с ИБС наблюдались более обширные гнойно-некротические изменения стоп и более медленная положительная динамика раневого процесса, чем у больных СД 2-го типа без ИБС, что приводило к удлинению сроков пребывания в стационаре в среднем на 15-20 койко-дней.

Таким образом, СДС и различные формы ИБС являются взаимно отягчающими факторами в развитии гнойно-некротических поражений при СД. Лечение СДС у пациентов с СД 2-го типа при сочетании СДС и ИБС требует не только строгой коррекции углеводного обмена, но и адекватной комплексной терапии ИБС.

КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ БАД"ТРИЛАКТ" В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Ильина Р.М.[1] , Молокеев А.В.[1], Казначеева Л.Ф.[2], Ишкова Н.С.[2], Молокеева Н.В.[1]

ЗАО «Вектор - БиАльгам»
п. Кольцово Новосибирской области [1],
Новосибирская Государственная Медицинская Академия [2]

Санирующие свойства молочнокислых бактерий широко известны. Особенно значимы молочнокислые бактерии для пробиотической коррекции микрофлоры кишечника.

В ЗАО «Вектор-БиАльгам» создана биологически активная добавка «Трилакт», представляющая собой консорциум антагонистически активных штаммов лактобактерий видов Lactobacillus acidophilus, Lactobacillus plantarum, Lactobacillus casei.

С целью оценки клинической и пробиотической активности, а также безопасности биологически активной добавки «Трилакт» проведены исследования на лечебной базе Новосибирской Государственной медицинской Академии.

С помощью клинических, копрологических, бактериологических, биохимических методов обследовано 45 больных с различными соматическими заболеваниями: атопический дерматит, рецидивирующая крапивница, сахарный диабет, хронический гастродуоденит, дисбактериоз кишечника, хронический тонзиллит, хронический панкреатит, хронический колит, гипотиреоз, аутоиммунный тиреоидит в возрасте от 1 года до 35 лет до и после лечения с применением БАД «Трилакт». Группу сравнения составили 20 больных, рандомизированных по полу, возрасту и характеру соматической патологии. Пациентам группы сравнения проводилось стандартное лечение дисбактериоза другими разрешенными препаратами. Обе группы были сопоставимы по возрасту, фоновой патологии и степени тяжести дисбактериоза.

Длительность приёма - 14 дней. Дозировка препарата в зависимости от возраста:

- Детям от 6 месяцев до 1 года - по рекомендации врача – до 5 мл (1 чайная ложка) в день на 2 приёма.
- Детям от 1 года до 7 лет - по 5 мл на 1 прием 2 раза в день.
- Детям от 7 до 12 лет – по 5 мл на 1 приём 3 раза в день.
- Взрослым и детям старше 12 лет применять по 10 мл (1 десертная ложка) на 1 прием 3 раза в день.

Клиническое исследование проводилось в 2 этапа: 1-й этап – первое введение препарата и последующее наблюдение в течение недели с регистрацией местных и общих реакций, оценка переносимости БАД «Трилакт». 2-й этап: исследование через 14 дней после начала приёма БАД «Трилакт» с регистрацией состояния системы пищеварения.

В соответствии с результатами оценки клинической эффективности БАД «Трилакт» улучшение достигнуто у всех испытуемых.

Нормализация сна, прекращение головных болей и недомогания отмечены у 81,8%, уменьшение диспептического синдрома у 56,3%, прекращение болей в животе у 100% испытуемых.

Нормализация частоты и консистенции стула отмечена у 80,9% пациентов, положительная динамика кожного синдрома в 62,5 % случаев.

Положительные изменения копрологических параметров имели место в 84,2 % случаев, а по некоторым показателям в 100% случаев.

Констатированы исчезновение синдрома цитолиза и нормализация уровня холестерина во всех случаях при наличии начальных отклонений по этим параметрам.

На фоне применения БАД «Трилакт» отмечено повышение содержания нормофлоры (бифидо- и лактобактерий) до нормы у 90,9% и до субнормальных значений - у 9,1% пациентов. Снижение титра условно-патогенных бактерий произошло у 47,4% больных, исчезновение или существенное снижение доли атипичных и ферментативно-неполноценных штаммов кишечной палочки в 85% случаев.

Равно с улучшением других показателей отмечено снижение гематологических индексов:

ЛИИ у 71,4% и ГПИ у 55,5% испытуемых. Достоверность отличий $< 0,05$.

В результате оценки органолептических свойств установлено, что у всех пациентов отмечалась хорошая переносимость биологически активной добавки «Трилакт», побочных эффектов зарегистрировано не было, кроме индивидуальных аллергических реакций на белок коровьего молока..

По сравнению с контрольной группой у пациентов первой группы значительно быстрее регрессировали клинические симптомы соматических заболеваний: кожные высыпания, диспептический синдром, нарушения стула, субъективные признаки эндогенной интоксикации; быстрее восстанавливалось функциональное состояние желудочно-кишечного тракта. У всех больных с дисбактериозом в группе испытуемых получен хороший санирующий эффект: достоверно возросло количество бифидо- лактобактерий, энтерококков, быстро элиминировались из кишечника патогенные и условно-патогенные микроорганизмы, чего не наблюдалось в такой степени в контрольной группе.

Биологически активная добавка «Трилакт» может быть использована в терапии дисбактериозов кишечника в клинической практике. Для достижения поло-

жительного эффекта необходим курс приёма от 10 до 30 дней.

При приеме препарата не выявлены побочные эффекты и осложнения, кроме индивидуаль ных аллергических реакций на белок коровьего молока.

«Трилакт» обладает высокой клинической и микробиологической активностью при лечении заболеваний различной этиологии и тяжести.

АНАЛИЗ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В СЕЛЬСКИХ РЕГИОНАХ (НА ПРИМЕРЕ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ)

Лобжанидзе Н.В.
Астрахань

В улучшении демографической ситуации немаловажную роль призвано сыграть здравоохранение. Взаимосвязь здравоохранения с демографическими процессами обладает характером обратной связи: не только течение демографических процессов влияет на здравоохранение и во многом определяет его политику, но и сама тактика и стратегия здравоохранения, в свою очередь, оказывают значительное влияние на структуру и темпы демографических процессов. В силу этого обстоятельства усилия медиков, направленные на укрепление здоровья женщин, могут и должны стать существенным фактором социального управления демографическими процессами, важным моментом в проведении комплексной активной демографической политики.

Учитывая все вышесказанное, мы сочли необходимым провести анализ гинекологической заболеваемости в районах Астраханской области за 1998-2002гг.

По районам Астраханской области гинекологическая заболеваемость была достаточно вариабельна. Так, аднексит встречался чаще всего в Наримановском (26,2%), и Камызякском (21,3%) районах. Особенно высокой была заболеваемость аднекситом в Харабалинском районе (37,9%). При этом в Наримановском, Красноярском (20,2%) и Харабалинском районах также наблюдалась высокая заболеваемость эндометритом (от 15,1% до 26,5%), тогда как в Камызякском районе заболеваемость эндометритом была сравнительно низкой (7,5%).

Самая низкая заболеваемость аднекситом наблюдалась в Черноярском (7,4%) и Енотаевском (5,8%) районах. При этом эндометрит в Черноярском районе встречался гораздо реже (7,0%), чем в Енотаевском, где наблюдалась самая высокая заболеваемость по данной нозологической форме (17,9%).

В Лиманском, Володарском, Ахтубинском, Икрянинском районах заболеваемость аднекситом варьировала от 17,1% до 12,2%. Эндометрит в данных районах встречался от 15,1% до 10,5%. Исключение составлял Володарский район, где заболеваемость эндометритом была соответственно 6,1% и 6,2%.

По частоте встречаемости эндометриоза все районы области можно условно разделить на четыре группы. В первую группу входят районы, где заболеваемость эндометриозом составляла меньше одного процента. Это Наримановский (0,8%) район. Ко второй группе относятся районы, где заболеваемость данной патологией не превышала 3%. Это Ахтубинский (2,8%), Икрянинский (2,6%) и Черноярский (2,1) районы. Третью группу составили районы, где эндометриоз составлял до 4% всей гинекологической патологии. Сюда вошли Камызякский (3,8%) и Енотаевский районы. В последнюю –группу вошли районы, где заболеваемость эндометриозом была выше 4%. Это Харабалинский (4,2%), Лиманский (4,6%), Приволжский (5,6%) и Красноярский (7,2%) районы.

Таким образом, можно сказать, что гинекологическая заболеваемости имеет свою специфику в зависимости от региона области.

АНАЛИЗ ОТНОШЕНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ К СОСТОЯНИЮ СВОЕГО ЗДОРОВЬЯ

Лобжанидзе Н.В.
Астрахань

Здоровье людей вообще и женщин в частности не только объект системы здравоохранения, это и важная социально-демографическая характеристика. Поскольку здоровье (жизнеспособность) не застывшее состояние, а динамичный процесс, который зависит от связи и отношений между отдельными поколениями, а также испытывает непосредственное воздействие условий и образа жизни, постольку его следует рассматривать в развитии, т.е. в ходе изменения его вследствие воздействия различных медико - биологических и социальных факторов.

Мы провели анкетирование пациенток с гинекологическими заболеваниями, направленных на обследование в областной перинатальный центр и госпитализированных в гинекологическое отделение областной клинической больницы №1 г.Астрахани за изучаемый период с 1999г по 2004г. с целью анализа их отношения к состоянию собственного здоровья. При составлении анкеты мы учитывали частоту обращения к гинекологу, причины редкого обращения к специалисту, качество прохождения обследования, санаторно-курортное лечение, нагрузки во время менструаций, отношение к одежде и контрацепции. Все анкетируемые были разбиты на две группы: городские и сельские пациентки.

При анализе отношение гинекологических больных к состоянию собственного здоровья, можно сказать, что большинство городских и сельских пациенток не проходит профилактических осмотров у гинеколога и обращается к специалисту только в случае заболевания. Среди причин редкого обращения к гинекологу 43% городских женщин отметили «не читаю нужным», большинство сельских пациенток (72%) не доверяли местному врачу, около 50% как городских, так и сельских пациенток указали как причину редких визитов к гинекологу стеснение. Среди других причин редкого обращения 2% указали нехватку времени.

46,7% городских и 68,5% сельских пациенток не пользуются больничным листом во время гинекологических заболеваний, подавляющее большинство