

Work is devoted to research regulatory influences of low-wave activity of a brain (omega-potential) in pregnant women with low obstetrical risk in dynamics (changes) of pregnancy at performance «tilt-test». Dynamics (changes) of omega-potential in pregnant specifies increasing intensity of adaptable reactions from the side to the termination of term of pregnancy. Dynamic supervision allows to estimate quality of adaptable reactions of an organism of mother.

ЛИТЕРАТУРА

1. Илюхина В.А. Медленные биоэлектрические процессы головного мозга человека. — Л.: Наука, 1978. — С.21-25.
2. Илюхина В.А. Сверхмедленные процессы мозга человека (терминология и уточнение некоторых понятий). Сообщение I. Спонтанная динамика сверхмедленных процессов коры и подкорковых структур в клинко-физиологических исследованиях // Физиология человека. — 1981. — Т. 6, № 5. — С.512-528.
3. Илюхина В.А., Хабаева З.Г. Сверхмедленные физиологические процессы и межсистемные взаимоотношения в организме. — Наука, 1986. — 138 с.
4. Судаков К.В. Информационные свойства функциональных систем: теоретические аспекты // Вестник РАМН. — 1997. — № 12. — С.4-18.

© БУРДАНОВА Т.М., АИТОВ К.А., ЧЕСНОКОВА М.В., КОЗЛОВА Л.С., САРУУЛ Б.О. — 2007

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РОЖИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Т.М. Бурданова, К.А. Аитов, М.В. Чеснокова, Л.С. Козлова, Б.О. Саруул

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра инфекционных болезней, зав. — д.м.н., проф. И.В. Малов, Иркутский научно-исследовательский противочумный институт Сибири и Дальнего Востока, директор — проф. Е.П. Голубинский)

Резюме. Рассмотрены актуальные аспекты клинко-эпидемиологического течения рожки в г. Иркутске по результатам лечения 2420 больных. Установлен неуклонный рост заболеваемости, максимальный подъем внутригодовой заболеваемости в летне-осенние месяцы, преобладание в структуре заболеваемости определенных «групп риска» (по полу, возрасту и контингентам), наиболее частая локализация процесса на нижних конечностях с преимущественным развитием эритематозных форм и отсутствие роста геморрагических форм.

Ключевые слова: рожка, эпидемиология, клиника, г. Иркутск.

Проблема рожки является актуальной в связи с широким распространением данного заболевания и частым формированием рецидивирующего течения, приводящего к инвалидизации [1-4,6,8]. В связи с отсутствием официальной регистрации рожки в настоящее время сложно судить об истинном уровне заболеваемости этой инфекцией. Между тем, согласно данным литературы последних лет [2,3,7,8,9], заболеваемость рожкой составляет 120-200 на 100 тыс. населения, занимая 4-е место в структуре инфекционной патологии после острых респираторных заболеваний, кишечных инфекций и вирусных гепатитов, а частота формирования рецидивов составляет 16-50%. К особенностям современного клинического течения рожки относят рост частоты тяжелых и геморрагических форм, а также медленную репарацию тканей в очаге поражения, приводящих к длительной нетрудоспособности [2-4,6,8]. Исходя из этого, целью нашего исследования явилось: изучить основные клинко-эпидемиологические закономерности первичной и рецидивирующей рожки в условиях крупного инфекционного стационара г. Иркутска по многолетним данным.

Материалы и методы

Ретроспективный анализ заболеваемости рожкой за 11-летний период (1995-2005 гг.) проведен на примере Иркутской областной инфекционной клинической больницы (ИОИКБ). Выборку данных проводили из первичной медицинской документации: Ф. № 066/У-ВР (карта выбывшего из стационара) и Ф. № 003/У (медицинская карта стационарного больного). Общий объем выборки составил 2420 больных рожкой. Оценка эпидемиологических проявлений рожки проведена на основании общепринятых методов ретроспективного эпидемиологического анализа и включала в себя следующие аспекты: анализ уровня заболеваемости путем вычисления интенсивных показателей, рассчитанных на 1000 госпитализированных больных, анализ многолетней динамики заболеваемости рожкой с выявлением тенденций, анализ внутригодовой динамики заболеваемости, анализ заболеваемости по факторам риска, распределение заболевших по локализации, клиническим

формам и степени тяжести процесса. Достоверность различий оценивалась на основании критериев t-критерия (Стьюдента) и хи-квадрат, критический уровень значимости которых принимался равным 0,05.

Результаты и обсуждение

За период с 1995 по 2005 гг. в ИОИКБ было пролечено 2420 больных с диагнозом «рожа», среди которых у 1531 больного была первичная, у 225 — повторная и у 664 — рецидивирующая форма болезни. Анализ многолетней динамики (1995-2005 гг.) показал тенденцию к росту заболеваемости рожкой при среднегодовом темпе прироста 12,0%. За этот период показатель заболеваемости рожкой колебался от 25,1 до 61,6 при среднемноголетнем показателе $40,4 \pm 0,8$ на 1000 пролеченных инфекционных больных (‰). Период с 1995 по 1999 гг. характеризовался статистически недостоверным ($p > 0,05$) подъемом заболеваемости (с 25,1 до 29,7‰ соответственно) со среднегодовым темпом прироста 4,3%. В 2000 году темп роста заболеваемости был максимален и составил 167,7% от уровня 1995 года и 141,7% от уровня 1999 года. Вследствие этого показатель вырос в 1,4 раза по сравнению с показателем предыдущего года ($p < 0,001$). Период с 2000 по 2005 гг. характеризовался подъемом заболеваемости рожкой (с 42,1 до 57,0‰ соответственно) со среднегодовым темпом прироста 6,3% при максимальном показателе заболеваемости (61,6‰) в 2004 году, что составило 243,4% от уровня 1995 года.

При отдельном анализе заболеваемости первичной и рецидивирующей рожкой нами были выявлены аналогичные тенденции. С 1995 по 2005 гг. на долю первичной рожки пришлось $63,3 \pm 0,9\%$, на долю рецидивирующей — $27,4 \pm 0,8\%$ всех случаев рожки. Показатель заболеваемости колебался от 15,4‰ до 39,2‰ при первичной рожке и от 5,7‰ до 17,1‰ — при рецидивирующей. Среднемноголетние показатели составили $25,5 \pm 0,6\%$ и $10,9 \pm 0,4\%$ соответственно. Среднегодовой темп прироста за 1995-2005 гг. составил 11,1% для

первичной и 13,2% для рецидивирующей рожи. Максимальные показатели заболеваемости первичной и рецидивирующей рожей (39,2‰ и 17,1‰ соответственно) зафиксированы в 2004 году, минимальные (17,1‰ и 5,7‰ соответственно) — в 1999 г. для первичной и в 1995 г. — для рецидивирующей.

Анализ частоты рецидивирования показал, что удельный вес рецидивирующей рожи за период 1995–2005 гг. увеличился с 22,8% до 28,8%, однако данные изменения статистически не достоверны ($p > 0,05$).

Заболевания первичной и рецидивирующей рожей регистрировались в течение всего года, но подъем заболеваемости приходился на летне-осенний период с ее последующим спадом в зимне-весенний период (табл. 1).

Показатели сезонности первичной и рецидивирующей рожи по материалам ИОИКБ за период 1995–2005 гг.

Показатели	Заболевания	
	первичная рожа	рецидивирующая
Дата начала сезонного подъема	15 июня	6 августа
Дата окончания сезонного подъема	31 декабря	2 января
Продолжительность сезонного подъема (в днях)	201	150
Индекс сезонности	2,5	1,3
Коэффициент сезонности, %	71,6	56,6
Сезонная эпиднадбавка, %	66,5	50,4

При первичной роже сезонный подъем начинался и достигал своего пика раньше, чем при рецидивирующей (на 52 дня), кроме того, он был более выражен (индекс сезонности соответственно 2,5 и 1,3) и более продолжителен (длиннее на 51 день). Пик заболеваемости первичной рожей приходился на август (индекс Уорингера 233,0%), рецидивирующей рожей (индекс Уорингера 179,0%) — на октябрь. Больные первичной рожей вовлекались в сезонный подъем более интенсивно, чем больные рецидивирующей ($71,6\% \pm 1,3$ v.s. $56,6\% \pm 3,7\%$, $p < 0,01$). Вероятно, это связано с частым повреждением кожных покровов у населения в летне-осенний период (связанным с активным отдыхом, пребыванием на природе, работой на приусадебных участках и т.п.), являющимся основным провоцирующим фактором для возникновения первичной рожи и менее значимым в развитии рецидивов [1,3,7,8]. При рецидивирующей роже, вероятно, на первый план выходит действие неблагоприятных климатических факторов (ведущих к переохлаждению), обуславливающих максимальный подъем заболеваемости в октябре. При этом окончание сезонного подъема при первичной и рецидивирующей роже практически совпадало (соответственно 31 декабря и 2 января), что свидетельствовало о прекращении влияния сезонных факторов.

При анализе распределения заболевших первичной и рецидивирующей рожей в зависимости от пола, нами установлено, заболеваемость среди женщин превысила аналогичный показатель мужчин в 2,1 и 5,5 раза соответственно, что согласуется с данными других авторов [1,2,5,7,8] и свидетельствует об отнесении женщин к группе риска развития рожи и ее рецидивов.

Распределение больных по социальным группам показало, что наиболее многочисленной была группа

пенсионеров: при рецидивирующей роже ее удельный вес ($52,6 \pm 1,4\%$) достоверно ($p < 0,001$) превысил таковой при первичной роже ($38,6 \pm 1,1\%$). На втором месте по частоте регистрации среди больных первичной и рецидивирующей рожей была социальная группа лиц, занимающихся физическим трудом (соответственно $27,5 \pm 1,1\%$ и $25,9 \pm 1,7\%$), профессии которых зачастую связаны с действием низких температур, сквозняков, либо с частой травматизацией кожи. В меньшей степени среди больных первичной и рецидивирующей рожей встречались работники умственного труда и интеллигенция ($18,2 \pm 0,9\%$ и $12,8 \pm 1,6\%$ соответственно).

Анализ возрастной структуры заболевших выявил наибольшее вовлечение в эпидемический процесс лиц

старших возрастных групп: при первичной роже наибольший показатель заболеваемости (79,5‰) отмечен в возрастной группе 50–59 лет, а при рецидивирующей (44,9‰) — в группе 60 лет и старше. Случаев заболевания рожей детей (0–14 лет) за изучаемый период в ИОИКБ не было.

В обеих группах больных преобладало поражение нижних конечностей. Одна-

ко при рецидивирующей роже удельный вес этой локализации был достоверно выше, чем при первичной ($84,8 \pm 1,9\%$ v.s. $62,8 \pm 1,5\%$, $p < 0,001$). Поражение головы (чаще всего — лица) и верхних конечностей достоверно преобладало у больных первичной рожей по сравнению с рецидивирующей (соответственно $12,3 \pm 0,7\%$ v.s. $7,9 \pm 1,1\%$, $p < 0,01$ и $22,8 \pm 1,1\%$ v.s. $6,1 \pm 0,9\%$, $p < 0,001$). Одинаково редко встречалась иная локализация рожистого процесса ($2,1 \pm 0,1\%$ при первичной и $1,2 \pm 0,2\%$ при рецидивирующей роже, $p > 0,05$).

Распределение первичной и рецидивирующей рожи по характеру местных проявлений показало, что за весь период наблюдения в обеих группах наиболее часто регистрировалась эритематозная форма, причем при рецидивирующей роже удельный вес этой формы был достоверно выше, чем при первичной ($71,5 \pm 3,1\%$ v.s. $56,8 \pm 1,6\%$, $p < 0,001$). Геморрагические формы встречались значительно реже как при первичной ($22,3 \pm 1,1\%$), так и при рецидивирующей ($15,9 \pm 1,4\%$) роже. Достоверного роста частоты геморрагических форм за изучаемый период нами не установлено, что не согласуется с литературными данными авторов из других регионов России [2,3,5,6,8].

Распределение заболевших по тяжести течения показало, что в обеих группах больных преобладало среднетяжелое течение (соответственно $73,8 \pm 1,3\%$ и $80,6 \pm 2,3\%$). Удельный вес случаев с тяжелым течением заболевания достоверно преобладал при первичной роже по сравнению с рецидивирующей ($23,1 \pm 1,2\%$ v.s. $16,1 \pm 2,0\%$, $p < 0,001$). Легкое течение первичной и рецидивирующей рожи встречалось значительно реже (соответственно $3,1 \pm 0,2\%$ и $3,3 \pm 0,5\%$), что, вероятно, объясняется преимущественным лечением таких больных амбулаторно.

Таким образом, в настоящее время в ИОИКБ отмечается неуклонный рост заболеваемости первичной и рецидивирующей рожей, максимальный подъем внутригодовой заболеваемости в летне-осенний период и преобладание в структуре заболеваемости определенных «групп риска» по полу, возрасту и контингентам, что обуславливает социально-экономическую значимость этой патологии. Как при первичной, так и при рецидивирующей роже преобладает локализация про-

цесса на нижних конечностях, среднетяжелое течение, преимущественное развитие эритематозных форм и отсутствие роста частоты геморрагических форм. Учитывая, что ИОИКБ является основным местом госпитализации для больных рожей в г. Иркутске, можно предположить, что выявленные тенденции отражают динамику и структуру заболеваемости этой инфекцией для данного региона.

EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL ASPECTS OF THE ERYSIPELAS IN CONTEMPORARY CONDITIONS

T.M. Burdanova, K.A. Aitov, M.V. Chesnokova, L.S. Kozlova, B.O. Saruul
(Irkutsk State Medical University, Irkutsk Anti plague Research Institute of Siberia and Far East)

The paper considers the topic aspects of the clinical and epidemiological course of erysipelas in Irkutsk on the basis of the results of treatment of 2420 patients. It has been found that there is a steady increase of the sick rate, seasonal boosting in the summer and autumn, prevalence of certain "risk group" (by sex, age and quotas), most frequently defeat of the lower limbs with mainly involving the erythematous forms and the absence of the increase of hemorrhagic forms.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аитов К. Некоторые показатели липидов сыворотки крови у больных различными формами рожи: Дис. ... канд. мед. наук. — Иркутск, 1992. — 191 с.
2. Еровиченков А.А., Лиенко А.Б. Особенности современной клиники, диагностики и лечения рожи // Росс. мед. журнал. — 2002. — № 6. — С.40-43.
3. Жаров М.А. Рожа: клинко-эпидемиологическая характеристика, совершенствование методов лечения и прогнозирования болезни: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2007. — 42 с.
4. Пишечкина Н.Ю., Амбалов Ю.М. Заболеваемость рожей и ее распространенность в г. Ростове-на-Дону // Акт. проблемы инфекционной патологии: Сб. науч. раб., посвящ. 55-летию науч. и практич. деятельности д.м.н., проф. Л.Д. Левиной. — Ростов-на-Дону, 2005. — С.148-149.
5. Ратникова Л.И., Жамбурчинова А.Н., Лаврентьева Н.Н. Современная клинко-эпидемиологическая характеристика рожи // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 2007. — №2. — С.16-20.
6. Фазылов В.Х. Состояние гемостаза у больных рожей // Казанский мед. журнал. — 1990. — Т. 71, № 1. — С.26-29.
7. Фролов В.М., Рычнев В.Е. Патогенез и диагностика рожистой инфекции. — Воронеж, 1986. — 151 с.
8. Черкасов В.Л. Рожа. — Л.: Медицина, 1986. — 200 с.
9. Ющук Н.Д., Венгеров В.Я. Лекции по инфекционным болезням: в 2-х т. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ВУНМЦ, 1999. — Т. 1. — 454 с.

© ШЕЛЕСТ П.В., МИРОНОВ В.И. — 2007

КОМПЛЕКСНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ЭКССУДАТА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ И ДИАГНОСТИКЕ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

П.В. Шелест, В.И. Миронов

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра общей хирургии, зав. — д.м.н., проф. С.Б. Пинский)

Резюме. В статье представлены результаты исследования цито-биохимических свойств перитонеального экссудата у 74 больных, находившихся на лечении в клинике общей хирургии ИГМУ с острым деструктивным панкреатитом. В ходе развития панкреонекроза цито-биохимические свойства перитонеального экссудата претерпевают изменения. Учет их динамики может быть использован в диагностике и прогнозировании клинко-морфологических форм деструктивного панкреатита.

Ключевые слова: острый панкреатит, панкреонекроз, перитонеальный экссудат.

В структуре острой хирургической патологии органов брюшной полости одно из первых мест занимают больные с острым панкреатитом. Особого внимания заслуживают больные с деструктивными формами заболевания, у которых развитие полиорганной недостаточности и гнойно-септических осложнений являются наиболее частыми причинами летальных исходов [6,8,9,15].

Актуальным направлением, позволяющим своевременно определить тактику и провести коррекцию лечения, считаем прогнозирование развития клинко-морфологических форм деструктивного панкреатита.

Существующие в настоящее время клинко-лабораторные и инструментальные методы позволяют в ос-

новном оценить объем поражения поджелудочной железы, степень вовлечения в патологический процесс окружающих тканей, уровень полиорганной дисфункции и тяжесть течения острого деструктивного панкреатита, но не дают возможности убедительно прогнозировать развитие той или иной формы панкреонекроза [6,8,9,15,16].

Неотъемлемым признаком острого деструктивного панкреатита, являющимся следствием патобиохимических процессов в периацинарном и перипанкреатическом пространствах, служит перитонеальный экссудат [10,14]. Выявление особенностей экссудата при различных вариантах течения деструктивного панкреатита представляется нам важным для диагностики и про-