

что говорит о торпидности данной группы больных к лечению тамеритом.

Таким образом, учитывая положительную клиническую и биофизическую картину при лечении тамеритом острых вирусных гепатитов рекомендуется включение нового антиоксидантного препарата в комплексную терапию острых вирусных гепатитов В и С.

РЕГУЛЯЦИЯ ГОМЕОСТАЗА ПЛОДА ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Карась И.Ю., Рец Ю.В., Ушакова Г.А.
МУЗ ГБ № 1 им. М.Н. Горбуновой
ГОУ ВПО «Кемеровская государственная
медицинская академия» МЗ РФ,
Кафедра акушерства и гинекологии № 1,
Кемерово

В последние годы в акушерстве особое внимание уделяется изучению регуляции кардиоритма плода на основе метода кардиоинтервалографии (КИГ), в результате чего появляется возможность диагностического и лечебно-коррекционного направления.

Целью проведенного исследования явилось изучение параметров регуляции кардиоритма плода при физиологической беременности.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находился 51 плод в сроке гестации 28-41 неделя с физиологическим течением беременности.

Регуляция кардиоритма плода исследована на основании анализа вариабельности сердечного ритма методом КИГ по методике Г.А. Ушаковой, Ю.В. Рец, Н.И. Цирельникова (приоритет № 023001 комитета РФ по патентам и товарным знакам от 14.07.2003, г. Москва). При исследовании определялись основные спектральные и математические показатели КИГ, оценивалась эффективность регуляторных влияний, отражающих напряженность адаптационных механизмов (Баевский Р.М., 1979; А.Н. Флейшман, 1994). Основные статистические показатели обработаны при помощи пакета прикладных программ «Statistica for Windows 6.0».

Результаты исследования. При регистрации исходного профиля сердечного ритма у плода при физиологической беременности спектральные показатели в 82,4% составили: VLF – $25,2 \pm 4,7$ у.е., LF – $1,5 \pm 0,83$ у.е., HF – $0,73 \pm 0,44$ у.е., что свидетельствовало о достаточном энергетическом обеспечении внутриутробного организма. В 11,7% СПМ волн кардиоритма плода составила $52,33 \pm 5,39$ у.е. (гиперадаптивное состояние), что указывало на напряжение компенсаторных механизмов, и могло привести впоследствии к срыву адаптационных резервов организма. В 5,9% имело место снижение СПМ волн кардиоритма, что составило $3,66 \pm 2,08$ у.е. (гипоадаптивное состояние) и свидетельствовало об истощении энергетических резервов внутриутробного организма.

Баланс регуляции сердечного ритма плода, на основании математических показателей КИГ плода, которые в 76,5% составили: Мо – $0,42 \pm 0,01$ с, АМо – 40,2%, ДВ – $0,14 \pm 0,01$ с, ИН – $262,17 \pm 35,23$ у.е., что свидетельствовало о сбалансированности сердечно-

сосудистых регуляторных влияний на сердечный ритм. В 13,7% регистрировалось повышение активности центрального контура регуляции, в 9,8% - снижение активности симпатической регуляции внутриутробного организма.

Выводы. При физиологической беременности взаимоотношения между метаболическими процессами и нейровегетативной регуляцией плода, изученные на основании показателей КИГ, были синхронны. Баланс управления сердечным ритмом находился преимущественно под влиянием симпато-адреналовой системы. Реализация функций защитно - приспособительных реакций осуществлялась при сбалансированном напряжении вегетативной нервной системы плода, которая имела высокий потенциал, и, следовательно, достаточный уровень компенсаторных возможностей организма. Выявленные особенности регуляции кардиоритма плода позволяют улучшить исходы беременности и родов, прежде всего для плода и новорожденного, как главной цели биологической системы «беременная женщина».

ЦИТОКИНЫ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Касснер Л.Н., Маркелова Е.В., Ицкович А.И.
Владивостокский государственный
медицинский университет,
Владивосток

Известно, что в патогенезе развития многих заболеваний ключевая роль принадлежит цитокинам, особенно в регуляции иммунного ответа на инфекционный фактор. Целью работы явилась оценка уровней содержания в сыворотке крови провоспалительных цитокинов у 70 детей в возрасте от 2 до 5 лет, с диагнозом острая внебольничная пневмония. Контрольную группу составили 15 практически здоровых детей. Содержание цитокинов оценивали методом твердофазного иммуноферментного анализа с применением реактивов фирмы «R & D diagnostics Inc» (США). Оценивали уровень цитокинов: IL – 2, IL – 4, IL – 8, ФНО.

При анализе полученных результатов выявлены вариабельные показатели содержания цитокинов в сыворотке крови. С учётом клинико – лабораторных показателей, нами были выделены 2 группы пациентов. В I группе отмечался гиперергический вариант ответа, что сопровождалось повышенным уровнем IL – 2, IL – 4, II группа - характеризовалась напротив, гипозергическим вариантом ответа, достоверным снижением уровня IL – 2, IL – 4 ($p < 0,05$). Однако, несмотря на сниженное содержание IL – 2, IL – 4, опосредующих клеточный и гуморальный иммунитет, нами установлено достоверное повышение IL – 8 и ФНО у детей обеих групп, по сравнению с уровнем здоровых сверстников ($p < 0,01$). В I группе содержание IL – 8 составило $157,71 \pm 7,83$ пг/мл, во II группе $25,42 \pm 1,97$ пг/мл.

Уровень ФНО в сыворотке крови составлял в I группе $216,2 \pm 22,11$ пг/мл, а во II группе – $14,9 \pm 3,46$ пг/мл

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о дисбалансе в продукции цитокинов при острой пневмонии у детей. Повышенный уровень IL – 8 и ФНО в сыворотке крови позволяет считать их маркерами воспаления.

ОСОБЕННОСТИ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ НА ТЕРРИТОРИИ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ

Ларин Ф.И., Лебедев П.В.

*Кафедра инфекционных болезней
и эпидемиологии ФПК и ППС,*

Кубанская государственная медицинская академия

В 1996 году в России начался подъем заболеваемости ВИЧ-инфекцией. Уже в 1997 году случаи ВИЧ-инфекции зарегистрированы в 73 из 89 регионов страны, в 2000 г. – в 82. Лидирующие территории по заболеваемости – Москва, Московская и Иркутская области. Между тем, анализ динамики заболеваемости на региональном уровне может дать более дифференцированное представление о закономерностях эпидемического процесса. Принимая во внимание географические масштабы Краснодарского края, существующие социально-экономические особенности городов и районов, изучение территориального распределения заболеваемости ВИЧ-инфекцией в регионе представляется важной научно-практической задачей.

Материалы и методы

Для решения поставленной задачи проведен ретроспективный анализ официальных данных регистрируемой заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Краснодарском крае за восьмилетний период эпидемии (1996-2003 гг.). В качестве минимальной территориальной единицы наблюдения взят административный район. Изучены уровни и динамика заболеваемости на 48 административных территориях края (15 городов и 33 района).

Результаты и обсуждение

Заболеваемость ВИЧ-инфекцией в городах превосходит таковую в районах за все годы наблюдения. Максимальное превышение зафиксировано в 1996 г., минимальное – в 2003г. Темп прироста заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди населения районов в 2003 г. относительно 1996 г. оказался в 39 раз выше показателя в городах – 737,5% против 18,9%. Наблюдается стабильное возрастание в районах и снижение в городах удельного веса инфицированных – в 5,4 и 1,3 раза относительно 1996 г. соответственно.

Нарастание заболеваемости ВИЧ-инфекцией в районах происходило за счет охвата эпидемией новых территорий. В 1996 г. случаи заболевания были зарегистрированы в 7 городах и 3 районах, что составило 20,8% от всех административных образований.

Кумулятивная регистрация ВИЧ-инфекции в городах и районах имеет различный временной интервал в достижении охвата эпидемией всех административных единиц края. Для городов этот период составил 3 года, для районов и края в целом – 6 лет. С 2001 г. случаи заболевания стали регистрироваться во всех административных образованиях края.

По интенсивности и срокам дебюта эпидемии в крае наблюдается определенная территориальная неравномерность. Среди лидеров стабильно находятся г. Новороссийск и Северский район. На этих территориях эпидемия ВИЧ-инфекции началась в 1996 г., одновременно с эпидемией в целом по краю. На г. Новороссийск пришлось 77,9% заболеваемости от всех случаев в городах, на Северский район – 78,9% от всех случаев в районах. Далее этот показатель стал снижаться, и в 2003 г. зафиксирован на уровне 31,4% (г. Новороссийск) и 14,1% (Северский район). Снижение показателей связано с интенсификацией эпидемического процесса в остальных городах и районах.

Таким образом, показатели заболеваемости в Краснодарском крае сформированы главным образом за счет заболеваемости городского населения. Темпы прироста заболеваемости в районах свидетельствуют о неблагоприятной перспективе интенсификации эпидемического процесса среди сельского населения. Возникает необходимость усиления профилактических программ в районах. Совершенно очевидно, что реальный эффект профилактики будет складываться из множества положительных результатов реализации мероприятий на конкретных административных территориях края. Соответственно для здравоохранения края принципиально важна адекватная территориальная политика эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДЛИТЕЛЬНОЙ ФАРМОКОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ГИПЕРЛИПИДЕМИИ КАК СПОСОБ ПОДДЕРЖАНИЯ ГОМЕОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ИБС

Маль Г.С., Карасева И.С., Полякова О.В.

Курский государственный медицинский университет

Со времени появления холестеринотерапии развития атеросклероза Аничкова, подходы к этиопатогенетическому лечению ИБС остаются спорными до настоящего времени. И наибольшую актуальность по данной проблеме приобретает поиск эффективных и безопасных способов длительной фармакологической коррекции гиперлипидемий (ГЛП).

Целью настоящей работы явилось изучение эффективности безафибрата (600 мг/сут, Германия) и эндурацина (1,5 г/сут, США) при коррекции изолированной и сочетанной гиперхолестеринемии (ГХС) у больных ИБС, стабильной стенокардией I-III функциональными классами.

Методы: простой слепой, перекрестный, плацебо-контролируемый метод исследования, ЭКГ, ВЭМ, определение фенотипа ГЛП, психологические и общеклинические; параметрические и непараметрические статистические методы.

Исследуемую группу составили 67 мужчин (41-59 лет).

Результаты: анализ полученных данных показал, что при 24-недельной фармакотерапии безафибрата отмечено снижение холестерина на 21% ($p < 0,05$), триглицеридов (ТГ) – на 39% ($p < 0,05$) и повышение ХС липопротеидов высокой плотности (ЛВП) – на