

Кузьмина Т.А., 1966). В отличие от методики, предложенной авторами, мы не только определяли бактериостатическую активность сыворотки, но и в каких ее разведениях такая способность проявлялась. Статистическая обработка проведена с вычислением средней арифметической (M), ошибкой средней (m) при помощи программы Microsoft Excel 2012.

Результаты. Изучение бактериостатической активности сыворотки крови у часто болеющих детей показывает, что в большинстве испытуемых сывороток отмечался задерживающий рост культуры стафилококка в разведениях 1:10. Из 146 обследованных у 114 выявлено бактериостатическая активность в разведениях 1:10, что составляет $78,08 \pm 3,42\%$. В более высоких разведениях (1:20) $17,81 \pm 3,16\%$ и (1:40) лишь $4,11 \pm 1,64\%$ сывороток проявили такую активность. У эпизодически болеющих детей сыворотка крови в отношении культуры патогенного стафилококка оказалась более активной. Так, если $48,0 \pm 7,06\%$ сыворотки у ЭБД проявили активность в низких разведениях (1:10), то соответственно $36,0 \pm 6,78\%$ (1:20) и $16,0 \pm 5,18\%$ (1:40) из них сохраняли бактериостатическую активность в более высоких разведениях. При сопоставлении результатов изучение бактериостатической активности сыворотки крови в двух наблюдаемых группах установлено, что у первых она подавлена.

Доказательством является средний титр бактериостатической активности сыворотки у ЧБД и у ЭБД. У ЧБД средний титр, то есть разведение сыворотки, при котором проявляется активность, равняется 1:13,0 у ЭБД – 1:18,1. Бактериостатическая активность сыворотки крови зависит от многих специфических и неспецифических активных биологических веществ, которые находятся в ее составе. К таким неспецифическим биологическим веществам относятся комплемент (ферментная система), в составе которого имеются пропердин, лейкоцины, лизины.

Заключение. 1. Показатели бактериостатической активности сыворотки крови в разведениях 1:10 и 1:20 указывают на снижение иммунной реактивности организма часто болеющих детей. 2. Бактериостатическую активность сыворотки крови можно использовать в качестве критерия для оценки иммунологического статуса часто болеющих детей. 3. Низкие показатели уровня бактериостатической активности сыворотки крови требует проведению иммунокорректирующего лечения у часто болеющих детей с рецидивирующими респираторными инфекциями.

НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Солева С. Ш., Рахимова Х.М.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. В терапии сахарного диабета важная роль отводится поддержанию целевого уровня глюкозы как фактору, влияющему на риск и степень осложнений. Принимаемая больными СД пища имеет основное влияние на данный фактор. Поэтому очень важно, чтобы больной соблюдал назначенную ему диету. Однако, практически все пациенты отклоняются от данного правила, а вариант отклонения представляет собой определенный тип нарушения пищевого поведения, в зависимости от которых существует дифференцированный подход к решению данной проблемы.

Цель: определить тип нарушения пищевого поведения у больных СД 2 типа.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 67 больных, страдающих СД 2 типа, в возрасте от 38 до 66 лет, из них 39 (58,2%) женщин, 28 (41,8%) мужчин. Длительность СД составила от 4 до 12 лет. ИМТ у всех обследуемых превышал норму ($18,5 - 24,9 \text{ кг/м}^2$). Целевой уровень гликемии не был достигнут у 89% обследованных. Все пациенты получали диетотерапию в комплексе с пероральной сахароснижающей терапией. Для исследования типов пищевого поведения использовали голландский опросник пищевого поведения (DEBQ). DEBQ состоит из 33 утверждений, каждое из которых респондент должен оценить в отношении себя как «Никогда» (1 балл), «Редко» (2 балла), «Иногда» (3 балла), «Часто» (4 балла) и «Очень часто» (5 баллов). 31-ый вопрос анализируется в противоположных значениях. Количественное значение по шкале равно среднему арифметическому значению баллов по этой шкале. Другими словами, необходимо сложить баллы по каждой шкале, и разделить на количество вопросов в шкале. Номера вопросов 1-10 соответствуют ограничительному типу, норма – 2,4; 11- 23 – эмоциогенному, норма – 1,8; 24-33 – экстернальному, норма – 2,7.

Результаты. у респондентов преобладает ограничительный тип пищевого поведения – 55%, среди них 18% - женщины, 37% - мужчины. На втором месте - эмоциогенный тип – 28%, из них 21% - женщины, 7% - мужчины. Наименее часто встречается экстернальный тип – 17%, женщины составили 11%, мужчины – 6%. У анкетированных часто встречались смешанные типы.