

продуцирующие, так и опорные ткани яичника, вызывая в архитектонике этого органа определенную структурную дезорганизацию.

#### МИКРОЭЛЕМЕНТОЗ КАК ФАКТОР РИСКА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Мехова Н.Д., Айзикович И.В., Айзикович Б.И.,  
Антонов А.Р., Ким Д.М.

НИИ клинической иммунологии СО РАМН,  
ЗАО «Медицинский центр Авиценна»  
Новосибирск, Россия

Для многих регионов мира серьезной медико-биологической проблемой остается репродуктивная функция женщин, так как в странах с относительно высоким уровнем жизни отмечается падение рождаемости и сокращение прироста населения. В последние годы появились новые данные о влиянии экологических факторов и различных химических элементов на функционирование физиологической системы «мать - плацента - плод». При этом установлено, что во время беременности как мать, так и плод нуждаются в достаточном обеспечении их организма такими микроэлементами (МЭ) как железо, медь, цинк и марганец. Учитывая многообразие биологических эффектов этих МЭ, роль их в поддержании гестационной доминанты представляется весьма значимой, хотя и практически не изученной.

В нашей работе исследовали содержание железа, меди, цинка и марганца в плазме крови 30 здоровых женщин (1-я группа), 30 женщин с физиологическим течением беременности (2-я группа) и 30 - с угрозой прерывания беременности (3-я группа). Измерения концентраций указанных МЭ проводили на атомно-абсорбционном спектрофотометре «Uniscam - 939» (Англия).

В результате проведенных исследований обнаружено, что содержание железа снижено во 2-й и 3-й группах, причем в 3-й - более выражено. Этот факт хорошо согласуется с наличием у женщин данных групп железодефицитной анемии. Но наиболее значимые межгрупповые различия определяются по уровням цинка, меди и марганца. Так, содержание цинка повышено во 2-й группе и снижено в 3-й, что, на наш взгляд, связано с участием этого МЭ в процессах воспроизводства. Аналогичная картина наблюдается и при анализе концентрации меди и марганца, что позволяет говорить о выраженном вторичном микроэлементозе у женщин с угрозой прерывания беременности и считать его наличие фактором риска физиологического течения беременности.

#### АНАЛИЗ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА У ЛИЦ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Нургалиева Р.М., Карташова О.Л.,  
Кузьменко Л.А.

Целью работы явилось проведение сравнительного анализа микрофлоры кишечника у здоровых лиц и лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

Проведен анализ 665 истории болезни лиц в возрасте от 5 до 69 лет, находившихся на лечении, а также обследуемых на дисбиоз в ГУЗ «Оренбургская областная клиническая больница №1». Все обследуемые были разбиты на две группы: клинически здоровые (75 человек); больные с заболеваниями желудочно-кишечного тракта: колит, панкреатит, гастрит, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (590 человек). В результате бактериологического исследования было выделено и идентифицировано 2396 штаммов микроорганизмов. От здоровых лиц было выделено 254 штамма, при этом облигатная микрофлора (1 группа) выделялась в 97,3% случаев, и была представлена микроорганизмами родов *Bifidobacterium sp.* и *Lactobacillus sp.* и видом *E. coli*, факультативная микрофлора (2 группа) высевали в 1,3% случаев и была представлена *P. vulgaris*, *C. diversus*, *K. oxytoca*, *E. aerogenes*. Патогенная микрофлора составила 13,3 и была представлена *E. coli* со слабо выраженными ферментативными свойствами, гемолитической *E. coli* и *S. aureus*. От лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта было выделено 2142 штамма, среди которых представителей 1 группы обнаруживали в 97,4% случаев. Факультативная микрофлора, выделяли в 16,8% случаев и отличалась большим разнообразием так, наряду с *P. vulgaris*, *P. mirabilis*, *C. diversus*, *C. freundii*, *K. oxytoca*, *E. aerogenes*, *S. saprophyticus* в единичных пробах были обнаружены *C. albicans*, *C. intermedia*, *K. pneumoniae*, *K. ozaenae*, *E. agglomerans*, *S. epidermidis*, *P. rettgeri*, *P. alcalifaciens*, *P. aeruginosa*, *S. marcescens*. Патогенные микроорганизмы выделены в 19,5% случаев.

При проведении сравнительного анализа микрофлоры установлено, что у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта факультативная микрофлора регистрировалась с большей частотой (16,8%) и различалась по видовому составу.

**ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ВОЗРАСТНЫХ ФОРМ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

Осин А.Я., Пак Т.В., Кашина Е.В.

*ГОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет» Росздрава  
Владивосток, Россия*

В настоящее время, несмотря на высокий уровень развития медицинской науки и практики, отмечается высокий рост заболеваемости атопическим дерматитом, распространенность его среди детского населения, сложность диагностики и отсутствие эффективных методов терапии. Для оценки тяжести атопического дерматита (АД) предложено большое количество индексов и шкал для объективизации этой оценки. Эти индексы часто встречаются при работе с иностранной литературой. Наиболее распространенной является шкала «SCORAD» – она также часто используется в отечественной литературе. Каждая шкала имеет и достоинства, и недостатки, но все они достаточно трудоемки – следовательно, не всегда их применение является экономически обоснованным в практическом здравоохранении. Поэтому, предпринимаются попытки максимально упростить алгоритмы оценки. Предложена упрощенная версия шкалы SCORAD – TIS, согласно которой оценивается степень тяжести дерматита. В литературных источниках акцентировано внимание на необходимости проведения апробаций предложенных алгоритмов оценки тяжести АД, их сравнения для выбора наиболее удобной, простой и экономически целесообразной шкалы для практического применения.

Цель нашего исследования состояла в оценке степени тяжести АД у детей и подростков с использованием систем «SCORAD» и «TIS».

Под нашим наблюдением находилось 75 детей, больных младенческой, детской и подростковой формами АД, в возрасте от 2 месяцев до 18 лет. Все пациенты обращались в разные фазы и стадии заболевания. Распределение больных детей и подростков по степеням тяжести осуществлялось на основании определения индекса «SCORAD». Величина «SCORAD» определялась по формуле  $SCORAD = A/5 + 7B/2 + C$ , где А – сумма баллов распространенности поражения кожи; В – сумма баллов субъективности проявлений симптомов; С – сумма баллов субъективных симптомов (зуд, нарушение сна). Легкое течение АД расценивалось при величине показателя от 0 до 20 баллов, среднетяжелое течение – от 21 до 40 баллов, тяжелое течение – более 40 баллов. У де-

тей раннего возраста применяли модифицированную систему «TIS» (Transform Index SCORAD), включающую только объективные критерии (А и С). При оценке степени тяжести заболевания по коэффициентам SCORAD и TIS получили различные данные. У детей с младенческой формой величина TIS составляла  $19,4 \pm 0,9$  балла при легком,  $34,9 \pm 2,6$  балла при среднетяжелом и  $57,8 \pm 3,9$  балла при тяжелом течении АД. Детская форма сопровождалась легким (SCORAD  $17,1 \pm 1,3$  балла), среднетяжелым (SCORAD  $35,4 \pm 3,6$  балла) и тяжелым (SCORAD  $55,8 \pm 4,1$  балла) течением. Тяжесть АД у пациентов с подростковой формой характеризовалась индексами SCORAD  $16,5 \pm 0,9$  балла при легком,  $36,6 \pm 2,2$  балла при среднетяжелом и  $58,1 \pm 3,8$  балла при тяжелом течении заболевания.

Таким образом, системы «SCORAD» и «TIS» могут быть эффективно использованы при оценке тяжести младенческой, детской и подростковой форм АД.

**ПЕРСПЕКТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

Попов В.В., Егоров В.А., Махновец Ю.С.

*Городская клиническая больница №12  
Новосибирск, Россия*

Хирургическое лечение больных с окклюзионным поражением артерий бедренно-берцового сегмента является наиболее сложным видом операций, проводимых ниже паховой складки. Даже при условии успешной реваскуляризации сосудистого русла, в первые пять лет реокклюзия развивается в 70% случаев. Результаты отдаленного периода оперативного вмешательства зависят от емкости периферического русла и возможности развития коллатерального кровообращения. С целью улучшения состояния периферического русла выполняют поясничную симпатэктомию, реваскуляризационную остеотрепанацию, аутогемотерапию по Бытко, медикаментозную терапию (препараты простагландина Е) и пр.

Одним из перспективных методов для неоангиогенеза и формирования коллатерального русла может быть мобилизации эндогенных стволовых клеток с использованием рекомбинантного колониестимулирующего гранулоцитарного фактора человека в послеоперационном периоде после реконструктивных операций на артериях нижних конечностей. Мы располагаем первым опытом лечения 19