патологии в виде ишемической болезни сердца (ИБС), хронической сердечной недостаточности (ХСН), её стадии и функционального класса, а также патологии щитовидной железы в виде гипо- и гипертиреоза, ожирения и наличия сахарного диабета. Данные обрабатывали в программе Statistical10.0, непосредственно в подсчетах использовали критерий Фишера. Различия считали статистически значимыми при уровне критерия Фишера (p) $p < 0,05$.

Результаты и обсуждения: 112 пациентов были разделены на две равные группы в зависимости от формы фибрилляции предсердий: по 56 человек с впервые выявленной ФП и пароксизмальной формой ФП. Распределение женщин и мужчин по группам было следующим: в первой группе – по 28 человек (25%), во второй группе – 27 (24,1%) и 29 (25,9%) соответственно. Статистически значимого влияния пола на возникновение фибрилляции предсердий получено не было, критерий Фишера составил 0,41. Наличие хронической сердечной недостаточности в группах было следующим: в 1 группе ХСН страдали 46 человек (41%), ХСН отсутствовала у 10 человек (9%), во 2 группе ХСН имели 54 человека (48%) и у 2 пациентов (2%) ХСН отсутствовала. Критерий Фишера при этом составлял $p = 0,017$. Изучая стадии ХСН и ее функциональные классы было выявлено статистически значимое влияние на возникновение фибрилляции предсердий лишь стадий ХСН ($p = 0,015$), причем при прогрессировании стадий данное влияние усиливалось. Так как, при изучении остальных параметров статистически значимые результаты не были получены, в данную статью включать мы их не стали.

Заключение. Таким образом, данные, полученные нами в ходе исследования, свидетельствуют о том, что фибрилляция предсердий достоверно чаще возникает при наличии хронической сердечной недостаточности у пациентов (критерий Фишера $p = 0,017$). Причем при прогрессировании стадий ХСН данное влияние значительно возрастает. Следовательно, при проведении своевременной профилактики хронической сердечной недостаточности можно избежать возникновения нарушения сердечного ритма по типу фибрилляции предсердий.

1. Александрова Л.Н. Особенности возникновения и течения фибрилляции предсердий у пациентов различного возраста // Диссертация. Санкт-Петербург, 2012г. – с. 23.
2. Кушаковский, М.С. Аритмии сердца / М.С. Кушаковский. — СПб.: Фолиант, 2004г. – с. 520.
3. Фомина И.Г. Нарушения сердечного ритма. М., «Русский врач», 2003. – с.192.

Беганская Н.С., Аникин В.В., Изварина О.А., Николаева Т.О., Кожевникова А.Д.
Особенности наблюдения в клинике за больными с пролапсом митрального
клапана при соединительнотканной дисплазии

*ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Россия, Тверь)*

doi:10.18411/sciencepublic-15-11-2019-03

idsp: sciencepublic-15-11-2019-03

Как известно, синдром дисплазии соединительной ткани (ДСТ) представляет собой системное нарушение структуры и функции мезенхимальных структур, обуславливая широкое разнообразие клинической симптоматики, что объясняет актуальность изучения данной патологии в течение многих лет [2]. Довольно распространенным кардиальным проявлением ДСТ является пролапс митрального клапана (ПМК), клинические особенности которого также весьма многообразны [1]. Так, наряду с кардиальными проявлениями, ПМК характеризуется изменениями со стороны различных органов и систем, в том числе и иммунного статуса, что косвенно

подтверждается, в частности, высокой обращаемостью больных за амбулаторной медицинской помощью по поводу острых респираторных или обострений хронических заболеваний верхних дыхательных путей [3]. В связи с этим анализ клинико-иммунологических особенностей у больных с ПМК имеет важное практическое значение.

С целью выявления особенностей клинического наблюдения при первичном ПМК проведено комплексное клинико-иммунологическое обследование лиц с данной патологией, включавшее определение содержания сывороточных иммуноглобулинов А, М, G методом радиальной иммунодиффузии («Имтек») и сывороточных цитокинов (интерлейкин-6, интерлейкин-10) с помощью иммуноферментного анализа («Цитокин»).

Помимо характерных для ПМК жалоб (кардиалгии, сердцебиение, проявления астено-невротического синдрома) многие больные сравнительно часто переносили ОРВИ. У половины опрошенных ОРВИ наблюдались до 2-3 раз в год. Повышение среднегодовой заболеваемости до 4-5 случаев в год выявилось у 28,6% больных, а 16,2% обследованных отмечали еще более высокую частоту (до 6-8 раз в год) ОРВИ. В свою очередь, хронические заболевания верхних дыхательных путей и ЛОР-органов, такие как хронический гайморит, хронический ринит, хронический тонзиллит, хронический фарингит, отмечены у 41,9% обследованных. Иммунологическое обследование больных с ПМК при ДСТ обнаружило существенные изменения гуморального иммунитета: у 18,9% больных был снижен уровень сывороточного иммуноглобулина А (Ig A) и у 8,9% - иммуноглобулина М (Ig M). При этом в целом среди лиц с ПМК уровень этих фракций иммуноглобулинов был существенно ниже по сравнению со здоровыми. Выявлено, что учащение среднегодовой заболеваемости ОРВИ ассоциируется с уменьшением содержания в сыворотке крови иммуноглобулинов А ($r = -0,3$) и М ($r = -0,6$). Аналогичная выраженная закономерность выявляется при хронической патологии верхних дыхательных путей и ЛОР-органов. При изучении цитокинового профиля из 62 обследованных у 24 (38,7%) имелся повышенный уровень сывороточного противовоспалительного ИЛ-10, тогда как содержание провоспалительного ИЛ-6 у больных с ПМК не отличалось от его уровня у здоровых лиц. Вместе с тем, уровень ИЛ-10 в сыворотке крови понижался с уменьшением частоты заболеваемости ОРВИ. Так, у пациентов, отмечающих более трех случаев болезни в год, содержание ИЛ-10 в 1,3 раза превышало ($12,6 \pm 3,37$ пг/мл) его концентрации у больных с более редкой заболеваемостью ($16,42 \pm 1,6$ пг/мл) при $p < 0,05$. Возможно, повышенный уровень ИЛ-10 в данной ситуации имеет адаптационный характер, направленный на подавление инфекционного воспаления.

Таким образом, первичный ПМК характеризуется наличием иммунного дисбаланса, проявляющегося рядом изменений в системе гуморального иммунитета и цитокинового профиля, вероятно, обуславливающих клинические особенности данной патологии в виде большой частоты респираторных инфекционных заболеваний и очагов хронической инфекции верхних дыхательных путей и ЛОР-органов по сравнению со здоровыми лицами, что необходимо учитывать в клинической практике, определяя тактику ведения больных с назначением адекватных лечебно-диагностических и профилактических мероприятий.

1. Беганская, Н.С. Роль комплексного подхода в оценке соматического здоровья больных с первичным пролапсом митрального клапана / Н.С. Беганская // Материалы I Международного научно-образовательного форума молодых кардиологов «Кардиология: на стыке настоящего и будущего». – Самара. – 2012. – С.93-94.

2. Земцовский, Э.В. Наследственные нарушения соединительной ткани. Синдром соединительнотканной дисплазии сердца. Спорные вопросы и возможные решения / Э.В. Земцовский // Кубанский научный медицинский вестник. – 2009. - №6. – С. 51-54.
3. Ягода, А.В. Недифференцированная дисплазия соединительной ткани, ассоциированная с хроническими заболеваниями ЛОР-органов: особенности фенотипа и уровень сывороточных цитокинов / А.В. Ягода, Н.Н. Гладких, А.Б. Семенова // Медицинская помощь. – 2007. - №2. – С. 29-32.
4. Vahanian, A. The new ESC/EACTS guidelines on the management of valvular heart disease / A. Vahanian, B. Lung // Arch.Cardiovasc.Dis. – 2012. – Vol. 105(10). – P. 465-467.

**Руина О.В., Строганов А.Б., Османов А.М., Курушин А.М., Шпрыкова О.Н.,
Меньшикова С.Н., Ждакова Н.А., Тотмина Т.Б., Дудукина Ю.А., Козлова Е.А.,
Зайцева Е.И.**

Взаимосвязь потребления антибиотиков и локальной микробиоты

*ФГБОУ ВО «Приволжский Исследовательский Медицинский Университет» МЗ
РФ*

*ГБУЗ НО «Городская клиническая инфекционная больница №2»
(Россия, Н. Новгород)*

doi:10.18411/sciencepublic-15-11-2019-04

idsp: sciencepublic-15-11-2019-04

Аннотация

Изучено потребление антибактериальных препаратов резерва, назначаемых решением врачебной комиссии с участием врача – клинического фармаколога, в отделениях многопрофильной больницы. Выявлена зависимость потребления данных препаратов от профиля отделения и характера выделяемой микробиоты. Наибольшее количество антибиотиков резерва потребляется в отделении трансплантации, где часто выделяются микробные патогены с высоким уровнем устойчивости к препаратам, наименьшее – в терапевтических, гинекологическом отделениях, отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения.

Ключевые слова: антибиотики, микробиота, резистентность, потребление.

Введение. На сегодняшний день антибиотикорезистентность является глобальной проблемой – не только общероссийской, но и общемировой [1]. Риск селекции антибиотикорезистентных штаммов в отделении, повышается при частом и длительном применении антибиотиков [2]. Поэтому подбор антибиотикотерапии для таких пациентов является актуальной задачей, ее решению посвящено много исследовательских работ [3, 4, 5]. Актуальным является изучение потребления антибактериальных препаратов в зависимости от профиля отделения и данных микробиологического мониторинга.

Цель и задачи: Изучение потребления антибактериальных препаратов резерва в отделениях многопрофильной больницы, соотнесение результатов с данными микробиологического мониторинга, разработка возможных путей оптимизации антибиотикотерапии.

Материалы и методы. Исследование выполнено на базе многопрофильного стационара г. Н. Новгорода, оказывающего как терапевтическую, так и высокотехнологичную хирургическую помощь. Изучалось потребление антибактериальных препаратов резерва, назначаемых решением врачебной комиссии с участием клинического фармаколога, за 2017 г. К антибактериальным препаратам резерва были отнесены: пиперацillin/тазобактам, цефоперазон/сульбактам, цефепим и цефтазидим, респираторные фторхинолоны, карбапенемы, гликопептиды, оксалидиноны, полимиксины, глицилциклины, а также все инъекционные системные антимикотики.