

охранения городской больницы скорой медицинской помощи г. Курска. Тематическое обследование больных включало общий осмотр с оценкой физикальных данных, ЭКГ, доплер-эхокардиографию и статистическую обработку. Больные исследуемой группы на фоне традиционной терапии получали в качестве антиишемического препарата, обладающего антиоксидантной активностью, новый отечественный препарат мексикор, вводимый в/в в дозе 6–9 мг/кг/сут. (в среднем 7,5 мг/кг/сут.).

Результаты исследования и их обсуждение

Оценка исходных параметров систолической и диастолической функций левого желудочка, показала наличие низкой ЕФ, невысокого УИ и СИ. У больных обеих групп имела место диастолическая дисфункция I типа, что подтверждалось характерными изменениями скоростных показателей трансмитрального потока: низким показателем VE и высокой VA и увеличением IVRT в первые сутки острого инфаркта миокарда. Исходно в обеих исследуемых группах имелось значительное число зон гипокинезии, акинезии и дискинезии. На фоне лечения фракция выброса достоверно увеличилась к 14-м суткам ИМ в группе контроля на 9 %, в исследуемой — на 25 %. УИ в исследуемой группе повышался с 3 суток до момента выписки на 40%, а в группе контроля на 28 % лишь к моменту выписки. Сердечный индекс в процессе лечения мексикором значительно возрастал с 3 суток (на 13 %), достигая к 14-м суткам прироста на 18 %. В группе контроля изменений указанного параметра не было. Терапия мексикором ускоряла нормализацию параметров трансмитрального потока: V_e , V_a , уменьшала длительность IVRT, что в и тоге свидетельствует о благоприятном воздействии мексикора на параметры трансмитрального потока и диастолическую дисфункцию миокарда левого желудочка. Мексикор способствовал сокращению зон акинезии и их переходу в состояние гипокинеза, а также восстановлению нарушенной сегментарной сократимости.

Выводы

Новый кардиопротективный препарат «Мексикор», обладающий антиоксидантной активностью, рекомендуется включать в лечебную программу ИМ, так как он улучшает клиническое течение болезни, ускоряет восстановление функциональной активности миокарда левого желудочка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Голиков, Л. П. Актуальные проблемы неотложной кардиологии / Л. П. Голиков // Кардиология. — 2001. — № 6. — С. 12–18.
2. Литвицкий, П. Ф. Патогенные и адаптивные изменения в сердце при его регионарной ишемии и последующим возобновлением коронарного кровотока / П. Ф. Литвицкий // Патол. физиология и эксперим. терапия. — 2002. — № 2. — С. 2–12.
3. Оценка систолической и диастолической функций левого и правого желудочков: рук-во по ультразвуковой диагностике / под ред. В. В. Митькова, В. А. Сандрикова. — М.: Вирар, 1996. — С. 119–128.
4. Жданов, В. С. Основные патологические процессы в сердечно-сосудистой системе: рук-во по кардиологии / В. С. Жданов; под ред. Е. И. Чазова. — М.: Медицина, 1982. — Т. 1. — С. 336–350.
5. Ройтберг, Г. Е. Внутренние болезни. Сердечно-сосудистая система / Г. Е. Ройтберг, А. В. Струтынский. — М.: МЕДпресс-информ, 2011. — 800 с.

УДК 616.99-054.7-057.68 (476)

ИНВАЗИВНЫЕ ИНФЕКЦИИ ТУРИСТОВ И МИГРАНТОВ В БЕЛАРУСИ

Молодой Е. Г.

Научный руководитель: В. В. Концевая

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Одним из важных достижений современной цивилизации является возможность человека свободно перемещаться по планете. Мобильность населения увеличивается как за счет туризма, так и за счет процессов миграции. По данным Белстат за период с 2006 по 2013 гг. граждане РБ совершили 1783080 поездок за ее пределы с целью туризма. Существуют негативные последствия свободного передвижения, одно из которых — интенсивный обмен популяций различных регионов мира инфекционными и паразитарными агентами. В Беларуси ежегодно регистрируются случаи инвазивных инфекций у туристов, вернувшихся из-за границы, а также у граждан иностранных государств, прибывших в качестве рабочей силы или с целью получения образования [1].

Цель

Проанализировать частоты встречаемости инвазивных инфекционных заболеваний у туристов и мигрантов, прибывших в РБ из-за границы.

Материалы и методы исследования

Данные Национального статистического комитета РБ, информационно-аналитического бюллетеня ГУ «РЦГЭиОЗ» за 2006–2013 гг. Для проведения статистического анализа использовали программу ArcView GIS 3.2a, графический редактор MS Office, проведен анализ научно-методической литературы.

Результаты исследования и их обсуждение

Нами был проведен анализ случаев заболеваемости некоторыми инвазивными инфекциями граждан РБ, находившихся в турпоездках за пределами страны и граждан иностранных государств, получивших стационарную медицинскую помощь в медучреждениях РБ за период с 2006 по 2013 гг.

В инфекционных отделениях 3 тыс. пациентов имели инвазивные инфекции, что составило 6,7 % от общего количества пациентов (44305 человек), получивших лечение [3]. Количество иностранных граждан достигло 1–3,4% от числа больных в стационарах.

Исходя из анализа географии миграционных и туристических потоков, поступающих в стационары, можно выделить такие страны, как РФ, Украина, Индия, страны Центральной Африки и Юго-Восточной Азии, процент госпитализированных после приезда из этих стран был максимальным — 18,2–24,0 %. Минимальный процент завоза инвазивных инфекций из стран Западной Европы — 0,1–6,1 % [2].

В структуре «привозных» инфекций лидирующее положение на протяжении периода исследования занимают краснуха и корь — 29,7 и 22,7 %, с респираторным механизмом инфицирования. Граждане РБ, инфицировались в РФ и Украине. В 2011 г. зарегистрировано 20 случаев завоза краснухи гражданами Вьетнама, работающими в строительных организациях города Минска. В 2006 г. наблюдается максимум случаев завоза краснухи — 2360 случаев, а на протяжении 2007–2009 гг. спад до 1–2 случаев. В 2010 г. такие случаи вовсе отсутствовали. Затем наблюдался подъем заболеваемости до 14,7 %.

В РБ ежегодно регистрируются от 5 до 10 случаев малярии. За период исследования выявлено 48 случаев. Большинство — больные из высокоэндемичных по малярии стран Африки (59,9 %) и Азии (36,8 %). Основную часть случаев составила *vivax*-малярия — 73,6 %, значительную долю — *falciparum* — малярия 24,8 %, а *P. malariae* встречался достаточно редко — 0,4 %. Микст-формы малярии с другими инфекционными заболеваниями составили 1,2 %. Среди трансмиссивных инфекций следует отметить спорадические случаи таких тропических заболеваний, как лейшманиоз (1 случай) в 2006 г., лихорадка Денге (1 случай) в 2012 г., брюшной тиф (1 случай) в 2013 г.

В 2012 г. было зарегистрировано 9 случаев вирусного гепатита А, с гемоконтактным механизмом инфицирования. Выявлено 6 случаев у трудовых мигрантов из стран Средней Азии и 3 случая у белорусских туристов.

Выводы

Таким образом, полученные в результате исследования данные свидетельствуют о вовлечении инвазивных инфекций в общий эпидемический процесс в Беларуси. Основ-

ным фактором, способствующим инвазии таких инфекционных заболеваний, как краснуха, корь, малярия, гепатит, лейшманиоз и др., являются зараженные туристы, граждане РБ (79,6 %), а также трудовые мигранты, иностранные граждане (20,4 %).

ЛИТЕРАТУРА

1. *Веденьков, А. Л.* Гельминтозы, протозоозы, трансмиссивные зоонозные и заразные кожные заболевания в Республике Беларусь / А. Л. Веденьков, С. Е. Яшкова; под ред. В. В. Гриня // Информационно-аналитический бюллетень ГУ «РЦГЭиОЗ». — 2006–2013.

2. *Маринин, М. М.* Туристские формальности и безопасность в туризме / М. М. Маринин // Проблемы здоровья и экологии. — 2010. — № 3. — С. 56–63.

3. Статистический сборник Национального статистического комитета РБ за 2006–2013 годы, www.belstat.gov.by. — Дата доступа 03.03.14.

УДК [617.586:616.379-008.64]:616-001:579

МИКРОБНЫЙ СПЕКТР РАН У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Музычкина Е. П., Дмитриенко А. А., Курек М. Ф.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *А. А. Призенцов*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В Международном соглашении по диабетической стопе (2000 г.) было принято определение СДС как комплекса анатомо-функциональных изменений стопы у больного СД, связанного с диабетической нейропатией, ангиопатией, остеоартропатией, на фоне которых развиваются гнойно-некротические процессы [2].

СДС — самое частое осложнение сахарного диабета. Синдром возникает у 80 % пациентов с СД спустя 15–20 лет после начала болезни и в половине случаев заканчивается ампутацией одной или обеих нижних конечностей [2].

Учитывая полимикробный ассоциативный характер микрофлоры инфицированных очагов на стопе диабетика, во всех случаях показана эмпирическая антибактериальная терапия препаратами широкого спектра действия. При получении результатов бактериологического исследования производится коррекция назначений (деэскалационный принцип антибактериальной терапии) [1].

Цель

Изучить микробиологический спектр ран у пациентов с СДС.

Материалы и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов с синдромом диабетической стопы, находившихся на лечении в хирургическом отделении №3 на базе ГУЗ «ГТКБ № 3» в период с 01.01.2013 по 31.12.2013 гг.

Исследуемая группа составила 102 пациента — 50 мужчин и 52 женщины. Возраст пациентов варьировал от 26 до 82 лет (средний возраст $58,4 \pm 12$ лет). У 16 (15,7 %) пациентов диагностирован СД 1 типа, у 86 (84,3 %) — СД 2 типа. Длительность заболевания сахарным диабетом от впервые выявленного заболевания до 42-летнего «стажа» болезни (в среднем $16,42 \pm 10,3$ года). 17 (16,7 %) из исследуемых пациентов страдали нейропатической формой СДС, 1 (1 %) — ишемической и 84 (82,3 %) имели смешанную форму СДС.

Из сопутствующих заболеваний у пациентов чаще всего встречались: ИБС в сочетании с артериальной гипертензией (90 (88 %) пациентов), хроническая полифакторная анемия (8 (7,8 %)), миокардиодистрофия (6 (5,9 %)), а так же перенесенные ОНМК и ИМ (15 (14,7 %) случаев) и другая патология.