

медицинских сестер и врачей, чистотой отделения, предоставлением информации о новых лекарствах и о побочных действиях данных лекарств.

2. Выявление проблемных критериев и своевременная их коррекция являются одним из действенных механизмов повышения качества медицинской помощи.

Список литературы

1. Котлер Ф. Маркетинг менеджмент. Экспресс-курс / Котлер Ф.; пер. с англ. под науч. ред. С.Г. Жильцова. – 3-е изд. – СПб.: Питер, 2007. – 248 с.
2. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон Российской Федерации № 323-ФЗ от 21.11.2011 // Собрание законодательства РФ. – 2011. – № 49. – Ст. 4798.
3. Полубенцева Е.И. Клинические рекомендации и индикаторы качества в системе управления качеством медицинской помощи: Методические рекомендации / Е.И. Полубенцева, Г.Э. Улумбекова, К.И. Сайткулов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 260 с.
4. Поляков Л.Е. Коэффициент ранговой корреляции Спирмена / Л.Е. Поляков. М.: Наука, 1971. / Режим доступа к изд.: <http://studresearch.ru/>.
5. Светличная Т.Г. Структура удовлетворенности пациентов стационарной медицинской помощью и факторы, ее определяющие / Т.Г. Светличная // Здравоохранение Российской Федерации. – 2010. – № 11. – С.27–32.

**ДИНАМИКА СОДЕРЖАНИЯ
ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ
И ПАРАМЕТРОВ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ
АРТЕРИАЛЬНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ
РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НА ФОНЕ
ТЕРАПИИ ИНФЛИКСИМАБОМ**

Шамрай Е.Н., Мещерина Н.С., Гришина О.В., Князева Л.А.

*Курский государственный медицинский университет,
Курск, e-mail: kafedra_n1@bk.ru*

В настоящее время признанным фактом является повышение заболеваемости и смертности от преждевременных сердечно-сосудистых заболеваний у больных ревматоидным артритом (РА). Ассоциация РА с ранним развитием кардиоваскулярной патологии во многом связывают с наличием хронического воспаления, имеющего существенное значение в развитии и прогрессировании атеросклероза. Механизмы, ответственные за увеличение риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у больных РА сложны, многокомпонентны и продолжают интенсивно изучаться. В настоящее время одним из общепринятых подходов к изучению ранних стадий атеросклероза и механизмов структурных изменений крупных сосудов является измерение толщины комплекса интимамедиа (ТИМ) общей сонной артерии (ОСА). Кроме того, принимая во внимание роль воспаления в развитии атеросклероза, важным аспектом исследований является изучение влияния препаратов базисной противовоспалительной терапии РА на риск ССЗ. С этих позиций особый интерес представляет новая группа противовоспалительных средств – генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП), и прежде всего, антагонистов фактора некроза опухоли-альфа (ФНО-α), доказавших высокую эффективность в снижении активности заболевания и рентгенологических признаков поражения суставов при РА. В связи с чем целью исследования явилось изучение влияния терапии инфликсимабом на уровень провоспалительных цитокинов (ФНО-α, ИЛ-1β, ИЛ-6) и ремоделирование артериального русла при ревматоидном артрите.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 54 пациентов с достоверным по классификационным критериям ACR/EULAR (1987/2010) диагнозом РА с серонегативными по JgM ревматоидного фактора (РФ) вариантом заболевания, средний возраст больных составил 48,4±4,9 года. Группа контроля включала 20 клинически здоровых лиц в возрасте 42,5±5,3 года. Уровень РФ оценивали иммунофер-

ментным методом (Orgentect, Германия). Содержание в сыворотке крови ФНО-α, ИЛ-1β, ИЛ-6 определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием тест систем ООО «Протеиновый контур» (г. Санкт-Петербург). Визуализацию общих сонных артерий выполняли с использованием ультразвукового комплекса Acuson X/10, оснащенного линейным датчиком 7 МГц в β-режиме. Измерение КИМ общей сонной артерии осуществлялось в ее дистальном отделе на 1 см проксимальнее области бифуркации с обеих сторон. Инфликсимаб вводили в/венно капельно по 200 мг/сутки в соответствии с рекомендуемой схемой: 0,2,4,6 недели, затем каждые 8 недель в течении 12 месяцев. 95,6% больных получали ИФ в комбинации с метотрексатом в дозе 11,8±8,2 мг/неделю. Статистическая обработка цифровых данных произведена с применением стандартного пакета прикладных программ Microsoft Excel и STATISTICA 6.0 for Windows.

Результаты исследования. Проведенное исследование показало, что у больных РА содержание в сыворотке крови ФНО-α, ИЛ-1β, ИЛ-6 превышало уровень данных цитокинов в группе контроля в 3,1 раза ($p<0,05$); 4,3 раза ($p<0,05$) и в 9,6 раза ($p<0,05$) соответственно. Определение структурно-функциональных показателей общей сонной артерии (ОСА) у больных РА показало увеличение диаметра ОСА на 5,8±0,6% ($p>0,05$) в сравнении с контролем (6,0±0,2 мм), толщина КИМ составила 0,91±0,2 мм и на 17,5±0,4% ($p<0,05$) превышала контрольное значение; индекс жесткости в 1,4 раза ($p<0,05$) превосходил контрольный уровень. Проведение корреляционного анализа показало наличие прямых связей между индексом DAS28, отражающим активность системного воспаления при РА, и уровнем провоспалительных цитокинов: ФНО-α, ИЛ-1β и ИЛ-6 ($r=0,59$, $p<0,05$; $r=0,48$, $p<0,05$; $r=0,66$, $p<0,05$ соответственно); DAS28 и КИМ ОСА ($r=0,45$, $p<0,05$). Оценка клинической эффективности терапии инфликсимабом у обследованных больных показала, что ремиссия (DAS28<2,6) – была диагностирована у 43 (79,6%) больных ($p<0,05$); у 11 (20,4%) больных ($p<0,05$) определена минимальная активность заболевания (DAS28<3,2). Проведенный мониторинг лабораторных показателей после 12 месяцев терапии инфликсимабом установил достоверное снижение уровня провоспалительных цитокинов: концентрация ФНО-α уменьшилась в 3,3 раза, ИЛ-1β – в 2,6 раза, ИЛ-6 – в 7,4 раза. При изучении влияния длительной терапии инфликсимабом на структурно-функциональные параметры ОСА выявлено уменьшение признаков ремоделирования, так, диаметр ОСА уменьшился до 6,1±0,1 мм, КИМ до 0,8 мм и индекс жесткости до 5,3±0,3 ($p<0,05$), что потенциально связано со снижением риска кардиоваскулярных осложнений.

Выводы. Анализ полученных данных установил высокую клиническую эффективность терапии инфликсимабом при серонегативном по Jg M РФ варианте РА. Кроме того, проведенные исследования показали, что инфликсимаб у больных РА наряду с противовоспалительной активностью обладает вазопротективным действием.

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ
РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ
ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ**

Шаяхметова Р.Р., Хузижанов Ф.В.

*Казанский государственный медицинский университет,
Казань, e-mail: roksalan@bk.ru*

Особую тревожность государства и общества в последние десятилетия вызывает ухудшение со-

стояния здоровья девочек-подростков, формирующих репродуктивный потенциал нации. Поэтому в настоящее время особое внимание уделяется вопросам охраны репродуктивного здоровья подростков, так как согласно «Концепции демографического развития Российской Федерации на период до 2015 г.», репродуктивное здоровье является именно тем фактором, который определит воспроизводство населения.

Состояние репродуктивного здоровья девочек-подростков – это как своеобразный индикатор, чутко реагирующий на изменение факторов внешней и внутренней среды [4].

Репродуктивное здоровье женщины закладывается в детском и подростковом возрасте. Сформировавшиеся показатели физического развития, особенности периода полового созревания, перенесенные заболевания оказывают в дальнейшем существенное влияние на течение беременностей, родов, а нарушение полового развития и менструальной функции в пубертатном периоде часто являются причинами ухудшения репродуктивной функции и бесплодия [2,3]. Многочисленными исследованиями доказано, что современный на репродуктивное здоровье девушек-подростков неблагоприятно влияет современный процесс обучения в общеобразовательных учреждениях [3, 4].

В связи с актуальностью темы в г. Казани 2001-2003 гг. было проведено медико-социальное исследование репродуктивного здоровья девочек-подростков под руководством профессора Ф.В. Хузиханова. Было проведено скрининговое обследование 672 девочек-

подростков в возрасте 12-16 лет, проживающих в г. Казани.

В 2011-2012 гг. нами было проведено повторное исследование, целью которого явилось определение распространенности гинекологических заболеваний и проведение сравнительного анализа полученных данных с результатами исследования репродуктивного здоровья девочек-подростков в 2001-2003 годах.

Задачи настоящего исследования:

1. Изучить распространенность и структуру гинекологических заболеваний и нарушений репродуктивной системы девушек-подростков 12-16 лет.

2. Провести сравнительный анализ полученных результатов, с данными ретроспективного исследования 2001-2003 годов.

Методы исследования: социологический, статистический, математический.

Было проведено обследование 283 девочек-подростков в возрасте 12-16 лет, обучающихся в общеобразовательных школах г. Казани. Полученные данные фиксировались в картах мониторинга, составленных с учетом рекомендаций ВОЗ. В эти карты вносили сведения о наличии гинекологических заболеваний, которые могут оказать негативное влияние на развитие нарушений репродуктивного здоровья в растущем женском организме. Для оценки гинекологического анамнеза были применены нозологические формы гинекологических заболеваний, представленные в исследовании 2001-2003 годов. Данные нашего исследования представлены в табл. 1.

Таблица 1

Частота гинекологических заболеваний у девочек-подростков за 2011-2012 год

Заболевания	Возраст, лет							
	12 (n=79)		14 (n=99)		16 (n=105)		Всего (n=283)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Задержка полового созревания	0	0	2	2,02	2	1,9	4	1,41
Отставание полового развития	9	11,39	5	5,05	12	11,42	26	9,18
Опережение полового развития	13	16,45	3	3,03	1	0,95	17	6
Преждевременное половое развитие	0	0	1	1,01	0	0	1	0,35
Всего по нарушениям репродуктивной системы	22	27,84	11	11,11	15	14,28	48	16,96
Альгодисменорея	0	0	9	9,09	12	11,42	21	7,42
Нарушение менструальной функции	0	0	4	4,04	9	8,57	13	4,59
Воспалительные заболевания	2	2,53	8	8,08	5	4,76	15	5,3
Опухоли и кисты	1	1,26	5	5,05	8	7,61	14	4,94
Врожденные аномалии	3	3,79	2	2,02	1	0,95	6	2,12
Другие	0	0	0	0	1	0,95	1	0,35
Всего по заболеваниям репродуктивной системы	6	7,59	28	28,28	36	34,28	70	24,73
Итого	28	35,44	39	39,39	51	48,57	118	41,69

Полученные данные свидетельствуют об увеличении у девочек-подростков гинекологических заболеваний с созреванием репродуктивной системы. В возрасте 12 лет у 79 девочек частота выявления гинекологических заболеваний составила 35,44% случаев. В возрасте 14 лет у 99 девочек показатель распространенности составлял 39,39% случаев. В возрасте 16 лет у 105 обследованных девочек гинекологические заболевания достигали 48,57% случаев. Таким образом, из 283 девочек-подростков

участвующих в обследовании гинекологические заболевания были выявлены у 118 человек (41,69% случаев).

При проведении клинико-статистического сравнительного анализа, проведенного нами с данными клинического исследования 2001-2003 годов, показал существенное увеличение частоты проявлений гинекологических заболеваний у девочек-подростков. Данные частоты гинекологических заболеваний представлены в табл. 2.

Таблица 2

Частота гинекологических заболеваний у девочек-подростков за 2001-2003 год

Заболевания	Возраст, лет							
	12 (n=138)		14 (n=268)		16 (n=266)		Всего (n=672)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Задержка полового созревания	0	0	1	0,37	6	2,26	7	1,04
Отставание полового развития	13	9,42	29	10,82	28	10,57	70	10,43
Опережение полового развития	23	16,67	1	0,37	0	0	24	3,58
Преждевременное половое развитие	0	0	1	0,37	0	0	1	0,15
Всего по нарушениям репродуктивной системы	36	26,09	32	11,93	34	12,83	102	15,20
Альгодисменорея	1	0,72	55	20,52	88	33,21	144	21,46
Нарушение менструальной функции	0	0	26	9,7	25	9,43	51	7,6
Воспалительные заболевания	2	1,45	11	4,11	10	3,77	23	3,43
Опухоли и кисты	2	1,45	11	4,11	10	3,77	23	3,43
Врожденные аномалии	2	1,45	4	1,49	0	0	6	0,89
Другие	0	0	1	0,37	1	0,38	2	0,30
Всего по заболеваниям репродуктивной системы	7	5,07	108	36,19	134	50,56	249	37,11
Итого	43	31,16	140	52,24	168	63,39	351	52,23

За период 2001-2003 годов при обследовании 672 девочек-подростков гинекологические заболевания были выявлены у 118 человек (41,69% случаев). В возрасте 12 лет у 79 девочек-подростков гинекологические заболевания прослеживались у 28 человек (35,44% случаев). В возрасте 14 и 16 лет показатели частоты гинекологических заболеваний были выявлены соответственно у 39 и 51 обследованных девочек (39,39% и 48,57% случаев). Указанный рост гинекологической заболеваемости происходит в основном за счет воспалительных заболеваний внутренних половых органов, частота которых возрастает с 3,43% до 5,3% случаев; опухолей и кист – с 3,43% до 4,94%, врожденных аномалий – с 0,89% до 2,12% случаев. В свою очередь отмечается уменьшение ряда заболеваний репродуктивной систем, таких как альгодисменорея с 21,46% до 7,42% случаев и нарушения менструальной функции с 7,6% до 4,59% случаев.

Выводы:

1. В результате проведенного клинико-статистического исследования установлена высокая распространенность гинекологическими заболеваниями у девочек-подростков 12-16 лет в 41,69% случаев.

2. При сравнительном анализе результатов нашего исследования с данными исследования 2001-2003 года, наблюдается изменение структуры заболеваемости. Увеличение распространенности воспалительных заболеваний половых органов, опухолей и кист и врожденных аномалий. Снижение распространенности альгодисменореи, случаев нарушения менструальной функции.

Выявление и определение частоты нозологических форм гинекологических заболеваний у девочек-подростков свидетельствует о необходимости разработки профилактических мероприятий с целью повышения репродуктивного здоровья девочек-подростков. Необходимо внедрить программы по усилению медико-социальной профилактики и мониторингу гинекологических заболеваний у девочек-подростков.

Список литературы

1. Кокolina, В.Ф. Репродуктивное здоровье девочек и девушек-подростков в современных условиях / В.Ф. Кокolina // Эффективная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. 2006. – № 1. – С. 6-11.
2. Семятов С.М. Репродуктивное здоровье девушек-подростков Московского мегаполиса в современных социально-экономических и экологических условиях. автореф. дис.д-ра мед. наук / 2009г.
3. Хузиханов Ф.В., Башкирова Д.Ш. Медико-социальная профилактика репродуктивного здоровья девочек-подростков / Медицина. 2004. – 116 с.

4. LaBrie, J.W. Preventing risky drinking in first-year college women: further validation of a female-specific motivational-enhancement group intervention / J.W. LaBrie, K.K. Huchting, A. Lac et al. // J. Stud Alcohol Drugs Suppl. 2009. – № 16.-P. 77-85.

АКТИВНОСТЬ СУПЕРОКСИДИСМУТАЗЫ В ДИНАМИКЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА И НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ГЛИЦИНОМ

Юлдашев С.И., Юлдашев Н.М., Алимходжаева Н.Т., Каримова Ш.Ф.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, e-mail: y_nosir@rambler.ru

По данным литературы глицин обладает антиоксидантным свойством. Однако по химической структуре глицин не является «ловушкой» для электронов и поэтому возникает интерес к возможным механизмам данного свойства.

Целью настоящего исследования явилась оценка влияния глицина на активность антиоксидантного фермента супероксиддисмутазы (СОД) в динамике экспериментального инфаркта миокарда (ЭИМ).

Опыты проведены на 10 кроликах массой 2,5-2,8 кг. ЭИМ вызывали перевязкой нисходящей ветви левой коронарной артерии. 5 кроликам per os вводили глицин в дозе 100 мг/кг. Животные каждые сутки получали глицин в указанной дозе. Животные, не получавшие глицин, составили контрольную группу. Кровь из животных брали до перевязки (исходная), через 30 мин, 1, 3, 6, 12 час, 1, 3 и 7 сутки ЭИМ. Активность СОД определяли по В.Г. Мхитарян, Г.Е. Бадалян (1978). Цифровые данные обработаны статистически.

Изучение активности СОД показало, что при ЭИМ статистически значимое снижение ее активности на 63,8% наблюдается, начиная с 3 часа после перевязки. На 6, 12, 24 и 72 часа после окклюзии наблюдалось снижение активности СОД на 48,2, 35,2, 37,3 и 57,7% соответственно по сравнению с исходным показателем. При введении глицина статистически значимое снижение активности СОД на 48,1% также наблюдалось через 3 часа. На 6, 12, 24 и 72 часа после окклюзии активность СОД оказалась сниженной по отношению к значению соответственно на 30,9, 22,6, 31,2 и 33,1%, что было значительно выше по сравнению с контрольными значениями. Активность СОД как в контроле, так и при лечении глицином оказалась на уровне исходного показателя только на 7 сутки исследования.