

и цветовой показатель) не отличались у детей обеих групп.

**Выводы.** Вышесказанное позволяет предположить возможную роль грибов *Candida* в патогенезе кишечной инфекции. Достоверно более высокий уровень лимфоцитов у детей I группы, может свидетельствовать о стимуляции иммунной системы антигенами грибов в дополнение к антигенам ассоциантов. Достоверное превышение числа сегментоядерных нейтрофилов

у пациентов II группы может свидетельствовать в пользу более адекватного ответа клеточного звена, так как общеизвестен факт более частого инфицирования грибами иммунокомпromиссных лиц. Можно предположить, что достоверное снижение уровня гемоглобина в I группе обусловлено нарушением процесса всасывания железа и других микроэлементов, необходимых для нормального процесса гемопоэза, в кишечнике.

*«Проблемы и опыт реализации болонских соглашений»,  
Черногория (Будва), 9-16 сентября 2013 г.*

*Медицинские науки*

**ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД  
К ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ  
ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ  
У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ  
ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА,  
С УЧЕТОМ ФАКТОРОВ РИСКА**

Маль Г.С., Звягина М.В.

*ГБОУ ВПО КГМУ Минздрава РФ, Курск,  
mgalina.2013@mail.ru*

Цель исследования: изучить количественный вклад факторов риска на выраженность гипохлипидемического эффекта при коррекции изолированной и сочетанной гиперлипидемии у пациентов с ИБС.

Материалы и методы: Под наблюдением находились 98 больных ИБС с первичной изолированной и сочетанной гиперлипидемией (ГЛП) в возрасте от 41 до 60 лет, из них 28 пациентов составили контрольную группу, не имеющие факторов риска (ФР). Средний возраст в исследуемой и контрольной группах был сопоставим: 55,7±2,9 и 56,2±3,1 лет. Коррекция изолированной и сочетанной гиперлипидемии осуществлялась с помощью комбинированной терапии, включающей ингибитор ГМГ-КоА-редуктазы (розувастатин) в дозе 20 мг в сутки, а при отсутствии эффекта в терапию вводился ингибитор абсорбции холестерина в кишечнике (эзетимиб) в дозе 10 мг в сутки.

Результаты исследования. При сравнении эффективности гипохлипидемического эффекта розувастатина в монотерапии и в комбинации с эзетимибом у пациентов с ИБС и атерогенными гиперлипидемиями в зависимости от наличия ФР оказалось, что эффективность в снижении уровня ХС, ЛПНП, ТГ у пациентов, имеющих 3 и менее ФР была достоверно выше, чем у больных, имеющих 4 и более ФР. Наибольший вклад в возможность снижения достигаемого эффекта вносили некорректируемые ФР, такие как пол, возраст, которые имели место почти у половины больных ИБС. Указанная ранее степень снижения достигнутого гипохлипидемического эффекта была обусловлена наличием в подгруппе пациентов некорректируемых ФР – артериальной гипертензии, гиперлипидемии, курения. Аналогичная тенденция по ослаблению гипохлипидемического эффекта розувастатина в монотерапии была характерна для пациентов с пятью ФР, где дополнительным пятым фактором явилась гиподинамия.

Полученные результаты свидетельствуют о неоспоримой роли и значимости количественного и качественного набора ФР в возможности достижения и степени выраженности гипохлипидемического эффекта статинами у больных ИБС с различными типами ГЛП, как при моно-, так и при комбинированной терапии.

*«Технические науки и современное производство»,  
Франция (Париж), 15-22 октября 2013 г.*

*Технические науки*

**ПОДХОДЫ ПРИ СОЗДАНИИ  
МЕДИЦИНСКИХ ИНФОРМАЦИОННЫХ  
СИСТЕМ (МИС)**

Безнос О.С.

*Кубанский государственный технологический  
университет, Краснодар,  
e-mail: olga\_beznos@mail.ru*

Создание МИС предполагает этапность внедрения в ЛПУ. На первом этапе запускаются

такие службы, как приемное отделение, медицинская статистика. На следующем этапе подключаются клинические службы, и научно-исследовательская работа. Сравним реляционный и объектный подход к управлению данными.

Реляционное управление данными. Достоинства: доминирование этой структуры данных в большинстве организаций, поддержка параллельной обработки, надёжность, отказоустойчивость, эффективность, безопасность,

целостность, полнота, снижение стоимости, интерактивное резервное копирование и восстановление. Недостатки: невозможность реализации в реляционной модели данных, включая изображения, документы, видео, звук, композиционные объекты.

Объектное управление данными. Достоинства: копирование привычных бумажных бланков, эффективное управление комплексными объектами и связями, объектно-ориентированный подход к моделированию, гибкость, продуктивность, модульность. Недостатки: высокая стоимость программного обеспечения.

Исходя из преимуществ и недостатков объектно-ориентированной и реляционной платформ, а также специфики медицинской информационной системы логично использовать синтез двух этих технологий. Процесс сбора и обработки информации в МИС необходимо разделить. Процесс сбора информации предпочтительно отдать документно-ориентированной

среде, так как электронные документы наиболее точно повторяют привычные для медицинского персонала бумажные аналоги, что не требует изменения структуры документооборота. Процесс обработки информации лучше осуществить на реляционной основе. Реляционная модель ориентирована на организацию данных в виде двумерных массивов и потому позволяет использовать эту структуру при создании отчётов, легко получать статистические данные, делать необходимые выборки и т.д.

Значит, две категории управления данными по отдельности не в состоянии решить все стоящие перед МИС задачи. Поэтому, возникла необходимость соединить две технологии. Таким образом, успешно осуществлённый объектно-реляционный подход это наиболее перспективное решение, учитывающее специфику предметной области и, вместе с тем, интегрирующее в себе все преимущества первых двух решений.

**«Фундаментальные и прикладные исследования в медицине»,  
Франция (Париж), 15-22 октября 2013 г.**

**Медицинские науки**

**ОКСИГЕНОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ  
РАКА ЯИЧНИКОВ**

Дзасохов А.С.

*Московский областной онкологический диспансер,  
Балашиха, e-mail: apprentice@list.ru*

В Московском областном онкологическом диспансере обследованы и пролечены более 400 пациенток с морфологически верифицированным раком яичников. Целью исследования была оценка влияния методов оксигенотерапии на гомеостаз больных и на эффективность противоопухолевого лечения.

Обследование больных производилось трижды: в начале лечения, на 3-м курсе ПХТ и перед окончанием лечения на 6-м курсе ПХТ. Оценка критериев субъективной и объективной токсичности проводилась после каждого курса ПХТ, в исследовании использованы данные, полученные после 2-го курса ПХТ (этапное обследование перед 3-м курсом текущей линии ПХТ). Оксигенотерапию в группах НБО и ГБО больные получали на 2-м курсе ПХТ в соответствующих группах, за исключением контрольных. Все обследованные пациентки получали цитостатическую терапию на момент обследования. В исследовании использовались следующие схемы полихимиотерапии (ПХТ): СР (циклофосфан, цисплатин) и ТС (паклитаксел, карбоплатин) в стандартных дозировках, а также стандартная сопроводительная терапия. Для оценки интенсивности побочного действия цитостатической терапии в исследовании была использована шкала оценки токсичности CTC-NCIC, рекомендованная ВОЗ для применения в практической онкологии.

Эффективность лечения была исследована посредством оценки общей выживаемости, длительности безрецидивного периода и медианы выживаемости.

Способ лечения тканевой гипоксии при помощи нормобарической оксигенации (НБО) осуществлялся в соответствии с патентом на изобретение № 2184553 при помощи парового ингалятора.

Лечение тканевой гипоксии при помощи гипербарической оксигенации (ГБО) осуществлялся при помощи барокамеры ОКА-1.

В ходе исследования достоверно установлено, что в группах кислородотерапии были менее выражены цитостатическая анемия, лейкопения, нефротоксичность, боль, диспепсический синдром (тошнота, рвота), а также ухудшение общего состояния (оценка проводилась по проявлениям слабости и общего состояния по ECOG-WHO).

При исследовании влияния оксигенотерапии на эффективность лечения рака яичников достоверно установлено, что НБО незначительно увеличивает медиану выживаемости и общую трёхлетнюю выживаемость при первичном лечении рака яичников по сравнению с контролем, и не оказывает влияния на выживаемость в случае лечения рецидива рака яичников.

При этом ГБО достоверно увеличивает трёхлетнюю общую выживаемость больных по сравнению с контролем (на 23,4%) и значительно увеличивает медиану выживаемости больных. Так трёхлетняя выживаемость в контрольной группе составила 64,2%, в группе ГБО – 87,6%, в группе НБО – 71,5%. Медиана выживаемости на фоне ГБО составила 52 месяца, в группе НБО – 44 месяца, в контрольной группе 41 месяц ( $p=0,00205$ ).