



Вестник

ВОЛГОГРАДСКОГО
ГОСУДАРСТВЕННОГО
МЕДИЦИНСКОГО
УНИВЕРСИТЕТА

ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Главный редактор

В. И. Петров, академик РАМН

Зам. главного редактора

М. Е. Стаценко, профессор

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

А. Р. Бабаева, профессор
А. Г. Бебуришвили, профессор
А. А. Воробьев, профессор
С. В. Дмитриенко, профессор
В. В. Жура, доцент
М. Ю. Капитонова, профессор
(научный редактор)
С. В. Клаучек, профессор
Н. И. Латышевская, профессор
В. Б. Мандриков, профессор
И. А. Петрова, профессор
В. И. Сабанов, профессор
Л. В. Ткаченко, профессор
С. В. Туркина (ответственный секретарь)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

А. Б. Зборовский, академик РАМН
(Волгоград)
Н. Н. Седова, профессор
(Волгоград)
А. А. Спасов, чл.-кор. РАМН
(Волгоград)
В. П. Туманов, профессор
(Москва)
Г. П. Котельников, академик РАМН
(Самара)
П. В. Глыбочко, чл.-кор. РАМН
(Москва)
В. А. Батулин, профессор
(Ставрополь)

2 (34)

**АПРЕЛЬ–
ИЮНЬ
2010**

VOX
AUDITA LATET,
LITTERA SCRIPTA
MANET

ИЗДАТЕЛЬСТВО
ВОЛГМУ

ISSN 1994-9480



9 771994 948340 >

КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ АСПЕКТЫ АБДОМИНАЛЬНОГО СЕПСИСА

Д. В. Мареев

Ростовский государственный медицинский университет

Приводится анализ исследований клинических проявлений и изменений общеклинических, иммунологических, биохимических и др. показателей у 129 больных абдоминальным сепсисом. Выделено 6 главных показателей, характерных для абдоминального сепсиса, — первичный и вторичный очаг внедрения инфекции, анемия без кровотечений, одна из 5 видов лихорадки, снижение иммунного статуса, полиорганная недостаточность, наличие перитонита.

Ключевые слова: абдоминальный сепсис, лабораторные показатели.

CLINICAL AND LABORATORY ASPECTS OF ABDOMINAL SEPSIS

D. V. Mareev

This work analyses the clinical presentation, general clinical, immunological and biochemical changes in 129 patients with abdominal sepsis. 6 main indicators have been associated with abdominal sepsis — primary and secondary source of infection, anaemia without blood loss, one of the five types of temperature pattern, reduced immune status, multiple organ dysfunction and the presence of peritonitis.

Key words: abdominal sepsis, laboratory parameters.

В последнее время в литературе и на различного уровня научных форумах все чаще обсуждаются вопросы патогенеза, клиники, диагностики и лечения абдоминального сепсиса [1—10].

Как известно из этих работ [10], основными моментами в развитии абдоминального сепсиса являются очаги внедрения инфекции: острые хирургические инфекционные заболевания и травмы органов брюшной полости и симбионтная флора кишечника [10]. Далее, транслокация симбионтной флоры в брюшную полость, в порталную систему, в системную кровь и в органы и ткани организма больного. При этом существенную роль играют иммунные силы (гуморальный и клеточный иммунитет) и степень нарушения функции органов и систем больного.

Множество первоначальных причин развития абдоминального сепсиса, страдание всех органов и систем порождает поливалентность клинической симптоматики и лабораторных изменений. При этом нельзя отметить какого-то специфического симптома абдоминального сепсиса. Надежда на клинико-лабораторную диагностику его может заключаться только в обнаружении закономерностей сочетания симптомов клинических и лабораторных изменений. Этому и посвящена данная работа.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Объективизация постановки диагноза и выявления патогномоничными признаками абдоминального сепсиса.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В основу работы положены результаты комплексного обследования и лечения в клинике общей хи-

рургии Ростовского государственного медицинского университета в течении 1996—2007 годов 129 больных с абдоминальным сепсисом в возрасте от 28 до 71 года. Распределение больных по полу и возрасту представлено в табл. 1.

Таблица 1

Распределение больных абдоминальным сепсисом по полу и возрасту

Возраст, лет	Количество больных (n = 129), %	
	Муж.	Жен.
20–29	1 (0,8)	0 (0)
30–39	7 (5,4)	3 (2,3)
40–49	10 (7,8)	8 (6,2)
50–59	28 (21,7)	18 (14)
60–69	30 (23,3)	17 (13,2)
70 и старше	6(4,7)	1(0,8)
Всего	82(63,6)	47(36,4)

Как видно из табл. 1, мужчин было 82 чел. (63,6 %), женщин — 47 (36,4 %). Основную часть больных абдоминальным сепсисом составляли пациенты в возрасте от 50 до 69 лет (93 чел., 72,1 %). Мужчин в возрасте от 50 до 69 лет было 58 (45,0 %), женщин — 35 (27,1 %). Распределение больных по причинам абдоминального сепсиса представлено в табл. 2.

Из табл. 2 видно, что наиболее частой причиной абдоминального сепсиса были инфицированный панкреонекроз (41,1 %) и острая кишечная непроходимость (22,5 %). На третьем месте причиной абдоминального сепсиса находится деструктивный холецистит (12,4 %). Данные таблицы подтверждают наличие многогранности клинических и лабораторных показателей.

Таблица 2

Причины абдоминального сепсиса (спектр больных по заболеваемости)

№	Причина абдоминального сепсиса	Количество пациентов	
		Абс.	%
1	Инфицированный панкреонекроз	53	41,1
2	Острая кишечная непроходимость	29	22,5
3	Деструктивный холецистит	16	12,4
4	Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	7	5,4
5	Ущемлённая грыжа	9	7,0
6	Травмы органов брюшной полости	9	7,0
7	Гинекологические заболевания	3	2,3
8	Онкологические заболевания	3	2,3
	Всего	129	100,00

Наличие подавляющего числа пациентов с абдоминальным сепсисом в возрасте старше 50 лет — 100 (77,5 %) обусловило и высокую частоту сопутствующих заболеваний.

Структура сопутствующей патологии у больных основной и контрольной групп представлена в табл. 3.

Как видно из табл. 3, у изучаемых больных наиболее часто из сопутствующих патологий встречались заболевания сердечно-сосудистой системы (29,4 %) и органов желудочно-кишечного тракта (23,3 %), на третьем месте были заболевания органов дыхания (22,5 %).

Таблица 3

Структура сопутствующей патологии у больных абдоминальным сепсисом

№	Сопутствующие заболевания	Число случаев
1	Сердечно – сосудистые заболевания	38
2	Заболевания органов дыхания	29
3	Сахарный диабет	7
4	Заболевания органов ЖКТ	30
5	Желчнокаменная болезнь	16
6	Хронический гепатит	4
7	Заболевания опорно-двигательного аппарата	21
8	Алкоголизм	4
9	Заболевания органов мочевого выделения	14
10	Заболевания органов зрения	5
11	Другие заболевания (грыжи, доброкачественные опухоли и другие)	9
	Всего	177

Примечание. Число случаев больше, чем больных, потому что имело место несколько патологий у одного человека.

Как видно из табл. 3, у 129 больных отмечено 177 сопутствующих заболеваний, что, естественно, может отражаться на клиническом течении и лабораторных показателях у больных абдоминальным сепсисом.

Клинический контроль включал изучение первичной медицинской документации и сбор анамнеза, уточняющего причины возникновения основного заболевания и очага инфекции, наблюдение за общим

состоянием, включающее физикальный и лабораторный контроль.

Физикальный контроль общего состояния пациентов включал наблюдение за пульсом, артериальным давлением, частотой дыхательных движений, перитонеальными признаками, кишечными шумами и динамикой восстановления перистальтики кишечника, контроль за почасовым и суточным диурезом, характером и количеством отделяемого по дренажным системам.

Лабораторный контроль включал динамическое наблюдение за основными лабораторными показателями: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимические методы исследования [определение мочевины в сыворотке крови, креатинина, билирубина по Йендрашеку, общий белок, активность аланинаминотрансферазы (АлАТ), активность аспартатаминотрансферазы (АсАТ), амилаза крови и мочи, уровень водно-солевого обмена (К, Na) и кислотно-щелочного состояния (КЩС), общий уровень белка, глюкоза крови, средние молекулы сыворотки крови, содержание миоглобина (МГ сыворотки крови больного методом реакции пассивной (непрямой) гемагглютинации с помощью наборов «Диагностикум эритроцитарный для выявления иммуноглобина, иммуноглобулиновый сухой»), бактериологические посевы системной и портальной крови и содержимого брюшной полости].

Объективная оценка степени тяжести эндотоксикоза заключалась в использовании «набора» из 10 наиболее информативных и прогностически значимых клинико-лабораторных показателей, которые в интегральной форме достоверно отражают функциональное состояние основных жизнеобеспечивающих систем организма, выраженность системной воспалительной реакции и кatabолических процессов, а также уровень токсемии.

Это позволило нам на клиническом уровне выделить три степени тяжести эндотоксикоза при абдоминальном сепсисе, которым соответствуют принципиально разные патогенетические уровни нарушения барьерной функции желудочно-кишечного тракта, состояния ретикулоэндотелиального барьера печени и расстройств системного гомеостаза [10].

Для оценки тяжести состояния больных и предполагаемой летальности применялась шкала SAPS. Оценка иммунологических показателей проводилась в следующие строки: при поступлении в стационар 1—3 сутки, на 7—10 сутки после поступления, при благоприятном исходе накануне выписки больного. Показатели гуморального иммунитета, циркулирующие иммунные комплексы, антиген-антитело, иммуноглобулины А, G, M, SIgJ определяли методом иммунофереза в крови и в секвестральной в просвете кишечника жидкости. Состояние макрофагальной системы определяли с помощью световой и электронной микроскопии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

По частоте симптомов и лабораторных данных у наблюдаемых больных абдоминальным сепсисом выявлена следующая тенденция: первичный очаг — 100 %, общая слабость — 100 %, перитониальные симптомы — 100 %, тошнота и рвота — 100 %, гемодинамические нарушения — 100 %, задержка стула и газов — 100 %, вздутие живота — 100 %, лихорадка — 91,4 %, анемия — 70,5 %, лейкоцитоз — 87 %, тахикардия — 84,5 %, ускоренная скорость оседания эритроцитов (СОЭ) — 84,4 %, P_{CO_2} — 83,7 %, гипопроотеинемия — 81,3 % и т. д.

Основные клинические симптомы и лабораторные данные у исследуемых 129 больных контрольной и основной группы с абдоминальным сепсисом представлены в табл. 4.

Таблица 4

Основные симптомы абдоминального сепсиса

Симптомы	Выявляемость, абс. (%)	Симптомы	Выявляемость, абс. (%)
Первичный очаг	129 (100)	Увеличение селезенки	18 (13,9)
Лихорадка выше 38 °С	118 (91,4)	Токсический нефрит	71 (55)
Тахикардия более 100 уд. в мин	109 (84,5)	Периферические отеки	29 (22,5)
Озноб	38 (29,4)	Пиемические очаги	44 (34,1)
Рвота	129 (100)	Анемия (Hb 50 ед. или 83 г/л)	91 (70,5)
Общая слабость	129 (100)	$P_{CO_2} < 35$ мм рт. ст.	108 (83,7)
Тошнота	129 (100)	Лейкоцитоз	112 (87,0)
Боли в животе	129 (100)	СОЭ (60 мм/ч и более)	109 (84,4)
Задержка газов и стула	129 (100)	Гипопроотеинемия (общий белок менее 6 г/л)	105 (81,3)
Перитонеальные симптомы	129 (100)	Положительные посевы крови	62 (48)
Гемодинамические нарушения	129 (100)	Изменения на коже (высыпания, шелушение и т. д.)	20 (15,5)
Увеличение печени	79 (61,2)	Вздутие живота	129 (100)

Одним из наиболее постоянных симптомов абдоминального сепсиса была высокая лихорадка пяти типов: непрерывно высокая (39—40 °С), ремитирующая (утром субфебрильная, вечером > 38 °С, постоянно низкая (N или <N) и интермиттирующая (бессистемная).

Отсутствие выраженной температурной реакции имело место у 11 (9,3 %) больных с ареактивным течением абдоминального сепсиса (двое из них получали цитостатики).

Следующим по частоте признаком сепсиса у исследуемых больных был показатель гемоглобина, свидетельствовавший о наличии анемии без види-

мой кровопотери. Она наблюдалась у всех больных (от 110 до 83 г/л), но в 70,5 % анемия была ниже 90 г/л.

Частым признаком сепсиса был лейкоцитоз (или лейкопения) с резким сдвигом лейкоцитарной формулы влево (87 %). Увеличение числа лейкоцитов более чем до 28×10^9 /л или уменьшение до $3-4 \times 10^9$ /л следует считать крайне плохим прогностическим признаком.

Важнейшим диагностическим признаком сепсиса является высеивание микрофлоры из крови септических больных. У наблюдаемых нами больных была высеяна микрофлора у 62 (48,1 %), у 18 из них — после повторных посевов. Положительный посев позволил нам не только подтвердить диагноз, но и дал возможность правильно подобрать необходимый антибактериальный препарат. Отрицательный посев не является признаком отсутствия сепсиса по разным причинам, в том числе по положению: сепсис вызывается не только микробами, но и токсинами.

Выполненные клиничко-лабораторные и инструментальные исследования позволили нам из целого ряда описанных параметров выделить основные, которые и явились факторами риска для осложненного течения послеоперационного периода. Это, прежде всего, возраст больного, длительность заболевания, выраженность деструктивных изменений со стороны первичного очага, выраженность клинических признаков синдрома энтеральной недостаточности и эндотоксикоза, тяжесть синдрома эндогенной интоксикации и состояния больного по таблице Чернова В. Н., Белика Б. М. (1997) и шкале SAPS, лабораторные маркеры эндотоксикоза и системной воспалительной реакции [лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), молекулы средней массы, МГ], а также суммарные значения функционального состояния, в первую очередь, печени и почек.

Тяжесть состояния пациентов контрольной группы по шкале SAPS составила при сепсисе-SIRS 3 ($11,2 \pm 1,4$) баллов (послеоперационная летальность составила 16,6 %), при сепсисе-SIRS 4 — ($15,1 \pm 1,2$) баллов (послеоперационная летальность — 28,7 %), при тяжелом сепсисе — ($19,2 \pm 1,5$) баллов (послеоперационная летальность — 39,2 %), при токсико-септическом шоке — ($19,8 \pm 1,7$) баллов (послеоперационная летальность — 66,4 %). Общая послеоперационная летальность при абдоминальном хирургическом сепсисе в контрольной группе составила 39,8 %. В основной группе больных с абдоминальным сепсисом, которая сопоставима по клинической градации, послеоперационная летальность составила 19,7 %.

Таким образом, анализ клинических и лабораторных данных позволил выделить пять основных признаков абдоминального сепсиса: наличие первичного очага внедрения инфекции (инфекция органов брюшной полости, травма) и вторичного очага (симбионтная флора и токсины кишечника); анемия без

признаков кровотечения; лихорадка (один из 5 видов); перитонит; снижение иммунного статуса и полиорганная недостаточность.

Все остальные исследованные нами параметры являются, в основном показателями, тяжести воспалительного, или деструктивного процесса, в том числе лейкоцитоз (лейкопения), ЛИИ, состояние сердечно-сосудистой и дыхательной систем, функции почек, печени и т. д. Наиболее простым, доступным для исследования, считаем показатель миоглобина, который достаточно объективно оценивает тяжесть деструктивно-дегенеративных процессов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Тщательный анализ клинических проявлений и лабораторных данных дает возможность объективизировать постановку диагноза абдоминальный сепсис.

2. Патогномоничными признаками абдоминального сепсиса следует считать: наличие очагов внедрения инфекции, анемию без кровотечения, лихорадку, наличие перитонита и полиорганной недостаточности и снижение иммунного статуса больного.

3. Остальные клинические и лабораторные данные имеют вспомогательное значение как показатели степени выраженности различных нарушений функции органов и систем больного абдоминальным сепсисом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдоминальная хирургическая инфекция: клиника, диагностика, антимикробная терапия: практическое руководство / Под ред. В. С. Савельева, Б. Р. Гельфанда. — М.: Литература, 2006. — С. 168.

2. Багненко С. Ф., Шляпников С. А., Корольков А. Ю., Ефимова И. С. // Новые технологии в хирургии: сб. трудов

международного хирургического конгресса. — Рн/Д, 2005. — С. 48.

3. Бенсман В. М., Савченко Ю. П., Голиков И. В., Смышков В. И. Опыт лечения больных абдоминальным сепсисом программированными релапаротомиями / Актуальные вопросы хирургии: сб. научно-практических работ, посвященных 90-летию кафедры общей хирургии. — Рн/Д, 2006. — С. 167—172.

4. Брискин Б. С., Хачатрян Н. Н., Савченко З. И. // Хирургия. — 2002. — С. 69—75.

5. Быков А. В., Антонов Ю. В., Климентьев А. А. Опыт использования ронколейкина в комплексном лечении больных с хирургическим сепсисом / Новые технологии в хирургии: сб. трудов международного хирургического конгресса. — Рн/Д, 2005. — С. 55.

6. Гельфанд Б. Р., Проценко Д. Н., Гельфанд Е. Б. и др. // Анестезиология и реаниматология. — 2006. — № 6. — С. 4—9.

7. Ерюхин И. А., Шляпников С. А., Ефимова И. С. // Инфекция в хирургии. — 2004. — 2 (1). — С. 2—8.

8. Савельев В. С., Гельфанд Б. Р., Проценко Д. Н., Гельфанд Е. Б. // Проблемы клинической медицины. — 2007. — № 1. — С. 10—16.

9. Ступин В. А., Гридчик И. Р., Закиров Д. Б., Пар В. И. Выбор критериев прогноза у больных с абдоминальным сепсисом / VIII Всероссийский съезд анестезиологов-реаниматологов. Перитонит, сепсис, антибиотики в интенсивной терапии: материалы съезда. — Омск, 2002.

10. Чернов В. Н. Неотложная хирургия. Диагностика и лечение острой хирургической патологии. — 4 изд., перераб. и доп. — Элиста: Изд-во Джангар АПП, 2006. — 280 с.

Контактная информация:

Мареев Денис Владимирович — к.м.н. врач-хирург по оказанию экстренной помощи Больницы скорой медицинской помощи, г. Ростов-на-дону, e-mail: rezakova05@rambler.ru

СОДЕРЖАНИЕ

ЛЕКЦИЯ

Крамарь О. Г., Савченко Т. Н.
ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ

3

ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

Крамарь Л. В., Хлынина Ю. О.
ЧАСТО БОЛЕЮЩИЕ ДЕТИ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

9

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

*Петров В. И., Rogova Н. В.,
Ледяев Я. М., Сердюкова Д. М.*
ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ
ПРОИЗВОДНЫМИ СУЛЬФОНИЛМОЧЕВИНЫ НА ЕМКОСТЬ
ФЕРМЕНТНОЙ СИСТЕМЫ БИОТРАНСФОРМАЦИИ
ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В ПЕЧЕНИ (ИЗОФЕРМЕНТ
CYP2C9) У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2
В ВОЛГОГРАДЕ

14

*Петров В. И., Сабанов А. В.,
Голубев Н. А., Михайлова Д. О.*
РАЗРАБОТКА МЕТОДИКИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ
ПОТРЕБЛЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ С ПОМОЩЬЮ ФАРМАКО-
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА НА ОСНОВАНИИ
ДАННЫХ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОГО УЧЕТА

17

*Заячникова Т. Е., Леденев Б. Б., Бурзак И. Н.,
Сафанеева Т. А., Ледяев М. Я.*
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ
ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У НЕДОНОШЕННЫХ
НОВОРОЖДЕННЫХ

22

Мареев Д. В.
КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ АСПЕКТЫ
АБДОМИНАЛЬНОГО СЕПСИСА

23

*Рябуха А. Ф., Сучков Е. А., Мекеня А. В.,
Дьякова Е. В., Ковалев Д. Г., Смирнова Л. А.*
РАЗРАБОТКА МЕТОДА КОЛИЧЕСТВЕННОГО
ОПРЕДЕЛЕНИЯ БИОГЕННЫХ АМИНОВ И ИХ МЕТАБОЛИТОВ
В СТРУКТУРАХ ГОЛОВНОГО МОЗГА КРЫС

25

Сабанов В. И., Иваненко В. В.
АВТОМАТИЗИРОВАННАЯ СИСТЕМА МОНИТОРИНГА
КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРНЫХ
МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

31

Арсеньев А. А., Макаров В. К. (Тверская ГМА)
ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ ИММУНОРЕАКТИВНОСТИ
БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ И РАКОМ
ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

35

Разваляева А. В., Малюжинская Н. В., Михайлова Д. О.
ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ КРАПИВНИЦ У ВЗРОСЛЫХ В
ВОЛГОГРАДЕ

37

*Спиридонов Е. Г., Акинчиц А. Н.,
Антонов Ю. В., Панина А. А.*
ИЗМЕНЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
ИММУННОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ
С ОЧАГОВЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПЕЧЕНИ

39

LECTURE

Kramar O. G., Savtchenko T. N.
HOSPITAL INFECTIONS

3

SURVEYS

Kramar L. V., Hlynina U. O.
SICKLY CHILDREN: PROBLEMS AND WAYS OF SOLVING THEM

15

ORIGINAL PAPER

*Petrov V. I., Rogova N. V., Ledyayev Y. M., Serdukova
D. M.*
INFLUENCE OF LONG TERM THERAPY
WITH SULPHONYLUREA DERIVATIVES
ON THE CAPACITY OF THE HEPATIC CYP2C9
ENZYME SYSTEM OF DRUG BIOTRANSFORMATION
IN DIABETIC TYPE II PATIENTS IN THE CITY
OF VOLGOGRAD

14

*Petrov V. I., Sabanov A. V.,
Golubev N. A., Mihaylova D. O.*
DEVELOPMENT OF METHODOLOGY PROGNOSTICATION
OF DRUGS CONSUMPTION FOR TREATMENT
OF THE BRONCHIAL ASTHMA BY MEANS OF THE
PHARMACOEPIDEMOLOGICAL ANALYSIS O
N THE BASIS OF THE PERSONIFIED ACCOUNT DATA

17

*Zayachnikova T. E., Ledenev B. B., Burzak I. N.,
Safaneeva T. A., Ledyayev M. Y.*
MODERN APPROACHES TO DIAGNOSTICS
OF PATHOLOGICAL CONDITIONS
IN NEWBORNS

22

Mareev D. V.
CLINICAL AND LABORATORY ASPECTS
OF ABDOMINAL SEPSIS

23

*Rjabuha A. F., Suchkov E. A., Mekenja A. V.,
Djakova E. V., Kovalev D. G., Smirnova L. A.*
DEVELOPMENT OF A METHOD FOR QUANTIFICATION
BIOGENE AMINES AND THEIR METABOLITES
IN RATS BRAIN STRUCTURES

25

Sabanov V. I., Ivanenko V. V.
THE AUTOMATED SYSTEM
OF MONITORING MEDICAL AID QUALITY
IN IN-PATIENT MEDICAL INSTITUTIONS

31

Arsenyev A. A., Makarov V. K.
STUDY OF IMMUNOREACTIVITY
IN PATIENTS WITH CHRONIC PROSTATITIS
AND PROSTATE CANCER

35

Razvalyaeva A. V., Malyuzhinskaya N. V., Mihailova D. O.
PHARMACOEPIDEMOLOGIC STUDY
OF DRUG THERAPY OF CHRONIC URTICARIA
IN ADULTS IN VOLGOGRAD

37

*Spiridonov E. G., Akinchits A. N.,
Antonov A. V., Panina A. A.*
CHANGES OF SOME INDICATORS
OF IMMUNE STATUS IN PATIENTS WITH FOCAL
HEPATIC LESIONS

39