

Результаты и их обсуждение. Установлено достоверное повышение сывороточного содержания ТФР- β_1 у больных стабильной стенокардией напряжения II-III ФК, ассоциированной с подагрой, в сравнении с контрольной группой ($39,6 \pm 3,7$ пг/мл) и больными ИБС без нарушений пуринового обмена ($48,4 \pm 4,1$ пг/мл). У больных стенокардией на фоне подагры с высокой ГУ отмечен максимальный уровень ТФР- β_1 ($89,8 \pm 6,8$ пг/мл, $p < 0,05$), превосходящий аналогичные показатели при низкой и умеренной ГУ в $1,9 \pm 0,2$ и $1,2 \pm 0,1$ раза соответственно ($p < 0,05$). Содержание ТФР- β_1 у больных стенокардией на фоне подагры при наличии ожирения или АГ статистически значимо превышало аналогичный показатель в группах контроля и сравнения. Наибольший уровень ТФР- β_1 у больных стенокардией на фоне подагры наблюдался при ассоциации высокой ГУ, АГ и ожирения.

Выводы: у больных стабильной стенокардией напряжения II-III ФК на фоне подагры имеет место повышение сывороточного содержания ТФР- β_1 , коррелирующее с уровнем ГУ, ожирением и АГ.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОТРАВЛЕНИЙ УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ В ПЕДИАТРИИ

Михно В.А., Булычева О.С.

ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, Волгоград, e-mail: mixno.vladimir@mail.ru

Острые отравления детей кислотами встречаются довольно из-за небрежного хранения и вследствие шалости самих детей. Наиболее часто встречаются отравления уксусной кислотой или уксусной эссенцией. Летальность при отравлении кислотами среди взрослых очень высокая, она колеблется от 20 до 50%. Летальность среди детей значительно меньше, около 2%. Наиболее подвержены отравлению дети до 3 лет, на этот возраст приходится более 50% всех экзогенных интоксикаций. Уксусная кислота представляет собой бесцветную жидкость с характерным резким запахом и кислым вкусом. Обладает всеми свойствами карбоновых кислот. Синтетическая пищевая уксусная кислота – легковоспламеняющаяся жидкость, по степени воздействия на организм относится к веществам 3-го класса опасности. Уксусная эссенция – название 80%-го водного раствора уксусной кислоты. Доза 30–50 мл 80%-й уксусной эссенции может быть смертельной при отсутствии немедленной помощи. Отравления уксусной эссенцией относятся к наиболее частым бытовым интоксикациям. По сравнению с уксусной кислотой, эссенция обладает более выраженным резорбтивным эффектом. При отравлении кислотами в детском возрасте чаще встречаются местные повреждения пищевода (химические ожоги пищевода). Выделяю 3 степени ожога пищевода. При ожоге пищевода уксусной эссенцией формируется струп белого цвета, плотной консистенцией, не проникающий глубоко в ткани. Для предотвращения развития стриктур пищевода производят бужирование. Профилактическое бужирование начинают в конце первой недели после ожога пищевода, если при диагностической ЭФГДС в пищеводе обнаружены фибринозные наложения (II–III степень ожога). Бужирование проводят в стационаре 3 раза в неделю. Длительность лечения определяют после повторной ЭФГДС через 3 недели после ожога пищевода. Ожоговая стриктура к концу первого месяца определяется у 58% больных, через 2 мес. – у 80%, а через 8 мес. – у 1%. При сегментарных стриктурах производят различного рода частичные пластики

пищевода. Мы проанализировали данные детского торакального отделения МУЗ КБ СМП №7: число химических ожогов пищевода несколько увеличилось с 51% – 2008 г. до 75% – 2010 г. Число ожогов III степени – 37. В 80% больных образовались рубцовые стенозы пищевода. Основным методом лечения – консервативная терапия, включающая комплекс химиопрепаратов и ГБО. Для предупреждения возникновения рубцовых стенозов целесообразно ранее консервативное лечение (проточное промывание пищевода). Необходима госпитализация больных сразу в специализированное отделение, а не на 7-10 сутки с момента ожога. Средний койко-день – 34,1. Таким образом, химические ожоги пищевода – опасная травма в детском возрасте. При своевременном и правильном лечении химических ожогов пищевода у детей наблюдается тенденция к выздоровлению в 90% случаях.

МАРКЕРЫ ИММУННОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ПОДАГРОЙ

Мутова Т.В., Куек Мей Чи, Лукашов А.А.

ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет», Курск, e-mail: kafedra_n1@bk.ru

Цель: исследовать содержание в сыворотке крови больных ишемической болезнью сердца (ИБС) на фоне подагры интерлейкина (ИЛ)-1 β , ИЛ-6, ИЛ-8, фактора некроза опухоли (ФНО)- α и молекул адгезии sVCAM-1.

Материалы и методы. Обследовано 55 мужчин со стабильной стенокардией напряжения II-III ФК, ассоциированной с первичной подагрой, хроническим подагрическим артритом вне обострения. Группу сравнения составили 20 больных стабильной стенокардией напряжения II-III ФК, группу контроля – 20 здоровых доноров. Сывороточное содержание ФНО- α , ИЛ-1 β , ИЛ-6, ИЛ-8, sVCAM-1 исследовали методом иммуноферментного анализа.

Результаты. Исследование содержания провоспалительных цитокинов установило повышение уровней ИЛ-1 β , ИЛ-6, ИЛ-8, ФНО- α ($136,3 \pm 4,3$ пг/мл $p < 0,05$; $152,7 \pm 4,5$ пг/мл, $p < 0,05$; $124,7 \pm 9,2$ пг/мл, $p < 0,05$; $163,9 \pm 6,5$ пг/мл, $p < 0,05$ соответственно) в сыворотке крови больных ИБС: стабильной стенокардией на фоне подагры в сравнении с группой контроля и больными ИБС без нарушений пуринового обмена.

В качестве одного из иммунологических маркеров кардиоваскулярного риска у больных ИБС на фоне подагры исследовалось содержание в крови молекул межклеточной адгезии sVCAM-1. У больных ИБС на фоне подагры уровень sVCAM-1 в среднем в $2,2 \pm 0,2$ ($p < 0,05$) раза превышал значения контроля ($288,6 \pm 12,6$ мг/мл) и в $1,5 \pm 0,2$ ($p < 0,05$) раза – аналогичный показатель у больных стенокардией без подагры ($480,0 \pm 14,4$ мг/мл).

Таким образом, у больных ИБС: стабильной стенокардией напряжения II-III ФК на фоне подагры имеет место гиперпродукция иммунологических маркеров кардиоваскулярного риска.

ОТНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, В ПОЛИКЛИНИКЕ И СТАЦИОНАРЕ

Оленева Т.А., Субботина И.В., Ушакова А.С.

Пермская государственная медицинская академия имени академика Е.А. Вагнера, Пермь, e-mail: oleneva90@mail.ru

Ключевую позицию в лечении больных с артериальной гипертензией занимает комплаентность больного лечению. В узком смысле под комплаент-

ностью в лечении артериальной гипертензии понимают корректный прием антигипертензивных препаратов (не менее 80% должного). Вероятность успешной нормализации артериального давления напрямую зависит от регулярности приема антигипертензивных препаратов. В свою очередь, комплаентность во многом определяется отношением больного к своей болезни.

Цель работы – выявление отношения к собственной болезни у больных артериальной гипертензией, находящихся на лечении в стационаре по поводу гипертонического криза и посещающих поликлинику.

Материалы и методы: анкетирование пациентов с помощью личного опросника Бехтеревского института, статистический анализ результатов при помощи программы Biostat.

Полученные результаты. Нами было проведено исследование, в которое было включено 60 пациентов: мужчины и женщины в возрасте от 46 до 82 лет, средний возраст составил 66 лет. Среди пациентов было выделено 2 группы:

1. Пациенты первой группы ($n = 30$, 8 мужчин, 22 женщины) наблюдались в поликлинике;

2. Пациенты второй группы ($n = 30$, 7 мужчин, 23 женщины) находились на лечении в круглосуточном стационаре, куда поступили по поводу гипертонического криза.

Среди пациентов первой группы гармоничный тип отношения к болезни имели 26,7% пациентов; сенситивный, эйфорический, апатический – по 16,7% пациентов; тревожный, обсессивно-фобический, неврастенический, ипохондрический, эргопатический – по 10,0%. Анозогнозический и эгоцентрический типы реагирования встречались у 3,3% больных; паранойяльный тип не был диагностирован ни у одного больного.

Среди пациентов второй группы преобладал неврастенический тип отношения к болезни – он был диагностирован у 26,7% больных. Сенситивный, обсессивно-фобический, паранойяльный типы имели по 23,3% больных; тревожный, эйфорический, эгоцентрический, гармонический – по 10,0% пациентов. Эргопатический и анозогнозический типы отношения к болезни были диагностированы у 6,7% пациентов, апатический – у 3,3%.

Выводы. Различия в типах реагирования у пациентов 2 групп оказались достоверными в отношении паранойяльного типа отношения к болезни – он достоверно преобладает среди больных 2 группы ($p = 0,017$). Это может быть связано с тем, что для паранойяльного типа личности характерно напряжение адаптационных возможностей организма, при этом преобладает симпатическое влияние на сердечно-сосудистую систему, которое приводит к разви-

тию гипертонического криза. По остальным типам реагирования отличия пациентов двух групп не достоверны.

ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У РАБОЧИХ КРИОЛИТОВОГО ПРОИЗВОДСТВА

Оранская И.И.

ГБОУ ВПО УГМА Минздрава России РФ,
Екатеринбург, e-mail: irina.oranskaia@gmail.com

В уральском регионе расположен ряд крупных предприятий по электролитическому производству алюминия. Работа электролизеров сопровождается выделением в воздух рабочей зоны фтористых соединений, вдыхание которых приводит к развитию профессиональной патологии – флюороза. В связи с этим, представляло интерес оценить качество жизни рабочих алюминиевого производства.

Цель исследования. Оценить качество жизни работников электролитического производства на ранних стадиях фтористой интоксикации.

Материалы и методы исследования. Нами обследовалось 76 рабочих криолитового производства одного из крупнейших алюминиевых заводов Урала со стажем работы от 10 до 25 лет и более, у которых были лишь единичные признаки фтористой интоксикации (т.н. группа риска). Качество жизни (КЖ) оценивалось по опроснику SF-36 в баллах. [Ware J., Новик А.А. и др., 2000]. Опросник SF-36 подходит для самостоятельного заполнения лицами в возрасте от 14 лет. Он может быть использован для оценки качества жизни в сравниваемых популяционных группах, как здоровых людей, так и пациентов с различными хроническими заболеваниями.

Статистическая обработка материалов исследований проводилась стандартными методами. Вычислялись средние значения (M), доверительные интервалы средних ($M \pm m$) при $p < 0,05$ и достоверность различий между средними величинами по критериям Стьюдента-Фишера.

Результаты. Как следует из полученных данных, группа риска, работающих на производстве, имела незначительную вариабельность по возрастным показателям. Так, возраст рабочих с ранними признаками фтористой интоксикации находился в пределах от $48,17 \pm 1,0$ до $52,00 \pm 0,54$ лет ($p < 0,05$). Более существенными оказались различия по стажу. Так, почти половина обследованных ($n = 36$) имела стаж до 20 лет ($14,86 \pm 0,63$), значительно меньше ($n = 24$) оказалось число рабочих со стажем от 21 до 25 лет ($22,25 \pm 0,33$) и 26 лет и более ($n = 16$) ($p < 0,05$). Очевидно, что в условиях производственной экспозиции к соединениям фтора критическим стажем для развития начальных признаков фтористой интоксикации является 20-25 лет.

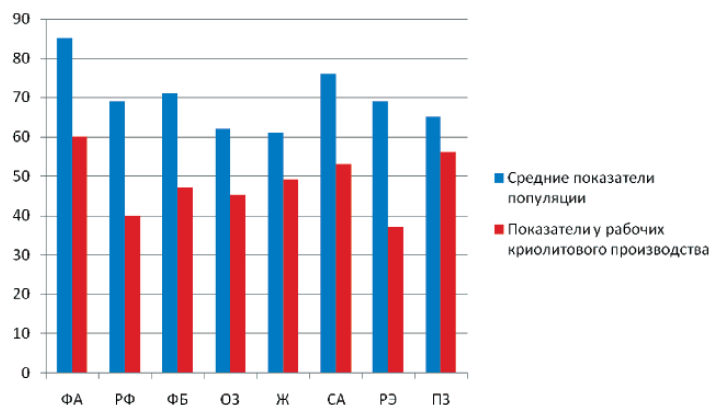


Рис. 1. Показатели КЖ рабочих криолитового производства и населения (средние в популяции).

Условные обозначения: ФА – физическая активность; РФ – ролевая функция; ФБ – физическая боль; ОЗ – общее здоровье; Ж – жизнеспособность; СА – социальная активность; РЭ – роль эмоциональных проблем; ПЗ – психическое здоровье