

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ГОУ ВПО «РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МОЛОДЕЖНОЕ НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО
КАФЕДРА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ №1

«ЗАВАДСКИЕ ЧТЕНИЯ»

МАТЕРИАЛЫ VI НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
МОЛОДЫХ УЧЁНЫХ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ,
ПОСВЯЩЁННОЙ 95-ЛЕТИЮ
КАФЕДРЫ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ №1

26 марта 2011 года

г. Ростов-на-Дону

УДК 616 1/9 (063)

Материалы VI научно-практической конференции молодых учёных с международным участием «Завадские чтения», г. Ростов-на-Дону: ГОУ ВПО РостГМУ. 2011. – 283 с.

Редакционная коллегия:

Доктор медицинских наук, профессор ТЕРЕНТЬЕВ В.П.

Доктор медицинских наук, профессор БАТЮШИН М.М.

Доктор медицинских наук, профессор ЧЕСНИКОВА А.И.

Председатель ОМУС Рост ГМУ, ассистент кафедры ГАСАНОВ М.З.

Председатель СНО Рост ГМУ ЮГАЙ В.В.

Руководитель научной секции ОМУС Рост ГМУ ЛАЗАРЕВА Е.С.

На страницах сборника представлены результаты научных исследований студентов, клинических ординаторов и интернов, посвящённых вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации заболеваний внутренних органов. Актуальность представленных на конференции материалов исследований определяется высоким вкладом неинфекционной патологии в структуру заболеваемости и смертности населения. В сборнике представлены научные труды молодых учёных не только из Российской Федерации, но и стран ближнего и дальнего зарубежья.

в группе пожилых пациентов 10%, 30% и 45% соответственно, различия достоверны $p < 0,05$. КК, рассчитанный по формуле Кокрофта-Голта, только у 65% пациентов моложе 60 лет превышал 90 мл/мин/1,73 м², причем у 60% лиц ФК I, 40% лиц с ФК II и 35% с ФК III, по сравнению с группой пожилых пациентов, где данные значения КК не встречались. Средние значения КК в 1-й группе 82,65±6,8 мл/мин/1,73 м², во 2-ой 53,43±6,5 мл/мин/1,73 м², различия между группами достигли критерия достоверности. При расчете СКФ по формуле MDRD наблюдалась следующая тенденция: средние значения СКФ оставили 66,05±5,04 мл/мин/1,73 м² в 1-й группе и 52,7±8,5 мл/мин/1,73 м² во второй, ($p < 0,05$). Причем только у пациентов зрелого возраста в 40% и 10% имеющих I и II ФК соответственно отмечались СКФ более 90 мл/мин/1,73 м², различия достоверно значимы с группой пациентов старше 60 лет. С возрастом увеличивается количество больных с клинически значимо сниженной фильтрационной функцией (СКФ < 60 мл/мин/1,73 м²), в соответствии с тяжестью ФК с 10% с I ФК, 45% со II ФК до 55% III ФК у пациентов зрелого возраста, и с 40%, 60% до 75% соответственно в группе пожилых пациентов, $p < 0,05$ между соответствующим ФК. Таким образом, у 45% пациентов 1-й группы и 75% 2-ой группы СКФ была снижена, и у них можно было диагностировать 2 стадию хронического заболевания почек. ФПР истощен у 58,3% больных пожилого возраста по сравнению с 1-й группой, где данный показатель встречается только у 35% пациентов. В 1-ой группе с ФК III ХСН истощенный ФПР встречался намного реже и составил 35%, по сравнению со второй группой и тем же ФК ХСН, где данный показатель составил 60%, различия статистически значимы. Микроальбуминурия – диагностически значимый предиктор поражения почек. В обследуемой популяции МАУ выявлена в 70% случаев среди лиц моложе 60 лет, и в 92,5% в группе пожилых пациентов, различия не достигли критерия достоверности. С увеличением возраста и выраженностью ФК ХСН повышается процент больных с нарушением функционального состояния почек. У пациентов, имеющих III ФК независимо от возраста выявляются более значимые нарушения функции почек, о чем свидетельствуют более высокие показатели креатинина, выраженное снижение СКФ, истощенный ФПР. У пациентов обеих возрастных групп диагностировалась ХЗП 2 стадии. Таким образом, с увеличением возраста при одинаковом ФК ХСН пациенты имеют существенные различия по поражению почек, что значительно ухудшает дальнейший прогноз.

ОСОБЕННОСТИ ГИПЕРВОСПРИИМЧИВОСТИ БРОНХОВ У ДЕТЕЙ С ЛЕГКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ПЕРИОДЕ РЕМИССИИ

Колоскова Е.К., Воротняк Т.М., Микалюк Л.В.

Буковинский государственный медицинский университет, кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней

г. Черновцы, Украина

Целью исследования было изучить показатели неспецифической гипервосприимчивости бронхов в периоде клинического благополучия у детей школьного возраста с легкой бронхиальной астмой для оптимизации тактики базисного противовоспалительного лечения.

Обследовано 28 детей школьного возраста, больных легкой персистирующей бронхиальной астмой (БА), проходивших обследование в пульмоаллергологическом отделении Областной детской клинической больницы г. Черновцы. В зависимости от продолжительности ремиссии заболевания сформировали 2 клинические группы сравнения: I группа - 16 пациентов с предыдущим обострением астмы давностью до 2-х лет (в среднем 1,1±0,05 лет), II группа - 12 детей с предыдущим обострением заболевания более 2-х лет назад (средняя продолжительность ремиссии составила 2,9±0,4 лет). Средний возраст представителей I группы составил 11,4±0,8 лет, мальчиков среди них было 62,5±12,5%. Для II группы эти показатели составляли соответственно 13,7±1,2 лет и 91,7±8,3% наблюдений. Всем детям во время госпитализации проводили комплексное клинко-парадоклиническое обследование. Исследование неспецифической гипервосприимчивости бронхов проводили с помощью стандартизированного ингаляционного спирометрического теста с гистамином путем повышения количества препарата до достижения 20% снижения показателя ФОВ1. Лабильность дыхательных путей оценивали с помощью показателя лабильности бронхов (ПЛБ), который определяли как суммарную величину уменьшения их проходимости в ответ на физическую нагрузку (индекс бронхоспазма - ИБС) и устранение скрытого бронхоспазма после ингаляции сальбутамола (индекс бронходилатации - ИБД). Все исследования проводили с соблюдением требований биоэтики, руководствуясь основными положениями GCP ICH и Хельсинской декларации по биомедицинским исследованиям.

При изучении анамнеза заболевания у детей, которые сформировали группы исследования, выявлено, что бронхиальная астма дебютировала в возрасте до 3-х лет в первой группе у 12,5% и во II группе - у 16,7% детей, от 3-х до 6 лет - в 31,2% и в 50,0% случаев соответственно, а в возрасте более 6 лет - в 56,3% и у 33,3% пациентов соответственно ($p > 0,05$). Средняя продолжительность заболевания у детей I группы составила $4,0 \pm 0,92$ года, а во II группе пациентов - $7,9 \pm 1,42$ года ($p < 0,05$), что свидетельствовало о более позднем начале заболевания у детей с коротким сроком периода ремиссии (I клиническая группа). Исследование аллергологического анамнеза позволило установить, что в созданных клинических группах сравнения по частоте атопических заболеваний в родословной не отмечено существенных различий, поскольку генеалогический индекс по атопическим заболеваниям у больных I клинической группы составлял $0,16 \pm 0,02$, а II группы - $0,14 \pm 0,02$ ($p > 0,05$). Следует отметить, что отягощенный аллергологический анамнез одновременно по отцовской и материнской родословным у представителей I клинической группы имел место лишь у одного ребенка, а во II группе таких детей не обнаружено. Соответствующая отягощенность семейного аллергологического анамнеза по материнской родословной составила 18,7% случаев в I-й и 25,0% наблюдений во II группе, а по отцовской - только у 18,7% пациентов I группы (во II группе таких случаев не зарегистрировано). Исследование лабильности бронхов и ее компонентов (ИБС и ИБД) не позволило выявить достоверных различий у представителей клинических групп, однако результаты исследования гиперчувствительности бронхов к гистамину у пациентов в зависимости от продолжительности периода ремиссии имели достоверные различия. Результаты изучения гиперчувствительности бронхов к гистамину по РС20Н и качественный анализ проведенного фармакологического бронхопровокационного теста на уровне бронхов разного калибра приведены в табл. 20.

Таблица 20. Показатели РС₂₀Н у обследованных детей ($M \pm m$), мг/мл

Клинические группы	Количество детей	ОФВ ₁	МОС 75%	МОС 50%	МОС 25%	ОС 75%	М 25-
I группа	16	$4,7 \pm 1,7$	$3,4 \pm 1,6$	$1,3 \pm 0,3$	$1,8 \pm 0,6$	$\pm 1,1$	5,4
II группа	12	$10,7 \pm 1,9$	$20,2 \pm 3,7$	$4,2 \pm 0,4$	$5,0 \pm 0,8$	$1 \pm 1,7$	13,
p		$p < 0,05$	$p < 0,05$	$p < 0,05$	$p < 0,05$	0,05	$p <$

По полученным данным ингаляционной пробы с гистамином можно сделать вывод о вероятном повышении чувствительности бронхов к гистамину у детей I клинической группы по сравнению с пациентами II группы, что, по нашему мнению, определяло роль фактора времени ремиссии в нормализации спирографических показателей. Установленные различия с учетом особенностей анамнеза жизни и заболевания могли свидетельствовать о неоднородности II клинической группы за счет наличия пациентов с так называемым переходящим фенотипом бронхиальной астмы. Таким образом, можно предположить, что при легком персистировании бронхиальной астмы и при отсутствии ее обострений в течение 2-летнего срока у детей происходит некоторое уменьшение гиперчувствительности бронхов, в частности, у пациентов с переходящим фенотипом заболевания. Беря за распределительную точку показатель РС₂₀Н больше 8 мг/мл относительный риск переходящего фенотипа легкой астмы в популяции больных составил 2,7 (95% ДІ: 1,9-4,6), соотношение шансов - 7,0 (95% ДІ: 4,4-15,2) и абсолютный риск - 0,28. Использование этого теста для диагностики переходящего фенотипа легкой бронхиальной астмы только в 12% случаев сопровождается ложнонегативными результатами, а при негативном тесте - в 82% случаев отсутствует легкая бронхиальная астма. Так, чувствительность данного теста в выявлении легкого течения астмы составила 88%, специфичность - 55%, предсказуемая ценность положительного результата - 66% и негативного - 82%, при положительном отношении правдоподобия 2,0.

Таким образом, продолжительность ремиссии бронхиальной астмы более 2-х лет у детей школьного возраста ассоциирует со снижением гиперчувствительности бронхов к гистамину, а бронхопровокационные пробы с дозированной физической нагрузкой и гистамином отражают,

наверное, разные механизмы нарушения проходимости дыхательных путей, поэтому их следует использовать в комплексе для повышения диагностической ценности тестов.

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ВИЗУАЛИЗАЦИЯ АНАТОМИЧЕСКОГО СУБСТРАТА ТРЕПЕТАНИЯ ПРЕДСЕРДИЯ

Корниенко Н.А., Чаплыгина Е.В.

*ГОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России»,
кафедра нормальной анатомии
г. Ростов-на-Дону, Россия*

Проблема изучения особенностей анатомического строения задненижнего отдела правого предсердия уже давно находится в центре внимания кардиохирургов и аритмологов. Запросы современной кардиологии ставят перед исследователями все новые и новые задачи. В настоящее время получили значительное развитие методы интервенционного лечения приобретенных и врожденных нарушений ритма сердца. Катетерная радиочастотная абляция направлена на устранение субстрата, поддерживающего устойчивость нарушений ритма сердца в рассматриваемой нами анатомической зоне.

Варианты анатомического строения данной зоны могут значительно усложнить проведение радиочастотного воздействия, а в некоторых случаях привести к рецидивам аритмии в послеоперационном периоде [2,3]. В этой связи, анатомия задненижнего отдела правого предсердия, как критической зоны для поддержания трепетания предсердий является ключевой [3,4]. Современные данные показывают, что анатомия данной области весьма вариабельна, поэтому для дальнейшей оптимизации процедуры радиочастотной абляции целесообразно дополнительное изучение вариантов ее нормального анатомического строения [5].

Исследованию подвергались 47 пациентов (31 мужчина, 16 женщин), которым выполнялось внутрисердечное электрофизиологическое исследование с последующей процедурой радиочастотной абляции по поводу различных нарушений ритма сердца. Средний возраст обследуемых составил $41 \pm 11,5$ лет. Структурные поражения сердца, которые выявлялись при методах клинического обследования, были критерием исключения из исследования.

Перед проведением оперативного вмешательства всем пациентам выполнялась магнитно-резонансная томография органов грудной клетки на томографе фирмы Siemens, мощностью 1,5 Тесла по стандартному протоколу. Полученные срезы подвергались анализу по описанной ниже методике.

Зону перешейка правого предсердия составила область, которая находится по кратчайшему расстоянию от кольца трикуспидального клапана до края нижней полой вены. Для характеристики длины изучаемой области нами была использована классификация по Da Costa [1]. Если продолжительность перешейка правого предсердия была менее 35 мм, то такой перешеек назывался коротким, продолжительность 35 мм и более свидетельствовало о длинном перешейке правого предсердия.

Вогнутым перешеек считался в случае если перпендикулярное расстояние от условной линии, проведенной от края трикуспидального клапана до края нижней полой вены, до самой глубокой области истмуса, составляло 2 мм и более. Перешеек считался плоским при длине предложенного перпендикуляра менее 2 мм.

В отдельных случаях, когда наблюдалась сложное анатомическое строения области задненижнего отделов правого предсердия, выделялась форма перешейка правого предсердия в виде «кошелька»

Результаты собственных исследований: Продолжительность перешейка правого предсердия составила $37 \pm 7,6$ мм (от 27 до 58 мм). У подавляющего большинства, в 72, 3% (34 пациента) отмечена короткая продолжительность данной зоны, то есть продолжительность перешейка составила менее 35 мм. По форме преобладала вогнутая анатомическая форма перешейка правого предсердия, что составило 61,7 % (29 пациентов). У 7 пациентов отмечена форма перешейка в виде «кошелька», что составило 14,9 % всех наблюдений.

Результаты представлены в таблице 21.