

детей показал, что у пациентов 1-й группы прирост ПК в сосудах предплечья укладывался в нормальные показатели зависимой от эндотелия вазодилатации и составил $11,9 \pm 1,15$ %. У пациентов с ЭЯП СОЖ и ДПК прирост ПК по результатам теста с реактивной гиперемией был ниже ($2,6 \pm 0,90$ %), чем у детей 1-й группы ($p < 0,01$) и ниже установленных величин, что трактовалось нами как признак NO-зависимой дисфункции эндотелия. У всех обследованных детей наблюдался значимый (более 19 %) прирост ПК в ответ на прием нитроглицерина, что свидетельствовало о сохранности у них гуанилатциклазного эндотелий независимого механизма вазодилатации.

Поскольку большое значение в реализации ЭЯП слизистой гастродуоденальной зоны, как мультифакториальных заболеваний, отводится наследственной предрасположенности, нами проведен анализ родословных обследованных пациентов. Установлено, что дети с ЭЯП слизистой гастродуоденальной зоны достоверно чаще имели в родословной родственников с хроническими воспалительными заболеваниями желудка и ДПК по сравнению с детьми 1-й группы ($\chi^2 = 5,18$; $p = 0,022$).

Согласно литературным данным, распространенность заболеваний ЖКТ среди детей, находившихся на раннем искусственном вскармливании, выше, чем у детей, находившихся на естественном вскармливании [1]. Анализ длительности грудного вскармливания у обследованных детей показал, что раннее искусственное вскармливание достоверно чаще получали дети с ЭЯП желудка и ДПК по сравнению с пациентами с ХГ и ХГД ($\chi^2 = 5,87$; $p = 0,015$).

Выводы

1. По результатам теста с реактивной гиперемией установлено снижение величины максимального прироста ПК и формирование ДЭ у детей с ЭЯП слизистой желудка и ДПК, что подтверждает роль сосудистых нарушений в патогенезе этих заболеваний.

2. У пациентов с ЭЯП слизистой гастродуоденальной зоны достоверно чаще отмечалась наследственная отягощенность по хроническим воспалительным заболеваниям желудка и ДПК.

3. Ранний перевод на искусственное вскармливание можно считать одним из факторов риска, предрасполагающим к развитию ЭЯП слизистой гастродуоденальной зоны у детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Детская гастроэнтерология (избранные главы) / под ред. А. А. Баранова, Е. В. Климанской, Г. В. Римарчук. — М., 2002. — 591 с.
2. Краснова, Е. Е. Использование методов оценки функций лейкоцитов для диагностики хронического воспаления при гастродуодените у детей / Е. Е. Краснова, В. В. Чемоданов, Е. Н. Клыкова // Вопросы современной педиатрии. — 2005. — Т. 4, № 2. — С. 35–40.
3. Сукало, А. В. Распространенность заболеваний органов пищеварения у детей / А. В. Сукало, Т. В. Подольская-Девочко // Медицинская панорама. — 2004. — Т. 37, № 2. — С. 40–42.
4. Тананян, А. О. Язвенная болезнь и оксид азота: обзор литературы / А. О. Тананян // Вестн. хирургии Армении. — 2001. — № 1. — С. 6–9.
5. Non-invasive detection of endothelial dysfunction in children and adults at risk of atherosclerosis / D. S. Celermajer [et al.] // Lancet. — 1992. — Vol. 340, № 7. — P. 1111–1115.

УДК 616.2 – 022-036.87-084:615.37

РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ИНФЕКЦИИ, АКТУАЛЬНОСТЬ ИММУНОКОРРЕКЦИИ, ПРОФИЛАКТИКИ

Сердюкова О. А., Кононова О. Н., Плотникова Н. М.

**Научный руководитель: ассистент кафедры внутренних болезней № 2
с курсом эндокринологии О. Н. Кононова**

**Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека»
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Респираторные заболевания являются одними из наиболее распространенных патологий человека, а острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) остаются од-

ной из наиболее актуальных медицинских проблем современного общества. Категорию пациентов, подверженных частым повторным и затяжным респираторным заболеваниям выделяют в отдельную группу — часто длительно болеющих (ЧДБ) [1].

По данным статистики, 15–20 % экономических потерь вследствие временной нетрудоспособности обусловлено гриппом и другими острыми респираторными заболеваниями (ОРЗ). Актуальность вирусных заболеваний в настоящее время обусловлена не только широкой распространенностью, но и склонностью к хроническому рецидивирующему течению [2]. За последние годы отмечено значительное увеличение заболеваний бронхолегочной системы с ростом числа дней нетрудоспособности и инвалидизации больных.

Цель

На основании актуальности проблемы рецидивирующих респираторных инфекций и необходимости их профилактики (по обзору литературы), и сопоставив данные анализа заболеваемости респираторной патологией по данным консультативного приема иммунологов ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» (ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ»), подтвердить данные о необходимости и важности профилактических мероприятий, в том числе — проведении курсов иммунореабилитационной терапии у пациентов группы ЧДБ.

Материал и методы исследования

Факторы, способствующие развитию вторичных иммунодефицитных состояний и формированию группы ЧДБ, разнообразны. Это — наследственная предрасположенность, влияние неблагоприятных экологических и социальных факторов, истощающих иммунную систему. Снижает резистентность организма действие промышленных и автомобильных загрязнителей внешней среды, нерациональное питание, психоэмоциональные стрессы [4].

На фоне имеющегося неблагополучия частые вирусно-бактериальные инфекции истощают ресурсы иммунной защиты и ведут к развитию вторичных иммунодефицитов. Это создает условия для рецидивирующих инфекций в организме и является угрозой хронизации воспалительного процесса. Немаловажным фактором является то, что у многих пациентов этой группы (ЧДБ) развиваются дисбиотические нарушения, затрагивающие не только пищеварительную систему, но и кожные покровы, слизистые оболочки. Одной из причин активации условно-патогенной флоры являются повторные курсы антибиотикотерапии. В свою очередь, дисбактериоз становится одним из патогенетических звеньев рецидивирования респираторных инфекций.

Результаты исследования

Анализируя данные работы кабинета иммунопатологии ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ» по обращаемости за 2008–2009 гг., пациенты с рецидивирующими заболеваниями дыхательных путей среди всех пациентов с иммунопатологией составили около 27 %, что составляет примерно 1/3 от всех обращающихся на прием больных. По возрастным группам данная заболеваемость распределилась следующим образом: пациенты в возрасте 15–25 лет составили 36,2 %, 25–35 лет — 26,6 %, 35–45 лет — 17,9 %, 45–55 лет — 19,3 % (таблица 1).

Таблица 1 — Распределение пациентов с рецидивирующими заболеваниями верхних дыхательных путей по возрастным группам, по обращаемости к иммунологу

Возрастная группа (лет)	15–25	25–35	35–45	45–55
Показатель (%)	36,2	26,6	17,9	19,3

По данным таблицы 1 видно, что в общем числе пациентов с рецидивирующими заболеваниями верхних дыхательных путей преобладают люди молодого возраста — самая активная, трудоспособная часть населения. Так как эти пациенты являются людьми трудоспособного возраста, частая заболеваемость их рецидивирующими заболеваниями верхних дыхательных путей обуславливает значительный экономический

ущерб, связанный с временной утратой трудоспособности, а при развитии хронической патологии — стойкой утратой трудоспособности самой активной части населения. По данным обращаемости на прием к иммунологу женщины составляют 80,8 %, мужчины — 19,2 %, что, возможно, свидетельствует о более ответственном отношении женского населения к сохранению своего здоровья. Среди пациентов группы ЧДБ хроническую патологию бронхолегочной системы и ЛОР-органов имеют по возрастным группам: 15–25 лет — 48,5 %, 25–35 лет — 64,1 %, 35–45 лет — 69,1 %, 45–55 лет — 62,7 % (таблица 2).

Таблица 2 — Доля хронической патологии у пациентов из группы ЧДБ по обращаемости к иммунологу

Возрастная группа (лет)	15–25	25–35	35–45	45–55
Показатель (%)	48,5	64,1	69,1	62,7

По представленным в таблице 2 данным видно, что у пациентов группы ЧДБ с возрастом значительно увеличивается процент хронической патологии, с чем в дальнейшем могут быть связаны случаи возникновения инвалидности и летальности. В связи с этим, необходимо акцентировать внимание на лечебно-профилактических мероприятиях, проведении курсов иммунореабилитационной терапии у пациентов группы ЧДБ, что позволит снизить частую их заболеваемость, развитие хронической патологии, формирование вторичных иммунодефицитных состояний и уменьшить связанные с этим материальные затраты на лечение этих пациентов, государственные потери в связи с временной и (или) стойкой нетрудоспособностью.

Важным аспектом охраны здоровья является правильно организованная профилактика. Профилактика предусматривает прием иммунокорректирующих препаратов здоровыми пациентами с риском развития рецидивирующих респираторных инфекций в эпидемические периоды с целью снижения риска заболеваемости, а также назначение иммуномодуляторов в острой фазе заболевания с целью сокращения количества дней болезни и компенсации вызванной инфекцией иммуносупрессии. Профилактические мероприятия предусматривают занятия по улучшению функционирования органов дыхания, нормализации функции внешнего дыхания. На первом месте в перечне профилактики простудных инфекций стоит закаливание, занятия на дыхательных тренажерах, ходьба, бег, плавание, а также специальная лечебная физкультура. Большое значение имеет качество и состав принимаемой пищи.

Клиническая практика показывает, что комплексная терапия заболеваний, протекающих на фоне вторичного иммунодефицита, этиотропными препаратами и иммуномодулирующими средствами обеспечивает достаточно высокую клиническую эффективность, предупреждает развитие осложнений, переход острых процессов в хроническое течение, значительно сокращает частоту рецидивов [1]. Важным показателем эффективности такого лечения является повышение параметров качества жизни пациента.

Выводы

1. Частая респираторная заболеваемость способствует развитию хронической ЛОР- и бронхолегочной патологии, формированию вторичных иммунодефицитных состояний, служит этиопатогенетической основой таких заболеваний, как ревматизм, ревматические пороки сердца, инфекционно-аллергический полиартрит, гломерулонефрит, тиреодит, ряд заболеваний кожи и других.

2. По данным анализа заболеваемости респираторной патологией по обращаемости на консультативный прием иммунологов в ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ», в общем числе пациентов с рецидивирующими заболеваниями верхних дыхательных путей преобладают люди молодого возраста, с возрастом значительно увеличивается процент хронической патологии, с чем в дальнейшем могут быть связаны случаи возникновения инвалидности и летальности.

3. Необходимо акцентировать внимание на лечебно-профилактических мероприятиях, проведении курсов иммунореабилитационной терапии у пациентов группы ЧДБ, что позволит снизить частую их заболеваемость, развитие хронической патологии, формирование вторичных иммунодефицитных состояний.

4. Профилактика простудных заболеваний представляет собой целый комплекс специальных мероприятий, в том числе предусматривает прием иммунокорректирующих препаратов.

5. Комплексная терапия заболеваний, протекающих на фоне вторичного иммунодефицита, этиотропными препаратами и иммуномодулирующими средствами обеспечивает достаточно высокую клиническую эффективность, предупреждает развитие осложнений, переход острых процессов в хроническое течение, значительно сокращает частоту рецидивов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Волков, А. Г. Клинические проявления вторичного иммунодефицита при заболеваниях ЛОР-органов / А. Г. Волков, С. Л. Трофименко. — М.: Медицина, 2007. — С. 7–8, 156.
2. Лаптева, И. М. Хроническая обструктивная болезнь легких: современные аспекты диагностики и лечения / И. М. Лаптева, Е. А. Лаптева // Медицинская панорама. — 2003. — № 7. — С. 3–7.
3. Леонова, М. В., Ефременкова О. В. // Качественная клиническая практика. — 2002. — № 1. — С. 14–22.

УДК 617.741-004.1-089:617.735-007.281

ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИЯ КАТАРАКТЫ НА ГЛАЗАХ ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОЙ ВИТРЕКТОМИИ ПО ПОВОДУ ОТСЛОЙКИ СЕТЧАТКИ С ДОЛГОСРОЧНОЙ СИЛИКОНОВОЙ ТАМПОНАДОЙ.

Сидоренко О. Э.

Научные руководители: ассистент Н. М. Самохвалова, к.м.н., доцент Л. В. Дравица

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Тампонада силиконовым маслом (СМ) была впервые предложена Р. Cibis и др. в 1962 г. и до настоящего времени является одним из наиболее эффективных методов лечения осложненных форм отслойки сетчатки (ОС) [1]. Несмотря на свои уникальные физико-химические свойства и хорошую переносимость тканями глаза, длительное нахождение силикона в витреальной полости провоцирует ряд тяжелых осложнений: контактную кератопатию, вторичную гипертензию, помутнение хрусталика [1, 4]. В литературе описаны следующие виды «силиконовой» катаракты: белая, ядерная (с различной плотностью ядра), заднекапсулярная [2]. Введение СМ активирует макрофагальную воспалительную реакцию, способствуя эмульгации силикона. В зонах скопления такого силикона появляются нежные точечные сероватые помутнения [4]. Вероятна также роль метаболического фактора (СМ блокирует доступ питательных веществ, что приводит к снижению анаэробного гликолиза и оксигенации белков хрусталика), токсического эффекта (даже при самых современных технологиях очистки СМ содержит примеси) [1, 2]. Имеет значение и сама операционная травма (в 34–63 % случаев катаракта развивается после витректомии без применения СМ) [2].

Традиционный подход витреоретинального хирурга — сохранять хрусталик с помутнениями, существенно не ограничивающими визуализацию глазного дна, и решать вопрос о его удалении в отсроченном периоде [3]. По данным Х. П. Тахчиди и др., основным показанием к удалению хрусталика на этапе первичной витректомии с силиконовой тампонадой по поводу отслойки сетчатки является исходное начальное помутне-