

микобактериоза подтвержден выделением культуры НТМБ при наличии клинико-рентгенологической картины активного воспалительного процесса в легких.

В исследуемой группе мужчин было 12 (75,0 %), женщин — 4 (25,0 %) человека. Средний возраст пациентов $52 \pm 17,6$ лет.

Результаты исследования

При поступлении жалобы предъявляли 13 (81,3 %) человек. Из них: повышение температуры тела — 7 (53,8 %), похудание — 6 (46,2 %), кашель — 9 (69,2 %), ночную потливость — 3 (23,1 %), кровохарканье — 2 (15,4 %) человека. Средний срок продолжительности жалоб до обращения к терапевту составил $31 \pm 18,0$ дней. У 3 (23,1 %) пациентов изменения в легких выявлены при прохождении профилактического РФО. При поступлении туберкулез органов дыхания был выставлен в 14 (87,5 %) случаев, лишь у 2 чел. (12,5 %) другие заболевания легких.

У 11 (68,6 %) человек выявлены предрасполагающие развитию микобактериоза заболевания. Так, выраженные остаточные изменения в легких после излеченного туберкулеза были в 5 (45,5 %) случаях, состояния после оперативного лечения онкозаболеваний — в 3 (27,3 %), ВИЧ-инфекция — в 2 (18,2 %), бронхоэктатическая болезнь — в 1 (9,0 %) случае.

Изучена рентгенологическая картина микобактериозов. Локальные изменения выявлены в 12 (75,0 %), двустороннее поражение легких — в 4 (25,0 %) случаях. Верхнедолевая локализация наблюдалась у 7 (58,3 %), нижнедолевая — у 4 (41,7 %) чел. Деструкция легких выявлена у 10 (62,5 %), деформация легочного рисунка — 9 (56,3 %) чел., смещение корней легких — у 3 (18,6 %), кальцинаты внутригрудных лимфатических узлов — 2 (12,5 %) чел., эмфизема — у 2 (12,5 %) чел.

Из универсальных маркеров активности воспаления отмечено ускорение СОЭ — 14 (87,5 %) чел., лейкоцитоз периферической крови от $10,5$ до $14,7 \times 10^9$ — 6 (37,5 %) чел., но палочкоядерный сдвиг выявлен только у 2 (12,5 %) больных.

Проводилась видовая идентификация НТБМ с определением лекарственной чувствительности. У 8 (50,0 %) чел. обнаружена *M. avium*, у 6 (37,5 %) чел. — *M. fortuitum*, у 2 (12,5 %) чел. — *M. chelonae*, по 1 (6,2 %) чел. — *M. kansasii* и *M. malmolensae*. Тревожен факт, что у 11 (68,6 %) культур НТБМ выявлена первичная множественная лекарственная устойчивость к различным комбинациям препаратов. Это требовало коррекции лечения данных пациентов.

На фоне лечения у 7 (43,8 %) пациентов достигнута выраженная клиническая и рентгенологическая динамика в виде исчезновения симптомов интоксикации, прекращения выделения микобактерий, выраженного рассасывания очагов в легочной ткани, закрытия полостей распада.

Выводы

1. Клинико-рентгенологическая картина микобактериозов легких характеризуется полиморфизмом и сходством с туберкулезом. Это приводит к сложности диагностики этой группы заболеваний.

2. Не получено данных, свидетельствующих о развитии микобактериозов преимущественно у ВИЧ-инфицированных пациентов.

3. Наиболее информативным методом диагностики микобактериозов является использование автоматизированных систем быстрой идентификации микобактерий Bactec.

ЛИТЕРАТУРА

1. Center for Disease Control and Prevention: National Center for HIV, STD, and TB / Prevention Division of Tuberculosis Elimination. Epidemiology of Tuberculosis. — CDC. — 1995. — P. 3–23.
2. Sensitivity and specificity of PCR for detection of Mycobacterium tuberculosis: a blind comparison study among seven laboratories / G. T. Noordhoek [et al.] // J. Clin. Microbiol. — 1994. — № 32. — P. 277.
3. Wolinsky, E. Nontuberculous mycobacteria and associated disease / E. Wolinsky // Am Rev Respir Dis. — 1979. — № 119. — P. 107–159.

УДК 618.2-083:572:618.291

АНТРОПОМЕТРИЯ И ПИТАНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН КАК ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ КРУПНОГО ПЛОДА

Трушкова Е. В.

Научный руководитель: к.м.н., ассистент *О. А. Теслова*

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

Введение

Беременность и роды крупным плодом относятся к одной из важных проблем в современном акушерстве. Многими отечественными и зарубежными исследователями за последние десять лет отмечена тенденция к увеличению родов крупным плодом, частота которых варьирует в пределах 8–18,5 %.

Цель

Выявить на основании клинико-статистического анализа средовые и алиментарные факторы риска развития макросомии плода в современных условиях.

Материалы и методы исследования

Анализ научно-практической литературы по изучаемому вопросу; социологический метод (анкетирование) по специально разработанной анкете; антропометрические и общеклинические исследования, статистическая обработка результатов исследования.

Результаты исследования

Проведено обследование 102 женщин в сроке гестации 39–40 недель беременности, из которых у 77 гестация закончилась рождением крупного плода (основная группа) и у 25 — плода с нормальной массой (группа сравнения). Исследования проведены на базе акушерских отделений У «ГОКБ» с августа по декабрь 2013 г.

Анализ данных анкетирования выявил следующие варианты и положения по изучаемым вопросам. Средний возраст женщин, родивших детей с крупной массой составил 28 лет, средний возраст матерей детей с нормальной массой — 24 года.

Среди беременных, родивших крупных детей и детей с нормальной массой, 25 и 48 % соответственно имеют высшее образование. Свой социально-экономический статус как выше среднего оценили 6 % женщин, 10 % — ниже среднего и 84 % как средний. Соответствующие частоты в группе сравнения составили 10, 4 и 86 %.

Средний рост пациенток в исследуемых группах был практически одинаков и составил 165,1 см в основной и 164,3 см в группе сравнения. Средняя масса беременных при макросомии плода составила 80,1 кг, значительно выше, чем при нормосомии — 67,7 кг ($ZT = 12,04$, $p = 0,0005$). Соответственно индекс массы тела у матерей, родивших крупных детей, был также выше (25,5 кг/м² против 23,7 кг/м²; $ZT = 2,98$, $p = 0,08$). Наблюдалась более высокая общая прибавка массы тела у беременных крупным плодом: составила 19,9 кг против 12,5 кг, хотя значимых различий не получено ($ZT = 1,34$, $p = 0,25$).

Во время беременности у значительного числа пациенток обеих групп наблюдалась анемия, но при макросомии плода она была в 2 раза чаще, чем при нормосомии (40,3 % против 20,0 % соответственно, $P = 0,09$). Благодаря своевременному лечению и профилактике количество пациенток с анемией перед родами снизилось, и среднее значение гемоглобина не различалось в изученных группах (113,6 и 117,2 г/л соответственно; $ZT = 0,58$, $p = 0,45$).

Одним из важных факторов развития крупного плода следует считать алиментарный. Из всех опрошенных женщин только 3 % придерживались диеты. Равномерно питались в течение дня 17% женщин, родивших крупных детей, и 40 % женщин при нормосомии ($\chi^2 = 4,53$, $p = 0,033$). 17 % женщин испытывали желание съесть мел, лед.

Женщины, родившие крупных детей, предпочитали углеводную и белковую пищу в 1,5 раза чаще: 46 (41,8 %) и 19 (27,1 %), чем с нормальной массой плода: 17 (27,1 %; $\chi^2 = 0,04$, $p = 0,84$) и 6 (8,6 %; $\chi^2 = 0,025$, $p = 0,62$) соответственно. Малоактивный образ жизни может явиться дополнительным фоном в развитии крупного плода: так среди

женщин с макросомией не активными себя считают 56 %, при нормосомии — 36 % ($\chi^2 = 2,23$, $p = 0,15$). Курили до беременности 11 % женщин, в начале беременности 9 %, иногда на протяжении всей беременности 11%, не курили 69% женщин из опрошенных.

Выводы

Антропометрическими и алиментарными факторами риска формирования крупного плода являются: вес беременной перед родами ($p = 0,0005$) и ИМТ ($p = 0,08$), анемия ($P = 0,09$) и неравномерное питание во время беременности ($p = 0,033$). Несомненно, важным в профилактике развития крупного плода является нормализация массы тела женщин, сбалансированное и равномерное питание, своевременная диагностика и коррекция анемий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гульченко, О. В. Факторы риска развития крупного плода / О. В. Гульченко // Материалы 8-го Всероссийского научного форума «Мать и дитя». — М, 2006. — С. 71.
2. Панина, О. Б. Крупный плод. Антенатальные факторы риска / О. Б. Панина, Л. Г. Сичинава, А. Л. Черепнина // Материалы 6-го всероссийского научного форума «Мать и дитя». — 2004. — С. 153–154.

УДК 612.017.1: 616.12-007.1-053.1-053.2

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ КУЛЬТУРАЛЬНОЙ СРЕДЫ НА ЖИЗНЕСПОСОБНОСТЬ ТИМОЦИТОВ *EX VIVO* У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Туляев Я. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Д. Ю. Шилов

**Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования**

**«Пермская государственная медицинская академия имени академика Е. А. Вагнера»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Пермь, Российская Федерация**

Введение

Врожденные пороки сердца (ВПС) являются одной из самых распространенных аномалий у детей. По результатам официальных статистических данных, ежегодно в России регистрируется более 20 тыс. случаев врожденных пороков сердца разной степени сложности у детей, из них 75 % нуждаются в оперативной коррекции порока, при которой происходит удаление тимуса. Известно, что судьбу иммунной системы в детском возрасте определяет состояние центрального органа иммунитета — тимуса. Нарушение его структуры и функции при различных заболеваниях инфекционной и неинфекционной природы может являться причиной развития акцидентальной инволюции органа, определяя дефектное состояние иммунной системы в целом [1, 2]. При этом мало изучено влияет ли степень гипоксии *in vivo* на жизнеспособность тимоцитов *ex vivo*.

Цель

Оценить жизнеспособность тимоцитов при культивировании *ex vivo* у детей с врожденными пороками сердца.

Материал и методы исследования

Объектом исследования служили тимоциты, которые получали из фрагментов тимуса детей первого года жизни; фрагменты тимуса иссекали во время операций по поводу врожденных пороков сердца (Пермская краевая клиническая больница № 2) «Институт Сердца» Филиал научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева РАМН) в соответствии с принятой операционной тактикой. Фрагмент тимуса гомогенизировали в стерильном мерном стакане с забуференной культуральной средой, которую готовили *ex tempore* на основе среды 199 (ПанЭко, Россия), 2 мМ L-глутамин (Reanal, Венгрия), 10 мМ HEPES (N-2-гидроксиэтилпиперазин-N'-2-этансульфоновая кислота, Sigma, США). В зависимости от сложности порока сердца, определяющего