

Методы исследования: Собственные наблюдения за пациентами и анализ литературы.

Результаты: Орофарингеальный кандидоз регистрируется у 5% больных, использующих ингаляционные ГКС. Чаще кандидоз развивается при использовании дозированных аэрозольных ингаляторов, реже при использовании спейсера, порошковых ингаляторов, небулайзерной терапии. Полоскание рта после ингаляции снижает вероятность развития кандидоза. Раздражение слизистой полости рта отмечается при использовании будесонида (пульмикорт, бенакорт) и сальбутамола. К местным побочным эффектам м-холинолитиков (атровент, сприва) относятся сухость во рту, горький вкус. При использовании атровента и кромолина натрия возможно развитие ангионевротического отека языка, губ, лица, ротоглотки. Нарушение вкуса возможно при использовании формотерола и беродуала. Горький вкус, жжение во рту может наблюдаться при использовании недокромила натрия. При использовании мукорегуляторов возможны стоматит (ацетилцистеин, АЦЦ), сухость во рту, нарушение вкусовых ощущений (амброксол). При использовании антилейкотриенового препарата монтелукаста возможны повышенная кровоточивость и подкожные кровоизлияния. На фоне приема антибактериальных препаратов возможно развитие аллергических высыпаний на слизистой и кандидоза. К другим побочным эффектам антибактериальной терапии относятся: сухость во рту, нарушение вкуса, стоматит, глоссит, изменение цвета языка (кларитромицин, моксифлоксацин, тетрациклин, рифампицин, рифабутин), изменение окраски эмали (аугментин, кларитромицин), повышенная кровоточивость при стоматологических вмешательствах (цефтриаксон, цефоперазон, карбенициллин), периферическая паралезия и отек лица (спарфлоксацин).

Закключение: При фармакотерапии заболеваний органов дыхания возможно развитие изменений со стороны органов и тканей полости рта.

#### СОСТОЯНИЕ СТРЕСС-РЕАЛИЗУЮЩЕЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Каде А.Х., Нехай Ф.А., Потапова А.А., Байкова Е.Е., Занин С.А., Трофименко А.И., Левичкин В.Д., Вчерашнюк С.П.

*ФГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Краснодар, e-mail: zanin77@mail.ru*

Целью исследования явилась оценка некоторых компонентов стресс-реализующей системы (СРС) у больных ишемическим инсультом (ИИ). Материалы и методы исследования. В работе произведена оценка гормонального профиля (кортизол, адренокортикотропный гормон

(АКТГ)) у 20 пациентов с ИИ, находившихся на стационарном лечении в неврологическом отделении № 1 МБУЗ «ККБ № 2» города Краснодара. Критерии включения пациентов в исследование: возраст пациентов от 31 года до 52 лет, отсутствие аритмий сердца, отсутствие в анамнезе судорожных состояний, эпилепсии, тиреотоксикоза, добровольное согласие на участие в исследовании. Все 20 пациентов – это больные с ИИ, получающие стандартное лечение заболевания, согласно протоколу, ведения больных с ИИ (2008 г.). Исследования проведены в 1-е сутки (при поступлении пациентов) и в динамике на 4-е, 8-е сутки пребывания в стационаре и при выписке. Статистическую обработку полученных данных осуществляли методами непараметрической статистики с помощью программы «Statistika 6». Данные работы представлены в виде M (средних значений) и m (стандартного отклонения средних величин). Сравнение выборок проведено по непараметрическому критерию Вилкоксона, с установлением уровня значимости  $p \leq 0,05$  и  $p \leq 0,01$ .

Результаты исследования и обсуждение. При поступлении уровень АКТГ у пациентов составлял  $4,89 \pm 2,18$  пмоль/л (при норме  $7,6 \pm 4,12$  пмоль/л). На 4 сутки лечения его уровень достоверно не изменялся. На 8-е сутки терапии содержание АКТГ достоверно при  $p \leq 0,01$  снижалось по отношению к 1-м суткам и 4-м суткам. При выписке пациентов на 14-е сутки уровень АКТГ составил  $3,62 \pm 1,12$  пмоль/л, что достоверно ( $p \leq 0,01$ ) ниже (в 1,4 раза) по сравнению к 4-м суткам. В те же сроки кортизол, вероятно, по принципу отрицательной обратной связи претерпевает следующую динамику: его уровень при поступлении составил  $465,44 \pm 297,11$  нмоль/л (при норме  $250,3 \pm 23,04$  нмоль/л). На 4-е сутки содержание кортизола составило  $304,89 \pm 136,94$  нмоль/л, что достоверно ( $p \leq 0,05$ ) ниже (в 1,5 раза) по сравнению с 1-ми сутками. Его уровень продолжал оставаться сниженным весь период лечения. И на 8-е сутки его уровень составил  $259,35 \pm 97,33$  нмоль/л, что достоверно меньше по отношению к 1 суткам при  $p \leq 0,01$ . Полученный факт свидетельствует о уровне активности СРС.

Выводы. Таким образом, у пациентов с терапией ИИ по протоколу активность СРС весь период лечения довольно высока. Только к концу лечения уровень кортизола возвращается к норме. Этот факт свидетельствует о необходимости поиска новых дополнительных подходов к лечению этой нозологии, чтобы предупредить повреждающее действие гомонов СРС на органы и ткани. К таким методам относится ТЭС-терапия. Как отмечается во многочисленных исследованиях, при применении ТЭС-терапии, изменения в активности СРС более благоприятны [1, 2, 3, 4, 5].

#### Список литературы

1. Апсаямова, С.О. Влияние ТЭС-терапии на показатели про- и противовоспалительных цитокинов при экспе-

риментальном инфаркте миокарда у крыс / С.О. Апсаламова, А.Х. Каде, Н. В. Колесникова [и соавт.] // *Фундаментал. исслед.* – 2013. – №6. – С. 337 – 340.

2. Борисенко, В.Г. Повышение устойчивости миокарда к ишемии методом ТЭС-терапии: Автореф. дис. . канд. мед. наук. Краснодар., 2009. – 22 с.

3. Вусик, И.Ф. Изменение содержания норадреналина в сыворотке крови под воздействием ТЭС-терапии при патологическом прелиминарном периоде / И. Ф. Вусик, А. Х. Каде, И. И. Куценко [и соавт.] // *Фундаментал. исслед.* – 2013. – №2 – С. 47-50.

4. Вчерашнюк, С.П. Влияние ТЭС-терапии на гормональный гомеостаз и микроциркуляцию у беременных с гестозом: Автореф. дис. . канд. мед. наук. Краснодар., 2011. – 23 с.

5. Тиликин, В.С. ТЭС-терапия в комплексном лечении острого пиелонефрита : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Краснодар., 2012. – 24 с.

### **ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ ЭКЗАНТЕМАМИ, В Г.САРАТОВЕ В 2012-2013 ГГ.**

Капитанюк А.В.

*ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ  
им. В.И. Разумовского» Минздрава РФ, Саратов,  
e-mail: glory393@yandex.ru*

Болезни с поражением кожи занимают особое место в структуре заболеваемости, поскольку встречаются как при инфекционной, так и при неинфекционной патологии.

Целью работы являлось изучение структуры инфекционных заболеваний, сопровождающихся экзантемами, в г. Саратове за 2012-2013 гг.

В 2012 г. в приемное отделение ГКБ №10 поступило 1188 больных, из которых 65 пациентов (5,5%) инфекционное заболевание сопровождалось развитием экзантемы. Из них первое место занимала ветряная оспа (38%), на втором месте – герпетическая инфекция (25%) и на третьем – инфекционный мононуклеоз (22%). В 2013 году из 1027 пациентов, поступивших в 10 ГКБ, число больных с экзантемами равнялось 90 (8,8%). Таким образом, в сравнении с 2012 г. возросло как абсолютное, так и относительное число больных с инфекционными экзантемами. При этом, в 2013 г. больше всего было госпитализировано больных корью – 22 человека (25%), а ветряная оспа, герпетическая инфекция и инфекционный мононуклеоз диагностировались значительно реже.

Анализ динамики заболеваемости по отдельным нозологиям в 2012 – 2013 гг. выявил тенденцию к росту для таких инфекций как корь, герпетическая инфекция и лихорадка Западного Нила (ЛЗН). Снижение заболеваемости отмечено по скарлатине, ветряной оспе и роже. Уровень заболеваемости токсико-аллергическим дерматитом и инфекционным мононуклеозом был стабильным. Среди больных с экзантемами преобладали люди в возрасте 15-25 лет. Исключение составили герпетическая инфекция и ЛЗН, для которых было характерно поражение более старших возрастных групп.

Проведенное исследование подчеркивает актуальность проблемы инфекционных заболеваний, сопровождающихся экзантемами. Нельзя не отметить, что высокая распространенность данной патологии среди населения требует повышенного внимания от врачей любой специальности.

### **СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПЕРМСКОГО КРАЯ**

Коренчук З.А., Макарова Е.Л., Гачегов М.А.,  
Антропова Т.А

*ГОУ ДПО «Пермский краевой центр повышения  
квалификации работников здравоохранения»,  
Пермь, e-mail: makarova\_803@mail.ru*

Совершенствование системы непрерывной профессиональной подготовки медицинских кадров – составная часть реформ, проводимых в образовании и здравоохранении Российской Федерации. На одно из первых мест в отрасли выдвигается проблема повышения качества дополнительного профессионального образования.

Необходимость динамических изменений в системе подготовки кадрового потенциала медицинской отрасли связана прежде всего с возрастающими требованиями к качеству медицинского обслуживания населения России – все без исключения заинтересованы в том, чтобы любой дипломированный работник практического здравоохранения (будь то врач, провизор, медицинская сестра, акушерка, лаборант или фельдшер) были высококвалифицированными специалистами, не только понимающими и способными своевременно, грамотно решать свои узкопрофессиональные задачи, но и, независимо от специальности, ориентированными в вопросах общественного здоровья и здравоохранения, адаптированными к социальным, политическим, правовым и экономическим переменам, происходящим в обществе. Именно поэтому система непрерывной подготовки медицинских кадров «через всю жизнь» должна соответствовать не только запросам здравоохранения, но и запросам общества в целом.

Решение поставленной задачи возможно на основе инновационной образовательной деятельности, ориентированной на заказчика, создание новой образовательной среды в учреждении и использование инновационных образовательных технологий.

Современный медицинский работник – это специалист, который учится всегда. Его профессиональная жизнь изначально построена так, что без регулярного повышения квалификации, без дополнительного образования он просто будет лишен права и возможности работать. И это совершенно справедливо, поскольку