1999 год, где число случаев составило 90,6 на 100 тыс.населения.

В 1999-2003 гг. как и в предыдущих, зафиксирован рост частоты заболеваемости в Правобережном районе: в 1999 г. – 1381 на 100 тыс.населения. В остальных районах обстановка на 2002 г. выглядит следующим образом: Алагирский район – 37; Ирафский район – 12; Дигорский район – 19; Моздокский район – 32; Ардонский район – 28; Пригородный район – 60; Владикавказ – 224.

По имеющимся данным количество смертей от туберкулеза (с 1991 г.) неизменно увеличивается. Так например, смертность от заболевания туберкулезом по районам выглядит следующим образом. С 2000-2003 гг. на 100 тыс. населения: в Алагирском р-не-2000 г.- 40,5; 2001 г. – 23,1; 2002 г.-29; 2003 г. – 37,9. Ардонский р-н - 2000 г. – 29,9; 2001 г.- 29,8; 2002 г.-11,3; 2003 г.-30,4. Дигорский р-н – 2000 г. – 23,7; 2001 г. – 37,1; 2002 г. – 23,7; 2003 г. – 33. Правобережный р-н – 2000 г. – 10,9; 2001 г. – 14,4; 2002 г.- 16,2; 2003 г.- 16,2. Пригородный р-н – 2000 г.- 10,9; 2001 г. – 22,4; 2002 г. – 17,2; 2003 г.- 26,9. Владикавказ – 2000 г. – 12,7; 2001 г. – 14,1; 2002 г. – 17,4; 2003 г. – 18,8.

Еще хотелось бы отметить смертность как среди городского, так и сельского населения на период с 1991-1999 гг., всего. В 1991 г. – 15,9; 1992 г.- 16,6; 1993 г.- 20,8; 1994 г. – 23,8; 1995 г.-23,1; 1996 – 27,4; 1997 – 3,7; 1998 г.-19,88; 1999 г. – 21,33. Пик смертности пришелся на 1996 г. , число случаев составил 27,4 на 100 тыс. населения.

Таким образом, хотелось бы подчеркнуть, что смертность значительно увеличивается, что несомненно вызывает тревогу за будущее молодого поколения.

Известно, что некоторая часть впервые заболевших туберкулезом легких умирают в течение первого года наблюдения. Основными причинами являются: нерегулярность флюорографических обследований различных групп населения, недостаточное привлечение к контрольному обследованию лиц с подозрением на туберкулез, плохое качество флюоресценции, снижение настороженности врачей относительно туберкулеза.

Хотелось бы подчеркнуть, что особое внимание заслуживает распространение заболеваемости туберкулезом среди детей. Значительный рост детской заболеваемости туберкулезом, высокий удельный вес детей младшего возраста в общей массе больных, изменение структур клинических форм в сторону их утяжеления – такова далеко не полная характеристика проблемы заболеваемости детей в большинстве регионов РФ.

Нами был проведен краткий анализ противотуберкулезной помощи детскому населению за последние 2 года (1999, 2000 гг.). Так, например, первичная инфицированность была высокой во всех возрастных группах, но, начиная с 4-6 лет она практически была в 2 раза выше, чем у детей младшего возраста. Тубинфицирование также увеличивалось у детей в 12-14 лет (36,0%). По районам республики риск инфицирования колебался от 1,3 до 5,0%. В целом по республике он составил 2%. (Причем смертность от заболевания туберкулезом в 1999 г. составила 59,8 на 100 тыс. населения).

Многолетний опыт свидетельствует о том, что эффективная работа по раннему выявлению туберкулеза у детей определяется исключительно совместными усилиями. Прежде всего это планомерная работа с угрожающим контингентом детей, к которым относятся инфицированные дети, состоящие на диспансерном учете с хроническим заболеванием внутренних органов, мочеполовой системы, органов зрения. Важным моментом продолжает оставаться комплексная постоянная профилактическая работа в очагах туберкулезной инфекции. Высокий удельный вес заболеваемости детей из семейных очагов, к сожалению, не имеет тенденции к снижению.

Вывод.

На сегодняшний день проблема распространения заболеваемости туберкулезом в РСО-Алания на период с 1991-2002 гг. является проблемой эпидемиологического масштаба и требует к себе увеличенное, углубленное внимание не только со стороны Министерства здравоохранения, но и Правительства.

МНОГОФАКТОРНОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ: КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

Мазур Л.И., Гасилина Е.С., Жирнов В.А., Пименова Н.Н.
Самарский Государственный Медицинский Университет, Самара

В последнее время нашей кафедрой проводилось исследование 279 детей, находящихся на лечении и обследовании в областном Самарском нефрологическом центре в течение последних 5 лет. В результате исследования получены многофакторные модели клинико-патогенетических вариантов пиелонефрита (КПВ), несущие прогностический компонент и отражающие изменения гомеостаза, подтверждающие гипотезу об их гетерогенности. КПВ у детей с различными формами пиелонефрита получены в результате анализа клинических и патологически значимых иммунологических, метаболических, функциональных показателей.

У детей с острым пиелонефритом (ОП) с исходом в выздоровление установлен нормореактивный КПВ развития, при исходе в хронический процесс – резистентный КПВ. Для нормореактивного КПВ развития ОП характерна активная реакция со стороны различных систем организма в остром периоде (МВ = 0,283), отражающей накопление патологических изменений гомеостаза. В период ремиссии происходит нормализация патологических сдвигов. Для резистентного КПВ ОП характерна менее выраженная реакция со стороны различных систем организма (МВ = 0,169). В периоде ремиссии не происходит нормализация патологических сдвигов (МВ = 0,137), процессы, происходящие в организме являются предпосылкой для рецидива воспаления.

У детей, реализовавших сценарий хронизации, определяются гипореактивно-отсроченный (при развитии рецидивирующего процесса) и ареактивный

(при латентном течении) КПВ. При гипореактивно-отсроченном КПВ развития интегральный показатель увеличивается в периоде ремиссии, что можно как отсроченный характер накопления изменений гомеостаза (МВ = 0,131). При ареактивном КПВ пиелонефрита изменения интегрального показателя носят сниженный характер на протяжении всего течения болезни (МВ = -0,065 и МВ = -0, 091), являющийся подтверждением «ареактивности» процесса. На основе установленных КПВ развития пиелонефрита необходимо строить алгоритмы индивидуализации терапевтической тактики на различных этапах лечения.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕЙРОИМИТАТОРА NEURO PRO 0.25 В ОЦЕНКЕ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА У БОЛЬНЫХ ИБС

Маль Г.С., Белоусова Е.В, Афанасьева Н.А., Догадаева И.А., Веннюков В.В.
Курский государственный медицинский университет, Курск

Целью исследования явилась выработка подхода к использованию нейросетевых классификаторов для прогнозирования гиполипидемического эффекта и выявления значимости факторов, способных повлиять на результат фармакотерапии ишемической болезни сердца (ИБС) на основе параметров липидтранспортной системы.

Для решения задачи прогнозирования гиполипидемического эффекта на основе результатов состояния липидтранспортной системы были использованы нейронные сети, которые позволяют на основании определенного набора параметров липопротеидов (ЛП) оценить вероятность проявления гиполипидемической активности препаратов при лечении ИБС. Применяли оригинальную разработку - нейронную сеть, построенную на архитектуре многослойного персептрона с прямыми связями между нейронами и алгоритма обратного распространения ошибки с введением в сеть коэффициента крутизны дискриминантной функции модели, позволяющего варьировать скорость обучения сети

Результаты исследования показали, что наибольшую значимость влияния на гипохолестериемический эффект имеют такие экзогенные факторы как уровень артуриального давления, возраст, курение, алкоголь, малоподвижный образ жизни и из эндогенных факторов, отражающих базальный уровень ЛП, наибольшую значимость играют уровень холестерина (ХС) липопротеидов высокой плотности (ЛВП) и ХС липопротеидов низкеой плотности (ЛНП), а также уровень апопротеина А 1.

Таким образом, выявлено, что наличие вредных привычек и факторов риска снижают степень выраженности гипохолестеринемического эффекта у больных ИБС с изолированной гиперхолестеринемией (ГХС). Следовательно, наряду с фармакотерапией статинами необходимо осуществлять коррекцию экзогенных факторов, влияющих на прогноз лечения. Степень выраженности гипохолестеринемического эффекта обусловлено также более высоким уровнем ХС ЛВП и апопротеина А1, а также низким уровнем ХС ЛНП.

Учитывая влияние различных экзогенных и эндогенных факторов на гиполипидемический эффект представлялось интересным определить прогноз выраженности влияния препаратов на липидтранспортную систему у больных ИБС.

Так при лечении статинами у больных ИБС с изолированной ГХС можно прогнозировать гиполипидемический эффект не менее 15% ($p<0,05$) у 17,5% больных, а более 20% ($p<0,05$) у 23% больных и только недостоверный гипохолестеринемический эффект около 5% возможен только не более, чем у 5% больных. Но наряду с гипохолестеринемическим эффектом статины способны оказать гипотриглицеридемический эффект, который имеет аналогичную степень вероятности проявления, а у 5% больных может приводить к снижению триглицеридов на 25%.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют, что наиболее вероятный гипохолестеринемический эффект статинов в дозе 20 мг/сут в пределах 15-25% можно прогнозировать не менее, чем у 25% больных в сочетании с гипотриглицеридемическим эффектом. Увеличение дозы статинов возможно обеспечат проявления гиполипидемического эффекта у большего процента больных ИБС.

СОСТОЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОМ

Маржохова М.Ю., Каблахова Ю.О.
Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик

Содержание МДА в плазме крови и каталазы эритроцитов определяли у 32 больных сальмонеллезом. Из них 18 женщин и 14 мужчин в возрасте от 19 до 67 лет. У 5 человек болезнь протекала в легкой форме, у 19 – в среднетяжелой, у 8 – в тяжелой. У всех больных диагноз был подтвержден бактериологически (у 22 из испражнений была выделена Salm. Enteritidis, у 10 – Salm. typhi murium). У 23 больных наблюдался гастроэнтеритический, а у 9 - гастроэнтероколитический вариант гастроинтестинальной формы сальмонеллеза. У 13 больных было отмечено наличие сопутствующих заболевания бактериальной этиологии (у 4 – хронический холецистит и панкреатит, у 3 – хронический пиелонефрит, у 3 – заболевание протекало на фоне хронического алкоголизма, у 1 – сахарного диабета, у 2 на фоне амебиаза). Больные обследовались в периоде разгара заболевания, угасания клинических симптомов и в периоде ранней реконвалесценции перед выпиской. В качестве контрольной группы были обследованы доноры, сопоставимые с группой обследованных по возрасту и полу.

У больных сальмонеллезом установлено закономерное возрастание содержания МДА в сыворотке крови с максимальным значением в периоде разгара заболевания (3,7±0,13). Эти изменения имели место на фоне основных клинических проявлений заболевания – слабости, лихорадки, диареи, болей в животе, тошноты, рвоты. В периоде угасания клинических