

рентгенологическим параметрам через 12 мес. после начала лечения (получения травмы) с использованием разработанной авторской методики **. При осмотре пациентов первой группы нарушение осанки выявлено в 25 (62,5 %) случаях, мышечная гипотония – в 21 (52,5 %), увеличение массы тела – в 20 (50%). Тест Адамса до 10 см – 3 (7,5 %), до 20–5 (12,5 %). Во второй группе нарушение осанки имело место у 5 (12,5 %), увеличение массы тела – у 2 (5 %). Объем движений – полный в 100 % случаев. В первой группе у 7 (17,5 %) пациентов при контрольном рентгенологическом исследовании выявлено не полное восстановление высоты ventральных отделов повреждённых позвонков. Во второй группе отмечалось полное восстановление высоты тел поврежденных позвонков во всех случаях.

Заключение: в первой группе хорошие результаты лечения наблюдались у 20 (50 %) пациентов, отличный – у 13 (32,4 %), удовлетворительный – у 7 (17,5 %). Во второй группе: отличный результат – 35 (87,5%), хороший – 5 (12,5 %). Таким образом, анализ отдаленных результатов консервативного лечения компрессионных переломов тел позвонков грудопоясничного отдела позвоночника у детей показал, что применение новых технологий в лечении и реабилитации позволяет улучшить результаты лечения данной группы пациентов и предотвратить развитие вторичных деформаций.

* - удостоверения на рац. предложение № 2471, 2473, 2470, 2472;

** - удостоверения на рац. предложение № 2689, 2691, выданные ДВГМУ.

АТОПИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ В КЛИНИЧЕСКИХ КЛАСТЕРАХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ РАННЕГО И ПОЗДНЕГО НАЧАЛА У ДЕТЕЙ

Л.А. Безруков, Н.К. Богуцкая, В.С. Хильчевская
*Буковинский государственный медицинский университет,
г. Черновцы, Украина*

Актуальность. Бронхиальная астма (БА) детского возраста наблюдается во всех возрастных группах, но чаще болезнь дебютирует в раннем возрасте и в 50-80 % случаев – у детей до 5 лет. В настоящее время детская астма уже не рассматривается как единое заболевание с определенными механизмами и законами развития и прогрессирования. Поэтому считали

целесообразным оценить клиническую гетерогенность фенотипов БА раннего и позднего начала в детском возрасте.

Целью исследования было оценить клинические особенности течения фенотипов БА раннего и позднего начала для рационализации подходов к лечению и реабилитации больных.

Методы исследования. Для достижения цели работы клинические группы сравнения сформированы методом "случай-контроль". Обследованы пациенты школьного возраста с персистирующей БА: 25 детей с ранним дебютом заболевания (до 3-х лет жизни) и 25 больных с поздним началом БА (после 6 лет). По основным клиническим характеристикам группы сравнения были сопоставимы. Проведен кластерный анализ целой когорты и субфенотипов БА раннего и позднего начала методом К-средних.

По данным кластерного анализа сплошной когорты 50 обследованных детей были сформированы два клинических субфенотипа. В преобладающей подгруппе достоверно чаще диагностировали атопическую БА с более низкими спирометрическими показателями, более частым применением антибиотикотерапии во время обострения болезни. В меньшей подгруппе достоверно чаще диагностировали смешанный вариант болезни, дети рождались с большим весом и реже от первой беременности, а также было характерно более выраженное воспаление по результатам исследования конденсата выдыхаемого воздуха. Согласно кластерного анализа фенотип раннего начала БА распределился на две почти равные по количеству подгруппы с достоверными отличиями в проявлениях атопической реактивности: для первого кластера были характерны достоверно более частые проявления аллергического поражения кожи в раннем возрасте, более выраженные ночные симптомы болезни как до начала, так и после лечения, менее контролируемое течение болезни, более существенная эозинофилия крови, более выраженная лабильность бронхов, большая сенсibilизация к бытовым аллергенам по данным кожных алерготестов. По результатам кластерного анализа позднего начала БА в детском возрасте были сформированы две подгруппы: в первую вошли дети с достоверно более часто диагностированным атопическим вариантом болезни, а второй субфенотип характеризовался большим весом при рождении, активацией нейтрофилов крови и более частым наличием смешанного варианта болезни.

Таким образом, проведенный анализ позволил охарактеризовать БА с манифестацией до 3-х лет как преимущественно раннюю реализацию атопической реактивности организма ребенка, а фенотип БА позднего начала –

в большей степени как результат реализации неблагоприятного сочетания эндогенных и внешнесредовых факторов предрасположенности к болезни.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

А.В. Бушин, А.В. Бушина, О.Н. Верхогляд, Н.Н. Сапега

7 военный госпиталь внутренних войск МВД России, г. Хабаровск

С целью изучения особенностей клинической группы больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), наблюдающихся в терапевтическом отделении госпиталя и поликлинике методом случайной выборки были обследованы 95 пациентов (35 женщин и 60 мужчин), страдающих различными сердечно-сосудистыми заболеваниями, среднего возраста ($55,1 \pm 6,3$ лет). Средняя продолжительность заболеваний, на фоне которых формировалась ХСН, составила 7,8 лет. При артериальной гипертензии сроки формирования ХСН составили 12,4 лет, при ИБС - 10,2 лет. На фоне ИБС и АГ ХСН развивалась через 6,9 лет. С целью верификации диагноза ХСН использовали комплекс инструментальных методов исследования, включающий количественную оценку клинических проявлений с использованием шкалы Ю.Н. Беленкова-Мареева (ШОКС), ЭКГ и ЭХО-КГ, определение толерантности к физической нагрузке с помощью 6-минутного теста ходьбы.

Результаты исследования. Максимальное количество больных было отнесено ко II ФК ХСН (62 %), меньшее количество с I и III ФК ХСН (24 % и 14% соответственно). Анализ структуры групп пациентов с ХСН по функциональным классам при разной половой принадлежности показал некоторые отличия. У большинства мужчин регистрировался II ФК ХСН (56 %) и I ФК ХСН (22 %). У женщин несколько чаще встречался I ФК ХСН (29 %), II ФК ХСН отмечался в 51 %. Среди больных с III ФК ХСН было больше мужчин, чем женщин (20 и 18 % соответственно).

Толерантность к физической нагрузке по результатам теста с 6-минутной ходьбой в среднем по группе составила 345,6 метра, что соответствовало II ФК ХСН. Средняя величина пройденного расстояния была наибольшей у больных артериальной гипертензией (АГ) - 383,5 метра. У пациентов с ИБС и сочетание ИБС и АГ пройденная дистанция была меньшей (соответственно 341,3 и 339,2 метра). Среднее значение пройденного расстояния у больных с различными ФК ХСН было следующим: I ФК - 435,8 м, II ФК - 316,1 м, III ФК 289,6 м.