

*Медицинские науки***ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ
УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ
У ПАЦИЕНТОК С ПОРОКАМИ СЕРДЦА**

Караськова М.А., Соколова Т.М.

ФГУ НИИИ ПК

имени академика Е.Н. Мешалкина

*Новосибирский государственный медицинский
университет Федерального агентства по
здравоохранению и социальному развитию РФ
Новосибирск, Россия*

Вопросы диагностики и эффективной терапии инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), всегда остаются актуальными и активно обсуждаемыми в дерматовенерологии, акушерстве и гинекологии, урологии. Особенно часто встречаются бактериальный вагиноз, уrogenитальный трихомоноз и уrogenитальный кандидоз. Тяжесть патологического процесса зависит от индивидуальной вариабельности взаимоотношений микро- и макроорганизма и особенностей общего и местного иммунного ответов.

Исследования, проведенные, в НИИ патологии кровообращения МЗ РФ имени академика Е.Н. Мешалкина, на протяжении более 40 лет, показали, что присутствие инфекции в кровеносном русле имеет место у плода еще в утробе матери. Активация инфекционного процесса происходит сразу после рождения или спустя 10 – 20 и т. д. лет в виде органной патологии, в зависимости от реакции организма, состояния иммунитета.

Нарушения кровообращения и процессы, протекающие в организме больного с пороками сердца, объединяют все системы в единый организм, который функционирует по заданной биологической программе, в которой важную роль играет кровообращение, а инфицирование сосудистой системы на фоне снижения биологических факторов защиты организма (иммунитета) формирует патологические процессы в органах и системах (Яснова Л.Г. и соавт., 1989; Е.Е. Литасова и соавт., 2002).

Изучение особенностей течения уrogenитальных инфекций у кардиохирургических больных актуально в связи с высокой их частотой встречаемости как сопутствующего заболевания при пороках сердца. Учитывая тот факт, что любая патология формируется под влиянием инфекционного агента на основе снижения иммунитета, лечение должно быть направлено на основные звенья патогенеза – дисбиоз, иммунодефицит, эрадикацию возбудителя и на повышение активности систем неспецифической защиты организма с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов лечения и технологий, которые бы отвечали современному представлению о сущности воспалительного процесса, при этом были бы доступны и просты в употреблении, а также достаточно эффективны (Сарвазян А.П.,

1995; Топоров Ю.А., и соавт., 1980; К.Н. Конторщикова К.Н. и соавт., 2003; Козин Ю.И., 2003 Gomez Moraleda M.A., 1995; Wong R. et al., 1995; Fahmy Z., 1995;).

Применение озонотерапии и низкочастотного ультразвука в комплексной терапии бактериального вагиноза, уrogenитального трихомоноза и уrogenитального кандидоза позволит в короткие сроки справиться с уrogenитальной инфекцией у пациенток с пороками сердца, качественно осуществить подготовку пациенток к оперативному лечению. При этом их эффективность может в значительной степени определять клиническую реабилитацию и экономический эффект.

**СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ
ЛИПИД-СНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ
ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЛИПТОНОРМА
И КРЕСТОРА**

Маль Г.С., Альменко М.А., Смыкова Л.А.

*Курский государственный медицинский
университет
Курск, Россия*

Целью исследования явилась разработка нейросетевой модели прогнозирования гиполипидемического эффекта при различных вариантах коррекции гиперлипидемий статинами-дженериками II и III поколений на основе параметров липид-транспортной системы.

Задачи исследования: исследование состояния липид-транспортной системы у больных ИБС с изолированной и сочетанной гиперхолестеринемией (ГХС) при фармакотерапии липтонормом и крестором; разработка нейросетевой модели прогнозирования гиполипидемического эффекта при различных вариантах коррекции ГЛП.

Методы исследования включали в себя: клинические, биохимические, функциональные, статистические. При решении задачи прогнозирования использовался нейросетевой имитатор Neuro Pro 0.25.

В результате исследования получены следующие выводы:

1. При лечении липтонормом у больных ИБС с изолированной ГХС можно прогнозировать наименьший гипохолестеринемический эффект 7% ($p < 0,05$) у 10 % больных, а наибольший - 42,8% ($p < 0,05$) у 40 % .

2. В условиях фармакотерапии крестором у больных ИБС с изолированной ГХС можно прогнозировать наименьший гипохолестеринемический эффект 10% ($p < 0,05$) у 15 % больных, а наибольший 55,2% ($p < 0,05$) можно получить не менее, чем у 48% больных.

3. При лечении липтонормом у больных ИБС с сочетанной ГХС можно прогнозировать