

Как известно, в настоящее время заболевания сердечно-сосудистой системы занимают первое место в структуре смертности человека. В качестве одного из факторов риска атеротромботических поражений сосудов рассматривают повышенный уровень гомоцистеина. Исходя из этого, является важным вопрос о своевременной диагностике гипергомоцистеинемии у лиц с высоким риском сердечно-сосудистой патологии. Уровень гомоцистеина определяют в сыворотке крови натошак. Существуют также скрытые формы нарушения его метаболизма, выявляемые при помощи нагрузочного метионинового теста (метионин – предшественник гомоцистеина в организме). Данный диагностический тест является информативным, но предполагает трех- или четырехкратный забор венозной крови в течение суток. В связи с этим мы считаем актуальной работу в направлении создания неинвазивной технологии измерения концентрации метаболитов метионина: гомоцистеина и цистеина.

Цель исследования: определить содержание гомоцистеина и цистеина в слюне до и после проведения теста с нагрузкой метионином.

Материал и методы.

В исследовании приняли участие 20 человек с диагнозом гипертоническая болезнь I стадии, из них 14 мужчин (средний возраст 51,5 лет) и 6 женщин (средний возраст 53,4 лет). Выбор данной группы исследуемых обусловлен тем, что у них отсутствуют клинические проявления артериальных и венозных тромбозов, но высока вероятность выявления латентных нарушений обмена гомоцистеина. Забор слюны осуществляли натошак и через 4 часа после перорального приема метионина в дозе 100 мг на кг веса. Исследование уровня гомоцистеина и цистеина в образцах проводили методом высокоэффективной жидкостной хроматографии (ВЭЖХ) с ультрафиолетовой детекцией. Статистическую обработку выполнили с использованием пакета прикладных программ STATISTICA с применением непараметрического критерия Вилкоксона.

Результаты исследования.

Среднее содержание гомоцистеина в слюне до нагрузки метионином составило 212,4 нг/мл, спустя 4 часа после нагрузки – 120,2 нг/мл; среднее содержание цистеина до нагрузки – 224,8 нг/мл, после нагрузки – 163,9 нг/мл. Таким образом, через 4 часа после метиониновой нагрузки в слюне содержание гомоцистеина и цистеина снижается по сравнению с уровнем натошак, хотя по данным статистической обработки эти различия не являются значимыми. Данный факт можно объяснить недостаточным объемом выборки и большой вариабельностью концентрации гомоцистеина и цистеина у разных лиц, что связано, возможно, с различной скоростью их метаболизма а также, вероятно, с различной степенью поступления этих аминокислот в слюну из плазмы крови.

Вывод: исходя из полученных данных, мы считаем возможным в перспективе неинвазивное измерение уровня гомоцистеина у пациентов с целью своевременного выявления ранних нарушений его метаболизма.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ТЯЖЕСТЬ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

С.А. Крашина

Главное бюро МСЭ по Тюменской области, г. Тюмень

По темпу развития и распространения ВИЧ-инфекцию называют «Чумой XXI века». Количество людей с ВИЧ неуклонно растет; на 31.12.2009г. в России официально зарегистрированы более 500 тыс. больных с ВИЧ.

Цель исследования: изучить контингент инвалидов вследствие ВИЧ-инфекции с учетом тяжести инвалидности, влияние на тяжесть инвалидности различных факторов.

Методы и материалы исследования.

Методом ретроспективного анализа изучена статистическая база данных граждан, прошедших освидетельствование в ФГУ «Главное бюро МСЭ по Тюменской области» за 2010г. и акты освидетельствования инвалидов вследствие ВИЧ-инфекции.

Результаты исследований.

Всего за 2010 г. в ФГУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Тюменской области» 47 человек признаны инвалидами вследствие ВИЧ-инфекции, или 0,16% от общего числа признанных инвалидами. Среди инвалидов с ВИЧ-инфекцией преобладают инвалиды 1 и 2 группы – 79,8%. В 14,9% установлена 3 группа инвалидности с умеренными нарушениями функций организма и в 4,3% установлена категория ребенок-инвалид с умеренными нарушениями со стороны органов и систем. Инвалидизация больных ВИЧ-инфекцией, как правило, наступает при 4 стадии заболевания по классификации В.И. Покровского. Из числа всех инвалидов с ВИЧ-инфекцией: 1 человек (ребенок – инвалид) был освидетельствован в 3 стадии латентных проявлений с выраженным иммунодефицитом с нестойкой ремиссией; 4 – в 4А стадии вторичных заболеваний; 28 – в 4Б стадии вторичных заболеваний; 13 – в 4В стадии вторичных заболеваний и 1 – в 5 (терминальной) стадии, именуемой СПИД.

У 70,3% инвалидов тяжесть состояния и инвалидизация обусловлена присоединением туберкулезной инфекции (туберкулез грудных лимфоузлов, диссеминированный или фиброзно-кавернозный туберкулез легких, туберкулез мозговых оболочек, позвоночника); в 21,3% случаев имело место поражение ЦНС с двигательными и психическими нарушениями различной степени выраженности; в 8,4% случаев – поражение органов кроветворения, бронхолегочной системы, полиорганные поражения на фоне иммунодефицита.

Все 47 инвалидов получали химиотерапию вторичных заболеваний и развившихся осложнений, при этом специфическое лечение (БААРТ) получали 30 человек. На фоне БААРТ у 5 человек произошла относительная стабилизация заболевания с уменьшением тяжести клинических проявлений, в 1 случае – про-

грессирование заболевания. Следует отметить, что несмотря на длительность заболевания, при наблюдении от 5 до 10 лет и более, длительность назначения ВААРТ в среднем составляет около 3 лет (от нескольких месяцев до 4 лет).

Среди лиц, получавших ВААРТ терапию, совокупный процент инвалидов 1 и 2 группы – 76,0%, инвалидов 3 группы – 24,0%. Среди лиц, не получавших ВААРТ-терапию, совокупный процент «тяжелых» групп инвалидности составил 88,0%, инвалидов 3 группы – 12%.

Выводы.

Результаты исследования показывают актуальность проблемы – инвалидность при ВИЧ-инфекции устанавливается в молодом трудоспособном возрасте, с преобладанием в структуре инвалидности «тяжелых» групп (первой и второй).

Тяжесть инвалидности при ВИЧ-инфекции обусловлена преимущественно стадией заболевания, присоединением вторичных заболеваний в виде туберкулезной инфекции различной локализации и поражением ЦНС. Применение ВААРТ терапии способствует снижению тяжести инвалидности.

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РНГА ЭЛЮАТА ВЫСУШЕННОЙ КАПЛИ КРОВИ

С.Э. Мамараджабов, Т.А. Абдиев, З.Б. Курбаниязов, И.А. Арзиев, Н.Ё. Кушмурадов

Самаркандский ГМИ, г. Самарканд, Узбекистан

E-mail авторов: msobir11@rambler.ru

Эхинококкоз – повсеместно распространенное паразитарное заболевание, частота которого, к сожалению, имеет устойчивую тенденцию к росту и в нашей Республике. Трудности ранней диагностики, большая частота послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания делают проблему эхинококкоза весьма актуальной. Нами совместно с сотрудниками НИИ медицинской паразитологии им. Л.М. Исаева МЗ РУз с целью ранней диагностики заболевания и установления серопозитивности населения Самаркандской области и г.Самарканда на эхинококкоз проводилось сероэпидемиологическое обследование с использованием РНГА элюата высушенной капли крови.

Материал и методы. Для установления серопозитивности населения на эхинококкоз подвергнуты сероэпидемиологическому обследованию 2022 жителей Нурабадского (1 - зона, n=509), Ургутского (2 - зона, n=512) и Тайлякского (3 - зона, n=503) районов Самаркандской области и г. Самарканда (4 - зона, n=498).

Сероэпидемиологическое обследование вышеуказанных районов производилось методом случайной выборки путем опроса лиц анкетированием. Нами бы-

ла разработана специальная карта – анкета эпидемиологического обследования населения, в которую вошли вопросы, касающиеся образа жизни. В основу разделения обследованного населения на отдельные профессиональные и социальные группы, нами был положен принцип выбора лиц, наиболее часто контактирующие собаками или подвергающие риску заражения из природных очагов (студенты колледжей, лица занимающиеся скотоводством, земледелием, технические работники, работники сферы обслуживания, служащие, домохозяйки и пенсионеры). Мужчин было 872 (43,1%), женщин – 1150 (56,9%).

Результаты исследования. Для более полной оценки частоты встречаемости человека с паразитом помимо доли лиц с диагностически значимыми титрами РНГА (1:320 и выше) учитывали также долю лиц с титром РНГА 1:80. После постановки РНГА и выявления серопозитивности обследованных, все лица с диагностическими титрами были подвергнуты на дальнейшее инструментальное обследование – УЗИ органов брюшной полости и рентгенологическое исследование (рентгеноскопию, при необходимости рентгенографию) органов грудной клетки по месту жительства.

Сравнительный анализ комплексного обследования серопозитивных лиц всех зон показал, что наибольшее количество серопозитивных жителей (n=45) и соответственно пораженных с эхинококкозом больных (n=8) выявлен в 3-ей зоне (17,7%) (Тайлякский район). По нашим данным, по пораженности за ним следует 4-я зона - 14,3% (г.Самарканд, n=3) и 2-я зона – 10,5% (Ургутский район, n=4).

Выводы. Базируясь на проведенное сероэпидемиологическое обследование и анкетирования можно сделать заключение, что заражение жителей города Самарканда может происходить разными путями: при употреблении растительных продуктов питания, контактах с почвой, загрязненной фекалиями собак, редко при общении с собаками. Также можно полагать, что высокий титр антител в крови у лиц городского населения обусловлен традиционным отсутствием тесного контакта населения с собаками, вследствие чего заражение зачастую происходит не от собак непосредственно, а через загрязненные фекалиями элементы окружающей среды.

РОЛЬ САНИТАРНОЙ АВИАЦИИ В ОКАЗАНИИ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА

М.И. Прокопьева

Северо-Восточный университет им. М.К. Аммосова

Служба специализированной (санитарно - авиационной) скорой медицинской помощи в РФ функционирует более 70 лет, но, тем не менее для усовершенствования системы санитарной авиации существуют ряд проблем, которых необходимо решить. Организация работы санитарной авиации в Республике Саха (Якутия) (РС (Я)) определяется рядом региональных особенностей (резко-континентальный климат, территориальная разбросанность и отдаленность населен-