8], а также проанализировать изменение данных показателей на фоне применения урсосана.

Методы: под нашим наблюдением находилось 56 пациентов, в возрасте от 30 до 55 лет, среди них было 27 женщин (48,2%) и 29 мужчин (51,7%). Диагнозы ХГВ та ХНХ были установлены в соответствии со стандартизированными протоколами диагностики и лечения заболеваний органов пищеварения (Приказ МЗ Украины № 271 от 2005 г.). Для оценки функционального состояния печени мы изучали биохимические показатели с использованием унифицированных методов, которые включали определение в крови уровня общего билирубина, активности сывороточных аминотрансфераз – аланинаминотрансферазы (АлАТ) и аспаратаминотрансферазы (АсАТ); активности экскреторных ферментов – щелочной фосфатазы (ЩФ) и гамаглутамилтранспептидазы (ГГТП), а также тимоловой пробы унифицированными методами.

Результаты: до начала лечения у большинства больных мы наблюдали увеличение концентрации общего билирубина в среднем в 1,35 раза, что равнялось (27,6±0,7) мкмоль/л., повышение активности сывороточных аминотрансфераз - АлАТ до (1,85±0,05) ммоль/л•ч, что было больше нормы в среднем в 3,1 раза; АсАТ в - до (1,42±0,04) ммоль/л•ч– в 3,2 раза; показателя тимоловой пробы – до (6,56±0,3) ед., что в 1,64 раза выше нормы, активности гамма-глутамилтранспептидазы - в 1,52 раза,

что составило (1956 ± 18) мкмоль/л•ч, активности щелочной фосфатазы - в 1,51 раза относительно нормы, составивши ($4,53 \pm 0,19$) ммоль/л•ч. После же применения урсосана мы наблюдали существенно положительную динамику всех изученных показателей. Так, концентрация общего билирубина составляла ($19,3 \pm 0,3$) мкмоль/л., АлАТ - ($0,63 \pm 0,04$) ммоль/л•ч, АсАТ - ($0,43 \pm 0,03$) ммоль/л•ч, по-казатель тимоловой пробы - ($2,8 \pm 0,3$) ед., активность гамма-глутамилтранспептидазы - (1229 ± 33) мкмоль/л•ч, активность щелочной фосфатазы - ($2,54 \pm 0,1$) ммоль/л•ч.

Выводы: таким образом, применение препарата урсосан у больных хроническим гепатитом В, сочетанным с хроническим некалькулезным холециститом, дает положительный результат в отношении динамики биохимических показателей, отражающих функциональное состояние печени.

Список литературы:

1. Антонова Т. В. Вирусные гепатиты в вопросах и ответах: пособие для врачей / Т. В. Антонова, Д. А. Лиознов. – М. : Литтерра, 2010. – 329 с.
2. Арипджанова Ш.С. Влияние некоторых гепатопротекторов и их комбинаций на содержание цитохрома Р-450 в ткани печени при хроническом гепатите / Ш.С. Арипджанова, А.В. Якубов // Современные наукоемкие технологии. – 2009. – № 12. – С. 46-47;
3. Вирусные гепатиты. Клиника, диагностика, лечение / Н. Д. Юшук, Е. А. Климова и др. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 150 с.
4. Ершов Ф.И., Романцов М.Г. Вирусные гепатиты //Лекарственные средства, применяемые при вирусных заболеваниях. - М., - 2007. - С.84-106.
5. Инфекционные болезни : учебник для студентов мед. вузов / Е. П. Шувалова и др. – 7-е изд., испр. и доп. – СПб. : СпецЛит, 2015. – 727 с.
6. Нурбоев Ф.Э. Эффективность урсосан при холестатических поражениях печени / Ф.Э. Нурбоев, С.У. Гафарова // Достижения и инновации в науке, технологиях и медицине: сборник статей Международной научно – практической конференции / Под общ. ред. Г.Ю. Гуляева – Пенза: МЦНС «Наука и просвещение». – 2016. – С. 65 -68.
7. Сологуб Т.В., Романцов М.Г., Коваленко С.Н. Комбинированная терапия хронического вирусного гепатита В и ее влияние на качество жизни //Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И.Мечникова. - 2006. - №1. - С.3-12.
8. Шифф Ю. Р. Вирусные гепатиты и холестатические заболевания: руководство / Ю. Р. Шифф, М. Ф. Соррел, У. С. Мэддрей ; пер. В. Т. Ивашкин и др. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 408 с.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ
СБОРНИК

Компьютерный набор и форматирование – Полякова Е.В.

Технический редактор – Нигдыров В.Б.

Подписано в печать 2.11.2016 г.

Гарнитура Times New Roman Формат 60x84 1/16

Усл. печ. лист – 27,9.

Заказ № 4188. Тираж 300 экз.

Издательство ФГБОУ ВО

Астраханский ГМУ Минздрава России

