

симптоматики у больных, которые инфицировались при хирургических вмешательствах, гемотрансфузиях, нанесении татуировок, стоматологических манипуляциях, инъекциях, незащищённых половых контактах с больными вирусным гепатитом С, при профессиональном и бытовом контакте. Желтушный синдром достоверно чаще был отмечен у больных, инфицированных при введении наркотиков, инъекциях, гемотрансфузиях и стоматологических манипуляциях ($0,01 > P < 0,05$). Содержание билирубина в остальных группах соответствовало норме и не различалось ($P > 0,05$). Средние показатели содержания АлАТ и АсАТ во всех группах пациентов были выше нормальных, но наиболее высокими у потребителей наркотиков, значительными в группах, где путём инфицирования были татуировки, инъекции, бытовой контакт, гемотрансфузии, наименьшие в группах с передачей путём профессионального и полового контактов, стоматологических и хирургических манипуляций, показатели уровня трансаминаз которых между собой не отличались ($P > 0,05$). В группе больных, в которой фактор передачи инфекции не был установлен, АлАТ и АсАТ были значительно меньше относительно других групп ($0,01 > P < 0,05$), за исключением заражения посредством стоматологических манипуляций и профессионального контакта ($P > 0,05$).

Результаты проведенного анализа клинико-биохимических показателей, в зависимости от факторов риска, показывают, что их выявление позволяет установить различия в течении заболевания у больных с различным эпидемиологическим анамнезом, что определяет их значимость и возможность прогнозирования характера течения заболевания в зависимости от реализованного фактора риска при инфицировании.

Работа представлена на II научную международную конференцию «Фундаментальные исследования в биологии и медицине», Черногория (Бечичи), 8-15 июня 2007 г. Поступила в редакцию 19.05.07 г.

К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕВЕНТИВНОЙ ТЕРАПИИ ГЕСТОЗА ПРИ МНОГОКРАТНЫХ РОДАХ

Бегова С.В.

*Дагестанский научный центр РАМН
Махачкала, Россия*

В Дагестане, как и в России в целом, за последние годы отмечается рост частоты гестоза. Несмотря на возможности и успехи современной медицины гестоз до сих пор остаётся одной из главных причин материнской и перинатальной смертности. Высокая частота гестоза у многокорожавших женщин объясняется наличием у них различной фоновой патологии.

Целью нашего исследования явилось изучение течения гестоза при многократных родах и влияния предлагаемой превентивной терапии на течение гестоза у многокорожавших женщин. Всего было обследовано **108** женщин в III триместре - **основная группа**. Основная группа также была разделена на 2 подгруппы: **1-я подгруппа** – **58** многокорожавших беременных, получивших полную пренатальную подготовку соответственно современным причинам лечения гестоза и профилактики его осложнений; **2-я подгруппа** – **50** многокорожавших беременных, получивших частичную дородовую подготовку в связи с поздней госпитализацией или началом родовой деятельности, что требовало ускорения родоразрешения. Всем пациенткам предстояли 4-е роды.

Методика пренатальной подготовки многокорожавших беременных основной группы включала: вазопротекторы; коллоидные растворы, гипотензивные средства, мембраностабилизаторы, антиагреганты, поливитаминовый комплекс, гипербарическую оксигенацию.

Результаты показали, что у 95% женщин гестоз развился на фоне экстрагенитальной патологии. Первое место занимала ЖДА (82,3%), на втором месте - ожирение различных степеней (54,1%), третье место артериальная гипертензия до беременности (31,6%). Кроме того, ранее начало гестоза (до 30 недель беременности) отмечено у 36 обследованных (33,3%). Характерная для гестоза триада основных симптомов диагностирована у 57 обследованных пациенток (52,7%). Критические формы гестоза были выявлены у 10 многокорожавших 2-ой подгруппы (9,3%). Особенности гестоза у многокорожавших женщин является стойкость и агрессивность клинических проявлений, резистентность к проводимой терапии.

Результаты нашего исследования показывают, что прогрессирование течения гестоза у многокорожавших женщин сопровождается выраженным снижением уровня белков крови с относительным компенсаторным повышением концентрацией α и, в меньшей степени, γ - глобулинов. Нами было отмечено достоверное снижение числа тромбоцитов в венозной крови, повышение уровня гематокрита, укорочение времени свертывания и рекальцификации, возрастание ПТИ и уровня фибриногена. Дефицит ОЦК у пациенток 2-ой подгруппы составил 27,7%, ОЦП-21,2% и ОЦЭ - 9% против 14,8%, 12,2% и 4,1% - в 1-ой подгруппе соответственно. Следовательно, объём и качественный состав проводимой инфузионной терапии у беременных 1-ой подгруппы положительно сказывался на показателях ОЦК, ОЦП, ОЦЭ. На фоне предложенной нами системы лечения у 82,7% беременных 1-ой подгруппы отмечалась клиническая ремиссия гестоза. После проведенного лечения критические формы гестоза, диагностированные у 16% беременных 2-ой подгруппы, отмечались лишь у 5,2% женщин из 1-й

подгруппы. Под действием комплексного лечения отмечено удлинение времени свёртывания на 27%, времени рекальцификации - на 9,8%, выявлено снижение ПТИ и концентрации фибриногена на 5,4% и 14,9% соответственно, фибринолитическая и антикоагуляционная активность крови повысилась на 36,2%.

Итак, на основании вышеизложенного можно сделать вывод об обратимости гемодинамических и гемостазиологических нарушений при правильном и своевременно начатом лечении гестоза лёгкой и средней степени тяжести.

Работа представлена на II научную международную конференцию «Фундаментальные исследования в биологии и медицине», Черногория (Бечичи), 8-15 июня 2007 г. Поступила в редакцию 19.05.07 г.

НЕКОТОРЫЕ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ Г. АСТРАХАНИ

Болотников И.Ю.

Территориальный центр медицины катастроф Астраханской области

На этом этапе исследования изучались все случаи смертности детей 5-9 лет, подростков 10-14 лет, юношей и девушек 15-19 лет г.Астрахани за 2003-2005 года на основании выкопировки данных из свидетельств об умерших по возрасту, полу, причинам смерти (учетная форма №5). Были проанализированы все случаи смерти (210 случаев) детей 5-9 лет, подростков 10-14 лет, юношей и девушек 15-19 лет с вычислением интенсивных и экстенсивных показателей по возрасту, полу, причинам смерти. К изученным группам были отнесены случаи смерти, причиной которых указывались заболевания согласно классам международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10). Доля детей 5-9 лет в возрастной структуре населения г.Астрахани составляет 4,7%, причем, мальчиков было больше (5,2%), чем девочек (4,3%); доля подростков 10-14 лет равна 7,1%, где юношей подростков так же больше (7,8%), чем девушек – подростков (6,5%); доля 15-19 летних юношей и девушек равна 9,6% в возрастной структуре населения г.Астрахани, причем, выявлено некоторое преобладание лиц мужского пола (10,6%), девушек (8,7%). Доля смертности детей 5-9 лет в структуре общей смертности населения г.Астрахани была равна 1,9%, подростков 10-14 лет – 2,5%, 15-19 лет – 4,2%. Смертность среди детей 5-9 лет за исследуемый период составила 0,298 ‰, причем, смертность мальчиков превысила смертность девочек этого возраста почти в 2 раза (в 1,8 раза). Частота смертности подростков 10-14 лет была равна 0,383‰, юноши подростки погибали в 2,5 раза чаще, чем девушки подрост-

ки. Интенсивность гибели юношей и девушек 15-19 лет составила 0,628‰; юноши в 1,5 раза чаще погибали, чем девушки этого возраста. Обращает на себя внимание увеличение интенсивных показателей смертности с возрастом и полом. Так, показатель смертности подростков 10-14 лет в 1,2 раза выше, чем детей 5-9 лет, и в 1,6 раза ниже, чем у юношей и девушек 15-19 лет, т.е. возрастной и половой факторы могут считаться факторами риска. В структуре смертности детей 5-9 лет на ведущем ранговом месте находились внешние причины смерти гибели подростков в этом возрасте (0,154‰; 53,6%), на втором – злокачественные новообразования (0,051‰, 17,8%), на третьем – болезни нервной системы (0,041‰; 14,3%) на четвертом – инфекции (0,030‰; 10,7%), на пятом – болезни органов дыхания (0,010‰, 3,6%). В структуре XX класса преобладали неуточненные травмы (37,5%), травм головы и грудной клетки было одинаковое количество (по 25,0%) несколько меньше было неблагоприятных реакций на вещества (12,5%), причем, у мальчиков 5-9 лет гибель вызывали неуточненные травмы, травмы головы и грудной клетки (87,5% причин), у девочек 5-9 лет главную причину составили неблагоприятные реакции на вещества (75,0%). Среди класса «внешние причины смертности» главными причинами у детей 5-9 лет были случаи утопления (41,7%), дорожно-транспортные происшествия (20,8%). В II классе лидировали злокачественные новообразования мозговых оболочек (60,0%), лейкомия и злокачественные образования бронхов, легких – имели одинаковый удельный вес (по 20,0%). В классе нервных болезней причинами смерти были ДЦП, эпилепсия, другие нарушения нервной системы и другие воспалительные болезни ЦНС (по 25,0%). В VIII классе причинами смерти были острые респираторные инфекции дыхательных путей (100%). Главными причинами смерти подростков 10-14 лет в VI классе были менингиты (50,0%), детский церебральный паралич (33,3%). Следует отметить, что у подростков 10-14 лет причинами смерти стали заболевания системы кровообращения, чего не наблюдалось у детей 5-9 лет. В структуре смертности юношей и девушек 15-19 лет первое ранговое место занимают внешние причины смертности (0,444‰, 70,8%), причем, у юношей вес и частота этой причины значительно выше (0,606‰, 79,2%), чем у девушек (0,273‰, 56,5%). Второе-третье место в структуре смертности разделили новообразования и болезни нервной системы (0,046‰; 7,3%), причем, у девушек было больше новообразований (0,083‰; 17,4%) у юношей – болезней нервной системы (0,059‰; 7,8%). На четвертом месте находились инфекционные болезни (0,040‰; 6,5%), на пятом – врожденные аномалии (0,020‰; 3,3%). В XIX классе основными причинами смерти юношей и девушек были травмы головы (54,3%) и неблагоприятные реакции на вещества (17,2%).