

75%), во 2-й группе – 81% (при этом у 80% больных показатель более 75%). Уровень палочкоядерных лейкоцитов в 1-й группе составил 6% (при этом у 20% больных показатель более 20%), во 2-й группе составил 3% (при этом у 60% больных этот показатель равен 0%). Показатель эозинофилов и лимфоцитов во 2-й группе (1% и 8% соответственно) значительно ниже таковых в 1-й группе (2% и 20% соответственно). Однако уровень моноцитов во 2-й группе (12%, при этом у 80% больных показатель больше 10%) преобладал над показателем в 1-й группе (4%). Что касается значений СОЭ, то у пожилых пациентов отмечались более низкие показатели (17мм/ч) в сравнении с молодыми (26мм/ч), при этом больные с показателем более 20мм/ч в первой группе составили 90%, во 2-й группе 20%. Показатели эритроцитов и гемоглобина в 1-й (4,75\*10<sup>12</sup>/л и 135 г/л) и 2-й группе (4,54\*10<sup>12</sup>/л и 121 г/л) во 2-й группе ниже, чем в 1-й группе. Цветовой показатель – в 1-й группе составил 0,82, во 2-й группе – 0,9.

**Выводы:** Выявленные в ходе исследования более низкие показатели лейкоцитоза и СОЭ, уменьшение числа эритроцитов, снижение показателя гемоглобина у пожилых больных в сравнении с молодыми объясняется возрастными особенностями реагирования организма человека на воспаление, снижающимися в пожилом возрасте, что необходимо учитывать при назначении комплексного лечения.

#### ЗНАЧЕНИЕ СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЖДА

*Д. К. Селезнева*

*Научный руководитель – к. м. н., доцент В. Г. Шелихов  
Кемеровская государственная медицинская академия,  
Кемерово, Россия*

**Введение:** Этиология ЖДА разнообразна, чаще она связана с хронической потерей железа. Возникшая в пожилом возрасте ЖДА чаще обусловлена кровопотерей из желудочно-кишечного тракта вследствие новообразований. Проведение своевременной дифференциальной диагностики позволяет выявить как локализацию патологического процесса, так и определить возможности лечения, а также прогноз.

**Цель исследования:** Проанализировать течение впервые возникшей ЖДА в пожилом возрасте.

**Материалы и методы:** Обследована больная М., 70-ти лет, находившаяся на лечении в МБУЗ №3 г. Кемерово.

**Результаты:** Больная поступила в стационар с жалобами на слабость, головные боли, головокружение, потемнение в глазах, одышку с чувством нехватки воздуха. Считает себя больной с 2013 года с появления головокружения, слабости. При обследовании выявлено снижение гемоглобина до 72 г/л, количество Эр. 4,07 \*10<sup>12</sup>/л, ретикулоцитов – 39‰, МСН – 17, МСНС – 30, тромбоцитов 507\*10<sup>12</sup>/л, СОЭ – 27 мм/ч., лейкоциты 9,2 \*10<sup>9</sup>/л, Б – 3, Э – 4, С – 51, Л – 31, М – 8. Сывороточное железо – 5,3 ммоль/л. Выставлен диагноз: ЖДА, назначены препараты железа, выписана с уровнем гемоглобина 82 г/л. Амбулаторно препараты железа принимала регулярно. Постепенно слабость, головокружение, одышка нарастала и в 2014 году вновь госпитализирована с уровнем гемоглобина 48 г/л, терапию препаратами железа продолжили, провели переливание крови. К 2015 г. отмечает постепенное усиление аналогичных жалоб, повышение температуры до 38 градусов, похудание. Амбулаторно препараты железа отменены,

назначены антибиотики, проведена консультация гематолога, рекомендовано дообследование. В анамнезе больной гемиструмаэктомия в 2005 г. по поводу низкодифференцированного рака щитовидной железы, у отца рак легких. При физическом исследовании изменений со стороны внутренних органов не выявлено, при колоноскопии – рак восходящего отдела толстого кишечника, экзофитный рост, консультация онколога – у больной рак восходящего отдела толстой кишки, токсико-анемическая форма.

**Выводы:** Клиническое обследование больной, проведенное в 2013 году, выявило у больной ЖДА, однако факторы риска развития опухолевого процесса не были своевременно учтены, кроме того в гемограмме выявлено понижение уровня гемоглобина, и тромбоцитоз, указывающие чаще на продолжающееся кровотечение. Дополнительное обследование в течение 2-х лет не проводилось, несмотря на нарастание тяжести ЖДА и неэффективность терапии. Это говорит о том, что первичная диагностика ЖДА в пожилом возрасте требует более тщательного исключения новообразования. В данном случае наличие факторов риска новообразования, изменения гемограммы при первичном исследовании постулировали необходимость тщательного исследования желудочно-кишечного тракта как в 2013, так и в 2014 гг. Диагностика рака восходящего отдела толстого кишечника является запоздалой.

#### КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ: БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА И ОЖИРЕНИЕ

*Т. М. Пасиешвили, Н. М. Железнякова*

*Научный руководитель – д. м. н., профессор Л. М. Пасиешвили  
Харьковский Национальный Медицинский Университет,  
Харьков, Украина*

**Введение:** По определению ВОЗ качество жизни – это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанная на его субъективном восприятии. Качество жизни особенно страдает при хронической патологии, к которой относят и бронхиальную астму. Основным моментом эмоционально-личностной сферы таких больных является синдром удушья, его выраженность, продолжительность и частота возникновения. Но между тем, проявления психоэмоционального состояния является не только результатом основного клинического синдрома. Присоединение сопутствующей патологии может провоцировать психоэмоциональные отклонения. Среди таких заболеваний, распространение которых является значительным, а влияние на расстройства психо-личностной сферы существенными, рассматривают ожирения.

**Цель исследования:** оценить качество жизни у больных бронхиальной астмой, протекающей на фоне ожирения.

**Материалы и методы:** Основную группу составил 61 пациент с бронхиальной астмой, сочетанной с ожирением, группа сравнения включала в себя 42 пациента с изолированной бронхиальной астмы. В исследовании использовался стандартизированный неспецифический опросник SF-36 (Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Status) – 36 вопросов, отражающих различные аспекты жизни пациентов.

**Результаты:** Качество жизни у больных бронхиальной астмой достоверно ухудшалось сопутствующим ожирением по шкалам:

«физическое функционирование» ( $47,7 \pm 3,2$  баллов против  $59,9 \pm 3,2$  баллов в группе сравнения ( $t=2,982$ ;  $p<0,01$ )), «ролевое физическое функционирование» ( $32,1 \pm 3,1$  баллов против  $49,3 \pm 4,1$  баллов соответственно ( $t=3,346$ ;  $p<0,002$ )), «общее состояние здоровья» ( $42,1 \pm 3,1$  и  $54,1 \pm 3,8$  баллов соответственно ( $t=2,293$ ;  $p<0,05$ )) и «ролевое эмоциональное функционирование» ( $39,7 \pm 4,1$  баллов и  $56,0 \pm 4,3$  баллов в группе с изолированной бронхиальной астмой ( $t=2,758$ ;  $p<0,01$ )). Данные изменения отображались в подавлении физической активности больных: затруднениями в выполнении обязательных повседневных физических нагрузок – уборка, поднятие и перенос небольших и несложных предметов, нарушение передвижения по лестнице, проблемами выполнения наклонов и приседаний, связанных с избыточной массой тела. При этом пациенты отмечали увеличение времени для проведения определенного рода занятий и неудовлетворенность полученным результатом.

**Выводы:** Присоединение ожирения у больных бронхиальной астмой показывает негативное влияние на качество жизни пациентов. При использовании опросника SF-36 у больных БА и ожирения определяются изменения в вариациях компонентов качества жизни, которые характеризуют соотношение влияния данных заболеваний субъективное восприятие пациентом имеющегося патологического состояния и возможности личностной активной адаптации в среде. Определенные изменения при оценке отдельных компонентов качества жизни у больных с коморбидностью бронхиальной астмы и ожирения, дают возможность оценить эффективность предложенной терапии и разработать индивидуальные подходы к реабилитационным мероприятиям.

### **РОЛЬ РАДИОИММУНОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА В ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПРИ ОНМК (ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВОБРАЩЕНИЯ) В РАЗНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ У ЖЕНЩИН**

*Н. Н. Юсупова, Д. С. Шомуродова, С. С. Игамова  
Научный руководитель – д. м. н., профессор А. Т. Джурабекова  
Самаркандский Государственный Медицинский Институт,  
Самарканд, Узбекистан*

**Введение:** Изучение сосудистых заболеваний мозга с учетом половых различий приобретает всё большую актуальностью. Женский организм отличается нейрогормональными особенностями, обусловленными инволюционными изменениями в организме у женщин сопровождающиеся нарушениями циклической функции гипоталамо-гипофизарно-овариальной системы, что в ряде случаев может проявляться различной неврологической симптоматикой при остром нарушении мозгового кровообращения.

**Цель исследования:** Исследование гормональной регуляции у женщин с острым нарушением мозгового кровообращения в различные возрастные периоды.

**Материалы и методы:** Нами обследовано 55 женщин с нарушениями мозгового кровообращения. Все больные были разделены на 3 группы. Исследование гормонального статуса проводилось 20 больным молодого возраста. Вторую группу обследованных составили 20 женщин среднего возраста (45-60 лет). Третью группу составили 12 женщин пожилого возраста (старше 60 лет). Контрольную группу для этой же категории больных составили 15 практически здоровых

женщин по тем же возрастным категориям. Изучалось состояние гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы. Для этой цели определялось содержание в крови гонадотропных гормонов гипофиза (ЛГ, ФСГ) и эстрадиола в сыворотке крови радиоиммунологическим методом. Содержание гормонов определялось дважды в фолликулиновую и лютеиновую фазу менструального цикла.

**Результаты:** Средние показатели ЛГ, ФСГ и эстрадиола у лиц контрольной группы находятся в пределах, принятых за норму в различных возрастных группах. У лиц молодого возраста содержание ЛГ в фолликулиновую фазу равнялось  $4,8$  МЕ/л (при  $0,5-5$  МЕ/л в норме), ФСГ  $-7,3$  МЕ/л (при  $1,8-10,5$  МЕ/л в норме), эстрадиола –  $107,4$  л (при  $30-200$  нормально допустимых). В лютеиновую фазу содержание ЛГ равнялось  $4,2$  МЕ/л, ФСГ  $-6,5$  МЕ/л и эстрадиола  $-96,32$  МЕ/л (при допустимых  $0,5-5,1-8$  и  $50-250$ ). В фолликулиновую фазу среднее содержание ЛГ равнялось  $8,18$  МЕ/л, что примерно в 2 раза превышало данные в контрольной группе ( $4,8$  МЕ/л), ФСГ  $-8,03$  МЕ/л при  $7,3$  МЕ/л в контроле. Содержание эстрадиола ( $114,53$  МЕ/л) также превышало показатели в контрольной группе ( $107,4$  МЕ/л), хотя различия не были достоверны. Во вторую фазу содержание ЛГ в сыворотке больных составило  $16,11$  МЕ/л, что превышало данные в контрольной группе в 4 раза. Практически в 3 раза по сравнению с контролем повысилось содержание ФСГ и составило  $18,01$  МЕ/л. Содержание эстрадиола у исследуемых больных составило  $122,7$  при  $96,32$  МЕ/л в контроле. Пациентки среднего возраста содержание гонадотропинов и эстрадиола в сыворотке крови показали, что содержание ЛГ и ФСГ претерпело незначительные изменения и равнялось  $18,17$  и  $35,33$  МЕ/л соответственно при показателях в контрольной группе, равным  $19,05$  и  $39,78$  МЕ/л. Содержание эстрадиола у данной категории больных было снижено по сравнению с контролем практически в 2 раза и составило  $17,43$  МЕ/л. У женщин пожилого возраста содержание ЛГ составило  $16,8$  МЕ/л при  $24,2$  МЕ/л в контроле, ФСГ  $31,4$  при  $38,43$  Содержание эстрадиола у женщин контрольной группы. Содержание эстрадиола ( $8,12$  против  $24,74$  МЕ/л в контроле) в 2 раза меньше, чем в контроле.

**Выводы:** Таким образом исследования нарушений гормональной регуляции у женщин с ОНМК в зависимости от возраста показали, что в молодом возрасте среднее содержания гормонов гипофиза и яичников носили повышенный характер, в среднем и пожилом возрасте сниженный, как в фолликулиновую, так и в лютеиновую фазы, что усугубляло неврологическую симптоматику, эти данные необходимо учитывать в лечение пациенток с ОНМК.

### **РАЗРАБОТКА МЕТОДИКИ ОЦЕНКИ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ В СТАЦИОНАР**

*Д. Н. Федорова  
Научный руководитель – д. м. н., профессор Г. А. Мавзютова  
Башкирский Государственный Медицинский Университет,  
Уфа, Россия*

**Введение:** Анализ литературы показал, что при разработке методик прогнозирования течения внебольничной пневмонии (ВП), большое внимание уделяется определению степени тяжести [Колосов и др, 2012], исходу заболевания [Сорока и др, 2002; Сабитова, 2014], но практически не уделено