

питания присутствовали в количестве соответствующем физиологическим нормам.

У **больных с ИМ без СД2** выявлено превышение употребления копченостей (мясных, колбасных, консервированных и т.д.) на 21,9%, пшеничного хлеба высшего сорта на 15,4%, макаронных изделий на 53,4%, сладостей и продуктов содержащих большое количество сахара и легко усвояемых углеводов на 23,1%, недостатка в употреблении овощей и несладких фруктов не отмечалось.

Выявлено, что у больных с имеющимся в анамнезе СД2, такие сопутствующие заболевания как ОНМК и ИМ, появляются в возрасте около 51 года и протекают значительно тяжелее, чем у больных без СД2, где эти заболевания развиваются в возрасте около 59 лет и протекают с более благоприятной динамикой.

В результате исследования было установлено, что 75% респондентов обуславливают развитие СД2 неправильным питанием, отсутствием оптимального режима питания, несоблюдением калорийности и сбалансированности питания, употреблением большого количества легкоусвояемых углеводов. Респонденты отмечали также воздействие стрессорных факторов (что в некоторой степени повлияло на рацион питания больных), 25% опрошенных не считают питание фактором риска развития у них заболевания.

Выводы

1. Наиболее выраженные нарушения в питании установлены у пациентов с диагнозом **СД2 в сочетании с ОНМК и СД2 в сочетании с ИМ.**

2. У больных с диагнозом СД2, такие сопутствующие заболевания как ОНМК и ИМ, появляются значительно раньше и имеют более тяжелое течение чем у больных не имеющих в анамнезе СД2.

3. Больным с сахарным диабетом второго типа нужно тщательно следить за своим питанием, точно выполнять назначения врача, чтобы предотвратить прогрессирование этого заболевания и развитие грозных осложнений в виде серьезных сердечно-сосудистых заболеваний (ОНМК и ИМ), которые могут явиться причиной смерти.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «МЕКСИКОР» В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Байчорова А.Э., Байчоров М.Э.,
Шевченко П.П., Карпов С.М.

Ставропольская государственная медицинская академия,
Ставрополь, e-mail: baychorova@gmail.com

Сахарный диабет (СД) в настоящее время приравнивается к «неинфекционной эпидемии XXI века» в связи с его огромной распространенностью, а также с наиболее ранней из всех хронических заболеваний инвалидизацией больных и высокой смертностью. У большинства больных СД развиваются характерные осложнения – ангио- и нейропатии. Среди осложнений особо выделяют диабетическую энцефалопатию (ДЭП), которая отмечается у 60–70% больных СД. По современным представлениям, одной из самых перспективных групп препаратов, применяемых при лечении ДЭП, являются лекарственные средства, содержащие соли янтарной кислоты (Мексикор, Цитофлавин, Реамберин, Мексидол) и обладающие выраженными антиоксидантными свойствами.

Цель настоящего исследования: оценка эффективности применения препарата «Мексикор» при лечении пациентов с ДЭП. В исследовании приняли участие 30 пациентов, проходивших стационарное лечение: 20 пациентов опытной группы (10 человек с СД I типа, 10 человек с СД II типа) и 10 пациентов

контрольной группы. Критерии включения: мужчины и женщины в возрасте от 55 до 67 лет (ср. возраст $61 \pm 3,8$ года) с диагнозом «сахарный диабет типа 1 или 2». Пациентам опытной группы «Мексикор» вводили по 2,0 мл внутривенно капельно на 100 мл физиологического раствора 1 раз в сутки и внутрь по 1 капсуле 2 раза в сутки в течение 5 дней. В последующем переходили исключительно на пероральное применение (по 1 капсуле 3 раза в сутки) в течение 25 дней на фоне базисной терапии. Пациенты контрольной группы получали только базисную терапию с исключением приема любых средств из группы антиоксидантов. Эффективность проводимой терапии оценивали по стандартизированной шкале MMSE, по шкале повседневной жизнедеятельности Бартела, по снижению неврологического дефицита. Оценку результатов проводили до начала лечения, на 14-е и 30-е сутки. Полученные результаты исследований были статистически обработаны с использованием критерия Стьюдента (t) с определением показателя достоверности (p) парным методом.

Результаты. В результате проведенного исследования был отмечен более значительный прирост баллов по всем исследуемым шкалам в основной группе. По шкале MMSE показатели на 14 день увеличились на 1,2 ($p < 0,05$), на 30 день на 2,8 ($p < 0,05$) по сравнению с исходными данными. Динамика восстановления активности повседневной жизнедеятельности по шкале Бартела определила повышение показателей на 2,4 ($p < 0,05$) на 14 день и на 8,1 ($p < 0,05$) на 30 день. На фоне проводимой терапии был отмечен регресс неврологических симптомов, более значимый в основной группе.

Таким образом, препарат «Мексикор» следует применять в сочетании с комплексной терапией при диабетической энцефалопатии, что позволяет добиться значительного клинического улучшения состояния пациентов.

ПОСЕЗОННОЕ ПОСТУПЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОНМК В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВРЕМЕНИ ГОДА

Белянова Н.П., Карпов С.М.

Ставропольская государственная медицинская академия,
Ставрополь, e-mail: natalya.belyanova@yandex.ru

Частота случаев ОНМК в мире в среднем составляет 370 на 100000 населения в год. В Ставропольском крае каждый год происходит более 8000 новых случаев (Богатырева М.Д., 2007). Известен ряд факторов риска возникновения ОНМК, особое место среди которых занимает погодный фактор (метеозависимость).

Цели исследования: выявить и уточнить сезонную динамику поступления больных с ОНМК. Оценить связь развития сосудистых катастроф с погодными условиями в г. Ставрополе.

Материалы исследования. Было проанализировано 716 историй болезней. Все пациенты являлись жителями города Ставрополя и поступали в первичное сосудистое отделение (ПСО) по экстренным показаниям. Все исследования проводились на базе ПСО ГКБ №3 г. Ставрополя в течение 2010 года. В ходе исследования было выявлено, что средний возраст поступавших составил 59 лет (в 25% случаев возраст составил 40–50 лет, в 13% – моложе 40, в 62% – 50 лет и старше). Из них: 56% – женщины, 44% – мужчины. Проведенный анализ позволил отметить, что количество больных, поступивших в ПСО, распределилось по сезонам следующим образом: зима – 160 (21%) человек, весна – 174 (24%), лето – 188 (26%), осень – 194 (28%) случая. Необхо-

димо отметить, что в 31 % случаев больные первично поступали в блок интенсивной терапии (по тяжести состояния) и по мере стабилизации витальных функций переводились в ПСО.

Принимая во внимание, что Ставрополь расположен в особых климатических условиях, где высота стояния над уровнем моря составляет в среднем 600–650 метров, а климатические условия имеют особенности по температурному режиму, влажности, атмосферному давлению и розе ветров, были сделаны следующие **выводы**:

- 1) риск развития сосудистых катастроф возрастает экспоненциально с увеличением возраста горожан.
- 2) частота инсультов у лиц старше 50 лет возрастает в 2 раза в каждом последующем десятилетии.
- 3) природные факторы влияют на развитие сосудистых заболеваний, что можно отнести к одной из причин, усугубляющих течение цереброваскулярной патологии.

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, ПРОШЕДШИХ РЕАНИМАЦИОННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Богданова Д.А., Петрюкштене В.О., Галактионова М.Ю.

Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, e-mail: tyugal@mail.ru

Цель: провести анализ последствий тяжелой перинатальной патологии и длительной реанимации новорожденных детей на основании изучения отдаленного катамнеза.

Материал и методы: проведен ретроспективный анализ историй развития 49 детей (ф. №112/у) (30 – доношенных, 19 – недоношенных со сроком гестации более 32 недель), находившихся в неонатальном периоде на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных ГДКБ№1 г. Красноярска. В зависимости от нозологической формы патологии новорожденных выделено 2 группы: I группа – дети, перенесшие острую интранатальную асфиксию – 31 ребенок (из них, тяжелой – 12 человек), II группа – дети, переболевшие пневмонией (18 человек). В возрасте пяти лет все дети обследованы по единой программе: УЗИ брюшной полости, ЭХО-КГ, ЭКГ, ЭХО-ЭГ, антропометрия, осмотр невролога, кардиолога, ЛОР.

Результаты: у 77,4 % детей, перенесших асфиксию и 77,8 % перенесших пневмонию выявлены неврологические расстройства: детский церебральный паралич (ДЦП) диагностирован у 6,5 % детей в I группе, эпилепсия у 3,2 % больных в I и 5,5 % – во II группе; синдром навязчивых движений соответственно у 19,3 и 22,2 % пациентов, задержка психического развития выявлена у 4 (12,9 %) и 2 (11,1 %) детей. Минимальная мозговая дисфункция (ММД) обнаружена у 35,5 % детей, перенесших асфиксию при рождении, у 33,3 %, переболевших пневмонией. Синдром вегетативной дисфункции (СВД) диагностирован у 25,8 % детей I и 16,6 % – II группы. Дисгармоничное развитие установлено у 64,5 % в группе детей, перенесших острую интранатальную асфиксию и у 61,1 % в группе детей с пневмонией. Выявлена повышенная частота пороков развития в группе детей с пневмонией – у 10,2 %. Пороки сердца обнаружены у 9,7 % детей в группе I и 11,1 % – II группы. Малые пороки развития (стигмы дизэмбриогенеза) диагностированы у 38,7 % больных в I группе, у 38,8 % детей во II группе. Частичная атрофия зрительных нервов развилась у 1 ребенка из I группы и у 1 ребенка из II группы. Анемия встречалась у 29,03 % больных

в I группе и у 33,3 % – во II группе. Наличие хронических очагов инфекции выявлено у 38,8 % больных в I группе, у 33,3 % – во II группе. До трехлетнего возраста у 91,8 % детей частота эпизодов ОРВИ варьировала от 5 до 12 раз в год, во II группе – от 6 до 18 раз; при каждом эпизоде дети нуждались в назначении антибактериальной терапии. Таким образом, у детей, перенесших тяжелую асфиксию, чаще выявляется тяжелая патология ЦНС (детский церебральный паралич и эпилепсия), пороки развития.

РОЛЬ СЕМЕЙНОГО ДИСПАНСЕРНОГО МЕТОДА В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ И ПРОФИЛАКТИКЕ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

Булешова Р.М., Аманова Э.О., Айтымбетова Н.А.

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, Шымкент, e-mail: Amanova_EO@mail.ru

Болезни органов дыхания являются одной из ведущих причин временной утраты трудоспособности и не имеют тенденции к снижению или стабилизации заболеваемости.

В борьбе за снижение заболеваемости НЗЛ необходимо сосредоточить усилия на первичной профилактике, основной целью которой является обеспечение оптимальных для здоровья условий жизни, укрепление и сохранение здоровья. Роль вторичной профилактики сводится к своевременному проведению комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий. Основными организационными принципами профилактических мероприятий ХНЗЛ являются: осуществление профилактики на всех уровнях (государственном, коллективном, семейном и индивидуальном); комплексное устранение причинных факторов и условий, непосредственно или опосредованно способствующих развитию ХНЗЛ; выявление лиц с ранними проявлениями изменений в органах дыхания; формирование групп риска по развитию ХНЗЛ для своевременного проведения социально-медицинских мероприятий; динамическое наблюдение лиц, имеющих хронические заболевания органов дыхания, и своевременное проведение противорецидивных мероприятий (с использованием санаторно-курортного лечения); интеграция в организации лечебно-профилактических мероприятий; изменение отношения населения к своему здоровью и повышение личной ответственности за его сохранение на индивидуальном, семейном и общественном уровнях.

Наиболее оптимальным методом внедрения профилактического направления в практику здравоохранения является диспансеризация. Эффективность ее зависит от сроков выявления заболевания, возможности диагностики предболезни, современной постановки полного и точного диагноза, расшифровки и устранения патогенетических и этиологических основ болезни. Такое комплексное изучение патологии возможно лишь при изучении семьи в целом, поэтому наиболее эффективной формой диспансеризации мы считаем семейную диспансеризацию (СД). Под СД подразумевается изучение состояния здоровья в семьях с различными биологическими, психологическими и социальными особенностями во всей совокупности их взаимосвязей и взаимодействий; активизация механизмов саногенеза путем одновременного лечения всех членов семьи с отклонениями в здоровье; внедрение внутри этой микросоциальной ячейки здорового образа жизни, предполагающего, в частности, рациональный быт и питание, здоровый психологический климат, отказ от вредных привычек, занятия физкультурой, закаливание, высокий уровень санитарно-гигиенических знаний.