

средних и низких частот. В высокочастотном диапазоне также отмечается улучшение слуха, т.е. уменьшение порогов восприятия звуков, но это происходит реже. Прирост слуха не наблюдался у 2 больных, причем у одной пациентки в результате острого отита в отдалённом периоде после операции произошла потеря слуха. Кривые костной проводимости за исключением этой пациентки не ухудшались ни у одного пациента. Из 57,5% пациентов с нарушением костной проводимости уменьшились пороги восприятия по костной проводимости после операции у 43 % больных.

Таким образом, аудиометрическая оценка больных отосклерозом до и после стапедопластики показала высокую эффективность стапедопластики, так как у подавляющего числа оперированных снизились пороги восприятия звуков и значительно сократился костно-воздушный интервал.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОСПЕКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ЖИТЕЛЯМИ г.ГРОДНО, ПЕРЕНЕСШИМИ МОЗГОВОЙ ИНСУЛЬТ Штык С.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра неврологии

Научный руководитель — к. м. н., доцент С. Д. Кулеш

Мозговой инсульт является одной из ведущих причин смерти и инвалидности во всем мире. Сведения по структуре и характеристике исходов данного заболевания в Республике Беларусь до настоящего времени не получены. Целью настоящей работы было изучить исходы мозгового инсульта у жителей г. Гродно, перенесших заболевание в 2001 г. (по данным регистра).

Данные об исходах инсульта были получены при обследовании больных, проходивших курс стационарной реабилитации, а также при анализе медицинской документации поликлиник. В сроки 3 и 12 месяцев, 5 лет от начала заболевания оценивались выживаемость,

степень ограничения жизнедеятельности (функциональный дефект по модифицированной шкале Рэнкина и наличие группы инвалидности), а также возникновение повторных инсультов.

В 2001 г. в г. Гродно 878 человек перенесли мозговой инсульт, 269 пациентов умерло в течение острого периода, 28-дневная летальность составила 30,6%. Из 609 выживших больных данные об исходах были доступны в 539 случаях (88,5%). Из этого количества 32 больных (5,9%) умерло в течение 2—3 месяца от начала заболевания, и 50 больных (9,3%) умерло в течение 4—12 месяца от начала заболевания. 46 больных (8,5%) в течение года перенесли повторный мозговой инсульт.

Через 3 месяца от начала заболевания среди 507 выживших больных 272 (53,6%) не имели группы инвалидности (ГИ), у 197 больных (38,9%) ГИ не изменилась, 6 больных (1,2%) повысили ГИ. Первичный выход на инвалидность в эти сроки отмечался у 32 больных (6,3%). Средний балл по модифицированной шкале Рэнкина в данной подгруппе больных составлял 3,09 (95% доверительные интервалы 3,01—3,18).

Через 12 месяцев от начала заболевания среди 457 выживших больных 158 (34,6%) не имели ГИ, у 184 больных (40,3%) ГИ не изменилась, 22 больных (4,8%) повысили ГИ. Первичный выход на инвалидность в эти сроки отмечался у 92 больных (20,1%). Средний балл по модифицированной шкале Рэнкина в данной подгруппе больных составлял 2,69 (95% доверительные интервалы 2,60—2,78).

В течение 25 года от начала инсульта из 457 пациентов данные об исходах были доступны в 421 случаях (92,1%). 99 пациентов (23,5%) перенесли повторный инсульт, 171 больной умер от различных причин, летальность за этот период составила 40,6%. Среди 250 больных, переживших 5 лет от начала заболевания, 72 (28,8%) не имели ГИ, у 174 больных (69,6%) ГИ не изменилась, 2 больных (0,8%) повысили ГИ. Первичный выход на инвалидность в эти сроки отмечался у 1 больного (0,4%). Средний балл по модифицированной шкале Рэнкина в данной

подгруппе больных составлял 2,75 (95% доверительные интервалы 2,59—2,91).

Таким образом, отдаленные исходы мозгового инсульта у жителей г. Гродно характеризовались высокой летальностью (15,2% в течение года от начала заболевания, 40,6% в течение 25 года от начала заболевания), высокой частотой повторных инсультов (8,5% в течение года, 23,5% в течение 25 лет). Уровень ограничения жизнедеятельности у выживших больных увеличивался в умеренной степени (74,9% больных через 12 месяцев от начала инсульта не имели ГИ или сохранили прежнюю ГИ).

УРОВЕНЬ НИТРАТОВ И НИТРИТОВ В ПЛАЗМЕ КРОВИ У СТУДЕНТОВ С ГИПОТОНИЕЙ

Штык С.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра пропедевтика внутренних болезней

Научный руководитель – к.м.н., ассистент Т.П. Пронько

В основе артериальной гипотонии лежит нарушение функции высших вегетативных центров вазомоторной регуляции. До сих пор нет единого мнения о патогенезе нарушений тонуса сосудов при НЦД, имеются известные трудности в ее диагностике. В настоящее время общеизвестно, что эндотелий сосудов играет решающую роль в моделировании сосудистого тонуса, синтезируя сосудорасширяющие и сосудосуживающие вещества, основным из которых является оксид азота (NO). NO чрезвычайно лабильная молекула с коротким временем жизни (6-10 сек.), инактивируется гемоглобином эритроцитов и супероксиданионами. Конечными продуктами обмена NO являются нитраты и нитриты. Одним из маркеров уровня синтеза NO в клинических условиях является содержание конечных продуктов метаболизма NO нитратов и нитритов в плазме крови. Однако характер изменений синтеза NO при гипотонии изучен недостаточно.