

группе соответственно и у 50,1% пациентов с нормальными значениями по шкалам психологического профиля личности. То же самое можно сказать о частоте встречаемости таких симптомов хронического панкреатита как тошнота, рвота, а так же метеоризм и диарея. Однако при дальнейшем наблюдении было отмечено, что у больных с высокими оценками по шкалам истерии, психопатии и гипомании отмечается более быстрое свертывание клинической симптоматики по сравнению с группой больных, у которых отмечаются нормальные оценки. Особенно ярко это видно по таким признакам обострения хронического панкреатита, как боль и потеря аппетита. Частота встречаемости данных симптомов в день поступления на стационарное лечение составляет 55,7% и 56,1% соответственно в первой группе больных и 50,1% и 52,1% у пациентов с нормальными значениями по шкалам опросника. Так же видно, что к шестому дню пребывания в стационаре, болевой синдром у обследуемых с высокими оценками по шкалам истерии, паранойяльности и гипомании не регистрируется. То есть на фоне терапии он купировался полностью. Что касается признаков внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы, то в обследуемых группах так же отмечается различная скорость их свертывания на фоне терапии. Метеоризм у больных с повышенными значениями по шкалам истерии и паранойяльности в первый день пребывания в стационаре отмечался в 40,3% случаев, и у 39,1% пациентов с депрессией и психастенией. Жалобы на диарею в первый день госпитализации предъявляли 8,7% и 10,3% больных соответственно. Однако на фоне терапии, данные симптомы беспокоили пациентов первой категории обследуемых в значительно меньшей степени. Метеоризм, к концу пребывания больных на стационарном лечении, отмечался у 6,1% опрошенных в первой группе и 18,3% во второй, диарея у больных с депрессией и психастенией на данных сроках госпитализации не возникала. Признаки внутрисекреторной недостаточности поджелудочной железы в обеих группах существенно не изменялись. В первый день госпитализации сухость во рту отмечали 10,3% больных с нормальными оценками по шкалам психологического профиля личности, 11,4% пациентов с истерией, гипоманией и паранойяльностью и 12,4% обследуемых с повышенными значениями по шкалам депрессии и психастении. К концу пребывания на стационарном лечении, частота встречаемости данной жалобы составляла 7,9%, 7,3% и 8,5% соответственно. То же самое можно отметить и в отношении жажды. При поступлении на стационарное лечение, данный симптом хронического панкреатита встречался у 18,6% пациентов с нормальными

оценками по шкалам опросника, 18,2% больных в первой группе и 19,6% обследуемых во второй группе, а к концу госпитализации у 14,5%, 14,2% и 14,7% пациентов соответственно.

Таким образом, можно констатировать, что на результаты лечения больного оцениваемые по результатам опроса пациентов, в значительной мере накладывают отпечаток психологические особенности профиля личности. В связи с указанным, врач, при оценке результатов лечения пациентов с повышенными значениями по таким шкалам как истерия, паранойяльность и гипомания, в большей мере должен ориентироваться на результаты объективных методов обследования, чем на жалобы больных.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ТУБЕРКУЛЁЗУ В Г. ВОРОНЕЖЕ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Клименко Г.Я., Николаев В.А.

*Воронежская государственная медицинская
академия им. Н.Н. Бурденко,
Воронеж, Россия*

Цель Федеральной программы по борьбе с туберкулёзом предусматривает стабилизацию эпидемиологических показателей по туберкулёзу в России и их снижение до следующих значений: заболеваемости до 50 человек на 100 тыс. населения, смертности – до 12 случаев на 100 тыс. населения. По данным Минздравсоцразвития РФ за 2007 год, в России ежегодно регистрируется 119 тыс. новых случаев заболеваний туберкулёзом; в среднем по России на 100 тыс. населения им болеют 83 человека. В Западной Европе этот показатель составляет 7-10 человек, т. е. более чем в 8 раз ниже.

Для характеристики эпидемиологической ситуации по туберкулёзу нами были использованы такие показатели, как заболеваемость населения всеми формами туберкулёза (на 100 тысяч населения), болезненность туберкулёзом населения (на 100 тыс. населения) и смертность от туберкулёза (на 100 тыс. населения). Анализ эпидемиологических показателей по туберкулёзу в г. Воронеже за 2000 – 2007 гг. выявил следующее: заболеваемость населения всеми формами туберкулёза в 2007 г. составила 58, 1 на 100 тыс. населения (убыль по сравнению с 2000 г. - 10,1%), болезненность туберкулёзом населения снизилась на 39,0% по сравнению с исходным уровнем и составила 135,8 случаев на 100 тыс. населения, смертность от туберкулёза снизилась за этот период на 1,6% и составила 12,3 случая на 100 тыс. населения. В тоже время по Воронежской области эпидемиологическая ситуация по туберкулёзу остаётся

более напряжённой, о чём свидетельствуют аналогичные данные за 2007 год: заболеваемость всеми формами туберкулёза – 69,3 случая, болезненность туберкулёзом – 153,9 случая и смертность от туберкулёза – 12,0 случаев на 100 тыс. населения соответственно. По данным углубленного исследования эпидемиологической ситуации в г. Воронеже заболеваемость постоянного населения всеми формами туберкулеза, заболеваемость активными формами туберкулеза органов дыхания, число впервые диагностированных больных, выделяющих МБТ, заболеваемость взрослого населения всеми формами туберкулёза и число впервые диагностированных больных туберкулёзом органов дыхания в фазе распада среди впервые диагностированных больных туберкулезом органов дыхания имеют положительную динамику, т.е. показатели заболеваемости населения туберкулёзом снижаются, что соответствует требованиям Постановления Главного государственного санитарного врача РФ «Об усилении мероприятий по борьбе с туберкулёзом в Российской Федерации» №93 от 21.12.2007 г. Однако, за анализируемый период был выявлен рост удельного веса больных фиброзно-кавернозным туберкулёзом лёгких среди впервые выявленных больных туберкулёзом в 3 раза и удельного веса поздних рецидивов туберкулёза (на 28,9%), выявленных при профилактических осмотрах населения и ежегодной диспансеризации, что свидетельствует о сохраняющейся напряжённой эпидемиологической обстановке по туберкулёзу на муниципальном уровне, несвоевременной диагностике заболевания туберкулёзом, в частности, органов дыхания и низком качестве микробиологического обследования больных.

ХАРАКТЕРИСТИКА РАННИХ СРОКОВ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМИ КОЛЛАГЕНОЗАМИ

Кудинова Е.Г.

*МУЗ Ключевская ЦРБ им. И.И. Антоновича,
Ключи, Алтайский край, Россия*

Проблема беременности, осложнённой соматическими заболеваниями, составляющими симптомокомплекс «дисплазия соединительной ткани», является актуальной в связи с большой распространённостью этой патологии и тяжестью осложнений. Учитывая частое развитие осложнённого течения беременности и родов, формирование плацентарной недостаточности, хронической внутриутробной гипоксии плода, беременных с недифференцированными формами коллагенозов следует относить к группе риска по акушерской и

перинатальной патологии. Проведённые исследования доказывают целесообразность всестороннего комплексного обследования женщин с недифференцированными дисплазиями соединительной ткани.

Целью исследования явилось определение частоты гестационных осложнений в ранние сроки у женщин с признаками недифференцированной дисплазии соединительной ткани. В основу работы положены результаты обследования 568 беременных женщин в возрасте 15-24 лет за период с 2000 по 2008 годы. Основную группу составили 264 беременные женщины с недифференцированными признаками дисплазии соединительной ткани, имеющие нарушения менструальной функции в периоде полового созревания. Группу сравнения составили 179 беременных без признаков дисплазии. Контрольную группу составили 125 женщин с лёгкими признаками дисплазии и физиологическим становлением менструальной функции в пубертате. Возраст пациенток был от 15 до 24 лет. Статистическая обработка полученных результатов проводилась методом вариационной статистики, статистически значимым был принят уровень различий $p < 0,05$.

Результаты исследования. Вынашивание беременности в группе молодых женщин с недифференцированными признаками дисплазии соединительной ткани и с нарушениями менструальной функции в периоде полового созревания ($p < 0,001$) в 4,5 раза чаще осложнилось токсикозом первой половины беременности (9,8% и 2,2%) по сравнению с вынашиванием беременности женщинами без признаков коллагенозов. Угроза прерывания беременности в ранние сроки более четырёх раз чаще встречалась среди них (12,1% и 2,8%). В три раза чаще у девушек основной группы установлен инфекционный генез угрозы прерывания беременности (10,6% и 3,3%), что свидетельствует как о большей инфицированности женщин основной группы, так и о снижении компенсаторно-приспособительных реакций. В 2,5 раза чаще выявлена в основной группе угроза прерывания беременности на фоне патологической плацентации (8,7% и 3,0%). В восемь раз чаще угроза прерывания в группе девушек с нарушениями менструального цикла в пубертате имела гормональный генез прерывания беременности (8,0% и 1,1%). Вынашивание беременности у женщин с недифференцированными коллагенозами и нарушением менструальной функции в пубертате осложнилось железодефицитными анемиями лёгкой степени, частота которых достоверно превышала таковые у женщин группы сравнения (28,4% и 3,4%). Анемии средней степени тяжести у женщин основной группы в 1,4 раза превышали частоту таковых в контрольной группе женщин с коллагенозами и физиологи-