

ский возраста (БВ) по его сравнению с должным БВ по методике, предложенной В.П. Войтенко с соавт. (1984 г.). Полученные результаты обработаны с помощью пакета прикладных программ BIOSTAT, MS Excel 2000. О достоверности различий судили по критерию Стьюдента (t), при  $p < 0,05$ .

В группе практически здоровых не найдено людей, стареющих ускоренно. 83% (25 человек) старели физиологически (БВ-ДБВ=5 лет), 16,7% (5 человек) замедленно (БВ-ДБВ<5 лет). Больные пожилого возраста, страдающие ГБ, старели ускоренно: их БВ -  $67,4 \pm 2$  лет, значительно превышал ДБВ -  $59,3 \pm 1$  лет,  $p < 0,001$ . У лиц, страдающих СН II, БВ оказался немного меньше, чем в группе с АГ -  $65,1 \pm 1$  лет, ДБВ -  $59,3 \pm 1$  лет,  $p < 0,001$ . Таким образом, АГ и ИБС ускоряют темпы старения. У пожилых больных ГБ II ст. он был выше, чем у больных ИБС: (СН II), что требует проведения у данных пациентов целенаправленной геропрфилактики и реабилитации.

**ОЦЕНКА РИСКА СМЕРТИ  
ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ  
ОСЛОЖНЕНИЙ У ПОЖИЛЫХ  
МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ  
ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

**Пугжилис И.С., Медведев Н.В.,  
Клычёва О.И., Матвеева О.Л.**

*Государственный медицинский  
университет  
Курск, Россия*

Гипертоническая болезнь – заболевание, характеризующееся высокой распространенностью, увеличивающейся с возрастом и частотой тромбо-геморрагических катастроф. У пожилых больных мужского пола часто выявляется ее фактор риска курение, неблагоприятно влияющее на течение заболевания и риск сердечно-сосудистых осложнений (ССЗ). С целью определения степени риска ССЗ в ближайшие 10 лет у пожилых мужчин, страдающих ГБ II стадии, с помощью шкалы SCORE проанализированы истории болезни 84 пациентов. Сред-

ний возраст больных составил  $60 \pm 2$  лет. Для определения суммарного риска ССЗ учитывались возраст, уровень систолического АД, уровень общего холестерина сыворотки (ОХС) и курение. Полученные данные были обработаны при помощи прикладных программ: BIOSTAT, MS EXCEL 2000.

Общее количество мужчин составило 103 человека, из них не курящих – 58 (56,3%), курящих – 45 (43,7%). АД в группе курящих лиц было нормальным лишь в 2% случаев, равным  $160 \pm 4$  мм.рт.ст.– в 31% ( $p_1 = 0,001$ ). У 8% некурящих АД равнялось  $120 \pm 5$  мм.рт.ст., превышало  $160 \pm 5$  мм. рт. ст. в 15% случаев ( $p_2 = 0,001$ ). Уровня ОХС в пределах нормы отмечен у 8% курящих и 41% некурящих; достигал 6,5 ммоль/л и выше – у 29% курящих и 10% некурящих. Риск смерти от ССЗ в ближайшие 10 лет жизни в группе курящих в оказался выше, чем в группе некурящих. Так, в группе курящих мужчин риск 1% и менее отмечен лишь в 2% случаев, 2-4% - в 1%, риск 5-9% – в 3%, 10-14% – в 5%, а 15% и выше - в 11%. Среди некурящих риск 1% – у 3%, 2% среди 5% обследуемых, 3 – 4% у 5%, риск 5-9 – в 5%, риск 10-14 – в 5% случаев. Таким образом, следует отметить существенное негативное влияние курения на риск смерти у пожилых мужчин от ГБ в ближайшие 10 лет жизни, что требует проведения для них индивидуальных и групповых занятий, направленных на постепенный отказ от курения.

**ВОЗМОЖНОСТИ  
ФАРМАКОЭХОГРАФИЧЕСКОЙ  
ПРОБЫ У БЕРЕМЕННЫХ  
ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ**

**Рыжков С.В., Власюк М.Е.,  
Пакус О.И., Пампула Н.С.**

*ГУЗ «Областная больница №2»  
Ростов-на-Дону, Россия*

Опасность быстрого развития инфекционно-токсических осложнений у беременных с пиелонефритом и обструкцией верхних моче-

вых путей требует неотложных лечебных мероприятий. Для предотвращения инфекционных и токсических проявлений урологической патологии эффективны различные способы эндоурологического дренирования мочевых путей. Актуальной задачей в этом направлении является разработка эффективных методов диагностики, позволяющих своевременно выявить обструктивные осложнения пиелонефрита. В связи с вышеизложенным, целью работы является совершенствование диагностического механизма выявления обструктивных поражений верхних мочевых путей у беременных при пиелонефрите для своевременного проведения дренирования полостной системы почек.

В основу работы положены результаты исследования 104 беременных, находившихся на сохранении и дальнейшем родоразрешении в ГУЗ «Областная больница №2» г.Ростова-на-Дону в связи с развитием пиелонефрита. Возраст пациенток колебался от 17 до 32 лет, в среднем составил  $23,6 \pm 0,9$  лет. Для уточнения степени нарушения уродинамики у беременных была проведена фармакоэхографическая проба с фуросемидом по методу Почерниковой М.Н. с соавт. (2006). На фоне форсированного диуреза (прием 1 литра жидкости и фуросемида 0,3 мг/кг под язык) измеряли изменение поперечного размера лоханок обеих почек спустя 7, 10, 15, 30, 45, 60 и 90 минут. Если поперечный размер лоханки достигал максимума к 30 минуте, не увеличивался больше 50% от исходного размера и возвращался через 45-60 минут наблюдения к первоначальным значениям, то такие показатели соответствовали ранним стадиям нарушения уродинамики верхних мочевых путей (I, II). Если повышение диуреза приводило к замедлению сокращения поперечного размера лоханки и достигало максимума к 60 минуте, лоханка увеличивалась больше 50% от исходного размера, и начиналось ее сокращение через 90 минут наблюдения, но не возвращалось к первоначальным значениям, то такие показатели соответствовали IIIA стадии нарушения уродинамики верхних мочевых путей.

Если на протяжении 90 минут имело место увеличение лоханки больше 50% от исходного размера и отсутствовала тенденция к ее сокращению, то такая кривая соответствовала IIIБ стадии нарушения уродинамики верхних мочевых путей. Признаком обструкции считали увеличение размеров поперечника лоханки на 50% через 5 минут после водной нагрузки и введения фуросемида.

В результате для ведения больных с острым пиелонефритом была разработана тактика диагностики, наблюдения и лечения. На начальном этапе при госпитализации в срочном порядке осуществляли забор крови и мочи на общий, биохимический и микробиологический анализ, катетеризировали мочевой пузырь для учета почасового диуреза, начинали инфузионную терапию, проводили десенсибилизацию, антибиотикотерапию. У 69 беременных при наличии продолжающейся анурии (почасовой диурез не более 4 мл) или олигурии (почасовой диурез от 4 до 20-25 мл) на фоне проводимого лечения был предположительно поставлен диагноз острого обструктивного пиелонефрита. У 22 беременных при сочетании анурии и наличии при ультразвуковом сканировании расширенных мочеточников, переполненных мочой, была установлена обструкция мочевых путей. Для уточнения степени нарушения уродинамики у остальных беременных была проведена фармакоэхографическая проба с фуросемидом. У 37 беременных нарушений уродинамики обнаружено не было. У 45 беременных наблюдали следующие нарушения уродинамики: IIIA стадия – у 18 пациенток, IIIБ – у 22 беременных и обструкция верхних мочевых путей дополнительно к 22 пациенткам была обнаружена у 7 чел. Таким образом, всего у 69 беременных наблюдали ретенционно-обструктивные нарушения уродинамики. Не далее, чем через 3-6 часов с момента поступления, у 69 беременных с непрекращающейся анурией и олигоурией и обструкцией мочевых путей, нарушениями уродинамики IIIA и IIIБ стадии было проведено дренирование мочевых путей. Таким обра-

зом, проведение фармакоэхографической пробы у беременных с пиелонефритом позволило определить контингент пациентов, нуждающихся в эндоурологическом дренировании мочевых путей.

#### **Вывод**

При госпитализации беременных с острым пиелонефритом для своевременной диагностики ретенционно-обструктивных осложнений в стандарт первичного обследования необходимо включить фармакоэхографическую пробу с фуросемидом.

#### **Список литературы**

1. Почерникова М.Н., Стрельников А.И., Почерников Д.Г., Дубисская Л.А. Способ диагностики хронических нарушений уродинамики верхних мочевых путей у беременных. Патент России № 2308230. 2007. Бюл. №13.

### **ОЦЕНКА МИКРОНУТРИЕТНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СРЕДИ ДЕТЕЙ 6-59 МЕСЯЦЕВ В КАЗАХСТАНЕ**

**Сарсембаева А.П., Салханова А.Б.**

*Казахская академия питания  
Алматы, Казахстан*

По данным экспертов ВОЗ недостаточность питания является самой распространённой причиной развития многих заболеваний. Известно, что к недостатку питания очень чувствителен детский организм. При этом обычно происходит снижение защитных сил и повышение восприимчивости к различным заболеваниям, что в совокупности способствует повышению детской заболеваемости и смертности. Не вызывает сомнений, что условием, способствующим развитию целого ряда заболеваний, может оказаться дефицит какого-либо жизненно важного микронутриента. Также следует учесть, что последствия несбалансированного по микронутриентному составу питания в период роста и развития ребенка не могут быть компенсированы в последующие периоды жизни. Многочисленными исследованиями, выполненными в различных странах на

протяжении последних десятилетий, убедительно доказана роль микронутриентов в целом ряде физиологических процессов организма человека, в том числе витамина А - в формировании остроты зрения, клеточном росте и дифференцировке, эмбриогенезе, иммунном ответе, участии в синтезе ферментов, гормонов; фолиевой кислоты - в делении клеток, росте и развитии всех органов и тканей, нормальном развитии зародыша, процессах кроветворения; железа - в синтезе разнообразных ферментных систем во всех тканях, выработке гемоглобина, физического и психомоторного развития у детей, концентрации умственной деятельности и познавательной способности у детей и взрослых, иммунном ответе и др.

В связи с вышеизложенным **целью настоящего исследования** являлось изучение распространенности дефицита витамина А, фолиевой кислотой, а также анемии у детей в возрасте 6-59 месяцев.

#### **Материалы и методы**

Изучение недостаточности микронутриентов проводилось на основе национально-репрезентативной выборки. Распространенность дефицита витамина А была изучена путем измерения концентрации ретинола в сыворотке крови, дефицита фолиевой кислоты - концентрации фолиевой кислоты в плазме крови, уровни обоих витаминов в крови определялись методом высокоэффективной жидкостной хроматографии с использованием флуоресцентного детектора на аппарате HPLC "Waters 2487" при программном обеспечении системы «Breese» и «Millenium» (США) у 1032 детей. Распространенность анемии исследовалась на основе измерения уровня гемоглобина в цельной капиллярной крови с помощью прибора Hemocue у 500 детей.

#### **Результаты исследования**

Средний уровень витамина А в сыворотке крови у детей 6-59 месяцев был равен  $20,5 \pm 0,32$  мкг/дл. В таблице 1 представлено процентное распределение детей в зависимости от уровня ретинола в крови. Пороговым уровнем