

мерно следующая: большая часть ее представлена близорукостью слабой степени (75-79%), доля близорукости средней степени составляет 15-19%, миопия высокой степени 5-6%.

Ежегодный прирост количества детей с близорукостью составляет в среднем 5%. Периодами наибольшего прогрессирования близорукости оказались первый и третий годы обучения в школе. Поэтому в комплексе массовых профилактических мероприятий особое внимание следует уделять учащимся младших и средних классов, а также дошкольникам.

Неблагоприятные признаки возникновения и прогрессирования близорукости – наследственная отягощенность и низкие резервы аккомодации. Большое значение в комплексе профилактических мероприятий имеют диагностика и коррекция неблагоприятных педагогических, психологических и соматических факторов.

Педагогические факторы оцениваются по двум характеристикам: успеваемости учащихся и степени трудозатрат. Детей с близорукостью отличает относительно высокая успеваемость. Нередко пересиливая себя, они ориентируются больше не на степень сложности поставленных задач, а на конечный результат, который должен быть достигнут любой ценой. Особенности детей с близорукостью являются не только педагогическими, но и психологическими. Коррекция отношения педагогов и родителей к успеваемости детей с прогрессирующей близорукостью является обязательной и первоочередной профилактической задачей.

Психологические особенности детей с близорукостью средней и высокой степеней могут быть не только первичными, но и вторичными, обусловленными длительным и существенным снижением остроты зрения, необходимостью постоянной коррекции.

Необходима диагностика психологических особенностей у детей младшего возраста, что облегчается наличием в современных школах психологов. Выделение групп детей с типичными «миопическими» характеристиками для целенаправленных психокоррекционных мероприятий является первоочередной мерой профилактики возникновения и прогрессирования школьной близорукости.

Отрицательное влияние могут оказывать и дошкольные факторы. В частности, большинство родителей самостоятельно начинают подготовку своего ребенка к школе задолго до 6 и 7-летнего возраста. Начинаясь родителями самостоятельная подготовка ребенка к поступлению в школу может представлять опасность как для здоровья детей, так и для закрепления неправильных учебных навыков. Ускорению рефрактогенеза может способствовать не столько ранний срок начала обучения ребенка чтению и письму, сколько отсутствие у него желания начать такую подготовку. Кроме того, нарушение гигиениче-

ских норм организации рабочего места дошкольника в домашних условиях выражено сильнее, чем в школе.

Неблагоприятные соматические факторы также влияют на развитие и прогрессирование близорукости. Среди таких детей часто встречаются болезни желудочно-кишечного тракта, органов дыхания, вегето-сосудистая дистония и гидроцефальный синдром.

Таким образом, целенаправленная коррекция ведущих неблагоприятных факторов возникновения и прогрессирования школьной близорукости осуществляется силами разных специалистов: педагогов, педиатра, психолога, невропатолога, офтальмолога, родителей, что в наибольшей мере отвечает принципу целостности человеческого организма.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ЛЕГОЧНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Кудряшева И.А., Галимзянов Х.М.,
Полунина О.С., Шелепова Т.Н.

*Астраханская государственная медицинская академия
Астрахань, Россия*

Вопрос о роли железосодержащих белков в патогенезе бронхолегочной патологии до настоящего времени изучен не полностью. Железосодержащий белок трансферрин (ТФ) взаимодействуя с другими факторами иммунитета, определяет характер острофазовых и иммунологических реакций и опосредованно участвует в поддержании неспецифической резистентности организма. Выраженность патологического процесса в легочной ткани также способна изменять интенсивность и характер выработки белка в силу их взаимосвязанности и взаимообусловленности. Эти, в основном априорные, положения о значении железосодержащего белка ТФ при внебольничной пневмонии (ВП) еще нуждаются в тщательной обработке. Сложность проблем ВП у пожилых пациентов затрагивает аспекты прогнозирования течения и выбора наиболее рациональной терапии. Традиционные методы не всегда могут обеспечить раннее прогнозирование течения острого воспаления в легких и его осложнений у лиц старших возрастных групп. Поэтому, поиск новых диагностических возможностей при ВП у пожилых пациентов, имеет важное научное и практическое значение.

Целью нашего исследования являлось оценка клинико-диагностической значимости определения уровней ТФ в сыворотке крови при ВП у лиц пожилого возраста в различные периоды легочного воспаления. Обследовано 126 пациентов с ВП средней степени тяжести.

Анализ показателей содержания сывороточного ТФ у больных с ВП в зависимости от их

возраста выявил достоверные различия ($p < 0,05$) между его уровнем в крови у молодых и пожилых пациентов. Эти показатели оказались выше у больных ВП в молодом возрасте ($2771,5 \pm 3,6$ нг/мл), чем у пожилых пациентов ($2198,6 \pm 2,2$ нг/мл). У соматически здоровых людей пожилого возраста данный показатель составил $2504,5 \pm 5,46$ нг/мл.

У пациентов молодого возраста с ВП концентрация ТФ в сыворотке крови в фазу разрешения пневмонии повышалась и достигала уровня $3172,0 \pm 1,5$ нг/мл, тогда как у больных пожилого возраста была достоверно ($p < 0,01$) ниже $2482,5 \pm 2,3$ нг/мл, причем и более низкой по сравнению с практически здоровыми лицами пожилого возраста. При этом имел место разброс в уровнях содержания ТФ в сыворотке крови и, как показали наблюдения, эти различия были связаны с фазой заболевания. Так, в фазу реконвалесценции у пожилых пациентов с ВП концентрация ТФ увеличивалась по сравнению с фазой разгара (при колебаниях уровней от $1982,8$ нг/мл до $2505,2$ нг/мл). Средний же уровень ТФ приближался к контролю ($2482,5 \pm 2,3$ нг/мл). Достоверное ($p < 0,05$), по сравнению с нормой, повышение содержания ТФ в сыворотке крови в период реконвалесценции зафиксировано у 38 % больных, а в 62 % случаев уровень изучаемого белка оставался низким. Из 62 % случаев с низким уровнем ТФ в сыворотке крови – у 40% больных этот пониженный показатель не возвращался к контрольным значениям не только при переходе активного воспаления в стадию разрешения, но и в фазе реконвалесценции. По нашим наблюдениям приближение показателей ТФ при ВП у пожилых в фазу реконвалесценции к соматически здоровым пациентам характеризует благоприятное течение легочного воспаления. Гипотрансферритинемия в фазу реконвалесценции у пожилых больных с ВП соответствовала случаям затяжного течения заболевания с формированием склеротических процессов в легких. В то же время, данные традиционного лабораторного исследования (лейкоцитоз, СОЭ) свидетельствовали об отсутствии активного воспаления в легочной ткани.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что гипертрансферритинемия при ВП у лиц пожилого возраста свидетельствует о затяжном течении заболевания, а гипотрансферритинемия в фазу реконвалесценции о благоприятном течении ВП.

ИММУНОХИМИЧЕСКОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ ЛАКТОФЕРРИНА ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ

Кудряшева И.А., Галимзянов Х.М.,
Полунина О.С., Шелепова Г.Н.

*Астраханская государственная медицинская академия
Астрахань, Россия*

Интерес к лактоферрину (ЛФ) вызван обнаруженным участием этого железосодержащего гликопротеина в различных реакциях защиты организма и регуляции функции иммунокомпетентных клеток.

Целью нашего исследования являлось оценка клинико-диагностической значимости определения уровней ЛФ в сыворотке крови при внебольничной пневмонии (ВП) у лиц молодого и пожилого возраста в различные периоды болезни. Обследовано 126 пациентов с ВП средней степени тяжести.

Анализ показателей содержания сывороточного ЛФ в группах больных с ВП в зависимости от возраста выявил достоверные различия ($p < 0,01$) между молодыми и пожилыми пациентами. Так, концентрация ЛФ в сыворотке крови до начала лечения у больных ВП молодого возраста оказалась достоверно выше ($p < 0,01$), чем у пациентов пожилого возраста и составила соответственно $2558,2 \pm 1,4$ нг/мл против $2313,7 \pm 1,3$ нг/мл. При этом имел место достаточно широкий разброс показателей уровней содержания ЛФ в сыворотке крови. После проведенного лечения концентрация ЛФ в сыворотке крови у молодых пациентов составила $1187,6 \pm 1,5$ нг/мл, у пожилых пациентов $1529,3 \pm 1,1$ нг/мл ($p < 0,01$).

У больных молодого возраста повышение содержания данного железосодержащего белка четко отражала активность воспалительного процесса в легких. Поэтому, гиперлактоферритинемия при ВП у пациентов в молодом возрасте можно справедливо отнести к маркерам острой фазы воспаления. У пожилых пациентов уровень сывороточного ЛФ может считаться важным показателем, отражающим состояние реактивности организма.

Данный факт подтверждается проведением корреляционного анализа. Так, анализ выявил положительную корреляционную связь между значениями сывороточного ЛФ и показателями лейкоцитов в периферической крови у пожилых больных внебольничной пневмонией ($r = 0,53$, $p < 0,01$). Чем выше было содержание ЛФ, тем большими становились значения лейкоцитов в периферической крови. Отмечена умеренной и слабой силы отрицательная корреляционная связь между значениями сывороточного ЛФ и показателями относительного количества сегментоядерных нейтрофилов у пожилых больных ВП ($r = -0,58$; $p < 0,01$). Чем выше определялись уровни ЛФ в сыворотке крови, тем ниже были показате-