

10 лет, ПК – более 12 лет. ПБА, ХОБ у больных, прекративших контакт с вредными аэрозолями, имеют склонность к прогрессированию и частым обострениям. Клинико-рентгенологическая картина ПК у наблюдаемых рабочих соответствует 2S/2S, прогрессирование заболевания не отмечено.

С целью изучения клиники прогрессирования пневмокониозов в течение 20 лет наблюдались 147 больных силикозом. Среди них были 43 рабочих литейных цехов, 56-горнорабочих, добывавших железную руду, 48-шахтеров, добывавших уголь. Стаж работы в условиях запыленности колебался от 7 лет у литейщиков до 10-17 лет у горнорабочих.

Диагноз заболевания установлен в стационаре Курского центра профессиональных болезней в 1980-1983 г. При этом клинико-рентгенологическая картина у всех больных была практически идентична: 1pS/1pS. Жалобы больных выявлялись только при активном опросе, физикальные данные были нормальными.

Через 20 лет наблюдения, в течение которых больные не контактировали с аэрозолями пыли, содержащими диоксид кремния, и проходили медицинскую реабилитацию, выявлены следующие клинико-рентгенологические изменения.

Средний возраст больных достиг 55-60 лет. У литейщиков отмечены выраженная одышка, а в легких рентгенологически - А, 3r, 3t, em/A, 3q, 3t, em. У больных антракосиликозом в клинике появились одышка, сухой кашель, физикально ослабленное дыхание, рентгенологическая картина: 3r, 2t, em/2q, 3t, em.

У больных сидеросиликозом клинику определял обструктивный бронхит, рентгенологически установлено: 3r, 3S, em/A, 2r, 3S, em. Рак легких диагностирован у 4 больных сидеросиликозом.

Отмечено присоединение туберкулеза у 8 больных из 147 наблюдаемых.

Хроническое легочное сердце сформировалось у 147 больных, декомпенсация его выявлена у одной трети наблюдаемых лиц.

Проведенное исследование установило, что силикоз прогрессирует у всех наблюдавшихся больных даже при длительном отсутствии контакта с пылью. Отмечается нарастание фиброзных изменений в легких, развитие эмфиземы легких, обструктивного бронхита. Формирование хронического легочного сердца является логическим этапом завершения болезни, особенно в стадии его декомпенсации.

#### **Состояние поджелудочной железы у больных ревматоидным артритом**

Басиева О.О., Зангиева О.Д., Цаболова З.Т.,  
Антониади И.В.

*Северо-Осетинская государственная  
медицинская академия, Владикавказ*

При ревматоидном артрите особенно неблагоприятен прогноз у больных с системными проявлениями, из которых наименее изучено состояние желудочно-кишечного тракта и поджелудочной железы (ПЖ).

**Цель** : изучение функции ПЖ у больных РА с учётом различных особенностей течения заболевания.

**Материал и методы** : обследовано 120 больных РА – 38 мужчин и 82 женщины, средний возраст 47,5 лет. Большая часть больных РА была позитивна по ревматоидному фактору – 78,3 %, а внесуставные проявления заболевания отмечались у 21,6 % больных. Оценивали внешнесекреторную функцию ПЖ путём определения активности  $\alpha$ -амилазы сыворотки крови ферментативным методом, липазы – кинетико-кало-риметрическим методом. Реактивы фирмы Sentinel (Италия) и Human GmbH (Германия). При исследовании активности панкреатических ферментов в сыворотке крови у больных РА было отмечено статистически достоверное угнетение амилалитической и липолитической активности сыворотки крови. Так, средний уровень амилазы и липазы при поступлении больных в стационар составил  $57,2 \pm 0,7$  МЕ/л,  $19,9 \pm 0,2$  МЕ/л соответственно (в контроле  $90,3 \pm 0,5$  и  $30,7 \pm 0,1$  МЕ/л). Выявлена зависимость активности ферментов ПЖ от длительности заболевания, клинической формы, степени активности воспалительного процесса. Эта зависимость была особенно выраженной при клиническом сопоставлении заболевания с уровнем  $\alpha$ -амилазы и липазы. Самые низкие показатели активности ферментов наблюдались у больных с длительностью заболевания более 10 лет, максимальной степенью активности, у больных и системными проявлениями РА. По мере нарастания тяжести заболевания, увеличения степени активности, длительности процесса, содержание ферментов становилось ниже, что связывают с развитием хронических (атрофических, фиброзных) изменений в ПЖ. Уровень сывороточной  $\alpha$ -амилазы в группе больных с системными проявлениями заболевания был почти в 2 раза ниже, чем в контрольной группе –  $90,3 \pm 0,5$  и  $46,3 \pm 0,7$  ( $p < 0,001$ ). Что касается уровня липазы, то наиболее низкие её величины также отмечены у больных с системными проявлениями. Выявлено статистически достоверное угнетение липолитической активности –  $25,2 \pm 0,5$  МЕ/л у больных без системных проявлений,  $14,7 \pm 0,7$  МЕ/л у больных с висцеропатиями, против  $30,7 \pm 0,1$  МЕ/л в контроле ( $p < 0,001$ ). Наряду со снижением активности ферментов, что наблюдалось чаще всего и определяло низкий их средний уровень, в ряде случаев

ев отмечалась гиперферментемия. Анализ этих наблюдений показал, что повышение уровня ферментов в крови обнаруживалось у больных, принимающих глюкокортикостероидные гормоны. В большой степени угнетена липолитическая активность сыворотки крови, в целом снижение уровня липазы было у 67% больных. Повышенной она оказалась у 24%, куда вошли больные, длительное время принимающие глюкокортикостероидные гормоны, неизменённой у 9% больных.

**Выводы** : принимая во внимание частоту патологии ПЖ при РА, проявляющуюся латентнотекущим панкреатитом со снижением внешнесекреторной функции, показано использование в комплексной терапии РА заместительных ферментов, особенно с учё-

том последних данных о положительном эффекте сбалансированной диеты и эн-зимотерапии при РА.

**Содержание жирорастворимых витаминов в крови у больных хроническим сальпингоофоритом и раком яичников**

Блюм Е.Э., Ассадулина Р.Р., Антонов А.Р., Сафронов И.Д.

*Новосибирская государственная медицинская академия МЗ РФ*

В настоящее время большой интерес при изучении хронического воспаления как фактора риска канцерогенеза отводится состоянию обеспеченности организма жирорастворимыми витаминами антиоксидантами ( $\beta$ -каротин, ретинол, токоферолы). Это может быть связано с тем, что витамины, проявляя многочисленные системные и локальные регулирующие эффекты, способны влиять на молекулярно-клеточные механизмы процессов воспаления и малигнизации.

Цель работы – изучить содержание жирорастворимых витаминов антиоксидантов в крови у женщин с хроническим сальпингоофоритом и раком яичников.

В ходе проведения исследований обследовано 38 женщин с хроническим сальпингоофоритом и 50 – с раком яичников I-IV стадии в возрасте от 18 до 64 лет. В качестве контроля было обследовано 36 практически здоровых женщин. Жирорастворимые витамины ( $\beta$ -каротин, ретинол,  $\alpha$ -токоферол,  $\gamma$ -токоферол) исследовали в сыворотке крови с помощью микрометода высокоэффективной жидкостной хроматографии на отечественном приборе “Милихром”.

Полученных результаты свидетельствуют, что у женщин с хроническим сальпингоофоритом отмечается достоверное ( $P < 0,05$ ) снижение содержания  $\beta$ -каротина на 27,3%, ретинола на 19,7%,  $\alpha$ -токоферола на 33,4%,  $\gamma$ -токоферола на 14,7%, а с раком яичников соответственно на 35,1%, 31,4%, 30,1% и 50% по сравнению с контролем.

Таким образом, наблюдаемое нами выраженное снижение жирорастворимых витаминов антиоксидантов у больных хроническим воспалительными заболеваниями придатков матки и раком яичников может являться одним из основных молекулярных механизмов патогенеза трансформации процессов воспаления в канцерогенез.

**Особенности реабилитации детей, страдающих детским церебральным параличом (ДЦП)**

Блюм Е.Э., Блюм Н.Э., Антонов А.Р., Ефремов А.В.

*Российский университет дружбы народов, Москва; Государственная медицинская академия, Новосибирск*

Проблема реабилитации больных с ДЦП остается актуальной и в XXI веке, несмотря на многочисленные клинические и фундаментальные разработки в этой сфере. Построение нормальной программы реабилитации дефектов моторного развития у детей,

страдающих ДЦП, при условии сохранной психики и отсутствии прямых противопоказаний к физическим нагрузкам со стороны систем жизнеобеспечения, начинается с оценки величины общего дефицита локомоторного развития (ОДЛР). Термин «сохранная психика» в данном случае означает способность ребенка адекватно реагировать на терапевтические воздействия в процессе реабилитации, так как говорить о полноценности психического развития в условиях общей задержки онтогенетического развития, на наш взгляд, некорректно.

Настоящая работа посвящена методологии расчета величины ОДЛР. Данный показатель является интегральным и вычисляется для каждого конкретного клинического случая.

Анализ величины дефицита локомоторного развития имеет принципиальное значение как на этапе реабилитационной сортировки, так и на этапе практической реализации этой программы.

Определение величины общего дефицита локомоторного развития (ОДЛР) требует понимания ряда принципиальных моментов:

- в течение календарного дня минимальное время, используемое ребенком собственно на локомоторное развитие (МВ), составляет 10 часов из 24-х. Оставшиеся 14 часов – это сон, отправление естественных потребностей, уход за ребенком и т.д.

Эти 10 часов составляют часть периода бодрствования и, в свою очередь, делятся на чистое время локомоторной активности и время отдыха. При этом степень локомоторной активности ребенка регулируется и определяется его собственными мотивациями. Процесс реабилитации возможен только при наличии в арсенале врача методов императивной акселерации локомоторной активности ребенка, а не использование его собственных мотиваций к проявлению данной активности [6,7,8,9].

- Умножив число прожитых ребенком календарных дней на минимальное время (МВ), необходимое ребенку ежедневно для обеспечения стабильности процесса нормального онтогенетического развития – 10 часов, мы получим расчетную величину «Х» – минимальный объем локомоторной нагрузки для полноценного развития ребенка на момент проведения анализа. Величина «Х» используется при расчете величины общего дефицита локомоторного развития (ОДЛР).

- Для проведения последующего анализа длительность прохождения (ДФ) той или иной фазы онтогенеза необходимо выразить в локомоторных часах, для этого длительность фазы в днях умножается на величину МВ. Величина ДФ будет использоваться при исчислении общего дефицита локомоторного развития (ОДЛР).

- Для осуществления расчетов нами принято, что в течение одного календарного дня жизни ребенок набирает по минимуму 10 часов локомоторного развития. Таким образом, в первый год жизни, последовательно пройдя все фазы онтогенеза, соответствующих данному периоду жизни, он зарабатывает 3650 локомоторных часов.

- Прохождение и качественное завершение каждой фазы онтогенетического развития требует нара-