

чивает жизнедеятельность человека и отвечает за сопротивляемость живых организмов к различным патологиям и вирусным заболеваниям. ДКВ относится к классу восстановленных флавоноидов и является представителем группы флаванон-3-олов. По химической структуре ДКВ является полифенолом.

Его антирадикальная активность проявляется уже при концентрациях $3,3\pm0,3$ мкмоль/л при полном отсутствии мутагенной активности для человека. ДКВ используется в качестве капиляроукрепляющего, капиляропротекторного, гемореологического средства. В пищевой промышленности ДКВ применяется в качестве природного консерванта для продления сроков хранения и повышения защитной антиокислительной, антиплесневой, противодрожжевой активности.

По оценкам специалистов (например, Нобелевского лауреата Л. Полинг и др.), системное профилактическое введение ДКВ в продукты питания в пределах минимальных доз $70\div700$ мкг/70 веса тела/сутки в течение года позволит продлить жизнь человека на 20-25 лет. Ввиду исключительно важных свойств ДКВ его необходимо вводить в рацион питания населения тех регионов или профессиональных групп, которые подвергаются высоким дозам электромагнитного излучения, радиации, вирусного воздействия или физическим перегрузкам с целью повышения в десятки и сотни раз физиологической устойчивости по предельным нагрузкам и срокам.

Нами разработана механохимическая технология ДКВ из отходов лесозаготовки и лесопереработки лиственницы даурской, включающая всего две энергомалозатратные и экологически чистые стадии: образование в механохимической реакции из водонерастворимого ДКВ его водорастворимой пентафенолятной формы и осаждение ДКВ из низкотемпературного водного раствора путём простого подкисления.

В настоящее время использование данной технологически простой, экологически чистой и экономически очень рентабельной технологии получения ДКВ из отходов древесины лиственницы позволяет получать $24\div42$ г ДКВ/1 кг сырья с чистотой по ДКВ (по антиоксидантной активности) около 90%.

В заключении, следует отметить, что одним из основных условий инновационного внедрения предлагаемых биотехнологических путей решения основных медико-биологических и экологических проблем, лимитирующих развитие северных регионов России, является подготовка кадров-биотехнологов. Для решения этой задачи Якутский государственный университет с 2007-2008 уч.года начал реализацию проекта «Комплексная инновационная система подготовки дипломированных специалистов в области современных биотехнологий» в рамках Инновационного проекта «Научно-образовательный техно-

логический центр инновационного развития Северо-Востока России».

**ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ
ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА
ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ
БИЛИАРНОЗАВИСИМЫМ
ПАНКРЕАТИТОМ ПО МЕРЕ УВЕЛИЧЕНИЯ
ДЛЯТИЛЬНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Листишенкова Ю.В., Кашкина Е.И.,
Шемятенков В.Н.
ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава
Саратов, Россия

Цель

Изучить особенности изменений показателей качества жизни больных с хроническим билиарнозависимым панкреатитом в зависимости от пола пациентов и длительности заболевания.

Материалы и методы

Был использован опросник качества жизни Version 2 of the SF-36 Medical Outcome Study Short-Form Health Survey (Standart & Acute Forms). С помощью SF-36 опрошено 100 больных с хроническим билиарнозависимым панкреатитом, находившихся на стационарном лечении. Возраст анкетируемых варьировал от 18 до 60 лет. Среди пациентов преобладали женщины (69%). Для оценки качества жизни опрошенные были разделены на 5 групп по длительности заболевания: до 1 года, 1-3 года, 3-5 лет, 5-7 лет, более 7 лет.

Результаты

Проведенные исследования показали, что на начальных сроках заболевания отмечается увеличение показателей шкалы боли как у мужчин, так и у женщин, что обусловлено возрастанием интенсивности болевого синдрома. Но при длительности хронического панкреатита от 1 до 3 лет и от 3 до 5 лет в обеих группах отмечаются сопоставимые значения показателей, которые в среднем составляют $34,8\pm0,9$. Это связано с тем, что при увеличении длительности заболевания пациенты «привыкают» к своей боли и «минимизируют» степень ее выраженности, а иногда даже не обращают на нее внимания. В результате пациенты оценивают боль в меньшей степени, чем на начальных этапах развития болезни. На более поздних сроках заболевания показатели в обеих группах снижаются (с $25,6\pm1,1$ до $12,6\pm0,8$ у мужчин и $30,2\pm1,3$ до $27,6\pm1,0$ у женщин). Данная динамика, по-видимому, обусловлена еще большей адаптацией организма к болевому синдрому. В результате этого боль, по всей вероятности, расценивается пациентами не как проявление заболевания, ограничивающее жизнедеятельность, а уже как неотъемлемая часть их жизни, что и обуславливает столь низкие показатели оценки выраженности болевого синдрома.

Следует отметить, что у женщин на разных сроках заболевания интегральный показатель качества жизни выше, чем у мужчин. Так, при длительности хронического панкреатита до 1 года он составлял $21,2 \pm 1,3$ у женщин и $32,3 \pm 0,9$ у мужчин; при продолжительности заболевания более 7 лет $25,6 \pm 1,1$ и $12,7 \pm 0,8$ соответственно. С увеличением длительности хронического панкреатита в обеих группах отмечается снижение показателей по шкале социального функционирования (с $62,3 \pm 1,4$ до $27,3 \pm 0,9$ у мужчин и с $48,8 \pm 1,3$ $27,5 \pm 0,8$ у женщин), что обусловлено непосредственным негативным влиянием болезни на организм, которое в определенной степени приводит к социальной дезадаптации. Однако, при различной длительности заболевания показатели шкалы социального функционирования у мужчин выше, чем у женщин. У мужчин на начальных этапах заболевания они снижаются незначительно (с $62,3 \pm 1,4$ до $59,8 \pm 0,8$). При увеличении длительности заболевания отмечается их резкое уменьшение (с $49,4 \pm 0,7$ до $27,5 \pm 1,2$). У женщин же, наоборот, при длительности хронического панкреатита более 3-5 лет отмечается стабилизация показателей по шкале социального функционирования (с $30,1 \pm 1,0$ до $27,3 \pm 0,9$). Таким образом, женщины на более поздних сроках заболевания оказались наиболее социально активными.

При оценке показателей шкалы жизнеспособности у мужчин и у женщин так же выявлено их снижение, что свидетельствует о серьезном ухудшении состояния здоровья в обеих группах пациентов. При увеличении длительности заболевания у женщин показатели достоверно снижались (с $52,4 \pm 0,8$ до $16,2 \pm 0,7$), тогда как у мужчин на ранних сроках болезни они уменьшались незначительно (с $56,2 \pm 1,2$ до $53,4 \pm 0,7$). Однако при более длительном течении хронического панкреатита отмечается довольно значимое снижение показателей (с $53,4 \pm 0,7$ до $11,2 \pm 0,6$). При длительности заболевания более 3-5 лет у женщин отмечаются более высокие показатели, чем у мужчин. Такие различия свидетельствуют о большей социальной приспособленности женщин к болезни.

Таким образом, изучив и сравнив показатели различных шкал опросника SF-36, можно сделать вывод, что при длительном течении билиарнозависимого панкреатита женщины в большей степени адаптированы к своему заболеванию, что определяет более высокое качество их жизни.

МИКРОЭЛЕМЕНТНЫЙ СПЕКТР ПЛАЗМЫ КРОВИ БОЛЬНЫХ ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Маликова А.Г.

*Дагестанская Государственная медицинская академия, кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики
Махачкала, Россия*

Цель работы: Изучение клинических особенностей геморрагического инсульта в сопоставлении с изменением спектра микроэлементов, выяснения их роли в патогенезе и прогнозе заболевания

Методы: Основную группу составили 63 пациента с геморрагическим инсультом, мужчин было 35 (55,6%) и женщин 28 (44,4%). Возраст пациентов колебался от 40 лет до 81 года, средний возраст составил $65,1 \pm 7,7$ лет, в том числе у мужчин от 40 до 80 лет ($61,7 \pm 6,1$) и у женщин от 56 до 81 года ($65,6 \pm 9,8$ лет). В группу контроля вошли 24 пациента с дисциркуляторной энцефалопатией II стадии, из них мужчин – 11 человек (45,8%), женщин 13 (54,2%). Возраст пациентов контрольной группы был от 42 до 79 лет ($61,4 \pm 11,6$), в том числе у мужчин от 44 до 79 лет ($54,7 \pm 9,2$) и у женщин от 42 до 79 лет ($66,9 \pm 9,6$). Все больные были поделены на три группы: 1) группа с благоприятным исходом заболевания и хорошим регрессом неврологического дефицита при выписке -18 человек; 2) группа с благоприятным исходом и плохой реабилитацией при выписке -26 человек; 3) группа умерших больных -19 человек. Данные неврологического обследования больных фиксировались на 1 - 2, 3, 7, 14, 21 и 25 сутки от момента развития инсульта и проводились одновременно с забором крови для проведения исследования микроэлементного состава методом атомно-абсорбционной спектрофотометрии на приборе «Microwave sample preparation system» марки MDS-200.

Результаты: Анализ показал, что в общей группе больных с инсультом с возрастом увеличивалась концентрация селена, серебра, рубидия, родия, калия и кальция. Напротив, снижалась концентрация олова и висмута. Вместе с тем, очевидно, что отчасти корреляция концентрации МЭ с возрастом может определяться тяжестью инсульта, степень которой у пациентов пожилого и, особенно, старческого возраста, несомненно, выше. Применение корреляционного анализа только в группе больных с благоприятным исходом инсульта выявило более широкий спектр микроэлементов ассоциированных с возрастом. Теперь уже повышение концентрации с возрастом было характерно для никеля, мышьяка, ванадия, серебра, золота, таллия, скандия, рубидия, ниobia, ланатана, платины, стронция и цезия. По-прежнему, положительно коррелировали с возрастом концентрация калия и кальция. Напротив,