

гии головного мозга для определения вероятности развития церебральных осложнений с помощью таблицы их прогнозирования.

Почти у половины ожоговых больных развиваются осложнения со стороны головного мозга (энцефалопатия, геморрагический или ишемический инсульт, менингит), и до 5% они могут быть причиной смерти при ожоговой травме. Для полноценной профилактики и адресного лечения ожоговых больных с патологией головного мозга в специализированных стационарах необходимы:

- наличие невролога;
- современное диагностическое оборудование (компьютерный томограф);
- возможность использования лечебным учреждением современных медикаментозных средств.

Следует учитывать, что осложнения со стороны головного мозга (и других внутренних органов) могут развиваться не только в остром

периоде травмы, поэтому все пациенты с тяжелыми ожогами при отсутствии противопоказаний к транспортировке должны быть доставлены в специализированный ожоговый центр.

Медикаменты, используемые в профилактических и лечебных целях, тщательно подбираются, исходя из выявленной ведущей роли гипоксии в патогенезе поражения головного мозга при ожоговой травме, минимального количества побочных действий, отсутствием негативного влияния на сердечную мышцу и функцию почек. Эта задача становится еще более значимой в современных экономических условиях, когда приходится реально оценивать и стоимость используемых лекарственных средств.

Таким образом, целевое назначение препаратов позволяет обеспечить адекватную помощь пациентам с ожоговой травмой и избежать полипрагмазии.

Экологические проблемы внутренних болезней, перинатологии и педиатрии

ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА РАЗВИТИЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА

Парахонский А.П.

Медицинский институт высшего сестринского образования

*Кубанский медицинский университет
Краснодар, Россия*

Курение представляет собой мощный фактор риска в отношении ишемической болезни сердца и инсульта, но взаимосвязь активного и пассивного курения остаётся не ясной. Исследования демонстрируют устойчивую связь между увеличением интенсивности воздействия табачного дыма и более высокими показателями развития атеросклероза сонной артерии. Цель работы – изучение влияния процессов активного курения и подверженности окружающему табачному дыму на развитие атеросклероза.

Выявлены существенные различия в показателях развития болезни между бывшими курильщиками и никогда не курившими людьми, а также в показателях развития болезни между курящими и бывшими курильщиками. Увеличение показателей развития атеросклероза, обусловленное модифицирующими факторами, относится к наиболее важным факторам риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Показано, что содержание табачного дыма потенциально является более токсичным по сравнению с магистральным дымом, и сердечно-сосудистая система человека, подверженного воздействию пассивного курения, может быть более восприимчивой по сравнению с таковой системой активного курильщика из-за отсутствия полностью развитого механизма защитной реакции. Маловероятно, что дополнительный контроль других факторов риска позволит найти объяснение влиянию пассивного

курения. Установлено, что развитие атеросклероза среди бывших курильщиков протекает более активно по сравнению с никогда не курившими людьми, несмотря на наличие статуса некурящего человека у бывших курильщиков в течение периода оценки развития болезни. Можно предположить, что развитие атеросклероза, в основном, обусловлено общей интенсивностью воздействия табачного дыма, а не существующим статусом курильщика. Результат влияния курения на развитие атеросклероза может быть кумулятивным, пропорциональным уровню воздействия табачного дыма в течение всей жизни и, возможно, необратимым. При прекращении курения результат в отношении развития атеросклероза заключается в предотвращении процесса последующего накопления факторов воздействия.

С учётом того, что курение может увеличить риск ССЗ посредством стимулирования процесса развития атеросклероза и других механизмов возбуждения болезни, наши наблюдения не противоречат клиническим данным, предполагающим, что у многих курящих он возвращается к уровню риска никогда не куривших людей через 3 - 5 лет после прекращения курения. Альтернативно, вполне возможно, что бывшие курильщики бросили курить из-за связанных с курением симптомов респираторных и сердечно-сосудистых заболеваний. Ковариативная корректировка с учётом факторов риска ССЗ действительно увеличивает различия в показателях развития болезни между группами бывших курильщиков и курящих.

Более высокий уровень влияния курения на изменение значения интимально-медиальной толщины сонной артерии наблюдался у пациентов с диабетом. Такие больные обладают большей склонностью к широкомасштабным поражениям

сосудистой системы. Отмечена важная взаимосвязь между курением и статусом диабета в отношении к разным показателям уровней заболеваемости и смертности. Поражение сосудистой системы, обусловленное как диабетом, так и курением, может представлять собой вероятный механизм, определяющий данный эффект. Пациенты с гипертензией также могут иметь аналогичным образом широко распространенное заболевание, а курящие могут создавать предпосылки для более быстрого развития болезни. При анализе нами не обнаружено взаимосвязи между продолжительностью воздействия пассивного курения и показателями развития атеросклероза. Вероятно, что возможность количественной оценки продолжительности такого воздействия изменяется в зависимости от источника, что вводит дифференциальную погрешность измерения в количественный показатель (но не факт наличия) воздействия пассивного курения. Не выявлено существенного различия между бывшими курильщиками, подверженными воздействию пассивного курения, и бывшими курильщиками, не подверженными такому воздействию. Однако сходство последствий от воздействия пассивного курения среди групп бывших курильщиков и никогда не куривших людей поддерживает гипотезу о существовании влияния со стороны пассивного курения.

Таким образом, активное курение играет важную роль в развитии атеросклероза, равно как и интенсивность курения. Влияние подверженности воздействию пассивного курения на развитие атеросклероза было не только выявлено, но и оказалось на удивление существенным, превышая показатель развития болезни на 12%, по сравнению с пациентами, не подверженными указанному воздействию. Курение особенно увеличивает показатели развития атеросклероза среди больных с диабетом и гипертензией. Результат влияния курения на развитие атеросклероза может носить как кумулятивный, так и необратимый характер.

**КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЕ
ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ
РАЗГРУЗОЧНО-ДИЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ
В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ И
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ**

Уракова Т.Ю., Лысенкова Н.С., Хакунов Р.Н.,

Тхакушинов Р.А.

«Центр Здоровья»

Майкоп, Россия

Прогрессивный рост неинфекционных заболеваний во всем мире ставит перед учеными задачу дальнейшего поиска эффективных методов предупреждения и коррекции нарушенных функций у людей с данной патологией. Среди немедикаментозных способов лечения в последние десятилетия

обращает на себя разгрузочно-диетическая терапия – РДТ. Однако, в медицинской среде РДТ больше имеет противников, чем сторонников. Связано это с укоренившимся в сознании врачей представлением о нефизиологичности метода и глубоких нарушениях гомеостаза при ее проведении.

Целью данного исследования было изучить влияние РДТ в комплексе реабилитационных мероприятий на различные стороны гомеостаза у пациентов с абдоминальным ожирением (АО) и артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы исследования

Было проведено исследование биохимического состава интерстициального и внутрисосудистого пространств и его изменение в динамике РДТ у 302 пациентов в возрасте от 20 до 71 года (мужчин -78, женщин -224 человека) с АО I-II степени в сочетании с АГ I-II стадии. Для оценки отдельных сторон гомеостаза проведен комплекс клинико-биохимических исследований и изучение состояния межклеточного пространства методом соматометрии.

Результаты исследования

При оценке степени эндотоксикоза, как одного из ведущих факторов прогрессирования хронических неинфекционных заболеваний (ХНЗ), оказалось, что женщины с АО в предреабилитационном периоде имели высокий индекс интоксикации (ИИ) от 2,06 до 5,7 с тенденцией уменьшения абсолютного количества лимфоцитов до $1459 \pm 4,9$. Предельное количество эритроцитов составляет $5,4 \cdot 10^{12}/л$, лейкоцитов — $14,9 \cdot 10^9/л$, эозинофилов — 15%, с/я нейтрофилов — 80%, моноцитов — 7%, лимфоцитов — 53%, ИИ — 5,7 при физиологическом колебании до 1,5, ЛМИ (лейкоцитарно-моноцитарный индекс) — 1,8 и абсолютное количество лимфоцитов — 4590. У всех мужчин с ожирением в предреабилитационном периоде зарегистрирован высокий ИИ от 2,098 до 7,0 со значительной тенденцией уменьшения абсолютного количества лимфоцитов до $1520 \pm 4,7$. Исследования иммунологических показателей у мужчин и женщин с ожирением (n=20) выявил дисиммуноглобулинемию за счет IgG (только у мужчин), IgM и IgA (у мужчин и женщин; $p < 0,001$). Уменьшение массы тела происходило на фоне снижения показателей артериального давления. Анализ состояния гемодинамики без учета ее типа в период выполнения комплексной реабилитации показал, что вместе с достоверным снижением АД отмечено снижение УИ на 17,0% ($p < 0,003$), СИ — на 16,4% ($p < 0,01$), ЧСС при этом увеличилась на 7,8% ($p < 0,01$). Эти показатели сохранялись и спустя 3 года.

Исследование в плазме крови биохимических маркеров показало, что наиболее существенные и достоверные изменения происходили в показателях триглицеридов и общего холестерина. Их уровень к концу курса РДТ достоверно снижался. При исследовании биохимических марке-