

Различия по уровню общего билирубина были статистически значимыми только между I и II группами (* p<0,05 по Манну-Уитни с поправкой Бонферрони).

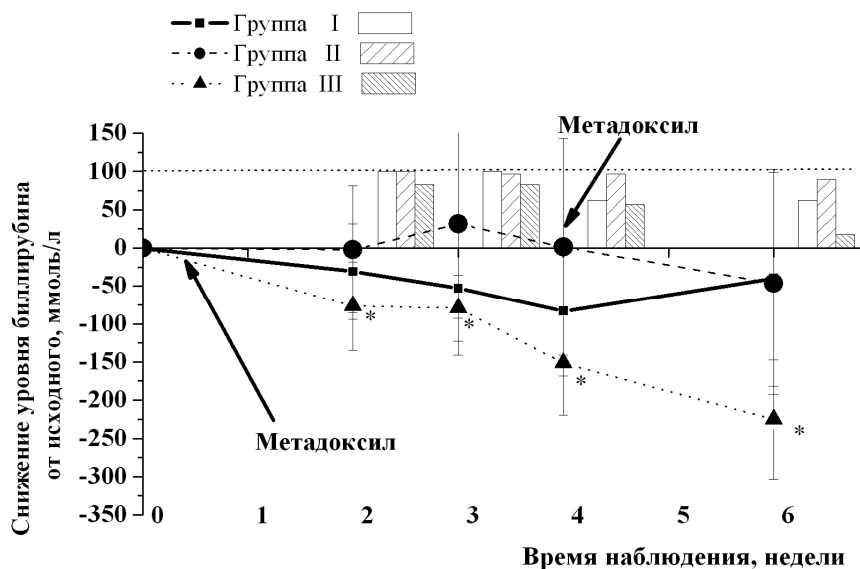


Рис. 2. Динамика уровня общего билирубина на фоне лечения

На фоне терапии в I группе наблюдалась положительная динамика по уровню общего билирубина и числу выписавшихся из стационара. В III группе прослеживалась стабильная достоверная динамика скорости снижения общего билирубина превышающей скорость в I группе. Во II группе базисная терапия не давала положительного эффекта, вне зависимости от повышения дозы преднизолона и увеличения количества сеансов плазмафереза. После добавления Метадоксила на 4 неделе пребывания в стационаре пациентам II группы проявилась недостоверные, но положительные тенденции, аналогичные динамике общего билирубина в III группе. Отметим также, динамика снижения билирубина была более предсказуема для пациентов III группы.

Летальный исход наблюдался в 8,33% случаев. Гистологически посмертно, выявлен выраженный внутриспеченочный холестаз с явлениями жировой или баллонной дистрофии гепатоцитов, инфильтрация портальных трактов и очаговые некрозы.

Выводы:

1. Для токсического гепатита, вызванного отравлением суррогатами алкоголя, характерно интерметирующее течение с относительно удовлетворительным субъективным состоянием, за исключением изнуряющего кожного зуда, несмотря на проводимую терапию.
2. Лабораторно отмечается выраженная гипербилирубинемия, за счет прямого билирубина, цитолитический синдром, стойкий холестаз.
3. При проведении дезинтоксикационной терапии без добавления Метадоксила отмечалось снижение общего билирубина только в I группе, где исходно его уровень был ниже 170 мкмоль/л.
4. У пациентов с уровнем общего билирубина более 250 мкмоль/л (II группа) повышение дозы преднизолона до 250 мг/сутки, урсосана до 1000 мг/сутки, количества сеансов плазмафереза до 8 за период нахождения в стационаре не дали положительного эффекта.
5. При добавлении L-2-пирролидон-5-карбоксилата (Метадоксила) 10 мл растворенного в 200 мл 0,9% раствора натрия хлорида с момента поступления (III группа) наблюдалось снижение общего билирубина, по сравнению с группой базисной дезинтоксикационной терапии.
6. Прогноз на период реабилитации крайне затруднителен, учитывая злоупотребление алкоголем у большинства пациентов.

Литература

1. Workim-Fleming Y. Longterm management of alcoholic liver disease // Clin. Liver. Dis. – 2005. – Vol.9. – №1. – P.135-149.
2. Forrest E.H. Analysis of factors predictive of mortality in alcoholic hepatitis and derivation and validation of the Glasgow of alcoholic hepatitis score / E.H. Forrest, C.D. Evans, S. Stewart // Gut. – 2005. – Vol.54. – P.1174-79.
3. Stewart S. A randomized trial of antioxidant therapy alone or with corticosteroids in acute alcoholic hepatitis // Hepatol. – 2007. – Vol.47. – №2. – P.277-283.
4. Павлов А.И. Этиологические факторы циррозов печени с летальными исходами / А.И.Павлов, С.В.Плюснин, А.И.Хазанов // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. – 2002. – Т.12. – №2. – С.61-66.
5. Ивашкин В.Т. Токсический гепатит, вызванный отравлением суррогатами алкоголя / В.Т.Ивашкин, А.О.Буеверов // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. – 2007. – Т.17. – №1. – С.4-8.
6. Ильченко Л.Ю. Алкогольный гепатит: клинические особенности, диагностика и лечение / Лечащий врач. – 2007. – №6. – с.23-28.
7. Буеверов А.О. Дифференцированный подход к лечению алкогольных поражений печени / А.О.Буеверов, М.В.Маевская, В.Т.Ивашкин // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. – 2007. – №5. – С.4-9.

Лопатина Л.А.¹, Анохина Ж.А.², Карапатьян А.Р.³, Симион А.Ю.⁴

¹Ассистент кафедры нормальной анатомии ВГМА им. Н.Н.Бурденко, кандидат медицинских наук; ²старший преподаватель кафедры нормальной анатомии ВГМА им. Н.Н.Бурденко, кандидат биологических наук; ³студент ВГМА им. Н.Н.Бурденко; ⁴студент ВГМА им. Н.Н.Бурденко.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ ЖИРОВОГО КОМПОНЕНТА МАССЫ ТЕЛА У ДЕВУШЕК

Аннотация

В статье проведен анализ компонентного состава массы тела у девушек-первокурсниц медицинской академии. Дисбаланс соотношения жировой, мышечной и костной массы тела необходимо учитывать для формирования программ здорового образа жизни.

Ключевые слова: студенты, жировой компонент массы тела, антропометрия.

DIAGNOSTIC SIGNIFICANCE OF THE GIRLS BODY MASS FAT COMPONENT STUDY

Abstract

In the article the analysis of the composition of the body mass in first year female medical Academy students. Ratio imbalance fat, muscle and bone body must be accounted for the formation of programs of a healthy lifestyle.

Keywords: students, fatty component of body weight, anthropometry.

В последнее время большое значение придается комплексным разработкам по формированию здорового образа жизни. Состояние здоровья девушек более актуально, оно во многом определяет формирование репродуктивного и трудового потенциалов всей нации. Ряд авторов высказывают предположение, что современные девушки худеют, стремятся поддерживать некий «идеальный» вес, чтобы соответствовать представлениям моды, которая в данном случае выступает как мощный социальный фактор, влияющий на морфологическую трансформацию современной молодежи [3]. При этом никто из них не задумывается о гармоничности соотношения в организме жирового, мышечного и костного компонентов тела. Известно, что жировая ткань является одним из важнейших эндокринных органов, вовлеченного в нейроэндокринные и иммунные реакции, при изменении количества этой ткани или типа ее распределения возникают те или иные гормональные расстройства. Вопросы изучения индивидуальной анатомической изменчивости представляют несомненный интерес, что подтверждается значительным числом работ, посвященных данной тематике. Однако приоритетными для исследований большинство авторов считают мышечный компонент [4].

Целью настоящего исследования явилось изучение компонентного состава тела, в частности, жировой массы тела студенток младших курсов медицинского вуза для формирования установок здорового образа жизни.

Проведено антропометрическое исследование 374 девушек – первокурсниц медицинской академии, в соответствии с методическими рекомендациями В.В. Бунака (1941). Определяли более 40 измерительных признаков, по результатам которых производили расчет основных компонентов тела и индекса массы тела (ИМТ). Состав тела фракционировался на жировую (ЖМТ), мышечную (ММТ) и костную (КМТ) массу тела с вычислением их абсолютных и относительных значений. Статистическую обработку проводили с использованием одномерного и многомерного дисперсионного анализа, в качестве критериальной статистики использовалось распределение Фишера, оценку параметров распределения проводили с использованием графического метода (построение гистограмм) и критерия Колмогорова-Смирнова.

Согласно классификации, используемой отечественными учеными [1], все обследованные нами студентки были распределены на 5 групп (рис.1). Результаты сравнительного анализа продемонстрировали, что большинство обследованных имело высокое содержание жира в организме - 54,28% , оптимальные значения относительной ЖМТ выявлены у 39,84%, нижняя граница нормы – у 4,81%, недостаток - у 1,07%.

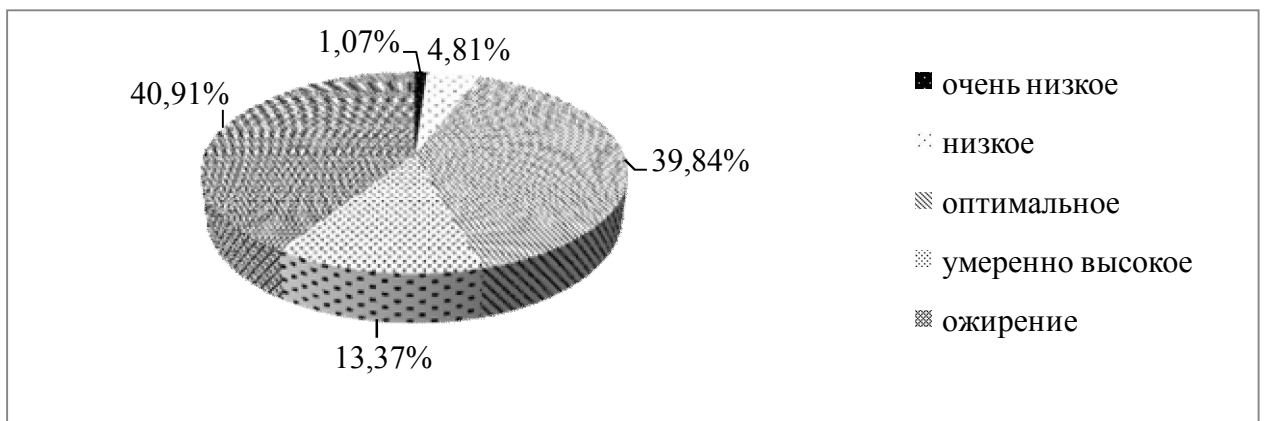


Рис.1. Распределение обследованных девушек по классификации относительной ЖМТ (Robergs, Roberts, 1997)

Анализируя показатели ИМТ в зависимости от содержания жирового компонента, можно отметить, что у студенток, имеющих недостаток жира в организме, наблюдался и дефицит массы тела (табл. 1).

Табл.1. Зависимость компонентного состава тела, ИМТ и относительной ЖМТ (M± σ)

Компонентный состав тела	Очень низкое ЖМТ < 16 (4чел.)	низкое ЖМТ 16–19 (18 чел.)	оптимальное ЖМТ 20–28 (149 чел.)	умеренное высокое ЖМТ 29–31 (50 чел.)	ожирение >32 (153 чел.)
ИМТ, кг/м ²	18,23±0,39	18,55±1,48	20,07±1,99	21,44±1,94	23,57±3,45
ММТ, %	50,39±6,15	50,19±2,06	50,69±3,53	50,32±3,12	49,15±3,37
КМТ, %	14,77±1,67	12,79±1,31	12,45±1,15	12,12±1,11	11,46±1,16
ЖМТ, %	14,35± 1,02	18,38±1,14	25,03±2,55*	30,40±0,76*,*	39,97±6,30**

Указаны достоверные различия для уровня p<0,05 с группой «очень низкое» - *, «низкое» - **

В других группах масса тела была в пределах нормы. Анализ относительных значений компонентного состава тела показал, что в структуре массы тела преобладал мышечный компонент, относительная ЖМТ достоверно изменялась в выделенных группах.

Полученные результаты свидетельствуют о дисбалансе соотношения жировой, мышечной и костной массы тела у девушек – первокурсниц, что, возможно, связано с нутритивными нарушениями и гиподинамией. Составляя комплексные программы для формирования гармоничного физического развития, необходим индивидуальный подход в выборе рационального питания и двигательного режима, в оптимизации физических нагрузок, что приведет к улучшению качества обучения в вузе.

Литература.

1. Мартиросов Э.Г. Технологии и методы определения состава тела человека /Э.Г.Мартиросов, Д.В.Николаев, С.Г.Руднев – М., Наука, 2006. — 248 с.
2. Казакова Т.В. Половые различия фенотипической изменчивости юношей и девушек 17-18 лет / Т.В. Казакова // Педиатрия. Школьная и подростковая медицина. - 2008. - №5. - Т.87. - С.135-137.
3. Иванова И.В. Оценка жирового компонента массы тела школьников с помощью портативного полуавтоматического калипера / И.В.Иванова, Н.Л.Черная, О.К.Мамонтова // Педиатрия. – 2011. – Т. 90. - №3. - С.34-37.

Сивакова О.Д.¹, Косарев В.В.², Жестков А.В.³

¹Аспирант; ²Доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки Российской Федерации; ³Доктор медицинских наук, профессор, ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации

ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ АНТИМИКРОБНЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ.

Аннотация.

В статье рассматривается вопрос использования антимикробных химиопрепаратов для лечения внебольничной пневмонии в амбулаторных условиях на территории Самарской области. Приводятся данные за период с 2010 по 2012 гг. В результате проведенного исследования выявлены отдельные несоответствия клиническим рекомендациям Российского Респираторного Общества по ведению больных с пневмонией.

Ключевые слова: внебольничная пневмония, фармакоэпидемиология, антимикробная химиотерапия.

Sivakova O.D.¹, Kosarev V.V.², Zhestkov A.V.³

¹Postgraduate student; ²Doctor of medical sciences, professor, Honored Scientist of the Russian Federation; ³ Doctor of medical sciences, professor, Samara state medical university

PRACTICE USE ANTIMICROBIAL THERAPY OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN SAMARA REGION FOR OUTPATIENT

Abstract

The article discusses the use of antimicrobial chemotherapy for the treatment of community-acquired pneumonia in an outpatient setting in the Samara region. Data for the period from 2010 to 2012 are provided. The study revealed some inconsistencies Russian Respiratory Society guidelines for the management of patients with pneumonia.

Keywords: community-acquired pneumonia, pharmacoepidemiology, antimicrobial chemotherapy.

Пневмония занимает ведущее место в структуре заболеваемости и смертности от инфекционных болезней у взрослых в развитых странах [1]. По данным ВОЗ, инфекции нижних дыхательных путей занимают 3 место в структуре смертности во всем мире – 3,46 млн. человек, 6,1% от всех случаев смерти [2].

По данным Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека за период с января по октябрь 2011 года заболеваемость внебольничной пневмонией (ВП) в РФ составила 252,6 на 100 тыс. населения.

В России за последние годы отмечается рост внимания к фармакоэпидемиологическим и фармакоэкономическим исследованиям. При этом фармакоэпидемиологические аспекты антибактериальной терапии пневмоний привлекают наибольшее количество исследователей [3-5].

Цель исследования – выявить особенности назначения антимикробных химиопрепаратов для лечения ВП в лечебно-профилактических учреждениях Самарской области на амбулаторном этапе.

Материалы и методы. Был выполнен ретроспективный фармакоэпидемиологический анализ терапии ВП на основании изучения 155 амбулаторных карт пациентов, находившихся на амбулаторном лечении в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) Самарской области с 2010 по 2012 гг.

Результаты исследования. Проведен фармакоэпидемиологический мониторинг применения антимикробных химиопрепаратов при лечении ВП в лечебно-профилактических учреждениях Самарской области методом ретроспективного анализа с помощью специально разработанной индивидуальных регистрационных карт (ИРК). Были изучены структура назначаемых антимикробных препаратов, пути введения, режим дозирования, длительность антимикробной химиотерапии.

Проанализировано 155 амбулаторных карт больных с ВП, проживающих на территории Самарской области и находившихся на амбулаторном лечении в ЛПУ г. Самара и крупных центрах Самарской области в период с 2010 по 2012 гг.

Средний возраст пациентов в 2010 г. составил 44,12±1,56 года, в 2011 г. – 41,92±1,83 года, в 2012 г. – 42,33±1,72 года. В среднем больные обращались за медицинской помощью спустя 3,50±0,59 суток с момента появления первых симптомов заболевания. Среднее количество дней нетрудоспособности в 2010 г. составило 22,19±2,00, в 2011 г. – 20,31±0,91, в 2012 г. – 25,80±2,04 дней.

При проведении исследования установлено, что за 2010 г. рассмотрено 52 случая заболевания ВП, за 2011 г. – 52 случая, за 2012 г. – 51 случай. По степени тяжести больные распределились следующим образом: в 2010 г. 4 человека с легкой степенью, 43 человека со средней тяжестью, 4 человека – с тяжелым течением воспалительного процесса в легких; в 2011 г. – 0, 51, 1; в 2012 г. – 0, 49, 2, соответственно (табл. 1).

Таблица 1 – Распределение больных с ВП по степени тяжести воспалительного процесса в легких

		Годы					
		2010		2011		2012	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Степень тяжести	Легкая	4	7,84%				
	Средняя	43	84,31%	51	98,08%	49	96,08%
	Тяжелая	4	7,84%	1	1,92%	2	3,92%

Таким образом, в исследуемой группе пациентов преобладали больные с ВП со среднетяжелым течением заболевания.

Стартовая антимикробная химиотерапия на амбулаторном этапе в Самарской области осуществлялась препаратами следующих групп (табл. 2).

Таблица 2 – Распределение назначений антимикробных химиопрепаратов для лечения ВП по годам

Группа антимикробных химиопрепаратов	Годы					
	2010		2011		2012	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Макролиды	9	17,30%	15	28,90%	9	19,60%
Цефалоспорины I-II поколения	7	13,50%	3	5,80%	4	7,80%
Цефалоспорины III поколения	14	26,90%	17	32,70%	16	31,40%