

Анализируя полученные данные, мы можем предположить, что дальнейшее увеличение нагрузки на свод стопы может вызвать возрастание степени ее уплощенности и к снижению физиологических функций стопы: рессорной, опорной (балансировочной) и локомоторной. В результате этого «ударная волна», которая возникает при ходьбе, беге либо прыжках, не будет погашаться пружинящими свойствами свода стопы, а распространится вверх по скелету, приводя к достаточно быстрому изнашиванию суставов нижних конечностей и позвоночника в целом.

Выводы

Использование комплексного метода плантографического обследования, в качестве экспресс-диагностики количественной и качественной оценки параметров свода стопы человека позволяет выявить «группу риска» — лиц с изменениями свода стопы из категории «норма» в категории «уплощенная» и «плоская» при нагрузочных режимах. Для данной выборочной группы даже в анатомическом (безнагрузочном) состоянии 7,9 % обследованных студенток характеризовались предуплощенным и уплощенным сводом стопы, то есть составили, так называемую «группу риска». При увеличении нагрузки на стопу до 50 и 100 % от массы собственного тела «группу риска» составили уже 34,2 и 47,3 % обследованных студенток.

ЛИТЕРАТУРА

1. Евтухова, Л. А., Шапка О. М. Плантограф: пат. 9134 Респ. Беларусь, МПК А 61В 5/103, 5/107, заявитель Гомельский гос. ун-т им. Ф. Скорины - №а 20010459; заявл. 22.05.2001; опубл. 30.04.2007.
2. Арсланов, В. А. Условия формирования осанки школьников младшего возраста в учебной деятельности / В. А. Арсланов. — Казань: Наука, 1985. — 241 с.
3. Арсланова, Л. М. К методике определения состояния осанки в статических положениях сидя и стоя / Л. М. Арсланова. — Казань: Наука, 1992. — 11 с.

УДК616.517.8

ПСОРИАЗ И ВИРУС ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА

Парталян К. В.

**Научные руководители: ассистент Л. А. Порошина;
д.м.н., доцент Е. Л. Красавцев**

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Актуальность

Больные, страдающие от ВИЧ-инфекции или СПИДа, часто страдают псориазом. Это представляется парадоксальным для исследователей псориаза, поскольку лечение, направленное на уменьшение количества Т-клеток или их активности, в целом способствует лечению псориаза, а ВИЧ-инфекция или, тем более, СПИД сопровождается уменьшением количества Т-клеток. Однако с течением времени при прогрессировании ВИЧ-инфекции или СПИДа, увеличением вирусной нагрузки и уменьшением количества циркулирующих CD4+ Т-клеток, псориаз у ВИЧ-инфицированных больных или больных СПИДом ухудшается или обостряется. В дополнение к этой загадке, ВИЧ-инфекция обычно сопровождается сильным сдвигом цитокинового профиля в сторону Th2, в то время как вульгарный псориаз у неинфицированных больных характеризуется сильным сдвигом цитокинового профиля в сторону Th1. По принятой в настоящее время гипотезе, уменьшенное количество и патологически изменённая активность CD4+ Т-лимфоцитов у больных с ВИЧ-инфекцией или СПИДом вызывают гиперактивацию CD8+ Т-лимфоцитов, которые и ответственны за развитие или обострение псориаза у ВИЧ-инфицированных или больных СПИДом. Однако важно знать, что большинство больных псориазом здоровы в отношении носительства ВИЧ, и ВИЧ-инфекция ответ-

ственно за менее чем 1 % случаев псориаза. С другой стороны, псориаз у ВИЧ-инфицированных встречается, по разным данным, с частотой от 1 до 6 %, что приблизительно в 3 раза превышает частоту встречаемости псориаза в общей популяции. Псориаз у больных с ВИЧ-инфекцией и особенно со СПИДом часто протекает чрезвычайно тяжело, и плохо поддается или вообще не поддается стандартным методам терапии

Цель

Изучить течение псориаза у ВИЧ-инфицированного пациента. Оценить клиническую картину и прогноз заболевания у данного пациента, разработать тактику оптимального лечения.

Материалы и методы исследования

Мы провели обследование ВИЧ-инфицированного пациента, страдающего псориазом. Изучили анамнез заболевания, анамнез жизни, клиническую картину, особенности течения псориаза у данного пациента, сопутствующую патологию, проследили за изменением его здоровья в последующем, особенности течения ВИЧ.

Результаты исследования: В ходе проделанной работы, мы провели обследование пациента, страдающего псориазом. Этот случай был клинически интересен, так как на диагноз ВИЧ был впервые заподозрен у него во время госпитализации по поводу псориаза. На наличие ВИЧ-инфекции могло косвенно указывать только лишь тяжелое течение псориаза, отсутствие эффекта и даже ухудшение кожного процесса, несмотря на проводимую лекарственную терапию.

Пациент Г. — мужчина 46 лет. Поступил в мае 2013 г. на стационарное лечение в Гомельский областной кожно-венерологический диспансер. При поступлении пациенту был выдвинут диагноз: распространенный экссудативный псориаз, прогрессирующая стадия, зимний тип, субэритродермия (поражение кожи составляло 75 % поверхности тела).

Из анамнеза выяснено, что он болен псориазом с 1988 г., заболевание проявилось в период службы в армии, обострения возникали 1 раз в несколько лет, ухудшение отмечалось в весенний и зимний период, летом кожа полностью очищалась от элементов сыпи. Настоящее обострение пациент связывал со стрессом. В марте 2013 обращался амбулаторно в КВД с опоясывающим лишаем. Курит. Женат, отмечает наличие внебрачных половых связей.

В течение двух недель, несмотря на проводимое лечение, состояние пациента ухудшалось, появилась эритродермия (поражение 90 % поверхности тела). Было принято решение провести дотестовое консультирование и обследование на ВИЧ данного пациента. Результат — положительный.

После стабилизации кожного процесса пациент был выписан для дальнейшего лечения у инфекциониста. В инфекционной больнице был выдвинут диагноз: ВИЧ, 2 стадия (по ВОЗ), генерализованная лимфаденопатия, орофарингеальный кандидоз, онихомикоз.

В 2014 г. проходил амбулаторное лечение в КВД по поводу экссудативного распространенного псориаза кожных складок. Также, в 2014 г. был диагностирован инфильтративный туберкулез верхней доли левого легкого, осложненный экссудативным плевритом; на основании чего можно сказать, что ВИЧ перешел в 3 стадию (по ВОЗ). В настоящий момент получает антиретровирусную терапию.

Вирусная нагрузка и количество CD4:

2013 г. CD4 — 47,8 (3,9 %), ВН — 68 911 копий;

2014 г. CD4 — 103 (8,4 %), ВН — 640 копий.

Выводы

Если больной псориазом становится ВИЧ-инфицированным, то это ухудшает течение заболевания и его проявления. Лечение становится неэффективным или дает крайне незначительный эффект. Здесь могут помочь противовирусные препараты, направленные на подавление ВИЧ. Они помогают достичь некоторой ремиссии и в течении псориаза. Однако заболевание может приобрести и тяжелый генерализованный характер.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Адаскевич, В. П.* Кожные и венерические болезни / В. П. Адаскевич, В. М. Козин. — М., 2006. — 567 с.
2. *Скрипкин, Ю. К.* Кожные и венерические болезни / Ю. К. Скрипкин, В. Н. Мордовцев. — М., 1996. — 147с.
3. *Мордовцев, В. Н.* Псориаз (патогенез, клиника, лечение) / В. Н. Мордовцев. — Кишинёв: Штиинца, 1991.
4. *Змушко, Е. И.* ВИЧ — инфекция. Руководство для врачей / Е. И. Змушко, Е. С. Белозеров. — Питер, 2000.

УДК 616-078:681.5:338.314

ФАРМАКОЭКОНОМИКА В ИСПОЛЬЗОВАНИИ АВТОМАТИЗИРОВАННЫХ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИХ СИСТЕМ

Петрова С. Е., Володько А. П., Сидорович Т. С.

Научный руководитель: к.б.н., доцент О. Е. Кузнецов

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

В ходе лечения пациентов с различными формами патологии нередко возникают инфекционные осложнения, успешная терапия которых во многом зависит от своевременной и качественной лабораторной диагностики. Проводимые при этом микробиологические исследования включают обнаружение этиологических агентов (микроорганизмов), их идентификацию и определение чувствительности к лекарственным препаратам.

В настоящее время в подавляющем большинстве микробиологических лабораторий исследования проводятся рутинными методиками с получением окончательного результата на 4–7 сутки после взятия материала, что вынуждает на этот период времени проводить эмпирическую антибактериальную терапию. По данным ВОЗ, приблизительно в 13 % случаев антибактериальная терапия инфекционных осложнений до получения результатов чувствительности к антибиотикам проводится препаратами, к которым этиологический агент устойчив, либо необоснованно препаратами широкого спектра действия.

Цель

Оценка экономической эффективности применения автоматизированных систем для микробиологического мониторинга.

Материалы и методы исследования

Для оценки экономической эффективности проведен фармакоэкономический расчет с использованием данных статистических показателей работы учреждений здравоохранения за 2004–2013 гг, стоимости микробиологических методов исследования, лекарственных препаратов, койко-дней в клинике и стоимости тест-систем. Для уменьшения влияния колебаний курса рубля ценовые показатели определялись в у.е.

Результаты исследования и их обсуждение

Согласно статистическим отчетам, в среднем за год в централизованной лаборатории выполняется около 44000 бактериологических исследований для областных клиник, из которых до 20500 составляют санитарно-бактериологические исследования, 510 исследований крови на стерильность и гемокультуру, 300 посевов другого в норме стерильного материала (ликвор, пунктаты и др.) и около 22690 других исследований клинически значимого материала. Количество идентификаций и/или определений чувствительности к антибиотикам — 10 500 в год. Таким образом, нагрузка лаборатории по проведению идентификации и определению чувствительности к антибиотикам для клинически значимых микроорганизмов в среднем составляет 10 тыс. тестов в год. Принимая во внимание то, что одна диагностическая панель позволяет проводить один тест идентификации с определением антибиотикочувствительности, ориентировочная потребность в подобных панелях — 10 тыс. штук в год. В отделении анестезиологии и реанимации ежегодно проходит лечение около