

за 1995-1998 годы среди спецконтингента и личного состава показывает, что по сравнению с 1995-1996 годами резко возросло кол-во заболевших среди спецконтингента с 0 в 1995-1996 годах до 44 в 1997, и 61 в 1998 годах. Среди заболевших динамика не настолько резка, однако кол-во заболевших увеличивается: в 1997 году - 4 человека, 1998 - 8 чел.

Опираясь на исследования, проведенные среди военнослужащих необходимо отметить явный рост числа инфекционных заболеваний, в частности, туберкулезом за период 1992-2000 годы. Установлено, что около 40% заболеваний приходится на туберкулез. Неполное удовлетворение гарнизонов в питьевой воде, низкое техническое состояние систем водоснабжения и канализации, недостатки в организации питания военнослужащих - вот неполный перечень причин, благоприятствующих росту заболеваемости.

Из вышесказанного следует, что широко распространенное мнение о том, что туберкулез стал безобидной болезнью, не только неверно, но и опасно.

Масштабы эпидемии туберкулеза огромны как в России, так на Северном Кавказе, РСО-Алания, КБР.

Распространенность туберкулеза в развитых странах связана с группами риска - мигрантами, маргиналами, больными СПИДом, ВИЧ инфицированными, наркоманами, алкоголиками, лицами в пенициарных учреждениях и недолеченных больных.

Исключительное внимание необходимо обратить на то, что заниматься глобальной проблемой заболеваемости туберкулезом должны молодые, мобильные, коммуникабельные, интеллигентные и высококвалифицированные специалисты.

СОСТОЯНИЕ СОСУДОДВИГАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПЛЕЧЕВОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ ИБС: СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

Ивакин В.Е., Князева Л.И.,
Горайнов И.И., Степченко М.А.,
Князева Л.А., Ершова И.А., Бочарова К.А.
*Курский государственный
медицинский университет,
Курск*

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) занимает ведущее место в структуре общей заболеваемости и смертности, являясь одной из главных причин постоянной или длительной утраты трудоспособности. На сегодняшний день одной из основных гипотез, объясняющих патогенез атеросклероза является гипотеза хронического повреждения эндотелия. Эндотелий является одновременно мишенью и медиатором сердечно-сосудистых болезней. Диагностика нарушений эндотелиальной дисфункции позволяет определить терапевтические подходы и коррекции эндотелиальной дисфункции, контролировать прогрессирование заболевания.

Целью работы явилось изучение сосудодвигательной функции плечевой артерии у больных стабильной стенокардией напряжения II - III ф.к.

Материалы и методы. Обследовано 30 больных ИБС стабильной стенокардией напряжения II ф.к. (по

Канадской классификации) и 35 больных III ф.к. стенокардии. Средний возраст больных составил $56,1 \pm 1,8$ лет. Контрольную группу составили 20 здоровых доноров. Группы обследованных были рандомизированы по полу и возрасту. Сосудодвигательную функцию плечевой артерии изучали методом дуплексного ультразвукового сканирования с помощью датчика 7,5 МГц на аппарате «Logic-500» США по методике D. Celestajer с соавт., 1992. В качестве базисной терапии использовали ацетилсалициловую кислоту (125-175 мг в сутки) и короткодействующие нитраты (по необходимости). Критериями исключения являлись сахарный диабет, артериальная гипертензия.

Результаты и обсуждение. При сравнении результатов функциональных проб выявлены достоверные различия у больных стенокардией с контрольной группой. У больных стенокардией напряжения II ф.к., при пробе с реактивной гиперемией определялось менее значительное (в среднем на 22% ниже контрольного уровня) изменение скорости кровотока, средние значения дилатации, вызванной потоком, были в 2,8 раза ниже контрольных показателей. У больных стенокардией напряжения III ф.к., снижение скорости кровотока при реактивной гиперемии составило в среднем 28%, среднее значение дилатации, вызванной потоком, были в 3,5 раза ниже контрольных цифр. Следует отметить, что у 32 больных (91%) стенокардией III ф.к., наблюдалась вазоконстрикторная реакция при проведении пробы с реактивной гиперемией. При II ф.к., вазоконстрикция отмечена у 8 больных (27%) в возрасте старше 50 лет.

Таким образом, проведенные исследования показали более выраженное нарушение эндотелийзависимой вазодилатации, имеет место у больных стабильной стенокардией напряжения III ф.к., что отражает большую тяжесть эндотелиальной дисфункции. Особенностью больных этой группы является также большая частота развития парадоксальной вазоконстрикторной реакции.

ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

Иванова О.Н., Кондюрина Е.Г.
*Медицинский институт ЯГУ, Якутск
НГМА, Новосибирск*

Основной задачей данного исследования является изучение факторов риска бронхиальной астмы среди детского населения Верхневиллоиского и Нюрбинского улуса и изучение влияния экологических факторов на здоровье детей. Исследование эпидемиологии и факторов риска проведено в рамках программы «ISAAC phase2», которая имеет иной дизайн исследования, чем карта «ISAAC». Нами проведен опрос 450 детей Верхневиллоиского улуса и 100 детей Нюрбинского улуса.

При анализе триггерных факторов БА по данным анамнеза выявлена высокая частота ОРВИ у детей с БА до 77% в группе детей 7-8 лет и 56% в обследованной группе от 12-14 лет. Другим важным фактором

риска для развития бронхиальной астмы является наличие атопии или семейный анамнез по атопии. В обследованной группе отягощенную наследственность по БА имели 66% детей в возрасте 7-8 лет и 43% детей в возрасте 13-14 лет.

Пассивное курение является одним из важнейших факторов возникновения БА у детей. При пассивном курении у детей отмечается нарушение бронхиальной проходимости и повышение бронхиальной гиперреактивности. По данным эпидемиологического обследования у детей с БА выявлен высокий процент семей с пассивным курением до 67%.

Основными факторами возникновения БА являются плохая вентиляция, скученность в жилых помещениях. Большое значение в условиях суровой зимы приобретает микроклимат помещений. Для сельского населения республики Саха (Якутия) характерно проживание в деревянных одно-двухэтажных строениях. Полезная площадь, приходящая на одного члена семьи в Вилюйском регионе составила 11,36м. В результате эпидемиологического исследования выявлено скученность проживания у 60% семей обследованных детей с БА. В домах сельских жителей мощным этиологическим фактором возникновения БА являются аллергены животных, проживающих в жилом помещении – шерсть, перхоть, а также аллергены выделяемые при обработке шкур для пошива зимней одежды и обуви.

При эпидемиологическом обследовании сезонности обострения патологии не отмечается.

Таким образом, имеет место поливалентный характер сенсibilизации, возрастает роль не иммунных механизмов таких, как физическая нагрузка, стрессы, метеолабильность.

СОДЕРЖАНИЕ КАТАЛАЗЫ В ЭРИТРОЦИТАХ У БОЛЬНЫХ ПИЩЕВЫМИ ТОКСИКОИНФЕКЦИЯМИ

Камбачокова З.А.

Кабардино-Балкарский

Государственный университет,

Нальчик

Универсальный процесс перекисного окисления липидов, в норме обеспечивающий условия для жизненно важных функций клетки, в случае интенсификации становится пусковым механизмом патобиохимических изменений, что мы и наблюдаем при пищевых токсикоинфекциях. Этот процесс протекал бы бесконтрольно, если бы не система антиоксидантов организма.

Целью работы явилось изучение состояния антиоксидантной системы организма у больных пищевыми токсикоинфекциями. Под наблюдением находилось 70 больных пищевыми токсикоинфекциями. У всех больных диагноз был выставлен на основании эпидемиологических, клинико-лабораторных данных и был подтвержден высевом из промывных вод желудка и кишечника условно-патогенной микрофлоры. Для оценки антиоксидантной защиты определяли уровень каталазы эритроцитов по рекомендации А.И.Карпищенко (1999).

В процессе заболевания пищевыми токсикоинфекциями отмечено повышение каталазы в эритроцитах с максимальным значением в периоде разгара заболевания ($55,9 \pm 0,95$ ммоль/мин.л). В периоде угасания клинических симптомов, параллельно положительной динамике заболевания, наблюдалось постепенное снижение уровня активности фермента ($49,5 \pm 1,09$ ммоль/мин.л) с возвращением к норме в период ранней реконвалесценции ($41,5 \pm 0,88$ ммоль/мин.л). Изучение каталазной активности эритроцитов у больных пищевыми токсикоинфекциями в зависимости от тяжести заболевания, выявило более значительное возрастание активности каталазы в эритроцитах с возвращением к норме в период ранней реконвалесценции не зависимо от степени тяжести патологического процесса.

Полученные данные о закономерности изменения каталазы эритроцитов у больных пищевыми токсикоинфекциями свидетельствуют о значительных компенсаторных возможностях эритроцитов, участвующих во внутриклеточном обмене кислорода и о значении каталазы эритроцитов, как активного внутриклеточного антиоксиданта, играющего важную роль в патогенезе данных инфекций.

МАТЕМАТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У БОЛЬНЫХ С БРОНХООБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ

Каменев Л.И., Наумова Е.Н.,

Панова И.В., Хадарцев А.А., Краюхин А.В.

Муниципальное учреждение здравоохранения

«Медико-санитарная часть № 5»,

Научно-исследовательский институт

новых медицинских технологий,

Тула

Цель работы: изучение влияния дыхательного тренинга на бронхиальную проходимость, на изменения концентрации микроэлементов в моче у лиц с бронхообструктивным синдромом различной этиологии.

Объект и методы исследования. Было обследовано 66 пациентов – лиц мужского пола (средний возраст 54,8 года), прошедших десять 20-минутных сеансов БОС-тренинга под контролем текущей ЧСС по методу биологической обратной связи (БОС). У них установлены диагнозы: хронический пылевой бронхит (ХПБ) профессиональной этиологии и хронический обструктивный бронхит (ХОБ) непрофессиональной этиологии по 33 человека в каждой группе, которым проводили аппаратный дыхательный тренинг. Контрольную группу составили лица с теми же диагнозами, получавшие общепринятый лечебный комплекс в количестве 31 и 27 человек соответственно.

Для выявления зависимости между эффективностью лечения заболеваний органов дыхания и изменениями концентрации МЭ ($K_{MЭ}$) в моче проведен анализ изменений $K_{MЭ}$ в различные стадии болезни: в стадию обострения (1-2 день болезни), на 7-8 день болезни, стадию ремиссии (12-13 день болезни). $K_{MЭ}$ в