



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ  
ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

ГОУ «ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АБУАЛИ ИБНИ СИНО»



**ИЛМИ ТИБ ДАР АСРИ XXI – НАЗАР БА ОЯНДА**  
**МЕДИЦИНСКАЯ НАУКА XXI ВЕКА – ВЗГЛЯД В БУДУЩЕЕ**  
**MEDICAL SCIENCE OF THE XXI CENTURY –**  
**LOOKING TOWARDS THE FUTURE**



Материалы международной научно-практической  
конференции (67-ой годичной), посвященной 80-летию  
ТГМУ им. Абуали ибни Сино и «Годам развития села,  
туризма и народных ремёсел (2019-2021)»



**ТОМ – II**

29 ноября 2019  
Душанбе (Dushanbe)



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И  
СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН**



**ГОУ «ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
им. АБУАЛИ ИБНИ СИНО»**

**ИЛМИ ТИБ ДАР АСРИ XXI – НАЗАР БА ОЯНДА**

**МЕДИЦИНСКАЯ НАУКА XXI ВЕКА – ВЗГЛЯД В БУДУЩЕЕ**

**MEDICAL SCIENCE OF THE XXI CENTURY – LOOKING TOWARDS  
THE FUTURE**

Материалы международной научно-практической  
конференции (67-ой годичной), посвященной 80-летию  
ТГМУ им. Абуали ибни Сино и «Годам развития села,  
туризма и народных ремёсел (2019-2021)»

**ТОМ – II**

29 ноября 2019  
Душанбе (Dushanbe)

**Организационный комитет международной научно-практической конференции  
ТГМУ им. Абуали ибни Сино (67-ой годичной)**

<b>Олимзода Н.Х.</b>	председатель оргкомитета, министр здравоохранения и социальной защиты населения РТ, д.м.н.
<b>Гулзода М.К.</b>	зам. председателя оргкомитета, ректор ТГМУ им. Абуали ибни Сино, д.м.н., профессор
<b>Юсуфи С.Дж.</b>	зам. председателя оргкомитета, проректор по науке и издательской работе ТГМУ им. Абуали ибни Сино, академик АМН МЗ и СЗН РТ, д.фарм.н., профессор
<b>Раджабзода С.Р.</b>	начальник управления медицинского и фармацевтического образования, кадровой политики и науки МЗ и СЗН РТ, д.м.н., профессор
<b>Ибодов С.Т.</b>	проректор по учебной работе ТГМУ им. Абуали ибни Сино, д.м.н., профессор
<b>Кобилев К.К.</b>	проректор по лечебной работе ТГМУ им. Абуали ибни Сино, к.м.н.
<b>Курбонбекова П.К.</b>	проректор по идейно-воспитательной работе ТГМУ им. Абуали ибни Сино, к.м.н., доцент
<b>Хокиров Т.З.</b>	проректор по хозяйственно-административной части ТГМУ им. Абуали ибни Сино, к.м.н.
<b>Усманова Г.М.</b>	начальника отдел науки и инноваций, д.м.н.
<b>Додхоев Д.С.</b>	начальник международного отдела, д.м.н.
<b>Носиров К.Н.</b>	начальник отдела анализа, контроля и связей с общественностью, к.м.н.
<b>Бабаева Л.А.</b>	ученый секретарь ТГМУ им. Абуали ибни Сино, к.м.н., доцент
<b>Холматов П.К.</b>	ст. научный сотрудник отдела науки и инноваций, к.м.н., доцент
<b>Салимов Дж.С.</b>	ст. научный сотрудник отдела науки и инноваций, к.м.н.
<b>Мавлонова С.Н.</b>	специалист первой категории по ВОИР отдела науки и инноваций
<b>Кахарова М.Ю.</b>	делопроизводитель отдела науки и инноваций
<b>Рузибойзода К.Р.</b>	начальник отдела подготовки научных кадров, к.м.н., доцент
<b>Исматуллаева С.С.</b>	ст. научный сотрудник отдела подготовки научных кадров, к.м.н.
<b>Али-Заде С.Г.</b>	ст. научный сотрудник отдела подготовки научных кадров, к.м.н.
<b>Джалилзода С.С.</b>	ст. научный сотрудник отдела подготовки научных кадров, к.м.н.
<b>Нарзиева Ф.А.</b>	младший научный сотрудник отдела подготовки научных кадров
<b>Субхонова Г.С.</b>	младший научный сотрудник отдела подготовки научных кадров
<b>Ворисов А.А.</b>	ведущий специалист отдела анализа, контроля и связи с общественностью, к.м.н.
<b>Ходжаева Н.М.</b>	декан медицинского факультета, д.м.н.
<b>Табаров М.С.</b>	декан педиатрического факультета, д.м.н.
<b>Каландарзода Ё.К.</b>	декан стоматологического факультета, к.б.н.
<b>Юлдашева У.П.</b>	декан фармацевтического факультета, к.ф.н.
<b>Саидзода Б.И.</b>	декан факультета общественного здравоохранения, к.м.н.
<b>Махмудов Х.Р.</b>	председатель молодежного научного общества, к.м.н.
<b>Хайруллаева С.Э.</b>	заведующая научной библиотекой
<b>Файзов Э.М.</b>	начальника отдела культуры и воспитания
<b>Азизов Дж.Н.</b>	директор центра информационных технологий
<b>Баротов А.К.</b>	ответственный редактор журнала «Вестник Авиценны», к.м.н., доцент
<b>Юлдошев У.Р.</b>	заведующий кафедрой русского языка, д.ф.н., профессор
<b>Мухаммадиева З.А.</b>	заведующая кафедрой английского языка, к.п.н.
<b>Юсупов А.И.</b>	директор центра перевода отраслевой литературы и научной терминологии, к.ф.н.
<b>Раджабов Г.О.</b>	директор образовательного научно-производственного центра «Фармация», к.б.н.
<b>Назриев Н.Х.</b>	начальник типографии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

## УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ, ГОСТИ!

Прежде всего, разрешите от имени администрации ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино» поздравить всех сотрудников, выпускников и студентов с 80-летним юбилеем нашей Alma Mater!

80-летие Университета небольшой возраст, но за эти года свершилось много событий в истории нашей страны. Первый набор 1939 года почти в полном составе отправился на фронты Великой Отечественной Войны. Только четверо закончили институт в 1943.

Из первых выпускников вышли профессора З.П. Ходжаев, С.Х. Хакимова, Я.А. Рахимов, К.Т. Таджиев, которые в дальнейшем определили ход развития нашего вуза и таджикской медицины. Профессора З.П. Ходжаев, Я.А. Рахимов и К.Т. Таджиев возглавляли Таджикский государственный медицинский институт в различные годы.

Первое десятилетие наш вуз, тогда Сталинабадский медицинский институт, проходил период становления. В это время формировались коллективы новых кафедр. Второе десятилетие было отмечено открытием новых клиник, формированием клинических баз и углублённой подготовкой специалистов на последипломном уровне. Начиная с 60-х годов XX столетия, и вплоть до развала СССР, в 1991 году в Таджикском государственном медицинском институте наблюдался резкий рост научно-исследовательской деятельности. В эти годы, в стенах ТГМИ им. Абуали ибн Сино были сформированы научные школы по хирургии (З.П. Ходжаев, К.Т. Таджиев), сердечно-сосудистой хирургии (К.Т. Таджиев, Н.У. Усманов), нейрохирургии (З.П. Ходжаев), гастроэнтерологии (Х.Х. Мансуров), неврологии (А.М. Пулатов), психиатрии (М.Г. Гулямов), акушерству и гинекологии (С.Х. Хакимова), детской хирургии (А.Т. Пулатов), ЛОР (Ю.Б. Исхаки). Из этих научных школ и кафедр выделились НИИ гастроэнтерологии, НИИ акушерства и гинекологии, Научно-практические центры, а из факультета усовершенствования врачей образовался Таджикский институт последипломной подготовки кадров в сфере здравоохранения РТ. Остепенённость вуза достигла 53,5%, в институте работало 362 кандидатов наук и 51 докторов наук. Это позволило медицинскому институту поменять статус до университета.

События 1992-1997 года в Таджикистане привели к упадку во всех сферах экономического развития страны, в том числе и медицины с медицинским образованием. Произошёл отток высококвалифицированных кадров в Российскую Федерацию, в Европейский Союз (прежде всего, в ФРГ), в Израиль и Северную Америку (прежде всего, в США). Уезжали не только русскоязычное население, но и национальные кадры. В то время, когда во всём мире бурно развивалась медицинская наука, медицинское образование и медицина, в Таджикистане прилагались усилия для сохранения того потенциала, который остался. И только, начиная с начала XXI века, постепенно началось поступательное развитие медицинской науки, медицинских технологий и медицинского образования.

Чтобы ликвидировать отставание в области медицинского образования и медицинской науки Постановлением Правительства Республики Таджикистан за № 446 от 3 октября 2006 года была принята Программа развития Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино на 2006-2015 годы. Данная программа, содержащая конкретный план из 25 мероприятий, к данному моменту реализована практически полностью за исключением двух глобальных пунктов, которые решает нынешняя администрация университета. Это вопросы, связанные с открытием военно-медицинского факультета и строительством университетской клиники.

Самое важное, что учебный процесс претерпел изменения, и на сегодня используются самые современные инструменты преподавания и оценки. Организован самый крупный в Таджикистане Центр по обучению практическим навыкам. Образование полностью переведено на кредитную систему обучения на всех факультетах. На данный момент продолжается автоматизация механизмов оценки и качества образования. За период Государственной Независимости РТ медицинский университет сумел подготовить более 25431 медицинских кадров, что намного больше, чем было подготовлено за весь Советский период развития университета (17463).

Положительная динамика коснулась и развития медицинской науки в стенах ТГМУ им. Абуали ибни Сино. В университете были учреждены два научно-практических медицинских

журналов «Вестник Авиценны» («Паёми Сино») в 1999 году и «Авчи Зухал» на таджикском языке в 2010 году. Первый журнал индексируется РИНЦ и входит в список рекомендуемых журналов ВАК МОН РФ, второй журнал входит в список рекомендуемых журналов ВАК при Президенте РТ.

Количество защищённых работ на соискание ученой степени кандидатов наук достигло 1340, а на соискание ученой степени доктора наук – 220 работ. Была восстановлена Центральная научно-исследовательская лаборатория, которая в настоящий момент продолжает расширяться и внедрять новейшие технологии диагностики. В 2009 году первая на просторах Центральной Азии лаборатория стволовых клеток была открыта в Таджикском государственном медицинском университете им. Абуали ибни Сино. Сегодня благодаря данной лаборатории проводится имплементация клеточной терапии. Именно большой научно-практический вклад сотрудников университета позволил внедрить трансплантационные и другие инновационные технологии в медицину Таджикистана.

Несмотря на ограниченность ресурсов Таджикистана, Правительство страны, и лично Президент максимально придают огромное значение как развитию медицинского образования, так и всей медицины в целом. Вкладываются большие средства как на реорганизацию старых клиник, так и на образование новых медицинских центров, оборудованных по последнему слову техники. Благодаря Решению Лидера нации в Таджикистане в 2016 году был учреждён Хатлонский государственный медицинский университет. В 2017 году Президент страны установил в основание нового главного корпуса ТГМУ им. Абуали ибни Сино первый камень и поддержал строительство кампуса университета.

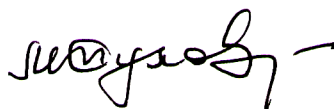
В таком Status Quo Таджикский государственный медицинский университет встречает своё 80-летие. Весь коллектив университета является свидетелем изменений нашей Alma Mater. Очень много, чего было сделано, реформировано, учреждено. Но предстоит сделать ещё больше. Университет – это живой организм, который должен непрерывно развиваться, совершенствоваться. То, что мы на правильном пути подтверждают наши выпускники, которые демонстрируют устойчивую конкурентоспособность на внешних рынках труда. В настоящий момент новое поколение выпускников ТГМУ им. Абуали ибни Сино продолжают своё образование или уже трудятся в таких странах как РФ, Казахстан, Кыргызстан, Узбекистан, Индия, ФРГ, США, Йемен, ОАЭ и др.

Для того, чтобы наш Университет оставался и дальше в нужном векторе развития, необходимы площадки для обмена информацией как научно-практической, так и педагогической. В этом плане наиболее подходящими площадками являются университетские научно-практические конференции с участием большого количества как потенциальных заказчиков (руководители медицинских центров, клиник, подразделений больниц и т.д.), так и иностранных участников из различных стран мира. Подобный симбиоз позволяет формировать требования и оставаться в тренде развития медицинского образования. Так и данная LXVII международная научно-практическая конференция «Медицинская наука XXI века – взгляд в будущее» является удобной площадкой для научного, практического и педагогического обмена. С каждым годом растёт число иностранных участников наших конференций.

Так на нынешнюю конференцию поступило для публикации 880 работ, из них 280 из-за рубежа.

В заключение хочу всем участникам конференции и торжеств, посвящённых 80-летию ТГМУ им. Абуали ибни Сино пожелать крепкого здоровья, творческих успехов и новых открытий на профессиональном поприще!

**Ректор**  
д.м.н., профессор



**М.К. Гулзода**

### КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ ЧЕСОТКИ

*Абдиева Д.Х., Устобаева Т.Т., Валиева М.С., Дырда Н.И.*

Кафедра дерматовенерологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

**Актуальность.** Рост инфекционно-паразитарных дерматозов для дерматологов является одной из самых важных проблем закончившегося недавно тысячелетия. Наиболее распространенным среди них, безусловно, является чесотка (scabies). О росте заболеваемости данной болезнью свидетельствуют многочисленные публикации зарубежных авторов [2, 5]. Клинические проявления чесотки являются важными диагностическими критериями заболевания и обусловлены несколькими факторами: деятельностью клеща, аллергической реакцией организма на возбудителя и продукты его жизнедеятельности, пиогенной флорой. Данные современной литературы свидетельствуют о существенных изменениях в соотношении ее клинических форм [1, 3, 4]. Выделяют несколько клинических вариантов чесотки: типичная, норвежская, осложненная, без ходов, «чистоплотных» или «инкогнито», скабиозная эритродермия, псевдосаркоптоз. Локализация высыпаний при чесотке определяется не местом первоначального попадания клещей на кожу, а их биологией, возрастом и полом больных, длительностью болезни, наличием сопутствующих заболеваний, приемом гормональных, цитостатических, антигистаминных препаратов, гигиеническими навыками. Особенности клиники чесотки, патоморфоз этого заболевания, выделение новых клинических разновидностей очень важны и представляют серьезную проблему.

**Цель исследования.** Изучить клиническое течение некоторых форм чесотки и уточнить причины диагностических ошибок.

**Материалы и методы исследования.** Под наблюдением находилось 50 больных с различными вариантами чесотки в возрасте от 5 до 70 лет, которые были разделены на 2 группы. В группе старше 65 лет было 15 больных. Из них 8 пациентов до обращения к нам длительно лечились с ошибочными диагнозами (кожный зуд, аллергический дерматит, почесуха). В возрастной группе до 65 лет (35 больных) – у 22 пациентов до поступления также отмечались диагностические ошибки.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Чесотка у пожилых людей и чесотка со скабиозной лимфоплазией сопровождается сильным зудом. Однако, клинические критерии диагностики различаются. В последние годы в российской и зарубежной медицинской литературе описана клиническая картина чесотки у лиц пожилого возраста, хотя данный вариант течения заболевания не выделен в отдельную форму. Диагностика чесотки у этих пациентов представляет определенные трудности и требует проведения дифференциальной диагностики с другими сенильными дерматозами, а также с различными кожными заболеваниями, сопровождающимися зудом. На наш взгляд необходимо обратить внимание на эту форму чесотки, которая наблюдается в пожилом и старческом возрасте. В наших исследованиях таких больных 15. Все они длительное время лечились с ошибочными диагнозами у различных специалистов по поводу заболеваний желудочно - кишечного тракта, хронической экземы, сенильного зуда и др. К особенностям клинической картины чесотки у лиц старше 65 лет можно отнести склонность к длительному многомесячному течению, частое сочетание чесотки с другими дерматозами, что частично обусловлено иммунной недостаточностью кожи в этом возрасте, либо наличием ксероза. Клиническая картина представлена небольшим количеством типичных элементов и чесоточных ходов. Иногда зуд отсутствует, либо его интенсивность незначительна. Высыпания у пожилых пациентов могут располагаться как в типичных местах, так и на лице, волосистой части головы и шее. В связи с атрофией всех структур кожи у стариков среди морфологических элементов преобладают не чесоточные ходы или папуло-везикулы, а экскориированные лихенифицированные папулы и бляшки буроватого цвета, без яркого воспалительного компонента на фоне ксероза. В ряде случаев при длительном течении возможно развитие эритродермии. С увеличением возраста дегенеративные изменения кожи прогрессируют, поэтому, чем старше пациент, тем менее типичны клинические проявления чесотки. Сенильный зуд, часто встречающийся у лиц пожилого и старческого возраста, нередко приводит к ошибкам в диагностике.

Патогенез узелковой чесотки, официальное название которой скабиозная лимфоплазия кожи (СЛК), полностью не изучен. Первое описание и название «granuloma acario», дал в 1927 году Bonaduce, а S. Aures и N. Anderson в 1932 г. подробно их описали. В литературе последних лет эти папулы получили различные названия: персистирующие узелки, «стойкие чесоточные узелки», «патологические находки при чесотке», «постскабиозная лимфоплазия кожи», «скабиозная лимфоплазия кожи». Предполагают, что ведущим звеном является четко выраженная у больных «лимфоластическая диспозиция», т.е. способность кожного покрова к своеобразной обратимой лимфоидно-гранулематозной гиперпластической реакции. Гранулематозная реакция кожи может возникнуть вследствие раздражения кожи при расчесывании или всасывании продуктов распада экскрементов и иммуноаллергическом генезе узелковой чесотки.

Диагностические ошибки были допущены у 34 больных со скабиозной лимфоплазией. Последние находились на лечении с диагнозом контактный и контактно-аллергический дерматит. Эта форма чесотки клинически представлена сильно зудящими лентиккулярными папулами и узловатыми высыпаниями багрово-синюшного цвета размером до 1 см в диаметре, плотными на ощупь. Иногда элементы располагаются вблизи друг от друга, частично сливаясь, образуя плотные бляшки с шелушением или корками на поверхности. Встречаемость СЛК при чесотке, по данным литературы, колеблется в широких пределах от 5,6%-48,9%. СЛК не встречается в типичных местах локализации чесоточных ходов, но преобладает на мошонке (частота встречаемости и индекс обилия – соответственно 61% и 1,6), половом члене (54% и 1,1), ягодицах (44% и 1,4), локтях (30% и 0,8). Реже СЛК выявляется в подмышечных областях (19% и 0,3) и на молочных железах у женщин (16% и 0,4), крайне редко – на животе, в паховой и подвздошных

областях, на бедрах и груди. Количество паразитарных элементов в таких ходах вдвое выше, чем в типичных ходах. У детей подобные узелковые элементы встречаются в области шеи, ушных раковин, а у мальчиков — на коже мошонки и полового члена. Все указанное маскирует истинную клиническую картину чесотки и нередко приводит к диагностическим ошибкам и поздней обращаемости больных за медицинской помощью.

**Выводы.** Общие закономерности и различия во встречаемости ряда клинических вариантов чесотки с учетом возраста позволили выделить наиболее значимые критерии диагностики заболевания, на которых следует акцентировать внимание при осмотре больного. Это даст врачам возможность правильно диагностировать заболевание на первичном приеме, своевременно назначать лечение и проводить профилактические мероприятия.

#### Список литературы

- 1 Кунгуров Н. В., Атипичные и редкие формы чесотки / Н. В. Кунгуров, Т.А. Сырнева, Е.Б.Корюкина // Вестник дерматологии и венерологии. -2009.- №1.-С. 75-81.
- 2.Соколова Т.В. Чесотка: состояние проблемы. Часть 1. Заболеваемость, этиология, эпидемиология, клиника. / Т.В. Соколова, А.П. Малярчук // Украинский журнал дерматологии, венерологии, косметологии. – 2012. – №3(46). – С. 12-24.
- 3.Сырнева Т.А. Клинико-эпидемиологические особенности чесотки на современном этапе / Т.А. Сырнева, Е.Б. Корюкина // Клиническая дерматология и венерология. – 2009. – №6. – С. 20-25.
- 4 . Makigami K. Risk factors for recurrence of scabies: A retrospective study of scabies patients in a long-term care hospital / K. Makigami, N. Ohtaki, N. Ishii, T. Tamashiro, S. Yoshida, S. Yasumura // The Journal of Dermatology. – 2011. – Vol.38, Issue 9. – P. 874-879.
5. Mounsey K.E. Treatment and control of scabies / K.E. Mounsey, J.S. Carthy // Current Opinion in Infectious Diseases. – 2013. – Vol. 26(2). – P. 133-139.

#### ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЧЕСОТКИ

*Абдиева Д.Х., Устобаева Т.Т., Валиева М.С., Дырда Н.И.*

Кафедра дерматовенерологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Чесотка - нередкое в практике дерматолога заболевание, иногда осложняющее другие кожные заболевания и не всегда простое для диагностики [1,2,4]. Истинные цифры заболеваемости превышают статистические за счет нерегистрируемых случаев, преимущественно в коммерческих и консультативных учреждениях и у частнопрактикующих специалистов [4,5]. Нередко встречаются случаи нетипичных проявлений чесотки, а также сочетания различных хронических кожных заболеваний с чесоткой, что представляет известные диагностические и терапевтические трудности [3,4,5]. Большинство из антискабиозных препаратов имеют ряд недостатков. Это ограничение применения последних в возрастном аспекте, частое возникновение медикаментозного дерматита и других аллергических реакций.

**Цель исследования.** Изучить причины возникновения постскабиозного дерматита в процессе лечения чесотки.

**Материалы и методы исследования.** Обследовано и пролечено 215 больных чесоткой, мужчин и женщин практически поровну – 105 (48,8%) и 110 (51,2%). В возрасте до 18 лет было 130 (60,5%) больных, от 18 до 35 лет - 43 (20%), от 35 года до 55 лет - 32 (14,9%), старше 55 лет - 10 (4,6%) больных. Диагноз чесотки во всех случаях был подтвержден лабораторно.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Нами установлено, что длительность заболевания до 1 месяца была у 101 (47%), до 2 месяцев - у 86 (40%) и более 3 месяцев - у 28 (13%) больных. Наиболее частым источником заражения были дети школьного возраста. Нередко заражение происходило во время пребывания у родственников в сельской местности. Иногда заболевание возникало после приезда гостей, после пребывания в больнице, в родильных домах. Многие больные не смогли указать источник и место заражения. У 90 больных (41,9%) диагноз чесотки был поставлен до обращения в ГКБ№1. По рекомендации дерматологов 33 пациентам применяли 20% эмульсию бензилбензоата, 8 - серную мазь, 15 - 20% мазь бензилбензоата, 12 - спрегаль, 12 - несколько препаратов последовательно, 5 больных не смогли вспомнить названия применявшихся для лечения препаратов, а 5 больных одновременно принимали антигистаминные и антискабиозные средства. Самолечение практиковали 37 человек: 10 - человек использовали 20% эмульсию бензилбензоата, 5 - 20% мазь бензилбензоата, 4 – 33% серную мазь, 9 - несколько препаратов последовательно, причем только на очаги поражения 2 -3 раза в день (верхние и нижние конечности, применяли смазывание керосином и чесноком), 7 - кортикостероидные мази, 1 - бальзам Биттнера, 1 больной смазывал кожу керосином. Никакого предшествующего лечения не получали 50 (23,3%) человек. С другими ошибочными диагнозами до обращения в ГКБ№1 у различных специалистов лечились 20 больных (9,3%). Установлено, что давность заболевания до месяца и более месяца встречалась одинаково часто, что свидетельствует о наличии развитого процесса у большинства пациентов. Практически все больные жаловались на сильный зуд, усиливающийся вечером и ночью. Распределение больных с учетом различных клинических вариантов чесотки показало, что типичная чесотка (35%) и типичная чесотка со скабиозной лимфоплазией кожи (СЛК) (38,7%) встречались одинаково часто и составляли  $\frac{3}{4}$  (73,7%) выборки. Практически каждый пятый пациент (21,3%) имел типичную чесотку в сочетании со СЛК и вторичной пиодермией. В то время как типичная чесотка и вторичная пиодермия встречались у единичных (3,2%) больных. Почти  $\frac{2}{3}$  (60%) пациентов имели СЛК, которая является диагностически значимым симптомом чесотки и облегчает своевременную поставку диагноза. С другой стороны, пиодермия у больных чесоткой при наличии СЛК развивается в 6,7 раз чаще, чем при ее отсутствии (21,3% против 3,2%).

Постскабиозный дерматит - это воспалительные изменения кожи, возникшие после проведения лечения по поводу чесотки акарицидными препаратами по общепринятым схемам, либо после избыточного применения препаратов. Как видно из вышеприведенного, большинство больных (68,4%) обращались после лечения у дерматолога или после самолечения акарицидными препаратами. Постскабиозный дерматит развивался в отдельных случаях и после назначения нашего лечения. На наш взгляд, этот дерматит имеет некоторые особенности по сравнению с другими контактными дерматитами. Поражается преимущественно кожа туловища (особенно места давления и трения одеждой) и проксимальных отделов конечностей. На фоне эритемы с нечеткими границами имеются мелкие, едва заметные трещины и эрозии кожи по ходу кожных линий, а также мелкопластинчатое шелушение. В центре и по периферии очагов расположены узелковые и небольшое количество уртикарных элементов. Кроме того, если больной обратился через короткое время после развития дерматита, то на коже имеются остаточные проявления чесотки в виде папул, эрозий, эксфолиаций и корочек.

Среди 121 больного с постскабиозным дерматитом был 61 больной мужского пола и 60 - женского. Дерматит развивался после терапии 20% эмульсией бензилбензоата - у 51 больного, серной мазью - у 9, спрегалем - у 8, 20% мазью бензилбензоата - у 7, растворами Демьяновича - у 3, после лечения несколькими препаратами - у 35. Не смогли назвать препарат 7 человек, составом 20% мазь бензилбензоата + синафлан + детский крем равными частями лечился 1 человек.

Анализ анамнестических данных о проведенной ранее противоскабиозной терапии позволил нам сделать следующие выводы о причинах неудач в лечении больных чесоткой. Наиболее частой ошибкой в лечении является избыточное применение противопаразитарных средств, с последующим развитием постскабиозного дерматита, что часто расценивается пациентами и врачами, как отсутствие эффекта от назначенной терапии. Как правило, дерматит возникал после избыточного применения препаратов по рекомендации врача (наиболее частые рекомендации - применять препараты ежедневно в течение нескольких дней или повторить курс лечения при продолжающемся зуде и наличии высыпаний, или сменить препарат в той же ситуации) или по собственной инициативе пациента. Так, по 2 курса лечения 20% эмульсией бензилбензоата провели 9 больных, неделя ежедневного смазывания назначена 2 больным, 20 дней подряд - 1 больному, 5 курсов провел 1 больной, 10 курсов - еще 1, несколько месяцев подряд лечился еще 1 пациент. Несмотря на развитие дерматита, проявления чесотки под воздействием акарицидных средств обычно быстро регрессировали. После первого нанесения антискабиозных препаратов дерматит не отмечался, несмотря на то, что многие больные испытывали чувство жжения непосредственно после применения препарата. Повидимому, имеет большее значение кратность нанесения препарата. Дерматит в отдельных случаях возникал и у лиц, получавших обыкновенный курс лечения 20% эмульсией бензилбензоата. Это может быть связано с повышенной чувствительностью кожи некоторых больных к бензилбензоату. Дерматиты в 5 случаях развивались у лиц, имевших аллергодерматозы, что можно расценивать как фактор риска.

Для лечения чесотки предлагается широкий круг препаратов - эмульсия бензилбензоата 20% (ФНПП "Ретиноиды"), мазь саркопол, содержащая 10% бензилбензоата, мазь бензилбензоата медицинского 20% (Московская фармацевтическая фабрика), растворы по Демьяновичу (60% раствор гипосульфита натрия и 6% раствор соляной кислоты), простая серная мазь (33%) и мазь Вилькинсона (состав: жидкий деготь, кальция карбонат, очищенная сера, мазь нафталанновая, зеленое мыло и вода), аэрозоль «Спегаль» (фирма СКАТ, Франция) и мазь бензилбензоата 20% (Латвия, Эстония). Кроме того, разрешены для клинического применения два новых препарата - «Якутин», содержащий линдан (фирма "Мерк", Германия) и «Юракс», содержащий кротамитон (фирма "Бристол-Майерс Сквибб", США). Все акарицидные средства достаточно эффективны, если лечение проведено правильно.

Больше половины больных обратились к нам в связи с неэффективностью лечения в других учреждениях или самолечения. В соответствии с нашими данными, наиболее частыми причинами неэффективного лечения и развития осложнений были: отсутствие определенного времени наблюдения за больными; плохо поставленная лабораторная диагностика (не проводили соскоба кожи или не обнаруживали клещей в материале); неправильная методика применения акарицидных средств; отсутствие дезинфекционных мероприятий; недостаточное внимание к осмотру контактных лиц. Для установления излеченности или реинвазии первый осмотр целесообразно делать через неделю после завершения лечения. Кроме того, если был диагностирован постскабиозный дерматит, то через неделю несложно дифференцировать его от остаточных проявлений чесотки. Этот осмотр необходим в психологическом отношении - на этом этапе важно разъяснить больному суть происходящих изменений, указать на хороший эффект лечения и предотвратить повторное применение акарицидных средств с целью "долечивания". Следующий осмотр, если нет осложнений, назначается через 10 - 14 дней, что обусловлено сроками метаморфоза клещей. По нашим данным, основными ошибками в лечении были: повторные курсы лечения акарицидными средствами на фоне развившегося дерматита, одновременное проведение лечения в семье или контактных лиц; высокая концентрация применяемого препарата у детей; отсутствие обработки рук акарицидными средствами после мытья во время проведения основного курса лечения.

**Выводы.** Анализ анамнестических данных о проведенной ранее противоскабиозной терапии позволил нам сделать выводы о причинах неудач в лечении больных чесоткой. Наиболее частой ошибкой в лечении чесотки является избыточное применение противопаразитарных средств, с последующим развитием постскабиозного дерматита, что часто расценивается пациентами и врачами, как отсутствие эффекта от назначенной терапии. Эффективность лечения в значительной мере обусловлена одновременным лечением больного и контактных лиц и двукратным осмотром после лечения с 10-14 дневным интервалом, если нет осложнений.

#### Список литературы

1. Andrews R.M. Skin Disorders, Including Pyoderma, Scabies, and Tinea Infections. / R.M. Andrews, J.M. Carthy, J.R. Carapetis [et al.] // *Pediatr. Clin. N. Am.* - 2009. - Vol.56. - P. 1421-1440.



2. Coignard B. Skin diseases in rural Yucatan, Mexico. / B. Coignard // Int J. Dermatol. – 2012. – Vol. 51(7). – P. 823-828.
3. Goldust M. Comparison of permethrin 2,5% cream vs. Tenutex emulsion for the treatment of scabies. / M. Goldust, E. Rezaee, R. Raghifar [et al.] // Annals of parasitology. – 2013. – Vol. 59(1). – P. 31-35.
4. Малярчук А.П. Чесотка: где истина, а где зазеркалье? / А.П. Малярчук, Т.В. Соколова, Л.Б. Важбин, Т.М. Шувалова // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2013. – №3. – С. 41-46.
5. Соколова Т.В. Чесотка: состояние проблемы. Часть 1. Заболеваемость, этиология, эпидемиология, клиника. / Т.В. Соколова, А.П. Малярчук // Украинский журнал дерматологии, венерологии, косметологии. – 2012. – №3(46). – С. 12-24.

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ФИТОПРЕПАРАТА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ**

*Абдуллаев А.Х., Арипов Б.С., Аляви Б.А., Раимкулова Н.Р., Рузметов И.А., Шарипова А.У.*

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»; Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Ташкент, Узбекистан

**Актуальность.** Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) занимают первое место среди острой инфекционной патологии дыхательных путей (ДП). Частая встречаемость заболевания связана с многообразием респираторных патогенов, формированием узкого типоспецифического иммунитета и высокой восприимчивостью населения. ОРВИ – острая, в большинстве случаев, самоограничивающаяся инфекция респираторного тракта, проявляющаяся катаральным воспалением верхних ДП и протекающая с лихорадкой, насморком, чиханием, кашлем, болью в горле, нарушением общего состояния разной выраженности. Вирусные инфекции характеризуются развитием катарального воспаления. Повреждение вирусами слизистой оболочки бронхов приводит к повышению ее проницаемости для аллергенов и поллютантов, повышенной продукции биологически активных веществ, что и приводит к обострению болезни. Лечение острых трахеобронхитов на фоне ОРВИ зачастую представляет собой непростую задачу. Лечебные мероприятия, включающие прием домашних, народных средств, противокашлевых или, наоборот, отхаркивающих препаратов, зачастую не дают ожидаемого эффекта. Антибактериальная терапия при отсутствии признаков бактериального воспаления также не может быть признана рациональной. Индуцируемое вирусом воспаление, персистирующее определенное время в слизистой трахеи и крупных бронхов, вызывает длительно сохраняющиеся неприятные симптомы, что заставляет пациента обращаться к врачу. Борьба с этими симптомами нередко представляет собой достаточно сложную и утомительную задачу. В связи с этим, понятен интерес к поиску новых подходов в терапии указанной патологии.

Применение лекарственных растений при заболеваниях ДП имеет многовековую историю. Авиценна в Каноне о врачебной науке, написанном в 1012–1024 гг., подробно описывает различные лекарственные растения для лечения заболеваний ДП.

Одним из перспективных комбинированных соединений с широким механизмом действия, отличающимся от других препаратов, является продукт Имунап («APOLLO PHARM MED», Узбекистан).

**Цель исследования** – оценка эффективности фитопрепарата Имунап при лечении острого трахеобронхита на фоне острой респираторной вирусной инфекции.

**Материал и методы исследования.** Были сформированы основная и контрольная группы больных, страдающих ОРВИ, осложненной острым трахеобронхитом. Эффективность терапии оценивалась в баллах (от 0 до 3) по следующим критериям: кашель, мокрота, интоксикация и общее самочувствие по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Группы насчитывали по 24 больных, средний возраст которых составил 43 года. Больные из обеих групп не страдали сколь-нибудь значимыми хроническими заболеваниями, в числе которых заболевания органов дыхания, которые могли бы осложнить течение болезни. Пациенты контрольной группы получали традиционное симптоматическое лечение, а пациентам основной группы был назначен Имунап в течение двух недель, по 2 таблетке 3 раза в день, за 5-10 минут до еды. Оценка состояния больного проводили исходно (первый визит), через три дня от начала терапии (второй визит), через неделю после начала терапии (третий визит), а также к концу второй недели (четвертый визит).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Клинически острый трахеобронхит проявлялся кашлем (сухим или со скудной слизистой мокротой), чувством жжения, заложенности в груди. Кашель в основной группе статистически достоверно уменьшался уже к третьему дню лечения, в то время как в контрольной группе достоверные различия в изменении этого симптома наблюдались только к седьмому дню терапии.

Аналогичная динамика получена и при анализе характеристики отхождения мокроты. Интоксикационный синдром также оценивался в баллах. В группе больных, получавших Имунап, отмечалась положительная динамика интоксикационного синдрома.

Уже на третий день интоксикационный синдром в основной группе значительно уменьшился по сравнению с контрольной.

Оценка интегрального показателя самочувствия с использованием метода ВАШ выявила достоверную разницу в тенденции улучшения самочувствия в группе Имунап, особенно на третий день терапии.

Анализируя результаты наблюдения в целом, можно утверждать, что интоксикационный синдром и кашель в основной группе статистически достоверно уменьшились, а самочувствие улучшалось уже к третьему дню лечения. В контрольной группе это происходило в достоверно более поздние сроки. В динамике отхождения мокроты достоверных различий в основной и контрольных группах не выявлено, хотя разница в показателях имеется.

Менее 14 дней препарат принимали 7 пациентов (29,2%), входящих в основную группу. Примечательно, что из них 3 пациента (42,8%) выбыли в связи с выздоровлением и отказом от дальнейшего лечения. Побочные реакции не выявлены.

В состав фитопрепарата Имунап входят девясил, аир болотный, алоэ, гвоздичное дерево, анис, душица обыкновенная, золотой корень, шиповник, валериана, мята перечная. Он является иммуностимулирующим средством и рекомендован в качестве дополнительного источника витаминов С, В1, В2, каротинов, органических кислот, флавоноидов, для поддержания функции иммунной системы. Обладает противовирусной активностью.

Деясил стимулирует общий обмен в организме. Обладает выраженным противовоспалительным, антимикробным, фунгицидным, антисептическим, противоглистным, иммуномодулирующим и антиаллергическим эффектом. Применяется при заболеваниях дыхательных путей и бронхитах с повышенной секрецией густой вязкой мокроты, при кашле. Аир болотный оказывает антисептический, противовоспалительный и ранозаживляющий, антибактериальный эффект. Алоэ обладает бактерицидными, противогрибковыми, спазмолитическими, антивирусными свойствами, поэтому его считают эффективным натуральным антибиотиком. К лечебным свойствам гвоздичного дерева относятся противовоспалительные, антибактериальные, и антигистаминные. Анис применяется как отхаркивающее средство при бронхитах, ОРЗ, пневмониях, туберкулезе легких, бронхиальной астме. Оказывает отхаркивающее, жаропонижающее действие. Душица обыкновенная применяется в качестве отхаркивающего средства при заболеваниях верхних дыхательных путей (острый и хронический бронхит, ОРВИ). Золотой корень налаживает обменные процессы, способствует оптимизации энергетического обмена улучшает аппетит. Шиповник является поливитаминным средством и используются для повышения иммунитета, при инфекционных, простудных заболеваниях. Валериана устраняет спазмические боли, улучшает работу кровеносной системы. Эфирное мятное масло обладает антимикробными свойствами (в особенности в отношении золотистого стафилококка). Растение назначают при заболеваниях верхних дыхательных путей. Он может применяться как вспомогательное лекарственное средство при продолжительной антибиотикотерапии хронических инфекционных заболеваний, сопровождающихся снижением иммунитета, как общеукрепляющее средство и в качестве дополнительного источника витаминов, фитонцидов, аминокислот. Все это может указывать на его положительную роль, в первую очередь, в лечении острого и хронического бронхитов.

Следствием этих многокомпонентных свойств Имунап является уменьшение гиперсекреции мокроты и отека, а также деструкции тканей. Он показан для профилактики и лечения ОРВИ, профилактики и лечения острых инфекционных заболеваний, поддержания функции бронхо-легочной системы, стимуляции неспецифического иммунитета. Может применяться как вспомогательное лекарственное средство при продолжительной антибиотикотерапии хронических инфекционных заболеваний, сопровождающихся снижением иммунитета, как общеукрепляющее средство и в качестве дополнительного источника витаминов, фитонцидов, аминокислот. Все это указывает на положительную роль Имунап, в первую очередь, в лечении острого и хронического бронхитов.

**Выводы.** Исследование показало, что Имунап способен существенно облегчить симптомы острого трахеобронхита на фоне вирусной инфекции, а также ускорить их исчезновение, что может быть основой для рекомендаций включения Имунап в схему терапии острого бронхита.

#### Список литературы

1. Бердникова Н.Г. Использование фитопрепаратов в терапии бронхолегочных заболеваний// РМЖ. – 2014. -№ 6. – С. 440–447.
2. Исаков В.А., Исаков Д.В., Беяева Т.В., Водейко Л.П. Перспективы терапии респираторных инфекций// Практическая пульмонология. – 2015. № 1. – С.14–21.
3. Клячкина И.Л., Синопальников А.И. Фиксированные комбинации мукоактивных препаратов в программе лечения кашля// Практическая пульмонология. – 2015. -№1. –С.74–82.
4. Краснова Е.И., Хохлова Н.И., Проворова В.В. и др. Современный подход к терапии острых респираторных вирусных инфекций у детей с применением инозина пранобекса // РМЖ. - 2018. - № 9. - С. 8–12.
5. Мачарадзе Д. Ш., Янаева Х. А., Пешкин В. И. ОРВИ. Особенности лечения//Лечащий врач.2018. № 1. С.38-41.

#### КАРДИОРЕНАЛЬНЫЕ И ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

*Абдуллаева С.Н., Мустафакулова Н.И., Холова Ш.К.*

Кафедра внутренних болезней №3 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Множественная миелома (ММ) (парапротеинемический лейкоз, болезнь Рустицкого-Калера) — болезнь кроветворных органов, характеризующаяся диффузным или узловатым разрастанием плазматических клеток, обладающих свойством продуцировать парапротеины [3]. Выделяют 3 стадии заболевания: бессимптомную, развернутую клиническую и терминальную. В развернутой стадии заболевания пациенты жалуются на прогрессирующую слабость, недомогание, похудение, боли в костях, недомогание, агрессивность, раздражительность, нарушения сна [2]. Миелома проявляется изменениями в миокарде и перикарде. Для ММ характерно развитие вторичного амилоидоза, в том числе с инфильтрацией миокарда, приводящее к сердечной недостаточности [4]. Поражение почек может проявляться в виде миеломной нефропатии с быстрым развитием хронической почечной недостаточности без экстраренальных симптомов. В местах инфильтрации плазматических клеток в плоских костях происходит рассасывание костного вещества с развитием дефектов в костях [5]. В терминальной стадии ММ чаще встречаются психо-неврологические нарушения, обусловленные органическим поражением мозга, связанные с анемией, геморрагиями, тромбозами, лейкоэмическими инфильтрациями, лейкостазами [3].

**Цель исследования.** Изучить кардиоренальные и психоневрологические нарушения у пациентов с множественной миеломой.

**Материал исследования.** Обследовано 77 пациентов с ММ, в возрасте от 45 до 73 лет. Из них 39 мужчин и 38 женщин. Пациентов во II стадии ММ было – 27 чел., III стадии – 50 чел. Контрольную группу составили 30 здоровых лиц, сопоставимые по возрасту и полу.

**Методы исследования.** Проводили общеклинические и биохимические анализы крови, определяли белок Бенс-Джонса в моче. Проводили стерильную пункцию и обзорную компьютерную томографию высокого разрешения, и магнитно-резонансную томографию. Для оценки выраженности эмоциональной дезадаптации больных с ОЛ использованы психодиагностические методы: шкала тревоги Спилбергера, опросник депрессии Бэка, «Шкала жизненных событий» Холмса и Рея, сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (СМОЛ), метод цветовых выборов (адаптированный восьмицветный тест М.Люшера). Исследование вегетативного фона проводилось с помощью специальной вегетативной комбинированной таблицы А.М. Веин. и соавт (1971). Неврологический статус оценивали по общепринятым клиническим критериям, и больные проконсультированы невропатологом.

Диагноз ставился на основании атипичической плазматизации костного мозга >10-30%; гистологических признаков плазмцитомы в трепанате; присутствия плазматических клеток в крови, парапротеина в моче и сыворотке; признаков остеолита или генерализованного остеопороза.

**Результаты исследования и их обсуждение.** У всех пациентов с ММ по мере прогрессирования болезни были обнаружены поражения различных органов: сердца (%) в виде кардиомиопатии, почек (%) в виде миеломной нефропатии, ЖКТ (57,1%) в виде гастроэнтероколита (42,8%) и гепатоспленомегалии (29,0%).

Во II стадии ММ пациенты жаловались на боли в области сердца (33,0%), сердцебиение (19,0%), одышку (76,0%), отеки на ногах (17,0%) и тяжесть в правом подреберье (35,0%).

Миеломная нефропатия сопровождалась протеинурией и цилиндрурией. У всех пациентов с ММ были выявлены: агрессивность, сонливость

Иммуннодефицитный, геморрагический, анемический и интоксикационный синдромы были более выражены у всех пациентов в III стадии заболевания по отношению больных со II стадией заболевания и отличались присоединением септического состояния с бактериальным поражением висцеральных органов.

Множественная миелома сопровождалась анемией, тромбоцитопенией и значительным ускорением СОЭ (до 70-80 мм/ч). Геморрагический синдром при ММ характеризовался в виде капиллярных кровоизлияний во II стадии заболевания (16,0%) до обильных кровотечений из различных органов (37,0%).

**Выводы.** Кардиоренальные и психоневрологические нарушения возрастают по мере прогрессирования ММ. Своевременная диагностика и терапия ММ в самых ранних стадиях заболевания предотвращает развитие инфекционных и неинфекционных осложнений.

#### Список литературы

1. Mihou D., Katodritou I., Zervas K. Evaluation of five staging systems in 470 patients with multiple myeloma // *Haematologica*. 2013. - Vol.93. -P. 1149-1150.
2. Zavaroni I. Changes in insulin and lipid metabolism in males with asymptomatic hyperuricaemia /1. Zavaroni, S. Mazza, M. Fantuzzi et al. // *J. Intern. Med.* 2010.-Vol. 233, №3.-P. 25-30.
3. Yang Y., Macleod V., Dai Y. et al. The syndecan-1 heparan sulfate proteoglycan is a viable target for myeloma therapy // *Blood*. 20011. - Vol.110, N6. - P.2041-2048.
4. Eiser C; Hill JJ; Vance YH. // Examining the psychological consequence of surviving childhood cancer: systematic review as a research method in pediatric psychology // *J-Pediatric Psychology*, 2013 Sep; 27 (7), 459 -460.
5. Kucher E.V., Bebesheko V.G., Minchenko J.N. The prediction of acute leukemias current at children //Abstracts for the 8<sup>th</sup> Annual Congress of the European Hematology Association, Lyon, France, 12-15 June 2008. - *The Hematology Journal*- 2015.-Vol. 3, Suppl. 2. - P.277.

#### ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ И ВОЗМОЖНОСТИ ПЕРВИЧНОЙ КАНЦЕРПЕРВЕНЦИИ КАК МЕРА ПРОФИЛАКТИКИ НЕКАРДИАЛЬНОГО РАКА ЖЕЛУДКА В БУХАРСКОМ РЕГИОНЕ

<sup>1</sup>Абдуллаева У.К., <sup>2</sup>Собирова Г.Н., Каримов М.М.

<sup>1</sup> Кафедра пропедевтики внутренних болезней, БГМИ им. Абу Али ибн Сино, Узбекистан;

<sup>2</sup> ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Узбекистан

**Актуальность.** В мире ежегодно регистрируют около 1 млн. случаев рака желудка, и в течение года от этого заболевания умирает более 800 тыс. человек. В подавляющем большинстве стран заболеваемость раком желудка мужчин в 2 раза выше, чем у женщин [1]. По данным прогноза ВОЗ к 2020 году количество больных со злокачественными новообразованиями будет достигать 16 млн [2]. По прогнозам участников Форума лидеров по противораковой борьбе в Центральной Азии (UICC, Ташкент, 14-16.10.2015.), смертность от рака к 2030 году составит около 12 миллионов человеческих жизней, которые окажут свое влияние на общие показатели смертности и старения населения планеты [4].

В Узбекистане смертность от онкологических заболеваний занимает второе место после болезней сердечно-сосудистой системы и составляет 9,0% в структуре смертности населения [3]. При этом, показатель онкологической смертности имеет тенденцию к росту и за последние пять лет увеличился до 5,0%. В Республике Узбекистан на диспансерном учете находятся около 100 000 пациентов, при ежегодном первичном выявлении более 23 000 онкологических больных. В республике внедрены все 5 направлений тактики

лечения, которые рекомендованы Международным Агентством по изучению рака [5]. За 2018 год проведено более 10 000 онкохирургических операций, более 100 000 курсов химиотерапии и всего лишь около 3000 случаев лучевой терапии при имеющейся потребности к радиотерапии 16 000 пациентов.

В Узбекистане доля впервые выявленных пациентов с раком желудка III–IV стадией превышает 70 %, когда лечение таких пациентов довольно сложно и носит в большинстве случаев паллиативный характер, направленный на некоторое увеличение продолжительности жизни и улучшение ее качества.

**Цель исследования** – провести ретроспективный анализ статистических показателей и выявить причины поздней диагностики некардиального рака желудка у населения Бухарской области.

**Материалы и методы исследования.** Проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт и историй болезни в республиканском специализированном научно-практическом центре онкологии и радиологии за период 2015–2019 года в Бухарской области (БО).

**Результаты исследования и их обсуждение.** За 2015–2019 гг. показатели общей заболеваемости злокачественными новообразованиями по Бухарской области имеют четко наблюдаемую тенденцию к росту (увеличение у мужчин на 7,44 %, у женщин – на 3 %). В структуре онкологической заболеваемости жителей БО рак желудка занимает у мужчин второе место после рака легкого, у женщин – третье место после новообразований кожи и молочной железы. Заболеваемость населения БО раком желудка в 2015 г. составила 39,2, в 2016 г. – 38,9, в 2017 г. – 39,5, в 2018 г. – 38,6, в 2019 г. (до 1-июля) – 36,1. Количество больных с впервые установленным диагнозом рака желудка в 2019 г. (до 1-июля) составило 108 человек, что больше на 13 % по сравнению с 2015 г. (94 человек). При профилактических медицинских осмотрах выявляемость злокачественных новообразований желудка в БО весьма низкая, в 2015–2019 гг. она составила 0,3 %, а в 2019 г. (до 1-июля) выросла до 3 %, что может быть обусловлено началом широкомасштабного применения эзофагогастродуоденоскопии с биопсией и рентгенографии пищевода, желудка, кишечника при обследовании лиц из групп риска. За исследуемый период отмечен значительный рост морфологической верификации у лиц с впервые в жизни установленным диагнозом рака желудка. Так, морфологическое подтверждение в 2015 г. получено в 59,2 % случаев, в 2016 г. – в 64,3 %, в 2017 г. – в 84,5 %, в 2018 г. – в 86,4 %, в 2019 г. – в 92,4 % случаев. Наблюдается тенденция к увеличению выявления рака желудка на ранних стадиях. В 2015 г. количество больных с I–II стадией рака желудка составило 14,6 %, в 2016 г. – 13,5 %, в 2017 г. – 19,4 %, в 2018 г. – 17 %, в 2019 г. – 20 % от общего числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом. В то же время в текущем году по сравнению с 2015 г. отмечается увеличение на 12 % количества больных с III стадией рака желудка, а количество впервые выявленных больных с IV стадией РЖ почти не изменяется, составляя в среднем 38,6 %.

По 5 летней выживаемости в 2019 г. отмечалось повышение числа больных на 12 % по сравнению с 2015 г. Но, к сожалению, смертность после рака желудка была снижена в 2019 г. на 15 % по сравнению с 2015 г.

Распределение больных раком желудка по полу выявило постепенное ежегодное превалирование числа мужчин и уменьшение количества женщин. Так, в 2015 г. количество мужчин и женщин, больных раком желудка, составляло 51,71 % и 48,29 %, а в 2019 г. – 57,63 % и 42,37 % соответственно. Наиболее часто рак желудка у мужчин диагностировался в 50–75 лет, а у женщин – в 65–80 лет. Следует отметить, что единичные случаи данной патологии встречались и в 25–35-летнем возрасте, что свидетельствует об омоложении рака желудка.

Во втором этапе проведено выявление возможных причин рака желудка у населения БО. Возможные причины некардиального рака желудка обусловлены увеличением злоупотребления мужчинами алкоголем, табакокурением и, соответственно, ростом заболеваемости гастритом ассоциированным *H. pylori*, являющихся предраковыми заболеваниями. Также доказана зависимость частоты возникновения рака желудка от недостатка употребления аскорбиновой кислоты, избыточного употребления поваренной соли, маринованных, пережаренных, копченых продуктов, острой пищи, животного масла. Кроме того, в возникновении рака желудка важную роль играла наследственность. Установлено, что у пациентов с атрофическим гастритом, который сопровождается снижением секреции соляной кислоты изменением микрофлоры желудка, риск развития рака желудка в 6–8 раз выше, чем у пациентов без атрофического гастрита.

Кроме этого было обнаружено, что после выявления вышеуказанных причин больные не наблюдались у гастроэнтеролога, не проведено эндоскопическое исследование, а также эрадикационная терапия.

Исходя из вышеперечисленных возможных факторов можно разработать меры первичной профилактики некардиального рака желудка:

1. Анкетирование и предварительное формирование групп риска рака желудка с обязательным включением в эти группы всех онкологических больных с верифицированным местнораспространенным раком любой локализации.

2. Серологический скрининг – IgG *H. pylori*

3. Комплексное эндоскопическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

4. При подозрении на ранний рак желудка или его обнаружении:

– по возможности морфологическое, иммуногистохимическое исследование биоптатов слизистой оболочки, а при наличии дисплазии, консультация онколога.

**Выводы.** У жителей БО за период с 2015–2019 гг. было отмечено некоторое увеличение заболеваемости раком желудка на фоне роста общей онкологической заболеваемости, а ранговое место у мужчин и женщин сопоставимо с показателями ВОЗ. Наблюдаются тенденция к росту выявляемости рака желудка при профилактических медицинских осмотрах и к диагностике на ранних стадиях, значительное увеличение морфологической верификации диагноза.

Таким образом, в настоящее время у нас есть возможность использовать уточняющие методы, позволяющие с высокой степенью достоверности верифицировать даже опухоли желудка предельно малых размеров. Это, в свою очередь, даст возможность успешно провести первичную канцерпервенцию некардиального рака желудка в Бухарском регионе.

### Список литературы:

1. Каприн, А.Д. Злокачественные новообразования в России в 2015 году (заболеваемость и смертность) / А.Д. Каприн, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. - М.: МНИОИ им. П. А. Герцена филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, 2017. - 250 с.
2. Холматова, К.К. Панельные исследования и исследования тренда в медицине и общественном здравоохранении / К.К. Холматова, А.М. Гржибовский // Экология человека. - 2016. - № 10. - С. 57–64.
3. Холматова, К.К. Классификация научных исследований в здравоохранении / К.К. Холматова, О.А. Харькова, А.М. Гржибовский // Экология человека. - 2016. - № 1. - С. 57–64.
4. Den Hoed, С.М. Gastric cancer: how can we reduce the incidence of this disease? / С.М. Den Hoed, E.J. Kuipers // Current Gastroenterology Reports. -2016. - Vol. 18. - P. 34.
5. Impact of endoscopic screening on mortality reduction from gastric cancer / С. Hamashima [et al.] // World Journal of Gastroenterology. - 2015. - Vol. 21 (8). - P. 2460–2466.

## РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ И РИСК РАЗВИТИЯ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ

*Абдуллоев Ф.Н., Шарипова Х.Ё., Пирова Г.Д., Якубов Д.М.*

Кафедра препедевтики внутренних болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Цереброваскулярные заболевания (ЦВЗ) остаются одной из основных причин летальности и развития инвалидности у больных гипертонической болезнью (ГБ), в связи с чем, наносят обществу большой экономический ущерб и создают острейшую социальную проблему. Анализ заболеваемости и смертности от ЦВЗ в экономически развитых странах достигает более 10% (11-12%) [1,2].

Несмотря на достаточно хорошую освещённость проблем инсульта, проблема хронической сосудистой недостаточности мозгового кровообращения у больных гипертонической болезнью (ГБ), которая зачастую имеет прогрессирующее течение, недостаточно изучена и/или, из-за нерешённости терминологических вопросов и диагностических критериев, результаты исследований интерпретируются неоднозначно [3,4].

Несмотря на значительные успехи фармакотерапии АГ, в настоящее время выявляется большая распространённость неконтролируемой (НКАГ) и резистентной артериальной гипертонии (РАГ). В связи с этим, у пациентов ГБ значимость своевременной диагностики прогрессирующих патологических изменений в органах мишенях, в первую очередь, коронарных и церебральных артерий – возрастает. Это указывает на важность более детального изучения распространённого, медленно прогрессирующего и социально значимого типа нарушения мозгового кровообращения - гипертонической энцефалопатии (ГЭ) у больных с ГБ, с учётом 5-летнего риска развития резистентности (РРР) к лечению.

**Цель исследования.** Изучить распространённость и клинико-гемодинамические особенности гипертонической энцефалопатии при разной степени риска развития резистентности к лечению у пациентов с ГБ.

**Материал и методы исследования.** Распространённость ГЭ изучена среди 1029 пациентов обоего пола в возрасте 40 лет и старше с ГБ, с приверженностью к лечению не менее 3 баллов (по Мориски-Грин) и длительностью наблюдения у невропатолога и кардиолога не менее 3 месяцев, госпитализированных в отделения неврологии, кардиологии и терапии ГМЦ №2 им академика К.Т. Таджикиева г. Душанбе (2014-2019 гг).

По данным общепринятых критериев диагностики хронической цереброваскулярной недостаточности (Шмидт Е.В., 1997; Яхно Н.Н., Дамулин И.В., 2000) и скрининга когнитивных нарушений (по краткой шкале оценки психического статуса) - все пациенты с ГБ разделены на две группы: с проявлениями гипертонической энцефалопатии разной выраженности (ГЭ, n=873) и без указаний на перенесенные острые нарушения мозгового кровообращения и без признаков ГЭ (n=156).

Скрининг 5-летнего риска развития резистентности к лечению проведён по калькулятору баллов [5]. С учётом степени 5-летнего РРР к лечению, изучены клинико-гемодинамические особенности АГ, частота стадий ГЭ. При этом, как группы сравнения+ выделены больные с низким и умеренным риском (1 группа, n=503), а также, высоким и очень высоким риском (2 группа, n=370).

Для установления клинико-гемодинамических особенностей АГ в зависимости от степени 5-летнего РРР изучены: уровни АД, суммарная частота неконтролируемой и резистентной АГ и частота стадий ГЭ.

АГ с эпизодическим повышением до высоких значений и отсутствие стойкого снижения АД до целевых уровней на фоне регулярной терапии двумя антигипертензивными препаратами, рассматривались как критерии неконтролируемой АГ. Критерием РАГ считалось отсутствие достижения целевых уровней АД при лечении тремя антигипертензивными препаратами разных классов в полной дозе, включая тиазидные диуретики [6].

Статистическая обработка материала проведена с использованием стандартного пакета программ прикладного статистического анализа (Statistica 10,0). Количественные показатели представлены в виде  $M \pm m$ . Сравнение абсолютных показателей проводилось по U-тесту Манна Уитни, частотных показателей - по критерию  $\chi^2$ . Для оценки взаимосвязи между признаками определяли коэффициент корреляции по Пирсону или ранговой корреляции по Спирмену. Различия полученных результатов считались статистически значимыми при значениях  $p < 0,05$ .

**Результаты исследования и их обсуждение.** Результаты изучения распространённости хронического нарушения мозгового кровообращения или ГЭ у больных общей группы с ГБ представлены в таблице 1.

**Таблица 1. - Распространённость гипертонической энцефалопатии у пациентов с гипертонической болезнью (абс/%)**

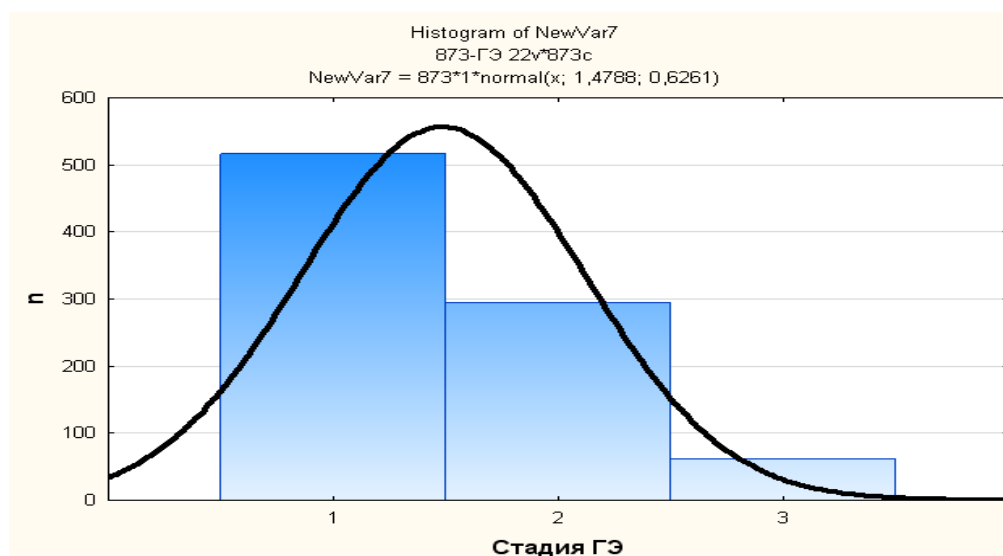
Показатели	Всего (n=1029)	Больные с гипертонической энцефалопатией					
		Пол			Возраст		
		Муж. (n=283)	Жен. (n=746)	р	до 60 лет (n=597)	≥60 лет (n=432)	р
<b>ГЭ, абс/%</b>	873/84,8	251/88,7	622/83,4	<0,05	448/75,0	425/98,4	<0,0001
<b>Нет ГЭ, абс/%</b>	156/15,2	32/11,3	124/16,6	<0,05	149/25,0	7/1,6	<0,0001

Примечание: р - достоверность различия показателей по полу и возрасту (по критерию  $\chi^2$ ).

Всего проявления ГЭ установлены у 873 (84,8%) больных; отсутствие этого синдрома отмечено у 156 (15,2%) больных с неполной приверженностью к лечению.

Клинические проявления нарушений мозгового кровообращения, обусловленные хронической ишемией мозга на фоне высокого АД (ГЭ) у мужчин наблюдались чаще ( $p < 0,05$ ), чем у женщин. ГЭ разной выраженности установлена почти у всех пациентов старшей возрастной группы (98,4%;  $p < 0,0001$ ).

Из общего числа пациентов с гипертонической энцефалопатией ( $n=873$ ), у 517 (59,2%) наблюдалась 1 стадия, а у 356 (40,8%) – клинические проявления ГЭ были выраженными (рисунок 1): со 2 стадией ДЭ было 294 пациента (33,7%) и с 3 стадией – 62 (7,1%).



**Рисунок 1. - Частота стадий гипертонической энцефалопатии у пациентов с гипертонической болезнью**

В целом, начальная стадия гипертонической энцефалопатии у больных ГБ наблюдается значительно чаще и соотношение начальной и более выраженной (2-3 ст.) стадий ГЭ составляет соответственно 3:2.

При изучении частоты стадий ГЭ в зависимости от степени РРР к лечению установлено, что частота невыраженной (1 стадия) ГЭ уменьшается от первой группы к третьей (73,6 – 41,1 – 27,7%, соответственно у больных 1, 2 и 3 групп;  $p < 0,001$ ), тогда как частота выраженных стадий ГЭ – нарастает (таблица 2).

При сравнении с группой пациентов с низким РРР (1 группа), учащение 2 стадии ГЭ у пациентов с КАГ (на фоне высокого РРР) и с РАГ – значимое ( $p < 0,001$ ); учащение 3 стадии ГЭ - значимо ( $p < 0,01$ ) только у пациентов с РАГ.

Учащение выраженных стадий ГЭ у больных РАГ значимо не только при сравнении с 1 группой, но и с группой пациентов с КАГ, протекающей на фоне высокого и очень высокого РРР к лечению ( $p < 0,0001$ ).

Таким образом, учащение выраженных стадий ГЭ отмечается на фоне высокой и очень высокой степени 5-летнего РРР и значимо преобладает у больных РАГ.

**Таблица 2. Выраженность гипертонической энцефалопатии в зависимости от степени риска развития резистентности к антигипертензивной терапии, абс/%**

	5-летний РРР к лечению			
	менее 30% (n=503)	≥ 30% (n=370)		
	1. Контрольная	2. АГ (n=323)	3. РАГ (n=47)	
<b>ГЭ: -1 стадия</b>	371/73,8	133/41,1***	13/27,7 ***	<0,0001
<b>- 2 стадия</b>	104/20,7	164/50,5***	26/55,3 ***	<0,0001
<b>- 3 стадия</b>	28/5,6	26/8,1	8/17,0**	<0,05

Примечание: р - достоверность различия показателей между 2 и 3 группами); \* $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,001$ , \*\*\*  $p < 0,0001$  – отмечены различия с 1 группой (по критерию  $\chi^2$ ).

**Выводы.** 1. ГЭ отмечается почти у всех пациентов старшей возрастной группы (98,4%;  $p < 0,0001$ ); её частота выше у мужчин ( $p < 0,05$ ).

2. Начальная (нев्यраженная) стадия гипертонической энцефалопатии у больных ГБ наблюдается значительно чаще (59,2%) и соотношение начальной и более выраженной (2-3 ст.) стадий ГЭ составляет соответственно 3:2.

3. Повышение степени 5-летнего РРР к лечению у больных ГБ сопровождается учащением выраженных стадий ГЭ, что значимо преобладает у больных РАГ.

#### Список литературы

1. Эпидемиология артериальной гипертонии в России. Результаты федерального мониторинга 2003–2010 гг. / Р.Г. Оганов [и др.] // Кардиоваск. терапия и профилактика. – 2011. – Т.10, №1. – С. 812.
2. Heart disease and stroke statistics — 2010 update: a report from the American Heart Association / D. Lloyd-Jones [et al.] // Circulation. — 2010. — N121. — С. 46-215.
3. 60 лет концепции дисциркуляторной энцефалопатии — можно ли в старые мехи налить молодое вино? / О. С. Левин, А. Ш. Чимагомедова, Т. А. Полякова, А. В. Араблинский // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. – 2018. - N118(6). – Р. 13-26
4. Калашникова, Л.А. Актуальные проблемы патологии головного мозга при церебральной микроангиопатии / Л.А. Калашникова, Т.С. Гулевская, Л.А. Добрынина // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2018. - N118(2). – Р.90-99. <https://doi.org/10.17116/jnevro20181182190-99>
5. Baseline predictors of resistant hypertension in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcome Trial (ASCOT): a risk score to identify those at high-risk / A.K. Gupta [et al.] // J Hypertens. – 2011. - N29 (10). – P.2004–2013.
6. Resistant hypertension: diagnosis, evaluation, and treatment. A scientific statement from the American Heart Association Professional Education Committee of the Council for High Blood Pressure Research / D.A. Calhoun [et al.] // Hypertension. – 2008. - N51(6). – P.1403–1419.

#### ТЕРАПИЯ РАЗНОЦВЕТНОГО ЛИШАЯ ИТРАКОНАЗОЛОМ

*Абдуллоева М.А., Зоиров П.Т.*

Кафедра дерматовенерологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** По данным Всемирной организации здравоохранения, микотическими инфекциями страдают около 20-30% населения мира. Мировая литература гласит, что в человеческой популяции грибами поражен каждый четвертый житель планеты [5]. На долю микозов приходится от 37 до 42% от всех болезней кожи и ногтей. Разноцветный (отрубевидный) лишай относится к микотическим инфекциям кожи и характеризуется повсеместным распространением, хроническим рецидивирующим течением [2]. Согласно данным Н.В. Фриго и соавт. (2005), разноцветный лишай поражает до 10% населения, что обусловлено широким (90%) носительством *Malassezia*. Частота заболеваемости в умеренном климате составляет 4-6%, в тропическом и субтропическом – 50% [3]. В последние годы в силу ряда объективных причин, таких как повышение вирулентности возбудителей, формирование устойчивых грибково-бактериальных ассоциаций, учащение фоновой патологии в связи с неблагоприятной эпидемической обстановкой и социально-экономической депрессией число больных разноцветным лишаем увеличилось.

При лечении данной грибковой инфекции широко применяются наружные антимикотические и отшелушивающие средства, однако они эффективны при ограниченных формах микоза, но при распространенных, атипичных формах часто возникают рецидивы заболевания [1, 4], в связи с чем нашей целью явилось изучение эффективности системного противогрибкового препарата итраконазола при лечении распространенных форм разноцветного лишая.

**Материал и методы исследования.** Исследование проведено на кафедре дерматовенерологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Были исследованы 89 больных разноцветным лишаем в возрасте от 9 до 55 лет. Средний возраст составил  $25,9 \pm 0,9$ , мужчин было 60 (67,4%), женщин – 29 (32,6%). Городские жители составили 46,4%, сельские – 53,6%. Для обследования больных нами применялись следующие методы исследования: люминесцентный, микроскопический, определены рН, потоотделение, аутофлора и бактерицидные свойства кожи. При проведении осмотра с использованием лампы Вуда в очагах поражения появлялось характерное желтое свечение.

Для микроскопического исследования чешуйки кожи обрабатывали 20% раствором калия гидроксида. Обработанный препарат микроскопировали через 30-40 минут. *Malassezia furfur* был обнаружен в патологическом материале у всех больных. Определение аутофлоры кожи проводилось по методу У.К. Нобл (1946). Бактерицидную активность кожи определяли методом контактных пластинок по И.И. Клемпарской (1966). С этой целью на внутреннюю поверхность предплечья ватным тампоном наносили взвесь кишечной палочки, содержащей 1:800 бактерий в 1 мл, после чего к этому участку прикладывали предметное стекло с желточно-солевым агаром. Повторный отпечаток брали через 10-15 минут с момента нанесения взвеси кишечной палочки. Отпечатки помещали в термостат на 18-24 часа, после чего проводили учет выросших колоний и процент погибших клеток. Индекс бактерицидности (ИБ) определяли по специальной формуле. В норме индекс бактерицидности кожи равен 80-100%.

Для определения рН кожи у больных разноцветным лишаем был использован колориметрический метод. Использовали универсальную рН-индикаторную бумагу «Рифан», полоску которой прикладывали к влажной коже, и изменившийся цвет её сравнивали со стандартами.

Для качественной оценки интенсивности потоотделения у больных разноцветным лишаем был использован индикатор интенсивности потоотделения ИИП-01.

Подсчёт площади поражения проводился по методу «девятик» и «ладоней».

Статистическая обработка результатов исследования проводилась по общепринятым методам вариационной статистики и анализа достоверности результатов с помощью t-критерия Стьюдента.

**Результаты исследований и их обсуждение.** Нами было проведено лечение итраспором 45 больных с распространёнными и атипичными формами микоза (основная группа). Терапия проводилась под контролем микроскопического, люминесцентного методов исследования. Итраконазол назначался в дозе 200 мг/сут в течение 14 дней. Для объективной оценки предложенного метода лечения результаты сравнивались с группой больных распространёнными формами разноцветного лишая, которым назначался кетоконазол в дозе 200мг/сут (группа сравнения – 44 больных). Контрольное обследование назначали после окончания лечения, а в дальнейшем один раз в месяц в течение 3 месяцев. Результаты лечения и сравнение непараметрических критериев в двух группах приведены в таблице 1.

**Таблица 1. - Результаты лечения больных с распространёнными формами разноцветного лишая**

Критерии сравнения	Основная группа(n=45)		Контрольная группа (n=44)		p
	абс. число	P±m <sub>p</sub> , %	абс. число	P±m <sub>p</sub> , %	
Разрешение очагов	44	97,8±2,2	36	81,8±5,8	<0,05
Уменьшение шелушения	44	97,8±2,2	37	84,1±5,5	<0,05
Отсутствие новых высыпаний	45	100	36	81,8±5,8	<0,01
Отсутствие свечения	45	100	36	81,8±5,8	<0,01
Отрицательная проба Бальзера	45	100	37	84,1±5,5	<0,01
Отсутствие мицелия	44	97,8±2,2	36	81,8±5,8	<0,05
Число излеченных больных	44	97,8±2,2	36	81,8±5,8	<0,05
Число больных с улучшением состояния	1	2,2±2,1	8	18,2±5,8	<0,05

**Примечание:** p – значимость различий показателей основной группы и группы сравнения

Таким образом, в основной группе клиническое и микологическое излечение получено у 44 (97,8%) больных при назначении итраконазола в течение 14 дней, у одного больного отмечалось улучшение состояния (2,2%). В группе сравнения клиническое и микологическое излечение получено у 36 (81,8%) пациентов, у 8 (18,2%) отмечалось улучшение состояния. Во всех непараметрических критериях, мы установили статистически достоверную разницу при лечении итраконазолом, что позволяет сделать вывод о его высокой эффективности по сравнению с группой сравнения.

**Выводы.** Отмечается высокий терапевтический эффект системного антимикотика итраконазола при лечении распространенной формы разноцветного лишая.

#### Список литературы

1. Moralis P.M. Clinical aspects of patients with pityriasis versicolor seen at a referral center for tropical dermatology in Manaus, Amazonas, Brazil /P.M. Moralis, M.Z. Moreira Frota, M.G. Souza Cunha //An Bras Dermatol. – 2010. – Vol.85(6). – P.797 – 803.
2. Prevalence of Malassezia specie in pityriasis versicolor lesions in northeast Argentina /G. Giusiano [et al.] //Revista Iberoamericana de Micologia. – 2010. –Vol. 27(2). – P.71-74.
3. Тарасенко Г.Н. Современные аспекты практической микологии /Г.Н. Тарасенко //Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2006. - №6. - С. 49-61.
4. New aspects in the clinical course of pityriasis versicolor /V.M.S. Framil [et fl.] //An Bras Dermatol/ - 2011. – Vol.86(6). – P.1135-40.
5. Pityriasis versicolor: isolation and identification of the main species of Malassezia / VMS Framil [et al.] //An. Bras Dermatol. – 2010. – Vol.85(1). – P.111-114.

#### ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ШКОЛЬНИКОВ

*Абдурашидова Х.Б., Турдиева Ш.Т.*

Кафедра амбулаторной медицины Ташкентского педиатрического медицинского института, Узбекистан

**Актуальность.** Проблема профилактики и лечения хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта была и остаётся одним из актуальных направлений современной педиатрии. Актуальность данной проблемы связано с возрастом встречаемости с тем, что ежегодно наблюдается увеличения патологии среди детей и особенно среди подростков [1,4]. В частности, несмотря на все усилия ученых, организаторов здравоохранения и практических врачей, отмечается неуклонный рост заболеваний органов пищеварения у детей, которые за последние 30 лет увеличились более чем в 10 раз и составляют 456,7% [2,5]. Одним из часто встречаемых заболеваний пищеварительного тракта у детей является хроническая гастродуоденальная патология (ХГДП), объединяющая в себе как воспалительные заболевания, так и язвенные поражения органов гастродуоденальной зоны [3]. Но несмотря на усилия детских гастроэнтерологов проблема лечения ХГДП среди детского населения остаётся одним из актуальных про-



блем. Также, одним из малоизученных направлений остаётся изучение своеобразия течения данной патологии у детей в зависимости от возрастных особенностей.

**Цель исследования.** Изучение особенности проявления клиники хронической гастродуоденальной патологии у детей и подростков.

**Материалы и методы исследования.** Нами были обследованы 286 детей и подростков от 6 до 15 лет с хронической патологией гастродуоденальной патологией. Среди обследованных хронический гастродуоденит (ХГД) был диагностирован у 60,84% (n=174 из 286), хронический гастрит (ХГ) различных форм – 15,03% (n=43), хронический дуоденит (ХД) – 7,69% (n=22), язвенная болезнь желудка - 2,8% (n=8) и язвенная болезнь двенадцатиперстного кишечника (ЯБДПК) у 13,64% (n=39) пациентов. Методы исследования включали: общий осмотр пациентов, сбор анамнестических данных, общий анализ крови и копрограмма. Из инструментальных исследований применён ЭФГДС. УЗД абдоминальных органов проводили по показаниям.

В зависимости от возраста все пациенты были разделены на 2 взаимосопоставимые исследуемые группы: 1-я группа дети от 6 до 12 лет (до 11 лет 11 месяцев 29 дней) - (n=145 - 50,7%); 2-я группа, подростки, от 12 до 15 лет - (n=141 - 49,3%).

Все обследуемые находятся на диспансерном учёте по месту жительства. Перед началом исследования на основании этических норм, было взято разрешение Этического Комитета при Министерстве Здравоохранения Республики Узбекистан, на проведение клинико-лабораторных исследований у больных, а также письменное согласие родителей и опекунов.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В своих предыдущих публикациях мы останавливались на вопросе изучения особенностей преморбидного фона возникновения ХГДП у детей и подростков [3,4].

В ходе данного научного исследования, направленное на изучение особенностей клинического проявления ХГДП у детей и подростков школьного возраста, было фиксировано, что основными клиническими проявлениями патологии являются: вегетососудистая дисфункция (n=283 – 98,9%), диспепсические нарушения (n=286 – 100%), наличие болевого синдрома (n=226 – 79,0%), объективно видимые признаки анемии (n=153 – 53,6%). При этом, отличительными особенностями являлось наличие у пациентов с ХГД случаев вегетативных кризов, протекающих по виду демпинг-синдрома, характеризующиеся внезапным возникновением через 2-3 часа после приема пищи, чувством усталости с сонливостью на фоне возникшей потливости, иногда присоединялось усиление сердцебиения (тахикардия) и перистальтики кишечника. Данный синдром проходил самостоятельно, иногда родители давали спазмолитики («Но-шпа» и др.), в основном связывая данный синдром с усилением психосоматических нагрузок в школе, переутомлением или «погрешностями» в рационе питания школьника.

Из вегетососудистой дисфункции были более характерны симптомы нарушения сна- 59,1% (n=169), которые были более выражены у пациентов с язвенной болезнью желудка – 87,5% (n=7), данные состояния были обусловлено с ночные болями, возникающими периодически на фоне нарушения режима питания.

Периодические головные боли были характерны для 178 пациентов (62,2%), и данный симптом превалировал практически с одинаковой частотой во всех исследуемых группах пациентов. Быстрая утомляемость проявлялась у 238 пациентов (83,2%), и больше всего среди больных с воспалительными заболеваниями гастродуоденальной зоны – 84,7%, а при язвенных заболеваниях - 57,4% или в соотношении 1,48 : 1.

Также одним из часто встречаемых симптомов ХГДП являлся снижение аппетита – 83,57% (n=239), который был более характерен для пациентов с ХГД (n=169 – 97,1%), ХГ (n=42 – 97,7%) и ЯБЖ (n=6 – 75,0%). Менее всего данный симптом выявлялся у пациентов с ХД (n=3 – 13,6%) и ЯБДПК (n=19 – 48,7%).

Из диспепсических нарушений превалировали неустойчивый стул – 84,97% (n=243), периодически возникающая тошнота – 57,7% (n=165) и ощущение тяжести в эпигастральной области после приёма пищи – 56,3% (n=161).

При изучении характера болевого синдрома было отмечено, что чаще всего у пациентов возникают периодические боли в эпигастральной области, связанные с приёмом пищи – 57,7% (n=165). Для ХГ также была характерна наличие при пальпации умеренной болезненности в передней брюшной стенке в области анатомической проекции желудка – 87,5% (n=7). При ХД была характерна болезненность в эпигастральной области на голодный желудок, в ночные часы и/или через пару часов после приема пищи, приступообразного характера – 72,7% (n=16), иногда сопровождался метеоризмом – 68,8% (n=15) и горькой отрыжкой – 63,6% (n=14)

Болевой синдром был характерен при ЯБДПК - 79,5% (n=31), проявляющийся тупой умеренной болью в эпигастральной области, иногда разлитого характера, с иррадиацией в верхнюю половину живота. Боль в основном возникала ночью (в 1-2 часа), или после продолжительных периодов без приема пищи (голодный желудок). Отличительностью болей являлась – их периодичность, связанное с сезонностью (чаще весной и осенью).

Полученные данные указывают, что болевой синдром при ХГДП у детей и подростков школьного возраста характеризуется не выраженным проявлением, и чаще всего проявляется на фоне погрешности в питании, при физической и психоэмоциональной перегрузке.

У некоторых пациентов отмечали объективные видимые признаки анемии, чаще проявляющиеся у пациентов с ЯБЖ – 62,5% (n=5), ЯБДПК – 58,97 (n=23). Также объективные признаки анемии отмечали у пациентов с ХГД - 62,5% (n=5), ХГ - 53,5% (n=23), ХД- 36,4% (n=8)

Менее характерным также было периодическое незначительное повышение температуры тела у пациентов - 4,6% (n=13), которое более характерно проявлялся у пациентов с ХГ – 13,9% (n=6).

**Выводы.** На основании анализа клинического проявления ХГДП у детей и подростков с школьного возраста, можно заключить, что клиническое проявление болевого синдрома ХГДП более стёрта и имеет характерную сезонность (весеннее – осеннее обострение), с выраженными вегетососудистыми и диспепсическими нарушениями, на фоне объективных признаков анемии.

## Список литературы

1. Агзамова Ш.А., Шухратова Д.Ж., Абдуразакова Ш.А. Характер изменений гематологических показателей при целиакии у детей школьного возраста в зависимости от формы заболевания// Международный научно-популярный вестник «Европа-Азия Евразийский Союз Ученых (ЕСУ), 2016. – Т.29 (1). - С.36-37
2. Камилова А. Т., Геллер С. И., Дустмухамедова Д. Х., Султанходжаева Ш. С., Алиева Н. Р. Статус витамина D при синдроме энтероколита, индуцированного белками пищи у детей. //Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2019- Т.161(1). – С.117–123. <https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-161-1-117-123>
3. Турдиева Ш.Т. Влияние энтеральной оксигенотерапии на хеликобактериоз при реабилитации детей с хронической гастродуоденальной патологией. //Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2018. – Т.63(4). – С.69-72. <https://doi.org/10.21508/1027-4065-2018-63-4-69-72>
4. Турдыева Ш.Т. Выявление факторов риска развития хронических заболеваний гастродуоденальной зоны у детей и подростков школьного возраста.// Вопросы практической педиатрии. 2014. – Т. 9(2). – С.63-67.
5. Умарназарова З.Е., Камилова А.Т., Ахмедова И.М., Геллер С.И., Султанходжаева Ш.С., Дустмухамедова Д.Х. Значение и корреляционные взаимосвязи цитокина il-10 при гастроинтестинальной пищевой аллергии у детей. Вопросы детской диетологии. 2018. - Т.16 (3). - С. 69. <http://www.phdynasty.ru/katalog/zhurnaly/voprosy-detskoj-dietologii/2018/tom-16-nomer-3/33811>

## К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ РУБЦОВЫХ АЛОПЕЦИЙ

*Агафонова Е.В., Исмагуллова С.С. Бозоров С.С.*

Кафедра дерматовенерологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Первичные рубцовые алопеции - группа гетерогенных заболеваний вызывающих полное разрушение пилосебоцейных юнитов и необратимую потерю волос, характеризующуюся видимым исчезновением устьев и гибелью волосяных фолликулов подтвержденных при трихоскопическом и патогистологическом исследованиях. Несмотря на то, что доля рубцовых алопеций составляет небольшой процент среди пациентов трихологического (7%) и общего дерматологического профиля (менее 3%), необратимость и значительность косметических последствий этого вида потери волос указывают на необходимость быстрого установления диагноза и начала патогенетической терапии. Особенно актуально вышесказанное относительно рубцовых алопеций с лимфоцитарным инфилтратом, в частности красного волосяного лишая (КВЛ). КВЛ является фолликулярной формой красного плоского лишая (КПЛ) и самой частой причиной рубцовой потери волос у взрослых. КВЛ можно воспринимать как аутоиммунную реакцию на основе Т-лимфоцитов, которая запускает апоптоз клеток эпителия, что приводит к обширному рубцеванию за короткий срок, часто за нескольких месяцев [1-3].

**Цель исследования:** изучить клинический случай рубцовой алопеции у пациентки Н.

**Материал и методы исследования.** Проанализированы анамнез, данные предшествующих клинических и лабораторных исследований, лечебную тактику в отношении пациента Н., а также проведена трихоскопия, клинические и биохимические исследования крови, микроскопия соскобов кожи скальпа, ультразвуковое исследование щитовидной железы и органов брюшной полости, консультации смежных специалистов (офтальмолога, эндокринолога).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Пациентка Н. 1965 г.р. обратилась амбулаторно в ТКБКЗ в декабре 2018 г. с жалобами на интенсивный зуд скальпа, выраженное выпадение волос, появление участков неравномерного разрежения волос. Из анамнеза выявлено что, в марте 2018 г. после перенесенного сильного стресса стал беспокоить зуд, жжение кожи головы, обратившись к дерматологу по месту жительства, был диагностирован себорейный дерматит и назначена терапия (антисеборейные шампуни, биодобавки с цинком.). На фоне лечения улучшения не наблюдалось, позже присоединилось выпадение волос. В апреле 2018 при повторном осмотре, дерматологом в терапию был добавлен стероид средней силы активности и антимикотик перорально. Назначенную терапию пациентка Н получала в течении месяца, вновь без динамики. В июне 2018 обратилась в КВД, где после осмотра и проведенного лабораторного исследования был выставлен диагноз «Адрогенетическая алопеция», назначена местная терапия – 5% раствором миноксидила, токи Дарсонваля, перорально витаминominеральный комплекс), на фоне лечения -отрицательная динамика- выпадение волос и зуд кожи головы усилились, появились участки видимого разрежения на скальпе.

На момент осмотра на коже волосистой части головы - участки потери волос неправильной формы с локализацией в лобной и теменной областях, разрежение центрального пробора. В зонах поражения наблюдается выраженная перифолликулярная эритема с фиолетовым оттенком и перифолликулярное шелушение. Тест натяжения на активной периферии участка положительный на наличие анагеновых волос. Кожа и слизистые обычной окраски, чистые, ногти без патологических изменений. Соматически объективно здорова.

При проведении трихоскопии на видеотрихоскопе ARAMA SG Diagnosis system: в центральной части участков потери волос визуализируются молочно-красные (цвета клубничного мороженого) области и отсутствие устьев волосяных фолликулов-признаки рубцового поражения. В зоне сохранившихся волос тубулярный гиперкератоз, перифолликулярное шелушение, волосяные муфты, по краю патологических очагов удлинение сосудов. Учитывая вышперечисленное был выставлен диагноз: Фолликулярный плоский лишай, классическая форма, активная стадия.

По результатам дообследования выявлено повышение СОЭ до 22 мм/час и снижение уровня витамина Д -10 нг/мл, диффузное увеличение щитовидной железы 2ст, эутириоз.

Назначена терапия:

1. Гидрохлорохин 200мг/сут.
2. Холекальцеферол 5000 МЕ сут.

3. Клобетазола пропионат мазь 0,05% 1р в день на кожу скальпа под окклюзию на 2ч.
4. Йодид калия 200мг/сут.

На повторном осмотре через месяц от начала терапии положительная динамика: зуда нет, повышенного выпадения волос не отмечается, тест натяжения отрицательный, при трихоскопии выраженность перифолликулярной эритемы уменьшилась, шелушение сохранилось. Терапию продолжили в полном объеме, топический стероид рекомендовано использовать без окклюзии. Осмотр через 3 месяца – кожа скальпа обычной окраски, перифолликулярный гиперкератоз умеренно выражен. Топический стероид назначен на использование через день.

Спустя 6 месяцев пациентка жалоб не предъявляла, при трихоскопии маркеры воспаления отсутствовали, в зонах потери волос – признаки фиброза. Базовый курс терапии завершён. Назначен топически раствор миноксидила 5% 2р в день, контрольный осмотр и трихоскопическое исследование через 3 месяца.

#### **Выводы:**

1. Первичные рубцовые алопеции представляют определенные диагностические и терапевтические сложности для врача.
2. Трихоскопия – является информативным неинвазивным методом диагностики заболеваний волос и кожи головы, которой должен применяться у всех пациентов трихологического профиля. Трихоскопическое исследование существенно облегчает диагностику рубцовых алопеций, в том числе и на ранних этапах.

#### **Список литературы**

1. Трюб Р.М. Сложный пациент трихолога / Н.Г. Барунова, В.П. Ткачев / Москва, «Геотар-Медиа» - 2018. – С.149-160.
2. Синклер Р. Заболевания волос и кожи головы / В.П. Адаскевич / Москва «Бином» -2014. – С. 75-80.
3. Рудницкая Л. Атлас трихоскопии. Дерматоскопия заболеваний волос и кожи головы./Ю.С.Овчаренко/Харьков «Харизма плюс» - 2019.

## **ИНСУЛИНОВЫЕ АНАЛОГИ В ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТА**

*Алиева В.А*

Кафедра внутренних болезней АМУ, отделение эндокринологии. Азербайджан

**Актуальность.** Сахарный диабет один из распространенных эндокринных заболеваний. В основе патогенеза диабета лежат периферическая резистентность к инсулину и нарушение продукции инсулина. Создание и использование новых форм инсулина, представляют собой один из способов добиться хороших показателей диабета, предупредить развитие осложнений [1]. Рынок препаратов инсулина сильно изменился от бычьих - свиных до аналоговых инсулинов. Современные аналоговые инсулины представлены инсулинами короткого, пролонгированного и комбинированного действия, представляющая собой смесь фиксированного соотношения короткого и продленного инсулина [2].

**Целью** настоящего исследования явилось сравнение аналоговых инсулинов с традиционной инсулинотерапией. Вместе с видами инсулинов изменились и схемы введения, уступив 3-4 разовое назначение короткодействующих инсулинов, либо двукратное назначение пролонгированных инсулинов базисно-болусной терапии. Суть базисно-болусной терапии сводится к максимально близкой к физиологической секреции инсулина схеме, предусматривающая одновременное назначение и короткодействующего и длительного инсулина. Схемы интенсивной терапии наряду с положительными моментами имеют один большой недостаток в форме гипогликемий как дневных, так и ночных [3]. Причинами гипогликемий являются: пропуск приема пищи, прием алкоголя, интенсивная физическая нагрузка, передозировка инсулина, нарушение режима инсулинотерапии и приема пищи. Гипогликемия диагностируется при падении сахара до 2,8-3,5 ммол/л.

**Материал и методы исследования.** Клиническое исследование проводилось на базе отделения эндокринологии Терапевтической клиники АМУ. В течение 14 недель было обследовано 60 больных с СД 2 типа инсулинопотребной формы, возраст, которых составлял в среднем  $45 \pm 2$  года (от 45 до 65 лет). Продолжительность диабета в среднем составляла  $13,7 \pm 1,1$  год (от 2 лет до 38 лет). Пациентов мужского пола было 20 человек, женского пола - 40 человек. У 20 человек была диагностирована тяжелая форма СД, у 40 человек - средней степени тяжести. Были назначены препараты аналогов инсулина короткого действия Глилизин (Апидра), Аспарт (Новорапид). Из пролонгированных инсулинов были назначены Гларгин (Лантус) фармацевтической компании Санофи-Авентис и Детемир (Левемир) фармацевтической компании Ново Нордиск. Инсулины назначены по принципу интенсивной инсулинотерапии по схеме: утром короткий инсулин и пролонгированный инсулин, вечером короткий инсулин и пролонгированный инсулин, днем инсулин короткого действия. В качестве контрольной группы были взяты 30 больных с СД 2 типа инсулинопотребной формы, получающие изначально инсулины человеческого происхождения Актрапид МС короткого действия и Инсулотард МС пролонгированного действия. У всех пациентов имелись портативные глюкометры для проведения гликемического профиля. Ежедневно измерялись уровни гликемии, как натощак, так и через каждые 2 часа после еды. В течение всего исследования проводился мониторинг уровня HА1с.

Апидра – аналог инсулина ультракороткого действия (3 часа). Начинает действие сразу после введения и уже 15-20 мин выявляется снижение уровня сахара в крови. Препарат характеризуется более быстрым наступлением пика действия по сравнению со всеми короткодействующими инсулинами. Апидра является единственным короткодействующим инсулином для людей с инсулиновой помпой и идеальным инсулином для пациентов с избыточной массой тела [5].

Новорапид получен заменой пролина в 28 положении В цепи на аспарагин. Он более адекватно имитирует ответ инсулина на прием пищи, обуславливает слабый эффект между приемами пищи, тем самым полностью контролируя постпрандиальную гликемию.

Лантус – инсулин ультрадлинного действия, полностью растворимый в слабокислой среде, но плохо растворимый в нейтральной среде подкожно-жировой клетчатки. Гларгин стимулирует потребление глюкозы инсулинозависимыми периферическими тканями, особенно мышечной и жировой, ингибирует глюконеогенез, тем самым снижая уровень глюкозы [11]. В Лантус добавлено небольшое количество цинка, тем самым достигнута максимальная пролонгация действия. Начало действия через 1 час. Независимо от места (руки, ноги или живот) и времени введения инсулина (утром, днем или вечером), средняя продолжительность действия составляет 24 часа, максимальная продолжительность – 29-30 часов.

Левемир – аналог средней продолжительности действия, обеспечивающий базальный уровень инсулина вне зависимости от приема пищи. Пика не имеет, вследствие чего вероятность гипогликемий очень низкая. Перед введением не требует встряхивания или обработки кожи спиртом.

Критериями компенсации диабета выступали уровни гликогемоглобина (интегральный показатель гликемии за 3 месяца) [4]

Результаты. При анализе данных уровни постпрандиальной гликемии оказались достоверно ниже в группе, получающих аналоговые инсулины. К 14 неделе исследования, колебания уровня сахара составили в среднем от 7 до 8,8 ммоль/л. Уже через 8 недель, в группе пациентов с аналоговыми инсулинами уровень гликогемоглобина достоверно снизился с  $11 \pm 0,5$  до  $8,7 \pm 0,8$  %. Через 12 недель исследования у 10 пациентов (10%) показатели гликогемоглобина достигли значения 7%. Гипогликемии в течение всего периода исследования были отмечены у 7 пациентов в течение первой недели лечения аналоговыми инсулинами, сопровождаясь такими проявлениями как слабость и вялость. В контрольной группе гипогликемии были отмечены у 13 больных. Причиной возникновения гипогликемий явились пропуск приема пищи.

Для оценки влияния аналоговых инсулинов на показатели гликемии в зависимости от длительности заболевания больные были поделены на 3 группы: 1 группа с длительностью диабета до 5 лет, 2 группа - от 5 до 10 лет, 3 группа - свыше 10 лет стажа заболевания. Наиболее высокие уровни HbA1c выявлены в 3 группе –  $10 \pm 0,3$ %. Достоверное снижение гликогемоглобина обнаружено уже на 10 неделе лечения в этой же группе –  $9 \pm 0,1$ %.

Средняя масса пациентов находящихся на базисно-болюсной терапии аналоговыми инсулинами достоверно мало увеличилась за время исследования. Отклонений в колебании уровней гликемии после обеда не было выявлено ни в одной группе пациентов, но отмечалось достоверное снижение колебаний гликемии после завтрака на 60% и после ужина на 70% на фоне применения аналоговых инсулинов.

**Таблица 1. - Показатели достоверности гликогемоглобина**

Статистические показатели гликозилированного гемоглобина (HbA1C%)	Комбинация человеческих инсулинов	Комбинация аналоговых инсулинов 2-6 нед исследования	Комбинация аналоговых инсулинов 8-14 нед исследования
$M \pm m$	$10 \pm 0,2$	$8,8 \pm 0,2$	$7,8 \pm 0,2$
p		$p < 0,05$	$p < 0,0001$

Примечание: M – среднее значение; m – среднее значение ошибки; p - разница достоверности между показателями до и во время лечения

**Выводы.** Таким образом, полученные выше результаты свидетельствуют о большей эффективности аналоговых инсулинов по сравнению с традиционными человеческими инсулинами, благодаря быстрому началу и меньшей продолжительностью действия для инсулинов короткого действия и большей продолжительностью действия для пролонгированных инсулинов. Также применение аналоговых инсулинов снижает риск гипогликемий в течении суток, предотвращая появление осложнений СД.

#### Список литературы:

1. Дедов, И.И. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / И.И. Дедов, М.В. Шестакова, А.Ю. Майорова // Журнал «Сахарный диабет». - 2017. - 8 выпуск. – С. 26.
2. Singh, S.R. Efficacy and safety of insulin analogues for the management of diabetes mellitus: a meta analyses / S.R. Singh, F. Ahmad, A. Lala // CMAJ. – 2009. - N180. – P.385-397.
3. Yeh, H-C. Comparative effectiveness and safety of methods of insulin delivery and glucose monitoring for diabetes mellitus: a systemic review and meta analyses / H-C. Yeh, T.T. Brown, N. Maruthur // Ann.Intern.Med. – 2012. - N157. – P.336-347.
4. Pickup, J.C. Glycaemic control in type 1 diabetes during real time continuous glucose monitoring compared with self monitoring of blood glucose. Meta analyses of randomized controlled trials using individual patient data / J.C. Pickup, S.C. Freeman, A.J. Sutton // BMJ. – 2011. - N343. – P.3805.
5. Bergenstal, R.M. Threshold based insulin pump interruption for reduction of hypoglycemia / R.M. Bergenstal, D.C. Klonoff, S.K. Gark // N.Engl.J.Med. – 2013. - N369. – P.224-232.

## СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОГО ГРИППА А(Н1N1) С ПНЕВМОНИЕЙ

Алимова Х.А.

Ташкентский институт усовершенствования врачей  
Кафедра Педиатрии, Узбекистан

**Актуальность исследования:** разобрать случай пневмонии при тяжелой форме гриппа, сопровождавшейся геморрагическим синдромом и являющейся геморрагической по своей морфологии.

Острые респираторно-вирусные инфекции (ОРВИ) и грипп занимают первое место по частоте и количеству случаев в мире, составляя 95% всех инфекционных заболеваний [4]. Ежегодно в мире простудой болеет 500млн. человек, 2млн. из которых умирает, в 60% случаев заболевание протекает с осложнениями [2]. Около 50% случаев гриппа и ОРВИ приходится на долю детей до 14 лет [5]. Новый вирус гриппа А(Н1N1) является реассортантом по 3 фрагментам генома возбудителя. Осложнения гриппа А(Н1N1) могут быть в виде пневмоний трех типов: на 2-3 день заболевания- вирусная, на 7-8 день – вирусно-бактериальная, на 14 день – бактериальная [8].

В 2016-2017гг. эпидемический сезон заболеваемости ОРВИ и гриппом характеризовался ранним и резким подъемом уже в январе 2017г., большим числом тяжелых форм, что было связано с высокой активностью и повсеместным доминированием в Узбекистане вируса гриппа А(Н1N1).

Известно, что пандемический гриппА (Н1N1) нередко осложняется быстро прогрессирующей вирусной пневмонией, характерной особенностью которой является тяжелая дыхательная недостаточность и острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС) [1]. По разным источникам, среди госпитализированных больных с такой формой заболевания в 30-40% случаев требуется респираторная поддержка, у 10-20% пациентов отмечается летальный исход[8]. Причиной частых пневмоний при гриппеА(Н1N1) могут быть аминокислотные замены в рецептор-связывающем сайте гемагглютинаина вируса, увеличивающие его тропность к эпителиальным клеткам нижних отделов респираторного тракта [7].

Пневмония при тяжелой форме гриппа развивается в первые часы болезни, сопровождается геморрагическим синдромом и является геморрагической по своей морфологии [3]. Нейраминидаза вируса гриппа, разрушая нейраминную кислоту муцина слизи, облегчает адгезию пневмококков к респираторному эпителию. Выделяемый под влиянием гриппа Y-интерферон подавляет фагоцитоз пневмококков макрофагами. Для вирусно-бактериальной (вторичной) пневмонии характерна продолжительность лихорадки более 5 дней или повторное ухудшение состояния на фоне стихания симптомов респираторной инфекции. Морфологической причиной ОРДС при гриппе является некроз альвеолоцитов и стенок бронхиол. Вирусы нарушают мукоциллиарный клиренс и способствуют колонизации дыхательных путей бактериальной флорой. Далее происходит заполнение альвеол экссудатом и образование геалиновых мембран, лимфоцитарно-макрофагальная инфильтрация, отек интерстициального пространства. Клинически характерно стремительное развитие тахипноэ и выраженная гипоксемия, несмотря на ингаляцию кислорода. Своевременная госпитализация таких пациентов в отделения интенсивной терапии и подключение искусственной вентиляции легких (ИВЛ) может быть ключевым моментом лечения. По данным J.Rello (2009), 75% пациентов требуют длительной ИВЛ, нередко необходимы довольно агрессивные режимы вентиляции. Как можно более раннее начало инвазивной вентиляции легких улучшает прогноз, а отсрочка интубации трахеи при наличии показаний ухудшает его у пациента с ОРДС.

Самыми значимыми проявлениями пневмонии вирусного вида в 14- 15-ти летнем возрасте являются: одышка, усиливающаяся быстрыми темпами;повышение температуры до 39 градусов и вышестежелый, изнуряющий кашель с отхождением пенистой мокроты, содержащей кровянистые элементы;внезапная общая ослабленность организма.

**Клинический случай.** Девочка 13 лет 3месяцев, поступила в 23.40ч. с жалобами на сухой, непродуктивный кашель,одышку, чувство нехватки воздуха. От II беременности на фоне токсикоза 4-5месяцев, роды в 40 недель с асфиксией, вес при рождении-3300кг, рост-50см. В анамнезе перенесенная ветряная оспа в раннем возрасте, частые простудные заболевания, каждый раз получает при этом антибиотики (азитромицин). На диспансерном учете не состояла.Настоящее заболевание началось бдней назад, после контакта с больным гриппом.

Status praesens:Общее состояние девочки при поступлении средней тяжести, в сознании. Сон беспокойный, аппетит снижен. Кашель сухой, не продуктивный, одышка. ЧД-38 в мин, ЧСС-98 в мин.Т-38,5 С. Вес 65кг.

Дыхание через нос, свободное. Кожные покровы бледноватые, чистые. Зев гиперемирован. Над легкими выслушиваются сухие хрипы на фоне ослабленного дыхания, выдох удлинен. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. В приемном покое выставлен диагноз: Острый obstructивный бронхит. Соп. Ожирение. осл. Гипертермический синдром. Ночью, в 02.10 час.:Т-37,4С Р-107 в мин, ЧД-38 в мин. Осмотрена реаниматологом в связи с беспокойством, одышкой, усилением кашля. Дыхание с участием вспомогательной мускулатуры. Перкуторно над легкими коробочный звук, аускультативно ослабленное дыхание, справа сухие и влажные разнокалиберные хрипы. В связи с ДН сделаны дексаметазони зуфиллин в/в. В течении часа состояние несколько улучшилось, успокоилась, одышка уменьшилась. Утром, в 06час., состояние вновь ухудшилось, очень беспокойная, из-за одышки и бронхообструктивного синдрома не может уснуть. После сальбутамола (2 дозы) состояние не улучшилось. В\в капельно введен контрикал, проводится оксигенотерапия. В 08 час. переведена в отделение ОРИТ. 09-13час.: пульс-128 в мин; ЧД-28-36 в мин; Т-36,6; АД-110/70. Состояние тяжелое, выдох удаётся с большим трудом,сохраняется ДН на фоне бронхиальной обструкции, что усугубляется повышенным питанием девочки. Sp O2-80-94%-92%, лихорадит. В 16-19.55час в динамике ухудшение состояния.Sp O2-37%, ЧД-62 в мин, Ps-160 в мин, АД-140/20, на ЭКГ-Р/pulmonale, синусовая тахикардия. В 18.45 ребенок взят на ИВЛ, аппаратом дыхание не проводится, переведена на режим вентиляции маской Амбу, вентиляция затруднена, подача 100% кислорода. Отмечается стойкая резистентность к проводимой ИВЛ за счет высокого сопротивления в дыхательных путях.При санации трахеобронхиального дерева обильное гнойно-некротическое отделяемое. На фоне проводимой терапии отмечается остановка сердечной

деятельности, реанимационные мероприятия на протяжении 40 минут без эффекта, в 19.55 констатирована биологическая смерть. В ОАК лейкоцитоз ( в динамике)-12,5-12-14,5x10<sup>9</sup>/л; нейтрофилез -п-9-8-8; с-49-65-62 ; СОЭ-16-26-50мм/ч. УЗИ : Эхо-картина МКД. Эхо-картина диффузного зоба Щст. R-картина: правосторонняя пневмония. Клинический диагноз основной: Правосторонняя пневмония, токсическая форма .Осл: ДНЩст..ССНЩст. Метапневмонический плеврит. Фон: Диффузный зоб Щст. Ожирение I-Щст. Ребенок получил в стационаре: антибактериальную, оксигенотерапию, постантибиотическую реанимационную, симптоматическую терапию.

**Заключение:** У ребенка была тяжелая пневмония вирусно-бактериального генеза, с явлениями гнойного эндобронхита, на что указывают данные вскрытия (в трахее и крупных бронхах содержится грязно-сероатой окраски, слизистая отечная. Правое легкое: верхняя, средняя и нижняя доли увеличены, темно-синюшной окраски, уплотнены. Ткань с очагами кровоизлияний. В левом легком увеличены нижние доли, уплотнены, с очаговыми кровоизлияниями). Основное заболевание осложнилось полиорганной недостаточностью (миокардиодистрофия, токсический гепатит, нефро-нефрит, гепатоспленомегалия, кровоизлияние в мозговую оболочку надпочечников, отек легких, дистрофия паренхиматозных органов). Состояние усугубилось сопутствующими заболеваниями: Диффузный зоб. Ожирение I-Щст. В данном случае имеет место совпадение клинического и патологоанатомического диагнозов. Терапия в ОРИТ адекватная, антибактериальная и синдромная терапия своевременная, однако, согласно описанию состояния ребенка, отсутствия динамики от проводимой терапии, возможно, требовалось более раннее взятия ребенка на ИВЛ.

Таким образом, данное клиническое наблюдение характеризует тяжелое течение гриппа А(Н1N1) с пневмонией, сопровождавшейся необратимыми тяжелыми осложнениями, геморрагическим синдромом и являющейся геморрагической по своей морфологии (по результатам вскрытия). Этот клинический случай подтверждает статистические данные: смертность при тяжелом течении пневмонии ,на фоне перенесенного гриппа ,осложнившейся тяжелой дыхательной недостаточностью и ОРДС у детей колеблется от 11 до 25%. Таким образом, грипп и ОРИ остаются серьезной медико-социальной проблемой.

### Список литературы

1. Александрова, М.А. Пневмония, как осложнение гриппа / М.А. Александрова, С.В. Яковлев // РМЖ. – 2006. - №2. - С.90.
2. Беляев, А.Л. Современное состояние проблем гриппа и острых респираторных заболеваний (ОРЗ) / А.Л. Беляев, А.Н. Слепушкин // РЭТ-инфо, 2003. – С.29-33.
3. Ленева, И.А. Лекарственные средства для химиотерапии и химиопрофилактики гриппа: особенности механизма действия, эффективность и безопасность (обзор) / И.А. Ленева, Р.Г. Глушков, Т.А. Гуськова // Химико-фармацевтический журнал. – 2004. - №38(11). – С.8-14.
4. Вирусная пневмония, грипп А(Н1N1), осложненная ОРДС / Ю.С. Полушин [и др.] // Общая реаниматология. – 2010. - №VI(3). – С.15-22.
5. Особенности респираторной терапии при тяжелой вирусной пневмонии, осложняющей течение гриппа А(Н1N1) / Ю.С. Полушин [и др.] // Журнал акушерства и женских болезней. – 2009. - №58(6). – С.10-18.
6. Острый респираторный дистресс-синдром // Практическое руководство. Под ред. Б.Р. Гельфанда, В.Л. Кассиля. - М.: Литтерра, 2007. - 232с.
7. Последствия длительной искусственной вентиляции легких при острой паренхиматозной дыхательной недостаточности / В.Л. Кассиль [и др.] // Вестник интенсивной терапии. – 2005. - №3. – С.11-16.
8. Extracorporeal membrane oxygenation for severe refractory respiratory failure secondary to 2009H1N1, influenza A / D.A. Turner [et al.] // Respir Care. – 2011. - N56. – P.941-6.

### ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ НАРУШЕНИЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПСИХИКИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ЭФФЕКТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ

*Аляви А.Л., Рахимова Д.А., Тиллоева Ш.Ш*

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Республика Узбекистан, город Ташкент  
Бухарский медицинский институт, Республика Узбекистан, город Бухара

В настоящее время стало очевидным, что нервно-психические факторы оказывают негативное влияние на функциональное состояние бронхов через вегетативную нервную систему. По блуждающему нерву передаются влияния вызывающие сокращение гладких мышц бронхов; через легочные симпатические сплетения – адренергические влияния, расслабляющие гладкие мышцы [3]. Хроническая гиперактивация симпатoadреналовой системы, приводит к развитию ряда патологических эффектов, в том числе к возникновению вегетативного дисбаланса [1,8,4].

Для наиболее ранней диагностики, адекватной профилактики и лечения больных легочным сердцем, необходимо уточнить патогенез этого заболевания, факторы, приводящие и усугубляющие его течение [5, 6, 9]. В то же время по-прежнему остается невыясненным механизм развития ремоделирования правого желудочка (ПЖ) у больных ЛГ. Требуется дальнейшего изучения вопрос о том, какую роль в прогрессировании ЛГ играют психические факторы (ПФ) регуляции и качество жизни больных при развитии легочного сердца и восстанавливается ли эта деятельность в процессе комплексного лечения. В связи с этим, представляет интерес комплексная оценка широкого круга параметров, отражающих структурно-функциональное состояние кардиореспираторной системы и психовегетативные факторы регуляции больных. Эти параметры определяют функциональный статус и медицинские аспекты качества жизни больных ЛГ [2,7,8].

**Целью исследования** явилось изучение взаимосвязи нарушений психики и качество жизни больных бронхиальной астмой с легочной гипертензией и эффект комплексной терапии с электрофорез бишофита (ЭБ) и с препаратов из группы антагонистов кальциевых каналов амлодипина.

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 46 больных БА с ЛГ и 20 здоровых лиц (ЗЛ). У больных по показателям доплерэхокардиографии (ДоплерЭхоКГ) оценивали легочную гипертензию - (уровень среднего легочного артериального давления ЛАДср больше 25 мм.рт.ст).

В зависимости от методов лечения больные разделены на следующие 2 подгруппы 1): 1а подгруппа- (11 больных) и 1б подгруппа (9 больных) получали стандартную терапию (СТ) по (GINA, 2016 г) и ЭБ. 2а подгруппа (14 больных) и 2б подгруппа (12 больных) получали стандартную терапию, а также с добавлением препаратов из группы антагонистов кальциевых каналов амлодипина 5-10 мг/кун. («Pfizer», Германия).

Методика проведения процедуры электрофореза бишофита (по С.Б. Вермелю): с 30 мл раствором бишофита смачивают многоразовую токопроводящую прокладку электрода с площадью 300 см<sup>2</sup>. Анод (положительный электрод) должен быть установлен на межлопаточную область, два других электрода площадью 150 см<sup>2</sup> каждый — на область икроножных мышц обеих нижних конечностей, Процедура длится 15-20 минут, ежедневно, на протяжении 10 дней, а также больные получали препараты из группы антагонистов кальциевых каналов - амлодипин 2.5-5 мг в сутки. Препараты этой группы увеличивают степень эндотелийзависимой вазодилатации и достоверно снижают систолическое АД в легочной артерии.

Исследования больных проводили в день поступления и после 10 процедур.

Психоэмоциональный статус больных оценивали на основании психологического тестирования с помощью теста Ч.Д. Спилберга на выявление реактивной и личностной тревожности.

Изучение параметров качества жизни больных БА с ЛС проводилось по специализированному Сиэтлскому опроснику и оценивалось по балльной системе. Данный опросник позволяет оценивать у больного уровень физического состояния (ФС), эмоционального состояния (ЭС), профессиональной пригодности (ПП) и удовлетворенности лечением (УЛ).

Результаты обработаны с помощью пакета программ Excel, с использованием t - критерия Стьюдента. Различия между изучаемыми параметрами признавали достоверными при  $p < 0,05$ .

**Результаты исследования и их обсуждение.** Выполненные исследования эмоционально-личностной сферы у больных БА осложненной ЛГ, свидетельствует о наличии соматогенно обусловленной тревоги, а также аутизации личности с формированием своеобразного модуля мышления и поведения.

Доминирование тревожного аффекта в структуре личности подтверждается результатами психометрического анализа по методике Спилберга с применением шкалы реактивной тревожности (РТ) и личностной тревожности (ЛТ). У всех больных БА обнаружена высокая тревожность как устойчивая личностная черта. По шкале Спилберга у больных БА выявлена достоверно высокая реактивная и особенно личностная тревожность по сравнению с ЗЛ. Данные полученные нами в подгруппе больных БА 1а и 2а показали, что уровень реактивной тревожности и уровень личностной тревожности выше по сравнению с больными 1б и 2б подгруппах.

Анализ результатов показал, что до лечения у больных БА с ЛГ, параметры КЖ снижены и выраженность изменений в указанных подгруппах неоднозначно. Так больные БА 1б и 2б хуже адаптированы ко всем сферам деятельности. Установлено снижение баллов по шкале ФС и ПП на  $1,9 \pm 0,08$  и  $3,16 \pm 0,04$  балла, что было ниже в 2,7 и 2,2 раза максимально возможного балла (5,2 и 7 балла), а ЭС и УЛ были снижены на  $2,87 \pm 0,05$  и  $2,32 \pm 0,06$  баллов, при максимально возможной оценке в 5,2; 7; 7 и 5,3 баллов, ( $p < 0,05$ ). Больные этой подгруппы испытывали боязнь физической активности и неудовлетворенность лечением выполнять обычные профессиональные обязанности. У больных БА 1а и 2а подгрупп показатели ФС, ЭС, ПП и УЛ были снижены на  $2,96 \pm 0,09$ ;  $2,57 \pm 0,05$ ;  $3,09 \pm 0,05$  и  $2,59 \pm 0,04$  баллов ( $p < 0,05$ ). Следует отметить, что у больных БА 1б и 2б подгрупп наблюдается тенденция более выраженному снижению КЖ по физическому состоянию и удовлетворенности лечением, у больных БА 1а и 2а подгрупп по эмоциональному состоянию и профессиональной пригодности в ограничении жизнедеятельности ( $p < 0,05$ ).

До лечения параллельно с дисбалансом ПФ регуляции, наблюдается нарушения легочной гемодинамики и вентиляционной способности легких. Так, наблюдали повышение ЛАДср, объем форсированного выдоха за 1 сек, жизненная емкость легких и индекс Тиффно снижены по сравнению с аналогичными показателями ЗЛ ( $p < 0,005$ ).

Как видно из приведенных данных гипоксия играет важную роль в механизмах инициации симпатикотонии, следовательно, повышении ЛАДср и ремоделирования эндотелия сердечнососудистой системы.

После комплексной терапии обнаружили, что у больных БА осложненной ЛГ реактивная тревожность и личностная тревожность во всех подгруппах уменьшились. В 1а и 1б подгруппах больных балльные показатели теста Спилберга больше, чем в 2а и 2б подгруппах.

Достоверно уменьшились реактивная тревожность и особенно личностная тревожность в динамике комплексных процедур в 1а и 1б подгруппах ( $p < 0,05$ ). Формировавшиеся психические нарушения сочетающийся с тревожно-ипохондрическими сдвигами в структуре личности больных БА осложненной ЛС больше уменьшились в 1а и 1б подгруппах, чем в 2а и 2б подгруппах.

В динамике лечения бишофитом у больных БА с ЛГ 1а и 1б подгрупп, показатели параметров КЖ: ФС, ЭС, ПП и УЛ улучшены больше чем у больных получавшие процедуры амлодипина в 2а и 2б подгруппах. При сравнении внутри подгруппы, у больных БА с ЛГ (1а и 2а подгруппы) параметры качества жизни оказались несколько существеннее, чем у больных 1б и 2б подгруппы ( $p < 0,05$ ).

В динамике комплексного лечения у больных БА осложненной ЛГ, во всех подгруппах наблюдали положительный сдвиг в показателях доплерЭхоКГ и вентиляционной способности легких. Определили уменьшение ВЗ, ВИР, ФПН и ЛАДср, а также повышение Е/А ( $p < 0,05$ , достоверность различия с показателями до лечения). Полученные нами факты показывают, что у обследованных больных снижение давления в легочной артерии ведет к уменьшению давления в ПЖ сердца. В результате происходит уменьшение продолжительности ВИР, ВЗ и ФПН и

снижение градиента давления между желудочками. То есть, положительные сдвиги в ПЖ существенно влияют на деятельность сердца и ремоделирования эндотелия сердечнососудистой системы.

При проведении корреляционного анализа между параметрами КЖ, ВСЛ, индексов легочной гемодинамики и ремоделированием ПЖ сердца отмечено, что с улучшением бронхиальной проходимости FEV<sub>1</sub> улучшились ФС, ЭС, ПП и УЛ на (r=0,64; 0,45; 0,26 и 0,21, p<0,03). Снижение уровня ЛАДср приводило к улучшению ФС, ЭС, ПП и УЛ на (r=-0,74; -0,65; -0,58 и -0,27, p<0,01). Установлена взаимосвязь между повышением Е/А и ФС, ЭС, ПП и УЛ (r=-0,57; -0,49; -0,38 и -0,19, p<0,05).

Полученные данные свидетельствуют о том, что включение в комплексную терапию больных БА с ЛГ элекрофореза бишофита и амлодипина на фоне стандартной терапии позволяет снизить гемодинамическую нагрузку легочные артерии и повысить вентиляционную способность легких. Нужно отметить, что взаимосвязанные нарушения психических факторов регуляции и КЖ больных с ЛГ, улучшаются после проведенных процедур, а также снижается тяжесть течения болезни и параллельно повышается КЖ этих пациентов.

#### **Выводы**

1. В основе возникновения и развития осложнений ЛГ у больных БА лежат дезадаптивные состояния в сфере психических факторов регуляции, что проявляется из-за снижения ВСЛ и длительной гипоксии головного мозга.
2. У больных БА с ЛГ III-IV степени отмечается более выраженное снижение КЖ по физическому состоянию и удовлетворенности лечением, у больных БА с ЛГ II-III степени по эмоциональному состоянию и профессиональной пригодности (p<0,05), что необходимо учитывать при проведении адекватного лечения.
3. ЭБ и амлодипин на фоне стандартной терапии способствуют улучшению вентиляционной способности легких и снижению ЛГ, который положительно коррелирует с нарушением психики и КЖ больных (p<0,05).

#### **Список литературы**

1. Немедикаментозная терапия в коррекции и профилактике заболеваний внутренних органов / А.Л. Аляви [и др.] // Методическое пособие. - Ташкент, 2014. - 74 с.
2. Этапная реабилитация заболеваний кардиореспираторной системы / А.Л. Аляви [и др.] // Монография. - Ташкент, 2016. - 68 с.
3. Ребров, А.П. Формирование хронического легочного сердца у больных бронхиальной астмой / А.П. Ребров, Н.А. Кароли // Клиническая медицина. - 2012. - №12. - С.26-31.
4. Убайдуллаев, А.М. Определение качества жизни больных хронической обструктивной болезнью легких и подходы реабилитационных мероприятий / А.М. Убайдуллаев, И.В. Ливерко // Методические рекомендации. Т. 2010.С.6-8.
5. Убайдуллаев, А.М. Бронхиальная астма / А.М. Убайдуллаев. - Ташкент, 2009. - С.64.
6. Чучалин А.Г. Актуальные вопросы диагноза в пульмонологии / А.Г. Чучалин // Терапевтический архив. - 2012. - Т.73, №8. - С.28-33.

#### **НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ СТАТИНОВ И АНТИАГРЕГАНТОВ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПОСЛЕ ИНТЕРВЕНЦИОННОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА**

*Аляви Б.А., Абдуллаев А.Х., Раимкулова Н.Р., Каримов М.М., Узоков Ж.К., Исхаков Ш.А.*

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкент; Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

**Актуальность.** Ишемическая болезнь сердца (ИБС) остается самым частым заболеванием человека, а смертность, обусловленная этой патологией, является самой высокой. Успешность лечения ее в значительной степени определяется поддержанием адекватного коронарного кровотока, в том числе путем проведения интервенционных вмешательств, стентирования коронарных артерий (СКА) [4, 5]. Повышенный риск развития ИБС и других проявлений атеросклеротического поражения сосудов связан с увеличением содержания холестерина (ХС) в крови, ХС липопротеидов низкой плотности (ХСЛПНП), коагуляционных свойств крови и многих других факторов [2]. Согласно современным рекомендациям, больные ИБС должны получать препараты, улучшающие прогноз (антиагреганты, гиполипидемические, β-адреноблокаторы, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ), антагонисты кальция) [2]. К сожалению, вместе с позитивными эффектами статинов имеются их побочные, и одна из наиболее обсуждаемых проблем в рамках безопасности статинов – печеночные эффекты. Вопрос о назначении статинов в реальной клинической практике стоит в выборе оптимального статина в оптимальной дозе, чтобы максимально соблюсти соотношение польза/риск, особенно, риск гепатотоксичности. При этом не менее важное значение придается также безопасности антиагрегантной терапии [1, 3].

**Цель исследования** – изучить некоторые показатели функционального состояния печени, липидов, факторов воспаления и агрегации тромбоцитов у больных ИБС, подвергшихся плановому эндоваскулярному вмешательству и оценить эффективность растительного гепатопротектора.

**Материал и методы исследования.** Под наблюдением были больные двух групп (I и II, по 20 больных) ИБС стабильной стенокардией напряжения III и IV функциональных классов (СС III и IV ФК), которым после плановой коронароангиографии, по показаниям, проводили СКА (имплантация DES-стентов). Средний возраст пациентов 59,1±8,4 лет, длительность заболевания от 1 года до 5 лет. Исходно и через 3 месяца изучали липиды (ХС, ХСЛПНП, ХС ЛП высокой П (ХСЛПВП) и триглицериды (ТГ), общий билирубин (ОБ), активность аланин- и аминотрансферазы (АЛТ и АСТ), С-реактивный белок (СРБ), фибриноген (Ф), агрегацию тромбоцитов, проводили ультразвуковое (УЗ) исследование печени. Пациенты получали антиагреганты (аспирин и клопидогрел), β-блокаторы, ингибиторы АПФ. Гиполипидемическая терапия включала аторвастатин(20-40) мг/сут или розувастатин (10-20 мг/сут).



Больные II группы дополнительно принимали растительный гепатопротектор Гепофреш («APOLLO PHARM MED», Узбекистан) по 2 таблетке 3 раза в день, за 5-10 мин до еды, в течение первого и четвертого месяцев исследования.

**Результаты исследования и их обсуждение.** От изученности предоперационной клинической ситуации пациента во многом зависит успех оперативного вмешательства (5). У 54% обследованных выявлена атерогенная дислипидемия с изменениями в изученных показателях функционального состояния печени, сходными с таковыми при неалкогольной жировой болезни печени и более высокий индекс массы тела. При сочетанном поражении КА (две-три) чаще выявляли более низкий уровень ХСЛПВП. Изучение липидного спектра выявило более высокие показатели ОХС  $-7,2\pm 0,6$ ; ТГ  $-2,3\pm 0,2$ ; ХСЛПНП  $-3,7\pm 0,26$  ммоль/л у больных ИБС СС IV ФК по сравнению с таковыми у больных с III ФК:  $6,6\pm 0,29$ ;  $3,0\pm 0,28$ ;  $1,2\pm 0,11$  ммоль/л и более низкое содержание уровня ХСЛПВП у больных ИБС СС IV ФК, чем у больных с III ФК: соответственно  $1,2\pm 0,1$  и  $1,15\pm 0,14$  ммоль/л. ХС после трехмесячной терапии аторвастатином снизился на 23% ( $p<0,05$ ), ХСЛПНП на 26%. Розувастатин уменьшил эти показатели соответственно на 30 и 36%.

ХСЛПВП на фоне терапии аторвастатином увеличился на 6%, а содержание ТГ уменьшилось на 30% ( $p<0,05$ ). Розувастатин увеличил первый показатель на 8% и уменьшил второй на 38%. На уровни СРБ и Ф влияние статинов оказалось сопоставимым. Статины оказали противовоспалительное и гиполипидемическое действие, т.е. влияли на патогенетические звенья развития атеросклероза и ИБС. Влияние розувастатина было более существенным. Плейотропные свойства изученных статинов отмечены уже в первый месяц лечения, что объясняет быстрое наступление клинического эффекта при применении этих препаратов на фоне СКА и стандартного лечения. Положительные результаты объясняются, прежде всего, стабилизацией процесса, восстановлением кровотока в КА после СКА, предотвращением ее повреждения и формирования тромбоза за счет гиполипидемических и плейотропных эффектов. Проводимая двойная антиагрегантная терапия (ДААТ) (аспирин+клопидогрел) вместе со статинами оказывает противовоспалительный, антитромботический и нормализующий функциональное состояние эндотелия эффект. Статины восстанавливают нарушенную барьерную функцию эндотелия, подавляют оксидативный стресс, ведущий к модификации ЛПНП; подавляют асептическое воспаление артерий и усиливают вазодилатирующие свойства артерий за счет уменьшения дисфункции эндотелия, приводя к снижению периферического сопротивления венечных артерий и усилению перфузии миокарда [1, 2]. Положительное действие статинов на функциональное состояние эндотелия, гемостаз и воспаление объясняет быстроту наступления клинического эффекта, несоответствие между выраженностью этого эффекта и изменениями уровней липидов, а также снижение риска коронарных событий при применении статинов у людей без повышенного уровня ХСЛПНП [1]. Противовоспалительный эффект статинов начинал проявляться уже в течение первых недель. Как было указано выше, у всех больных были выявлены изменения в липидном профиле, характерные для атерогенной дислипидемии. Развитие атеросклеротического поражения сосудистой стенки — сложный многостадийный процесс. В настоящее время установлено, что еще до повреждения эндотелия компоненты крови начинают взаимодействовать с эндотелиальной поверхностью. В частности, ХСЛПНП и их активная составляющая апо-липопротеиды способны проникать в субэндотелиальное пространство и, подвергаясь оксидации, воздействовать на эндотелиальные клетки. В связи с этим начальный этап атеросклероза характеризуют как ответ на удержание атерогенных частиц. Применение статинов приводило к улучшению липидного профиля (нормализация ХС, ХСЛПНП, ХСЛПВП, ТГ). Пациенты хорошо переносили ДААТ, а также выявлена высокая чувствительность пациентов к ней. Не было зарегистрировано каких-либо геморрагических осложнений в период наблюдения. При совместном применении липидснижающая эффективность аторвастатина и розувастатина, а также антиагрегантное действие аспирина и клопидогрела сохранялись на достаточном уровне, отмечен их противовоспалительный эффект. Сочетание стандартной терапии и растительного гепатопротектора не приводило к развитию выраженных нарушений в печени, что подтверждали показатели АЛТ, АСТ и ОБ. Целевые уровни ХС и ХСЛПНП к концу наблюдения достигнуты у 78% пациентов. При этом значительно улучшились показатели агрегации тромбоцитов. У больных II-й группы, принимавших Гепофреш, не отмечено побочных явлений от статинов. Показатели АЛТ, АСТ и ОБ были в пределах нормальных величин. В фитопрепарат Гепофреш включены. Удачно подобранный состав Гепофреш (девясил высокий, ремень тангутский, аир болотный, бессмертник, горец змеиный, цикорий, солодка голая, кукурузные рыльца, тысячелистник обыкновенный) обеспечивает биологическую и фармакологическую активность фитопрепарата, который оказывает противовоспалительное, спазмолитическое и желчегонное действие. Он может влиять также и на указанные патогенетические звенья развития и прогрессирования атеросклероза и ИБС. Включение Гепофреш в лечение пациентов ИБС до и после реваскуляризации в значительной степени повышает безопасность и эффективность проводимой терапии.

**Выводы.** Учет индивидуальных особенностей больных, а также использование фитопрепарата Гепофреш способствует лучшей переносимости лечения, повышает его эффективность и позволяет предотвратить развитие побочных эффектов и различных нарушений со стороны печени у пациентов ИБС как до, так и после эндоваскулярного вмешательства.

#### Список литературы

1. Волков, В.И. Рациональная статинотерапия: точка зрения / В.И. Волков, А.С. Исаева // Рациональна фармакотерапія. - 2018. - № 1. - С. 5-12.
2. Глезер, М. Стабильная ишемическая болезнь сердца (диагностика и лечение) / М. Глезер // Врач. - 2018. - № 29 (12). - С. 37-41.
3. Двойная антитромбоцитарная терапия при ишемической болезни сердца: обновленная версия 2017 г. Европейского общества кардиологов (ЕОК, ESC) и Европейской ассоциации кардио-торакальной хирургии (ЕАСТS) // Российский кардиологический журнал. - 2018. - № 23 (8). - С. 112-163.
4. Лупанов, В.П. Лечение и ведение пациентов с ишемической болезнью сердца после реваскуляризации миокарда / В.П. Лупанов // Атеросклероз и дислипидемии. - 2016. - № 1. - С. 15-21.

5. Сигаев, И.Ю. Показания, критерии, выбор метода реваскуляризации миокарда: данные европейских и российских клинических рекомендаций / И.Ю. Сигаев, М.А. Керен // Креативная кардиология. – 2018. - № 12 (2).- С. 167-176.

## **ФАКТОРЫ РИСКА, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЦНС У НОВОРОЖДЕННЫХ**

*Аминов Х.Д., Умаров Х.У.*

Кафедра детских болезней № 1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Проблемы перинатального поражения ЦНС (центральной нервной системы) плода и новорожденного остается одной из актуальных в современной педиатрии, от успешного решения которой зависит не только состояние медицинской помощи, оказываемой детям, но и социально экономическое состояние общества [1,4]. Именно данная категория детей подвержена высокому риску развития различных осложнений, нарушающих качество их жизни во всех периодах детства.

Перинатальное поражение центральной нервной системы в структуре заболеваний нервной системы составляет 60-80% всех заболеваний [2]. Перинатальная неврология, подчеркивает чрезвычайную значимость перинатального периода - этого краткого мига человеческой жизни, который во многом определяет качество здоровья новорожденного и последующее его постнатальное развитие.

**Цель исследования.** Выявить факторы риска развития патологии центральной нервной системы у новорожденных детей.

**Материал и методы исследования.** Нами проведен ретроспективный анализ 1443 историй развития новорожденных, родившихся за 2017 - 2018 гг в ТНИИ Акушерства, гинекологии и перинатологии. Установлено, что основными нозологическими формами заболеваемости новорожденных явились: задержка внутриутробного развития плода, было выявлено у 368 новорожденных (12,25%), другие нарушения церебрального статуса – у 353 новорожденных (12,2%), неонатальные желтухи – у 245 новорожденных (8,5%).

**Результаты исследования и их обсуждение.** За анализируемый период времени у 132 новорожденных были выявлены различные врожденные пороки развития, что 1/3 из них составили сердечные пороки. Дыхательные нарушения имелись у 81 новорожденного (2,8%). Родовая травма продолжает иметь место в структуре заболеваемости новорожденных, и была выявлена у 77 новорожденных (2,6%). Гипоксически-асфиксический синдром был отмечен у 87 новорожденных (3%). По результатам проведенных исследований наиболее часто встречаемыми видами экстрагенитальной патологии у беременных явились – заболевания мочевыделительной системы (70,3%), сердечно-сосудистой системы (52,8%), пищеварительной системы (9%), и эндокринной системы (7%). Анализ показал, что наиболее значимыми факторами гипоксически-ишемических поражений ЦНС можно считать соматоформную дисфункцию вегетативной нервной системы (НЦД); нарушения ритма, заболевания щитовидной железы; сахарный диабет; бронхиальную астму; ожирение; гастродуоденит, преэклампсия различной степени тяжести была зарегистрирована у 31,3 % беременных, т.е. почти у каждой третьей беременной. Хроническая фето-плацентарная недостаточность (ХФПН) осложнила течение беременности у 43,8% беременных, т.е. почти у каждой второй женщины, что свидетельствует о высокой частоте нарушений функционирования фето-плацентарной системы. Синдром задержки развития плода (СЗРП) имел место 12,1% всех обследуемых беременных, и как правило являлся следствием декомпенсированной фето-плацентарной недостаточности.

**Выводы.** Таким образом, согласно нашим данным, основными факторами риска, влияющими на формирование перинатальных поражений ЦНС у новорожденных, явилось наличие экстрагенитальной патологии, осложнения беременности и родов. Кесарево сечение также является фактором риска, влияющим на формирование перинатальных поражений ЦНС, и не является мерой их профилактики.

### **Список литературы**

1. Барашнев, Ю.И. Перинатальная неврология / Ю.И. Барашнев. – Москва, 2011.
2. Беляков, В.А. Адаптационные возможности и здоровье детей раннего возраста / В.А. Беляков, Т.С. Подлевских // Российский педиатрический журнал. – 2015. – №2. – С.8.
3. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечения / А.М. Вейн [и др.]. - М.: МИА, 1992. - 752 с.
4. Измайлова, Т.Д. Изменения адаптации и их коррекции у детей грудного возраста с постгипоксическими поражениями ЦНС / Т.Д. Измайлова, С.В. Петричук // Педиатрия. – 2002. – №1. – С. 27-29.

## **АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОЖИРЕНИЯ В ТАДЖИКИСТАНЕ**

*Анварова Ш.С.*

Кафедра эндокринологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Ожирение занимает одно из важных мест в структуре заболеваемости населения многих стран мира [1,3,4,5] и в частности Республики Таджикистан [2]. Число больных с ожирением прогрессивно увеличивается. Между тем, особенно абдоминальная форма его является существенным компонентом метаболического синдрома. Эксперты ВОЗ оценивая ситуацию по метаболическому синдрому, характеризуют ее следующим образом: «Мы сталкиваемся с новой пандемией XXI века, охватывающей индустриально развитые страны. Это может оказаться демографической катастрофой и для развивающихся стран».

Анализ истории быта и привычек коренного населения республики позволяют отметить, что особенностями питания жителей региона было употребление сухофруктов вместо сахара и других рафинированных углеводов. Со-

бланы цивилизации [сникерсы, марсы и др.] резко изменили меню населения и способствовали повышению суточного калоража людей. Следовательно, прогрессивное увеличение числа лиц с ожирением в республике можно объяснить рядом причин: повышение доступности продуктов питания способствовало значительному повышению среднесуточного потребления калорий, достигающего до 400-500 калорий за последние 30-40 лет; во-вторых, изменение рациона питания с резким увеличением потребления рафинированных углеводов, сахара, животных жиров, снижением потребления фруктов, овощей, бобовых; механизацией труда, значительное снижение физической активности и др. факторы.

Таким образом, перечисленные факторы внешней среды на фоне влияния генетического фактора, составляющего примерно 20% обуславливают пандемию ожирения в мире и у нас в стране.

В патогенезе ожирения в последние годы существенное значение придается хроническому вялотекущему воспалению жировой ткани, обуславливающему инсулинорезистентность, свойственной при данном патологическом процессе. Литературные данные свидетельствуют об участии нескольких механизмов в них – это характерная для жировой ткани гиперпродукция провоспалительных цитокинов, которая может приводить к экскреции супрессора цитокиновых сигналов, которая, с свою очередь, блокирует взаимодействие между инсулиновым рецептором и субстратом инсулинового рецептора, что способствует резистентности к инсулину. Наряду с этим, провоспалительные цитокины активируют многочисленные внутриклеточные киназы, такие как JNKN концевая киназа (JNK) и ингибиторы KB киназы. Эти серии киназ ингибируют действие инсулина на различных уровнях. Увеличение циркулирующих свободных жирных кислот ингибирует инсулиновую активность за счет серинового фосфорилирования субстрата рецептора инсулина, и может приводить к инсулинорезистентности в скелетных мышцах и печени. Системный воспалительный ответ при ожирении способствует снижению массы циркулирующих  $\beta$ -клеток и системной резистентности к инсулину, что приводит к сахарному диабету 2 типа. Избыток циркулирующих свободных жирных кислот, образующихся в результате липолиза подкожной и висцеральной жировой клетчатки также способствует развитию инсулинорезистентности в печени и скелетных мышцах связанной с ингибированием передачи сигнала инсулина.

Наряду с этим, свободные жирные кислоты оказывают токсическое действие на панкреатические  $\beta$ -клетки (так называемый феномен липотоксичности), что приводит к выпадению первой фазы секреции инсулина, ингибированию экскреции гена инсулина, ускорению апоптоза в  $\beta$ -клетках и активации окислительного стресса. Кроме того, свободные жирные кислоты подавляют способность инсулина ингибировать глюконеогенез, что сопровождается увеличением эндогенной продукции глюкозы. Вероятно, липотоксичность является одной из основных причин снижения массы, функционирующих  $\beta$ -клеток у пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

Таким образом, ожирение возникает в результате сложного взаимодействия между генетическими факторами и факторами окружающей среды, в связи с этим основой лечения ожирения должно стать внедрение новых рутин в образ жизни и привычную среду обитания пациента. Наряду с этим, ожирение является одним из наиболее важных факторов, способствующих не только развитию сахарного диабета 2 типа, но и последующему его прогрессированию при соответствующих условиях.

Вышеизложенное обосновывает необходимость четкого планирования действий на его патогенетическое лечение и профилактику.

**Цель исследования.** Разработать схемы дифференцированного лечения избыточной массы тела и ожирения на основе изучения современных аспектов этиопатогенеза и клинико-лабораторных особенностей патологии.

**Материалы и методы исследования.** Обследовано: 188 лиц с избыточным весом и ожирением I-II-III степеней. Из них мужчин 64 чел., и женщин 124 чел.

Исследовались биохимические показатели сыворотки крови: глюкоза натощак, АСТ, АЛТ, холестерин, триглицериды, ХС ЛПВП, мочевиная кислота, определялись содержание витамина Д и гликолизированного гемоглобина. Уточнялись окружность талии (ОТ) и окружность бедер (ОБ). Абдоминальным ожирением трактовалось: ОТ у женщин  $> 80$  см, ОТ у мужчин  $> 94$  см.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Данные клинических наблюдений свидетельствуют, что увеличение индекса массы тела (ИМТ) у мужчин и женщин сопровождается накоплением общего жира в организме, причем это происходит как за счет увеличения количества подкожного (увеличение толщины кожно-жировой складки), так и висцерального жира (увеличение значений индекса ОТ/ОБ). В группе наблюдений женщин отмечается более высокое содержание жира в организме, чем в группе мужчин. Следует отметить, что в группе женщин с наличием избыточной массы тела и ожирением чаще отмечается равномерное увеличение подкожного жира в организме. У мужчин средние показатели индекса ОТ/ОБ превышали показатели, рекомендованные экспертами ВОЗ как в группе с избыточной массой тела, так и с ожирением I-III ст., в отличие от группы обследованных женщин, где значения индекса ОТ/ОБ превышали допустимые ВОЗ показатели только при ожирении II-III степени. С ростом ИМТ у женщин наблюдается статистически значимое увеличение среднего возраста, а у мужчин - только тенденция к его увеличению.

При сравнительном анализе биохимических показателей у лиц различного пола было выявлено, что для мужчин характерны более высокие значения уровня глюкозы натощак при ожирении II-III степени и АЛТ в группах с избыточной массой тела, ожирением I-II-III степеней. У мужчин был выявлен более высокий уровень ТГ, чем у женщин и средние значения его при ожирении I-III степени превышали нормативные в 2 раза. Уровень ХС-ЛПВП был значительно ниже у мужчин, чем у женщин, особенно при начальных стадиях ожирения, как и содержания мочевиной кислоты. Отмечено достоверное снижение среднего уровня витамина Д во всех группах обследованных больных ( $P < 0.05$ ), включая лиц с избыточным весом и ожирением I-III степеней. Уровень гликолизированного гемоглобина в группе обследованных женщин варьировал в пределах - 6,3-6,5-7,0%, в группе мужчин – 6,0-6,4-6,9%.

Таблица. - Биохимические показатели сыворотки крови (М+Ж)

Показатели	Группы женщин			Группы мужчин			Р
	ИМТ (n-60)	1ст (n-42)	2ст (n-32)	ИМТ (n-10)	1ст (n-21)	2ст (n-35)	
	1	2	3	4	5	6	
Глюкоза натощак (ммоль/л)	4,26 ± 0,06	4,54 ± 0,12	4,62 ± 0,06	4,50±0,14	4,72 ±0,08	5,28±0,24	1-2<0,01 1-3<0,05 4-5<0,01 4-6<0,01
АСТ (ед/л)	24,3±1,5	23,3±1,3	24,5± 3,1	29,5± 4,13	30,55±2,11	35,2±5,2	1-2<0,01 4-6<0,05
АЛТ (ед/л)	25,2±2,3	25,7±2,1	33,8± 6,3	46,6± 7,8	51,35±5,11	61,6±11,0	1,3<0,05 4-6<0,01
ХС (ммоль/л)	5,75±0,13	5,88±0,4	5,71± 0,15	6,02± 0,28	6,46± 0,28	5,70±0,14	
ТГ (ммоль/л)	1,40±0,18	1,41± 0,08	1,50± 0,08	1,63± 0,24	2,86± 0,52	2,36±0,27	1,3<0,01 4-6<0,05
ХС ЛПВП (ммоль/л)	1,55±0,07	1,42± 0,05	1,21± 0,08	1,04± 0,05	1,17± 0,07	0,96±0,05	1,2,3<0,05 4,5,6<0,01
Мочевая к-та (мкмоль/л)	330±16	280±15	340±16	380±19	435±22	410±21	1,3<0,05 4,5<0,01

Учитывая патогенетическую роль избыточной массы тела и ожирения особенно в нарушении углеводного обмена, важное значение имеет разработка комплексных мер, направленных на своевременное снижение массы тела и предотвращение прогрессии предиабета в диабет.

Одним из обязательных фоновых методов лечения по опыту многолетних наблюдений является немедикаментозный способ, учитывающий искоренение некоторых вредных привычек, свойственных жителям региона. В частности, соблюдение ритма питания и исключение приема пищи в поздние вечерние часы (не позже 19 часов). Уменьшить до минимального количества жиры животного происхождения, предпочтение отдавать растительным жирам, довести до минимума употребление легкоусвояемых углеводов, консервированных соков, увеличить употребление пищи богатой белками (1 кг на кг массы тела в сутки), витаминами (лук, чеснок, морковь, капуста, свекла), употреблении в большом количестве ягод (черника, рябина, смородина, малина, брусника, клюква и др.). Расчет калорийности суточного рациона проводится индивидуально, с учетом возраста и пола, профессии и дополнительных данных. Проводится беседа о регулярном применении гимнастики в утренние часы и вечернего моциона (ходьба и умеренный бег). Обязательным компонентом немедикаментозного лечения является отказ от вредных привычек, употребления алкоголя, никотина в виде не только сигарет, но и насвая, свойственный большому контингенту мужского населения региона.

Медикаментозная терапия избыточного веса и ожирения учитывает степень выраженности патологического процесса. Опыт наших клинических наблюдений показывает благотворный эффект следующих схем лечения. В частности, при избыточном весе и ожирении I-степени, но при отсутствии нарушений толерантности к глюкозе нами на фоне немедикаментозных средств назначается редуксин или субтрамин по 10-15 мг перед приемом пищи. В динамике наблюдения в течении 3-4 месяцев отмечено снижение веса больных от 7,5 до 12,5 кг.

В группе больных с ожирением I-II-III степеней и нарушенной толерантностью к глюкозе проводится терапия метформином (глюкофажом) в сочетании с субтрамином. В динамике лечения комбинацией указанных препаратов в течении 6 месяцев наблюдения достигнуто значительное снижение веса больных и устранение патологического характера теста на толерантность к глюкозе более чем в 80% наблюдений. Контингенту больных с ожирением и манифестной формой сахарного диабета 2 типа проводится лечение немедикаментозными средствами и препаратом лираглутид. Лираглутид относится к агонистам ГПП-1 при назначении больным сахарным диабетом 2 типа и ожирением используются внепанкреатические эффекты препарата, осуществляемые через центральные механизмы, такие как снижение аппетита, длительное чувство насыщения и уменьшение потребления пищи. В силу высокой стоимости лираглутида наблюдение по оценке эффективности препарата проведено лишь в 8 случаях.

Обязательным компонентом приведенных схем лечения пациентов с различной степенью выраженности ожирения был также препарат витамин Д.

**Выводы.** Опыт работы клиницистов-эндокринологов республики свидетельствует о необходимости использования дифференцированных схем лечения ожирения с учетом степени выраженности патологического процесса и глубины нарушения углеводного обмена. С целью улучшения приверженности лечению необходима большая просветительская работа среди больных и населения в целом с демонстрацией клинических случаев, характеризующихся высокой эффективностью использованных средств и отсутствием побочных эффектов.

#### Список литературы

1. Взаимосвязь ожирения и сахарного диабета типа 2 в свете доказательной медицины / А.Г. Аметов [и др.] // Эндокринология: новости, мнения, обучение. – 2016. - №2. - С. 18-50.
2. Анварова, Ш.С. Распространение сахарного диабета 2 типа в коморбидности с основным фактором метаболического синдрома в Таджикистане / Ш.С. Анварова // Материалы конгресса кардиологов и терапевтов стран Азии и СНГ «Актуальные проблемы сердечно-сосудистых и соматических заболеваний». – Душанбе, 2019. – С.100-101.

3. Дедов, И.И. Стратегия управления ожирением, итоги Всероссийской наблюдательной программы, «Прима Вера / И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, Т.И. Романцова // Ожирение и метаболизм. - 2016. – Т.33, №1. – С. 36-44.
4. Diabetes Atlas 108, 2015:32-4.
5. Weinstein, R. Canagliflozin: effects in overweight and obese subjects, without diabetes mellitus / R. Weinstein, G. Law, W. Canavatchel // Obesity (Silver Spring). – 2014. - vol. 22 (4). – P. 1042-9.

## СТРАТЕГИЯ МАКСИМАЛЬНОГО УСТРАНЕНИЯ ЙОДДЕФИЦИТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

*Анварова Ш.С., Исаков А. Д., Хушнуджони Мирзомурод*

Кафедра эндокринологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Йоддефицитные заболевания (ЙДЗ) являются проблемой здравоохранения для многих стран мира (2,3,4,5), в том числе и Таджикистана (1). По данным ВОЗ, около 2 млрд. жителей земли живут в условиях йодного дефицита, приводящего к развитию таких заболеваний, как эндемический зоб, гипотиреоз, умственная и физическая отсталость, кретинизм. Ликвидация йодной недостаточности означает решение одной из глобальных и социальных значимых проблем человечества. На всемирной ассамблее здравоохранения генеральный директор ВОЗ Гро Харлем Брундтланд заявляла, что ликвидация ЙДЗ станет таким же триумфом здравоохранения, как ликвидация натуральной оспы и полиомиелита.

Изучение истории вопроса показало, что в Республике Таджикистан практически не существует территорий, на которых население не было бы подвержено риску развития ЙДЗ. Фактическое среднее потребление йода жителей Таджикистана составляло 68 мкг в день, что в 2,2 раза меньше рекомендованной нормы (1,2).

Йодный дефицит был наиболее выражен у сельских жителей и малообеспеченных групп населения. Более выраженная йодная недостаточность обнаружена в Хатлонской области и Турсунзадевском районе (влиянием техногенного фактора алюминиевого завода).

Йодный дефицит, наблюдающийся в стране, объясняется значительными изменениями в характере питания населения: в частности в 3-4 раза было снижено потребление морской рыбы и морепродуктов, богатых йодом. У сельских жителей в питании относительно более высока доля местных продуктов, которые в условиях природного йодного дефицита содержат мало йода. Между тем, в организме здорового человека содержится около 15-20 мг йода, из которых 70-80% находится в ЩЖ.

Глобальные усилия, предпринятые в последние десятилетия XX века, привели к значительному прогрессу на пути к преодолению йодной недостаточности. В Республике Таджикистан, находящейся в условиях выраженного природного йодного дефицита, реализация программы йодной профилактики привела к значительному смягчению остроты проблемы ЙДЗ, как проблемы здравоохранения национального масштаба, однако, в целом проблема полностью не решена.

В отличие от инфекционных заболеваний (натуральной оспы и полиомиелита) ЙДЗ в Таджикистане нельзя ликвидировать раз и навсегда. Причина их возникновения лежит в неустраняемой экологической недостаточности йода в почве и воде, что ведет к дефициту этого микронутриента в продуктах питания. Только систематическая безостановочная и контролируемая система обогащения соли йодом может контролировать ситуацию на протяжении десятилетий и полностью гарантировать защиту от рецидива грозных последствий. Задачей биологического мониторинга является оценка уровня потребления йода и его биологического эффекта на уровне популяции. Для этого используют 2 типа индикаторов: клинические размеры ЩЖ и биохимические (концентрация йода в моче, уровень ТТГ в крови у новорожденных).

**Цель исследования.** Разработка стратегии максимального устранения йоддефицитных заболеваний в Республике Таджикистан.

**Материалы и методы исследования.** Проведение катamnестического анализа 252 историй болезни пациентов с врожденным гипотиреозом в детском эндокринологическом отделении ГМЦ им. К. Ахмедова. Средний возраст составил  $8,6 \pm 0,4$  лет. Учитывались следующие параметры: уровень ТТГ, свободной фракции тироксина, общий анализ крови, мочи, антропометрические данные, регион проживания, сроки установления диагноза, длительность заболевания, дозы получаемой терапии. Статистическая обработка данных проводилась по программе Statistika 7,0.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Одним из тяжелых осложнений йодного дефицита является врожденный гипотиреоз. Известно, что врожденный гипотиреоз - это тяжелое эндокринное заболевание, сопровождающееся неврологическими и метаболическими нарушениями развития ребенка вплоть до умственной и физической отсталости. Однако, это заболевание поддается эффективному лечению при выявлении его на ранних стадиях в первые месяцы жизни. Тщательный анализ 252 историй болезни пациентов с врожденным гипотиреозом позволил отметить указание в анамнезе на наличие различной патологии щитовидной железы у матери (диффузный нетоксический зоб в 50%, узловой зоб в 10%, аутоиммунный тиреоидит в 10% и многоузловой зоб в 5%). Учитывая вышесказанное, для профилактики врожденного гипотиреоза необходимо своевременное активное выявление и лечение патологии щитовидной железы у матери еще на стадии планирования беременности.

В связи с трудностями ранней клинической диагностики, ведущая роль в выявлении врожденного гипотиреоза отводится неонатальному скринингу, который базируется на иммуноанализе гликопротеинового гормона гипофиза тиреотропина (ТТГ). При нарушении эмбрионального развития щитовидной железы (аплазия, гипоплазия, дистония и при дисгормоногенезе) уровень ТТГ остается стойко повышенным до начала гормональной терапии. В качестве пороговой концентрации ТТГ используется ТТГ 20 мк МЕ/мл крови. Это значение пригодно для оценки уровня ТТГ в сухих пятнах крови, взятой на 3-5 день после рождения (при преждевременных родах на 7-14 день жизни) (5).

**Выводы.** Стратегия ликвидации йоддефицитных состояний в стране предусматривает тщательное выполнение принятых документов по профилактике заболевания, включая способы массовой, групповой и индивидуальных методов. Одной из нереализованных задач является широкое проведение в родильных домах скрининга новорожденных на гипотиреоз.

В преддверии 28 Дня независимости РТ особую актуальность для будущего нации имеет качественное и полноценное выполнение документов, регламентированных Правительством страны.

#### Список литературы

1. Анварова, Ш.С. К вопросу о комплексной и непрерывной профилактике йоддефицитных заболеваний в Республике Таджикистан / Ш.С. Анварова, М.А. Пирматова, У.К. Бобоев // Сборник научных статей 6/ научн. Практ. Конф. ТГМУ с международным участием. - Душанбе, 2013. – С. 146-148.
2. Герасимов, Г.А. Всеобщее йодирование пищевой поваренной соли для профилактики йоддефицитных заболеваний: преимущества значительно превышает риск / Г.А. Герасимов // Пробл. Эндокринологии. – 2001. - Т.47, №3. – С.16-19.
3. Дедов, И.И. Йоддефицитные заболевания в Российской Федерации / И.И. Дедов, Г.А. Герасимов, Н.Ю. Свириденко // Метод. Пособие. - М., 1999.
4. Gerasimov, G. Iodine in Pregnancy / G. Gerasimov, N. Sviridenko, F. Debangе / Eds. S.Stanbury et al.- New Deithi, 1998. – P. 171-180.
5. Коваленко, Т.В. Неонатальный транзиторный гипотиреоз, прогноз для здоровья и развития детей» / Т.В. Коваленко // Пробл. Эндокринологии. – 2001. - Т.47. - С.57-61.

### НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ

*Анварова Ш.С., Насырова Б.С., Юлдошева М.У.*

Кафедра эндокринологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Поражение периферической нервной системы – одно из наиболее часто встречающихся поражений у больных сахарным диабетом, значительно снижающих качество их жизни, ведущих к развитию диабетической стопы и другим неблагоприятным прогнозам [1,2].

Распространенность диабетической нейропатии, по различным данным, колеблется от 20 до 70% [1,2]. Патогенез диабетической нейропатии многофакторный. Патология характеризуется мультифокальной дегенерацией периферических соматических и автономных нервов. В условиях хронической гипергликемии у больных сахарным диабетом образуется избыток свободных радикалов кислорода, обладающих повышенной реакционной способностью и нарушающих функции клеток, в основном эндотелия. Развивается эндоневральная гипоксия, приводящая к дисфункции нервов и повышению активности свободно-радикального окисления в нервных волокнах.

Сложность и тяжесть поражения при диабетической полинейропатии обосновывают поиски терапевтических средств и профилактических мер данного грозного осложнения сахарного диабета.

В течение последнего десятилетия в лечении диабетической нейропатии используются препараты, составляющие группу антиоксидантной терапии. Ведущими представителями этой группы лекарственных средств являются препараты альфа-липоевой кислоты, в частности тиоктовая кислота (Тиогама).

**Цель исследования.** Изучение фармакотерапии диабетической полинейропатии, успехи, прогноз.

В данном сообщении приводятся сведения о пятилетнем опыте применения препарата Тиогама у больных сахарным диабетом 1 и 2 типа.

**Материалы и методы исследования.** В условиях эндокринологического отделения ГМЦ имени Карима Ахмедова г. Душанбе проводилось лечение препаратами тиоктовой кислоты (Тиогама) у 68 больных в возрасте от 18 до 65 лет, женщин – 38 (54,5%), мужчины 30 (45,5%). Из них 21 (31,0%) больных с СД 1 типа, 47 (69%) больных с СД 2 типа. Длительность заболевания составила 3-14 лет. У 51 больного диагностирована 2 стадия клинических проявлений, у 17 больных 3 стадия осложнения.

Диагноз диабетической нейропатии основывался на жалобах пациентов на боли в стопах и голенях, судороги в икроножных мышцах, онемение, зябкость, снижение чувствительности, жжение, головная боль.

Тактильную чувствительность определяли монофиламентом Thio-feel, болевую с помощью иглы с тупым кончиком, температурную инструментом Thip-Therm, вибрационную чувствительность исследовали с помощью камертона. У всех больных отмечалось снижение тактильной, температурной, болевой, вибрационной чувствительности.

Учитывая основу патогенеза возникновения диабетической полинейропатии, заключающуюся в гипергликемии, при ведении больных сахарным диабетом 1 и 2 типов, производилась коррекция показателей гликемии путем подбора адекватной сахароснижающей терапии. В частности, пациенты с сахарным диабетом 1 типа принимали аналоги инсулина по схеме базис-болюс на фоне диетотерапии с подсчетом хлебных единиц. Больные сахарным диабетом 2 типа дифференцированно лечились препаратами группы метформина, глимегирида, незначительная часть-лираглутидом.

Пациенты получали Тиогама внутривенно-капельно в течение 10 дней в сочетании с внутримышечным введением Мильгаммы 2 мл.

Назначение препарата Мильгаммы было обосновано тем, что сахарный диабет независимо от типа – тиамин – дефицитное состояние. Между тем, тиамин дифосфат является кофактором различных ферментов, участвующих в синтезе нейротрансмиттеров и миелина, а при диабетической нейропатии наблюдается повреждение, как аксонов, так и миелиновой оболочки.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В динамике лечения отмечено достоверное уменьшение выраженности симптомов диабетической полинейропатии: жжение, покалывания, парестезия, боли, судороги. Отчетливый эффект наблюдался у 42% больных через 10 дней терапии. У 31 больного с выраженным болевым синдромом и у 27 больных с трофическими язвами стоп (тыльная поверхность) лечение Тиогаммой сочеталось с введением Мильгаммы 2 мл в/м в течение 10 дней. Болевой синдром был купирован к 7 дню лечения. Пациенты с трофическими нарушениями нижних конечностей получали комплексную терапию венотониками, местным лечением, физиотерапией. К 14-21 дню лечения имела место хорошая грануляция язв.

В процессе применения препарата Тиогамма никаких побочных действий не отмечалось. Приведенные результаты наших исследований согласуются с данными, полученными рядом авторов (3,4), отметивших хорошую эффективность препарата в сочетании с введением Мильгаммы, выразившуюся в значительном улучшении вибрационной чувствительности, скорости нервной проводимости и уменьшении нейропатических симптомов.

Проводимые нами исследования в последние годы позволили диагностировать диабетическую дистальную полинейропатию у лиц с предиабетом (нарушенной толерантностью к глюкозе). Эти результаты согласуются с данными. (5) Так, при обследовании 30 пациентов с нарушенной толерантностью к глюкозе в 26,6% наблюдений отмечены проявления дистальной полинейропатии.

Полученные нами данные явились основанием для рекомендации и проведения профилактических схем назначения препаратов альфа-липовой кислоты и бенфотиамина в группе пациентов с предиабетом.

**Выводы.** В заключении можно подчеркнуть, что препарат альфа-липовой кислоты Тиогамма – высокоэффективное и безопасное средство лечения проявлений диабетической нейропатии. Приведенные схемы лечения препарата в сочетании с препаратом Мильгамма на фоне обязательного максимального контроля гликемии обеспечивают хороший эффект и благоприятный прогноз. Назначение препарата обосновано и для профилактических целей на стадии предиабета.

#### Список литературы

1. Дедов И.И. Инновационные технологии в лечении и профилактике сахарного диабета и его осложнений/И.И. Дедов/ Сахарный диабет № 3 с. 4-10.
2. Удовиченко О.В., Г.Р. Галстян, Д.Н. Староверова, Г. Ю. Страхова, Ю.И. Сунуов, Ф.В.Валеева, С.В. Смирнов, И.И. Дедов. Распространенность поражения нижних конечностей у больных сахарным диабетом в Республике Татарстан. // НС. Сахарный диабет, 2003 № 3, с. 6-8.
3. Herrman V.L. Тиамин и бенфотиамин: недооцененные препараты для лечения сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета. // Профилактика и лечение поражения нервов и сосудов. Ранняя борьба с осложнениями сахарного диабета/ ets.K.Rett.Wiyizapi: Thieme, 2010, с.36
4. Stracke H., Gaus W. Achenbach V. Etal Benfotiamine in diabetic polyneuropathy (BENDIP): results of a randomized, doubleblind, placebo-controlled clinical study// Exp. Clin. Endocrinol. Diabetes. 2008; 116: 600-605.
5. Singleton J.R., Smith A.G., Bromberg M.B. Painful sensory polyneuropathy associated with impaired glucose tolerance // Muscle Nerve. 2001; 24:1225-1228.

### ВЗАИМОСВЯЗЬ ОСТЕОПЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА С ПРОЯВЛЕНИЯМИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

*Анварова Ш.С., Музафарова М. Э., Насырова Б. С.*

Кафедра эндокринологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** В связи с увеличением продолжительности жизни населения планеты в целом, и в частности пациентов сахарным диабетом, проблема остеопороза в данной категории больных является особенно важной [1,2]. Значительный интерес вызывает контингент пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД) из-за недостаточности изучения вопросов этиопатогенеза и диагностики остеопороза у данного контингента больных [2]. Множество вопросов связано с постменопаузальным остеопорозом, обусловленным дефицитом половых гормонов и как следствие повышением костного обмена с преобладанием процессов разрушения костной ткани [2,3]. Учитывая характер поражения костной ткани, свойственной СД в виде преимущественного изменения кортикальной ткани шейки бедра и периферического скелета, а при постменопаузальном остеопорозе трабекулярной ткани с преимущественным поражением позвонков, особый интерес вызывает клиническая картина остеопороза при сахарном диабете, сочетающаяся с постменопаузальным остеопорозом. Наряду с этим, представляет интерес исследование взаимосвязи остеопенического синдрома с проявлениями диабетической полинейропатии, как одного из наиболее рано возникающего и распространенного хронического осложнения СД с тяжелым прогнозом.

**Цель исследования.** Изучить взаимосвязь денситометрических данных с показателями различных видов чувствительности (вибрационной, тактильной, температурной) и показателями проводимости, характеризующимися проявлением диабетической полинейропатии.

**Материалы и методы исследования.** В условиях эндокринологического отделения Медицинского Центра им. Ахмедова Карима г. Душанбе наблюдались 32 больных с СД 2 типа с остеопеническим синдромом в возрасте 47-65 лет. Проявления остеопороза диагностированы у 28% пациентов (9 чел.), остеопении 44% (14 чел.) и с сочетанием остеопороза и остеопении 28% (9 чел.). Локализация остеопороза и остеопении: позвоночник (L1-L4), шейка бедра (Neck), лучевая кость (Radius Ulna). Исследование минеральной плотности костной ткани проведено на денситометре на базе МЦ Истиклол.

Диагноз диабетическая нейропатия основывался на жалобах пациентов, на боли в стопах и голених, судорогах в икроножных мышцах, онемении, зябкости нижних конечностей. Тактильную чувствительность определяли моно-

филаментом Thio-fee, болевую с помощью иглы с тупым кончиком, температурную-инструментом Thip-therm, вибрационную чувствительность определяли с помощью камертона. Пациентам производилось определение показателей гликемии, глюкозурии, содержания гликолизированного гемоглобина, холестерина и др. фракций липидов.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В динамике обследования остеопенический синдром (остеопороз и остеопения) в 70% случаев сочетался с проявлениями диабетической дистальной полинейропатии. Согласно полученным показателям, выявлена болевая, тактильная и температурная чувствительность, последняя сочеталась с клинической картиной полинейропатии, выразившейся в жалобах больных, на боли в ногах, судороги, онемение и зябкость в стопах и голенях, а также лабораторными изменениями. В частности, в высокой гипергликемии, достигающей до 15,0 ммоль/л, глюкозурии до 80 гр/сут, гликолизированного гемоглобина более 10%, холестерина сыворотки крови в пределах 5,9-6,5 ммоль/л. У всех обследованных больных отмечалось снижение тактильной, температурной, болевой и вибрационной чувствительности.

Известно, что при гликемии высокие концентрации глюкозы, возникающие в цитоплазме некоторых типов клеток, не способных препятствовать перемещению глюкозы через их мембрану вызывают активацию различных патологических путей метаболизма глюкозы, которая ведет к развитию оксидативного стресса, активации протеинкиназы С и повышению синтеза полиолов гексозаминов и конечных продуктов гликирования. Наряду с этим показано, что СД как 1 типа, так и 2 типа-это тиамин-дефицитное состояние [4,5]. Между тем, тиамин дифосфат является кофактором различных ферментов, участвующих в синтезе нейротрансмиттеров и миелина, а при диабетической нейропатии наблюдается как повреждение аксонов, так и повреждение миелиновой оболочки.

Таким образом, сочетанное поражение остеопенического синдрома и проявление диабетической полинейропатии обуславливают утяжеление клинического состояния больных и выражаются в синдроме взаимного отягощения, требующего своевременной диагностики каждого из этих состояний и раннего проведения превентивных мер.

**Выводы.** Сочетание остеопенического синдрома и проявлений диабетической полинейропатии обуславливает утяжеление клинической симптоматики заболевания в результате развития симптомокомплекса взаимного отягощения и требует своевременной диагностики и проведения комплекса лечебных мероприятий.

#### Список литературы

1. Дедов И. И. «инновационные технологии в лечении и профилактике сахарного диабета и его осложнений/И.И. Дедов/ж. Сахарный диабет №3 с. 4-10.»
- Удовиченко О.В., Г.Р. Галстян, Д.Н. Староверова, Г.Ю. Страхова, Ю.И. Сунцов, Ф.В. Валеева, С.В. Смирнов, И.И. Дедов «Распространенность поражения нижних конечностей у больных сахарным диабетом в Республике Татарстан.» // ж. Сахарный диабет, 2003, №3, с 6-8.
2. Мкртумян А.М. Остеопороз как недооцененное осложнение сахарного диабета. А.М. Мкртумян. Медицинский форум-эндокринология. Спецвыпуск «Сахарный диабет» 2017/9 с. 51-54.
3. Руюткина Л.А. Параметры костного метаболизма у женщин с сахарным диабетом 2 типа в пре- и постменопаузе в обосновании дифференцированного выбора антиостеопоротической терапии/ Л.А. Руюткина /и др./ж. Остеопороз и остеопатии.-2013, №3 с. 8-12.
4. Nettman V. L. Тиамин и бенфотиамин: недооцененные препараты для лечения поражения нервов и сосудов. Ранняя борьба с осложнениями сахарного диабета /ets. K. Rett. Thieme, 2010, с. 36.
5. Stracke H., Gaus W., Achenbach V. et al Benfotiamine in diabetic polyneuropathy (BENDIP): results of randomized, double blind, placebocontrolled clinical study // Exp. Clin. Endocrinol. Diabetes. 2008; 116: 600-605.

#### КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА ДИСБАКТЕРИОЗА КИШЕЧНИКА У ХЛОПКРОБОВ В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ ГОДА

*Аргынбаева А.Т., Тойчуев Р.М., Токторов А.Ж., Батиров Ж.Р.*

Институт медицинских проблем Южного отделения Национальной Академии наук Кыргызской Республики. Кыргызстан

**Актуальность.** Используемые для обработки хлопка пестициды могут причинить существенный вред здоровью людей [1, 2]. В последнее время для уничтожения вредителей хлопка применяют различные пестициды: моспилан, омаит, узмаит, тагмаит, таластр, пагистр, нейрон.

С другой стороны, в период обработки и сбора хлопка хлопкоробы, находясь на полях, непосредственно контактируют с остаточными количествами ранее использованных стойких хлорорганических пестицидов. [1,3]. В этот период происходит резкое снижение уровня бифидофлоры, увеличение количества лактозонегативных бактерий, появление кандидоза, рост числа патогенных и условно-патогенных микробов и их гемолизирующих форм, что приводит к резкому увеличению случаев заболеваний желудочно-кишечного тракта, печени, анемии, обострению хронических и других болезней [4,5]. В то же время, в литературе мы не встретили данных по изучению клинического проявления синдрома дисбактериоза кишечника под воздействием пестицидной нагрузки, в зависимости от характера питания людей. Изучение данной проблемы способствовало бы разработке способов профилактики в развитии патологий у людей, контактирующих с ядохимикатами.

Исходя из вышеизложенного, **целью исследования** явилось изучение влияния пестицидной нагрузки и развития дисбактериоза кишечника в зависимости от характера питания хлопкоробов на клинические проявления патологий желудочно-кишечного тракта.

**Материалы и методы исследования.** Исследования проводились в разные сезоны года от начала до завершения возделывания хлопка.



Под наблюдением находилось 90 хлопкоробов. Учитывая состояние кишечного микробиоценоза с учетом употребления кисло-молочных смесей (КМС), обладающих детоксикационными свойствами, обследованные были разделены на 2 группы.

В 1 группу вошли 48 хлопкоробов регулярно употреблявших в своем домашнем рационе питания КМС домашнего приготовления.

2 группу составили хлопкоробы, которые нерегулярно употребляли КМС.

Все обследуемые проходили комплексный медицинский осмотр специалистами Института медицинских проблем ЮО НАН КР (терапевтом, эндокринологом, гастроэнтерологом, гепатологом, инфекционистом и другими специалистами). Для проведения исследования на дисбактериоз брали утреннюю порцию кала массой 1 гр. в специально подготовленный стерильный флакон. Одновременно определялась чувствительность выявленной условно-патогенной и патогенной микрофлоры к антибиотикам.

Были изучены качественная и количественная динамика изменения состава кишечной микрофлоры в различные периоды года и с учетом интенсивности воздействия пестицидов на организм человека:

а) в весеннее время, в период посева хлопка, т.е. до начала активного контакта с пестицидами;

б) в летнее время, в период ухода за хлопковыми полями и интенсивной их обработкой ядохимикатами (непосредственный контакт с пестицидами);

в) в осеннее время, в период сбора хлопка и прекращения обработки полей ядохимикатами (контакт с остаточными количествами пестицидов);

г) в зимнее время, т.е. в бесконтактный период с пестицидами.

Микробиологические исследования с целью выявления и определения степени выраженности дисбиотических нарушений проводили по схеме, предложенной В.М. Бондаренко, В.Г. Лиходед (2007г.).

**Результаты исследования.** В 1 основной группе хлопкоробов, регулярно употреблявших КМС, нарушения биоценоза кишечника в зимний период, т.е. до начала возделывания хлопка, выявлены у 31,2%, в весенний период таковые составили 39,5%, в летний период - 41,6%, в осенний период достигали - 58,3%, ( $p < 0,001$ ), тогда как среди нерегулярно употреблявших кисло-молочные продукты такие изменения отмечались значительно чаще: в зимний период у 59,5%, в весенний период у 66,0% , в летний период у 69,0%, в осенний период у 88,0% ( $p < 0,001$ ).

По результатам бактериологического исследования содержимого толстой кишки отмечается рост грибов рода *Candida*. Содержание микробов рода *Proteus* в летнем и осеннем периоде повышается в процентном соотношении и обнаруживается в титре  $10^6$ , т.е. наблюдается развитие протейного и кандидомикозного дисбактериоза. У нерегулярно употреблявших КМС преобладал дисбиоз 3 степени (66,6%), у 24,4% хлопкоробов показатели микробиоценоза были в пределах нормы.

Таким образом, в ходе наших исследований установлены значительно лучшие показатели микробиоценоза кишечника в первой подгруппе, где хлопкоробы принимали КМС, по сравнению со второй группой, нерегулярно употреблявших КМС. Данные результаты свидетельствуют о том, что у хлопкоробов, принимающих регулярно КМС, отмечается более выраженный положительный эффект по нормализации микробиоты кишечника. Результаты исследований показали, что эффективность действия КМС на микрофлору кишечника на 27,9% выше по сравнению с группой хлопкоробов, не употреблявших эти смеси.

Микробиологические нарушения в толстой кишке, регистрируемые при бактериологическом исследовании фекалий, у большинства сопровождались характерными клиническими симптомами.

В 1 группе из 48 обследованных по разным клиническим симптомам в конце зимы жалобы предъявили 10 человек, что составило 20,83%, в весенний период 14 человек (29,16%), в летний период – 17 человек (35,41%), в осенний период 19 человек (39,5%).

Во 2 группе из 42 обследованных в зимний период жалобы предъявили 14 человек, что составило 33,3%, в весенний период 23 человека (54,7%), в летне-осенний период жалобы предъявили более 30 хлопкоробов (71,4%).

Подробные данные по клиническим проявлениям приведены ниже в таблице 1.

**Таблица 1. - Процент выявления клинических жалоб, в зависимости от сезона и от характера питания**

Жалобы	1 группе ( 48 человек)								2 группе ( 42 человек)							
	зима		весна		лето		осень		зима		весна		лето		осень	
	К-во	В %	К-во	В %	К-во	В %	К-во	В %	К-во	В %	К-во	В %	К-во	В %	К-во	В %
Тошнота	2	4,1	3	6,2	8	16,6	14	29,1	4	9,5	6	14,2	15	35,7	18	42,8
Головокружение	4	8,3	6	12,5	10	20,8	12	25,0	4	9,5	7	16,6	16	38,0	18	42,8
Аллергия	2	4,1	2	4,1	3	6,2	3	6,2	3	7,1	3	7,1	4	9,5	6	14,2
Изжога	3	6,2	4	8,3	8	16,6	8	16,6	6	14,2	8	19,0	16	38,0	20	47,6
Боли в желудке	2	4,1	4	8,3	4	8,3	12	25,0	5	11,9	8	19,0	14	33,3	18	42,8
Расстройства стула	-	-	1	2,0	1	2,0	3	6,2	2	4,7	4	9,5	5	11,9	6	14,2
Запор	1	2,0	1	2,0	1	2,0	3	6,2	4	9,5	3	7,1	4	9,5	4	9,5
Боли в области печени	1	2,0	2	4,1	6	12,5	10	20,8	5	11,9	6	14,2	8	19,0	12	28,5
Повышение А/Д	2	4,1	3	6,2	5	10,4	7	14,5	4	9,5	5	11,9	6	14,2	8	19,0
Снижение А/Д	1	2,0	1	2,0	2	4,1	6	12,5	3	7,1	3	7,1	5	11,9	6	14,2

Как видно из таблицы, в зимний период в первой группе на тошноту и аллергию жаловались – 4,1%, головокружение – 8,3%, изжогу – 6,2%, боль в желудке – 4,1%. Лица старше 45 лет жаловались на повышение артериального давления в 4,1%. Тогда как во второй группе в зимнее время у нерегулярно употребляющих КМС на тошноту жаловались – 9,5%, аллергию – 7,1%, боль в желудке – 19,0%, головокружение – 9,5%, изжогу – 14,2%.

Увеличение частоты клинических проявлений происходит в летне - осеннем периоде: в первой группе в осенний период на тошноту жаловались – 29,1%, аллергию – 7,1%, боль в желудке и головокружение – 25,0%, изжогу – 16,6%, расстройства стула – 6,2%, боли в области печени – 20,8%. Во второй группе в осенний период на тошноту и головокружение жаловались – 42,8%, аллергию – 14,2%, изжогу – 47,6%, боли в области печени – 28,5%, повышение артериального давления – 19,0%, снижение артериального давления у 14,2%.

В зимний период работа на хлопковых плантациях не ведётся и хлопкоробы контакта с пестицидами не имеют. Поэтому, резко уменьшается количество жалоб на тошноту, слабость, изжогу, головокружение, уменьшается количество и других клинических проявлений

Таким образом, установлено, что сдвиги в микробиоценозе возникают задолго до клинических проявлений и служат предвестником отклонений в клинико – физиологическом статусе организма человека. Пестициды одновременно подавляют колонизационную резистентность кишечной микрофлоры и влияют на состояние здоровья хлопкоробов. Регулярное употребление КМС, обладающих детоксикационными свойствами, нормализуют кишечную микрофлору, улучшают состояние здоровья хлопкоробов, контактирующих с пестицидами.

Для сохранения нормального микробиоценоза кишечника всем хлопкоробам рекомендуется регулярно употреблять кисломолочные продукты.

### Список литературы

1. Аргынбаева, А.Т. Нарушение микробиологии кишечника по воздействию пестицидов и их коррекция пробиотиками: автореф. дис. ... кан. биол. наук / А.Т. Аргынбаева. - Ош., 2015. - 20 с.
2. Язвенная болезнь, хронический гастрит и эзофагит в аспекте дисбактериоза эзофагогастроуденальной зоны / В.В. Чернин, В.М. Червинец, В.М. Бондаренко, С.Н. Базлов. - Тверь: Триада, 2004.- 200 с.
3. Тойчуев, Р.М. Влияние ядохимикатов на состояние плацентарного барьера у беременных женщин / Р.М. Тойчуев // Материалы VI Рос. конгр. «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии». Москва, 23-25 окт. 2007. - М., 2007. - С. 208.
4. Красноголовец, В.М. Дисбактериоз кишечника / В.М. Красноголовец. - М.: Медицина, 1989. - 208 с.
5. Куваева, И.Б. Влияние алиментарных факторов на микробную экологию желудочно-кишечного тракта / И.Б. Куваева // Дисбактериозы и эубиотики: тез. докл. Всерос. науч.-практ. конф. - М., 1996. - С.17.

### ИНДЕКС ПОЛИМОРБИДНОСТИ КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ ФАКТОР СМЕРТНОСТИ ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

*Асфандиярова Н.С., Дашкевич О.В., Сучкова Е.И., Дорошина Н.В.*

Кафедра поликлинической терапии и профилактической медицины РязГМУ им. И.П. Павлова, Россия

**Актуальность.** Демографическое старение населения, наблюдающееся во всем мире, привело к значительному увеличению числа больных с множественными хроническими заболеваниями (МХЗ). И, несмотря на то, что первые работы, посвященные теме полиморбидности, появились около полувека назад, отсутствуют стандартизованные критерии для постановки диагноза, прогноза, лечения. Большие экономические затраты на обслуживание пациентов, свидетельствуют об актуальности проблемы, имеющей не только медицинскую, но и социальную значимость.

В настоящее время разработано более десятка индексов (индекс Лазебника, индекс Charlson, GIC - Geriatric Index of Comorbidity, FCI - Functional Comorbidity Index и др. [1], дающих информацию о степени тяжести полиморбидности и/или прогнозе. Наиболее часто используемым индексом, как для определения тяжести полиморбидности, так и для определения прогноза является индекс коморбидности Charlson [2]. Однако большей частью (за исключением индекса Лазебника, который представляет собой общее число болезней у одного пациента [3,4]) предложенные индексы используются лишь в научной работе, а в практической деятельности, ввиду трудоемкости подсчета, распространения не получили. Это и определило основную цель исследования.

**Цель исследования:** разработать индекс полиморбидности для определения смертности у больных МХЗ, провести сравнение эффективности для определения прогноза предложенного индекса полиморбидности с индексом Charlson.

**Материал и методы исследования.** Для решения поставленной цели нами было обследовано 2254 больных МХЗ, находящихся под наблюдением врачей-терапевтов ряда поликлиник г. Рязани и Рязанской области и отобранных методом случайной выборки (из них 769 муж и 1485 жен, в возрасте от 18 до 99 лет). Критерием включения пациентов в исследование были добровольное согласие на участие в эксперименте и наличие двух и более заболеваний. Перечень заболеваний, которые были включены в список представлял видоизмененный перечень заболеваний, разработанный М.Charlson et al. [2] для определения прогностического индекса полиморбидности и включал следующие заболевания: ожирение, полиостеоартрит, артериальную гипертензию, стенокардию, инфаркт миокарда, хроническую сердечную недостаточность, цереброваскулярную болезнь, гемиплегию, деменцию, хронические неспецифические заболевания легких, язвенную болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки, заболевания печени, заболевания почек, онкологические заболевания, сахарный диабет, облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей, лейкозы/ лимфомы, диффузные заболевания соединительной ткани, ВИЧ/СПИД. Все диа-

гнозы установлены на основании результатов клинико-биохимических, инструментальных и морфологических методов исследования. Больные находились под наблюдением в течение года, у всех больных определяли индекс Charlson и предложенный нами индекс (ИП), который включал возраст, сердечно-сосудистой патологии, наличие онкологических заболеваний, сахарного диабета и других заболеваний. Проводили сравнительный анализ показателей у умерших пациентов и живых.

Статистический анализ результатов исследования проводили с помощью программы STATISTICA 7.0 (StatSoftInc., США), Различие между группами считали статистически значимым при  $p < 0,05$ .

**Результаты исследования и их обсуждение:** В результате проведенных исследований установлено, что за истекший период времени умерло 85 пациентов (3,77%, общая смертность среди больных МХЗ – 38/1000). Индекс коморбидности Charlson у них составил  $11,09 \pm 0,31$ , ИП, разработанный нами  $14,32 \pm 0,40$ . Индексы полиморбидности, у живых составили  $7,50 \pm 0,01$  и  $9,80 \pm 0,01$ , соответственно. Как для индекса коморбидности Charlson (табл. 1), так и для индекса полиморбидности, разработанного нами, различие между группами живых и умерших статистически достоверно ( $p < 0,001$ ).

Табл. 1. Индекс коморбидности Charlson

Баллы	Болезни
1	Инфаркт миокарда Застойная сердечная недостаточность Болезнь периферических артерий Цереброваскулярное заболевание Деменция Хроническое заболевание легких Болезнь соединительной ткани Язвенная болезнь Легкое поражение печени Диабет
2	Гемиплегия Умеренная или тяжелая болезнь почек Диабет с поражением органов Злокачественная опухоль без метастазов Лейкемия Лимфомы
3	Умеренное или тяжелое поражение печени
6	Метастазирующие злокачественные опухоли СПИД (болезнь, а не только вирус)
+ добавляется по 1 баллу за каждые 10 лет жизни после 40 (40–49 лет – 1 балл, 50–59 – 2 балла и т.д.)	

Несмотря на то, что индекс коморбидности Charlson разработан для определения прогноза за 10 лет, тем не менее он информативен и для определения прогноза выживаемости в течение года. Учитывая, что при подсчете индекса коморбидности Charlson не учитываются такие заболевания как ожирение, артериальная гипертензия, а также трудоемкость расчета этого индекса не позволяет использовать его в каждодневной практике Индекс полиморбидности, разработанный нами также информативен, однако он проще в расчетах. Учитывая, что исследования по изучению прогноза с использованием ИП продолжаются, данные по его расчету будут представлены по окончании исследований.

**Выводы:** 1. Индекс полиморбидности для определения прогноза у больных с множественными хроническими заболеваниями может быть использован для определения смертности этих пациентов в течение года.

2. Индекс полиморбидности аналогичен по эффективности определения прогноза индексу коморбидности Charlson, однако проще в расчетах и может быть использован в практической работе для определения риска смерти в течение года.

#### Список литературы

1. Diederichs C., Berger K., Bartels D.B. The Measurement of Multiple Chronic Diseases. A Systematic Review on Existing Multimorbidity Indices. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2011; 66A (3): 301-311.
2. Charlson M.E., Pompei P., Ales K.L., MacKenzie R.. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. Journal of Chronic Diseases. 1987; 40: 373-383.
3. Верткин А.Л. Коморбидный пациент. Руководство для практических врачей. М.: Эксмо; 2015.
4. Лазебник Л.Б., Верткин А.Л., Конев Ю.В., и др. Старение. Профессиональный врачебный подход. М.: Эксмо; 2014.

## ФОНОВЫЕ СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

*Бакоев Ф.С.*

Кафедра детских болезней №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** В лексиконе врачей-педиатров довольно часто употребляются выражения: «неблагоприятные фоновые состояния» или «фоновые заболевания», под которыми подразумевается рахит, хронические расстройства питания (гипотрофия), железодефицитная анемия, аллергические заболевания и др. [2].

На неблагоприятном фоне любое интеркуррентное заболевание протекает тяжело, длительно, чаще даёт осложнения и в перспективе может привести к хронизации патологического процесса [1]. Они чаще встречаются у детей грудного возраста, что приводит к задержке физического и психомоторного развития и нарушению всех метаболических процессов в организме ребёнка, нарушению функциональной деятельности всех органов и систем, а также нарушению иммунологической резистентности организма.

**Целью исследования** явилось изучение влияния фоновых состояний на течение заболеваний у детей.

**Материал и методы исследования.** Под нашим наблюдением находились 102 больных, поступивших на стационарное обследование и лечение септическом отделении КЗ «Истиклол» в возрасте от 2 месяцев до 1 года. Из них у 23 (2,3%) были с хламидийными инфекциями, 73(47,3%)- с цитомегаловирусной инфекцией и 8 (2,2%) - с токсоплазмозом. Диагноз у всех больных был подтверждён лабораторными данными (общий анализ крови, мочи, кала), специфические антитела определялись с помощью иммуноферментного анализа на вирусы: цитомегаловирус, хламидии и токсоплазмоз, стерильность крови на флору и чувствительность к антибиотикам, биохимические исследования: фосфор, кальций, кровь на сывороточное железо. Контрольную группу составили 35 больных с соматическими заболеваниями, но без отягощенного фона.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Клиническая картина проявлялась либо бронхитами - у 79 (69%) и у 34 (31%) детей - с пневмониями. У все больных диагностированы фоновые заболевания: рахит у 78 (70%), гипотрофия у 69( 62%), паратрофия у 4 (1,2%), анемия у 102 (100), аллергические заболевания у 54(49%) , аллергические дерматиты, риниты у 84 (75%) детей. Состояние детей при поступлении было тяжёлым, диагнозы были подтверждены рентгенографией грудной клетки и бактериологическими исследованиями (крови, мочи, кала, где были высеяны St. Aureus (42,4%), str/ pneumonia(17,8%),Candida (4%), proteus(2,4%).

Возникновению рахита и простудных заболеваний способствовали следующие социальные факторы: плохие жилищно-бытовые условия у 80 (72%), у 57 (50,8%)-нарушение организации рационального вскармливания (грудь матери + общий стол) грудных детей, неблагоприятные социально-гигиенические-55 (49%) и экологические условия (100%). Среди биологических факторов доминирующее значение имели: болезни матери до и во время беременности -89 (80%), осложнения в родах -74(62%).

В процессе обследования и лечения наблюдаемых больных появлялись и другие «фоновые заболевания», такие как железодефицитная анемия (100%), гипотрофия: внутриутробная 20 (17%) и постнатальная -50(45%), аллергические болезни-30(27% ) в разнообразных клинических проявлениях.

Гипотрофия, как и рахит, привели к изменению всех метаболических процессов, к нарушению пищеварения -40(36%), деятельности нервной системы 19(17%).

Всё это сопровождалось развитием анемией и иммунологической недостаточностью -74(62%), приводящей к полнейшей беззащитности организма ребёнка и его повышенной восприимчивости к любому инфекционному фактору. Причины возникновения железодефицитной анемии были практически те же, что и при рахите, и при гипотрофии. По выздоровлении все наблюдаемые дети были выписаны домой с рекомендацией продолжать лечение фоновых заболеваний в амбулаторно-поликлинических условиях.

**Выводы.** Так называемые «фоновые состояния» являются по своей сути тяжёлыми болезнями детей раннего возраста и усугубляют течение основных заболеваний. В результате этих болезней нарушаются функции всех органов и систем, что приводит к задержке физического и психомоторного развития и нарушения иммунологической реактивности организма ребёнка. Поэтому всем больным детям необходимо назначить чётко разработанную специфическую и неспецифическую профилактику инфекций и фоновых заболеваний, их раннего выявления и комплексного этиопатогенетического лечения, включая иммунокорректирующую терапию.

### Список литературы

1. Костинов, М.П. Проблемы вакцинации детей с аллергическими заболеваниями / М.П. Костинов, О.О. Магаршак // Лечащий врач. – 2012. - №5. – С.1-5.
2. Часто болеющие дети / Ж.О. Сарбасова [и др.] // Здоровье и болезни. – Алматы, 2012. - №5(107). – С.111-114.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

*Баратова Ф.Дж.*

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибн Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Бронхиальная астма является глобальной проблемой здравоохранения во всем мире. В целях контроля за возрастающей заболеваемостью бронхиальной астмой, разработанные международным советом экспертов в 1993 г. Глобальные стратегии лечения и профилактики астмы (Global initiative for Asthma, GINA) ежегодно пересматриваются (1).

Главной задачей в достижении поддержания контроля течения бронхиальной астмы является правильный подбор препаратов. В связи с этим предпочтение отдаётся «базисной» терапии. Безусловно, первоочередными препаратами являются ингаляционные глюкокортикостероиды ( ИГК) и антилейкотриены, которые обладают: высокой

липофильностью, способствующей лучшему преодолению мембраны клетки ; высокой степенью сродства к глюкокортикоидными рецепторам (ГКР), что обеспечивает оптимальную местную противовоспалительную активность; малой системной биодоступностью и низкой вероятностью развития системных побочных эффектов, что обеспечивает оптимальную местную противовоспалительную терапию (2,3). Не смотря на это, применение системных кортикостероидов имеет место в практике лечения больных БА.

**Цель исследования.** Провести сравнительную оценку осложнений при применении базисной и системной терапии глюкокортикостероидами у больных с бронхиальной астмой.

**Материал и методы исследования.** Под нашим наблюдением находилось 46 больных в возрасте от 28 до 56 лет, находившихся на лечении в пульмонологическом отделении ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш» с 2015-2019 годов, с диагнозом БА, из них 25(54,3%) мужчин и 21(45,6%) женщина.

Всем больным проводились общеклинические методы исследования, R-графия и томография легких, бактериологическое исследование мокроты, исследование ФВД, ЭКГ, УЗИ-внутренних органов, биохимические анализы крови (кровь на сахар, холестерин, триглицериды, общий белок, Ca<sup>+</sup> P), IgE, профиль артериального давления и пульса, по необходимости консультация кардиолога и эндокринолога.

Больные были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 25 (54,3%) больных, регулярно получавших базисную терапию, что включало применение ингаляционных ГКС (бекламетазон, формотерол и бекламетазон/формотеролом) и антилейкотриены. Во вторую - 21 (45,7%) больной, получавшие системные терапию (метилпреднизалон, преднизалон, дексаметазон) глюкокортикостероидами.

Кроме кортикостероидов обе группы дополнительно получали, метилксантины, антибиотики (по показаниям), отхаркивающие препараты и симптоматическую терапию ( гипотензивные препараты и др.).

**Результаты исследования и их обсуждение.** В результате наблюдения осложнения выявлены в обеих группах, не зависимо от получаемого лечения.

При сопоставлении обеих групп, после проведенной терапии показало, что осложнения чаще всего встречались со стороны сердечно - сосудистой системы. Артериальная гипертензия в I группе выявлены у 19 (76%) пациентов, а во II группе - 21(100%) ; тахикардия у 25 (100%) и 18 ( 85,7%) аналогично; нарушение процессов реполяризации у 10 (48%) и 12 (57%) соответственно.

Так же в динамике у больных отмечались изменений, как со стороны желудочно-кишечного тракта ( гастропатии в I группе составили 2 (8 %) пациентов, а во II группе 19 (90,5%) ; эрозивный гастрит 0 (-) и 4 (19%) ) , так и со эндокринной системы ( повышение массы тела 4 (16%) и 21 (100%) ) . Синдром Иценко- Кушинга отмечался только у 17 (81%) больных II группе .

Малопроявляющимися осложнениями явились такие как: головные боли в I группе 0 (-), а II группе в 17 (81%) случаях. Першение в горле (25 (80%) и осиплость голоса (25 (80%)) наблюдались у больных только в первой группе, из-за наличия местно-раздражающего действия ИГКС.

Вышеизложенные осложнения встречались как по одному, так и в сочетании.

**Заключение.** Таким образом, применение базисной терапии ИГК у больных БА предотвращает появления таких грозных осложнений как: симптоматическая гипертензия, гастропатии, повышение массы тела, синдром Иценко – Кушинга.

#### Список литературы

1. Global initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma management and prevention Updated 2014. [http:// ginasthma.org](http://ginasthma.org).
2. Лещенко, И.В. Бронхиальная астма: современные вопросы базисной терапии (в помощь практическому врачу) / И.В. Лещенко, Н.А. Эсаулова // РМЖ. - 2015. - №18. - С.1074-1079.
3. Багишева, Н.И. Ингаляционные глюкокортикостероиды как факторы риска поражения слизистых полости рта / Н.И. Багишева, У.В. Ивашук, О.И. Федотова // Справочник врача общей практики. - 2015. - №8. - С.7-11.

#### СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОПТИМАЛЬНОЙ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ЛЯМБЛИОЗА

*Бегайдарова Р.Х., Адекенов С.М., Алшынбекова Г.К., Насакаева Г.Е., Дюсембаева А.Е., Золотарева О.А.*

Кафедра фтизиатрии и инфекционных болезней,

НАО «Медицинский университет Караганды» МЗ Республики Казахстан,<sup>2</sup> Международный научно- производственный холдинг «Фитохимия»

**Введение.** Несмотря на наличие широкого спектра противопаразитарных препаратов, все они обладают массой побочных эффектов; некоторые высокоэффективные препараты имеют возрастные ограничения [1]. Проблемой является развитие устойчивости многих паразитов к противопаразитарным препаратам, процесс формирования резистентности у лямблий к препаратам из группы нитроимидзолов.[2]. В последнее время возрастает интерес к фитопрепаратам в лечении лямблиоза, как альтернативных средств, с высоким профилем эффективности и безопасности. В ряде зарубежных работ подтверждена эффективность растительных экстрактов, фракций и химических компонентов в лечении лямблиоза в доклинических и клинических исследованиях [3]. Ученые стран СНГ также активно изучают вопросы применения растительных средств, при лямблиозе [4].

В Республике Казахстан на базе АО «Международный научно-производственный холдинг «Фитохимия» на основе экстракта соснореи солончаковой синтезирован препарат «Саусалин», позиционирующийся как потенциально эффективное противопаразитарное средство, обладающее противолямблиозным, противоописторхозным и противотрихомонадным действием. Данные производители обладают сертификатами соответствия международным стандартам Good Manufacturing Practice (GMP). [5].

**Цель исследования:** в настоящей работе представлены результаты терапевтической эффективности и безопасности препарата «Саусалин» в качестве противоямблиозного средства и проведен сравнительный анализ уровня эрадикации паразита на фоне применения Саусалина и Орнисиды.

**Материал и методы исследования.** В данном исследовании принимали участие 250 пациентов, после подписанных форм информационного согласия в возрасте от 18 до 45 лет, с верифицированным диагнозом острый или хронический лямблиоз.

При подборе больных для лечения препаратом «Саусалин» и «Орнисид» мы формировали сопоставимые две группы. В 1- группе (125) пациента принимали препарат Саусалин (основная группа), в дозе 240 мг (по 2 таблетки 4 раза в сутки) в течение 14 дней. Во вторую группу сравнения включены (125) пациентов, получающие Орнисид (500мг) по 1 таблетке 2 раза в сутки в течение 10 дней.

Выбор дозировок препаратов проводился согласно международным клиническим рекомендациям, систематическим обзорам и мета-анализам по ведению пациентов с лямблиозом для Орнисиды [6,7].; согласно рекомендациям производителя и результатам 1 и 2 фаз клинических и доклинических исследований для Саусалина [8].

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программного обеспечения Statistica 6.0. Использовались параметрические (критерий Стьюдента) и непараметрические методы (критерий Вилкоксона) для оценки статистической значимости результатов в группах и между группами. Различия или динамика считались значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты исследования и их обсуждение.** Анализ клинической симптоматики у исследуемых больных показывает, что клиника лямблиоза складывалась из следующих ведущих синдромов: синдром поражения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), астеновегетативного и токсико-аллергического синдрома.

Синдром поражения желудочно-кишечного тракта у исследуемых больных проявлялся следующими симптомами: болями в животе, чаще в правом подреберье, болезненностью живота выше пупка, болезненностью в точке проекции желчного пузыря в 45,6%; 40,8%; 46,4% случаях, как в основной группе, так и в группе контроля соответственно 39,2%; 38,4%; 40,0%. У 4,0% больных основной группы наблюдались незначительно увеличенная и умеренно болезненная печень, снижения массы тела в 35,2% случаев наблюдения в основной группе и в 33,6% в группе контроля. Диспепсический синдром проявлялся в виде стула с неперевааренными комочками у 41,6% в основной группе и у 34,4% в группе контроля. Обстипационный синдром в основной группе наблюдался у 37,6%, в контрольной у 40,8% больных соответственно.

Астеновегетативный синдром проявлялся в виде следующих синдромов: слабости, утомляемости в 79,2%, раздражительности в 55,2% случаев в основной группе. В контрольной группе соответственно – 84,8%, 68,0%. Головная боль отмечалась в 49,6% случаев основной группы и 58,4% в группе контроля. Нарушение сна в 32,8% в основной и соответственно 35,2% в контрольной группах; субфебрилитет у 8,0%, боли в суставах у 25,6% больных в основной группе и соответственно у 6,4%, 26,4% больных в контрольной группе. Головная боль 49,6% в основной группе и у 58,4% в группе контроля.

Клинические проявления токсико-аллергического синдрома отмечались до 50% больных в обеих сравниваемых группах. Одним из клинических проявлений токсико-аллергического синдрома была бледность кожных покровов у 48,0% больных основной группы и у 49,6% группы контроля. Неравномерность окраски кожи в сочетании с субиктеричностью отмечались в 19,2% случаев, поражение красной каймы губ (шелушение, сухость, трещины, заеды) у 40,8% больных основной группы и соответственно у 7,2% и 51,2% больных группы контроля. Атопический дерматит, сыпь на коже встречались в основной группе в 28,0% случаев. В группе контроля 16,8% случаев. Зуд кожных покровов в 35,2% случаев в основной и соответственно в контрольной группе – 27,8%.

После приема 14-дневного курса препарата «Саусалин» у всех больных отмечалось улучшение общего состояния и самочувствия (в виде уменьшения слабости), нормализовался характер стула, практически у всех больных улучшился аппетит, стали угасать явления атопического дерматита и уменьшения очага поражения.

Были получены клинические и статистические значимые различия по ведущим показателям клинических синдромов пациентов до лечения и после завершения терапии. Наиболее высокая динамика улучшения показателей по синдрому поражения ЖКТ была при использовании в терапии Саусалина и составила 42,1% до лечения и 2,05% после лечения ( $p < 0,05$ ).

Динамика регресса астеновегетативного синдрома после терапии Саусалином также была значимой и составила до лечения 43,1% и 2,0% соответственно после лечения ( $p < 0,05$ ). Токсико-аллергический синдром до лечения составил 35,3% после использования Саусалина динамика регресса также была значимой 2,08% ( $p < 0,05$ ).

При использовании препарата контроля Орнисиды также были получены клинические и статистические значимые различия по ведущим показателям клинических синдромов пациентов до лечения и после завершения терапии. Так, по синдрому поражения ЖКТ у пациентов, при использовании в лечении Орнисиды также был отмечен регресс. Если до лечения данный синдром наблюдался у 39,1% пациентов, то после лечения у 4,9% ( $p < 0,05$ ). Динамика регресса астеновегетативного синдрома после терапии Орнисидом также была значимой и составила до лечения 46,4% и 4,5% соответственно после лечения ( $p < 0,05$ ). Токсико-аллергический синдром до лечения составил 29,7% после использования Орнисиды динамика регресса также была значимой 4,8% ( $p < 0,05$ ).

При сравнительной оценке эффективности эрадикационных схем между группами получены следующие данные: при сравнении группы пациентов, получавших Саусалин, в сравнении с группой пациентов, получавших Орнисид, имеются статистически значимые различия ( $p = 0,000$ ). Данные представлены в таблице 1 и на рисунке 1.

Таблица 1. Показатели копрограммы у больных с лямблиозом после лечения

ПОКАЗАТЕЛИ	Отрицательный результат копрограммы			Положительный результат копрограммы			z	p-уровень
	n	p%	±ДИ	N	P%	±ДИ		
САУСАЛИН	123	98,4	(96,16;100)	2	1,6	(0;19,16)	60,990	0,000
ОРНИСИД	116	92,8	(88,05;97,55)	9	7,2	(0;24,27)	26,169	0,000

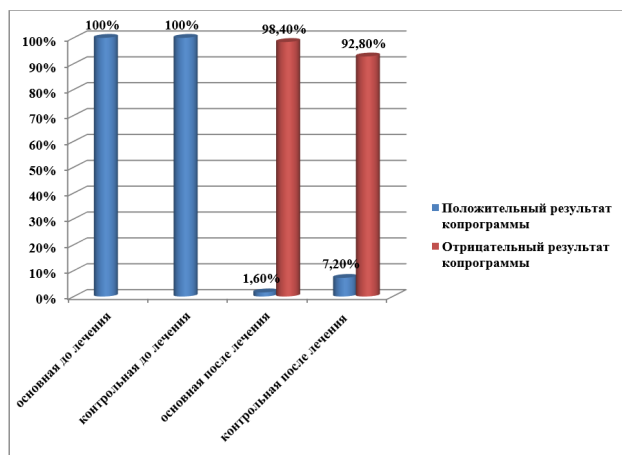


Рисунок 1 - Эрадикационная эффективность различных схем терапии лямблиоза

Таким образом, при анализе эрадикационной эффективности по результатам микроскопического исследования было выявлено значимое преимущество применения схемы терапии лямблиоза препаратом Саусалин в сравнении с Орнисидом. Эффективность лечения в группе больных, получавших, Саусалин равнялась 98,4 %, в контрольной группе - 92,8%.

#### Выводы

1 Результаты настоящего исследования свидетельствуют о клиничко-паразитологической эффективности терапии с применением препарата Саусалин.

2.Использование Саусалина позволило достичь, наиболее высокий процент эрадикации, с учетом синергического действия препаратов при вероятности наличия резистентных к Орнисиду.

#### Список литературы:

1. Усенко Д.В. Современные аспекты диагностики и лечения лямблиоза.// Вопросы современной педиатрии.- 2015- Т.14 - № 1.- С.108-113.
2. Leticia E. et al. Giardia intestinalis: Expression of ubiquitin, glucosamine-6-phosphate and cyst wall protein genes during the encystment process // Experimental Parasitology.- 2011.- №127.- P. 382-386.
3. Neiva V., Ribeiro M.N., Nascimento F.R. et al. Plant species used in giardiasis treatment: ethnopharmacology and in vitro evaluation of anti-Giardia activity //Revista Brasileira de Farmacognosia.- 2014.- Vol.24, №2.- P. 215-224.
4. Акобиршоева А.А. Некоторые этнокультурные аспекты использования лекарственных растений Рушанского района (Таджикистан) // Растительные ресурсы.- 2009.- №1.- С. 122-125.
5. Адекенов С. Перспективы развития фармацевтической индустрии в Республике Казахстан // Современные медицинские технологии. - 2012.- №8.- С. 79-81.
6. Solaymani-Mohammadi S. et al. A Meta-analysis of the Effectiveness of Albendazole Compared with Metronidazole as Treatments for Infections with Giardia duodenalis // PLOS Neglected Tropical Diseases.-2010.- Vol.4, №5.- P. 682.
7. Granados Carlos E. Drugs for treating giardiasis // Cochrane Database of Systematic Reviews.- 2012.- №12(CD007787).- P. 1-73.
8. Мухамбетов Д.Д., Баешева Д.А., Жумабекова А.Б., Тулегенова Г.К., Сейдуллаева А.Ж. Исследование противоямблиозной активности фитопрепарата "Саусалин" // Астана медициналык журналы.- 2011.- №6.- С. 38-41.

### ФАКТОРЫ РИСКА ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА У БОЛЬНЫХ, ВПЕРВЫЕ НАЧИНАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОДИАЛИЗОМ

*Бекенова Ф.К., Махамбетов К.О., Ткачев В.А.*

Кафедра внутренних болезней №1, НАО «Медицинский Университет Астана». Казахстан

**Актуальность.** Выявление предикторов летального исхода имеет большое значение для прогноза исхода лечения гемодиализом (ГД) и выбора оптимальной тактики коррекции этих нарушений у больных на ГД, а также профилактики их развития до начала заместительной почечной терапии (ЗПТ) [1-5].

**Целью** настоящей работы явилось изучение факторов риска летального исхода, оцененных у пациентов с терминальной почечной недостаточностью (ТПН) к началу лечения гемодиализом.

**Материал и методы исследования.** В ретроспективный анализ были включены 116 больных недиабетической нефропатией, получавших лечение ГД в период с 2012-2017 год в отделениях гемодиализа г. Астаны. Обязательным условием включения была длительность ГД более 3 месяцев, что позволило исключить влияние на результаты исследования смертности, связанной непосредственно с осложнениями преддиализной уремии. Длительность лечения составляла от 4,5 до 60 месяцев. Нами была проанализирована пятилетняя выживаемость и прогноз больных в зависимости от лабораторных и клинических показателей, зарегистрированных к началу лечения диализом. В структуре заболеваний, приведших к развитию ТПН превалировал хронический гломерулонефрит (69%); далее следовали хронический пиелонефрит (16%); поликистоз (8%); гипертензивный нефроангиосклероз (4,8%); нефропатии

неясной этиологии (3,5%). В качестве факторов, влияющих на трехлетнюю выживаемость, рассматривались демографические показатели (пол, возраст), характер заболевания, приведшего к развитию ТПН, наличие отдельных сопутствующих заболеваний, уровень АД, концентрация гемоглобина и альбумина, скорость клубочковой фильтрации (СКФ). Данные представлены как среднее и стандартное отклонение для правильного распределения, и как медиана и интерквартильный размах для распределения, отличного от нормального. Величина относительного риска (ОР) приведена с указанием 95% доверительного интервала (95%ДИ). Значимыми считались различия при  $p < 0,05$ . Статистическая обработка выполнялась с использованием пакета прикладных программ «Statistica 7.0».

**Результаты исследования и их обсуждение.** В течение суммарного срока наблюдения (60 месяцев) было зафиксировано 23 смерти (19,8% всех наблюдений). Относительный риск смерти для значимо влияющих на прогноз жизни клинико-лабораторных факторов в первые три года лечения приведен в таблице.

Умершие больные были старше выживших ( $p < 0,05$ ). Относительный риск смерти для больных со средним возрастом 56 лет был в 1,6 раз выше, чем для пациентов возрастной группы 44 года. Влияние возраста к началу ГД на отдаленный прогноз однозначно признается многими авторами [1,2] и подчеркивает необходимость тщательной коррекции других факторов риска у больных старшей возрастной группы. Как видно из таблицы, ОР смерти был достоверно выше при наличии у пациентов таких заболеваний, как стенокардия - ОР 3,1 (95% ДИ 2,4-3,8), инфаркт миокарда - ОР 2,8 (95%ДИ 2,3-3,6) и язвенная болезнь - ОР 2,3 (95%ДИ 1,8-2,9). Выявленное нами значимое влияние на смертность наличие у больного любой формы ИБС, подтверждается данными других авторов. Очевидно, что наличие отдельных сопутствующих заболеваний само по себе может влиять на выживаемость у больных на ГД. Прежде всего, это относится к сердечно-сосудистым заболеваниям, которые являются ведущей причиной смерти больных на ГД. [3,4].

При анализе влияния на выживаемость уровня гемоглобина (Hb) было выявлено статистически значимое снижение его концентрации в группе умерших больных в сравнении с группой, оставшихся в живых.

**Таблица. - Относительный риск смерти для значимо влияющих на прогноз жизни клинико-лабораторных факторов**

Показатель	Группа выживших n = 93	Группа умерших n = 23	P	ОР (95% ДИ)	
Возраст, лет	44 (34;62)	56 (47;64)	$P < 0,05$	1,6 (1,3 – 1,9)	
Стенокардия	n = 1313,9	n = 1669,6	$P < 0,005$	3,1 (2,4 – 3,8)	
	Инфаркт миокарда в анамнезе	n = 11,1	n = 313,0	$P < 0,005$	2,8 (2,3 – 3,6)
	Язвенная болезнь	n = 22,1	n = 417,4	$P < 0,005$	2,3 (1,8 – 2,9)
Гемоглобин, г/л	89,4 (85,6; 92,3)	71,3 (66,4; 79,7)	$P < 0,01$	3,6 (1,5 – 4,9)	
Альбумин, г/л	37,2 (34,1; 39,5)	31,5 (27,3; 33,7)	$P < 0,05$	2,5 (2,1 – 2,9)	
СКФ, мл/мин	14,7 (19,2; 11,6)	5,3 (2,3; 7,8)	$P < 0,05$	2,6 (1,8 – 3,4)	

Из представленной таблицы следует, что при среднем значении уровня Hb-71,3 г/л к началу лечения ГД, ОР смерти за пятилетний период наблюдения повышался в 3,6 раза ( $p < 0,001$ ). Следует подчеркнуть, что повышенный риск смерти из-за низкого уровня Hb имели 89% больных, включенных в анализ, несмотря на то, что анемия является фактором риска, коррекция которого возможна за счет применения эритропоэтина на додиализном этапе. Интересным является обзор A.J.Collins [2], в котором продемонстрированы лучшая выживаемость больных, получавших эритропоэтин на додиализном этапе, а также меньшая суммарная стоимость лечения по сравнению с пациентами, которые не получали эритропоэтин на додиализном этапе или получали его нерегулярно.

Негативное влияние низкой концентрации альбумина в сыворотке крови выявляется практически во всех проведенных исследованиях [3,4]. Нами была подтверждена эта закономерность: умершие больные имели достоверно низкие показатели альбумина до начала лечения ГД, чем выжившие пациенты. Из таблицы видно, что относительный риск смерти больных со сниженным уровнем альбуминов возрастал в 2,5 раза. У 83% умерших больных к началу ГД терапии имелись клинические проявления ИБС. Общеизвестно, что в основе развития и прогрессирования атеросклероза лежит воспалительный процесс, что позволило Stenvinkel и соавт. [5] выделить МИА-синдром (Malnutrition, Inflammation, Atherosclerosis). СКФ у умерших больных составляла в среднем 5,3 мл/мин и была в 2,8 ниже аналогичного показателя в группе выживших пациентов. Относительный риск смерти при СКФ 5,3 мл/мин был в 2,6 раза выше, чем при СКФ 14,7 мл/мин. Вопрос об уровне СКФ при котором необходимо начинать лечение ЗПТ до сих пор остается открытым. Анализ доступной литературы свидетельствует о том, что СКФ к началу ЗПТ менее 5 мл/мин следует однозначно рассматривать как фактор, увеличивающий риск смерти больных на гемодиализе, что подтверждается данными нашего исследования.

**Выводы.** Возраст более 55 лет и ИБС являются немодифицируемыми факторами риска смерти больных, начинающих лечение программным гемодиализом.

СКФ менее 5мл/мин, показатели Hb менее 70 г/л и альбуминов менее 31 г/л к началу лечения гемодиализом являются модифицируемыми факторами риска, определяющими выживаемость больных на протяжении первых пяти лет лечения ГД.

Вышеперечисленные модифицируемые факторы риска широко распространены среди больных, начинающих лечение ГД и это требует максимально адекватной их коррекции уже на додиализном этапе.

#### Список литературы

1. Mazzucbi, N. ESRD patients without co – morbid risk factors at the start of haemodialysis are ideal as survival comparison population / N. Mazzucbi, E. Carbonell, J. Fernandez – Cean Nephrol // Dial Transplant. – 2015. - 1091.



- Collins, A.J. Anemia management prior to dialysis: cardiovascular and cost-benefit observation / A.J. Collins // *Nephrol Dial Transplant.* – 2015. - N 18 (Suppl 2). – P. 2-6.
- Predictors of poor out come in chronic dialysis patients: the Netherlands cooperative study on the adequacy of dialysis / M.P. Merkus [et al.] // *Am J Kidney Dis.* – 2012. - N35. – P.69-79.
- Can we improve early mortality in patients receiving renal replacement therapy / W. Metcalfe [et al.] // *Kidney Int.* – 2014. - N57. – P.2539-2545.
- Strong association between malnutrition, inflammation, and atherosclerosis in chronic renal failure / P. Stenvinkel [et al.] // *Kidney Int.* – 2016. - N55. – P.1899 – 1911.

## ЦИТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ И РЕКОНСТРУКЦИЯ ЭФФЕКТИВНОЙ ДОЗЫ ОБЛУЧЕНИЯ У РАБОЧИХ АТОМНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ КАЗАХСТАНА

<sup>1</sup>Бекенова Ф.К., <sup>2</sup>Казымбет П.К., <sup>1</sup>Байдурин С.А.,

<sup>1</sup>Кафедра внутренних болезней №1. НАО «Медицинский Университет Астана», Казахстан.

<sup>2</sup>Институт радиобиологии и радиационной защиты. НАО «Медицинский Университет Астана», Казахстан.

Республика Казахстан занимает ведущее место в мире по запасам и переработке урановых руд. Выполнение основных технологических операций на предприятиях атомной промышленности сопровождается перманентным воздействием на персонал комбинированных радиационно-химических факторов: внешнего и внутреннего облучения в малых дозах, пыли, газов, ирритантов, токсических соединений урана, психоэмоциональных перегрузок и др. Вместе с тем установлено, что мутационный эффект низкоуровневого облучения многократно усиливается в сочетании с другими производственными факторами [1]. Для регистрации радиоиндуцированных цитогенетических изменений может быть использован микроядерный тест (МЯТ), являющийся простым и экономичным методом исследования нуклеолярного аппарата соматических клеток [2, 3].

**Целью исследования** явилось изучение цитогенетической нестабильности и реконструкция эффективной дозы облучения с помощью МЯТ у рабочих ураноперерабатывающего предприятия.

**Материалы и методы исследования.** Исследование частоты микроядер (МЯ) проведено у 160 практически здоровых и 210 рабочих ураноперерабатывающего предприятия – гидрометаллургического завода (ГМЗ), страдающих артериальной гипертензией (АГ), хроническим гастритом (ХГ) и хроническим бронхитом (ХБ). Группу сравнения составили 200 рабочих основных производственных цехов Степногорского подшипникового завода (СПЗ). В контрольную группу вошли 200 рабочих АО «Стройконструкция» (СТК) г.Астана. Для анализа частоты МЯ использовали эритроциты периферической крови, препараты окрашивали по методу Паппенгейма. Для графического отображения тенденции данных и прогнозирования их дальнейших изменений использовали линии трендов. Построение линий тренда проводилось на основании регрессионного уравнения, рассчитанного с помощью табличного процессора MSExcel 2007. В зависимости от типа распределения данных, оцениваемого визуально по графику, применяли как линейный, так и нелинейный (полиномиальный, экспоненциальный) регрессионный анализ. Использовали компьютерные программы: EpInfo, Statistica 7.0, SPSS 13.0

**Результаты исследования и их обсуждение.** Частота МЯ в эритроцитах периферической крови у рабочих ГМЗ и СПЗ, выполняющих основные производственные операции, представлена на рисунке 1.

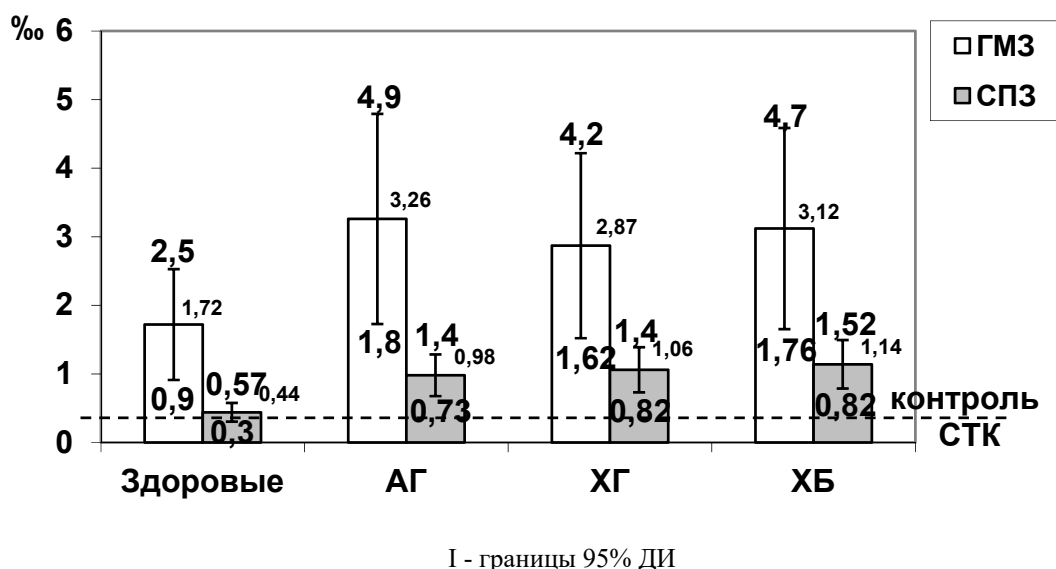


Рисунок 1. – Частота эритроцитов с МЯ у рабочих ГМЗ и СПЗ

Анализ полученных результатов свидетельствовал о том, что наиболее высокий уровень МЯ имелся у рабочих ГМЗ. Так, у практически здорового персонала экспонируемой группы, частота МЯ превышала величину спонтанного уровня МЯ (контроль СТК) в 4,2 раза, в то же время среди здоровых рабочих сравниваемого предприятия (СПЗ) частота эритроцитов с МЯ была сопоставима с контролем. Наиболее высокий уровень частоты МЯ был обнаружен у рабочих ГМЗ, страдающих АГ и ХБ – 3,26% и 3,12% соответственно, что превышало контроль в среднем в 7,8 раз ( $p < 0,01$ ).

Результаты нашего исследования совпадают с данными других авторов [4,5], также указывающих на повышение цитогенетической нестабильности при ряде хронических заболеваний внутренних органов. Вместе с тем, более высокий уровень эритроцитов с МЯ среди рабочих ГМЗ, страдающих хроническими заболеваниями внутренних органов (ХЗВО), в сравнении с рабочими СПЗ, страдающими аналогичными заболеваниями, свидетельствовал о том, что последствия соматически обусловленного мутагенеза могут усиливаться при воздействии вредных факторов ураноперерабатывающего производства, в том числе радиационных. Учитывая, что частота МЯ среди рабочих ГМЗ, страдающих АГ, ХГ и ХБ (рисунок 1) была сопоставима ( $p > 0,05$ ), в дальнейших исследованиях мы объединили рабочих, страдающих вышеперечисленными заболеваниями в общую группу ХЗВО. В настоящее время известно, что повышение частоты хромосомных aberrаций и микроядер в сравнении с их спонтанным уровнем, является не только следствием облучения, но и других неконтролируемых мутагенных воздействий.

Частота и направленность изменений МЯ в эритроцитах периферической крови у персонала группы А в зависимости от суммарной дозы облучения (СДО) представлена на рисунке 2, из которого видно, что по мере увеличения СДО частота МЯ как в группе больных, так и здоровых рабочих нарастала.

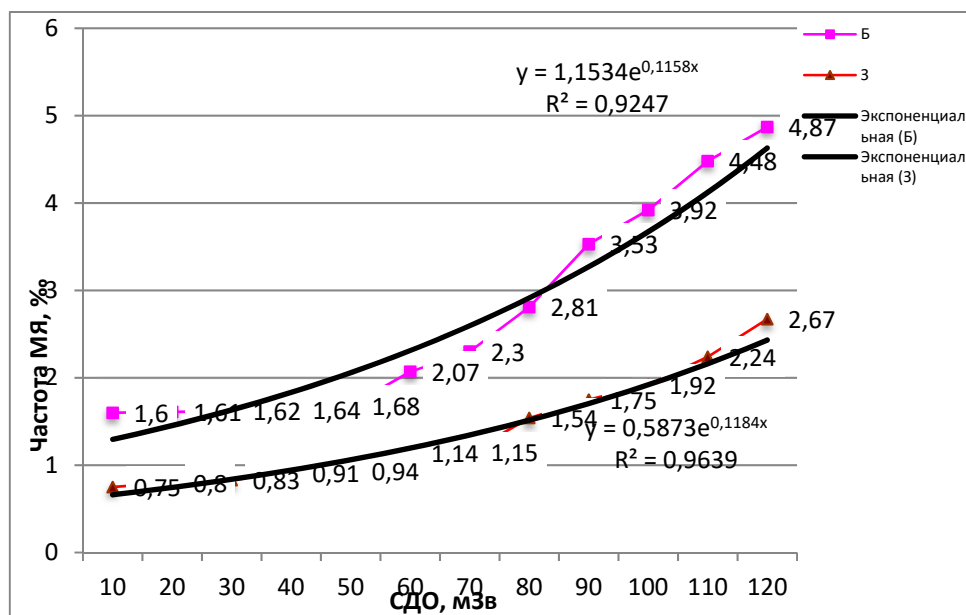


Рисунок 2 – Частота эритроцитов с МЯ среди рабочих ГМЗ практически здоровых (3) и страдающих ХЗВО (Б) в зависимости от СДО

При СДО выше 60 мЗв наблюдалось значительное увеличение частоты МЯ в обеих группах, что было видно по более крутому наклону кривых.

На рисунке 2 также изображены экспоненциальные линии трендов для кривых зависимости частоты МЯ от СДО у практически здоровых рабочих ГМЗ и страдающих ХЗВО, позволившие получить следующие формулы расчета эффективной дозы облучения (ЭДО) по частоте МЯ:

для практически здоровых рабочих ГМЗ –

$$ЭДО = \ln\left(\frac{\phi}{0,59}\right) : 0,12$$

для рабочих, страдающих ХЗВО –

$$ЭДО = \ln\left(\frac{\phi}{1,15}\right) : 0,12$$

$\phi$  – частота МЯ в эритроцитах периферической крови.

Предсказательные способности обеих моделей были хорошими – в группе здоровых рабочих  $R^2=0,96$ , в группе больных –  $R^2=0,93$ .

Предложенные нами формулы позволяли нивелировать влияние нерадиационных мутагенных факторов и получить расчетные значения ЭДО, хорошо коррелирующие с СДО, полученными по данным службы радиационной безопасности ГМЗ.

**Выводы.** Соматически обусловленная цитогенетическая нестабильность усиливается под воздействием производственных факторов ураноперерабатывающего предприятия: у рабочих ГМЗ, страдающих ХЗВО, частота МЯ в эритроцитах периферической крови достоверно превышает таковую в группе рабочих сравниваемого предприятия. Цитогенетическая нестабильность имеет место и у практически здоровых рабочих ГМЗ.

Частота МЯ растет по мере увеличения СДО от 0,75‰ до 4,9‰ в дозовом интервале 0-120 мЗв. Выведены формулы расчета ЭДО по частоте МЯ в эритроцитах периферической крови, позволяющие реконструировать ЭДО для здоровых и страдающих ХЗВО рабочих ураноперерабатывающей промышленности.

## Список литературы

1. Корсаков А.В. Многофакторное техногенное загрязнение окружающей среды как фактор риска формирования цитогенетических нарушений у населения // Вестник Брянского государственного технического университета. 2014. №2(42). С.155-160.
2. Лопатин Н.С., Кравцов В. Ю., Дударенко С.В. Микроядерный тест как способ биоиндикации инкорпорации малых доз радионуклидов у лиц, проживающих на радиационно-загрязненных территориях // VII Съезд по радиационным исследованиям. Москва, 2014. С.77-78.
3. Бекенова Ф.К., Байдуринов С.А. Индуцированный мутагенез и состояние здоровья рабочих ураноперерабатывающего завода // Новое в гематологии и трансфузиологии. Киев. 2006. Вып 4. С.100-105.
4. Кожарская В.В., Петрашова Д.Н. Цитогенетические нарушения в лимфоцитах периферической крови у горно-рабочих Мурманской области в возрасте до тридцати лет // Вестник науки и образования. 2016. №10 (22). С.15-19.
5. Балева Л.С., Номура Т., Сипягина А.Е., Карахан Н.М. Цитогенетические эффекты и возможности их трансгенерационной передачи в поколении лиц, проживающих в регионах радионуклидного загрязнения после аварии на Чернобыльской АЭС // Росс. вестник перинатологии и педиатрии. 2016. №3. С.87-92.

## ТАКМИЛИ ТАБОБАТИ ПИЕЛОНЕФРИТ

*Бобиева Н.Х., Гадоев С.Х., Рашидов И.М., Раҳмонов Ҷ.Т.*

Тақфедраи бемориҳои дарунии №3 МТД ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибн Сино

**Моҳият.** Пиелонефрит дар байни бемориҳои гурда мавқеи намоён дошта, дар нефрология ҳоло ҳам яке аз проблемаҳои муҳими тиббӣ-ичтимоӣ мебошад [1]. Асоси таъбаоти пиелонефритро маводҳои зиддибактериалӣ, ки ба бартарарфосозии аломатҳои сироят ва нобудсозии барангезандаҳо, пешгирии авҷгирӣ ва оризаҳо таъсир мерасонанд, ташкил медиҳанд. Таъбаоти беасоси зиддибактериалӣ боиси ба равиши музмин мубаддал гаштан ва вайроншавии механизмҳои имунорегуляторӣ гашта, арзиши таъбаотро зиёд мекунад [2]. Инчунин таъбиноти зуд-зуд, тақрор ба тақрор ва давомнокии маводҳои як синфи фармакологӣ устувориҳои баланди микроорганизмҳо ҳам дар сатҳи инфиродӣ ва ҳам дар сатҳи оммавӣ ба амал меорад [3-4]. Дар шароити маҳдудияти захираи маводҳои зиддибактериалӣ, устуворӣ ба онҳо яке аз муҳимтарин масъалаи таъбаоти пиелонефрит ба шумор меравад. Бинобар ин истифодаи ратсионалии маводҳои мазкур бо баҳисобгирии хусусиятҳои ҳассоснокии минтақаҳои таъсири микроорганизмҳо асоси пастшавии устувориҳои бактериалӣ аст.

Волфуран ба гурӯҳи фармакологии антисептикӣ ва зиддимикробӣ бо спектри васеи таъсир мебошад, ки дар таркибаш 0,2 г нифурантил дорад ва хусусиятҳои зиёди зиддибактериалӣ, зиддипротозойӣ ва зиддизамбуруғиро дорост.

**Мақсади тадқиқот.** Омӯзиш ва баҳодиҳии истифодаи маводи волфуран дар таъбаоти пиелонефрити музмин.

**Мавод ва усулҳои тадқиқот.** Мувофиқи мақсад ба тадқиқот ба ҳайси маводи тадқиқотӣ 66 бемори синни аз 18 то 55-сола, ки бо ташҳиси пиелонефрити музмин дар шӯъбаи нефрологии МД ММТ ҶТ “Шифобахш” таъбаоти статсионарӣ қабул намуда, муддати 12 моҳ зери назорати нефрологони марказ қарор доштанд, муайян гаштаанд. Аз онҳо 45 зан (68,2%) ва 21 мард (31,8%) буда, давомнокии беморӣ  $5,8 \pm 3,2$  солро ташкил медиҳад. Ба критерияҳои воридшавӣ ҳалли ақал як аломати клиникӣ (дизурия, вараҷа, дард дар ноҳияи камару миён ва пешобдон) дар якҷоягӣ бо критерияҳои микробиологӣ: лейкоцитурия (зиёда аз 10 дона дар майдони биниш) ва миқдори воҳидҳои колонияшудаи барангезандаҳо  $>10^4$  дохил шудаанд. Беморон ба ба ду гурӯҳи баробар тақсим шудаанд: гурӯҳи I-ум таъбаоти маҷмӯӣ, ки аз антибиотикҳо (аз рӯи ҳассоснокиӣ), маводҳои дезинтоксикатсионӣ, витамин ва спазмолитикҳо иборат аст, қабул намуда, ба таъбаоти гурӯҳи II-юм ба зами маводҳои зикргашта волфуран бо воия 400 мг дар як шабонарӯз илова карда шуд.

Дар ҳамаи беморон тадқиқотҳои умумиклиникӣ, лабораторӣ ва усулҳои тадқиқотҳои асбобӣ анҷом дода шудаанд (таҳлили умумии хун ва пешоб, сафедаи умумии хун бо фраксияҳои он, мочевино, креатинин, УС-и гурдаҳо, СБД, рентгени қафаси сина). Ба таҳлилҳои умумии пешоб ва кишти пешоб ба флора ва ҳассоснокии ба антибиотикҳо аҳамияти ҳоса дода шудааст. Таҳлили натиҷаҳо дар асоси баҳодиҳии субъективии натиҷабахши таъбаот ҳам аз ҷониби бемор ва ҳам аз ҷониби духтур, инчунин боздид ва динамикаи тадқиқотҳои лабораторӣ то таъбаот ва дар охири он, гузаронида шудаанд.

Натиҷаҳои бадастовардашуда бо усули омори вариатсионӣ коркард шудаанд. Барои коркарди нишондодҳо барномаҳои Microsoft Office Excel, MS Excel пакеи MS Office 2007 истифода шудаанд.

**Натиҷаҳо ва муҳокимаи онҳо.** Натиҷаҳои тадқиқот нишон дод, ки беҳбудии клиникӣ-лабораторӣ бо натиҷаҳои мусбӣ дар 22 (66,7%) бемори гурӯҳи якум мушоҳида шудааст. Дар 7 (63,6%) нафар аз 11 беморони боқимондаи гурӯҳи якум лейкоцитурия (то 15-25 дона дар майдони биниш) ба назар расида, дар 4 (36,4%) нафар беҳбудӣ ва натиҷаҳои назаррас муайян нагаштаанд. Бо таъсири таъбаоти маҷмӯӣ бо истифодаи волфуран дар охири курси муолиҷавӣ 31 (93,9%) бемор худро қаноатбахш ҳис карда, шикоят намекард. Дар ин гурӯҳ танҳо дар 2 (6,1%) адад бемор пас аз курси таъбаот лейкоцитурия боқӣ мондааст.

Мониторинги тадқиқоти флораи пешоб дар ҳар ду гурӯҳ натиҷаҳои мусбӣ бо фарқияти камро нишон додааст. Ҷунончи пастшавии ҳуби дараҷаи бактериурия дар гурӯҳи 2-юм ( $p < 0,04$ ) ва дар гурӯҳи якум ( $p < 0,02$ ) исботи он аст.

Дар натиҷаи назорат ва таъбаоти зиддиресидивии ҳармоҳа муайян гардид, ки дар беморони гурӯҳи асосӣ авҷгирӣ танҳо дар 2 (6,1%) ҳолат, аммо дар гурӯҳи контролӣ дар 7 (21,2%) бемор ба назар мерасад.

**Ҳамин тариқ,** истифодаи маводи волфуран барои беморони гирифтори пиелонефрит муфид, осон ва аз ҷиҳати иқтисодӣ дастрас мебошад. Инчунин ҳангоми ҳамравии патологияҳои гинекологӣ, сирояти роҳҳои пешоброн ва бемориҳои меъдаву рӯда хеле таъсирбахш аст.

## Адабиёт

1. Рябов С.И. Нефрология. Руководство для врачей / С.И. Рябов, И.А. Ракитянская / В 2-х томах. Том 1: Заболевания почек.- СПб. – Спец. лит. - 2013. - 767 с.
2. Мухин Н.А. Нефрология: национальное руководство / Н.А. Мухин / — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 720 с.
3. Казакова И.А., Круткина Е.Э. “Совершенствование тактики лечения инфекции мочевыводящих путей”. Материалы IV Конгресса Ассоциации нефрологов ННГ. Минск: СтройМедиаПроект, 2016.-140 с.

## КАДРОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЁЗНОЙ СЛУЖБЫ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН И НЕОТЛОЖНЫЕ МЕРЫ ПО ИХ МИНИМИЗАЦИИ

*Бобоходжаев О.И., Сатторов С.С., Авзонов З.Т.*

Кафедра фтизиопульмонологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино, ТНИИ профилактической медицины. Таджикистан

**Актуальность.** Существенной проблемой фтизиатрической службы остается дефицит квалифицированных кадров фтизиатров, причиной которого является высокий риск инфицирования микобактерией туберкулёза [1, 5]. Установлено, что длительное воздействие на организм инфицированных людей неблагоприятных эпидемиологических, медико-биологических и социальных факторов увеличивает вероятность развития туберкулёза [4]. Весь этот комплекс имеет место и во фтизиатрической службе, однако доказано, что при соблюдении мер инфекционного контроля заболеваемость медицинских работников в фтизиатрических учреждениях не превышает таковой в других лечебно-профилактических учреждениях [3].

**Цель исследования.** Изучить ситуацию по обеспечению противотуберкулёзных учреждений Республики Таджикистан врачами фтизиатрами.

**Материал и методы исследования.** В качестве источника данных использован статистический сборник «Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения» за последние 10 лет. Проведен анализ структуры противотуберкулёзной службы, числа врачей фтизиатров и обеспеченность населения врачами фтизиатрами. Также использованы данные проведенных программных мониторинговых визитов в регионы страны.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В действительности, ситуация по обеспечению врачами фтизиатрами в нашей стране требует принятия неотложных мер. В стране в противотуберкулёзной службе функционируют 3 самостоятельных стационара, 59 Центров по борьбе с туберкулёзом, среди которых 23 имеют в своей структуре стационары. Это одна из немногих служб, которая может похвастаться своей инфраструктурой, так как за последние 10 лет, основные противотуберкулёзные учреждения в центре и регионах полностью восстановлены и приведены в соответствие к современным требованиям. Всего по стране работают 234 врача фтизиатра, которые не в силах решить поставленные перед фтизиатрической службой задачи по искоренению туберкулёза. Обеспеченность врачами фтизиатрами составляет 0,3 на 10 тысяч населения, что является самым низким показателем среди других специальностей. Заметной динамики по числу фтизиатров за последние 10 лет, к сожалению, не отмечено. И, наоборот, за последние годы десятки специалистов службы покинули страну в связи с переселением в Российскую Федерацию. Имеются регионы, где нет ни одного врача фтизиатра (Лахш, Бустон, Мастчоҳ, Кух.Мастох, Хуросон, Хамадони, Муминобод, Мурғоб, Роштқалъа и др.). В связи с этим, ответственными за реализацию Национальной программы и Национального стратегического плана по защите населения от туберкулёза уже в течение более 10 лет являются семейные специалисты. Налажена интеграция между фтизиатрической службой и ПМСП, однако, проблемы по внедрению стратегий ВОЗ касательно профилактики развития активных форм ТБ у инфицированных лиц, активного выявления всех случаев с подозрением на активный ТБ и контролируемой химиотерапии, имеют место в клинической практике. В стране имеется острая нехватка в фтизио-педиатрах, фтизио-менингологах, лимфоабдоминальных и костных специалистах, цитологов и гистологов в противотуберкулёзных лабораториях. В связи с этим, имеющиеся туберкулёзные стационары в регионах работают в неполную нагрузку, так как таких пациентов вынуждено отправляют на госпитализацию в столицу – Национальный центр туберкулёза, болезней легких и грудной хирургии, а также Детскую туберкулёзную больницу г. Душанбе.

Наши предыдущие исследования показали, что улучшение инфраструктуры противотуберкулёзных учреждений и внедрение мер по мониторингу и оценке инфекционного контроля, значительно улучшило эпидемиологическую ситуацию по заболеваемости ТБ среди работников противотуберкулёзной службы [2].

Учитывая серьёзную кадровую проблему в фтизиатрической службе в Республике Таджикистан, Лидер нации, Основатель мира и национального единства, Президент страны, уважаемый Эмомали Рахмон своим указом начиная с 1 июля 2019 года увеличил заработную плату на 100 % медицинским работникам, непосредственно предоставляющим услуги больным туберкулёзом. Это есть исторический факт сильной политической поддержки службы и мы надеемся, что в ближайшие годы в противотуберкулёзную службу придут достойные специалисты, что несомненно отразится на качестве проводимых противотуберкулёзных мероприятий.

**Выводы.** Всё ещё имеет место сильная нехватка в врачах фтизиатрах. В то же время, активная работа по внедрению программ инфекционного контроля в противотуберкулёзных учреждениях дала положительные результаты по снижению уровня заболеваемости сотрудников. Кроме этого, в стране имеется сильная политическая поддержка противотуберкулёзной службы, которая отражена в почти полностью реорганизованной инфраструктуре и материальной мотивации работников. Необходимо пересмотреть подходы к интеграции двух служб: противотуберкулёзной и ПМСП, переходя от функциональной интеграции на структурную.

## Список литературы

1. Абдылаева, Г.М. Заболеваемость туберкулёзом среди работников медицинских организаций Кыргызской Республики / Г.М. Абдылаева, А.С. Кадыров // Туберкулёз и болезни легких. - 2017. - Т.95, №7. – С.29-32.

2. Улучшение эпидемиологической ситуации по заболеваемости туберкулёзом среди работников противотуберкулёзной службы в Республике Таджикистан / О.И. Бобоходжаев, С.С. Сатторов, С.П. Алиев, З.Т. Авгонов // *Здравоохранение Таджикистана*. - 2019. - №2. - С. 99-100.
3. Зорина, М.М. Оценка влияния мер инфекционного контроля на динамику заболеваемости туберкулёзом персонала противотуберкулёзных медицинских организаций / М.М. Зорина, Т.И. Петренко, П.Н. Филимонов // *Туберкулёз и болезни легких*. - 2017. - Т.95, №8. - С. 30-34.
4. Николаев, В.А. Индивидуальная профилактика туберкулёза органов дыхания с учетом медико-санитарных факторов риска (методические указания.) / В.А. Николаев, Г.Я. Клименко. - Воронеж, 2011. - 42 с.
5. Профессиональное заболевание туберкулёзом в Рязанской области за тридцатилетний период / Д.Н. Оськин [и др.] // *Туберкулёз и болезни легких*. - 2019. - Т.97, №2. - С.38-41.

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА**

*Бреев Ю.С., Невзорова Е.В.*

Кафедра медицинской биологии с курсом инфекционных болезней Медицинского института Тамбовского государственного университета имени Г.Р. Державина. Россия

**Актуальность.** Основным направлением развития здравоохранения в РФ является создание активного долголетия, а, следовательно, улучшение качества жизни пациентов, после перенесения неврологических, кардиологических, онкологических и др. заболеваний. В настоящее время в РФ предусмотрена система медицинской реабилитации как при кардиальной, так и при других видах заболеваний (неврологических, онкологических, а также в перинатологии и травматологии). Вопрос кардиореабилитации в настоящее время широко распространен.

Медицинская реабилитация определяется как «комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, сохранение восстановленных функций организма после завершения остро развившегося или обострения хронического патологического процесса в организме» [1].

Результаты исследований по оценке эффективности ранней физической реабилитации демонстрируют, что комплексная кардиореабилитация улучшает клиническое течение заболевания и даже оказывает положительное влияние на торможение прогрессирования атеросклероза, повышает толерантность к физической нагрузке и нормализует липидный спектр крови, позитивно воздействует на физиологическое и психологическое состояние пациента [2].

Необходимо отметить, что зарубежные рекомендации по организации и использованию системы кардиореабилитации в основном малоприменимы в условиях отечественного здравоохранения. Поэтому совершенствование реабилитационной помощи в РФ должно учитывать национальные, в том числе региональные, особенности системы кардиореабилитации, базироваться на потенциале, накопленном реабилитационной службой за многие годы. [3,4].

**Целью** данного исследования явилась разработка методики кардиореабилитации для пациентов, перенесших инфаркт миокарда.

**Материалы и методы исследования.** Исследование проходило с 2016 по 2018 год на базе ГБУЗ «ТОКБ имени В.Д. Бабенко», г. Тамбов; специализированной лаборатории немедикаментозной оптимизации состояния организма человека кафедры Медицинской биологии с курсом инфекционных болезней Медицинского института ТГУ имени Г.Р. Державина.

Было исследовано 96 пациентов с ИБС, перенёсших инфаркт миокарда. Кардиореабилитацию проходили пациенты, перенесшие коронарное шунтирование. В исследование не попали пациенты, имеющие аневризму левого желудочка, жизнеугрожающие нарушения ритма сердца, 4 функциональный класс сердечной недостаточности, заболевания опорно-двигательного аппарата.

Были созданы две группы. Первая (контрольная) группа состояла из 46 пациентов из них 16 женщин в возрасте от 47 до 69 лет и 30 мужчин в возрасте от 43 до 65 лет. Данная группа проходила стандартную схему кардиореабилитации. Пациенты проходили реабилитацию, которая включала упражнения на мышцы верхнего плечевого пояса, дыхательную гимнастику.

Вторая группа состояла из 50 человек, среди которых было 18 женщин в возрасте от 46 до 71 года и 32 мужчин в возрасте от 44 до 72 лет. Эти пациенты проходили кардиореабилитацию с помощью контролируемых низкоинтенсивных тренировок на тредмиле.

Период кардиореабилитации продолжался 14 дней для каждого пациента. Начальная интенсивность тренировок составляла 2 метаболических эквивалента. Тренировки проходили ежедневно, начиная с 3-4х суток после операции и до дня выписки из стационара. Начиная с сеансов по 6 минут на начальном занятии с увеличением длительности на 1 минуту каждое следующее занятие.

По завершении программы кардиореабилитации, пациенты обеих групп заполнили опросник SF – 36 Health Status Survey [5] для определения качества жизни. Данный опросник состоит из 36 вопросов, которые разбиты на 8 различных шкал. Все эти шкалы в свою очередь формируют физический и психический компоненты здоровья. Дополнительно всем пациентам измеряли динамические показатели сердечно-сосудистой системы, такие как САД, ДАД, ПАД, ЧДД, ЧСС.

**Результаты исследования их обсуждение.** Результаты исследования показали, что дозированная низкоинтенсивная тренировка на тредмиле активизирует основные факторы гемодинамики — кардиальный и экстракардиальный. Адекватная физическая нагрузка обеспечивает устойчивость системы кровообращения, ее функциональный резерв. Общая выносливость организма формируется повседневной двигательной активностью и физическими

упражнениями. Увеличение уровня физической работоспособности достигается с помощью аэробных нагрузок, повышающих выносливость (таб.1).

**Таблица 1. - Динамические показатели ССС, М±m; n=96**

Показатель	Группы обследования			
	Группа №1 (n=46)		Группа №2 (n=50)	
	После тренировки	Спустя 5 мин	После тренировки	Спустя 5 мин
САД мм.рт.ст.	150±0,01	140±0,01	140±0,01	135±0,01
ДАД мм.рт.ст.	85±0,02	75±0,01	75±0,01	70±0,01
ПАД мм.рт.ст.	70±0,01	65±0,02	65±0,01	65±0,03
ЧДД д/мин	24±0,01	19±0,01	22±0,01	18±0,01
ЧСС Уд/мин	96±0,03	85±0,01	90±0,01	85±0,02

*М – Среднее значение параметра; m – ошибка среднего отклонения;*

*\*p<0,01 – вероятность ошибки*

Как показали исследования, у пациентов после курса тренировки по данным опросника физической и психологической компоненты здоровья были качественно выше, чем до тренировки. Самое большое различие наблюдается в шкале социального функционирования (34,1%). Самое незначительное различие в шкале ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (15,8%). Среди пациентов было выявлено улучшение показателей качества жизни по опроснику SF-36, что указывает на клиническую эффективность данной методики, а, следовательно, и увеличение продолжительности жизни у данных пациентов (рис. 1)

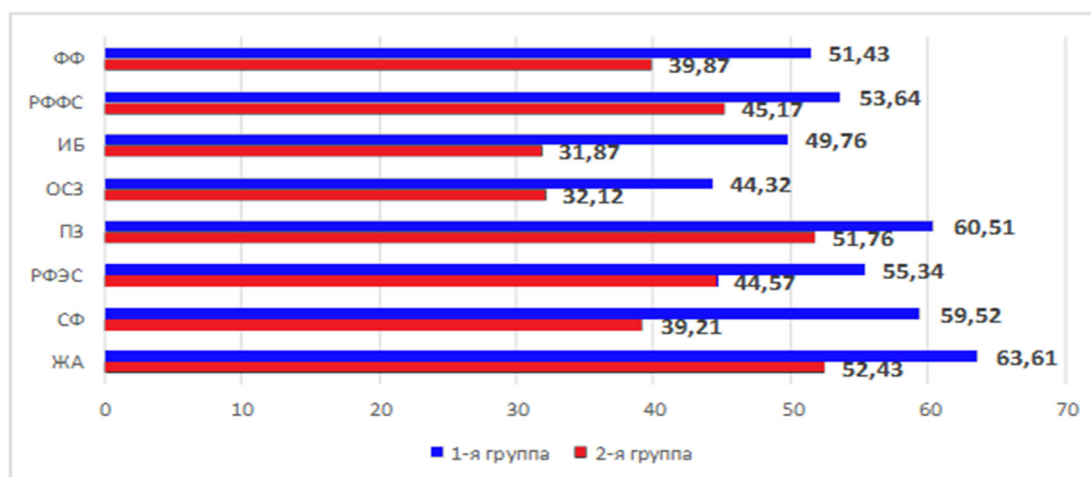


Рис. 1. Показатели опросника SF-36 для пациентов обеих групп.

*ФФ – физическое функционирование; РФФС – ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; ИБ – интенсивность боли; ОСЗ – общее состояние здоровья; ПЗ – психическое здоровье; РФЭС – ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием; СФ – социальное функционирование; ЖА – жизненная активность.*

**Выводы.** Методика, обусловленная проведением низкоинтенсивных тренировок с помощью тредмила на раннем послеоперационном этапе, не приводит к увеличению риска развития сердечно-сосудистых осложнений, не вызывает значительного повышения уровня АД, ЧСС и ЧДД от уровня состояния в покое. Всё это делает методику безопасной, практичной и легкодоступной. Среди пациентов второй группы были выявлены лучшие показатели качества жизни, согласно опроснику SF – 36, это играет важную роль в пользу клинической эффективности данной методики, а, следовательно, увеличению качества жизни пациентов и повышение ее продолжительности.

#### Список литературы

1. Куимов, А. Кардиореабилитация: новый взгляд на старые проблемы / А. Куимов, И. Москаленко // Сибирское медицинское обозрение. – 2014. - № 1 (85). – С. 5-11.
2. Туякбаева, А. Ранняя кардиореабилитация в стационаре. Клинический пример / А. Туякбаева, М. Жангелова, Л. Багланова // Актуальные проблемы современной науки: сборник тезисов научных трудов XVIII Международной научно-практической конференции. Международный научный центр. – 2017. – С. 20-23.
3. Андреева, Т. Кардиореабилитация больных с острым коронарным синдромом в условиях санатория-курорта "Усть-Качка". Значение лечебной физкультуры / Т. Андреева, Л. Светлакова, Л. Сыромятникова // Пермский медицинский журнал. – 2015. - Т.32, №5. – С. 112-119
4. Лубинская, Е. Сопоставление клинической и социальной эффективности кардиореабилитации больных, перенесших коронарное шунтирование / Е. Лубинская, О. Николаева, Е. Демченко // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2012. - №1 (37). – С. 218-223.
5. Крючкова, О. Современные направления реабилитации и вторичной профилактики, используемые после перенесенного инфаркта миокарда / Е. Ицкова, Ю. Лутай // Крымский терапевтический журнал. – 2015. - №1.–С. 25-29.

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ И ВОЗРАСТ-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

*Власова А.В., Морозова Т.Е., Герцог А.А., Шмелькова Е.А., Габдрахманова А.Г.*

Первый Московский государственный медицинский университет  
имени И.М. Сеченова, кафедра общей врачебной практики, Москва, Российская Федерация

**Актуальность.** Мировая тенденция старения населения и увеличения доли лиц старших возрастных групп ставит перед обществом ряд медицинских и социально-экономических проблем. Значительный рост средней продолжительности жизни диктует необходимость определения лечебной тактики в отношении пациентов старших возрастных групп [1]. Выявление гериатрических синдромов определяет стратегию ведения пациентов, прогноз для здоровья и жизни, потребность в посторонней помощи и уходе. Возникновение одного гериатрического синдрома повышает риск возникновения других гериатрических синдромов и как следствие развитию синдрома старческой астении (ССА).

Развитие ССА сопровождается снижением физической и функциональной активности, адаптационного и восстановительного резерва организма, повышает риск развития неблагоприятных исходов – госпитализаций, развития функциональных дефицитов, физических ограничений, падений и переломов, и наконец смерти. На сегодняшний день можно уверенно сказать, что наличие у пациента синдрома старческой астении является неблагоприятным фоном для развития сопутствующих заболеваний, в частности, сердечно-сосудистых заболеваний, нарушений гормонального и иммунного статуса, а также, сочетается со снижением мышечной массы, когнитивными расстройствами и многими другими заболеваниями. Однако, синдром старческой астении является потенциально обратимым, поэтому своевременная диагностика поможет предотвратить развитие данного синдрома и связанных с ним возраст-ассоциированных заболеваний и состояний [2-5].

**Цель исследования.** Целью исследования было изучение распространенности гериатрических синдромов и возраст-ассоциированных заболеваний среди пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей, что впоследствии поможет повлиять на тактику ведения пациентов с синдромом старческой астении.

**Материалы и методы исследования.** В исследование включались все пациенты, находящиеся на стационарном лечении в госпитале ветеранов войн г.Москвы старше 65 лет, давшие информированное согласие на участие в исследовании. Были включены в исследование 159 человек, госпитализированные в различные отделения госпиталя (терапевтическое, кардиологическое, травматологическое, нейрохирургическое, неврологическое, лор-отделение, офтальмологическое, отделение сосудистой хирургии, гнойной хирургии, паллиативное отделение). Участники были поделены на три группы по возрастам (65-74, 75-84, >85), а также по полу (мужчины и женщины). Всем участникам была проведена комплексная гериатрическая оценка (КГО) включающая в себя междисциплинарную оценку физического, психического состояния здоровья, социальных отношений, удовлетворенности качеством жизни среди пожилых людей, с использованием индивидуальной регистрационной карты участника, в которую входят – валидированный скрининговый опросник «Возраст не помеха» для выявления синдрома старческой астении. Также проведена оценка с помощью гериатрической шкалы депрессии GDS-15, шкалы базовой активности в повседневной жизни (индекс Бартел), шкалы повседневной инструментальной активности (Lowton IADL), тестов для оценки физической активности (SPPB), теста Мини-Ког, проведен анализ медицинской документации.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Согласно результатам одномоментного эпидемиологического исследования по результатам опросника «возраст не помеха» у всех исследуемых пациентов был выявлен синдром старческой астении ( $\geq 3$  положительных ответов).

Наиболее распространенными заболеваниями явились остеоартроз (100% в мужской и женской группе) и артериальная гипертензия (97% среди мужчин и 98% среди женщин) во всех возрастных группах. Хроническая сердечная недостаточность и стабильная стенокардия заняли вторые позиции. Также, более половины мужчин от 65 лет и старше страдают заболеваниями простаты (62% соответственно).

У менее, чем половины участников исследования были отмечены и другие заболевания, которые так или иначе связаны с сердечно-сосудистой патологией – инфаркт миокарда в анамнезе (муж >жен, 22%, 20% соответственно), фибрилляция предсердий (приблизительно одинаково). Такие заболевания как инсульт и/или ТИА, сахарный диабет (1 или 2 типа), язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки среди женщин встречались чаще.

Среди гериатрических синдромов наиболее распространенными являются – нарушение памяти/понимания/ориентации, трудности в перемещении, падения и связанные с ними травмы, снижение зрения и слуха, недержание мочи, снижение массы тела. Распространенность увеличивается с возрастом – чем старше группа, тем чаще встречаются синдромы. Также, можно отметить, что более 50% женщин и мужчин всех возрастных категорий страдают от нарушений со стороны органов слуха (снижение) и зрения (катаракта, глаукома, выполненные оперативные вмешательства по поводу этих заболеваний). Отметим, что в группе женщин недержание мочи беспокоит более половины пациенток (55 % в группе от 65 до 74, 82% в группе 74-85, 78% - среди пациенток >85 лет).

Примечательны результаты теста мини-ког, где пациентам предлагалось нарисовать часы и отметить определенное время, а также запомнить 3 названные исследователем слова и воспроизвести их спустя некоторое время. Справились с данным заданием из 159 человек менее половины исследуемых, а увеличение возраста соответствует ухудшению результатов.

**Выводы.** По итогам исследования видно, что среди всех исследуемых пациентов с синдромом старческой астении худшие результаты (более половины пациентов не справились с заданием) выявлены в когнитивной сфере.

Наиболее распространенными заболеваниями являются сердечно-сосудистые заболевания, такие как артериальная гипертензия, стабильная стенокардия, хроническая сердечная недостаточность. Среди мужчин распространены

заболевания простаты, а среди женщин самый беспокоящий синдром – недержание мочи. Обе группы в большинстве своем страдают нарушениями со стороны органов зрения и слуха.

Распространенность заболеваний и частота выявления синдромов увеличивается вместе с возрастом.

Старческая астения является наиболее распространенным гериатрическим состоянием, которое связано с высокой заболеваемостью и инвалидностью. При своевременном выявлении возможно улучшить качество жизни пожилого человека, замедлив прогрессирование функциональных нарушений организма.

*Эти данные негативно характеризуют прогнозируемую на ближайшее время региональную тенденцию динамики показателей заболеваемости у анализируемого контингента населения. Они должны быть учтены при решении вопросов сохранения и укрепления здоровья населения пожилого и старческого возраста, в т.ч. — при формировании региональных социальных программ и программ здравоохранения.*

#### Список литературы:

1. United Nations. World Population Ageing Report. 2015
2. Makizako H., Shimada H., Doi T., Tsutsumimoto K., Suzuki T. Impact of physical frailty on disability in community-dwelling older adults: a prospective cohort study. *BMJ Open*. 2015; 5(9):e008462. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008462>
3. Зарудский А.А., Прощаев К.И. Старческая астения и сердечно-сосудистые болезни как факторы взаимоотношения // *Современные проблемы науки и образования*. 2014;1. Режим доступа: [www.science-education.ru/pdf/2014/1/175.pdf](http://www.science-education.ru/pdf/2014/1/175.pdf). Ссылка активна на 28.05.2019.
4. Topinková E. Aging, disability and frailty. *Ann Nutr Metab*. 2008; 52 Suppl 1:6-11. doi: 10.1159/000115340
5. Ильницкий А.Н., Прощаев К.И. Старческая астения (frailty) как концепция современной геронтологии // *Геронтология: научный журнал*. 2013;1. Режим доступа: [www.gerontology.esrae.ru/1-2](http://www.gerontology.esrae.ru/1-2). Ссылка активна на 28.05.2019.

### ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ НА ФОНЕ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ

*Воронецкая К.Р., Сохибов Р.Г., Замунов О.А.*

Кафедра внутренних болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** За последние три десятилетия ВИЧ-инфекция унесла более 36 миллионов человеческих жизней. Каждый день в мире более 7000 инфицируются вирусом иммунодефицита человека [1-2].

В связи с увеличением сроков дожития пациентов, обусловленным более широким распространением антиретровирусной терапии, сердечно-сосудистая патология у ВИЧ-инфицированных больных постепенно начинает занимать значимое место [3].

С наличием ВИЧ-инфекции ассоциируется удлинение интервала Q-T и развитие желудочковых аритмий (чаще torsades de points). Сообщения о влиянии антиретровирусной терапии на сердечно-сосудистую систему, в том числе на длительность и дисперсию интервала Q-T малочисленны и во многом противоречивы [4]. В условиях Республики Таджикистан подобные исследования не проводились.

**Цель исследования.** Изучить влияние антиретровирусной терапии на длительность и дисперсию интервала Q-T у больных ВИЧ-инфекцией.

**Материал и методы исследования.** Обследовано 95 больных ВИЧ-инфекцией, находившихся на стационарном лечении в городской клинической инфекционной больнице г. Душанбе. Пациенты были распределены на 2 группы. В основную группу входили 60 больных ВИЧ-инфекцией, получавших АРТ. Возраст пациентов колебался от 24 до 52 лет (в среднем 37,6±6,7). Мужчин было 49 (средний возраст 38,4±6,2) и женщин – 11 (средний возраст 34,1±7,8).

Группа сравнения состояла из 35 пациентов с ВИЧ-инфекцией, которые по тем или иным причинам не получили АРТ. Средний возраст обследованных составил 38,4±5,8 лет. Среди них: мужчин – 23, женщин – 12. В контрольную группу входили 30 практически здоровых лиц, сопоставимых по возрасту и полу с ВИЧ-инфицированными пациентами. Больным основной группы в стационаре назначали АРТ по национальному протоколу ВИЧ/СПИД РТ: зидовудин/ламивудин, эфаверенц в общепринятых дозах.

У всех обследованных ЭКГ оценивалась от начала и после 3 месяцев исследования. Для оценки длительности и дисперсии интервала Q-T ЭКГ регистрировалась одновременно в 12 стандартных отведениях при скорости записи 50 мм/с. В каждом возможном отведении (но не менее 9) интервал Q-T и предшествующий ему интервал R-R измерялись в трех последовательных циклах с расчетом средних значений. Продолжительность интервала Q-T определялась временем от начала комплекса QRS до конца зубца Т пересечением им изоэлектрической линии Т-Р. Коррекция интервала Q-T (Q-Tc) с учетом ЧСС проводилась при помощи формулы Н.С. Vazett:  $Q-Tc = Q-T / \sqrt{R-R}$ . Неблагоприятным признаком считали эпизоды удлинения Q-Tc более 450 мс [5]. Корректированная дисперсия интервала Q-T (dQ-Tc) определялась (dQ-Tc) путём вычитания из наибольшего Q-Tc наименьшего, в миллисекундах.

При статистической обработке Statistika 6, применяли стандартные методы вычисления средних величин и стандартных отклонений ( $M \pm m$ ). Достоверность данных для зависимых выборок определялась по Т-критерию Вилкоксона и независимых – по U-критерию Манна-Уитни.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Исходно у больных ВИЧ-инфекцией было выявлено значительное ухудшение со стороны процессов реполяризации сердца по сравнению с контрольной группой. Это подтверждалось показателями электрической систолы сердца. При сравнении величин скорректированного интервала Q-T (Q-Tc) и его дисперсии (dQ-Tc) наблюдалось превышение данных показателей у пациентов основной группы: Q-Tc – на 16,6% (585,2±6,5 против 416,1 мс±3,8) и dQ-Tc – на 74,9% (73,3±0,6 против 41,9±0,7 мс).



После 3-х месячного курса лечения антиретровирусными препаратами в основной группе отмечалось значительное улучшение общего самочувствия пациентов. Положительный клинический эффект сопровождался улучшением функциональных параметров сердца (табл. 1).

Таблица 1

Показатели электрокардиографических параметров реполяризации у больных ВИЧ-инфекцией до и после АРТ

Показатель	Основная группа (n=60)		P	Группа сравнения (n=35)		P
	До лечения	После лечения		Исходно	Через 3 месяца исследования	
ЧСС	82,9±0,5	79,0±0,6	<0,001	80,4±0,6	82,7±0,5	<0,001
Q-T	497,3±4,2	476,2±3,2	<0,001	499,8±4,3	504,1±4,2	<0,001
Q-Tc	585,2±6,5	546,9±5,4	<0,001	578,6±5,5	591,8±5,4	<0,001
Q-Tcmax	592,7±6,4	554,4±5,3	<0,001	586,2±5,3	596,9±5,3	<0,001
Q-Tcmin	519,4±6,3	487,4±5,2	<0,001	512,2±5,2	522,1±5,2	<0,001
dQ-Tc	73,3±0,6	67,0±0,5	<0,001	73,9±0,8	74,9±0,7	<0,001

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей в основной и группе сравнения (по T-критерию Вилкоксона)

Наблюдалось уменьшение скорректированного интервала Q-T на 6,5% (от 585,2±6,5 до 546,9±5,4 мс) и его дисперсии на 8,6% (от 73,3±0,6 до 67,0±0,5 мс).

В группе сравнения в отличие от больных, получивших АРТ на фоне отсутствия существенной динамики со стороны общего состояния, отмечено ухудшение со стороны функциональных показателей сердца. Так длительность скорректированного интервала Q-T увеличилась на 2,8% (до лечения – 578,6±5,5, после – 591,8±5,4 мс) и dQ-Tc также имела тенденцию к удлинению (от 73,9±0,8 до 74,9±0,7 мс)

**Выводы.** Полученные нами данные свидетельствуют об увеличении степени электрической неоднородности миокарда у пациентов, не получавших вышеуказанную схему терапии. Таким образом, антиретровирусные препараты у больных ВИЧ-инфекцией способствуют улучшению показателей длительности и дисперсии интервала Q-T, тем самым снижает риск возникновения желудочковых тахикардий и развитие внезапной сердечной смерти.

#### Список литературы

1. Покровский В.В. ВИЧ-инфекция и СПИД. Клинические рекомендации / В.В. Покровский. // – М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2013. – 192 с.
2. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2016 // - UNAIDS. – 2016. - P. 13.
3. Руженцова Т.А. Перспективы изучения поражений сердца при инфекционных заболеваниях. / Т.А. Руженцова, А.В. Горелов // Эпидемиология и инфекционные болезни, актуальные вопросы. – 2014. - №2. – С. 80-87
4. Frequency of electrocardiogram testing among HIV-infected patients at risk for medication-induced Q-Tc prolongation / N. Patel [et al.] // HIV Medicine. – 2013. – №14. – P. 463-471.
5. Макаров Л.М. Холтеровское мониторирование. / Л.М. Макаров. // - М.: Медпрактика-М. – 2008. – 456 с.

## ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРКАЛИЕМИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ДОДИАЛИЗНОГО ПЕРИОДА

Гадов С.Х., Бобиева Н.Х., Рашидов И.М., Каримов Н.У.

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Растущая популяция пациентов с почечной недостаточностью остаётся актуальной проблемой в нефрологии. С возникновением гиперкалиемии данная категория больных относится к группе высокого риска, которая приводит к фатальным нарушениям сердечной деятельности, что ухудшает качество жизни больного. Результаты эпидемиологических исследований свидетельствуют о том, что даже самые ранние субклинические нарушения функции почек являются независимыми факторами риска сердечно-сосудистых событий и смерти [1]. Гиперкалиемия является одной из важнейших проблем ухудшения состояния больных с почечной недостаточностью додиализного периода. Коррекция гиперкалиемии является основной частью лечения таких больных. История лечения гиперкалиемии берёт начало с 60-х годов прошлого столетия, когда были разработаны различные препараты и методы лечения, выводящие калий из организма, но способствующие нарастанию отёков, повышению артериального давления и прогрессированию сердечной недостаточности за счёт увеличения концентрации натрия в сыворотке крови [2,3]. Торасемид, являясь петлевым диуретиком, метаболизируется в печени, обладает пролонгированным действием.

Немаловажная гипокалиемическая диетотерапия, являясь также составной частью лечения, включает ограничение продуктов, содержащих калий в дозе не выше 2 г/сут [4,5].

**Цель исследования.** Оценить эффективность и безопасность применения петлевого диуретика - торасемида при лечении гиперкалиемии у больных почечной недостаточностью додиализного периода.

**Материал и методы исследования.** Под нашим наблюдением находились 78 больных в возрасте от 18 до 70 лет с хронической почечной недостаточностью додиализного периода различного генеза, из них 48 (61,5%) женщин и 30 (38,5) мужчин, находившиеся на стационарном лечении в нефрологическом отделении ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» и дальнейшем наблюдении нефролога центра.

Больным проводилось общеклиническое обследование. В исследование включались пациенты с уровнем калия в плазме крови от 5,5 до 6,5 ммоль/л. Больные были подразделены на две равные (по 39 больных) группы. Группы не различались по основным параметрам, включая демографические данные и характеристики сопутствующей патологии. Основная группа, помимо традиционной терапии (антиагреганты, антикоагулянты, гипотензивные

и энтеросорбенты), применяли препарат торасемид по 10 мг/сут в течение месяца на фоне гипокалиемической диеты. Пациентам контрольной группы торасемид не назначался. Исследование включало три этапа: каждая декада месяца. Первичным критерием эффективности являлось снижение концентрации калия к 10-ому дню лечения в сравнении с начальным показателем.

Полученные результаты обрабатывались методом вариационной статистики. Для обработки данных были использованы программы MS Excel пакета MS Office 2007.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В результате наблюдений выявлено, что исходный уровень калия в сыворотке крови в обеих группах составил 5,5-6,5 ммоль/л. На 10-ый день курса терапии уровень калия в основной группе (5,0-5,7) снизился на  $0,5 \pm 0,8$  ммоль/л, а в контрольной группе (5,2-6,0) на  $0,3 \pm 0,5$  ммоль/л; на 20 день в соответствии 4,8-5,2 и 5,0-5,8 ммоль/л, на 30 сутки в соответствии 4,1-4,5 и 4,8-5,1 ммоль/л. В сумме итоговый уровень калия в сыворотке крови в 1-ой группе снизился на  $1,4 \pm 2,0$  ммоль/л, а во 2-ой группе на  $0,7 \pm 1,4$  ммоль/л, что доказывает преемлемость применения торасемида у данной категории больных.

**Выводы.** Торасемид эффективно снижает уровень калия в сыворотке крови при гиперкалиемии у больных с хронической почечной недостаточностью додиализного периода, обладает удовлетворительным профилем безопасности и переносимости, является наиболее обоснованным выбором для проведения длительного лечения, а также экономически доступен.

#### Список литературы

1. Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики и подходы к лечению / А.В. Смирнов [и др.] // Национальные рекомендации. - «Левша. Санкт - Петербург», 2012. - 51 с
2. Nepal M, Bucaloiu ID, Norfolk ER. Hypermnatremia in a patient treated with sodium polystyrene sulfonate. Int J Nephrol Renovasc Dis 2010; 3: 141-143
3. Chernin G, Gai-Oz A, Ben-Assa E et al. Secondary prevention of hyperkalemia with sodium polystyrene sulfonate in cardiac and kidney patients on rennin-angiotensin-aldosterone system inhibition therapy. Clin Cardiol 2012; 35: 32-36
4. Смирнов А.В., Кучер А.Г., Каюков И.Г., Есаян А.М. Руководство по лечебному питанию для больных с хронической болезнью почек. Спб-Тверь: Триада, 2015
5. Рябов С.И. Нефрология. Руководство для врачей / С.И. Рябов, И.А. Ракитянская / В 2-х томах. Том 1: Заболевания почек.- СПб. – Спец. лит. - 2013. - 767 с.

### ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГИПОАЗОТЕМИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА «ЭНТЕРОСГЕЛЬ» У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ИНТЕРМИТТИРУЮЩЕЙ СТАДИИ

*Гадоев С.Х., Бобиева Н.Х., Рашидов И.М., Абдуллоев Ф.Н.*

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Одной из основных целей лечения больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН) в интермиттирующей стадии, является иррадикация азотемии [1,2]. В условиях дефицита и недоступности гемодиализа, учитывая преимущественную способность удалять азотистые шлаки слизистой оболочкой желудка и кишечника, в комплексном лечении ХПН используются различные энтеросорбенты, обладающие гипоазотемическим эффектом, в данном исследовании препарат энтеросгель [3].

Энтеросгель является гелевидным энтеросорбентом, представляющим пространственно сшитую кремнеорганическую матрицу, образующую поры, заполненные водой. Заданные размеры пор обеспечивают селективность сорбции. Энтеросгель сорбирует и выводит из организма токсические вещества. Он не налипает на слизистые оболочки, не травмирует их и не внедряется в ткани организма.

**Цель исследования.** Изучение эффективности и безопасности препарата «Энтеросгель» у больных с хронической почечной недостаточностью в интермиттирующей стадии.

**Материал и методы исследования.** Обследовано 30 больных, 17 женщин и 13 мужчин, средний возраст которых составил 42,7 лет, с клинически установленным диагнозом хронический гломерулонефрит, осложнённый ХПН в интермиттирующей стадии. Уровень азотемии оценивался по показателям СКФ, мочевины и креатинина в сыворотке, которые определялись общепринятыми методами диагностики. Длительность исследования составила 90 дней. Контрольными точками явились тридцатые дни каждого месяца.

Всем больным проводилось общеклиническое обследование в нефрологическом отделении ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» и назначена базисная терапия ХПН, которая включает диету, коррекцию водно-электролитных нарушений, артериальной гипертензии и ацидоза. В последующем все больные находились на диспансерном наблюдении у нефрологов центра. Больные разделены поровну на 2 группы. Больным первой группы в составе комплексной терапии почечной недостаточности наряду с леспенефрилом и полифепаном назначали «Энтеросгель» по 15 гр в сутки, больные второй группы получали только леспенефрил и полифепан. Курс приёма энтеросгеля составил 90 дней. Результаты исследования обработаны статистически с использованием критерия t Стьюдента с проверкой равенства средних значений в двух выборках. Различия считали достоверными при  $p < 0,05$ .

**Результаты исследования и их обсуждения.** Как показали полученные результаты СКФ до лечения составили в среднем  $47,2 \pm 1,63$  мл/мин, мочевина  $13,6 \pm 2,94$  ммоль/л, креатинин  $270,5 \pm 26,3$  мкмоль/л.

На 30 день первого месяца исследования получены лабораторные показатели: в 1 группе: СКФ  $51,5 \pm 1,93$  мл/мин, мочевина  $12,1 \pm 1,64$  ммоль/л, креатинин  $255,1 \pm 22,1$  мкмоль/л, а во 2 группе параметры были следующими: СКФ  $50,3 \pm 1,2$  ммоль/л, мочевина  $13,1 \pm 1,2$  ммоль/л, креатинин  $275,1 \pm 20,1$  мкмоль/л.

На 30 день второго месяца: в 1 группе: СКФ  $53,4 \pm 1,3$  мл/мин, мочевина  $12,0 \pm 0,9$  ммоль/л, креатинин  $242,1 \pm 18,2$  мкмоль/л, а во 2 группе:  $49,4 \pm 0,8$  ммоль/л, мочевина  $13,0 \pm 0,9$  ммоль/л, креатинин  $270,4 \pm 14,2$  мкмоль/л, соответственно.

К концу исследования у больных основной группы отмечено повышение СКФ, при этом показатели мочевины и креатинина имели чёткую тенденцию к их снижению по сравнению с контрольной группой, где отмечалось меньшее улучшение данных показателей.

Очевидно, что коррекция азотемических нарушений препаратом энтеросгель в рекомендуемых терапевтических дозировках у больных в интермиттирующей стадии почечной недостаточности является безопасной и оказывает гипоазотемический эффект.

**Выводы.** Результаты исследований показали, что дополнительное назначение в комплексном лечении больных в интермиттирующей стадии ХПН препарата энтеросгель повышает эффективность лечения за счёт гипоазотемического эффекта и является наиболее безопасным и достаточно эффективным.

#### Список литературы

1. Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики и подходы к лечению / А.В. Смирнов [и др.] // Национальные рекомендации. - Санкт Петербург: «Левша», 2012. - 51с.
2. Руководство по лечебному питанию для больных с хронической болезнью почек / А.В. Смирнов, А.Г. Кучер, И.Г. Каюков, А.М. Есяян. - СПб-Гврь: Триада, 2015.
3. Рябов С.И. Нефрология. Руководство для врачей / С.И. Рябов, И.А. Ракитянская / В 2-х томах. Том 1: Заболевания почек. - СПб. – Спец. лит. - 2013. - 767 с.

### СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТАХ И ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТАХ

*Ганиева М.П., Ходжиева Г.Б., Шарипов М.М., Хасанов Д.М.*  
Кафедра внутренних болезней №3 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

**Актуальность.** Гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) — это явное увеличение массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ), развивающееся на фоне гипертензий при поражении почек, сопровождающееся длительной перегрузкой левого желудочка (ЛЖ). Широкое использование эхокардиографии (ЭхоКГ) позволило классифицировать архитектуру ЛЖ у пациентов с высокими цифрами АД на геометрические модели на базе таких показателей, как масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ) и относительная толщина стенки (ОТС) ЛЖС, с целью объективизации все структурные параметры представляют в виде величин, индексированных к площади поверхности тела. Согласно данным Фремингемского исследования, ГЛЖ наблюдается в тех случаях, когда индекс ММЛЖ (ИММЛЖ) превышает 134 г/м<sup>2</sup> у мужчин и 110 г/м<sup>2</sup> у женщин. В последующих исследованиях, в которых в дополнение к измерениям в М-режиме использовалась двухмерная ЭхоКГ и осуществлялся более строгий популяционный отбор, в качестве критерия ГЛЖ был установлен ИММЛЖ >116 и >104 г/м<sup>2</sup> для мужчин и женщин соответственно. В настоящее время известно, что диастола — активный, энергозависимый процесс, протекающий с затратой кислорода и использованием макроэргических соединений фосфора [14, 15]. Нарушение диастолической функции является следствием повышенной жесткости камеры сердца и гипертрофии миокарда и обусловлено коллагенизацией стромы и увеличением числа и массы мышечных волокон, нарушением их пространственной ориентации, а также недостаточностью кровоснабжения гипертрофированного миокарда ЛЖ [5, 16].

**Цель исследования.** Выявить функциональные изменения сердца у больных с артериальной гипертензией при пиелонефритах и хронических гломерулонефритах.

**Материал и методы исследования.** Под нашим наблюдением находились 60 больных с поражением почек. Из них 24 женщины и 36 мужчин. Возраст больных составил от 18 года до 69 лет. Медиана возраста составила – 36,3. У всех больных АД поднималось в пределах 190/140 мм.рт.ст. Всем больным назначались общеклинические методы исследования (общий анализ крови и мочи), биохимические методы (белок, белковые фракции, мочевины, креатинин). Также проводились ЭКГ, ЭхоКГ. Всем больным назначали пробы Нечипоренко, Реберга, Зимницкого, которые подтверждали поражение почек. При исследовании ЭКГ обращали внимание на признаки гипертрофии левого желудочка и увеличение полости левого желудочка. Широкое использование эхокардиографии (ЭхоКГ) позволило классифицировать архитектуру ЛЖ у пациентов как массу миокарда левого желудочка (ММЛЖ). Все пациенты были распределены на две группы. В первую группу вошли 28 (46.6%) пациентов с гипертонической формой хронического пиелонефрита, во вторую группу вошли 32 (53.3%) больных с гипертонической формой хронического гломерулонефрита.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В общем анализе мочи у всех больных с хроническими пиелонефритами, входящих в первую группу выявлены: протеинурия - от 0,66±0,7; лейкоцитурия – 60±0,9 в поле зрения, ураты – у 56,1% больных; цилиндры гиалиновые до 1-2 в поле зрения. При исследовании мочи на пробу Нечипоренко отмечено снижение концентрационной способности почек и выявлено у 22 больных с хроническим пиелонефритом. При исследовании пробы Реберга отмечено снижение фильтрационной способности почек у 12 пациентов. На ЭКГ в первой группе у всех больных отмечены признаки гипертрофии левого желудочка. На ЭхоКГ выявлены следующие изменения: ИММЛЖ >116 г/м<sup>2</sup> наблюдалось у 15 мужчин и ИММЛЖ >104г/м<sup>2</sup> у 13 женщин, всего 25 (80,6%) пациентов с пиелонефритом.

Также определяли конечный систолический (КСР) и конечный диастолический (КДР) размеры левого желудочка. ЛЖКСР у больных равен 5.8 ± 0.32, что указывает на увеличение объема левого желудочка. Конечный систолический объем (КСО) равен 139,0±1,9, КДО равен 139,0±1,9, что указывает на увеличение диастолического объема желудочка. Фракция выброса была также снижена. При исследовании группы пациентов с хроническим гломерулонефритом, входящих во вторую группу, в общем анализе мочи выявлены протеинурия - от 3,3±0,9; лейкоцитурия – 10±0,3 в поле зрения; ураты – у 12,2% больных; цилиндры зернистые до 2-3 в поле зрения.

**Таблица 1. - Обсуждение полученных результатов**

Показатели	I группа хр. пиелонефрит (n=28)		II группа хр. гломерулонефрит (n=32)	
		P		P
Протеинурия	0,99±0,7	>0,05	3,3 ± 0,9	>0,05
Лейкоцитурия	60±0,9	>0,05	10 ±0,3	>0,05
Цилиндрuria	0		2±0,1	<0,01
Мочевина крови	89 ±0,2	>0,01	96± 1,2	>0,05
Креатинин крови	110 ±0,5	>0,01	112±0,9	>0,05
ЛЖКСР (конечный систолический размер)	4.0 ± 0.6	>0,01	4,1±0,2	>0,01
ЛЖКДР (конечный диастолический размер)	5.8 ± 0.32	>0,05	5,9±0,23	>0,05
КСО (конечный систолический объем)	73,8±1,7	>0,01	75,3±0,9	>0,01
КДО (конечный диастолический объем)	139,0±1,9	>0,01	142,1±1,6	>0,01
Фракция выброса	52,7±1,9	>0,05	52,2±1,4	>0,05

При исследовании мочи на пробу Нечипоренко отмечено также снижение концентрационной способности почек. При исследовании пробы Реберга отмечено снижение фильтрационной способности почек у 22 пациентов. На ЭКГ во второй группе у всех больных отмечены признаки гипертрофии левого желудочка. На ЭхоКГ выявлены следующие изменения: ИММЛЖ >116 г/м<sup>2</sup> которые наблюдались у 28 пациентов. Также определяли конечный систолический и конечный диастолический размеры левого желудочка. Конечный диастолический размер левого желудочка равен 5,9±0,23. ЛЖКСР у больных равен 4,1±0,2, что указывает на увеличение массы левого желудочка. Конечный систолический объем равен 139,0±1,9. Конечный диастолический объем равен 142,1±1,6. Фракция выброса была у пациентов второй группы так же снижена и равна 52,2±1,4.

**Выводы.** При исследовании больных хроническими поражениями почек выявлены структурно-функциональные изменения как у больных с хроническим пиелонефритом (94,7%), так и у пациентов с хроническим гломерулонефритом (93,5%). Более выраженные изменения были у пациентов с хроническим гломерулонефритом.

#### Список литературы

1. Ганиева М.П. Специфичность гипотензивного эффекта диротона (ингибитора АПФ) при отечно-гипертонической форме хронического гломерулонефрита / О.Д. Рахмонова, З.И. Субхонова // Сборник научных трудов Совместной Республиканской научно-практической конференции «Перспективы развития фундаментальных медицинских наук в Таджикистане» и 56 научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Перспективы развития семейной медицины в Таджикистане». – Душанбе.-2008.- С.131-132.
2. Уроков К.З. Особенности клинического течения ишемической болезни почек в условиях жаркого климата. / К.З. Уроков // Журнал «Здравоохранение Таджикистана». – 2013. - №3. - С.91-94.
3. Ходжиева Г.Б. Поражение почек у больных с острым лимфолейкозом. / Г.Б. Ходжиева // Вестник Академии медицинских наук. - 2018. - с.97-99.

### НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ – АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТАДЖИКИСТАНА

*Ганиева М.Т., Мадаминова Т.В., Давлатмирова Г.Ш., Зуурбекова Д.П.*

Кафедра неврологии и основ медицинской генетики ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** В структуре моногенных наследственных болезней значительную часть составляют наследственные заболевания нервной системы (НЗНС). На их долю приходится более 5% всей неврологической патологии в современном обществе. НЗНС занимают особое место как в ряду всех форм наследственных заболеваний человека, так и в патологии нервной системы, что связано с их общей высокой распространенностью, большим разнообразием нозологических единиц, значительным фенотипическим полиморфизмом и выраженной генетической гетерогенностью. Большинство из них носят тяжелый прогрессирующий характер, часто приводят к ранней инвалидизации, а иногда и смерти больного, при этом на сегодняшний день эффективное патогенетическое лечение не разработано. В связи с этим НЗНС имеют не только научную, но и большую медико-социальную значимость [1].

Лица с наследственными болезнями в поликлинических условиях нуждаются в 5-6 раз чаще в медицинской помощи. Среди контингента детских больниц общего профиля от 10 до 20% – это дети с наследственной патологией, что в 5-10 раз выше, чем частота таких больных в популяции. Необходимость более частого обращения к врачу людей с наследственной патологией вполне понятна, также как и более длительная их госпитализация. Во-первых, сама болезнь требует большого объема медицинской помощи, а иногда и постоянного лечения. Во-вторых, наличие наследственной болезни не исключает травм и инфекционных заболеваний. Напротив, они возникают чаще, протекают тяжелее и длительнее в связи с меньшими возможностями поддержания биохимического, иммунологического и гормонального гомеостаза у больных с наследственной патологией [2].

В связи с вышеизложенным, особое значение для предупреждения новых случаев наследственной патологии в отягощенных семьях приобретает генетическая профилактика, основанная на медико-генетическом консультировании [2,4].

На территории Республики Таджикистан проблема НЗНС, их распространенность, особенности клинических проявлений изучены недостаточно, имеются лишь единичные работы, посвященные анализу, клинико-молекулярной диагностике отдельных клинических аспектов данной сложной группы заболеваний.

**Цель исследования.** Оценить особенности распространенности и отягощенности наследственными заболеваниями нервной системы популяции Гиссарского района Республики Таджикистан.

**Материал и методы исследования.** С целью проведения генетико-эпидемиологических исследований на территории районов республиканского подчинения и дальнейшего их расширения по всей республике Таджикистан в качестве пилотного объекта исследования был избран Гиссарский район. Кроме того, в данном районе имеется четкое разграничение на городские и сельские популяции, что дало возможность проведения сравнительного анализа отягощенности наследственными болезнями нервной системы между ними.

Исследование проводилось на базе кафедры неврологии и основ медицинской генетики ТГМУ им. Абуали ибни Сино и включало в себя как ретро, так и проспективный методы. Были получены данные о больных, находившихся на стационарном лечении в неврологических отделениях ГУ «Национальный медицинский центр Республики Таджикистан», проживающие на территории Гиссарского района. Кроме того, сведения об имеющихся больных получены из Районного центра здоровья Гиссара и Домов здоровья джамоатов района. С целью выявления ранее не зарегистрированных случаев заболевания были организованы экспедиционные поездки на территорию района, включавшие подворный обход больных и их семей. Всего было обследовано 372 человека, включая членов семей больных, в возрасте от 2 лет до 65 лет, из которых выявлено 94 больных с различными формами НЗНС.

Для установления наследственного характера изучаемого заболевания применялся клинико-генеалогический метод, составлялись родословные карты до III - IV степени родства включительно. Для доказательства типа наследования заболевания проведен сегрегационный анализ.

Оценка неврологического статуса включала в себя исследование черепно-мозговых нервов, двигательной сферы – мышечного тонуса, мышечной силы, исследование сухожильных рефлексов с помощью неврологического молоточка; исследование чувствительной и координационной сфер.

При необходимости использовались дополнительные инструментальные методы исследования, такие как электронейромиография, электрокардиография и магнитно-резонансная томография.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Всего на территории района было диагностировано 9 различных нозологических форм НЗНС, и нервно-мышечные (конечно-поясные мышечные дистрофии (КПМД), прогрессирующие мышечные дистрофии Дюшенна/Беккера, спинальные мышечные атрофии, миотонии, наследственные моторно-сенсорные невропатии (НМСН)), и с поражением центральной нервной системы (мозжечковые атаксии и спастические параплегии). Наиболее часто встречаемой формой оказалась конечно-поясная форма прогрессирующей мышечной дистрофии, распространенность которой составила 9,5 на 100 000 населения; наиболее редкими заболеваниями являются дистрофическая миотония и спинальная мышечная атрофия (0,4 и 1,1 на 100 000 населения, соответственно). Суммарная распространенность НЗНС в районе составила 35,7 на 100 000 населения (таблица 1).

Таблица 1.

**Распространённость различных форм НЗНС**

№	Диагноз	число больных	число семей	распространённость на 100 000 нас.
1	ПМД Дюшенна/Беккера	12	10	4,6
2	СМА	3	3	1,1
3	Миотонии Томсена/Беккера и атипичная миотония	4	3	1,5
4	Дистрофическая миотония	1	1	0,4
5	Спастические параплегии	17	4	6,5
6	КПМД	25	16	9,5
7	НМСН (все типы)	17	7	6,5
8	Болезнь Фридрейха	11	8	5,7
9	Спиноцеребеллярная атаксия	4	2	1,5
	<b>ИТОГО</b>	<b>94</b>	<b>53</b>	<b>35,7</b>

На основании проведенного сегрегационного анализа была рассчитана отягощенность АД, АР и X-сцепленной патологией населения в отдельности для джамоатов (сельского населения) и городской популяции обследуемого района (таблица 2). В целом по исследуемому району отягощенность АР НЗНС в 2,5 раза превышает АД патологию (4,78:1,90).

Таблица 2.

**Значения отягощенности НЗНС в популяции Гиссарского района**

№	Джамоат	Отягощенность на 10 000 населения			
		АР	АД	X-сц. рец. (на 10 000 муж. нас.)	Суммарная
1	Алмоси	1,98	0,99	0,99	4,73
2	Дехконобод	2,01	0	0	2,01
3	Дурбат	3,07	0	0	3,07
4	Мирзо Турсунзода	2,02	0	0	2,02
5	Мирзо-Ризо	1,99	1,20	0	3,19
6	Навобод	1,54	1,93	0	3,47
7	Хисор	1,87	1,56	0	3,43
8	Сомон	1,07	0	0	1,07
9	Хонакои кухи	1,49	1,49	0	2,98
10	Ориен	3,89	0	0	3,89
	<b>Город</b>				
1	Гиссар	1,18	0	0	1,18
2	Шарора	3,12	3,12	0	6,24
	<b>Всего</b>	<b>3,79</b>	<b>1,90</b>	<b>0,99</b>	<b>6,68</b>

Одной из причин обращения за медико-генетической консультацией и фактором риска рождения детей с наследственными заболеваниями является брак между родственниками [4]. Для республики Таджикистан, что подтверждают ранее проведенные исследования [3], характерно значительное число кровных браков. В связи с этим, в данной работе уделялось особое внимание оценке частоты встречаемости таких браков среди родителей пробандов.

По полученным данным родственный брак зарегистрирован в 18 семьях из 53 обследованных, составляя 34,0% семей. Брак между троюродными сибсами отмечен в 7 семьях, между двоюродными – в 11. Число больных, рожденных в родственном браке составило 38 (40,1%). Среднее число больных детей в таких браках составило  $2,1 \pm 0,2$ , что достоверно выше, чем в семьях, где брак родителей не родственник ( $1,6 \pm 0,1$  детей в 1-й семье) (таблица 4). Максимальное число больных в одном поколении (4 человека) также отмечено в семье, где брак кровнородственный.

Таблица 4.

**Сравнение среднего числа больных, рожденных в родственных и неродственных браках**

Тип брака	Среднее число больных в 1 семье	Общее кол-во больных
Родственный (n=18)	$2,1 \pm 0,2$	38 (40,4%)
Неродственный (n=35)	$1,6 \pm 0,1$	56 (59,6%)
P	$<0,05$	$<0,01^*$

Примечание: p – статистически значимые различия средних чисел больных в 1-й семье между родственными и неродственными браками (по V-критерию Манна-Уитни; \* - по критерию  $\chi^2$ ).

**Выводы.** Полученные результаты распространенности и отягощенности НЗНС в исследованной популяции подтверждают существование проблемы низкого развития медико-генетического консультирования на территории Республики Таджикистан. Особую роль в распространении данных заболеваний играют родственные браки; выявленное преобладание в популяции заболеваний с аутосомно-рецессивным типом наследования в очередной раз доказывает факт их отрицательного воздействия. Таким образом, перед системой здравоохранения, и в частности неврологической службой РТ, лежит непростая и актуальная задача развития медико-генетического консультирования, внедрения методов молекулярно-генетического анализа и, в том числе, пренатальной диагностики. В большей степени благодаря этой перспективе возможно снижение заболеваемости наследственной патологией и рождение здорового будущего поколения таджикской популяции.

**Список литературы**

1. Говбах И.А. Популяционно-эпидемиологические аспекты наследственных болезней нервной системы / И.А. Говбах // Медичні науки. – 2015. – № 2. – С. 54-60
2. Гузеев Г.Г. Медико-генетическое консультирование в педиатрии: достижения, трудности, решения / Г.Г. Гузеев // Справочник педиатра. – 2011. – № 1 С. 46-58.
3. Рахмонов Р.А. Наследственные болезни нервной системы в Таджикистане: дис. ... д-ра мед. наук / Р.А. Рахмонов. – М., 2004. – 195 с.
4. интернет-ресурс <http://medbiol.ru/medbiol/01122001/medgen/0003b63a.htm>

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТАМЕРНОГО ВВЕДЕНИЯ МИКРОДОЗ ЦЕРЕБРОЛИЗИНА У БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С ЗАТЯНУВШЕЙСЯ НЕВРОПАТИЕЙ ЛИЦЕВОГО НЕРВА**

*Ганиева М.Т., Исокова М.Дж., Исоева М.Б., Рабоева Ш.Р.*

Кафедра неврологии и основ медгенетики ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Спектр заболеваний периферической нервной системы (ПНС) очень широк и причины их развития весьма многообразны. К ним относятся токсические и метаболические воздействия, генетические аномалии, аутоиммунные реакции, амилоидоз, различные соматические заболевания, компрессионные и травматические повреждения, инфекции. Всё это приводит к нарушению проведения афферентных и эфферентных импульсов за счёт повреждения аксона и миелина нервного волокна. Патогенетическую основу повреждения нервного волокна составляет ишемия, которая служит стартовым сигналом, запускающим каскад биохимических «поломок», приводящих к формированию функциональных, а затем и структурных нарушений деятельности нейронов. В этой связи очевидно, что разработка эффективных средств и методов преодоления ишемии и блокирования развития нейродегенерации является важнейшим компонентом защиты структур ПНС. Наиболее часто встречаются невропатии лицевого нерва, которые в терапевтической практике стоят на втором месте после вертеброгенных патологий, а у детей являются одной из самых частых форм поражения периферической нервной системы. Это обусловлено особенностью анатомического расположения нерва и его взаимоотношениями с соседними образованиями. Страдают одинаково часто как мужчины, так и женщины. Среди заболевших лишь у 20% удаётся точно установить причину страдания – отит, паротит, перелом основания черепа, ишемия при гипертоническом кризе, родовые травмы или ранения лица, демиелинизирующие заболевания (рассеянный склероз, острая и хроническая демиелинизирующая полирадикулоневропатия и др.), метастатическая или лейкоэмическая инфильтрация. Особыми случаями являются семейно-наследственные невропатии лицевого нерва при синдроме Рамзая Ханта, синдроме Мелькерсона- Розенталя, нейросаркоидозе, синдроме Мебиуса, СПИДе, болезни Лайма [2]. Охлаждение и инфекции могут быть провоцирующими и дополнительными этиологическими факторами невропатий лицевого нерва при многих заболеваниях. Факторами риска могут быть вирусная инфекция, локальное переохлаждение, ишемия, аутоиммунные заболевания, наследственные факторы. Длительность течения и исход невропатии лицевого нерва зависят от того, вызовет ли патологический процесс функциональные изменения в пораженном нерве или дегенерацию его волокон. Использование нейротрофической терапии церебролизином позволяет решить эту проблему [1].

**Цель исследования.** Оценить эффективность применения метамерного введения микродоз церебролизина у больных детей с затянувшейся невропатией лицевого нерва.

**Материалы и методы исследования.** В детском неврологическом отделении ГУ НМЦ Республики Таджикистан с сентября 2015 по июнь 2017гг. было обследовано 38 больных детей с затянувшейся невропатией лицевого нерва. Возраст больных варьировал от 6 мес. до 14 лет. Мальчиков было 17, девочек 21. Все дети поступили в отделение после 4-х недель болезни. В остром периоде болезни они получали лечение по месту жительства. Всем больным были проведены вирусологическое исследование крови, МРТ и КТ головного мозга, электронейромиография, а также они были осмотрены ЛОР-врачом и окулистом. Пациенты были распределены на две группы: первую группу составили 18 больных, которые получали традиционный комплексный восстановительный курс терапии без применения церебролизина, вторую группу составили 20 больных, которым наряду с традиционной восстановительной терапией применялся метод метамерного введения церебролизина по методике Скворцова-Осипенко. В комплекс лечения включались разные физиотерапевтические процедуры – парафин, озокерит, электрофорез, УВЧ в слаботепловой дозе, также дети получали курсы массажа, лечебную гимнастику с лейкопластырными корригирующими повязками.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Основная причина госпитализации детей с затянувшейся невропатией лицевого нерва – медленная положительная динамика или отсутствие восстановления нарушенных функций лицевого нерва. Этиология невропатий лицевого нерва была крайне разнообразна: у 14 (36,8%) больных – это инфекции, у 18 (47,3%) – переохлаждение и у 6 (15,7%) – интранатальная травма. Больным второй группы наряду со стандартными методами лечения было применено метамерное введение микродоз церебролизина по методике Скворцова-Осипенко [1]. Данная методика основана на захвате и пиноцитозе введенных веществ нервными окончаниями. Подбор и комбинация точек обкалывания осуществлялись индивидуально. Курс лечения состоял из пятикратного введения церебролизина в паретичные мышцы лица через день. Курсы повторялись через 2–3 недели, было проведено 3 курса. Из 20 больных второй группы после проведенных курсов лечения с церебролизинем у 3-х эффект отсутствовал. У 11 эффективность лечения церебролизинем проявлялась после 2-го курса, а у 6 положительная динамика с восстановлением нарушенных функций мимической мускулатуры проявлялась после проведенного 3-го курса метамерного введения церебролизина. Полное восстановление отмечено у 15 больных второй группы через 1,5-2 месяца после проведенного лечения. У пациентов группы сравнения (18 больных) также в течение 3-6 месяцев были проведены реабилитационные мероприятия с традиционными методами лечения без применения церебролизина. Однако из 18 у 7 больных отмечалось полное восстановление нарушенных функций, у 6 больных отмечалось улучшение и у 5-х эффект от проведенного курса лечения не отмечался. Достигнутое улучшение проявлялось увеличением движений мимической мускулатуры и уменьшением асимметрии лица. Эффективность лечения, кроме клинических проявлений, подтверждалась и электронейромиографическими контрольными исследованиями. У большинства больных с восстановлением нарушенных функций лицевого нерва регистрировалось улучшение реинервационных процессов в пораженном нерве, а также наблюдался наибольший прирост амплитуды М-ответа после проведенного лечения.

**Выводы.** Таким образом, достигнутый успех в лечении, стойкость положительных сдвигов, позволяют рекомендовать применение метода метамерного введения микродоз церебролизина в комплексной терапии детей с затянувшимися формами невропатий лицевого нерва.

#### Список литературы

1. Скворцов И.А. Детский церебральный паралич и другие нарушения неврологического развития, принципы лечения по методике Скворцова-Осипенко /И.А. Скворцов. – М.,1995.
2. Невропатии лицевого нерва: клинические особенности и возможности улучшения исходов / Н.В. Скрипченко [и др.] //Детские инфекции. – 2008. – №3.– С.16-24.

#### ВЕНОЗНЫЕ ТРОМБОЗЫ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

*Ганиева М.Т., Исоева М.Б., Исокова М.Д., Тоджиддинов Т.Б.*

Кафедра неврологии и основ медицинской генетики ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) часто сопровождаются развитием венозных тромбозов и эмболических осложнений, особенно при ОНМК по ишемическому типу. К этим осложнениям относят тромбоз глубоких вен, подкожных вен (тромбофлебит) и тромбоэмболию легочной артерии. На протяжении многих десятилетий эти осложнения остаются одной из важнейших клинических проблем [1]. ВТЭО отягощают прогноз пациента с ОНМК. Пациенты с ОНМК представляют одну из групп наибольшего риска развития ВТЭО. Установлены следующие факторы повышенного риска ВТЭО: паралич или парез, возраст старше 60 лет, длительный постельный режим [2]. Многие пациенты с неврологической патологией относятся к группе более старшего возраста, как правило, они отягощены сопутствующей патологией, поэтому для них характерен более высокий риск осложнений [3]. Повышение настороженности лечащих врачей, качество диагностики, лечения и профилактики этих заболеваний позволяют предотвратить фатальные осложнения, предотвращают усугубление инвалидизации тяжелой категории пациентов с ОНМК.

**Цель исследования.** Изучить особенности течения ишемического инсульта (ИИ) у больных, осложнённого венозными тромбозами.

**Материал и методы исследования.** В исследование включено 645 больных с ишемическим инсультом в острейший и острый периоды развития заболевания, находившихся на лечении в ГУ НМЦ РТ. Все пациенты были госпитализированы во второе неврологическое отделение, где проводили диагностику и лечение ИИ. Не включали в

исследование пациентов с геморрагическим инсультом, опухолевыми процессами головного мозга, пациентов, находившихся на реабилитации в более поздних сроках развития ИИ. В диагностику ишемического инсульта входили: сбор анамнеза, сопутствующие патологии, физикальное обследование, в том числе оценка неврологического статуса (общемозговая симптоматика, менингеальные симптомы и очаговая неврологическая симптоматика), лабораторные исследования (клинический анализ крови, включая количество тромбоцитов), биохимический анализ (содержание глюкозы, креатинина, мочевины, билирубина, общего белка, электролитов) исследование системы гемостаза крови (содержание фибриногена, активированное частичное тромбопластиновое время, международное нормализованное отношение), общий анализ мочи, инструментальные исследования. Основу инструментальной диагностики при инсульте составили методы нейровизуализации, в частности, компьютерная томография и магнитно-резонансная томография.

Диагноз тромбоз вен нижних конечностей ставили на основании клиники.

Лечение ишемического инсульта включало базисную и дифференцированную терапию. Антикоагулянты (гепарин) вводили внутривенно капельно 1000 ЕД/ч. Дозу корригировали под контролем показателей свертывания: добивались двукратного повышения показателя активированного частичного тромбопластинового времени по сравнению с начальным показателем. Антикоагулянтную терапию пациентам проводили в острейшем периоде ИИ. Антиагреганты назначаются уже с 3–5-го дня инсульта и могут применяться годами и даже пожизненно курсами или постоянно.

Полученные результаты заносили в электронные базы данных. Статистический анализ проводили в пакетах статистических программ Excel.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Частота встречаемости тромбозов после ИИ наблюдалась у 8 из 645 больных. У мужчин частота была выше. Чаще он развивался на 9-е сутки с момента развития инсульта, в основном у больных старше 55 лет при явлениях сердечной недостаточности. Клиническая картина и зона поражения головного мозга важны для прогноза риска тромбозов – сохранности, адекватности пациента, наличия нарушения движений и степени нарушения движений, вынужденного постельного режима. У большей части пациентов имелось поражение в каротидном бассейне, почти у 80% пациентов имели двигательные нарушения, что повышало фактор риска тромбозов. Неврологическая симптоматика обследованных больных была обусловлена поражением различных функциональных систем. Наиболее распространенными оказались двигательные расстройства – они были выявлены у 80% обследованных больных. Патология иннервации черепных нервов встречалась у 78% пациентов, нарушение чувствительности на лице – у 40%, парез нижней мимической мускулатуры – у 60%, нарушение глотания и фонации – у 13%. Нарушения чувствительности выявлялись у 80% больных, в том числе у 20% из них обнаружилось расстройство глубокой чувствительности. Вестибуло-мозжечковая симптоматика диагностирована у 10% больных, Речевые нарушения зафиксированы у 47%. При сравнительном анализе клинических проявлений обследованных пациентов с ИИ наиболее грубые нарушения были обнаружены у больных с сопутствующим тромбозом вен нижних конечностей. Выраженность симптоматики по шкале NIHSS в момент поступления среди больных с МС составила 28 баллов, что было хуже, чем среди больных без МС – соответственно 24 балла.

Всем пациентам проводилась комплексная медикаментозная терапия в соответствии с протоколом лечения нервных болезней, разработанным на кафедре неврологии и основ медицинской генетики ТГМУ. Проведение подобной терапии в течение 3 недель сопровождалось уменьшением неврологической симптоматики, причем, более значительным у больных без тромбоза вен нижних конечностей.

**Выводы.** Тромбоз вен нижних конечностей представляют собой осложнение, резко ухудшающее состояние тяжелого пациента. Профилактику тромбозов необходимо проводить всем пациентам с учетом имеющихся факторов риска. У больных с сохраняющимися факторами риска тромбозов (в частности, при длительном ограничении двигательного режима – остаточных явлений ИИ) следует рассмотреть вопрос о продлении использования антикоагулянтов на срок до 6 недель.

#### Список литературы

1. Кириенко А. И. Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбоэмболических осложнений / А.И. Кириенко. – Москва, 2010. – 123с.
2. Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism. The Task Force for the Diagnosis and Management of Acute Pulmonary Embolism of the European Society of Cardiology / A. Torbicki [et al.] // Europ. Heart Journ. – 2008. – №29 (18). – P. 2276-2315.
3. Panel on Deep Venous Thrombosis/Pulmonary Embolism. Management of Venous Thromboembolism: A Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians and the American Academy of Family Physicians / V. Snow [et al] // Ann. of Intern. Med. – 2015. – №146 (3). – P. 204-210.

#### КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ПАРКИНСОНИЗМОМ

*Ганиева М.Т., Исоева М.Б., Зуурбекова Д.П., Мадаминова Т.В.*

Кафедра неврологии и основ медицинской генетики ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Паркинсонизм - один из наиболее распространенных синдромов в клинической неврологии, который чрезвычайно полиэтиологичен [1]. Несмотря на очевидные успехи в диагностике и лечении больных с паркинсонизмом, моторные и немоторные расстройства при данной экстрапирамидной патологии остаются актуальной проблемой современной медицины и неврологии в частности [2].

Важность изучения паркинсонизма определяется не только медицинским, но и социальными аспектами, характеризующимися значительным снижением социально – бытовой адаптации, качество жизни и профессиональной ориентации данной категории пациентов, а также высокими показателями стойкой утраты трудоспособности. Многие



пациенты не ожидают от своего состояния ничего, кроме его постоянного ухудшения. Круг контактов и интересов сужается [1,3].

При всех достижениях нейрофармакологии, нейрогенетики и методов нейровизуализации диагностика и лечение больных как с первичным, так и со вторичным паркинсонизмом остаются сложной проблемой для всех неврологов [4]. В лечении паркинсонизма можно выделить два основных направления: нейропротекторная и симптоматическая терапия. Хорошо подобранная терапия позволит улучшить качество жизни больного.

**Цель исследования.** Оценить качество жизни больных при первичном и вторичном паркинсонизме.

**Материалы и методы исследования.** Было обследовано 17 больных, находившихся на стационарном лечении в неврологическом отделении ГУ НМЦ РТ. Диагноз был поставлен на основании жалоб, анамнеза, клиники и подтвержден нейровизуализационно. Степень тяжести БП у пациентов определяли с помощью шкалы Хен и Яра и унифицированной рейтинговой шкалы оценки проявлений паркинсонизма. Повседневную активность оценивали по шкале Schwab и England. Качество жизни пациентов устанавливали с помощью опросника «Краткий вопросник оценки статуса здоровья», являющегося официальным русскоязычным аналогом инструмента MOS Shot-form 36-Item (MOS SF-36), и опросника состояния качества жизни пациентов с болезнью Паркинсона Parkinson's Disease Quality of Life Questionnaire-39 (PDQ-39). Изучение состояния высших психических функций проводилось по шкале Mini Mental State Examination (MMSE).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Средний возраст группы составил 67,57 лет, степень тяжести БП по шкале Хен и Яра - 2,07, повседневная активность по шкале Schwab England - 63,05%. Помимо основного заболевания у большинства обследуемых больных отмечали также артериальную гипертензию (75%), ишемическую болезнь сердца (57%), хронический холецистит вне обострения, в том числе описторхозной этиологии (47%). Других сопутствующих заболеваний не обнаружено. Длительность заболевания в среднем составила 5,5 лет. В группе пациентов с болезнью Паркинсона у 76% имелись немоторные нарушения. 53,2% опрошенных отметили, что их здоровье стало гораздо хуже, чем год назад. 50% утверждают, что не испытывают никакой физической боли, умеренную и сильную боль испытывают 32 и 18% соответственно. С помощью опросника SF-36 произведен расчёт четырёх показателей, характеризующих физический статус пациентов (физическое функционирование, роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности, интенсивность боли, общее состояние здоровья), и четырех показателей, отражающих его психологический статус. При обработке данных были выявлены, достаточно низкие баллы, что свидетельствует о низком уровне качества жизни пациентов в исследуемых группах.

**Выводы.** Наличие моторных и немоторных симптомов при паркинсонизме оказывают неблагоприятное влияние на качество жизни пациентов.

#### Список литературы

1. Гаранина Е.С. Диагностико – терапевтическая компьютерная программа «первичный и вторичный паркинсонизм: клиническая диагностика и лечение»/ Е.С. Гаранина, В.В. Линьков, Л.Л. Ярченкова. // Вестник новых медицинских технологий- 2013 - Т 20; №3 –С. 69 – 71.
2. Дрожательные гиперкинезы. Иллариошкин С.Н., Иванова – Смоленская И.Я. – М.: Издательский холдинг «Атмосфера», 2011. – 360с.
3. Иллариошкин С.Н. Терапия паркинсонизма: возможности и перспективы./ С.Н. Иллариошкин // Consilium medicum – 2009 – N 1.-С 35-40.
4. Нургужаев Е.С. Подходы к комплексному лечению синдрома паркинсонизма у больных пожилого возраста с хронической ишемией мозга / Е.С. Нургужаев и др // Бюллетень медицинских Интернет – конференций – 2014 – Т 2; №2 – С. 107-108.

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ТЕНОТЕН ДЕТСКИЙ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ

*Ганиева М.Т., Исокова М.Дж., Асоев М.М., Тоджиддинов Т.Б.*

Кафедра неврологии и основ медицинской генетики ТГМУ им.Абуали ибни Сино

**Актуальность.** Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) – это расстройство, проявляющееся структурными, метаболическими, нейрохимическими, нейрофизиологическими изменениями, которые приводят к нарушениям процессов обработки информации в центральной нервной системе (ЦНС). СДВГ является самой распространенной клинической формой нарушения внимания в детском возрасте, он может встречаться как в изолированном виде, так и сопровождать другие неврологические синдромы и заболевания. Распространенность СДВГ у детей школьного возраста составляет около 5%, у мальчиков расстройства встречаются в 2 раза чаще, чем у девочек. В основе формирования СДВГ всегда лежат нейробиологические факторы: генетические механизмы, раннее органическое поражение ЦНС, а также их сочетание. Раннее органическое поражение ЦНС может быть ассоциировано с нарушением течения беременности и родов. Генетическая теория формирования СДВГ предполагает наличие структурного дефекта в строении и работе дофаминэргических и норадренергических рецепторов, приводящего к дисфункции нейромедиаторных систем головного мозга. В пользу генетической природы формирования СДВГ свидетельствуют проведенные семейные генеалогические исследования.

В сфере современных исследований СДВГ представляется полигенным расстройством, в основе которого лежат многочисленные нарушения процессов обмена дофамина и/или норадренина. Наиболее изученными являются DRD4 – ген дофаминовых рецепторов 4-го типа и DAT1 – ген белка – переносчика дофамина [1, 3]. Согласно современным представлениям об этиологии СДВГ, ведущая роль отводится дисфункции префронтальной области и коры теменной доли, приводящей к нарушениям обмена моноаминов, недостаточному функционированию фронто-стриарных систем, снижению метаболизма в префронтальной коре, переднем отделе поясной извилины, подкорковых

ганглиях [1]. Существуют отдельные структуры ЦНС, функционально связанные между собой по выполняемым задачам. Характерными для детей с СДВГ считаются поведенческие, когнитивные, эмоциональные и двигательные расстройства, развивающиеся при нарушении функции лобных долей. Наиболее значимыми являются лобно-стриарные контуры, представляющие собой связи, последовательно идущие от коры лобной доли к хвостатому ядру, бледному шару и черной субстанции, зрительному бугру и обратно к коре. Так, дорсолатеральный префронтальный контур отвечает за формирование управляющих функций, среди которых выделяют: способность к продолжению выполнения задания даже при отсутствии внешних побуждений; направленное поведение; самоорганизацию, саморегуляцию, самомониторинг; планирование и регуляцию целенаправленного поведения; выработку решений новых задач; когнитивную гибкость; способность к переключению; способность к торможению реакций; способность самопроизвольно направлять и поддерживать внимание. У детей с СДВГ управляющие функции в большинстве случаев развиваются с выраженной задержкой, что приводит к снижению мотивации, затруднению при выполнении большинства когнитивных задач, нарушению саморегуляции и самоконтроля поведения, отсутствию переключения при выполнении задания, использованию привычных, неадекватных схем для решения новой задачи, слабости концентрации внимания, снижению самооценки и критичности [1, 2, 3]. Несмотря на то, что нейробиологические факторы являются основными при формировании СДВГ у детей, социально-психологические факторы могут оказывать влияние на течение СДВГ, способствуя усилению или ослаблению его симптомов. К социальным предикторам формирования СДВГ у детей дошкольного возраста относят воспитание в неполной семье, конфликты между родителями, различные подходы к воспитанию ребенка, материальное неблагополучие семьи, низкий уровень образования у родителей, асоциальное поведение, употребление алкоголя и психоактивных веществ, непоследовательные методы воспитания, безразличное отношение матери к педагогическому воздействию, неблагоприятные условия проживания [1]. К основным проявлениям СДВГ в детском возрасте относят нарушение внимания, гиперактивность и импульсивность. Дети с гиперкинетическими расстройствами характеризуются как неутомимые и импульсивные, они более других подвержены несчастным случаям и дисциплинарным взысканиям, часто принимают необдуманные решения, нарушают правила, ведут себя вызывающе, не осознают своих ошибок. Их взаимоотношения с окружающими характеризуются расторможенностью, отсутствием дистанции, предусмотрительности и сдержанности. Они не пользуются признанием у других детей и могут оказаться в изоляции, для детей с СДВГ характерно недостаточное развитие познавательных функций. В анамнезе нередко встречаются специфические задержки моторного и/или речевого развития. К вторичным признакам относят асоциальное поведение и низкую самооценку. Самый частый симптом при СДВГ – нарушение внимания. Дети не могут длительно сосредотачиваться на каком-либо занятии, они отвлекаемы и рассеяны. Период активной концентрации внимания очень короткий, ребенок не в состоянии долго последовательно заниматься чем-нибудь одним, он часто «перескакивает» с одного дела на другое, бросает незаконченную работу.

Согласно классификации DSM-IV выделяют основные симптомы СДВГ:

- Нарушение внимания.
- Проявление гиперактивности.
- Проявление импульсивности.

Для постановки диагноза необходимо, чтобы у пациента присутствовало не менее 6 из 9 симптомов невнимательности и/или импульсивности-гиперактивности [2]. Симптомы должны встречаться большую часть времени и наблюдаться не менее чем в двух видах окружающей обстановки, например дома и в детском коллективе.

При выборе лечения ребенка с СДВГ предпочтителен междисциплинарный подход, при котором медикаментозная терапия сочетается с немедикаментозными методами. Наиболее эффективным является комплексное лечение, когда помощь ребенку с СДВГ и его семье оказывают врачи, психологи, педагоги, логопеды и дефектологи. Чем раньше выставлен диагноз и начата терапия, тем оптимистичнее будет прогноз. При оказании ранней адекватной помощи ребенку с СДВГ удастся в значительной мере преодолеть трудности в обучении, поведении и общении. Целью современной медикаментозной терапии является снижение выраженности как основных симптомов СДВГ, так и коморбидных расстройств. Назначая лекарственную терапию, следует учитывать этиологические факторы формирования СДВГ, его патогенез, клинические проявления. При медикаментозной терапии СДВГ предпочтение отдается препаратам, оказывающим стимулирующее воздействие на недостаточно сформированные у детей когнитивные функции (внимание, память, речь, праксис, программирование и контроль психической деятельности). В детской практике при лечении пациентов с пограничными психическими расстройствами предпочтение следует отдавать препаратам, обладающим поливалентным действием с минимальными побочными эффектами [4].

**Цель исследования.** Оценить эффективность препарата Тенотен детский у детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.

**Материалы и методы исследования.** С целью оценки терапевтического действия препарата Тенотен детского в режиме монотерапии при длительном назначении препарата нами были исследованы 52 больных с СДВГ, в возрасте от 6 до 12 лет. Обследование и лечение детей проводились в амбулаторных условиях. Для сравнения эффективности Тенотен детский пациенты были распределены на две группы. В первую группу вошли 32 ребенка с СДВГ (37 мальчиков и 15 девочек), которым одновременно с психолого-педагогической программой проводился курс лечения Тенотеном в течение 3-х мес. Вторую группу (группа сравнения) составили 20 детей (14 мальчиков и 6 девочек), которые не принимали препарат Тенотен детский. Оценивалось действие Тенотена не только на основные клинические проявления СДВГ, но и на нарушения адаптации и социально-психологического функционирования. Тенотен детский назначался в виде таблеток, по 1 таблетке 3 раза в день, за 25-30 минут до приема пищи в

течение 3-х месяцев. Оценка эффективности лечения осуществлялась с интервалами в 1 мес. С этой целью проводилось тестирование родителей. Использовалась шкала оценки основных симптомов СДВГ СДВГ-DSM-IV версии для родителей. Шкала состоит из 18 пунктов, соответствующих основным симптомам СДВГ по DSM-IV. Выраженность каждого из этих симптомов оценивается по 4-х балльной системе: «никогда или очень редко» - 0 баллов; «иногда» - 1 балл; «часто» - 2 балла; «очень часто» - 3 балла. Уровень когнитивных нарушений оценивался по шкале MMSE (mini-mental state examination – краткая шкала оценки психического статуса).

**Результаты исследования и обсуждение.** В ходе исследования были выявлены факторы формирования СДВГ у обследованных детей. У 65,4% детей с СДВГ изучение анамнеза показывает наличие негрубой органической недостаточности нервной системы, чаще резидуального характера: патологию беременности (тяжелые токсикозы, инфекции, интоксикации, травмы, несовместимость крови матери и плода по различным факторам, недоношенность, асфиксия в родах, возраст матери старше 40 лет, болезни перенесенные в первый год жизни). У 15,4% больных в анамнезе наблюдались генетическая предрасположенность. У 5,8% детей СДВГ встречался среди матерей и 9,6% среди отцов детей с СДВГ. Социальный предиктор формирования СДВГ был выявлен у 19,2% детей. С первого дня обращения после проведенных дополнительных методов исследования детям первой группы был назначен препарат Тенотен детский наряду с педагого-психологической реабилитацией. Детям с СДВГ второй группы были назначены педагого-психологические занятия без применения Тенотена детского.

Тенотен детский – гомеопатический препарат, содержащий сверхмалые дозы афинно очищенных антител к мозгоспецифическому белку S100, которые участвуют в реализации базовых функций нейронных систем в генерации и проведении нервного импульса, обеспечении синаптических процессов. Препарат обладает мягким анксиолитическим, вегетотропным, ноотропным, нейропротекторным, антидепрессивным, антиастеническим действием. Антитела к белку S100 сверхмалых дозах модулируют нейрохимические процессы в головном мозге, нормализуют процессы активации и торможения через ГАМК-ергическую систему, повышая активность стресс-лимитирующих систем. Учитывая поливалентное действие препарата с минимальными побочными эффектами возможно рекомендовать приём препарата на продолжительный период времени пациентам детского возраста. При включении пациентов в исследование суммарный балл по шкале СДВГ-DSM-IV составлял 27-55 у мальчиков и 26-38 у девочек. Когнитивные функции оценивались по шкале MMSE. В первый день лечения средний балл по шкале MMSE составил  $23,5 \pm 1,0$ . При исследовании неврологического статуса у подавляющего числа детей обеих групп отмечалось наличие легкой рассеянной резидуально-органической неврологической симптоматики: задержка психоречевого развития, сходящееся косоглазие, умеренный гемипарез, легкая недостаточность лицевого и подъязычного нерва по центральному типу, эпилептические приступы. У 9 (17,3%) детей синдром дефицита внимания сопровождался без гиперактивности, у 11 (21,2%) детей гиперактивность наблюдалась без дефицита внимания и у 32 (61,5%) детей отмечался комбинированный синдром. Улучшение состояния детей первой группы наблюдалось через 2 мес после применения Тенотена. Отмечалось снижение общего балла по шкале СДВГ-DSM-IV более чем на 25%. Уровень когнитивных нарушений по шкале MMSE составил  $24,5 \pm 1,0$ . Рассчитывались общий балл и результаты по двум разделам: нарушения внимания и признаков гиперактивности-импульсивности. Во второй группе общий балл по шкале СДВГ-DSM-IV снизился на 15%. Уровень когнитивных нарушений по шкале MMSE изменился незначительно и составил  $23,8 \pm 1,0$ . Эффективность препарата Тенотен детский у детей с СДВГ проявлялась в разные сроки, и несмотря на то, что у большинства детей улучшение наступало уже в начале лечения, достаточно большая группа, не давшая положительный ответ в первые месяцы, все же достигла его при продолжении терапии. У 19 детей продолжительность лечения составила 3 мес, у 8 детей – 1 мес, у 5 – 2 мес. Нужно отметить, что у детей, отреагировавших на лечение уже в первые 2 мес эффект от дальнейшего приёма Тенотен детский усиливался. Балльная оценка проявлений дефицита внимания в первые 2 мес снизилась с 19,0 до 14,8 ( $p < 0,001$ ), гиперактивности-импульсивности – с 18,33 до 15,4 ( $p < 0,001$ ). Через 3 мес средние баллы симптомов нарушений внимания и гиперактивности-импульсивности составили, соответственно, 13,0 и 12,6 ( $p < 0,001$ ). Следует отметить, что во второй группе подобная динамика изменений показателей наблюдалась спустя год после проведенной педагого-психологической коррекции.

**Выводы.** Таким образом, включение Тенотена детского в комплексную медико-психологическую коррекционную программу способствует улучшению психоэмоционального состояния детей, уменьшает гиперактивность-импульсивность, достоверно улучшает когнитивные и речевые функции детей. Тенотен детский показал свою эффективность и безопасность при его назначении детям с СДВГ. Курс лечения должен длиться не менее 2 мес. При этом следует помнить, что даже отсутствие явного эффекта в первые недели лечения ни в коей мере не позволяет делать выводы о неэффективности препарата, поскольку эффект во многих случаях оказывается отсроченным и проявляется в разные сроки – от 2 нед до 3 мес от начала терапии.

#### Литература

1. Брызгунов И.П. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей / И.П. Брызгунов, Е.В. Касатикова. – М.: Медпрактика, 2002. – 128 с.
2. Сухотина Н.К. Оценочные шкалы синдрома дефицита внимания с гиперактивностью / Н.К. Сухотина, Т.И. Егорова // Ж. Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – Т. 18, №4. – С. 15-21.
3. Заведенко Н.Н. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью: современные принципы диагностики и лечения / Н.Н. Заведенко // Вопросы современной педиатрии. – 2014. – Т. 13, №4. – С. 48-53.
4. Шалимов В.Ф. Опыт применения Тенотена детского у детей с задержкой психического развития церебрально-органического генеза // В.Ф. Шалимов, Ю.Е. Нестеровский // Неврология и психиатрия. – 2012. – № 2. – С. 24-33.

## КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

*Джамолова Р.Д., Расулов У.Р., Рахмонов Дж.Т., Назарова М.К.*

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Бронхиальная астма (БА) представляет собой распространенное хроническое заболевание дыхательных путей, поражающее в разных странах от 1 до 18% населения [1].

Число больных БА, страдающих заболеваниями других органов, непрерывно увеличивается. Сопутствующие заболевания оказывают заметное влияние на состояние больных, изменяя течение БА. Большую распространенность получило сочетание БА и заболеваний сердечно-сосудистой системы (ССС), которые способствуют нарастанию тяжести БА [2, 5].

При БА поражение сердечно-сосудистой системы выражается тахикардией, гипертензией во время гипоксии, снижением венозного давления и повышением его при развитии правожелудочковой недостаточности и подъёмом внутригрудного давления, признаками нагрузки на правый отдел сердца с постепенным развитием гипертрофии правого желудочка, связанной с гипертензией в малом круге кровообращения [4].

В сравнении со стандартной ЭКГ, при проведении которой частота выявляемости аритмий у больных с легочной патологией составляет 32%, при многочасовом мониторингировании отмечается возрастание регистрируемых нарушений ритма до 70-80% [3].

**Цель исследования.** Изучить частоту, особенности течения и методы диагностики сердечно-сосудистой патологии у больных БА в зависимости от степени тяжести.

**Материал и методы исследования.** В пульмонологическом отделении ГУ НМЦРТ «Шифобахш» под нашим наблюдением находились 65 больных в возрасте от 35 до 70 лет, 46 мужчин и 19 женщин с подтвержденным диагнозом БА. Диагноз БА был верифицирован на основании классификации, предложенной Всемирной организацией здравоохранения – Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы (GINA-2014г.), где учитывалась степень тяжести заболевания.

В зависимости от степени тяжести больные были разделены на 3 группы: 1 группа – 8 больных с лёгкой степенью тяжести БА, 2 группа – 42 больных со средней степенью тяжести БА, 3 группа – 15 больных с тяжелой БА.

Всем больным проводились клинико-лабораторные (общий анализ крови, общий анализ мочи, общий анализ мокроты, коагулограмма, иммуноглобулин Е) и инструментальные (рентгенография грудной клетки, функция внешнего дыхания (ФВД), электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография (ЭХОКГ)) методы исследования. Критериями исключения были наличие хронической обструктивной болезни лёгких, симптоматическая гипертензия, тяжёлые нарушения ритма, инфаркт миокарда или острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В результате опроса мы выявили жалобы со стороны ССС у 52% больных БА. При лёгкой степени тяжести БА у 19,5% пациентов единственной жалобой было сердцебиение. При средней степени тяжести БА кардиальные жалобы выявлены у 54,5% пациентов. Боли в области сердца различного характера присутствовали у 25,3% больных, сердцебиение и перебои в работе сердца отмечали 37,5% больных. Симптомы сердечной недостаточности были у 15,5% больных с БА. Тяжелая степень заболевания сопровождалась болью в области сердца у 96% больных, сердцебиение и перебои в работе сердца отмечали 69% больных. Непостоянные отёки и тяжесть в правом подреберье (признаки недостаточности кровообращения) были у 32% больных.

При объективном обследовании больных кардиальные симптомы были выявлены у 65% больных БА. Показатели частоты сердечных сокращений подтвердили результаты опроса о наличии тахикардии у больных с бронхолёгочной патологией. Повышение цифр артериального давления (АД) выявлено у 54,6%. Нормализация АД у 28% больных БА наступила на фоне стабилизации клинического состояния, что может указывать на наличие пульмогенной артериальной гипертензии. Показатели АД не превышали 2-ой степени тяжести. При лёгком течении БА повышение АД выявлено у 40% больных, при средней степени - у 61% больных, а при тяжёлом течении БА высокое АД выявлено у 87% больных. Акцент II-го тона на аорте выявлен у 55% больных с БА и акцент II-го тона на легочном стволе - у 6% больных.

На ЭКГ выявлены нарушения внутрижелудочковой проводимости в виде блокад правой ножки и/или передней ветви левой ножки пучка Гиса, у больных БА в 14% случаях в 1-й группе, в 23% - во 2-й группе и в 4% - в 3-й группе. Эктопические нарушения ритма в виде единичных и групповых наджелудочковых и желудочковых экстрасистол зарегистрировано на ЭКГ при лёгкой степени БА в 20% случаев, при средней степени - в 57%, а при тяжелой степени - в 96%.

На ЭХОКГ у всех больных БА были выявлены нарушения в виде диастолической дисфункции правого желудочка (ПЖ) и левого желудочка (ЛЖ), что подтверждает наличие сердечной недостаточности. Тенденция к утяжелению дисфункции ПЖ прослеживалась у пациентов с тяжелым течением БА. Это выражалось появлением в этой группе пациентов с рестриктивным типом транскупидального кровотока.

Также при тяжёлом течении БА развивались гипертрофия и дилатация ПЖ. Выявлена гипертрофия ЛЖ у больных с тяжелым течением БА. Это свидетельствует о развитии ремоделирования миокарда у данных больных в результате воздействия как этиологических факторов БА, так и происходящих изменений метаболизма при хронических заболеваниях лёгких.

**Выводы.** Таким образом, нами установлено, что клинико-функциональные нарушения ССС у больных БА зависят не только от степени дыхательной недостаточности, выраженности гипертензии малого круга кровообращения, но и от степени тяжести основного заболевания, что необходимо учитывать при ведении больных и в подборе медикаментозной терапии.

### Список литературы

1. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы (пересмотр 2014 г.) / Пер. с англ. под ред. А.С. Белевского. — М.: Российское респираторное общество, 2015. — 148 с., ил.
2. Демко И.В. Особенности клинической картины и лечение бронхиальной астмы, сочетающейся с заболеваниями сердечно-сосудистой системы / И.В. Демко, Н.В. Гордеева, М.М. Петрова // Терапевтический архив.-2007. -№9.- С. 60-65.
3. Карпов Ю.А. Артериальная гипертензия у больных с сопутствующими состояниями и заболеваниями: как выбрать оптимальное лечение/ Ю.А. Карпов // Русский медицинский журнал.-2008.-№16(21).- С. 45-57.
4. Овчаренко С.И. Использование кардиоселективных β-адреноблокаторов у пациентов с артериальной гипертензией и/или ишемической болезнью сердца и сопутствующим бронхообструктивным синдромом / С.И Овчаренко, И.В. Литвинова, В.И. Маколкин // Терапевтический архив.-2007.-№9.-С.12-18.
5. Палеев Н.Р. Бифункциональное мониторирование у больных с сочетанной патологией бронхолегочной и сердечно-сосудистой систем / Н.Р. Палеев, Н.К. Черейская, С.И. Федорова // Пульмонология.-2007.-№4.-С. 63-67.

### САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ –ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПРИЧИНЫ И РАЦИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ИХ ЛЕЧЕНИЮ

*Джураева С.Д.*

Кафедра эндокринологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Артериальная гипертензия (АГ) и сахарный диабет (СД) на сегодняшний день остаются одним из наиболее часто встречающихся заболеваний в мире, обладающих мощным повреждающим действием с быстрым развитием осложнений на сердце, почки, сосуды мозга и сетчатки [1,2].

**Цель исследования.** Выявить различия в течении СД 2 типа в сочетании с АГ и СД без гипертонии.

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 62 больных, 33 пациента с СД 2 типа и АГ, 29 - с СД 2 типа. Всем обследуемым определяли показатели уровни гликемии, гликолизированного гемоглобина, проведен общий анализ крови и мочи, липидный спектр, уровень креатинина, мочево́й кислоты, общего белка, АД, а также показатели ЭКГ и ЭхоКГ, изучался индекс массы тела (ИМТ).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Группа пациентов с СД 2 типа и АГ составила - 33 чел. (20,9%), больные с СД 2 типа - 29 чел. (17,9%). Средний возраст в двух группах составил 55,9 лет. Длительность СД 2 типа до 5 лет – 21 чел.(13,2%), до 10 лет - 28 чел.(17,3%), свыше 10 лет - 13 чел.(8,6%). Длительность АГ в среднем составила 8 лет. Существенных изменений и различий в клинических анализах крови и мочи не выявлено. Данные биохимических исследований в крови в обеих группах: показатели креатинина, мочевины, АЛТ, АСТ существенно не отличались и лишь в группе СД 2 типа и АГ у 15 пациентов выявлена гиперхолестеринемия до 6,2 мм/л. Цифры АД у пациентов с сочетанной патологией были в пределах 155/85 – 160/90 мм.рт.ст. Повышение пульсового давления отражает жесткость стенок артерий среднего и крупного калибра, что является предиктором неблагоприятного прогноза. Наряду со строгим контролем показателей гликемии, глюкозурии, содержания гликализованного гемоглобина производился мониторинг уровня АД, липидного спектра. Акцентировалось внимание также на учете суточного диуреза и количестве выпитой жидкости. Уровень гликемии у больных двух групп колебался от 13,6мм/л-15,2мм/л. Уровень гликолизированного гемоглобина в группе сочетанной патологии был значительно выше и составил (10,5%), а у больных с СД без АГ (7,27%). Всем пациентам регистрировали ЭКГ в 12 стандартных отведениях, по показаниям исследовалась ЭхоКГ, рассчитывался ИМТ. Так в 1 группе ИМТ составлял 28,3%, во 2 группе - 25,2%. При СД 2 типа развивается эссенциальная форма гипертонической болезни (ГП), для которой СД является фоном - может предшествовать или возникать с ним. Уровень АД выше 130/80 мм.рт.ст. в сочетании с СД 2 типа сопровождается риском микро и макрососудистых осложнений. Симптомы повышения АД у больных сахарным диабетом 2 типа не являются специфичными и большинство пациентов не чувствуют повышения АД. В связи со склонностью к нарушению сосудистого тонуса необходим контроль АД хотя бы 1 раз в неделю. Учитывая выявленные клинические особенности при сочетании с СД 2 типа и АГ назначалась адекватная терапия, направленная на снижение веса больных, устранение инсулинорезистентности и нормализацию как показателей гликемии, так и уровня АД в динамике наблюдения. Наиболее благоприятный терапевтический эффект наблюдался при применении ингибиторов АПФ и антагонистов рецепторов ангиотензина 2 в сочетании с препаратами группы гликлазида (Диабетон МВ) и умеренных доз метформина, не более 850 мг. препарата после ужина. В динамике лечения 1 группы больных обращалось внимание на дифференцированное назначение диуретиков, статинов. Существенное внимание в процессе обучения пациентов обращалось внимание на приверженность к приему не только сахароснижающих препаратов, но и гипотензивных средств в наиболее эффективной комбинации.

**Выводы.** Сочетание СД 2 типа и АГ усиливает проявления друг друга и требует дифференцированного подхода при лечении с учетом выявленных особенностей нарушения метаболизма и показателей АД.

### Список литературы

1. Дедов, И.И. Алгоритм специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой // 6-й выпуск . – Москва. – 2013. – 119с.
2. Диагностика и лечение артериальной гипертензии «Национальные клинические рекомендации». – М., 2009. – С. 292-331.

## АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ ТАБАКОКУРЕНИЯ С СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА АМБУЛАТОРНО- ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ

*Добрынина И.С., Зуйкова А.А., Ханина Е.А., Кладченко А. В.*

Кафедра поликлинической терапии ФГБОУ ВО "Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко" Министерства здравоохранения Российской Федерации, Российская Федерация

**Актуальность.** Курение табака является фактором риска многих заболеваний дыхательной системы, сердечно-сосудистой системы, системы пищеварения, онкологических заболеваний [3, 4, 5]. По данным ВОЗ ежегодно данный фактор риска приводит почти к 7 миллионам случаев смерти, из которых более 6 миллионов случаев происходит среди потребителей и бывших потребителей табака, и более 890 000 — среди некурящих людей, подвергающихся воздействию вторичного табачного дыма [2]. В 2016 г. 30,5% (36,4 млн.) всех взрослых постоянно употребляли табак в любом виде (49,8% среди мужчин и 14,5% среди женщин). Средний возраст начала ежедневного курения сигарет среди всех взрослых составил 17,0 лет (16,8 лет среди мужчин и 17,2 лет среди женщин) [1]. Политика государства направлена на борьбу с курением, так как курение как фактор риска приводит к развитию различных заболеваний, в дальнейшем к увеличению сроков временной нетрудоспособности и инвалидизации экономически активного населения и как следствие преждевременной смерти. [1, 2]. С 2008 г. Россия входит в состав Рамочной конвенции Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по борьбе против табака [2].

**Цель исследования:** выявить взаимосвязь табакокурения и соматической патологии у амбулаторных больных.

**Материалы и методы:** объектом изучения является группа больных 30 человек, обратившихся в МБУЗ «ЦГБ» г. Новошахтинска к участковому терапевту, в период времени с 20.06.2018г. по 13.07.2018г. имеющих соматическую патологию и вредную привычку табакокурение, все пациенты дали информированное добровольное согласие на проведение исследования. Под наблюдением находилось 30 человек в возрасте от 36 до 72 лет. Средний возраст пациентов составляет 55 лет.

В исследование входило: опросник, анализ амбулаторных карт больных, дневники наблюдения. Далее результаты исследования вносились в таблицу excel, с помощью данной программы были составлены диаграммы и сделаны выводы.

### **Результаты исследования и их обсуждение.**

В структуре заболеваний курильщиков преобладают заболевания сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, ИБС, инфаркт миокарда, стенокардия, фибрилляция предсердий, ишемический инсульт) чаще всего данная патология развивается в возрастной группе 56-59 лет. Второе место занимают заболевания дыхательной системы (ХОБЛ, силикоз, пневмония) которые преобладают в возрасте 36-44 года и 60-64 года. На третьем месте находятся заболевания эндокринной системы (ожирение, сахарный диабет 2 типа, диффузно токсический зоб), в структуре преобладает число больных возрастной группы 45-54 и 60-64 лет. Заболевания пищеварительной системы занимают четвертую позицию (хронический гастрит, жировая дистрофия печени, ГЭРБ), где преобладает число пациентов в возрасте 56-59 лет. Далее следуют онкологические заболевания (рак лёгких, рак желудка, рак печени, рак гортани) с преобладающим числом пациентов в возрасте 56-59 лет. Заболевания опорно-двигательной и нервной системы (ревматоидный артрит, эпилепсия).

Так же можно отметить, что число заболеваний увеличивается с возрастом курящего человека и стажем курения. Пациент в возрасте 36 лет, со стажем курения 12 лет имеет одну патологию, чаще это заболевания органов дыхания, тогда как пациенты в возрасте 60-70 лет, со стажем курения от 30 до 50 лет, имеют 2-3 нозологических состояния одновременно. Наибольший стаж курения наблюдается среди женщин возраста 50,8 лет и составляет 30,1 лет. Среди мужчин он находится в возрасте 57 лет и составляет 33,8 лет.

Анализируя стаж курения, можно отметить, что он увеличивается с возрастом пациента, многие больные начинают курить с 18 лет и продолжают до настоящего момента, несмотря на заболевания. Пациенты в возрасте от 36 до 56 лет имеют стаж курения 10-30 лет, а возрастной группе от 57 –до 72 лет имеют стаж курения 30-50 лет.

Среди курящих больных процент мужчин (73%) выше, чем процент женщин (23%).

В структуре курящих пациентов 53,33% работают и 46,67% не работают. Из них 73,33% являются инвалидами и 6,67% имеют профессиональную вредность.

### **Выводы.**

1) Курение как фактор риска способствовало развитию различных патологических состояний у обследованных, таких как заболевания сердечно – сосудистой, дыхательной, эндокринной, пищеварительной системы, онкологической патологии.

2) С увеличением возраста и стажа курения растёт риск возникновения новой патологии, при стаже курения 30-50 лет определяется 2-3 нозологических состояния у одного пациента.

3) Наибольший стаж курения отмечается у пациентов мужчин.

3) Так же выявили, что табакокурение ведет к ухудшению качества жизни, увеличению продолжительности временной нетрудоспособности экономически активного населения, инвалидизации обследованных.

### **Литература.**

1. Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака Российская Федерация, 2016 г.
2. Основные сведения о табаке [Электронный ресурс] / Сайт Всемирной организации здравоохранения-Режим доступа: <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>.
3. Поддубная И. В. Справочник практического врача / И. В. Поддубная [и др.]. – Москва: МЕДпресс - информ, 2009. – 768 с.

4. Сторожаков Г.И. Поликлиническая терапия / Г.И. Сторожаков., И.И. Чукаева, А.А. Александров// Учебник, - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 640с.
5. Якубчик Т. Н. Клиническая гастроэнтерология/ Т. Н. Якубчик // Учебное пособие. - Гродно: ГрГМУ, 2011. — 308 с.

## ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ НА УЧАСТКЕ ПОЛИКЛИНИКИ ГОРОДА ВОРОНЕЖА

*Добрынина И.С., Ханина Е.А., Панферова В.Ю.*

Кафедра поликлинической терапии ФГБОУ ВО "Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко"  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Российская Федерация

**Актуальность.** Согласно данным многочисленных исследований и докладам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), доказанными факторами риска смертности от неинфекционных заболеваний являются: артериальная гипертензия, повышенный уровень холестерина, курение, ожирение, низкая физическая активность, низкое потребление фруктов и овощей, избыточное потребление соли, злоупотребление алкоголем, социальная изоляция и многое другое. В настоящее время доля хронических неинфекционных заболеваний среди взрослого населения постоянно увеличивается, приводя к потере трудоспособности, инвалидизации и смерти. Это приводит к необходимости проведения профилактических мероприятий, направленных на выявление и коррекцию факторов риска, а также предупреждение возникновения неинфекционных заболеваний среди взрослого населения. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), 80% смертей в России обусловлены хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ), такими как сердечно-сосудистые, онкологические, заболевания органов дыхания и диабет. Выявление факторов риска возникновения данных заболеваний является первоначальным звеном в снижении смертности и инвалидизации населения, а также улучшения качества их жизни.

**Цель исследования:** оценить распространенность основных факторов риска хронических неинфекционных заболеваний среди взрослого населения на 57 терапевтическом участке БУЗ ВО ВГКП №7 города Воронежа.

**Материалы и методы:** исследование проводилось на терапевтическом участке № 57 на базе БУЗ ВО ВГКП №7. В исследовании приняли участие 40 больных. Из них 20 женщин и 20 мужчин в возрасте от 22 до 80 лет. Исследование проводилось с использованием анкеты формы 1 из приложения № 6 к Методическим рекомендациям по практической реализации приказа Минздрава России от 3 февраля 2015 г. № 36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения». Так же проводилось измерение антропометрических показателей с расчетом индекса Кетле, уровня АД и оценка уровня холестерина в стандартном биохимическом анализе крови. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы SPSS STATISTICS v.23. Данные обработаны по критериям Манна-Уитни и Пирсона.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Исходя из данных таблицы 1, наиболее распространенным фактором риска ХНИЗ среди населения на терапевтическом участке БУЗ ВО ВГКП №7 является низкая физическая активность (47,5%). Причем, среди женщин этот фактор встречается чаще, чем среди мужчин.

С использованием критерия Пирсона был проведен корреляционный анализ между такими факторами риска, как высокий ИМТ, артериальная гипертензия и гиперхолестеринемия. В результате была выявлена прямая корреляционная связь между систолическим АД (АДс) и уровнем холестерина с достоверностью  $p < 0,01$ , что свидетельствует о повышении артериального давления у лиц с высоким содержанием холестерина в крови. Коэффициент корреляции составил 0,49.

Таблица 1.

Распространённость факторов риска у обследуемых лиц

Фактор риска	Общая частота встречаемости, %	Частота встречаемости среди мужчин, %	Частота встречаемости среди женщин, %
Избыточная масса тела	27,5	30	25
Ожирение 1 степени	20	35	5
Ожирение 2 степени	5	-	10
Ожирение 3 степени	5	-	10
Гиперхолестеринемия	30	15	45
Артериальная гипертензия	25	15	35
Низкая физическая активность	47,5	40	55
Курение	22,5	40	5
Наследственная отягощенность	35	25	45

Далее мы проводили оценку влияния на высокий ИМТ, артериальную гипертензию и гиперхолестеринемия других факторов риска. С этой целью участники исследования были разделены на группы по следующим критериям: полу, возрасту, отношению к курению, наследственной отягощенности и физической активности. Обработку данных проводили с использованием критерия Манна-Уитни. Достоверными считались данные при  $p < 0,05$ .

При делении выборки на группы по полу, наследственности и курению достоверных отличий ни по одному из показателей выявлено не было. С достоверность  $p < 0,05$  было выявлено влияние возраста и физической активности на ИМТ, АДс и уровень холестерина. У мужчин эти показатели были достоверно ниже, чем у женщин. Средний уровень АДс у женщин оказался достоверно выше чем у мужчин и составил  $131,5 \pm 4,12$ . У мужчин данный показатель находится в пределах  $123,75 \pm 2,78$ . Среднее значение ИМТ у женщин составило  $28,2 \pm 1,61$ , у мужчин  $26,28 \pm 0,89$ .

Уровень холестерина среди женщин оказался равный  $5,23 \pm 0,23$ , а у мужчин  $4,84 \pm 0,15$  ( $p < 0,01$  по критерию Пирсона).

У лиц с низкой физической активностью значение АДс и уровня холестерина оказались достоверно выше ( $p < 0,05$  по критерию Манна-Уитни). В этой связи становится очевидным, что коррекция гиподинамии способна привести к снижению артериального давления и уровня холестерина у лиц, имеющих данные факторы риска.

#### **Выводы.**

1. Наиболее распространенным фактором риска ХНИЗ на участке БУЗ ВО ВГКП №7 является низкая физическая активность.
2. Уровень АДс имеет прямую корреляционную связь с уровнем холестерина, что говорит о возможности профилактики артериальной гипертензии при коррекции уровня холестерина.
3. Повышение уровня физической активности возможно приведет к снижению распространенности таких факторов риска, как высокий ИМТ, артериальная гипертензия и гиперхолестеринемия.
4. Рекомендуется проведение профилактических мероприятий, направленных на борьбу с гиподинамией, так как именно этот фактор оказался наиболее значимым среди населения врачебного участка. В свою очередь, повышение физической активности населения на данном участке приведет к снижению распространенности других факторов риска ХНИЗ.

#### **Литература.**

1. Руководство по диспансеризации взрослого населения / под ред. Н. Ф. Герасименко, В. М. Чернышева. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 664 с.
2. Солодовников, Ю. Л. Основы профилактики [Электронный ресурс]: учеб. пособие / Ю. Л. Солодовников. – СПб.: Лань, 2017. – 292 с.
3. Таранцова, А. В. Донозологическая диагностика и профилактика хронических неинфекционных социально-значимых заболеваний. Краткая версия / А. В. Таранцова. – М.: Панорама, 2015. – 96 с.
4. Укрепление здоровья здоровых – стратегия медицины XXI века / А. Н. Разумов [и др.]. – Москва: Панорама, 2016. – 34 с.
5. Авдеева, М. В. Совершенствование профилактики хронических неинфекционных заболеваний в системе первичной медико-санитарной помощи / М. В. Авдеева, Ю. В. Лобзин, В. С. Лучкевич // Врач. – 2013. – № 11. – С. 83-85.
6. Бойцов, С. А. Профилактика неинфекционных заболеваний в практике участкового терапевта: содержание, проблемы, пути решения и перспективы / С. А. Бойцов, С. В. Вылегжанин // Терапевт. арх. – 2015. – № 1. – С. 4-9.
7. Эпидемиологические подходы к изучению факторов риска неинфекционных заболеваний / А.И. Гаибов, К. Д. Пулотов, А. Х. Пиррова и др. // Здоровоохранение Рос. Федерации. – 2013 – №6 – С. 51-53.
8. Суслонова Н. В. Семейная медицина - оптимальный подход к профилактике сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний / Н. В. Суслонова, Р. Г. Оганов, Н. Н.Шевцова // Кардиоваскуляр. терапия и профилактика. – 2015 – № 5 – С. 4-7.
9. Рахманин, Ю. А. Окружающая среда и здоровье: приоритеты профилактической медицины /Ю. А. Рахманин, Р. И. Михайлова // Гигиена и санитария. – 2014 – № 5 – С. 5-10.
10. Об утверждении порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях : приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.09.2015 № 683Н // Здравоохранение. – 2016 – № 1 – С. 95-114.

### **КАРДИОГЕННЫЙ ОБМОРОК В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА УЧАСТКОВОГО**

*Добрынина И.С., Есина Е.Ю., Зуйкова А.А., Посметьева О.С.*

Кафедра поликлинической терапии ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж, Россия

**Актуальность** Около 50% взрослого населения хотя бы раз в жизни перенесли внезапную кратковременную потерю сознания. Ежегодная частота регистрации эпизодов синкопальных состояний, соответствует 9,5 на 1000 жителей [1,2]. Выделяют: нейрогенные, кардиогенные, ортостатические, лекарственные, синдром каротидного синуса и атипичные обмороки (Рекомендации по диагностике и лечению обмороков, предложенные Европейским обществом кардиологов, 2009 и Американской Ассоциацией сердца, 2017) [3]. Разнообразии механизмов и причин возникновения внезапной кратковременной потери сознания часто вызывает у врачей амбулаторного звена диагностические трудности, а также необходимость в консультации узких специалистов [3,4,5]. Обморок имеет в своем развитии три периода: пресинкопальный, собственно обморок, постсинкопальный. Согласно мнению исследователей, самым важным в развитии внезапной кратковременной потери сознания является пресинкопальный период, в котором находят отражение основные черты отдельных типов обмороков. Например, для обмороков кардиогенного типа, характерно отсутствие пресинкопального периода, триггерным фактором может быть физическая нагрузка, однако часто такой обморок может развиваться в покое. Самой частой причиной кардиогенного обморока является аритмия, причем брадиаритмии вызывают внезапную кратковременную потерю сознания чаще, чем тахикардии. При постановке диагноза обморока необходимо, прежде всего, исключить обморок кардиогенного типа. Таким образом, своевременно проведенная диагностика и дифференциальная диагностика обморока врачом первичного звена, будет иметь решающее значение для контроля заболевания, вызвавшего обморок.

**Цель исследования.** Выяснить частоту встречаемости различных типов обмороков у амбулаторных больных.

**Материалы и методы исследования.** Под наблюдением находилось 13 больных женщин амбулаторно-поликлинического учреждения с обмороками в анамнезе, в возрасте от 18 до 75 лет. Средний возраст женщин –



51,0±4,9 лет. Информированное согласие на участие в исследовании от всех пациентов было получено. Все пациентки были разделены на 3 группы согласно возрастной периодизации по ВОЗ: 18-44 года (6 пациенток, средний возраст 35,1±3,0 лет), 45-60 лет (2 пациентки, средний возраст 51,5±1,5 лет), 61-75 лет (5 больных, средний возраст 70,8±3,7 лет), соответственно. Был проведен анализ жалоб, анамнеза заболевания и жизни, общий клинический осмотр, анализ амбулаторных карт пациентов с изучением данных лабораторных и инструментальных исследований

**Результаты исследования и их обсуждение.** У больных женщин, участвовавших в исследовании, кардиогенный обморок встречался в 30% случаев. У пациенток I группы преобладали нейрогенные обмороки, реже встречались ортостатические, у 3 (50%) и 2 (33%) больных, соответственно. У одной женщины (17%) этой группы был зафиксирован обморок неясного генеза. Среди больных женщин II группы в равной мере были диагностированы кардиогенный и нейрогенный обмороки. У пациенток III группы были выявлены кардиогенные и ортостатические обмороки, у 3(60%) и 2(40%) больных, соответственно. У трех больных женщин I группы были диагностированы нейрогенный вазовагальный и ситуационный, вследствие стимуляции рецепторов желудочно-кишечного тракта обмороки, у 2(40,0%) и 1(20,0%) больной, соответственно и ортостатический, вследствие потери жидкости - 2(40,0%). У одной пациентки II группы выявили нейрогенный, ситуационный обморок в результате нагрузки, а у второй – кардиогенный, причиной которого была тахикардия – пароксизмальная наджелудочковая тахикардия. В III группе было 5 пациенток: 3 – с кардиогенным обмороком в анамнезе: А-V блокада III степени и наджелудочковая тахикардия в 2(40,0%) и 1 (20,0%) случаев, соответственно; 2 – с ортостатическим, вследствие потери жидкости – 1(20,0%) и у больной сахарным диабетом 2 типа и вторичной вегетативной недостаточностью – 1(20%). Результаты проведенного исследования подтверждают необходимость своевременной диагностики и дифференциальной диагностики внезапной кратковременной потери сознания, с целью своевременной терапии для профилактики, в том числе, внезапной сердечной смерти в общетерапевтической сети.

**Выводы.** У женщин пожилого возраста преобладали обмороки кардиогенного и ортостатического типа. У пожилых женщин причиной кардиогенного обморока были брадиаритмии и тахикардии, у 2(40,0%) и 1 (20,0%) пациентки, соответственно.

#### Список литературы

1. Белоусова, К.В. Нарушения ритма сердца у работников локомотивных бригад / К.В. Белоусова, В.С. Никифоров // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. – 2017. – Т. 16, № S3. – С. 53-54.
2. Есина, Е.Ю. Взаимосвязь частоты сердечных сокращений с донозологическими изменениями сердца у студентов медицинского вуза / Е.Ю. Есина, А.А. Зуйкова // *Профилактическая медицина*. – 2013. – Т.12, №2. –С. 70–73.
3. Есина, Е.Ю. Оценка факторов риска внезапной сердечной смерти в общей врачебной практике / Е.Ю. Есина, А.А. Зуйкова, О.С. Скиба, А.О. Никитин // *Вестник новых медицинских технологий*. – 2010. – Т. XVII, № 2. – С. 119–122.
4. Никифоров, В.С. Электрокардиографические предикторы внезапной сердечной смерти / В.С. Никифоров, К.В. Метсо // *Consilium Medicum*. – 2018. – Т. 20, № 5. – С. 29-33.
5. Olde Nordkamp LAR, van Dijk N, Ganzeboom KS, Reitsma JB, Luitse JSK, Dekker LRC, Shen WK, Wieling W. Syncope prevalence in the ED compared to that in the general practice and population: a strong selection process. *Am J Emerg Med* 2009;27:271–279.

#### ТАКТИКА ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ В ДИАГНОСТИКЕ ПАРВОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В19

*Ёдгорова М.Дж., Тишкова Ф.Х., Умарова З.К., Каюмова Д.А.*

Кафедра семейной медицины №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, НИИПМ МЗ и СЗН РТ, Таджикистан

**Актуальность.** Инфекционная эритема — это одно из частых клинических проявлений парвовирусной инфекции В19 [1]. В литературе данное заболевание чаще обозначается как синдром «следов от пощечин» (slapped cheek syndrome) или «пятая болезнь». Что мы знаем о парвовирусе В19 (ПВ В19), каковы проблемы диагностики и лечения этой патологии у детей, какое значение имеет данное заболевание?

Последний эпидемический подъем кори в РТ был отмечен в 2002-2003гг., а краснухи в 2008-2009 годах. Следует отметить, что обязательного исследования крови на наличие данной опасной инфекции у наших беременных до сегодняшнего времени нет.

Решение проблемы краснушной инфекции, ликвидация врожденной краснухи невозможны без действенной системы эпидемиологического надзора за этой инфекцией в связи с чем в Национальный календарь иммунизации введена краснушно-коревая вакцина.

Парвовириды — одни из самых мелких среди вирусов поражающих клетки млекопитающих (собак, кошек, лисиц и даже медведей), что и отражает их название (по-латински parvum — «маленький»), однако штамм В19 патогенен только для человека. ПВ В19 состоит из одной нити ДНК, заключенной в белковую оболочку и размножается исключительно в предшественниках эритроцитов человек.

Антитела-IgG к этим вирусам выявляются приблизительно у более 50% детей до 15 лет, и более чем у 90% пожилых людей [2]. Ежегодно вираж серологических проб происходит у 1,5% женщин детородного возраста. Повышение заболеваемости отмечается каждые три-четыре года, обычно в конце зимы, весной и в начале лета.

Большинство специалистов считают, что данная инфекция передается воздушно-капельным путем, хотя, в отличие от других вирусных заболеваний, в данном случае репликации возбудителя в носоглотке не обнаружено. Парвовирус В19 не выделяется ни с мочой, ни с калом.

Еще в прошлом веке экзантемы у детей были разделены на пять групп. Инфекционная эритема получила название пятой болезни, корь — первой, скарлатина — второй, краснуха — третьей, болезнь Филатова-Дьюка —

четвертой; в настоящее время четвертая болезнь не признается отдельным заболеванием [3]. Впоследствии была описана младенческая розеола (*roseola infantum*). Инфекционной эритемой поражаются преимущественно дети в возрасте 4-15 лет. До появления сыпи клинические симптомы неспецифичны и могут включать насморк, фарингит, головную боль, тошноту, понос и общее недомогание, а также лихорадку в течение двух-пяти дней инкубационного периода и в это время больной ребенок наиболее заразен.

Затем появляются специфические кожные проявления, которые включают в себя; ярко-красная сыпь на обеих щеках и при этом вокруг рта кожа бледная, что похоже на следы от пощечин. Удивительно то, что у заболевших взрослых кожа щек не изменяется. И это говорит о том, что ребёнок больше не заразен.

Через несколько дней на туловище и конечностях появляется вторичная эритематозная пятнисто-папулезная сыпь. Затем она претерпевает обратное развитие, образуя «кружевной», сетчатый рисунок. Эти вторичные высыпания варьируют по выраженности и продолжительности. У некоторых больных транзиторная, рецидивирующая сыпь может наблюдаться неделями.

Такую сыпь трудно выявлять у детей со смуглым цветом кожи, для которых своевременная диагностика может иметь особое значение, если у них одновременно наблюдается серповидноклеточная анемия [3]. Установлению диагноза помогают жалобы на зуд в подошвах. У взрослых в результате инфицирования парвовирусом В19 часто наблюдаются боли в суставах и артрит. Эти же явления встречаются приблизительно у 10% детей более старшего возраста, с инфекционной эритемой. Следует отметить, что у детей артрит реже принимает затяжной характер, чем у взрослых, что даёт возможность спутать его с юношеским ревматоидным артритом (с болезнью Стилла [Still]), но при этом парвовирус В19 в отдаленные сроки не вызывает деструкции суставов даже у взрослых [4].

Транзиторный апластический криз может развиваться в результате инфицирования парвовирусом В19 у детей с сопутствующими нарушениями кроветворения, как гематологическое осложнение. Повышенный риск таких изменений, как представляется, имеют дети с серповидноклеточной анемией, наследственным сфероцитозом, талассемией, а также с ферментопатиями эритроцитов (например, с дефицитом пируваткиназы или глюкозо-6-фосфатазы) [5]. Клинически при таких кризах у детей быстро развиваются симптомы анемии: бледность, утомляемость, одышка и спутанность сознания. На поздней стадии развиваются застойная сердечная недостаточность и некроз костного мозга, что может привести к смерти.

Если ребенок относится к группе высокого риска и заболевает инфекционной эритемой, то врач общей практики должен направить его на консультацию к инфекционисту и гематологу, для точной постановки диагноза, что заключается в проведение общего анализа крови и ИФА. В общем анализе крови чаще выражена нейтропения и тромбоцитопения, что не имеют почти никакого диагностического значения для диагностики данной инфекции.

Опасность заключается в том, что ребенок с ПВИ В19 может заразить свою беременную мать при отсутствии у нее специфического иммунитета [4]. Плод весьма подвержен воздействию парвовируса В19, особенно между 20 и 28 неделями внутриутробного развития. Как и у детей с сопутствующими гематологическими заболеваниями, вирус поражает клетки-предшественники эритроцитов, что ведет к глубокой анемии. Это может вызвать неиммунный отек плода (из-за застойной сердечной недостаточности) и его гибель.

Из всех беременных, впервые заражающихся данной инфекцией на указанном сроке (при этом только у 30% из них выражены клинические симптомы), у 10% женщин наступает гибель плода [8]. Обнадешивает то, что у выживших младенцев, родившихся от матерей, которые были инфицированы парвовирусом В19 во время беременности, не отмечается повышенной частоты врожденных пороков развития, неврологической патологии или задержки развития.

**Целью** нашего исследования явилось определение тактики введения ВОП детей и беременных с экзантемами и диагностики парвовирусной инфекции В19.

**Материал и методы исследования.** Под нашим наблюдением находились 302 больных в возрасте от 1 до 24 лет, которым клинически был поставлен диагноз: корь, коревая краснуха, краснуха, аллергический дерматит. Среди обследуемых женщин было - 181 (60%), мужчин -121 (40%). Нами методом ИФА исследованы сыворотки крови больных на наличие кори, краснухи и парвовируса В19.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В результате проведенных исследований, нами выявлено 79 (26.2%) женщин и 49 (16.2%) серопозитивных к парвовирусу В19, диагноз корь не был подтвержден ни в одном случае, а краснуха обнаружена у 2 больных, что составила 0.7% из числа исследуемых. Необходимо отметить, что у всех больных наблюдалась экзантемная сыпь на лице, теле и конечностях, более 40% взрослых больных жаловались на боли в суставах. Насморк и субфебрильная температура отмечена у 92.8% исследуемых больных.

Следует подчеркнуть, что парвовирусная инфекция по проявлениям схожа с краснухой - вызывает сыпь, незначительную интоксикацию. Единственный характерный признак парвовирусной инфекции который развивается не у всех заболевших, - это, так называемый "синдром отшлепанных щек". Парвовирус В19 вызывает анемию, водянку и тяжелое поражение головного мозга у плода, и в 33% случаев по данным авторов может передаваться вертикально, но в Таджикистане до настоящего времени практически не изучался и не диагностировался. Хотя наши исследования показали, что 42.4% обследуемых являются серопозитивными к парвовирусу, среди которых 23.5% составляют дети до 15 лет, 18.9% женщины детородного возраста.

**Выводы.** Что же должен предпринять врач общей практики, если есть подозрение, что ребёнок или беременная заразилась парвовирусом? Необходимо провести как общий анализ крови, так и ИФА для определения антител против ПВИ В 19. Путем определения специфических противовирусных антител можно подтвердить факт инфицирования только через некоторое время: антитела-IgM появляются через десять дней после попадания вируса в организм, а антитела-IgG — через две недели. У такой беременной необходимо регулярно проводить ультразвуковое исследование, чтобы не пропустить развитие отека плода, при котором следует решать вопрос о раннем фетальном переливании крови [2].

Таким образом, учитывая что, как и краснуха парвовирус представляет большую угрозу для плода вызывая уродства, тяжелую анемию и водянку разрушая красные кровяные клетки, приводит к гибели или тяжелой инвалидизации будущего ребенка необходима дальнейшее изучение данной проблемы. Широкое распространение инфекции среди населения г. Душанбе обнаружили в ходе успешной борьбы с краснухой, которая маскировала инфекционную эритему. Мы надеемся, что это позволит создать в Республике Таджикистан систему эпидемиологического надзора за распространением данной инфекции, включить диагностику парвовирусной инфекции В19 в перечень обязательных обследований для беременных и детей, составляющих группу высокого риска.

#### Список литературы

1. Башмакова, М.А. Парвовирусная инфекция В 19 при беременности. I Свойства вируса, клиническая картина заболевания, патогенез, диагностика / М.А. Башмакова, А.М. Савичева // Пренатальная диагностика. - 2005. - 4 т. - № 2. - С. 94–96.
2. Павлова, Н.Г. Парвовирусная инфекция В 19 при беременности. II Влияние парвовируса В19 на плаценту и риск для плода / Н.Г. Павлова, Н.Н. Константинова // Пренатальная диагностика. - 2005. - 4 т. - № 2. - С. 97–99.
3. Медицинская микробиология / Под общ. ред. В.И. Покровского, О.К. Поздеева. - М.: Медицина, 1999. - С. 768–769.
4. Human parvovirus infection in pregnancy and hydrops fetalis / A. Anand [et al.] // N. Engl. J. Med. - 1987. - Vol. 316(4). - P. 183–186.
5. Anderson, M.J. Human parvovirus B19 and pregnancy / M.J. Anderson, E.S. Hurwitz // Clin. Perinatol. - 1988. - Vol. 15. - P. 273–286.

### ПРОБЛЕМЫ АНТИБИОТИКОАССОЦИИРОВАННОЙ ДИАРЕИ (ААД) У ДЕТЕЙ И ПУТИ ЕГО РЕШЕНИЯ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

*Ёдгорова М.Дж., Иномзода Д.И., Носирова М.П., Рахматуллоева З.Р.*

Кафедра семейной медицины №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Развитие антибиотикоассоциированной диареи (ААД) на фоне применения антимикробных препаратов является одной из актуальных проблем медицины на современном этапе.

Частота диареи на фоне антибиотикотерапии переменна и, прежде всего, зависит от назначаемого антибиотика и пути его введения (АВ) [1,2]. По данным разных авторов, острая ААД встречается у 2-30% больных, в клинической практике чаще наблюдается при лечении фторхинолонами, аминопенициллинами, некоторыми цефалоспоридами [3,4]. Несмотря на то, что у детей диарея при антибактериальной терапии (АБТ) в целом развивается реже, чем у взрослых, наиболее уязвимыми являются новорожденные и дети до 5 лет.

**Цель исследования.** Клиническое изучение эффективности использования пробиотиков в профилактике и лечении антибиотикоассоциированной диареи среди детского населения ГУ ГЦЗ№12 и №15 г. Душанбе.

**Материал и методы исследования.** Нами проведено собственное исследование относительно применения и эффективности пробиотиков **Линекс**, **Линекс малыш**, **Лакто Г**, **Лактофлор кидс** и **Лактофлор** в профилактике и лечении ААД.

Данное исследование по дизайну являлось пилотным испытанием. Всего в исследование было включено 100 пациентов, из них мальчиков было 55 (52.2%), девочек - 45 (47.8%), 26 (56.5%) из которых входило в группу пробиотика и 20 (43.5%) пациентов в группу плацебо.

Для исследования отбирали пациентов, получавших антибиотики в течение 5-10 дней, амбулаторно.

Субъектами исследования явились дети от 1 до 14 лет и взрослые в возрасте старше 20 лет, получавшие антибиотики в течение не более 5-7 дней. Основную группу составили 100 пациента (52.2%), которые получали антибиотикотерапию без подключения пробиотиков, в контрольную группу входило 40 пациента (47.8%), получивших пробиотики **Линекс**, **Лакто Г** **Лактофлор** и **Лактофлор кидс**. Наши пациенты на фоне антибиотикотерапии ампициллином, амоксициллином и цефтриаксоном получали пробиотик **Лакто флор** и **Лактофлор кидс**.

Наиболее частыми первичными диагнозами были *E.coli* (36%), *Klebsiella* (18.6%), пневмония (56%) и бронхит (26,7%). По первичному диагнозу между группами статистических различий выявлено не было. Около 60% пациентов получали 2 и более антибиотиков, наиболее часто назначались цефтриаксон (50%) и ампициллин (16,7%).

Достоверных различий в количестве и типе использованных антибиотиков между группами установлено не было. Ограничения данного исследования типичны и хорошо описаны в литературе по пробиотикам. Как и многие другие, наше исследование было малым, и оно требует воспроизведения. Данное пробное исследование было разработано для определения барьеров, реализуемости и сбора предварительных данных для более глубоких исследований **Laktoflor Enteric Ecol**, который сейчас проводится в нашей республике.

Несмотря на эти ограничения, в данном плацебо-контролируемом пилотном исследовании прием **Laktoflor Enteric Ecol** дважды в сутки был ассоциирован с достоверным снижением частоты ДАА. Результаты данного предварительного испытания являются обнадеживающими, и уже проводится большее плацебоконтролируемое испытание, в котором **Laktoflor Enteric Ecol** исследуется в качестве средства для профилактики ДАА.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Состав **Laktoflor Enteric Ecol** можно охарактеризовать как «физиологичный», поскольку в состав комбинации входят виды микробов, относящиеся к классам основных обитателей кишечника, являющихся антагонистами по отношению к условно - патогенной и патогенной микрофлоре.

Спектр АВ, вызывающих ААД, был традиционен – цефалоспорины, клиндамицин, амоксициллин. Пациенты, получающие антибиотикотерапию в течение 3-х дней, имели значительно более низкую частоту ААД, чем те кото-

рые получили антибиотики более длительный период ( $p=0,009$ ). Лечение цефалоспорином, клиндамицином и пенициллинами сопровождалось увеличенным риском развития ААД. При проведении АБТ менее 72 часов частота диареи была значительно ниже, чем при более длительном курсе лечения, однако авторы не отметили различий в частоте ААД при проведении АБТ в течение недели и более трех недель. Симптомы диареи в среднем возникали через 9 дней после начала лечения.

Результатом было отсутствие диареи при назначении пробиотиков на фоне антибиотикотерапии.

В своих исследованиях мы доказали эффективность применения пробиотиков в профилактике детской антибиотико-ассоциированной диареи.

Нами проанализированы и другие клинические исследования, в которые были включены пробиотики: как линекс, бифидобактерии, смекта и т.д.

**Выводы.** Таким образом, с позиции медицины, основанной на доказательствах показана роль наиболее часто используемых антибиотиков в развитии антибиотико-ассоциированной диареи и эффективность применения пробиотиков в профилактике и лечении ААД. Доказано, что частота ДАА варьирует в зависимости от выбора противомикробного средства и пути назначения препарата, причем наиболее часто проблемы связаны с пероральными препаратами и антибиотиками широкого спектра действия.

Исследования показали, что пробиотики, в том числе **Лактофлор kids** и **Laktoflor Enteric Ecol**, **Лакто G** могут быть эффективными в качестве пробиотиков для профилактики и лечения ААД и восстановления микробного баланса кишечника на уровне с **Линексом**, как во время антибиотикотерапии, так и после отмены антибактериального средства.

#### Список литературы

1. Bartlett J.G. Antibiotic-associated diarrhea / J.G. Bartlett, N. Enge // J. Med. – 2002. – P. 346, 334–339.
1. Frequency of antibiotic-associated diarrhoea in 2462 antibiotic-treated hospitalized patients: a prospective study / J. Wistrom [et al.] // J Antimicrob Chemother. – 2001. – P. 43-50.
2. 10.1002/14651858.CD006179.pub2.
3. Probiotics in prevention of antibiotic associated diarrhoea: meta-analysis / A.L. D'Souza, C. Rajkumar, J. Cooke, C.J. Bulpitt // BMJ. - 2002, Jun 8. - Vol. 324 (7350). - P. 1361.
4. Probiotics for the prevention of pediatric antibiotic associated diarrhea / B.C. Johnston [et al.] // Cochrane System Database Rev. – 2007, – N2:CD004827. doi: 10.1002/14651858.

### ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

*Ёдгорова М.Дж., Мукаримова Д.А., Каюмова Д.А., Эргашев Х.Ю.*

Кафедра семейной медицины №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** «Здоровое поколение определяет здоровье нации» Э.Рахмон. Состояние здоровья населения всегда находится под пристальным вниманием Лидера нации, Основателя мира, Президента страны Э. Рахмона.

По последним данным состояние здоровья детей остаётся желать лучшего. В последние годы отмечается усиленный рост хронических инфекций, что не может не повлиять на состояние здоровья будущего ребёнка [1, 2]. Особенно в последние годы регистрируются у детей хронические вирусные и бактериальные инфекции, которые определяют дальнейшую судьбу подрастающего поколения. Своевременная диагностика, лечение и реабилитация может обеспечить достойное будущее детям с хроническими инфекциями [3, 4].

**Цель исследования.** Изучить клинические особенности состояния здоровья у новорожденных детей, родившихся с признаками внутриутробной инфекции.

**Материал и методы исследования.** Под нашим наблюдением находились 100 больных детей, родившихся с внутриутробными инфекциями города Душанбе и близлежащих районов столицы. Мальчиков было 34 (34%), девочек 67 (67%).

Всем детям проводилось клиническое наблюдение, развёрнутый анализ крови, общий анализ мочи, нейросонография, ЭКГ, ЭхоКГ сердца, рентгенография грудной клетки, бактериологические посевы крови и кала на флору и чувствительность к антибиотикам, иммуноферментный анализ крови (ИФА) для определения IgM и Ig G к цитомегаловирусу и вирусу простого герпеса.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Изучение анамнеза родителей и новорожденных выявило, что дети родились от матерей с хронической цитомегаловирусной и герпесвирусной инфекцией, имеющих в анамнез мёртворождаемость, выкидыши, вторичное бесплодие, неоднократно перенесших во время беременности ОРВИ с обострением вышеречисленных хронических инфекций.

Исследования выявили: хроническую цитомегаловирусную и герпесвирусную инфекцию у 100% детей в титрах 1: 200 до 1:400, перинатальную энцефалопатию с гипертензионным синдромом у 94%, с судорожным синдромом у 6% детей, псевдокисты и кальцинаты головного мозга у 87% детей, открытое овальное окно у 35% детей, ДМЖП и ДМПП у 4%. Пневмония и бронхит выявлены у 32%, пиелонефрит у 14%. Бактериологическое исследование крови и кала показало дисбактериоз у 100% детей, чаще преобладали *Klebsiella* - обнаружено у 70 детей (70%), *S. Aureus* - у 22 детей (22%), *Escherichia* – у 6 больных (6%), *Proteus* у 4 детей (4%) случаях. Синегнойная палочка и клостридии высевались не часто, в одинаковом количестве – по 3%, а также отмечены сочетание возбудителей, в 17% случаев, комбинация *S. aureus* и *Klebsiella*, 6% - *S. Aureus* и *St. Epidermalis*, 5% - *St. Epidermalis* и *Klebsiella*, в 2 случаях совместно с *Candida* и *Klebsiella* - 2%.

Состояние детей при осмотре было средне-тяжёлым и тяжёлым: отмечались бледность кожных покровов, выраженная одышка, цианоз носогубного треугольника и губ, акроцианоз, отмечалось частое срыгивание, физиологические рефлексы были снижены, также отмечались тахикардия, аритмия, тахипноэ, субфебрильная температура

отмечена у 67% детей, у 33% конечности были холодными с мраморным рисунком. У всех детей с пороками сердца на верхушке выслушивался систолический шум и акцент II тона во втором межреберье слева. ЭКГ показал низкий вольтаж комплекса QRS в отведениях aVF, V1-2, V5-6, инверсию зубца T и депрессию S-T в левых прекардиальных отведениях, а также гипертрофию желудочков сердца. И в 2 случаях отмечен пролапс митрального клапана.

**Выводы.** Таким образом, необходимо у всех новорожденных родившихся с признаками внутриутробной инфекции проводить инструментальные и клиничко-лабораторные исследования, как: нейросонография головного мозга, УЗИ и ЭхоКГ, ИФА, бактериологический посев кала на флору и чувствительность, с целью раннего выявления пороков развития и отклонений в состоянии здоровья и их коррекции.

#### Список литературы

1. Альбицкий, В.Ю. Часто болеющие дети / В.Ю. Альбицкий, А.А. Барабанов // Клиничко-социальные аспекты: пути оздоровления. - Саратов, 1986. - 165 с.
2. Современные подходы к лечению часто болеющих детей с заболеваниями верхних дыхательных путей / Н.Г. Соболева [и др.] // Пульмонология детского возраста: проблемы и решения. - 2003. - № 3. - С. 44.
3. Часто болеющие дети и методы их защиты / О.Ф. Выхристюк [и др.] // Мед. помощь. - 2004. - № 5. - С. 24-25.
4. Чебуркин, А.В. Причины и профилактика частых инфекций у детей раннего возраста / А.В. Чебуркин, А.А. Чебуркин. - М.: М., 1994. - 34 с.

### НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ ТЕРАПИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

*Есина Е.Ю., Посметьева О.С., Красноруцкая О.Н., Котова Ю.А.*

Кафедра поликлинической терапии ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж, Россия

**Актуальность** Сердечно-сосудистая патология продолжает оставаться одной из ведущих причин заболеваемости населения. Одним из наиболее распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы является гипертоническая болезнь (ГБ). Бремя ГБ связано не только с высокой распространенностью, но и со значительным риском развития сердечно-сосудистых осложнений, таких, как, острое нарушение мозгового кровообращения, гипертоническая энцефалопатия, расслаивающая аневризма аорты, острая и хроническая сердечная недостаточность, хроническая болезнь почек, ишемическая болезнь сердца [1,2]. Группами экспертов разработаны клинические рекомендации по диагностике и лечению ГБ, в которых представлены алгоритмы подбора терапии в зависимости от стадии ГБ, риска сердечно-сосудистых осложнений, сопутствующих заболеваний, имеющихся у пациента. Как показывает практика, врачи-терапевты амбулаторного звена здравоохранения в большинстве случаев грамотно назначают лечение, однако, успех терапии зависит от многих факторов, среди которых одно из важных значений имеет приверженность к лечению. На приверженность к лечению влияет много причин, среди которых, несоблюдение режима и дозы приема гипотензивного препарата, плохой контроль или отсутствие контроля артериального давления (АД), плохая переносимость гипотензивной терапии, экономическая составляющая. Важное значение имеет уровень когнитивных нарушений, депрессии, тревоги, которые также будут влиять на возможность выполнения рекомендаций врача.

[3,4]. Поэтому изучение вопроса приверженности к лечению больных, страдающих ГБ имеет важное значение для практической медицины и требует дальнейшего изучения [4].

**Цель исследования:** проанализировать приверженность к гипотензивной терапии у больных гипертонической болезнью.

#### Задачи:

1. Выявить гендерные особенности приверженности к лечению у больных гипертонической болезнью.
2. Выяснить факторы, влияющие на приверженность к лечению пациентов гипертонической болезнью.

**Материалы и методы исследования.** В исследовании участвовали 20 пациентов амбулаторно-поликлинического звена (10 мужчин и 10 женщин), страдающих гипертонической болезнью. Все пациенты имели ГБ 2 стадии, достигнутую степень - 2, с длительностью течения заболевания около 10 лет. Для анализа приверженности пациентов к лечению использовали валидизированный опросник Мориски-Грина. Шкала Мориски-Грина - тестовая методика, используемая для оценки приверженности и скринингового выявления недостаточно комплаентных больных в общей врачебной практике. Данная шкала была создана D. Morisky, L. Green, D. Levine в 1985 г. и опубликована в 1986 г. Согласно данной шкале приверженными к лечению являются больные, набравшие 4 балла и выше. Не достаточно приверженными к лечению ГБ и не приверженными к лечению ГБ являются больные, набравшие менее 3 баллов и 2 и менее балла, соответственно. Для статистической обработки данных использовался пакет программ STATISTICA 6.0. Различия между группами считали достоверными при уровне значимости  $p < 0,05$ .

**Результаты исследования и их обсуждение** Средний возраст обследованных пациентов составил  $57,4 \pm 5,5$  лет. Длительность ГБ у обследованных больных была -  $10,8 \pm 6,1$  лет. Средние показатели АД, зарегистрированного во время приема:  $160 \pm 15$  мм.рт.ст. и  $100 \pm 1,4$  мм.рт.ст. для систолического и диастолического АД, соответственно. Все пациенты принимали препараты из основных пяти гипотензивных групп (таблица 1).

Как видно из таблицы 1, большинство больных ГБ мужчин и женщин принимали гипотензивные препараты из группы ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента. Анализ ответов пациентов по шкале Мориски-Грина, выявил, что в группе женщин приверженность к лечению была выше и составила 59%, в то время как в группе мужчин - 45%. Недостаточная приверженность к лечению была у 2(29%) женщин и 3(30%) мужчин, больных ГБ. Приверженность к лечению ГБ отсутствовала у 1(12%) женщины и 2(25%) мужчин. Какие же причины недостаточной комплаентности к лечению ГБ указали больные? Страдающие ГБ мужчины и женщины дали разные ответы. Невнимательность, забывчивость и пропуск приема препарата при хорошем самочувствии лидировали у больных

ГБ мужчин. Страдающие ГБ женщины пропускали прием гипотензивного средства при хорошем самочувствии и при плохом самочувствии после приема препарата, т.е. речь идет как о побочных эффектах гипотензивной терапии, связанных с избыточным снижением артериального давления, так и с несоблюдением дозы препарата и режима его дозирования.

**Таблица 1. – Группы гипотензивных препаратов, назначаемых пациентам с ГБ на амбулаторном участке, абс. (%)**

Фармакологическая группа	Больные ГБ мужчины, n=10	Больные ГБ женщины, n=10
Ингибитор ангиотензинпревращающего фермента	9 (90%)	9 (90%)
Бета блокатор	5 (50%)	5 (50%)
Диуретики	5 (50%)	6 (60%)
Антагонисты кальция	2 (20%)	2 (20%)
Блокатор рецепторов к ангиотензину	2 (20%)	1 (10%)

### Выводы

1. В группе больных гипертонической болезнью женщин приверженность к лечению была выше и составила 59%. В группе страдающих ГБ мужчин - 45%.
2. Причины недостаточной приверженности к лечению среди больных гипертонической болезнью мужчин и женщин были различны. Невнимательность и забывчивость чаще встречались у больных гипертонической болезнью мужчин, пропуск приема препарата при плохом самочувствии после приема препарата – у больных женщин.

### Список литературы

1. Есина, Е.Ю. Анализ функциональных изменений миокарда у студентов в зависимости от уровня артериального давления / Е.Ю. Есина // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2013. – Т.12, №3.– С. 862–865.
2. Конради, А.О. Значение приверженности к терапии в лечении кардиологических заболеваний / А.О. Конради // Справочник поликлинического врача. - 2010. - № 6. - С. 8-12.
3. Приверженность к антигипертензивной терапии (комплаинс) у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы / И.В. Нефедов [и др.] // Лекарственный вестник. - 2012. – Т 6, №6(46). – С.24-30.
4. Никищенкова, Ю.В. Влияние приверженности терапии на дисфункцию миокарда у пациентов пожилого и старческого возраста с ишемической болезнью сердца и сердечной недостаточностью / Ю.В. Никищенкова, В.С. Никифоров // Архив внутренней медицины. – 2018. – Т.8, № 1(39). – С. 59-65.
5. Рекомендации по лечению артериальной гипертонии. ESH/ESC 2013. Рабочая группа по лечению артериальной гипертонии Европейского Общества Гипертонии (European Society of Hypertension, ESH) и Европейского Общества Кардиологов (European Society of Cardiology, ESC).

## ОСОБЕННОСТИ ФЛОРЫ ЛЁГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

*Зоидбоева Н.З., Одинаев Ш.Ф., Бобоходжаева З.Б., Мехмонов П.Х.*

Кафедра внутренних болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Проблема пневмоний в настоящее время привлекает внимание специалистов в связи с широким распространением и повышением удельного веса бронхолегочных заболеваний среди населения на всем земном шаре [1, 2]. Особую актуальность она приобретает для нашей республики. Несмотря на благоприятные климатические условия, бронхолегочные заболевания занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваемости как взрослого, так и детского населения страны.

Кроме того, широкое применение антибиотиков привело в последние годы не только к селекции множественно устойчивых штаммов, но и к видоизменению микрофлоры и этиологической структуры гнойно-воспалительных заболеваний легких [3-4].

Анализ литературы по проблеме этиологии гнойно-воспалительных заболеваний легких показывает, что о микрофлоре воспалительного очага легкого авторы судили в основном по характеру микрофлоры мокроты и слизи, полученной при бронхоскопии [1, 3-4].

**Цель исследования.** Оценить видовой состав мокроты и содержимого бронхов у больных хроническими пневмониями.

**Материал и методы исследования.** Проведено параллельное исследование мокроты и содержимого бронхов, взятых у больных с хронической неспецифической пневмонией. Всего изучено 102 образца мокроты и такое же количество материала, полученного при бронхоскопии

Материал засеивали на 5% кровяной агар. Использовали среду Эндо для выделения энтеробактерий и среду Сабуро для обнаружения грибковой флоры. В дальнейшем выделенные культуры идентифицировали, изучая их биохимические и культуральные свойства [5].

**Результаты исследования и их обсуждение.** В таблице 1 представлены данные о высеваемости мокроты и из содержимого бронхов различных микроорганизмов при обычном культивировании в аэробных условиях. При посевах мокроты было выделено 224 культуры микроорганизмов, а при посевах такого же количества содержимого из бронхов-107 штаммов. Из мокроты чаще, чем из содержимого бронхов выделяются стафилококки (41,1% из мокроты и 32,7% из содержимого бронхов) от общего числа выделенных культур.

При исследовании биологических свойств 92-х штаммов стафилококка, выделенных из мокроты, и 35 штаммов, выделенных из содержимого бронхов мы изучали их рост на питательных средах, морфологические особенности, способность коагулировать плазму, ферментировать маннит, вызывать гемолиз. В основу суждения о патогенности мы ставили реакцию плазмокоагуляции, как наиболее стабильную.

На основании наших исследований, выделенные штаммы стафилококка из мокроты и содержимого бронхов (43,4% и 321,4% соответственно) можно отнести к патогенным, как и выделенные из мокроты и бронхов штаммы стрептококка (26,3% и 25,2% соответственно), в том числе 9 штаммов пневмококка из мокроты, 3 штамма при бронхоскопии.

Таблица 1

Микрофлора мокроты и содержимого бронхов, полученная при культивировании в аэробных условиях (в %)

№	Микроорганизмы	Содержимое бронхов		Мокрота	
		кол-во культур (abs)	в % от общего числа культур	кол-во культур (abs)	в % от общего числа культур
1.	Стафилококки (в т.ч. патогенный стафилококк)	35	32,7	92	41,1
		11	31,4	40	43,4
2.	Стрептококки (в т.ч. пневмококки)	27	25,2	59	26,3
		3	2,8	9	8,3
3.	Сарцины	2	1,9	4	1,8
4.	Нейссерии	10	9,3	12	5,4
5.	Клебсиелла	1	0,9	4	1,8
6.	Кишечная палочка	3	2,8	7	3,1
7.	Протей вульгарис	0	0	1	0,4
8.	Синегнойная палочка	2	1,9	5	2,2
9.	Коринебактерии	21	19,6	20	8,9
10.	Дрожжевые грибы	6	5,6	20	8,9
	Всего	102		102	
	Выделено культур	107		224	
	Посевы стерильны	18		0	

Кроме кокковой флоры, в биосубстратах больных обнаруживали грамотрицательную флору (кишечную палочку, протей, синегнойную палочку и т.д.). Среди энтеробактерий преобладает кишечная палочка: 7 штаммов из мокроты (3,1%) и 3 штамма из содержимого бронхов (2,8%), клебсиелла 4 (1,8%) и 1 (0,9%) штамм, синегнойная палочка 5 (2,7%) и 2 (1,9%) штамма, соответственно. В одном случае из мокроты выделен протей вульгарис.

Особенно большая разница отмечена в количестве выделенных культур из мокроты и материала, аспирированного из бронхов, в отношении к дрожжеподобным грибам рода кандиды. Из мокроты они высевались в 3 раза чаще, чем из аспиратов бронхов у пульмонологических больных (20 культур - 8,9% и 6 из материала бронхов - 5,6%).

Наибольший процент обнаружения представлен коринебактериями, выделенными из содержимого бронхов 19,6%, в то время как процент обнаружения их из мокроты оказался равным 8,9%. Посевы из бронхов были стерильны в 18 случаях, а при посеве мокроты наблюдалась 100% высеваемость микроорганизмов. Микроорганизмы с биосубстратами больных с гнойно-воспалительными заболеваниями легких наблюдались как в монокультуре, так и в ассоциациях. Однородная микрофлора мокроты содержимого бронхов составила 22% и 34% соответственно. Микроорганизмы обнаруживались в ассоциациях чаще из мокроты, чем из содержимого бронхов. Во всех ассоциациях характерно присутствие грамположительной кокковой флоры, с преобладанием ассоциации стафилококка и стрептококка.

**Заключение.** Полученные данные позволяют сделать вывод, что при бактериологических исследованиях мокроты и содержимого бронхов у больных с хроническими заболеваниями лёгких выделена полимикробная флора с преобладанием грамположительных кокковых видов (стафилококков и стрептококков). Изучение свойств стафилококков и стрептококков, выделенных из мокроты и содержимого бронхов, показало, что в мокроте гораздо чаще обнаруживаются штаммы, обладающие признаками патогенности, чем это наблюдается среди кокковой флоры, полученной из аспиратов бронхов. Микрофлора мокроты более обильна по сравнению с содержимым бронхов у пульмонологических больных за счет большого количества грамотрицательной палочковой флоры. Дрожжевые грибы и кандиды выделялись из мокроты в 3 раза чаще, чем из бронхов. Бактериологический контроль за характером и лекарственной чувствительностью выделенных микроорганизмов дает возможность выявить те антибиотики, к которым они чувствительны и таким образом осуществить более адекватную и эффективную антибактериальную терапию.

#### Список литературы

1. Акатов А.К. Стафилококки. – М: Медицина, 1983, с. 12-19.
2. Берги Дж. Краткий определитель бактерий. –М: Медицина, 1980, с. 23-34.
3. Манди Л., П. Лекье. Эпидемиологические и инфекционные болезни. М.: Medicine V. 4. – 2003, с. 48-52.
4. Вишнякова Л. А., Фаустова М.Е., Сологуб Т.С. и др. Микробиологические и иммунологические методы диагностики инфекционного процесса при неспецифических заболеваниях легких. Методические рекомендации. М. 1990, с. 8-17.
5. «Тенденции смертности от болезней органов дыхания в центрально-азиатских республиках». Информационный бюллетень, 2000, № 5, с. 22.

## ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

*Зуйкова А.А., Есина Е.Ю., Страхова Н.В., Добрынина И.С.*

Кафедра поликлинической терапии ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж, Россия

**Актуальность** Современный темп жизни, постоянно растущие требования к врачу, как личности и профессионалу не отделимы от эмоционального напряжения. Повседневная работа врача амбулаторного звена связана с общением с большим количеством пациентов, их родственниками, коллегами, средним и младшим медицинским персоналом [1,2,3]. На развитие синдрома эмоционального выгорания влияют индивидуальные и организационные факторы. Среди индивидуальных факторов выделяют социально-демографические и личностные характеристики. Стаж работы, семейное положение, наличие детей – относятся к важнейшим социально-демографическим характеристикам, влияющим на повседневную деятельность врача. Среди личностных особенностей выделяют: доминирование, агрессивность, недоверчивость, покорность, эгоцентричность и др. Синдром эмоционального выгорания выступает как механизм психологической защиты в повседневной работе врача. Очень важно учитывать возможности формирования синдрома эмоционального выгорания у будущих врачей с учетом возможных факторов риска. Синдром эмоционального выгорания тесно связан с психосоциальными факторами риска, с высоким уровнем стресса, что может быть важным при формировании и развитии психосоматической патологии: артериальной гипертензии и других болезней сердечно-сосудистой системы [4, 5].

**Цель исследования:** изучить выраженность эмоционального выгорания у врачей терапевтического профиля в условиях амбулаторного звена здравоохранения.

### **Задачи:**

1. Выявить уровень эмоционального истощения, деперсонализации и редукации личностных достижений у врачей амбулаторного звена здравоохранения.

2. Проанализировать корреляционные взаимосвязи между стажем работы врача-терапевта амбулаторного звена здравоохранения и эмоциональным истощением, деперсонализацией, истощением, редукацией личности и резистентностью.

**Материалы и методы исследования** Обследовано 14 врачей-общей врачебной практики (семейной медицины) амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения от 33 до 75 лет, со стажем работы 15,7±11,7 лет. Уровень психического выгорания оценивали с помощью опросника МВИ, адаптированного Н.Е. Водопьяновой, уровень эмоционального выгорания, с помощью теста В.В. Бойко. Статистическая обработка материала проводилась с помощью использования стандартных статистических методов и пакета программ STATISTICA 6.0. Различия между группами считали достоверными при уровне значимости  $p < 0,05$ .

**Результаты исследования и их обсуждение.** Проанализировав ответы на опросник МВИ, адаптированный Н.Е. Водопьяновой, мы выявили у врачей средний уровень эмоционального истощения, деперсонализации и редукации личностных достижений: 23,7±7,2, 10,7±4,0 и 31,9±8,7, соответственно. Напряжение, резистентность и истощение у врачей находились в фазе формирования, составив 56,0±16,9, 58,2±15,0 и 48,2±17,6, соответственно. Нам представилось важным проанализировать корреляционные взаимосвязи между стажем работы врачей амбулаторного звена здравоохранения и составляющими синдрома эмоционального выгорания: эмоциональным истощением, деперсонализацией, редукацией личности, напряжением, резистентностью и истощением. Результаты были следующими. Стаж работы имел высокую прямую корреляционную связь с эмоциональным истощением ( $r=0,95$ ,  $p < 0,05$ ) и деперсонализацией ( $r=0,81$ ,  $p < 0,05$ ). Деперсонализация рассматривается как состояние, когда собственные действия рассматриваются как бы со стороны, и, что самое важное, сопровождаются ощущением невозможности управлять ими, что является опасным для врачебной специальности. Между стажем работы и редукацией личности была выявлена высокую обратную корреляционную связь ( $r=-0,89$ ,  $p < 0,05$ ). Основными симптомами данного состояния являются: стойкое снижение активности и работоспособности, снижение круга интересов, стирание черт индивидуальности, повышенная утомляемость и раздражительная слабость. Между стажем работы и резистентностью, или устойчивостью к действию внешних раздражителей, корреляционная связь была умеренной прямой ( $r=0,64$ ,  $p < 0,05$ ). Высокую прямую корреляционную связь мы обнаружили между стажем работы врача-терапевта амбулаторного звена и истощением ( $r=0,78$ ,  $p < 0,05$ ). Безусловно, такая высокая корреляция между стажем работы врача и истощением, будет негативно сказываться на практической повседневной деятельности, т.к. длительные психические и физические нагрузки, испытываемые специалистами амбулаторного звена здравоохранения, не компенсируются физиологическими паузами покоя, необходимыми для полного и успешного восстановления.

**Выводы.** 1. Уровень эмоционального истощения, деперсонализации и редукации личностных достижений у врачей был средним. 2. Корреляционная взаимосвязь между эмоциональным истощением, деперсонализацией и истощением была высокой прямой, между стажем работы и редукацией личности – обратной высокой, а между стажем работы и резистентностью – умеренной прямой.

Таким образом, назрела необходимость в своевременной диагностике и оказании психотерапевтической помощи при синдроме эмоционального выгорания врачам амбулаторного звена здравоохранения.

### **Список литературы**

1. Иванов, А.В. Профилактика и медико-психологическая помощь при синдроме эмоционального выгорания у психиатров / А.В. Иванов // *Центральный научный вестник*. – 2017. – Т. 2, № 24 (41). – С. 20-21.
2. Бабанов, С. Профессия и стресс / С. Бабанов // *Врач*. - 2014. - №4. - С. 15-20.
3. Есина, Е.Ю. Персонализированная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний у студентов с тревожными и депрессивными расстройствами / Е.Ю. Есина, А.А. Зуйкова // *Системный анализ и управление в биомедицинских системах*. – 2013. – Т.12, №2.– С. 517–520.



4. Марсальская, О.А. Факторы риска и психоэмоциональные особенности, влияющие на развитие сердечно-сосудистых заболеваний и сердечно-сосудистый риск развития фатальных событий у работников железнодорожного транспорта с артериальной гипертензией / О.А. Марсальская, В.С. Никифоров // *CardioСоматика*. – 2017. – Т.8, №1. – С. 98-102.
5. Попов, В.В. Факторы профессионального выгорания у врачей-терапевтов поликлиник / В.В. Попов, Ю.А. Дьякова, И.А. Новикова // *Гигиена и санитария*. - 2017. - №3. - С. 265- 269.

## ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ НА УРОВНЕ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

*Иномзода Д.И., Ёдгорова М.Дж., Носирова М.П.*

Кафедра семейной медицины №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

**Актуальность темы** вытекает из важности дальнейшего развития общей врачебной практики (семейной медицины) в Республике Таджикистан, «проблемно-ориентированной» и «пациент-центристкой» парадигм современной клинической медицины, предусматривающих прерогативу всесторонней персональной характеристики пациента и его окружения, а также осуществления целевых лечебно-профилактических и реабилитационных программных мероприятий. Диспансеризация пациентов и здоровых лиц является одним из основных направлений профессиональной деятельности и критериев оценки работы персонала семейной медицины (семейного врача и среднего медперсонала), «узких» специалистов амбулаторного звена и уровня их интеграции в их совместной работе на догоспитальном уровне.

Динамическая характеристика структуры заболеваемости позволяют обосновать управленческие решения на различных уровнях системы здравоохранения, определять приоритеты в оказании первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), квалифицированной и специализированной медицинской помощи, планировать комплексные мероприятия, направленные на профилактику первичной заболеваемости и минимизации формирования хронических форм патологий.

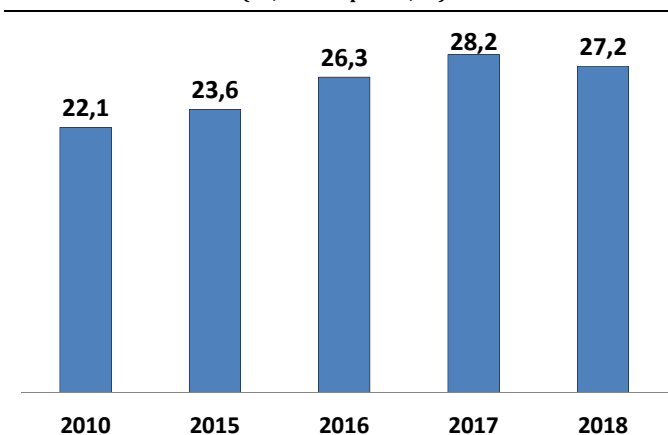
**Целью исследования** явилось сравнительное изучение динамики совокупного медико-статистического показателя «Охват диспансерным наблюдением пациентов всеми болезнями», утвержденного министерством здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан и Государственным комитетом статистики при Правительстве Республики Таджикистан.

**Материал и методы исследования.** Научное исследование проведено в контексте дальнейшего развития и совершенствования семейной медицины в Республике Таджикистан (2010, 2015, 2016, 2017, 2018 г.г.).

Для характеристики уровня и качества диспансеризации пациентов на уровне первичного здравоохранения, включающей также службу семейной медицины, использованы данные официальной медико-статистической отчетности (статистическая форма №12 «Отчет о болезнях территории обслуживания центра здоровья» Республиканского Центра статистики и медицинской информации МЗиСР РТ за 2010, 2015, 2016, 2017, 2018 г.г.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В 2010 г. в Республике Таджикистан на уровне общей врачебной практики (семейной медицины) показатель «Охват пациентов диспансерным наблюдением» равнялся 22,1%. В 2015 г. показатель охвата пациентов диспансеризацией достиг уровня 23,6% (к показателю 2010 г. – увеличение на 5,8%). В 2016 г. индикатор охвата диспансеризацией подлежащего контингента населения равнялся 26,3% (рост по отношению к показателю 2010 г. составлял 4,2%, к показателю 2015 г. – рост на 2,7%). В 2017 г. показатель охвата диспансеризацией пациентов, наблюдаемых на уровне первичного здравоохранения, равнялся 28,2% (динамика к показателю 2010 г. – увеличение на 6,1%, к уровню 2016 г. – рост на 1,9%. В 2018 г. показатель охвата пациентов под диспансерным наблюдением достиг уровня 27,2% (по сравнению с показателем 2010 г. рост на 5,1%, к уровню 2016 г. – рост на 0,9%, относительно уровня показателя 2017 г. – уменьшение на 1,0%). (См. рис.).

**ДОЛЯ ПАЦИЕНТОВ, ОХВАЧЕННЫХ ДИСПАНСЕРНЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ  
(РТ, все возрасты, %)**



**Выводы.** В результате проведенного ретроспективного анализа показателя охвата диспансерным наблюдением пациентов в контексте оценки эффективности внедрения и дальнейшего институционального развития семей-

ной медицины в РТ, выявляется наличие неиспользуемых в полной мере рычагов оптимизации конечных результатов наблюдения за хроническими больными, каковым является совместное (семейный врач + «узкий» специалист) диспансерное наблюдение пациентов.

Структурный причинно-следственный (синдромно-нозологический) анализ выявленных ситуаций в стране, особенно в период 2017/2018 г.г., в контексте прерогативы диспансеризации как ключевого инструмента в непрерывном наблюдении за контингентом больных и здоровых являются задачами последующих исследований.

#### Список литературы

1. Боэрма В.Дж.В., Флеминг Д.М. Роль общей практики в первичной медико-санитарной помощи // Европейское региональное бюро ВОЗ.– Копенгаген. – 2001. – 182 с. 2. The European Definition of General Practice / Family Medicine // WONCA Europe. – 2002. – P. 7.
2. Общая врачебная практика : национальное руководство : В 2 т. – Т. I и Т. II / под ред. акад. РАМН И.Н.Денисова, проф. О.М.Лесняк. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013.
3. Медик В.А., Юрьев В.К. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / В.А. Медик, В.К. Юрьев. – М.: Проффессионал, 2009. – 432 с.: ил.
4. Методика расчета показателей для оценки состояния здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения. ГБУ РО «Медицинский информационно-аналитический центр». Москва, 2014, с.12.
5. Методические рекомендации по изучению здоровья населения: / О.П.Щепин, В.А.Медик, В.И.Стародубов и др. - Утверждены МЗиСР РФ и РАМН – М., 2005. – 70 с.

### АНАЛИЗ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ ВТОРИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С РАЗВИВШЕЙСЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

*Иноятова Н.А., Исаков А.Д., Наджмудинов Д.С.*

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Технический прогресс человечества XXI века привел к росту неинфекционных заболеваний. Во главе которых стоят именно сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) и сахарный диабет (СД). Пандемия ожирения во всем мире ведет к неуклонному росту сердечно-сосудистых заболеваний и сахарному диабету. Несмотря на достижения в фармакотерапии сахарного диабета больные погибают не от острых коматозных состояний, а, как правило, от прогрессирующих хронических осложнений. К таким осложнениям и относятся микроангиопатия с поражением мелких сосудов сетчатки, почек и нервных окончаний. К наиболее инвалидизирующим относится нефропатия, приводящая к хронической болезни почек (ХБП). Гибель подоцитов у больных сахарным диабетом ведет к развитию вторичного гиперпаратиреоза. О данных нарушениях минерально-костной системы известно достаточно давно. Однако, только в 2006 году в KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes - Инициатива по улучшению глобальных исходов заболеваний почек), учитывая высокую распространенность нарушений фосфорно-кальциевого обмена, приводящих к нарушениям метаболизма в костной ткани и развитию кальцификации сосудов или других мягких тканей, были объединены в понятие минерально-костных нарушений при ХБП [1].

Учитывая большую распространенность сахарного диабета и ХБП, которые сопровождаются минерально-костными нарушениями (МКН), актуальность изучения вторичного гиперпаратиреоза у данной когорты больных ежегодно все более возрастает. Также необходимо упомянуть, что данные заболевания относятся не только к наиболее распространенным, но и к хроническим - длительно протекающим. Учитывая данные параметры возрастает роль медико-социального осложнения при этих заболеваниях, а именно вторичного гиперпаратиреоза.

Согласно данным Международной Федерации диабета от 2015 года, распространенность сахарного диабета на планете колеблется от 4 до 11,5%, в среднем составляет 8,8%. Распространенность ХБП несколько превышает таковую для сахарного диабета и составляет в среднем 15% [2].

Минерально-костные нарушения, возникающие при ХБП, составляют значительную проблему для мирового здравоохранения. Необходимо отметить, что в 70-80% случаев МКН отмечают и у больных сахарным диабетом, что значительно повышает риск инвалидизирующих состояний у данной когорты пациентов [2].

По данным проведенных эпидемиологических исследований за 2017 год в KDIGO, прогрессирование вторичного гиперпаратиреоза (ВГПТ) отмечается уже на ранней стадии ХБП (скорость клубочковой фильтрации (СКФ)  $\leq 60$  мл/мин/1,73м<sup>2</sup>). Более того, по данным зарубежных исследований, распространенность ВГПТ неуклонно возрастает по мере прогрессирования ХБП и составляет для ХБП 1-2 стадии 12-23%, при 3 стадии 76%, а при ХБП 4-5 стадии приближается к 100% [3].

В основе развития ВГПТ лежит отсутствие активности 1 $\alpha$ -гидроксилазы - фермента превращающего неактивную форму витамина D в кальцитриол. В свою очередь, отсутствие кальцитриола ведет к гипокальциемии и компенсаторному повышению паратгормона. Гиперпаратиреозидизм, в свою очередь, приводит к кальцификации сосудов и прогрессированию атеросклероза.

Все вышеприведенное обосновывает своевременное выявление вторичного гиперпаратиреоза и его адекватное лечение. Целью данной работы является изучить выявляемость вторичного гиперпаратиреоза у больных с сахарным диабетом и ХБП.

**Цель исследования.** Изучить выявляемость вторичного гиперпаратиреоза у больных с сахарным диабетом с развившейся ХБП.

**Материалы и методы исследования.** Нами был проведен катанамнестический анализ 596 историй болезней во взрослом эндокринологическом отделении ГМЦ имени Карима Ахмедова. Из их числа больные с сахарным диабетом 1 типа составили - 32 (6%) и больные с СД 2 типа - 564 (94%). Стаж заболевания составил в среднем 8,83 $\pm$ 0,23

лет. Среди больных мужчин было - 244 (41%), а женщин - 352 (59%). Гликолизированный гемоглобин в среднем составил 10,5% (7,8%;14,3%). Расчет скорости клубочковой фильтрации определялся по формуле MDRD. Средний уровень СКФ составил  $-50,34 \pm 0,65$ .

В исследовании использовались методы статистической обработки EXZEL.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В ходе анализа 596 историй болезней у 117 (19%) выявлена ХБП-1-2 степени, у 438 (73%) больных ХБП 3 А и Б стадии, ХБП 4 стадии выявлена у 37 (6%) пациентов, ХБП 5 стадии у 2 (0,3%).

**Таблица 1. - Частота выявляемости стадий ХБП**

1 стадия	2 стадия	3а стадия	3б стадия	4 стадия	5 стадия
90 и выше	89 – 60*	59 – 45*	44 – 30*	29 – 15*	15 и ниже
18	99	240	198	37	2
3%	16%	40%	33%	6%	0,3%

\*мл/мин

Учитывая, что вторичный гиперпаратиреоз начинается уже при СКФ менее 60мл/мин, что соответствует 3 стадии ХБП, больным необходимо назначение проведения денситометрии и определения паратгормона. Однако, анализ историй болезней выявил, что только 14 больным была проведена денситометрия и определение паратгормона, что подтвердило наличие вторичного гиперпаратиреоза, и составило 2,9% выявленных больных с ВГПТ.

У данной категории больных использовался активный метаболит витамина Д - кальцитриол. Однако, мировая общественность широко использует селективно-активные метаболиты витамина Д. Одним из преимуществ является отсутствие значительного повышения общего кальция и фосфора за счет увеличения их всасывания в кишечнике, что связано с кальцификацией сосудов [4].

Анализируя причины поздней диагностики данного осложнения авторы столкнулись с финансовыми проблемами при определении ПРГ и проведении денситометрии больным с ХБП и СД.

**Таким образом,** несмотря на все вышеперечисленное авторы акцентируют внимание на необходимости своевременного выявления вторичного гиперпаратиреоза у больных с ХБП и СД. Необходимо подчеркнуть, что при своевременном выявлении желательнее широкое использование селективно-активных метаболитов витамина Д - парикальцитола.

#### Список литературы

1. KDIGO clinical practice for the diagnosis, evaluation, prevention and treatment of Chronic Kidney Disease-Mineral and Bone Disease(CKD-MBD) // *Kidney Int. Suppl.* - 2009. 113. - P.1 –130.
2. Шестакова, М.В. Сахарный диабет и хроническая болезнь почек: возможности прогнозирования ранней диагностики и нефропротекции в XXI веке / М.В. Шестакова // *Терапевтический архив.* – 2016. - 6. doi:10.17116/terarkh201688684-88./ Shestakova MV.Diabetes mellitus and chronic kidney disease: limitations of prognosis, early diagnosis and nephro-protection in the 21 st. century. *Therapeutic cheskiy Arkhiv.* - 2016. - 6. doi: 10.17116 / terarkh201688684-88.
3. Guideline Update: what’s changed and why it matters Executive summary of the 2017 KDIGO Chronic Kidney Disease–Mineral and Bone Disorder (CKD-MBD) // *Kidney International.* - 2017. - 92. - P. 26–36.
4. Paricalcitol versus calcitriol in the treatment of secondary hyperparathyroidism / S.M. Sprague [et al.] // *Kidney Int.* – 2003. - N63. - P.1483–1490.

### ДИАГНОСТИКА HERPES ZOSTER ИММУНОФЕРМЕНТНЫМ АНАЛИЗОМ

*Исаева М.С., Мирзоева М.Т.*

Кафедра дерматовенерологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино  
Государственное учреждение «Медицинский центр исполнительного аппарата Президента  
Республики Таджикистан

**Актуальность.** Существует целый ряд экспрессивных методов диагностики Herpes Zoster – иммунофлюоресценция (ИФ), тонкослойный иммунный анализ (ТИА). Имеются сообщения о многочисленных модификациях радиоиммунного метода (РИМ). Большинство методов лабораторной диагностики основаны на комплементарном, строго специфическом взаимодействии антигена и антитела [1,2,3]. Мы для лабораторной диагностики 40 больным Herpes Zoster использовали иммуноферментный анализ (ИФА).

**Цель исследования.** Оценить диагностическую значимость ИФА при Herpes Zoster.

**Материал и методы исследования.** В Таджикском научно-исследовательском институте профилактической медицины, в вирусологической лаборатории с целью диагностики 40 больным с предварительным диагнозом Herpes Zoster нами был проведен иммуноферментный анализ. Мужчин было 22 (55%), женщин 18 (45%). Больных до 20 лет было 1 (2,5%), от 21 до 30 – 4 (10%), от 31 до 40 - 6 (15%), от 41 до 50 – 3 (7,5%) и свыше 50 лет – 26 (65%). Из 40 больных у 9 (22,5%) диагностирована эритематозно-везикулёзная форма Herpes Zoster, у 12 (30%) - геморрагическая, у 5 (12,5%) - гангренозная, у 9 (22,5%) - буллёзная и у 5 (12,5%) - генерализованная.

Для проведения ИФА использовали набор реагентов «Вектор VZV – IgG и IgM» для иммуноферментного выявления иммуноглобулинов класса G и M к вирусу Herpes Zoster. С этой целью у больных с соблюдением правил асептики брали кровь из локтевой вены и центрифугировали. Метод определения основан на твёрдофазном иммуноферментном анализе. Специфическим реагентом набора является очищенный рекомбинантный антиген вируса

Herpes Zoster, иммобилизованный на поверхности лунок полистиролового разборного планшета. На первой стадии анализа анализируемые образцы инкубировали в лунках с иммобилизованным антигеном. Имеющиеся в образце специфические антитела к вирусу связывались с иммобилизованным антигеном. Несвязавшийся материал удаляли отмывкой. Связавшиеся антитела выявляли при инкубации с конъюгатом антител к иммуноглобулинам класса G человека с пероксидазой хрена. Комплекс «антиген-антитело-конъюгат» выявляли цветной реакцией с использованием субстрата пероксидазы – перекиси водорода и хромогена – тетраметилбензидина. Интенсивность окрашивания пропорциональна концентрации IgG к вирусу Herpes Zoster в анализируемом образце.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Результаты исследования показали, что у 35 (87,5%) больных с Herpes Zoster, которые обратились к нам на первой неделе заболевания, титр антител класса IgG колебался от 1:400 до 1:1600. В то время как у 5 (12,5%) обратившихся через 1-2 месяца от начала заболевания отмечалось выраженное нарастание титра антител класса IgG от 1:3200 до 1:12400. Своего пика IgG они достигали к концу третьего месяца и на этом уровне они сохранялись в течении 2-3 месяцев, в последующем отмечалось постепенное их снижение. Что касается IgM, то до лечения у 21 (52,5%) больных титр антител колебался от 1:200 до 1:800, а у 19 (47,5%) от 1:600 до 1:3200. В дальнейшем титр IgM постепенно снижался и через 2-3 месяца антитела полностью исчезали (табл. 1).

Таблица 1

**Показатели ИФА в остром периоде, на этапе реконвалесценции и в отдаленном периоде у больных Herpes Zoster**

ИФА	IgG			IgM		
	Среднее значение титров	$\pm m$	P	Среднее значение титров	$\pm m$	P
До лечения	1:1710	$\pm 410,1$		1:1230	$\pm 169,9$	
Через 1 месяц	1:3260	$\pm 380,2$		1:237,5	$\pm 30,5$	
Через 3 месяца	1:1130	$\pm 102,2$		1:7,5	$\pm 4,2$	
Через 6 месяцев	1:680	$\pm 53,5$		0	0	

Примечание: P – значимость различий показателей до лечения и через 1, 3 и 6 месяцев (тест ANOVA)

Таким образом, IgM является маркером реактивации или первичного инфицирования вирусом Herpes Zoster. В крови их можно обнаружить на 4-6 день после реактивации или инфицирования вирусом Herpes Zoster. Максимальные значения достигаются на 15-20 сутки и сохраняются в организме человека недолго от 2-3 до 6 месяцев, а затем исчезают. Специфические антитела IgG появляются обычно через 10-14 дней после проникновения вируса Herpes Zoster и своего пика достигают через 2-3-месяца, затем отмечается постепенное снижение и на этом уровне сохраняются пожизненно.

#### Список литературы

1. Значение растворимых форм дифференцировочных антигенов в прогнозировании течения опоясывающего герпеса и эффективности противовирусной и иммунокорректирующей терапии / Собчак Д.М. [и др.] // Клиническая Медицина. - 2011. - №4- С. 67-69.
2. Петрова Г.А. Диагностика и лечение простого и опоясывающего лишая. Учебное пособие для студентов и врачей / Г.А. Петрова, Л.Т. Павлова. Нижний Новгород. - 2000г. - С. 19-24.
3. Herpes zoster in Germany: Quantifying the burden of disease / U. Bernhard [et al.] // BMC Infectious Diseases. – 2011. - V. 11, - P. 173.

#### МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ГЕРПЕСА

*Исаева М.С., Дадабаев Р.Д., Абдухамидова З.А., Джураева Ш.Х.*

Кафедра дерматовенерологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Опоясывающий герпес (ОГ) или Herpes zoster является вирусным заболеванием с характерными клиническими проявлениями на коже в сочетании с болевым синдромом. Возбудитель ОГ-вирус варицелла зостер (ВВЗ), принадлежащий к семейству Herpesviridae. Вирус быстро погибает при воздействии ультрафиолетовых лучей, дезинфицирующих средств, нагревании, однако долго сохраняется при низких температурах [1].

Заражение ВВЗ в большинстве случаев происходит в детском возрасте и протекает с клинической картиной ветряной оспы (ВО) [2-3]. После этого возбудитель не элиминируется из организма, персистирует в краниальных и спинальных сенсорных ганглиях. Поскольку при ветряной оспе проявления имеют диссеминированный характер, то вирус оккупирует ганглии всех уровней спинного мозга, а также узлы черепно-мозговых нервов. ОГ возникает в результате реактивации ВВЗ. Возможно, с этим и связано наличие при ОГ выраженного болевого синдрома. При ОГ, как правило, отмечается комбинация дерматологической, инфекционной и неврологической симптоматики. Поэтому нередко отмечают ошибки в диагностике дерматоза, особенно в прегерпетической стадии. До недавнего времени проводилась только клиническая диагностика ОГ, а выявление вирусов осуществлялось только в специализированных вирусологических центрах. В последние десятилетия появились новые методы исследования, а традиционные значительно усовершенствованы. В настоящее время существует целый ряд экспрессивных методов диагностики ОГ-иммунофлюоресценция (ИФ), иммуноферментный анализ (ИФА) радиоиммунный метод (РИМ), полимеразная цепная реакция (ПЦР), но для выполнения всех этих методов необходимы дорогостоящее оборудование и реактивы. До сих пор в клинической практике сохраняется потребность в морфологической верификации диагноза, так как морфологический метод призван предоставить визуальные доказательства того, что изменение любой функции определяется изменением строения её материального носителя [4-5]. Основным инструментом патоморфолога

является микроскоп, позволяющий увидеть и зафиксировать те изменения, которые недоступны невооружённому человеческому глазу.

**Цель исследования.** Дать оценку морфологической диагностике опоясывающего герпеса.

**Материал и методы исследования.** Обследовано 40 больных с ОГ, находившихся на стационарном и амбулаторном лечении в ГКБ №1 г. Душанбе. Мужчин было 22(55%), женщин-18 (45%). Из 40 больных у 20 (50%) наблюдалась эритематозно-везикулёзная форма ОГ, у 12 (30%)- геморрагическая и у 8 (20%)-буллёзная.

Для морфологического исследования у больных ОГ брали кусочки кожи из очагов поражения размером 1мм<sup>3</sup>. Кусочки ткани с помеченными бирками помещали в марлевые мешочки и опускали в 10% раствор нейтрального формалина. После проводки спиртом восходящих концентраций зафиксированный материал заливали в парафиновые блоки. Срезы толщиной 5-7 мкм окрашивали гематоксилином и эозином и пикрофуксином по Ван Гизону.

Для оценки результатов патоморфологических исследований использовали систему компьютерного анализа микроскопических изображений, состоящую из светооптического микроскопа. Микропрепараты изучали под микроскопом Olympus CX-21 при разных увеличениях камерой Digital MicroScope Camera MC-DO 48U(E).

Полученные данные были обработаны методами вариационной статистики с вычислением долей (%).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Гистологическое исследование биоптатов показало, что у больных с эритематозно-везикулёзной формой ОГ отмечается баллонизирующая дистрофия с появлением пузырьков в глубоких слоях эпидермиса. В результате ретикулярной дистрофии наблюдаются вакуоли различного размера. В сосочковом и сетчатом слоях дермы стенки сосудов инфильтрированы лимфогистиоцитами и гранулоцитами. Отмечается массивный периваскулярный инфильтрат из лимфоцитов, гистиоцитов и гранулоцитов.

Морфологическое исследование у больных с геморрагической формой ОГ показало, что наблюдается отёк и накопление серозно-геморрагического экссудата. Местами отмечаются дегенеративные, пролиферативные изменения и очаговый некроз эндотелия сосудов. В дерме имеется отёк, сосуды её резко полнокровные, вокруг-периваскулярные инфильтраты, состоящие из лимфогистиоцитов и полиморфоядерных лейкоцитов с наличием ядерных обломков. При морфологическом исследовании у больных с буллёзной формой ОГ в ростковом слое эпидермиса определяются явления спонгиоза и баллонизирующей (вакуольной) дистрофии, обусловленные резким внутриклеточным отёком и изменением ядер. Поражённые ядра содержат базофильные включения. В дерме имеют место гиперемия, внутри- и межклеточный отёк, воспалительная инфильтрация вокруг сосудов, сужение просвета сосудов. Внутриклеточный отёк сочетается с межклеточным, с образованием вакуолей в верхних отделах росткового слоя.

Таким образом, морфологический метод исследования позволяет получить визуальные доказательства изменений строения их материального носителя. Метод прост в исполнении и формативен и доступен.

#### Список литературы

1. Дёмкин, В.В. Генетическая вариабельность и генотипирование вирусов варицелла-зостер / В.В. Дёмкин, В.Н. Лопарёв // Молекулярная генетика, микробиология и вирусология. – 2010. - №4. – С.19-23.
2. De Castro. Varicella-zoster virus-specific cell-mediated immune responses in HIV-infected adults / De Castro // AIDS Research and Human Retroviruses. -2011. - N27(10). – P.1089-7.
3. Colgecen, E. Clinical features of herpes zoster infections in childhood // E. Colgecen, O. Kucuk, M. Balci // Turk derm. – 2012. - N46. – P.26-8.
4. Сравнительная морфологическая характеристика низкодифференцированных серозных и эндометриоидных карцином яичников / Н.М. Хмельницкая, З.Ю. Мелиева, В.А. Ликова, Ф.Ю. Мелиева // Вестник Авиценны. – 2017. - №2. – С.194-197.
5. Айвазян, АА. Эволюция методов патоморфологии в дерматовенерологии / АА. Айвазян // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2017. - N1. – P.15-17.

#### СЕГМЕНТАРНОЕ ВИТИЛИГО У ПОДРОСТКОВ

*Исматуллоева С.С., Рахимов У.С., Мухамадиева К.М.*

Кафедра дерматовенерологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Известно, что 25% больных витилиго - это дети и подростки [1,2]. Согласно европейской классификации витилиго делится на несегментарное и сегментарное [3]. Данные литературы указывают, что при несегментарной форме основополагающее значение имеют аутоиммунные механизмы, а при сегментарной - неврогенные. По мнению других авторов - при обоих типах заболевания ведущее значение имеют аутоиммунные нарушения [1,2,3]. Однако, в пользу теории дисфункции симпатической нервной системы свидетельствует не только преобладание симпатикотонии у больных витилиго, но и сегментарное или зостериформное расположение пятен в пределах определённого дерматома [2,3]. Учитывая высокую распространённость вегетативных расстройств в подростковом возрасте, достигающую 60 - 72,1% среди неинфекционных заболеваний [4], вегетативный статус, несомненно, отражается на состоянии всех органов и систем, в том числе и кожи.

**Цель исследования.** Изучить особенности клинического течения сегментарного витилиго у подростков.

**Материал и методы исследования.** Обследовано 111 подростков с сегментарным витилиго, из которых 39 (35,1%) - среднего подросткового возраста (14-16 лет), 72 (64,9%) – старшего подросткового возраста (17-19 лет). Клиническое обследование больного витилиго включало оценку дерматологического статуса (люминесцентное исследование и подсчет индекса VIMAN), кожно – вегетативных реакций (дермографизм, пилomotorный рефлекс).

**Результаты исследования и их обсуждение.** При визуальном осмотре рельеф кожи в очагах депигментации не был изменен. Депигментированные пятна имели молочно-белую окраску, неправильные очертания, располагались асимметрично в зонах иннервации одного или нескольких спинно-мозговых сегментов, то есть унисегментарно,

бисегментарно и плюрисегментарно. При осмотре люминесцентной лампой Вуда очаги имели характерную для витилиго белую окраску. Субъективные ощущения отсутствовали. У 48 (43,2%) больных наблюдалась плюрисегментарная форма витилиго, у 43 (38,8%) - бисегментарная, у 20 (18,0%) унисегментарная.

Данные клинические формы наблюдались с разной частотой у подростков разных возрастных групп. В средней возрастной группе чаще наблюдались больные с бисегментарной формой СВ, что составило 18 (46,2%) случаев среди больных данного возраста (n=39). В то же время больные с плюрисегментарной формой наблюдались лишь в 6 (15,4%) случаях. Среди больных старшей возрастной группы в 42 (58,3%) случаях больные имели плюрисегментарную форму, а в 5 (6,9%) - унилатеральную.

При подсчете индекса VIMAN были выявлены степени тяжести течения витилиго у подростков с разными локализациями пятен. Максимальная величина данного индекса отмечалась у больных с плюрисегментарной формой СВ и составила  $922,0 \pm 1,8$  баллов, что указывало на тяжелую степень витилиго. У больных с унилатеральной формой СВ наблюдалась легкая степень витилиго ( $48,1 \pm 1,1$  баллов). Среди подростков среднего возраста легкая степень поражения выявлена у 33 (84,6%) обследуемых, в то время как тяжелая степень витилиго не наблюдалась ни в одном случае. Среди детей старшего подросткового возраста чаще встречались средняя и тяжелая степень витилиго, которые составили, соответственно 33 (45,8%) и 30 (41,7%) случаев. То есть, в среднем возрасте преобладает число больных с легкой степенью, а в старшем – со средней и тяжелой.

У большинства больных с СВ выявлена прогрессирующая стадия витилиго, которая наблюдалась в обеих возрастных группах у больных с бисегментарным (соответственно 15,9% и 23,8%) и плюрисегментарным витилиго (соответственно 9,5% и 50,8%). То есть, с увеличением возраста наблюдается увеличение числа больных с прогрессирующей стадией витилиго. Стабильная стадия СВ чаще всего наблюдалась у подростков раннего возраста с унисегментарной формой СВ (31,3%), а в старшей возрастной группе их количество составило 5 (10,4%). Было выявлено, что у подростков с унисегментарной формой СВ в младшей возрастной группе ни в одном случае не выявлено прогрессирующей стадии заболевания, а среди подростков такого же возраста с плюрисегментарным витилиго не наблюдалась стационарная стадия.

Исследование кожно-вегетативных реакций у больных с сегментарным витилиго выявило особенности дермографизма и пилomotorного рефлекса (рисунок 1)



Рис. 1. Виды дермографизма у подростков с сегментарным витилиго

Из 111 больных с СВ у 74 (67,7%) выявлен белый дермографизм, что свидетельствует о повышенной возбудимости вазоконстрикторов кожи и указывает на симпатикотонию сосудов кожи. Белый дермографизм наблюдался при всех формах СВ, однако, чаще всего данное состояние наблюдалось у подростков с плюрисегментарной формой. Выявлено увеличение количества случаев белого дермографизма с увеличением количества сегментов СВ. То есть, при поражении одного (унисегментарная форма СВ) или двух (бисегментарная форма СВ) сегментов выявлялись как белый дермографизм, указывающий на повышение тонуса симпатической нервной системы, так и розовый и красный дермографизм, указывающие на состояние повышенного тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. С увеличением количества сегментов (плюрисегментарная форма СВ) наблюдается повышение тонуса симпатического отдела ВНС. Кроме того, в локализациях вблизи очагов поражения, которые соответствовали дерматомам, было выявлено отсутствие рефлекторного дермографизма

Из всего количества больных с СВ, у 87 (78,4%) наблюдался выраженный пилomotorный рефлекс, что также указывало на повышение тонуса симпатического отдела нервной системы у подростков с данной формой витилиго.

**Выводы.** Таким образом, клиническое течение витилиго зависит от подросткового возраста. В старшем подростковом возрасте сегментарное витилиго в 1,8 раз встречается чаще, чем в среднем. В среднем возрасте преобладает число подростков с легкой степенью витилиго (84,6%), а в старшем – средней (45,8%) и тяжелой (41,7%). У 74 (67,7%), выявлен белый дермографизм, что свидетельствует о повышенной возбудимости вазоконстрикторов кожи и указывает на преобладание симпатикотонического отдела вегетативной нервной системы.

#### Список литературы

1. Kruger C., Schallreuter K. U. A review of the worldwide prevalence of vitiligo in children/adolescents and adults. *Int J Dermatol* 2012; 51 (10): 1206—1212.
2. Trapp EM, Trapp M, Sampogna F, Rohrer PM, Egger JW, Wolf P, et al. Autonomic nervous tone in vitiligo patients – A case-control study. *Acta Dermato-Venereologica*. 2015;95(2):169-72. Available from: <http://dx.doi.org/10.2340/00015555-1896/j.jvs.2014.05>.

- Ezzedine K., Lim H. W., Suzuki T. et al. Vitiligo Global Issue Consensus Conference Panelists. Revised classification/nomenclature of vitiligo and related issues: the Vitiligo Global Issues Consensus Conference. *Pigment Cell Melanoma Res* 2012; 25 (3): E1—13.
- Григорьев К.И. Синдром вегетативной дистонии у детей и подростков / К.И.Григорьев, Е.Л. Поважная, А.Л.Соловьева // *Медицинская сестра* – 2013 -№7 –с. 28-32.

## РАЗВИТИЕ ГНЁЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ У РЕБЁНКА ПРИ НЕРАЦИОНАЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕДИКУЛЁЗА

*Исматуллоева С.С., Мухамадиева К.М., Агафонова Е.В.*

Кафедра дерматовенерологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Педикулёз - актуальная проблема как в эпидемиологии, гигиене, инфекционных заболеваниях, так и в дерматологии. Данное паразитарное заболевание встречается по всему земному шару. Имеются три вида вшей: головная, платяная и лобковая. В детском и подростковом возрастах чаще встречается головная вошь. На эпидемические показатели заболеваемости педикулезом влияют социальное неблагополучие, войны, природные катаклизмы, миграция и т.д., сопровождающиеся скученностью населения и невозможностью соблюдения правил личной гигиены. Но педикулёз может появиться и при отсутствии вышеперечисленных факторов, у людей, живущих вполне благоприятных условиях [3]. Головные вши от больного человека передаются к здоровому контактно-бытовым путем [4].

При укусе головной вши появляется зуд, в результате которого в очагах поражения можно увидеть экскориации, покрытые геморрагическими корочками. Нередко это паразитарное заболевание осложняется пиодермией, мокнутием с образованием колтуна [1]. Доказательством наличия педикулеза является обнаружение взрослой вши, гнид, как методом визуального осмотра, так и в лучах лампы Вуда [2].

Для борьбы с данным паразитарным заболеванием фармацевтическая промышленность разрабатывает все новые средства. На сегодняшний день доказано, что к некоторым препаратам (перметрин) выработалась устойчивость. Поэтому актуальным является использование комплекса мер для улучшения эпидобстановки, учитывая опыт других стран. Например, за рубежом стали использовать репелленты на основе эфирных масел [5] Наряду с санитарно-гигиеническими мероприятиями (осмотр, обеззараживание предметов обихода и т.д.) в качестве местной терапии используются лосьоны, растворы, шампуни. В интернете можно найти различные рекомендации по избавлению от вшей, не одобренных врачами средствами. Одним из осложнений нерационального лечения педикулеза у детей является алопеция.

Восстановление потерянных волос – трудная задача. Выпадение волос сказывается на снижении качества жизни в любом возрасте, имея разную степень выраженности, и приводит к замкнутости, депрессии, выпадению из социума. Поэтому для решения данной проблемы создаются Институты и Центры по её изучению.

**Цель исследования:** выявить причины появления гнездовой алопеции у девочки 5 лет, перенесшей педикулёз.

**Материал и методы исследования.** Материалом исследования послужили клинико-анамнестические данные девочки 5 лет, имеющей гнездовую алопецию. Методы исследования включали в себя сбор анамнеза, клинический осмотр, показатели трихоскопии.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Подробный сбор анамнеза выявил, что ребенок был болен педикулезом. В качестве антипедикулезного средства были использованы сначала шампунь Педикулин, затем – Никс. Их применение сопровождалось механической чисткой волос от гнид и вшей. Параллельно проводилась дезинсекция вещей ребёнка. Клинически педикулёз сопровождался зудом. В очагах поражения, со слов матери, образовались геморрагические корочки. Ребенок посещает детский сад. О наличии педикулёза у девочки были оповещены медицинский персонал и воспитатель дошкольного учреждения, которые провели осмотр всех детей в группе на наличие головных вшей. Спустя некоторое время симптомы педикулеза у девочки стихли. Но спустя две недели вновь возобновились. Мать девочки, послушав совет знакомой, обработала голову ребёнка мелком от тараканов (производство Китай). «Обработанную» голову ребенка покрыли на 2 часа целлофаном. Затем помыли противопедикулёзным шампунем. Через две недели мать заметила выпадение волос, образование плешинки. Обратилась в клинику, где после сбора анамнеза девочка была осмотрена и направлена на компьютерное исследование волос.

Результат осмотра трихолога. На волосистой части головы визуализируются участки потери с локализацией в затылочной и теменной области от 0,5 до 6 см в диаметре. Кожа в зонах поражения обычной окраски, плешинки без признаков атрофии и рубцевания. Тест натяжения на наличие телогенных волос по периферии участков. Трихоскопия: в зонах поражения волос многочисленные розово-желтые и черные точки, волосы в виде восклицательного знака. Диагноз: гнездовая алопеция, активная стадия. Смешанная форма (нумулярная в сочетании с офиазисом).

С родственниками девочки была проведена беседа и дана рекомендация исключить местное раздражающее воздействие средства от тараканов.

**Выводы.** 1. В вышеописанном случае гнездовая алопеция вызвана токсическим воздействием химиката не предназначенного для лечения педикулеза. 2. Низкий уровень медицинских знаний взрослых привел к потере волос у ребенка.

### Список литературы

- Делягин, В.М. Чесотка и педикулез: старые проблемы в новом времени / В.М. Делягин, А.Г. Румянцев, Е.Г. Шугурина // *Лечебное дело*. - 2007. - №4. - С. 10-19.
- Сергеев, Ю.В. Педикулез и фтириаз- новое в диагностике и терапии / Ю.В. Сергеев, А.Ю. Сергеев // *Инфектология*. - 2003. - №3. - С. 125-130.
- Таха, Т.В. Актуальность проблемы педикулёза / Т.В. Таха, Д.К. Нажмудинова // *РМЖ*. - 2010. - №12. - Т.18. - С. 768-769.

4. Флорова, А.И. Педикулез и борьба с ним (памятка для населения)/ А.И. Флорова // Здоровье наших детей. – 2016. - №11. - С. 76-77.
5. Фролова, А.И. Новые подходы в борьбе с головным педикулезом / А.И. Фролова, В.М. Лубошникова // Медицинский алфавит. Эпидемиология и гигиена. - 2013. - №4. - С. 58-60.

## **БАҶОИ САМАРАНОКИИ МУОЛИҶАИ БЕМОРОНИ МУБТАЛОИ МУШАКБЕҶОЛИИ ҚОЗИБИ ДЮШЕНН БО МАВОДИ ПРЕДНИЗОЛОН**

*Исоқова М.Ҷ., Ғаниева М.Т., Мадаминова Т.В., Рабоева Ш.Р.*

Кафедраи асабшиносӣ ва асосҳои ирсияти тиббии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

**Муҳимияти мавзӯ.** Бемориҳои дегенеративӣ бо бартарияти иллати системаи асабӣ-мушакӣ яке аз гурӯҳҳои калони ҳамаи бемориҳои ирсии инсонро ташкил менамоянд. Мафҳуми «бемориҳои мушакӣ» ё «бемориҳои асабӣ-мушакӣ» ҳолати клиникаро дар бар мегирад, ки дар онҳо иллати асаби атрофӣ (хучайраи ҳаракатӣ ё аксонии он), лавҳачаи ҳаракатӣ ё ин ки худӣ нахи мушак ҷой дорад [2]. Барои ин гурӯҳи бемориҳо хусусиятҳои умумии зерин мансуб мебошанд:

1. Раванди беморӣ воҳиди ҳаракат ё фақат қисмати мушакро иллат медиҳад;
2. Сурати клиникаи ин гурӯҳи бемориҳо дорой нишонаҳои яхела мебошанд, аз қабили: сустии мушакҳо, харобшавӣ, заифӣ, вучуд надоштани ақсуламалҳо;
3. Ин гурӯҳи бемориҳои мушакӣ усулҳои ташхисоти илмӣ-тадқиқотии ҳаммонандро талаб менамоянд;

Шаклҳои гуногуни миодистрофияҳо аз якдигар бо табиати ирсӣ, намуди ба наслгузарӣ, мӯҳлати саршавӣ, тақсимои топографии ба худ хоси логаршавии мушакҳо ва дигар нишонаҳои беморӣ фарқ мекунанд. Аз ҷиҳати полиморфизми клиникаи васеъ доштан ва паҳншавии ҳолатҳои спорадикии барои ташхисоти нозологии миодистрофияҳо мушкилии бештар ба амал омада ва барои муайян кардани тарзи аз насл ба наслгузарӣ монеа мешавад. Шаклҳои бештар паҳншудаи мушакбеҳолӣ қозибӣ Дюшенн мебошад, ки ба таври гузариши ирсии ретсессивӣ бо Х-хромосома пайваста аз насл ба насл мегузаранд. Паҳншавии ин беморӣ дар популятсия аз 9,7 то 32,6 ба 100 000 писарбачаҳои зинда тавлидшуда рост меояд [2, 3]. Дар соли 1987 гени мушакбеҳолӣ қозибӣ Дюшенн – дистрофин – дар локуси Хр21 муайян шудааст. Дертар маҳсули ген – сафедаи дистрофин дар мушакҳои скелети, суфта, кардиомиоцитҳо ва хучайраҳои системаи марказии асаб пайдо карда шудааст. Ба ин бемориҳои асабию мушакӣ мушакбеҳолӣ, харобшавии мушакҳо, псевдогипертрофияи мушакҳои моҳича, гиперлордозии қисмати камари сутунмӯҳра ва ҷараёни авчгиранда дар натиҷаи дегенератсияи авчгирандаи нахҳои мушакӣ хос мебошад. Носомонии кори узвҳои дарунӣ ҷараёни беморию вазнинтар менамояд. Бештар ин ҳолат дар давраи наврасӣ ва саршавии даҳсолаи сеюми ҳаёт ба назар мерасад, ки носомонӣ аз ҳисоби иллати дуюминдараҷаи системаи рағу дил, системаи нафаскашӣ, системаи тақвият ҳаракат, системаи ҳозима ва системаи ихроҷ зоҳир мешавад. То айёми наздик ин беморию ирсӣ табобатнашаванда ба ҳисоб мерафт. Аз ин лиҳоз барои хуб гардонидани сифати ҳаёт ва пешгирии оризаҳо маводҳои муолиҷаи ҳимоявӣ таъин карда мешаванд. Дар солҳои 70-уми асри гузашта истифодаи кортикостероидҳо барои муолиҷаи ин беморӣ мавриди тадқиқот қарор гирифт [1, 2, 3]. Барои бештар кардани фаъолияти мушакҳо вояи камтарини преднизолон – 0,35мг/кг вазни бадан дар як шабонарӯз истифода шуда буд. Дар асоси нақшаҳои тавсияшудаи тадқиқотчиён бештар вояи 0,5 то 0,75мг ба 1 кг вазни бадан дар як шабонарӯз ба назар гирифта шудааст.

**Мақсади тадқиқот.** Баҳои самаранокии маводи преднизолон бо вояи камтарин дар беморони мубталои мушакбеҳолӣ қозибӣ Дюшенн.

**Мавод ва усули тадқиқот.** Дар шӯъбаи асаби кӯдакони МД ММТ ҶТ аз моҳи сентябри соли 2012 то моҳи июни соли 2016 36 нафар беморон бо мушакбеҳолӣ қозибӣ Дюшенн муоина карда шудааст. Аз онҳо 1 нафарро духтар ва 35 нафарро писарбачаҳо ташкил менамуданд. Синну соли беморон аз 3 то 8 соларо ташкил менамуд. Ҳамаи беморон аввалин маротиба мурочиат намудаанд ва бистарӣ шудаанд. Ба ҳамаи беморон ташхисоти клиникӣ-собиқавӣ, лабораторӣ ва дастгоҳӣ (электрокардиография, электромиография) гузаронида шуд.

**Натиҷаи тадқиқот ва муҳокимаи он.** Аз 36 нафар беморон 17 нафар аз никоҳи хешу табори наздик тавлид ёфтаанд ва 19 нафар никоҳи падару модарашон бегона мебошад. Ҳамаи беморон ба ду гурӯҳ ҷудо карда шудааст: гурӯҳи якум 20 нафар ва гурӯҳи дуюм 16 нафар. Аз собиқашон саршавии беморӣ аз 2,5-3 соларо дар бар мегирад. Дар беморони ҳар ду гурӯҳ қафомонии равонӣ ва ҳаракат ба назар мерасад. Қувваи мушакҳо дар 12 нафар беморон - 3 холро, дар 16 нафар - 4 холро ва дар 8 нафар – 2 холро ташкил мекард. Дар тадқиқоти мазкур маводи преднизолон дар гурӯҳи якум дар ҳамҷоягӣ бо маводҳои витаминӣ (витаминҳои гурӯҳи В, Е, А), ноотропҳо, аминокислотаҳо (метионин, кислотаи глутамин, рибоксин), маводҳои бехтаркунии хунгардиши атрофӣ (ксантинол никотинат, пентоксифиллин), лекартин таъин карда шуд. Дар гурӯҳи дуюм бошад беморон муолиҷаи стандартӣ қабул карданд, лекин маводи преднизолон таъин карда нашуд. Преднизолон дар гурӯҳи якум бо ду намуди нақшаи қабул таъинот карда шуд: 11 нафар аз ҳисоби 0,55 мг ба кг вазни бадан дар як ш/р як рӯз пас (3 моҳ қабул мекунад, 3 моҳ танаффус, бо чунин нақша тӯли 24 моҳ истеъмол мекунад); 9 нафар – бо вояи 0,75 мг ба кг вазни бадан дар 1 ш/р (ҳар санаи 1, 3, 5, 7, 9-уми моҳ дар тӯли 24 моҳ). Ҳангоми баҳодиҳии ҳолати асаб ва ҳолати субъективии беморон дар давоми солии аввали табобат дар гурӯҳи бемороне, ки дар яқҷоягӣ бо табобати стандартӣ маводи преднизолон низ истеъмол намуданд, беҳбудии баҳои субъективии беморон ва қувваи мушакҳо (то табобат қувваи мушакҳо  $2,2 \pm 0,7$  бал, баъд аз табобат бошад  $3,0 \pm 0,5$  балро ташкил намуд) ба назар расид. То охири мӯҳлати муолиҷа беморон худашон мустақилона роҳ мегаштанд. Дар ташхиси электромиография дар рӯзи якуми табобат амплитудаи миёнаи потенциали воҳиди ҳаракатҳо ( $n=5$ ) 2,5 маротиба (350-600 мкВ дар меъёр) паст буд. Баъди як соли қабули маводи преднизолон ва муолиҷаи стандартӣ каме зиёдшавии амплитудаи потенциали воҳиди ҳаракатҳо ( $n=3$ ) ба 1,2 маротиба нисбати нишондиҳандаи аввала мушоҳида шуд. Дар гурӯҳи дуюм бошад, ки беморон танҳо табобати стандартӣ қабул



мекарданд ва маводи преднизолон ба нақшаи табобат ворид карда нашуда буд, беҳбудӣ камтар ба назар расид. Қувваи мушакҳо то табобат  $2,0 \pm 0,5$  бал, баъди муолича бошад  $2,5 \pm 0,5$  балро ташкил намуд. 6 нафар беморон аз гурӯҳи дуум то охири мӯҳлати муолича аз роҳгардӣ монданд. 10 нафар бошад роҳгардиашон мустакилона буд. Ҳар ду гурӯҳи беморон дар тӯли курси табобат назорат карда шуданд.

**Хулоса.** Ҳамин тавр, преднизолонотерапия бо воияи камтарин дар беморони мубталои миодистрофияи авчгирандаи Дюшенн самаранокии мусбӣ дорад ва давомнокии умри беморонро дарозтар мекунад, ба қобиляти мустакилона роҳгардӣ мусоидат карда, сифати ҳаёти беморро беҳтар мегардонад.

#### Адабиёт

1. Эффективность терапии преднизолоном у больных прогрессирующей мышечной дистрофией Дюшенна/Беккера / О.С.Грознова [и др.]// Российский вестник перинатологии и педиатрии. –2011. –№3. – С.44-48.
2. Реабилитация детей с прогрессирующей мышечной дистрофией Дюшенна / Н.Ю. Николаенко [и др.] // Российский вестник перинатологии и педиатрии. –2014. –№4. – С.28-31.
3. Duchennedystrophy: randomized, controlled trail of prednisone (18 months) and azathioprine (12 months) / R.C.Griggs [et al.]//Neurology. – 1993. – V.43, № 3, pt.1. – P. 520-527.

### ОСТРЫЕ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В

Г. ДУШАНБЕ

*Исрофилов М.О., Ганиева М.Т., Шамсидинов А.К*

Кафедра неврологии и основ медицинской генетики ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Сердечно-сосудистые заболевания в наш век стали самыми распространенными, и смертность от них занимает первое место среди других причин смерти. Среди всех сердечно-сосудистых заболеваний инсульт встречается особенно часто, и смертность от них выдвинулась на третье место [1]. Смертность от инсульта уступает лишь смертности от заболеваний сердца и опухолей всех локализаций и достигает в экономически развитых странах 11–12% [2]. Наряду с высокой смертностью нарушения мозгового кровообращения являются ведущей причиной инвалидизации у взрослых, обуславливая до 80% частичной и до 10% полной нетрудоспособности [3].

Сосудистые заболевания мозга – актуальная не только медицинская, но и социальная проблема: они наносят огромный ущерб экономике, учитывая расходы на лечение, медицинскую реабилитацию, потери в сфере производства. Только от инсультов, например, в США материальные потери составляют от 7,5 до 11,2 млрд. долларов в год, а в России – от 16,5 до 22 млрд. долларов в год [4].

Наиболее высокие показатели заболеваемости и смертности установлены в странах бывшего СССР и восточноевропейских странах [5].

В странах Западной Европы, Северной Америки и Японии отмечается устойчивое снижение показателей заболеваемости и смертности от инсульта и уменьшение удельного веса тяжелых его форм за счет эффективной первичной профилактики и более интенсивного лечения в остром периоде мозговой сосудистой катастрофы.

**Цель исследования.** Изучение региональных особенностей распространенности, этиологии, факторов риска, структуры и клиники инсульта у лиц молодого возраста в г. Душанбе.

**Материал и методы исследования.** Было обследовано 120 больных с инсультом: Из них 78 мужчин и 42 женщины в возрасте до 45 лет, проживающих в г. Душанбе, которые проходили квалифицированное лечение на базе клиники неврологии в Национальном медицинском центре «Шифобахш» Республики Таджикистан в 2018-2019г.

В группу сравнения вошли 100 больных с инсультом среднего и пожилого возраста, информация о которых получена при обследовании и по данным истории болезни.

В результате проведенных исследований больных молодого возраста ишемический инсульт (ИИ) был диагностирован у 65, геморрагический инсульт (ГИ) - у 38, преходящие нарушения мозгового кровообращения - у 17 пациентов. Локализация нарушений в каротидном бассейне была зафиксирована у 89 больных (у 32 - в бассейне левой средней мозговой артерии, у 41 - в бассейне правой средней мозговой артерии, у 7 - в бассейне передних мозговых артерий), у 9 в бассейне задних мозговых артерий, в вертебрально-базилярной системе - у 31 пациента.

**Результаты исследования и их обсуждение.** На основании изучения истории болезней нами получены следующие эпидемиологические показатели ОНМК у лиц молодого возраста: В течение 2-х лет в клинике неврологии НМЦ РТ «Шифобахш» развились около 120 ОНМК у молодых.

Данные заболеваемости ОНМК у молодых в городе Душанбе превышают средние показатели, приводимые в доступной нам литературе.

Полученные демографические показатели свидетельствуют, что частота развития ОНМК возрастает с каждым десятилетием жизни и достигает максимального значения в возрасте 36-45 лет.

В молодом возрасте ОНМК чаще развиваются у мужчин - 78, чем у женщин - 42, в то время как у больных старших возрастных групп преобладание мужчин незначительно (51,33%). Соотношение мужчин и женщин у больных молодого возраста составило 1,8:1.

В качестве наиболее значимых факторов риска развития ОНМК у молодых в городе Душанбе отмечены: артериальная гипертензия (АГ) - 48, патология магистральных сосудов головного мозга - 32, гиперхолестеринемия - 28, заболевания сердца - 25, ожирение - 18, аневризма сосудов головного мозга - 15, сахарный диабет - 15, курение - 14, применение оральных контрацептивов - 8. Хотелось бы отметить что у некоторых больных было выявлено более одного факторов риска.

Отмечен значительный нозологический полиморфизм ОНМК. В преобладающем большинстве случаев основной причиной ОНМК была АГ. Обращает на себя внимание высокий удельный вес симптоматической АГ различного генеза, диагностированной почти у половины больных с АГ и у 40% больных с ГИ, что связано с тяжестью течения симптоматических АГ и неэффективностью общепринятой гипотензивной терапии.

В 20% случаев артериальная гипертензия была вызвана различной патологией паренхимы и сосудов почек, в 4% развивалась на фоне эндокринной патологии.

Существенную роль в качестве причины развития ОНМК у молодых в нашем наблюдении играла различная патология магистральных артерий головы (МАГ), диагностированная у 26% пациентов (n=32). Среди больных с патологией МАГ более 60% составили мужчины.

Заметное место в структуре патологии МАГ у молодых больных занимает ранний атеросклероз. У большинства молодых больных выявлено изолированное поражение МАГ (гемодинамически значимый стеноз или окклюзия), наиболее часто атеросклеротические бляшки обнаруживались во внутренней сонной артерии. Двусторонние и тандемные стенозы выявлены лишь у 18% больных.

Различные виды ангиодисплазий экстра- и интракраниальных сосудов также составляли более 25 всех случаев поражения МАГ. Наиболее частой формой врожденной патологии МАГ были артериальные аневризмы и артерио-венозные мальформации, диагностированные у 15 больных. Гипоплазии и деформации МАГ выявлены у 10% больных. Экстравазальная компрессия позвоночных артерий обусловила ИИ или ПНМК у 8 больных.

Кардиоэмболические инсульты диагностированы у 25 больных. Причинами кардиогенных инсультов служили: клапанная патология сердца (врожденного и ревматического генеза) -10 больных, различные формы нарушения сердечного ритма - 8, тромбоэмболия церебральных сосудов пристеночными тромбами после недавно перенесенного инфаркта миокарда - 4, эмболия вегетациями с клапанами сердца при септическом эндокардите у 3-х больных. У 34 больных инсульты развились в результате взаимодействия нескольких возможных причин и значимых факторов риска возникновения ОНМК, причем определить ведущий этиологический фактор и механизм развития инсульта было проблематично. Среди этих больных отдельную группу составили больные с метаболическим синдромом, объединяющим в своей структуре такие патогенетически значимые факторы риска развития инсульта как АГ, ранний атеросклероз, дислипидемия, ожирение, гиперурикемия.

Причина осталась невыясненной у 9 больных. Изучение клинической картины течения ОНМК у лиц молодого возраста позволяет нам сделать вывод, что для подавляющего большинства случаев характерно острое развитие ОНМК с наличием выраженных общемозговых симптомов. Причем это было характерным как для ГИ так и для ИИ, что нередко затрудняло диагностику характера инсульта. Более чем у 70% больных ОНМК развивались внезапно на фоне полного внешнего благополучия. Более, чем у 60% больных молодого возраста, перенесших ОНМК, к концу острого периода отмечен выраженный регресс неврологических симптомов, значительное восстановление утраченных функций и повседневной жизненной активности. К прежнему труду или выполнению домашних обязанностей смогли вернуться 70% больных, 20% больных были вынуждены сменить работу на более легкую. Летальность в остром периоде ОНМК у молодых больных составила 5% , причем основными причинами смерти были тяжесть самого инсульта или тяжесть основного заболевания, явившегося причиной ОНМК.

**Вывод.** Таким образом, нами были выявлены основные факторы риска инсульта у молодых и отмечена большая тяжесть клинических проявлений ОНМК у лиц молодого возраста, хотя в целом течение заболевания и его исходы были более благоприятными.

#### Список литературы

1. Суслина, З.А. Эпидемиологические аспекты изучения инсульта. Время подводить итоги / З.А. Суслина, Ю.А. Варакин // Анналы клинической и экспериментальной неврологии – 2009 – Т.1, №2. – С. 22-28.
2. Эпидемиология инсульта в России / Е.И. Гусев [и др.] // Concilium Medicum. - 2003. - №5. – С. 12-18.
3. Alberts, M.J. Ischemic stroke / M.J. Alberts // Cerebrovascular Diseases. - 2002. – Vol.13 (suppl 1). – P. 12-16.
4. Суслина, З.А. Антитромботическая терапия ишемических нарушений мозгового кровообращения с позиций доказательной медицины / З.А. Суслина, М.М. Танашян. - ООО Медицинское информационное агентство, 2009. – С. 224.
5. Сосудистые заболевания головного мозга: Эпидемиология. Основы профилактики / З.А. Суслина, Ю.Я. Варакин, Н.В. Верещагин. - М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 256 с.

#### СИСТЕМА ОЦЕНКИ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

*Кадырова Д.А., Шарифзода Х.С., Комилходжаев Б.Х.*

Кафедра семейной медицины № 1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Следует отметить, что квалифицированная первичная медицинская помощь предотвращает госпитализацию, сокращает необходимость использования высоко технологичных методов диагностики и, в целом, обеспечивает более высокую эффективность медицинской помощи при меньших затратах. Одной из актуальных проблем современного здравоохранения остаются заболевания сердечно-сосудистой системы, сохраняющие лидирующее положение в структуре смертности и заболеваемости среди взрослого населения. Артериальная гипертензия (АГ) и ишемическая болезнь сердца (ИБС) – наиболее распространенные формы сердечно - сосудистых заболеваний (ССЗ) [3,4,5].

Своевременное выявление факторов риска ССЗ у больных предоставит семейным врачам возможность проведения ранней диагностики этих заболеваний. Это, в свою очередь, позволит эффективно контролировать течение ССЗ и проводить первичную и вторичную профилактику заболеваний. Следует отметить, что для расчета общего

сердечно - сосудистого риска разработано несколько компьютерных методик, обзор значений и ограничений, которые приведены в работе Cooney [5]. Модель систематической оценки коронарного риска (SCORE) была разработана по результатам крупных европейских когортных исследований. Она позволяет рассчитать риск смерти от сердечно-сосудистых (не только коронарных) заболеваний в ближайшие 10 лет на основании возраста, пола, курения, уровня общего холестерина и систолического артериального давления [4]. Необходимо отметить, что экспресс-оценка уровня риска сердечно-сосудистых осложнений может проводиться не только врачом, но и медицинской сестрой с использованием европейской системы стратификации SCORE [3].

Учитывая доступность и масштабность оказания первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) населению [1], следует подчеркнуть актуальность названного исследования.

**Целью исследования** работы явилось внедрение инновационных технологий, позволяющих вести раннее выявление и объективное количественное наблюдение важных параметров факторов риска у больных с ССЗ в доврачебном кабинете Городских центров здоровья г. Душанбе.

**Материал и методы исследования.** Для определения индивидуальной совокупности риска АГ разработаны автоматизированная система управления (АСУ), автоматизированная система оценки риска артериальной гипертонии (АСОРАГ) на основе российских национальных рекомендаций по диагностике и лечению артериальной гипертонии четвертого пересмотра [3]. В исследование были включены пациенты, направленные в доврачебные кабинеты Городских центров здоровья г. Душанбе в течение пяти месяцев (n=400) в возрасте 45–68 лет (мужчин – 195, женщин – 205 человек).

После каждого осмотра больного и занесения данных в АСУ были сформированы результаты первичного осмотра, суммирующие сведения о больном: о ранних сердечно-сосудистых заболеваниях в семье, данные антропометрических измерений, степень АГ и группы риска сердечно-сосудистых осложнений (ССО). Стратификация риска сердечно-сосудистых осложнений у больных АГ проводилась в соответствии с международными рекомендациями [3,4]. Диагноз включал: степень АГ, стадию гипертонической болезни и степень риска сердечно – сосудистых осложнений, с учетом поражений органов мишеней и ассоциированных клинических состояний (АКС). Компьютерная программа АСОРАГ учитывала и изучала такие параметры, как: пол, возраст, уровень САД и ДАД, частоту посещений медицинских работников на дому к больным, вызовов скорой медицинской помощи на дом к больным, наличие и частоту госпитализаций, тип и количество используемых лекарственных препаратов, динамику АД в результате лечения. Учитывали наличие у больных факторов риска АГ (курение, повышенная масса тела, уровень холестерина), гипертрофию левого желудочка, сопутствующих заболеваний - стенокардии, сердечной недостаточности, сахарного диабета, заболеваний периферических артерий, хронической почечной недостаточности, перенесенного инфаркта миокарда, мозгового инсульта. Были рассмотрены возможности разработанной информационной системы АСОРАГ, которая позволяет повысить точность оценки риска развития фатальных сердечно – сосудистых осложнений и сердечно – сосудистых заболеваний, получить показатели абсолютного риска для конкретного пациента, что даёт возможность исключить малоэффективную и нерациональную нагрузку врачей.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Установлено, что в 23,3% случаев пациенты имели повышенное артериальное давление (АД). Среди лиц старше 60 лет, как у мужчин, так и у женщин в 27, 5% случаев наблюдалась АГ. Следовательно, немодифицируемый фактор риска ССЗ – возраст имел реальное значение. Среди других факторов риска ССЗ следует отметить следующие: неблагоприятный семейный анамнез по ранним ССЗ, который наблюдался в 54,6% случаев, повышение массы тела – 37,7%, повышение сахара крови – 75,4%, гиперхолестеринемия – 66,7%, курение -18,1% и т.д. Большинство больных с АГ (72,8%) имели более 3 стратификационных факторов риска ССЗ. Поражение органов-мишеней было диагностировано в 79,6% случаев, гипертрофии левого желудочка 85,1%. ИБС у больных с АГ имела в 45,9% случаев. Инсульт наблюдался в 6,9% случаев.

Таким образом, результаты исследования показали, что автоматизированная система управления и система оценки АГ - АСОРАГ позволяет повысить точность оценки риска развития фатальных сердечно-сосудистых осложнений (ССО) и ССЗ. Кроме того, данная система даёт возможность получить показатели абсолютного риска для конкретного пациента и исключить малоэффективную и нерациональную нагрузку врачей, вынужденных заниматься осмотрами всех больных на предмет выявления ССЗ и их факторов риска. Разработанная медицинская технология АСОРАГ является экспертной системой определения абсолютного и относительного индивидуального совокупного риска АГ и других сердечно – сосудистых заболеваний. Результаты исследования показали, что медицинская технология АСОРАГ в амбулаторных условиях может выполняться как врачом, так и средним медицинским персоналом. Система позволяет выделить факторы, имеющие наибольшее значение для формирования индивидуального совокупного риска, сформировать рекомендации по тактике управления этим риском, влияющие на индивидуальное здоровье конкретного индивидуума. Следует отметить, что данная система была успешно внедрена в работу Исфаринского центра здоровья в 2013 [2].

**Вывод.** Разработанная и внедренная в работу Городских центров здоровья г. Душанбе инновационная технология «Автоматизированная система оценки риска артериальной гипертонии (АСОРАГ)» (Свидетельство о Государственной регистрации №4201300267), позволяет вести раннее выявление и объективное количественное наблюдение важных параметров факторов риска у больных с ССЗ в амбулаторных условиях.

#### Список литературы

1. Кадырова Д.А. Семейная медицина /Д.А. Кадырова, - Душанбе, 2017. - 357 с.
2. Кадырова, Д.А. Автоматизированная система оценки риска артериальной гипертонии в деятельности доврачебного кабинета городского центра здоровья г. Исфары. / Кадырова Д.А., Сафохонов, Д.Т. // Матер. научн.-практич. конф. с международным участием «Кардиоваскулярная профилактика и реабилитация -2013». - М., 2014. - - С. 58.
3. Национальные рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертонии (четвертый пересмотр) // Системные гипертензии. - 2010 - №3. -С.5-26.
4. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) // Journal of Hypertension. – 2013. – V.31,№7. – P.1281-1357.
5. Cooney, M.T. Value and limitations of existing scores for the assessment of cardiovascular risk: a review for clinicians / M.T. Cooney// J Am Coll Cardiol. – 2009. -V.54. – P.1209–1227.

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

*Кадырова З.Д.*

Кафедра психиатрии и наркологии им. проф. М.Г. Гулямова  
ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** После начавшегося в 90-е годы и продолжающегося до сих пор резкого сокращения числа мест в лечебно-трудовых мастерских (ЛТМ) или их полного исчезновения в новых экономических условиях во многих региональных психиатрических службах за период 1999–2010 гг. число психически больных-инвалидов, занятых трудом в ЛТМ, сократилось в 2 раза, а в регионах они вообще перестали существовать. Произошло почти полное исчезновение специализированных цехов при РКПБ №1 района Рудаки.

В настоящее время психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация занимают все более значительное место в системе психиатрической помощи [3] и рассматриваются как самостоятельное лечебно-реабилитационное направление в психиатрии.

Одним из основных направлений реорганизации психиатрической службы в Республики Таджикистан является оказание помощи со стационарных во внебольничные условия, при Республиканском клиническом центре психиатрии дневного пребывания в среду естественного социального окружения. Данный подход является наиболее оправданным как с клинической, так и с социальной точек зрения и, кроме того, имеет определенные экономические преимущества. К наиболее проблемным в этом отношении следует отнести одиноких, утративших социальные связи больных, больных с узкой социальной сетью, с проблемами семейных отношений, пациентов с нарушением трудовой адаптации и инвалидов, больных с частыми и длительными госпитализациями и ряд других категорий. В частности, пациенты, находящиеся в больницах свыше 1 года, «блокируют» более 20% коечного фонда психиатрических стационаров, потребляя непропорционально большую часть ресурсов психиатрической службы [1,4]. Помимо проблем неэффективности использования коечного фонда, обусловленных наличием значительного числа больных, длительное время находящихся в стационарах, существует не менее важная проблема влияния длительной госпитализации на течение и прогноз заболевания у психически больных. Указанные факторы связаны со снижением уровня функциональных исходов и зачастую являются препятствием для социального восстановления пациентов. В связи с этим все более очевидным становится необходимость активизации психосоциальных реабилитационных воздействий на всех этапах оказания психиатрической помощи и создания новых организационных форм для их осуществления. Сказанное подчеркивает то обстоятельство, что в связи со свертыванием лечебно-трудовых мастерских и специализированных цехов, психиатрия в настоящее время практически не располагает подразделениями для реабилитации психически больных.

**Цель исследования:** изучить современные подходы к организации психиатрической помощи альтернативных госпитализации, осуществляемой преимущественно во внебольничных условиях, включая дополняющих систему терапии и психосоциальной реабилитации в психиатрической службе.

**Материал и методы исследования:** Исследование выполнено на базе РКЦП, РКЦН им. проф. М.Г. Гулямова, РДПЦПЗ, ПМПК г. Душанбе РТ.

Работа проводилась поэтапно. Вначале оценивалась потребность в том или ином виде помощи, показания и противопоказания, а также больных, нуждающихся в коррекции психосоциальной помощи, дополнительно с ними работали психологи и психотерапевты центров и корректировались.

Второй этап был связан с практическим воплощением разработанных организационных положений. При этом внедрение новых организационных форм происходило не одномоментно, а постепенно, в течение 2013–2018 гг. В процессе работы вносились коррективы в различные аспекты деятельности, разрабатывались объем и формы вмешательства, их конкретное наполнение. Организовывался досуг больных. Налаживалось активное взаимодействие с учреждениями и организациями вне психиатрической службы [2,4].

Еще одним важным аспектом работы на этом этапе были разработка принципов деятельности полипрофессиональной команды, являющейся основой оказания помощи во всех вновь создаваемых новых организационных формах, и налаживание внутриккомандного взаимодействия, целью которых являлись установление функционального диагноза, включающего как психиатрические аспекты, так и социально-психологические проблемы; выбор мишеней комплексного вмешательства, определение тактики ведения больных, ее коррекция и оценка результатов лечения и реабилитации с определением дальнейших лечебно-реабилитационных мероприятий. Особое внимание уделялось преемственности помощи на различных этапах ее оказания, взаимодействию вновь создаваемых новых организационных форм со стационарами, полустационарами дневного пребывания и амбулаторными звеньями психиатрической службы.

Таким образом, если первый этап был подготовительным, то на втором этапе на практике внедрялись новые формы оказания психиатрической помощи, позволившие реформировать систему ее оказания с учетом широкого применения полипрофессионального командного подхода, осуществления спектра психосоциальных лечебно-реабилитационных мероприятий и их этапности. На третьем этапе была осуществлена оценка результатов данных преобразований. Следует обратить внимание на невыборочный характер оказания помощи в создаваемых подразделениях и невыборочную оценку полученных результатов. Анализ касался всех пациентов, получавших данный вид помощи за определенный период времени, выбранный для анализа.

Суммарная выборка составила 122 человек, из них 21 пациент прошел лечение и катamnестическое наблюдение в программе и 101 пациентов лечились в отделении внебольничной реабилитации дневного пребывания при РКЦП г. Душанбе РТ. При анализе данных осуществлялось сопоставление показателей одного и того же пациента при включении в программу и при дальнейшем наблюдении: таким образом, была решена проблема сопоставимости сравниваемых выборок.

В ПМПК в 2018 году обратилось 1718 детей, среди них мальчиков 1149 (66,6%) и девочек 569(33,4%), направленные на психосоциальное лечение и реабилитацию, охват различными их видами (пациентов с диагнозами ЗПР, Умственная отсталость, Психоневрологические нарушения и т. п.)

**Результаты исследования и их обсуждение:** Несмотря на активную фармакотерапию, уровень госпитализации всех психически больных в Республике Таджикистан в течение ряда предшествующих лет остается высоким, в том числе процент госпитализаций больных шизофренией крайне высок, уровень повторных в течение года госпитализаций всех больных еще выше больных шизофренией – 42,1%; длительность пребывания больных в стационаре не обнаруживала тенденции к сокращению (2013 г. – 65,5; в 2015 г. – 75,9 койко-дней) больных шизофренией, так в 2018 г. – 120 койко-дней. Среди больных, ставших впоследствии контингентом отделения внебольничной реабилитации, оказалось 42% с частыми, то есть с ежегодными госпитализациями. Как видно из приведенной ниже клинико-социальной характеристики данного контингента, он отличается широким кругом показателей социальной дезадаптации.

В отделение поступали больные как со стабильным психическим состоянием, так и при наличии подострой психотической симптоматики.

Таким образом, и данный аспект жизни пациентов требовал внимания и указывал на необходимость работы с социальными сетями больных, тем более, что многократные поступления в стационар осложняли возможности их социального восстановления.

Психообразовательная работа с пациентами и их родственниками являлась важнейшей составляющей программы психосоциальной реабилитации, была направлена на проблемы комплекса формирования ответственности за свое здоровье, раннее распознавание признаков начинающегося обострения и совладение с остаточной психопатологической симптоматикой.

**Выводы:** Таким образом, новые организационные формы оказания психиатрической помощи являются важным элементом реформирования психиатрической службы и расширения форм полипрофессионального командного подхода к оказанию психиатрической помощи, включающего, в том числе, психосоциальную терапию и психосоциальную реабилитацию психически больных, в том числе на улучшение социального взаимодействия, расширение социальной сети, социально-трудовое восстановление и инструментальную поддержку. Комплексная полипрофессиональная помощь способствует снижению числа госпитализаций и числа дней в году, проведенных пациентами в больнице. При этом увеличивается амбулаторная обращаемость (в 3,6 раза) при лучшем соблюдении назначенного режима лечения. Отмечается рост числа работающих и продолживших учебу пациентов. Улучшаются семейные отношения, заметно расширяется круг общения, проведение досуга, происходит активизация пациентов в быту, их участие в работе по дому.

#### Список литературы

1. Кондратьев, Ф. В. Судьбы больных шизофренией, клинико – социальный и судебно – психиатрический аспекты / Ф.В. Кондратьев. - Москва, 2010. –401 с.
2. Опыт работы по совершенствованию психиатрической помощи в Омской области / Г.М. Усов, О.Н. Степанова // Материалы Российской конференции «Аффективные и шизоаффективные расстройства» – 2013. – С. 277.
3. Гурьева, В.А. Раннее распознавание шизофрении / В.А. Гурьева, В.Я. Гиндикин. – Москва: «Высшая школа психологии», 2013. –304 с.
4. Степанова, О.Н. Совершенствование психиатрической помощи в Омской области / О.Н. Степанова, Н.К. Антошкина // Материалы 14 съезда психиатров России. – 2015. – С. 87.

### СЕПТИЧЕСКИЙ ЭНДОКАРДИТ ПРИ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ: ТЕОРИЯ И КЛИНИЧЕСКОЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ

*Казьмина Л.А., Балыбина Н.А.*

Кафедра патологии Медицинского института ТГУ им. Г. Р. Державина, Российская Федерация

**Актуальность.** В настоящее время серьезной проблемой стало распространение наркозависимости от синтетических наркотических препаратов [3]. С 2010 г. широкое распространение получила группа синтетических наркотиков — «солей», содержащих замещенные катионы. Для них характерно влияние на нервную систему и иммунитет, а одним из грозных осложнений, возникающих вследствие их инъекционного употребления, является инфекционный эндокардит (ИЭ). Оригинальность данной работы состоит в демонстрации характерных особенностей ИЭ у инъекционных наркоманов, использующих «соль», путем разбора клинического случая.

**Цель исследования:** оценить специфические особенности клиники, течения и исходов инфекционного эндокардита у пациентов, страдающих «солевой» наркоманией.

**Материалы и методы:** подбор и изучение литературы об инфекционном эндокардите у наркоманов и подтверждение теории путем разбора конкретного клинического случая инфекционного эндокардита, развившегося у инъекционного наркомана, употреблявшего «соль».

**Результаты исследования и их обсуждение.** Особенностью ИЭ у наркоманов является, с одной стороны, многочисленность возбудителей, а с другой – их определенная тропность к поражению камер сердца. Распределение возбудителей ИЭ у инъекционных наркоманов представлено в таблице 1 [2].

Таблица 1. [2]

### Основные возбудители инфекционного эндокардита у инъекционных наркоманов, %

Исследователь	<i>S. aureus</i>	<i>S. epidermidis</i>	<i>Streptococcus</i>	<i>Enterococcus</i>	Грам (-)	<i>Candida</i>
Буткевич О. М. [4]	57	45	26	20	8	3
Тюрин В. П. [19]	62	45	21	18	11	8
Резник И. И. [15]	53	43	19	17	10	7
Faber M. [29]	47	33	18	19	12	11
Mathew J. [33]	57	28	13	6	9	6

В последние годы роль в этиологии ИЭ у наркоманов все больше отводится полимикробной флоре [4]. Так, результат бактериологического исследования секционного материала (легкое) на микрофлору, указал на наличие обильного роста негативных гемокультур (*E. Coli*, *Klebsiella pneumoniae*) и *S. aureus*.

К возникновению активного ИЭ нативных клапанов сердца у наркоманов приводит сочетание следующих факторов: 1) употребление самодельных наркотических веществ, содержащих твердые частицы, пузырьки воздуха, разные примеси; 2) травма нативных клапанов и пристеночного эндокарда; 3) использование нестерильных растворов для инъекций, что способствует попаданию вирулентной инфекции в кровь; 4) бактериемия; 5) ослабление резистентности организма [2]. Данные изменения создают благоприятные условия для внедрения в эндокард микроорганизмов и последующей их колонизации на створках клапанов, что приводит к формированию микробных вегетаций с последующим разрушением створок, что иллюстрируется результатами гистологического исследования сердца. На эндокарде обширные тромботические наложения, местами в виде полипов, с примесью колоний бакфлоры, эндокард с участками некрозов, местами с язвенными дефектами, с диффузным густым клеточным инфильтратом (нейтрофилы, макрофаги, лимфоциты, гистиоциты), в утолщенной строме миокарда и в жировой ткани эпикарда на фоне отека клеточные инфильтраты, в просветах сосудов бактериальные эмболы и местами отмечаются колонии бактериальной флоры в строме, мышечные клетки с дистрофическими изменениями, единичные мышечные клетки некротизированы.

Необходимо отметить, что развитие, течение и исход ИЭ у наркоманов зависят от вида возбудителя, его вирулентности, осложнений, предшествующего применения антибиотиков [3].

Ведущими клиническими синдромами активного ИЭ у наркоманов являются тромбоэмболический (65% случаев), септический с формированием ДВС-синдрома (75%) или септико-пиемический с развитием гнойно-деструктивных очагов в органах (23,3% случаев), острая недостаточность кровообращения (37,5%) и вторичные нефропатии (93% случаев) [2].

Из медицинской карты стационарного больного М., 1984 г.р., известно: Жалобы: на боли в животе, одышку, отечность ног. Анамнез заболевания: Длительное время со слов пациента употребляет «соли» амфетамина. Сведения о заболеваниях: гепатит. Аллергологический анамнез: неотягощен. Эпиданамнез: неотягощен. Общее состояние: тяжелое. Нарушение сознания: ясное. Телосложение: астеническое. Кожные покровы: бледные. Кожа влажная. Геморрагии, отечность на коже нижних конечностей. Слизистая ротовой полости: розовая. Конъюнктивы: бледно-розовая. Подкожно-жировая клетчатка выражена скудно. Подкожные лимфатические узлы: не пальпируются. Сердечно-сосудистая система: Тоны ясные, ритмичные. Шумы: нет. Пульс 100 в мин. АД 130/70 мм рт. ст. ЧСС 100 в мин. Дыхательная система: ЧДД 34 в мин. Перкуторный звук ясный легочный. В легких при аускультации дыхание жесткое. Хрипы отсутствуют. Пищеварительная система: Запах изо рта отсутствует. Язык сухой, обложен. Живот не увеличен, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не увеличена. Мочевыделительная система: Симптом поколачивания по пояснице: положительный с обеих сторон, анурия. ЭГДС от 16.09.2018г.: Хронические язвы желудка. Эрозивный эзофагит. ЭКГ от 16.09.2018г. 17:30: без острой коронарной патологии. ЭКГ от 16.09.2018г. 21:50: вероят. ритм ФП. УЗИ ОБП и почек от 16.09.2018г: Заключение: эхографические признаки диффузных изменений печени с явлениями гепатомегалии, диффузных изменений поджелудочной железы, паренхимы почек, «симптом гипозоногенных пирамидок», наличия свободной жидкости в брюшной полости, левой плевральной полости. УЗИ вен н/к 16.09.2018г: Закл.: эхографических признаков тромбоза на момент осмотра не обнаружено.

Проведено лечение: многокомпонентная терапия (инфузионная, а/бактериальная), коррекция ВЭБ, профилактика стресс-язв ЖКТ, тромбоэмболических осложнений, препараты янтарной кислоты, витамины, бронхо-, муколитики, респираторная, вазопрессорная поддержка, клинико-лабораторный контроль, инструментальные исследования. На фоне проводимого лечения состояние больного с отрицательной динамикой. 16.09.2018г. в 23.30 зафиксирована остановка дыхания и сердечной деятельности. Реанимационные мероприятия в течение 30 минут без эффекта. В 24.00 констатирована биологическая смерть больного. Диагноз: Осн.: 1. Токсическое действие на организм неуточненного вещества тяжелой степени. 2. Инфекционный эндокардит трехстворчатого клапана с умеренной недостаточностью. Осл.: Полиорганная недостаточность. Отек мозга. Двусторонняя нижнедолевая пневмония. Отек легких. Соп.: Анемия тяжелой степени. Язвенная болезнь желудка. Эрозивный эзофагит.

**Выводы:** Таким образом, ИЭ инъекционных «солевых» наркоманов характеризуется следующими особенностями: острым течением заболевания; выраженными общими проявлениями (лихорадка, кашель, тахикардия, боли в грудной клетке, одышка, отеки ног), скудной кардиальной симптоматикой, вовлечением сердечных клапанов (бактериальные вегетации, регургитация), поражением легких в результате эмболии легочной артерии, ранним развитием полиорганной недостаточности, высокой смертностью. В целом, «солевые» наркоманы, по сравнению с инъекционными наркоманами, использующими другие наркотики, характеризуются более частым развитием ИЭ, что, по-видимому, связано с влиянием катинонов на систему иммунитета.

## Список литературы

1. Столбова М.В., Лискова Ю.В., Артемова Н.Э., Сайфутдинов Р.И., Бугрова О.В. Особенности инфекционного эндокардита у инъекционных "солевых" наркоманов // Архив внутренней медицины. - Оренбург: 2017. - № 4 (36). - С. 267-270. 2017
2. Гусманов Д.С. Инфекционный эндокардит у инъекционных наркоманов // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. – 2013. – Т. 14. №1. – С.18-26.
3. Гуревич М.А. Некоторые особенности современного инфекционного эндокардита // Российский кардиологический журнал. – 2009. – №6. – С.87-92.
4. Авраам, Г. Х. Особенности современного течения инфекционного эндокардита у инъекционных наркоманов / Г. Х. Авраам, Г. А. Пичко, Е. Н. Николаевский // Актуальные вопросы кардиологии: тез. докл. XII научно-практической конференции с международным участием. — Тюмень, 2005. — С. 4-5.

## ПОКАЗАТЕЛИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ДИСФУНКЦИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

*Камилова У.К., Расулова З.Д., Машарипова Д.Р., Тошев Б.Б., Нурутдинов Н.А.*

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации». Узбекистан

Хроническую сердечную недостаточность (ХСН) по последним данным имеют примерно 1–2% взрослой популяции развитых стран [2]. Установлено, что снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) рассматривается в качестве маркера неблагоприятного прогноза в популяции сердечно-сосудистых заболеваний: при СКФ<60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> риск смертности увеличивается в 2,1 раза [1,4].

**Цель исследования.** Изучить особенности сердечно-сосудистого ремоделирования у больных с ХСН в зависимости от степени дисфункции почек (ДП) у больных с ХСН.

**Материал и методы исследования.** Были обследованы 89 больных с ишемической болезнью сердца с ХСН с I (40 больных), II (32 больных) и III (17 больных) ФК ХСН, согласно классификации Нью-Йоркской Ассоциации кардиологов. Средний возраст больных составил 62,87±7,72 лет. Контрольную группу составили 30 здоровых лиц. Всем пациентам проводили комплексное клиническое обследование, эхокардиографию (ЭхоКГ), доплерографию сосудов на уровне общей сонной артерии (ОСА), определяли уровень сывороточного креатинина, расчетным методом СКФ (рСКФ) по формуле СКД-ЕРИ [4]. Больные были распределены на 3 группы в зависимости от рСКФ: 30<рСКФ≤60 мл/мин/1,73м<sup>2</sup> – 20 больных, с рСКФ более 60 но менее 90 мл/мин/1,73м<sup>2</sup> – 40 больных и с рСКФ более 90 мл/мин/1,73м<sup>2</sup> – 29 больных. ЭхоКГ проводилась с оценкой конечно-диастолического объёма ЛЖ (КДО), конечно-систолического объёма левого желудочка (КСО ЛЖ), фракция выброса (ФВ) ЛЖ, доплерографию сосудов проводили ультразвуковым сканером SONOACEX6 (Корея) с определением: толщины комплекса интим-медиа (ТИМ), скоростей кровотока (пиковая систолическая V<sub>max</sub>, конечная диастолическая V<sub>min</sub>, усредненная по времени V<sub>mean</sub>), индексов резистентности (RI) и пульсативности (PI).

Статистическая обработка полученных данных. Полученные нами при исследовании данные подверглись статистической обработке на персональном компьютере с помощью программного пакета Microsoft Office Excel - 2013, с помощью программного пакета STATISTICA-6.0. Использовали методы вариационной параметрической и непараметрической статистики с расчетом средней арифметической изучаемого показателя (M), среднего квадратического отклонения (SD), стандартной ошибки среднего (m), статистическая значимость полученных измерений при сравнении средних величин определяли по критерию Стьюдента (t) с вычислением вероятности ошибки (p) с уровнем достоверности p<0,05.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Анализ данных ЭхоКГ показал, что при увеличении степени ХСН прогрессивно уменьшалась ФВ ЛЖ и увеличивались размеры ЛЖ: КДО и КСО. У больных с II и III ФК ХСН отмечено снижение ФВ на 7,9% (p<0,001) и 44,9% (p<0,001) соответственно по сравнению с показателями I ФК ХСН; повышение КСО – на 24% (p<0,01) и 52,5% (p<0,001), КДО – на 19% (p<0,05) и 40% (p<0,001) соответственно по сравнению с показателями I ФК ХСН.

**Таблица 1. - Показатели структурно-геометрических параметров ЛЖ и СКФ у больных с I-III ФК ХСН (M±SD)**

Показатель	I ФК	II ФК	III ФК
КДО, мл	119,3±23,1	147,5±46,5*	200,0±58,1***
КСО, мл	57,5±12,6	75±24**	125±42,87***
ФВ, %	51,7±1,63	48±2,2***	36,0±7,7***

Примечание: где \* - p<0,05; \*\* - p<0,01; \*\*\* - p<0,001 по отношению к контрольной группе

Были проанализированы параметры ремоделирования сердца у больных с ХСН в зависимости от рСКФ. Результаты исследования показали, что у больных с рСКФ≤60 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>: ФВ – на 13,4% (p<0,05) ниже, КСО – на 10,2% (p<0,05) были выше по сравнению с показателями у больных с рСКФ>60 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>. Отмечена средняя положительная корреляционная зависимость между рСКФ и ФВ ЛЖ (r=0,40, r=0,38) в группах больных с рСКФ≤60 мл/мин/1,73м<sup>2</sup> и рСКФ>60 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>.

Анализ полученных данных доплерографии БЦС на уровне ОСА по сравнению с контролем показал (таб. 2), что у больных I ФК ХСН ТИМ на уровне ОСА справа на 13% (p<0,001) и слева – на 12,8% (p<0,001) больше соответственно по сравнению с контролем; снижение скорости пульсовой волны: V<sub>mean</sub> на уровне ОСА справа и слева

22,9% (p<0,001) и на 25,5% (p<0,001), увеличение PI справа и слева на уровне ОСА на 19,5% (p<0,001) и 24% (p<0,001), увеличение RI – на 4,5% (p<0,05) и 5,7% (p<0,05) соответственно по сравнению с показателями контрольной группы.

**Таблица 2. - Показатели доплерографии на уровне ОСА у больных I-III ФК ХСН и лиц контрольной группы (M±SD)**

Показатели	правая ОСА				левая ОСА			
	Контроль	I ФК ХСН	II ФК ХСН	III ФК ХСН	Контроль	I ФК ХСН	II ФК ХСН	III ФК ХСН
ТИМ (мм)	0,94±0,08	1,08±0,09***	1,05±0,08***	1,08±0,06***	0,93±0,07	1,06±0,1***	1,014±0,11**	1,08±0,068
Vmax, см/сек	49,5±6,9	47,8±6,00	45,29±4,96*	41,41±4,25***	49,07±6,54	47,7±4,86	45,19±6,62*	47,6±13,6
RI	0,72±0,03	0,76±0,049*	0,754±0,046*	0,777±0,03***	0,73±0,032	0,77±0,042*	0,781±0,05***	0,66±0,016***
Vmin, см/сек	15,5±4,19	11,95±2,9***	12,9±3,67**	10,17±2,66***	15,13±4,55	11,6±2,48***	11,24±3,36**	16,67±4,76**
Vmean, см/сек	25,1±3,36	20,4±2,61***	20,9±2,34***	19,33±3,65***	25,4±4,46	19,89±2,54***	20,1±2,36***	25,8±7,2
PI	1,38±0,108	1,71±0,149***	1,59±0,162***	1,64±0,264**	1,38±0,13	1,81±0,17***	1,72±0,28***	1,18±0,07***

Примечание: где \* - p<0,05, \*\* - p<0,01 где \*\*\* - p<0,001 по отношению к контрольной группе

Результаты данных доплерографии БЦС показали на уровне правой и левой ОСА у больных II ФК ХСН показал достоверное отличие от всех показателей контрольной группы со снижением кровотока Vmean справа и слева на 21,8% (p<0,001) и 26,5% (p<0,001) соответственно, Vmax – на 9,4% (p<0,05) и 8,6% (p<0,05), Vmin – на 9,4% (p<0,01) и 8,6% (p<0,01) соответственно, с увеличением PI – на 13% (p<0,001) и 26,2% (p<0,001), RI – на 4,2% (p<0,05) и 6,8% (p<0,001) соответственно по сравнению с контролем. У больных III ФК ХСН на уровне правой и левой ОСА было отмечено снижение скорости Vmean – на 28,2% (p<0,001) и 31,2% (p<0,001), Vmax – на 14,1% (p<0,01) и 18,5% (p<0,001), Vmin – на 39,5% (p<0,01) и 48,9% (p<0,001) соответственно с увеличением индексов: PI – на 16,1% (p<0,001) и 16,1% (p<0,01), RI – на 5,6% (p<0,05) и 6,3% (p<0,001) соответственно по сравнению с контролем.

Анализ доплерографии сосудов на уровне правой и левой ОСА в зависимости от рСКФ показал статистически значимые достоверные различия только в показателе Vd: у больных с рСКФ≤60 мл/мин/1,73м<sup>2</sup> – была на 10,3% (p<0,05) и 11% (p<0,05) выше по сравнению с этим показателем у больных с рСКФ>60 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>.

#### Выводы.

1. Выявлена зависимость между показателями систолической функции и рСКФ: у больных с рСКФ≤60 мл/мин/1,73м<sup>2</sup> ФВ – на 13,4% (p<0,05) ниже, КСО – на 10,2% (p<0,05) достоверно выше по сравнению с данными показателями у больных с рСКФ>60 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>; отмечена средняя корреляционная зависимость между рСКФ и ФВ ЛЖ (r=0,40, r=0,38) в группах больных с рСКФ≤60 и рСКФ>60 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>.
2. Анализ показателей сосудистого ремоделирования на уровне ОСА показал достоверное утолщение стенки ТИМ и снижение скоростных показателей кровотока и повышение показателей сосудистого сопротивления по мере увеличения тяжести ХСН, что подтверждается и данными других авторов [3], а также Vd у больных с рСКФ≤60 мл/мин/1,73м<sup>2</sup> был достоверно выше по сравнению с этим показателем у больных с рСКФ>60 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>.

#### Список литературы:

1. Национальные рекомендации. Сердечно-сосудистый риск и хроническая болезнь почек: стратегии кардионефропротекции / Под ред. В.С. Моисеева, Н.А. Мухина // Российский кардиологический журнал. -2014. – Т.8, №112. – С. 7-37.
2. Рекомендации ESC по диагностике и лечению острой и хронической сердечной недостаточности 2016 // Российский кардиологический журнал. – 2017. – Т.1, №141. – С.1-81.
3. Ярова, Е.С. Влияние сосудистого ремоделирования на прогрессирование хронической сердечной недостаточности ишемического генеза / Е.С. Ярова, А.А. Кастанаян, И.В. Иванов // Фундаментальные исследования 2012; 7: 431-436.
4. International Network of Chronic Kidney Disease cohort studies (iNET-CKD): a global network of chronic kidney disease cohorts / Т. Dienemann [et al.] // BMC Nephrol. – 2016. – Vol.17, №1ю – P.121.

### КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

*Каримова Г.Н., Зоирова М.Ф.*

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Согласно данным эпидемиологических исследований, поражение сердечно-сосудистой системы оказывает наиболее существенное влияние на уровень смертности у пациентов с остеоартрозом (ОА) [3,5]. При этом артериальная гипертензия (АГ) и ОА являются важной медико-социальной проблемой, что обусловлено их широкой распространённостью, высоким риском осложнения АГ, ухудшением качества жизни больных из-за постоянного болевого синдрома, а также стойкой утратой трудоспособности [1,2]. Дополнительные факторы, способствующие формированию АГ – выраженный суставной синдром, функциональная недостаточность суставов и длительный приём НПВП (4).

**Цель исследования.** Изучить характер кардиоваскулярных нарушений у больных остеоартрозом, её связь с клиническими проявлениями.

**Материал и методы исследования.** Материалом для решения поставленных задач послужили результаты обследования 80 больных остеоартрозом, поступивших на обследование и лечение в кардиоревматологическое отделение Городского бюджетного учреждения – Медицинский центр здоровья №2 им. К. Таджиева.



Верификация диагноза осуществлялась согласно диагностическим критериям, рекомендованным Ассоциацией ревматологов России (2008) с учетом критериев R.D. Altmanna (1995г.) и рентгенологического исследования сустава (по J.Kellgren и J.Lawrence). Критериями исключения явились случаи вторичного остеоартроза. У всех больных проводились измерения суммарного индекса Лекена, болевого синдрома при покое и ходьбе по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), длительность утренней скованности.

Кроме этого, у них измерялись рост и вес, индекс массы тела, объем талии и бедра, соотношение объема талии и бедра, уровень сахара крови, а также проводилось измерение уровня в сыворотке крови общего холестерина (ХС), триглицеридов, липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) и липопротеидов высокой плотности (ЛПВП).

Обработка статистических данных проводилась с помощью пакета прикладных программ STATISTICA 6.0. Для сравнения двух независимых групп использовался U-критерий Манна-Уитни. Сравнение двух зависимых выборок проводили с помощью T-критерия Вилкоксона. Во всех случаях нулевая гипотеза отвергалась при  $p < 0,05$ .

**Результаты исследования и их обсуждение.** В исследование были включены 80 больных первичным ОА. Из них 22 (27,5%) мужчины и 58 (72,5%) женщин, в возрасте от 31 до 75 лет. Средний возраст пациентов составил  $54,6 \pm 9,4$  лет.

Таблица 1

**Клинико-лабораторные и функциональные нарушения у больных ОА без АГ и с АГ (M±m; n=80)**

Показатель	1-я группа ОА без АГ (n=33)	2-я группа ОА с АГ (n=47)	p
Возраст, год	59,1±1,7	58,4±1,4	>0,05
Мужчины, n (%)	11 (33,3)	16 (34,1)	
Женщины n (%)	22 (66,7)	31 (65,9)	
Длительность ОА, годы	5,0±0,7	6,3±0,7	>0,05
ИМТ, кг/м <sup>2</sup>	30,2±0,9	31,6±0,6	>0,05
САД, мм.рт.ст.	123,8±1,7	154,5±2,5	<0,001
ДАД, мм.рт.ст.	76,1±1,4	91,1±1,1	<0,001
СОЭ, мм/час	8,6±0,6	10,2±0,9	>0,05
ВАШ, мм	22,8±1,9	69,2±1,6	<0,001
Стадия ОА			
I	11	19	
II	19	20	
III	3	8	
Фибриноген, ммоль/л	3,9±0,52	4,8±0,45	
Сахар крови, ммоль/л	5,4±0,1	5,1±0,1	>0,05
Мочевая кислота, ммоль/л	335,2±16,2	351,3±13,1	>0,05

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между 1 и 2 группами (по U-критерию Манна-Уитни).

Как следует из данных таблицы, группы больных, включенные в исследование, существенно различались по возрасту. Так, в группе пациентов ОА с АГ средний возраст оказался достоверно выше, чем у пациентов с ОА без АГ. Длительность заболевания в группе пациентов с ОА и АГ была больше чем в 1 группе без АГ. В группе ОА без АГ преобладали больные с 1-2 рентгенологической стадией. Во 2-ой группе 59,5% составили больные с 2 и 3 рентгенологической стадией. ИМТ у больных ОА с АГ был выше по сравнению с 1-ой группой. Биохимические показатели существенно не отличались в 2-х сравниваемых группах, кроме содержания фибриногена – 3,9 ммоль/л и 4,8 ммоль/л, соответственно.

Таблица 2

**Сравнительный анализ артериальной гипертензии и длительности ОА (n=47)**

Длительность болезни (лет)	Степень артериальной гипертензии		
	I (n=25)	II (n=15)	III (n=7)
<2	6,15	1,54	1,54
2-5	9,2	6,15	3,08
6-10	23,1	9,2	6,15
>10	15,4	10,79	7,7

Результаты сопоставления уровня АД с длительностью болезни свидетельствуют об определенной взаимосвязи. С увеличением давности ОА возрастает число больных, страдающих АГ. Вместе с тем, обращает внимание то, что при давности заболевания более 10 лет возрастает число больных ОА с АГ II и III степени.

У большинства больных ОА n=37 (78,7%) АГ впервые выявлялась в возрасте 30-49 лет.

В таблице 3 приведена взаимосвязь АГ и некоторых лабораторных показателей у больных ОА в двух сравниваемых подгруппах (1-я – больные ОА с АГ (n=47) и 2-я – больные ОА без АГ (n=33)).

Таблица 3

**Взаимосвязь артериальной гипертензии и некоторых лабораторных показателей у больных остеоартрозом**

Показатель	Артериальная гипертензия		p
	есть (n=47)	нет (n=33)	
СРБ, мг/л	9,8±5,1	8,8±4,2	<0,05
ХС, ммоль/л	5,6±0,1	4,9±0,1	<0,05
ХСЛПВП, ммоль/л	1,55±0,02	1,74±0,04	<0,05
ХСЛПНП, ммоль/л	4,85±0,02	4,63±0,03	<0,05
ТГ, мг/дл	2,92±0,03	2,20±0,06	<0,001
Мочевая кислота, мкмоль/л	339,8±10,3	350,4±19,7	<0,01

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между 1 и 2 группами (по U-критерию Манна-Уитни).

У больных ОА с АГ отмечались достоверно более высокие уровни общего ХС ( $p<0,05$ ), ХСЛПНП ( $p<0,05$ ), ТГ ( $p<0,001$ ) и СРБ ( $p<0,05$ ), чем у пациентов без таковой, но уровень ХСЛПВП у этой группы больных оказался достоверно низким ( $p<0,05$ ).

**Выводы.** Остеоартроз является полиморбидным заболеванием, частым спутником которого является АГ. У больных ОА с АГ отмечались достоверно более высокие уровни общего ХС, ХСЛПНП, ТГ и СРБ, чем у пациентов без таковых, а уровень ХСЛПВП у этой группы больных оказался достоверно низким.

#### Список литературы

1. Каратеев, А.Е. Возможность использования НПВП у больных с ЖКТ кардиоваскулярными факторами риска / А.Е. Каратеев // Русский медицинский журнал. – 2009. – Т.17, №7. – С. 495-503.
2. Карпов, Ю.А. Нестероидные противовоспалительные препараты: вопросы сердечно-сосудистой безопасности / Ю.А. Карпов, Т.Ю. Куликова // Актуальные вопросы болезней сердца и сосудов. – 2010. - №4. – С. 60-65.
3. Comorbidity clusters in generalized osteoarthritis among female patients: A cross-sectional study./ E. Kovari [et al.] // Semin Arthritis Rheum. – 2019. – Vol. 19. – P. 30233-1.
4. Role of Nonsteroidal Antiinflammatory Drugs in the Association Between Osteoarthritis and Cardiovascular Diseases: A Longitudinal Study / M. Atiqzaman [et al.] // Arthritis Rheumatol. – 2019. doi: 10.1002/art.41027.
5. Wen C. High blood pressure and OA: friends or foes? / C.Wen // Arthritis Rheumatol. – 2019. doi: 10.1002/art.41086.

### МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ С ОСТЕОАРТРОЗОМ

*Каримова Г.Н., Хусейн-заде Ш.А., Зоирова М.Ф.*

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Остеоартроз (ОА) самое частое заболевание опорно-двигательной системы, клинические проявления которого отмечаются почти у 20% населения земного шара, являясь одной из основных причин временной нетрудоспособности и инвалидности, уступая в этом только ишемической болезни сердца [1,2].

В публикациях последних лет всё чаще появляются данные о том, что люди, страдающие остеоартрозом, имеют более высокий риск развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и более высокий уровень общей смертности по сравнению с популяцией [5].

Остеоартрозу чаще сопутствуют такие заболевания, как артериальная гипертензия (АГ), ишемическая болезнь сердца (ИБС), метаболический синдром (МС) и др. МС ухудшает тяжесть проявления ОА. А ограничение движения вследствие болевого синдрома способствует ожирению и прогрессированию МС [3].

По данным недавних эпидемиологических исследований выявлена значительная роль МС в прогнозировании усиления боли у больных с ОА [4].

**Цель исследования.** Изучить частоту встречаемости метаболического синдрома и его связь с клиническими проявлениями остеоартроза.

**Материал и методы исследования.** Материалом для решения поставленных задач послужили результаты обследования 80 больных остеоартрозом, поступивших на обследование и лечение в кардиоревматологическое отделение Городского бюджетного учреждения – Медицинский центр здоровья №2 им. К. Таджиева.

Верификация диагноза осуществлялась согласно диагностическим критериям, рекомендованных Ассоциацией ревматологов России (2008) с учетом критериев R.D. Altmanna (1995г.) и рентгенологического исследования сустава (по J.Kellgren и J.Lawtence). Критериями исключения явились случаи вторичного остеартроза. У всех больных проводилось измерение суммарного индекса Лекена, болевой синдром при покое и ходьбе по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), длительность утренней скованности.

У всех больных измерялись рост и вес, индекс массы тела, объем талии и бедра, соотношение объема талии и бедра, уровень сахара крови, а также проводилось измерение уровня в сыворотке крови общего холестерина, триглицеридов, ЛПНП и ЛПВП.

Обработка статистических данных проводилась с помощью пакета прикладных программ STATISTICA 6.0. Для сравнения двух независимых групп использовался U-критерий Манна-Уитни. Сравнение двух зависимых выборок проводили с помощью T-критерия Вилкоксона. Во всех случаях нулевая гипотеза отвергалась при  $p<0,05$ .

**Результаты исследования и их обсуждение.** В исследование были включены 80 больных первичным ОА: 22 (27,5%) мужчины и 58 (72,5%) женщин, в возрасте от 31 до 75 лет. Средний возраст пациентов составил  $54,6\pm 9,4$  лет.

Анализ частоты признаков МС показал, что тот или иной клинический критерий МС определялся почти у каждого больного ОА.

Таблица 1

Частота встречаемости отдельных компонентов метаболического синдрома у больных ОА (n=80)

Показатель	abs	%
	ОТ >102 см	37
ТГ $\geq 1,69$ ммоль/л	58	72,5
ХСЛПВП <1,6 ммоль/л	45	56,25
САД $\geq 135$ мм рт. ст. и/или ДАД $\geq 85$ мм рт. ст.	55	68,75
Глюкоза >6,1 ммоль/л	46	57,5

Наиболее частыми диагностическими признаками МС были: повышение уровня АД (68,75%), ТГ (72,5%), гипергликемия (57,5%) и снижение уровня ХСЛПВП (56,25%). Висцеральное отложение жировой клетчатки (ОТ >102 см) отмечено у 37 (46,25%) пациентов этой группы.

Большинство больных (n=50 (62,5%)) имели 2-3 критерия МС и лишь 4 больных не имели ни одного признака, а 8 больным сопутствовали все компоненты МС.

Возрастной анализ и длительность заболевания у больных ОА с МС показал, что средний возраст у больных ОА с наличием МС составил 55,8±9,3 лет, без такового – 53,4±8,6 лет. Продолжительность заболевания ОА составила 8,9±0,27 и 6,1±0,21 лет, соответственно.

Анализ частоты встречаемости компонентов МС показал, что АД оказалась одним из наиболее часто выявляемых компонентом МС у больных ОА, обнаруживаясь у 68,75% больных, при этом у 8 (27,5%) из них диагноз АД был выставлен впервые. Средний уровень САД в группе больных с МС составил 150 [130; 180] мм рт. ст., без МС – 140 [120; 170] мм рт. ст. (p<0,001), а ДАД, соответственно, 95 [80; 120] мм рт. ст. и 90 [70; 110] мм рт. ст. (p<0,001).

Интересные данные получены при сопоставлении суставного синдрома у больных ОА с МС. При первичном обследовании больных ОА и больных ОА с МС выяснилось, что среди последних суставной синдром был более выражен, что подтверждают достоверно более высокие значения индекса ВАШ в покое и при движении, индекса Лекена и индекса WOMAC.

Таблица 2

Оценка выраженности болевого синдрома у больных ОА с признаками МС (n=80)

Показатель	ОА без МС (n-51)	ОА с МС (n-29)	p
ВАШ, в покое, мм	23,6±1,8	41,7±1,9	<0,05
ВАШ при движении, мм	50,0±2,1	69,3±2,3	<0,05
Индекс Лекена, баллы	8,4±0,6	11,2±0,7	<0,05
Индекс WOMAC, см	104,0±3,5	129,0±3,9	< 0,001

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между группами ОА с МС и без МС (по U-критерию Манна-Уитни).

**Выводы.** Таким образом, метаболический синдром, будучи частым спутником ОА, способствует более тяжелому течению суставного синдрома и вследствие этого является частым присоединением кардиоваскулярных катастроф.

#### Список литературы

1. Васильева, Л.В. Остеоартроз и метаболический синдром – современное видение проблемы / Л.В. Васильева, Д.И. Лахин // Вестник новых медицинских технологий. – 2012. – Том XIX, №4. – С.40.
2. Денисов, Л.Н. Ожирение и остеоартроз / Л.Н. Денисов, В.А. Насонова // Научно-практическая ревматология. – 2010, №3. – С.48-51.
3. Osteoarthritis of knee joint in metabolic syndrome / A.E. Afifi [et al.] // Clin Rheumatol. – 2018. – Vol. 10. – P. 2855-2861.
4. Valdes, A.M. Metabolic syndrome and osteoarthritis pain: common molecular mechanisms and potential therapeutic implications / A.M. Valdes // Osteoarthritis Cartilage. – 2019. – Vol. 19. – P. 31154-9.
5. Yerima, A. Knee osteoarthritis and associated cardio-metabolic clusters in a tertiary hospital in Nigeria / A. Yerima, O. Adelowo // Clin Rheumatol. – 2017. – Vol. 11. – P. 2541-2548.

#### ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ ПАРАМЕТРОВ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

*Каримова Ф.А., Одинаев Ш.Ф., Джалилов С.С., Мехмонов П.Х.*

Кафедра внутренних болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Бурный прогресс в области эндоваскулярных технологий и непрерывное совершенствование инструментария способствуют тому, что тактика инвазивного лечения больных ИБС становится более агрессивной, а показания к его проведению постоянно расширяются. Так, внедрение в клиническую практику коронарных стентов позволило обеспечить надежный контроль над непосредственными результатами и выполнять эндоваскулярные вмешательства с минимальным риском развития острых осложнений [1-4].

**Цель исследования.** Изучение качества жизни до и после стентирования коронарных артерий у пациентов с ишемической болезнью сердца.

**Материал и методы исследования.** За 2017 г. в условиях клиники «Сино» проведен анализ качества жизни у 60 пациентов со стабильной стенокардией до и после стентирования коронарных артерий. До и послегоспитальные процедуры выполнены согласно рекомендациям Американской ассоциации кардиологов (ACC) и Всероссийского Научного Общества кардиологов. Среди обследованных преобладали мужчины - 46 (76,6%) больных (средний возраст 56,1±1,8 года) и 24 (23,4%) женщины (средний возраст -58,0±1,9 года). Всем пациентам устанавливались не более 2 стентов, покрытых сиролимусом (Taxus). Для оценки качества жизни (КЖ) был использован опросник SF-36, адаптированный к больным с сердечно-сосудистой патологией. В исследование не включались больные, перенесшие ангиопластику или аорто-коронарное шунтирование, жизнеугрожающие нарушения ритма сердца. Обработку материала проводили методами описательной статистики: вычисляли среднюю величину (M), стандартное отклонение (σ) и стандартную ошибку (m).

**Результаты исследования и их обсуждение.** После стентирования коронарной артерии пациентов, страдающих ИБС, отмечались положительные сдвиги в клинической симптоматике, выражающиеся в исчезновении болей,

улучшении настроения, больные ощущали прилив бодрости и сил, исчезновение одышки и сердцебиения. Помимо улучшения клинической симптоматики у большей части пациентов отмечалась нормализация зубца Т и сегмента ST.

Результаты оценки качества жизни показали, что большинство параметров имеют отчетливую тенденцию к увеличению суммарного количества баллов. Психологические компоненты здоровья улучшились (МН) с  $46,4 \pm 2,5$  до  $71,3 \pm 2,0$ . Основными параметрами показателей психологического компонента является улучшение жизненной активности (VT) с  $37,0 \pm 1,5$  до  $52,0 \pm 1,2$  балла, а также психического компонента здоровья (МН) с  $58,0 \pm 2,5$  до  $85,5 \pm 2,1$  балла. В меньшей степени улучшаются компоненты социального функционирования (SF) с  $50,5 \pm 3,2$  до  $55,0 \pm 1,5$  и эмоционального состояния (RE) с  $57,0 \pm 2,0$  до  $61,0 \pm 2,5$  балла.

Компонент физического функционирования (*Physical Health*) повысился с  $34,4 \pm 2,0$  до  $45,5 \pm 1,5$  баллов. Следует отметить, что частота и интенсивность болевого фактора (BR) снизились, отражая повышение активности баллов с  $55 \pm 1,0$  до  $72 \pm 2,0$  баллов. Компонент общего состояния здоровья (GH) и ролевого функционирования (RP) также имел достоверную картину к увеличению.

**Выводы.** Результаты исследования свидетельствуют о том, что стентирование коронарных артерий на сегодняшний день является наиболее успешным методом лечения ишемической болезни сердца. Это обстоятельство оправдано не только улучшением клинического состояния, но и улучшением психологического и физического компонентов качества жизни.

#### Список литературы

1. Гельцер Б.И. Активность калликреин-кининовой системы у больных витамин В12-дефицитной анемией /Б.И. Гельцер//Бюлл. РАМН. -2005.-№3.-С. 131-134.
2. Лазутин В.К., Запелов М.В., Броун Д.К. Калликреин-кининовая система и гемостаз при остром инфаркте миокарда // Кардиология. 1986. -Т. 26, № 9. - С. 118-122.
3. Сурувикин В.В. Системная организация плазмы и калликреин-кининовая система крови при хронической ишемии головного мозга: автореф. дисс. к.б.н.-14.0053 /В.В. Сурувикин В.В./; Москва.-2006. 24 с.
4. Сурувикина М.С. К биологическим методам определения свободных кининов в периферической крови /М.С. Сурувикина // Бюлл эксп. биол. медицины 1981, т. 91 № 2, с. 214-243.

### КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗНЫХ ТИПОВ ПСОРИАЗА

*Касымов О.И., Муниева С.Х., Эмомалиев Д.Г.*

Кафедра дерматологии с курсом косметологии ГОУ «ИПОСЗ РТ». Таджикистан

**Актуальность.** Псориаз – распространенный хронический дерматоз со спонтанными ремиссиями и обострениями.

В зависимости от семейного анамнеза и дебюта (начала) заболевания большинство исследователей выделяют два типа псориаза. Тип I характеризуется как наследственно-обусловленный (более 60% пациентов имеют родственников 1-ой степени, больных псориазом) с ранним дебютом заболевания, чаще между 10-25 годами жизни. К несемейному типу II относятся случаи кожного процесса с дебютом после 40 лет и обычно носят спонтанный, непрогнозируемый, т.е. спорадический характер [1, 2, 3, 4].

**Целью** работы явилось изучение клинических особенностей I и II типа псориаза у больных г. Душанбе.

**Материал и методы исследования.** Обследовано 66 больных распространенным вульгарным псориазом: мужчин 39 (59,1%), женщин 27 (40,9%). Из обследования исключались больные с тяжелыми и осложненными формами заболевания: эритродермией, псориазическим артритом, экссудативным и пустулезным псориазом. Возраст больных колебался от 15 до 65 лет, продолжительность болезни - от нескольких месяцев до 20 и более лет. Прогрессирующая стадия заболевания диагностирована у 44 (66,7%) пациентов, стационарная – у 22 (33,3%). Папулезно-бляшечная клиническая форма псориаза наблюдалась у 45 (68,2%) больных, лентикулярно-нуммулярная – у 21 (31,8%).

Для оценки клинической картины кожного процесса был использован стандартизованный индекс PASI (Psoriasis Area and Severity Index) – интегральный индекс площади псориазических поражений и тяжести процесса. При хроническом бляшечном псориазе значение индекса PASI меньше 8 характерно для легкой степени течения заболевания, от 8 до 12 – для средней степени, выше 12 – для тяжелой.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Псориаз I типа (в родословной имеется семейный анамнез по псориазу) установлен у 28 (42,4%) больных: 54,3% мужчин, 45,7% женщин (соотношение 1,2:1). В возрасте до 25 лет были 51,4% больных, до 40 лет – 82,9%, старше 50 лет – 8,6%. Средний возраст больных составил  $31,3 \pm 1,8$  лет.

Псориаз II типа (спорадический, в родословной нет семейного анамнеза по псориазу) отмечен у 38 (57,6%) больной (64,5% мужчин, 35,5% женщин, соотношение 1,8:1). Больных в возрасте до 25 лет было 7 (18,4%) человек, до 40 лет – 16 (42,1%) - соответственно в 2,8 и 2 раза меньше, чем в 1-й группе. Старше 40 лет были 22 (57,9%) пациента. Средний возраст больных -  $39,8 \pm 1,8$  лет, достоверно ( $P < 0,01$ ) превосходил данные больных 1-й группы.

Первые проявления (дебют) наследственно-обусловленного псориаза в 8,6% случаев начались в возрасте до 5 лет, до 10 лет – в 37,1%, до 15 лет – в 60%, до 20 лет – в 77,1%, до 25 лет – 88,6%, до 30 лет – в 94,3%. Первые признаки болезни больные с I типом в возрасте старше 40 лет не наблюдали.

Спорадический псориаз дебютировал в возрасте от 16 до 20 лет у 6,5% больных, до 30 лет – у 29%, до 40 лет – в 48,4%. У 51,6% больных начало проявлений заболевания приходится на возраст старше 40 лет. Дебют псориаза II типа в возрасте до 15 лет не отмечен.

Количество больных с продолжительностью болезни до 5 лет среди пациентов спорадическим псориазом было в 1,6 раза больше, чем среди пациентов с наследственно-обусловленным (соответственно 20,9% и 13%), от 6

до 10 лет – 1,3 раза (соответственно 27,9% и 21,7%). Большинство больных обоими типами псориаза страдали дерматозом до 20 лет (78,2% больных наследственно-обусловленным псориазом и 76,7% – спорадическим). В среднем продолжительность болезни у больных наследственно-обусловленным псориазом составила  $19,2 \pm 1,7$  лет, а спорадическим –  $12,5 \pm 1,1$  лет, что достоверно меньше ( $P < 0,01$ ).

Клиническая картина псориаза у больных обоими типами была схожей, однако поражение ладоней и подошв при I типе заболевания (в 14,3% случаев) наблюдалось значимо (в 1,8 раза) чаще, чем при спорадическом – в 7,9% случаев ( $P < 0,02$ ). Ногтевые пластинки были поражены у 10,7% больных I типом псориаза и у 7,9% – II, что в 1,4 раза меньше ( $P < 0,05$ ).

Рецидивы псориаза один раз в год отмечали 68,4% больных с II типом дерматоза и 53,6% – с I типом (в 1,3 раза меньше), 2-3 раза и более в год – соответственно 26,3% и 32,1% (в 1,2 раза больше), непрерывное течение продолжительностью до года и более – 10,5% и 14,3% (в 1,4 раза больше,  $P < 0,05$ ), что указывает на более тяжелое течение наследственно-обусловленного псориаза у больных.

Значение индекса площади и тяжести заболевания (PASI) в пределах 3 – 7 было у 21,4% и 39,5% больных с I и II типами псориаза ( $P < 0,02$ ), 8 – 12 – соответственно у 53,6% и 47,4% ( $P > 0,5$ ), 12 – 20 – у 25% и 13,2% ( $P < 0,02$ ). Среди больных с наследственно-обусловленным псориазом распространенные, средней степени тяжести и относительно тяжелые формы заболевания (значение индекса PASI от 8 до 20) наблюдались в 1,3 раза чаще, чем среди больных спорадическим вариантом дерматоза (соответственно у 78,6% и 60,6%,  $P < 0,05$ ).

**Таким образом,** исследования показывают, что при схожести клинической картины для псориаза I типа отличие от II типа у больных г. Душанбе характерно более частое поражение ладоней и подошв, ногтевых пластинок, чаще отмечаются относительно тяжелые формы заболевания с непрерывным течением.

### Список литературы

1. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. Псориаз. Кубанова А.А., Кубанов А.А., Знаменская Л.Ф., и др. М. 2016; 416-425.
2. Корсакова Ю.Л. Псориаз и псориагрический артрит: актуальные вопросы. Современная ревматология. 2012; 6(3):28-32.
3. Хобейш М.М., Мошкалова И.А., Соколовский Е.В. Пузырные дерматозы. Псориаз. Современные методы лечения. СПб.: СОТИС. 1999; 70-134
4. Вольф К., Голдсмит Л., Кан С., Джилкрест Б., Паллер Э., Леффель Д. дерматология Фицпатрика в клинической практике. В 3 т. Пер. с англ. М. 2012 (1): 180-207.

## ОЦЕНКА МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

*Комилходжаев Б.Х.*

Кафедра семейной медицины №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Язвенная болезнь (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), несмотря на совершенствование профилактических и лечебно-диагностических методов, остаётся одним из наиболее распространенных заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) [4].

Несмотря на некоторое снижение частоты ЯБ желудка и ДПК к концу минувшего столетия, это заболевание, по-прежнему, все еще часто встречается среди населения. Показано, что 11–14% мужчин и 8–11% женщин в течение своей жизни могут заболеть ЯБ желудка и ДПК [3].

По последнему IV Маастрихтскому соглашению стратегия «test-and-treat» считается оптимальной для необследованных пациентов с жалобами с учетом диспепсии в регионах с высокой распространенностью *H.pylori*. [1]. Основными неинвазивными методами, которые рекомендуются для данной стратегии, признаны уреазный дыхательный тест и определение антигена *H.pylori* в кале с помощью моноклональных антител (фекальный антигенный тест). Могут также применяться утвержденные в данном регионе, серологические методы обнаружения антител к *H.pylori* [2].

**Цель исследования.** Оценка методов диагностики ЯБ желудка и ДПК у лиц трудоспособного возраста в амбулаторных условиях, в учреждениях первичной медико - санитарной помощи (ПМСП).

**Материал и методы исследования.** В ходе исследования были использованы статистические данные за 2018г. и анализ карт диспансерного наблюдения 12 пациентов трудоспособного возраста (старше 20 лет), включая первично обратившихся и находящихся на диспансерном учёте в Городском центре здоровья (ГЦЗ) №2 города Душанбе.

Пациентам в целях диагностики, выбора тактики лечения и профилактики осложнений ЯБ желудка и ДПК, помимо сбора анамнеза и общего осмотра, были использованы лабораторно-инструментальные методы диагностики такие, как общий анализ крови, анализ кала на скрытую кровь и фиброгастроуденоскопию (ФГДС).

Данные лабораторно - инструментальные методы диагностики применялись во время первичного обращения и в процессе диспансерного наблюдения, для контроля эффективности проводимого лечения и раннего выявления осложнений.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В процессе обработки статистических данных в ГЦЗ №2 за 2018 год выяснилось, что среди обратившихся с заболеваниями ЖКТ было у 560 пациентов, различных возрастных категорий. Из них язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки среди лиц трудоспособного возраста составляет 50(8,93%), мужчин - 29(58,0%) и женщин - 21(42,0%).

При анализе карт диспансерного наблюдения пациентов выяснилось, что из числа исследуемых групп пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки - 3(25,0%), с язвенной болезнью желудка - 1(8,3%), с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки - 8(66,7%). Осложненные формы ЯБ желудка и ДПК по типу кровотечения встречаются в 8(66,7%) случаях. В 7(58,3%) случаях данные пациенты получали консервативное лечение в стационарных условиях.

У всех пациентов для определения наличия и степени анемий использовали общий анализ крови, для установления продолжающегося скрытого кровотечения провели анализ кала на скрытую кровь. Всем пациентам для определения локализации, формы, размера язвенного дефекта использовали ФГДС, у 8(66,7%) данное исследование было проведено повторно для определения регресса заболевания и его осложнений.

**Таким образом,** по результатам исследования выяснилось, что в условиях городского центра здоровья для верификации диагноза ЯБ желудка и ДПК у всех пациентов проведены ФГДС и анализ кала на скрытую кровь. Но с целью уточнения этиологического фактора (*H. pylori*) и в последующем для дифференцированного выбора тактики лечения у исследуемых групп пациентов не были использованы неинвазивные методы исследования, такие как уреазный дыхательный и фекальный антигенный тесты.

**Вывод.** В Городских центрах здоровья г. Душанбе диагностика ЯБ желудка и ДПК проводится не полностью, в частности, не всегда используются такие методы диагностики, как уреазный дыхательный и фекальный антигенный тесты для уточнения этиологического фактора (*H. pylori*).

#### Список литературы

1. Камышникова, Л.А. Особенности диагностики и эпидемиологии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у стационарных больных / Л.А. Камышникова, А.Ю. Власюк, В.Ю. Власюк // Научные результаты биохимических исследований. - 2014. - 23с.
2. Isakov, V.A. Diagnostics and Treatment of Infections Caused by *Helicobacter pylori*: IV Maastricht Treaty / New guidelines for the Diagnosis and Treatment of *H. pylori* Infection - Maastricht IV (Florence) / V.A. Isakov // Best Clinical Practice [Russian Edition]. - 2012. - Issue 2. – P.4 -23.
3. Guke Hrsg, B. Gastroenterologie systematisch / Hrsg. B. Guke, Ch. Beglinger. - Bremen-London-Boston, 2007. - 2 Auflage. – P.150-70.
4. Маев, И.В. Язвенная болезнь / И.В. Маев, А.А. Самсонов. - М.: Миклош, 2009. - 428 с.

### КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В и Д

*Конысбекова А.А., Бекенова Ф.К., Махамбетов К.О.*

Медицинский Университет Астана, г.Нур-Султан, Республика

Казахстан

**Актуальность.** Вирусные гепатиты являются одной из важнейших глобальных проблем мирового здравоохранения. Хронический вирусный гепатит В с дельта агентом, в настоящее время является одним из наиболее тяжёлых и вирулентных гепатотропных вирусов [1]. Дельта гепатит приводит к более тяжёлому и ускоренному поражению печени, и ассоциируется с более высоким риском развития гепатоцеллюлярной карциномы и ранней декомпенсации. В Республике Казахстан для лечения гепатита Д доступен пегилированный интерферон, однако, в связи с поздним выявлением уже на этапе продвинутого фиброза или цирроза печени противовирусная терапия интерферонами в большинстве случаев не представляется возможным [2].

**Цель исследования.** Изучение клинической картины, раннее выявление маркёров гепатита В и Д, уточнения степени фиброза, позволит более эффективно бороться с этой тяжёлой патологией в доциррозной стадии.

**Материалы и методы исследования.** Для выявления клинических, эпидемиологических, лабораторных и морфологических особенностей хронического вирусного гепатита В (ХВГВ) и хронического гепатита В с дельта агентом (ХВГД), методом слепой выборки сформированы две группы пациентов, 48 больных ХВГВ, 28 больных ХВГД. В исследуемые группы пациентов не включали лиц, у которых определялись антитела к гепатиту С, микст вирусное поражение В+С+Д. Пациенты из изучаемых групп в период наблюдения не употребляли алкоголь и психотропные препараты. Была выполнена чрескожная пункционная биопсия печени с последующим морфологическим исследованием. Больным проводилось углубленное комплексное обследование: подробный сбор анамнестических данных, в том числе эпидемиологический, клинический осмотр, общеклинические анализы крови и мочи, биохимическое исследование крови, исследование крови на специфические маркеры вирусных гепатитов, УЗИ органов брюшной полости и фиброзофагогастроуденоскопия. При биохимическом исследовании крови определялись: содержание билирубина и его фракций, общего белка, альбумина, активность АлАТ и АсАТ, щелочной фосфатазы, коагулограмма. Определение специфических маркеров ВГ (НВsAg, анти-НВсIgM, НВeAg, анти-НВe, анти-НДV) проводилось в твердофазном ИФА с использованием тест-систем.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Средний возраст в изучаемых группах составил ХГВ с дельта 36,02 ±7,8 лет, ХГВ без дельта –47,04±9,4 лет. Мужской пол преобладал незначительно в обеих группах: 53,5 % мужчин и 46,4 % женщин с ХВГВ с дельта агентом, 52,05% мужчин и 42,03% женщин с ХВГВ без дельта агента.

**Таблица 1. - Распределение по полу и возрасту**

Пол	ХВГВ+дельта(n=28)			ХВГВ без дельта (n=48)		
	Абс	%	Среднее количество лет	Абс	%	Среднее количество лет
Мужской	15	53,5 %	35,03	30	62,5%	52,05
Женский	13	46,4 %	37,01	18	37,5%	42,03

При выяснении эпидемиологического анамнеза, выявлены следующие возможные пути инфицирования. Оперативные вмешательства остаются наиболее частым источником трансмиссии - 30%, стоматологические вмешательства - 25 %, гемотрансфузии - 7%, случайные незащищённые половые связи - 3%, употребление наркотиков в анамнезе - 5%. Обращает на себя внимание, что в 30% случаев не удалось выяснить ни источник, ни время заражения. Среди наших пациентов не было выявлено случаев носительства дельта агента у супругов.

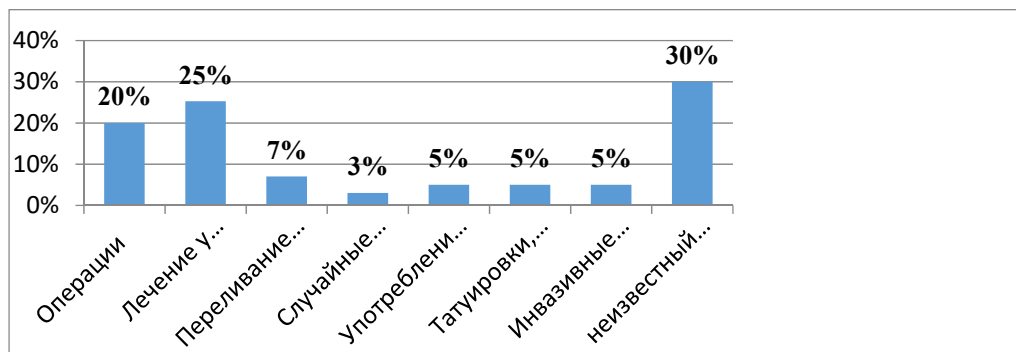


Рисунок 1. - Возможные пути инфицирования

Для оценки выраженности фиброза печени используется биопсия печени, которая считается «золотым стандартом» при оценке заболеваний печени. Она может ответить на вопрос, какие патологические изменения имеются в печени, более или менее точно определить активность воспалительного процесса и стадию фиброза. Однако биопсия печени является дорогим и инвазивным исследованием, при этом не исключен риск возникновения потенциально опасных для жизни осложнений (летальность после выполнения процедуры достигает 0,1 %). Изменения в печени обычно неоднородны и выражены в различной степени, поэтому оценка фиброза на основании исследования небольшого фрагмента печеночной ткани может быть неточной. Имеет значение и опыт морфолога, что не позволяет исключить влияния субъективного фактора. Динамическое наблюдение за фиброзом с помощью биопсии затруднено ввиду описанных ограничений [5].

В связи с этим перспективным является определение эластичности печеночной ткани с помощью косвенных или прямых методов. К прямым методам оценки стадии фиброза, определяемой в кПа, относят ультразвуковую эластометрию (ЭМ) с помощью аппарата FibroScan («EchoSens», Франция). Основу неинвазивного метода транзитной эластрографии составляет технология Vibration-controlled transient Elastography (VCTEm), с установленным источником колебаний средней амплитуды и низкой частоты. Генерируемые датчиком колебания передаются на подлежащие исследуемые ткани печени и создают упругие волны, подвергающиеся модуляции отраженный ультразвук. Скорость распространения упругих волн определяется эластичностью печеночной ткани. Суммарный объем подвергающейся исследованию ткани составляет в среднем 6 см, что многократно превышает таковой при пункционной биопсии. Полученный результат выражается в килопаскалях (кПа) и позволяет четко распределить больных по стадиям заболевания (например, по системе METAVIR). Преимуществами методики являются ее неинвазивность, отсутствие побочных эффектов и осложнений, немедленный результат, получаемый сразу после окончания исследования, возможность использовать аппарат для мониторинга проводимой терапии и оценки ее эффективности[5]

В наблюдаемой нами группе диагноз сопутствующей дельта инфекции впервые установлен на достаточно продвинутых стадиях фиброза, в большинстве случаев на этапе цирроза печени. Так пациенты с диагнозом цирроз печени составили: класс А-8 пациентов(28%), класс В- 9 (32%), класс С-5 пациентов (32%). Доциррозная стадия печени была определена методом непрямого эластометрии на аппарате Фиброскан (по шкале Metavir) и показала фиброз F3 у 2 (7%) пациентов, F2 - у 2 (7 %) пациентов, F1- у 1 (3%) пациента. С диагностированной, на догоспитальном уровне, гепатоцеллюлярной карциномой направлены 3 пациента. Примечательно что дельта вирус диагностирован впервые после обнаружения злокачественной опухоли печени. Не было ни одного пациента с показателем F0.

Всего один (3%) пациент зарегистрирован на стадии F1, а также 2 пациента на стадии F2. В то время как основная масса впервые выявленных относится к категории цирроза печени класса А и В (60%).

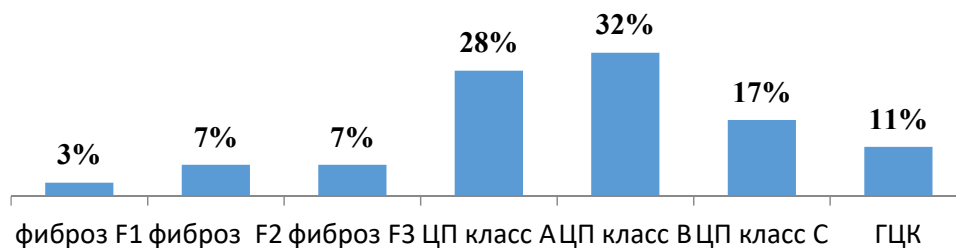


Рисунок 2. - Стадия заболевания печени, когда впервые выявлена дельта инфекция

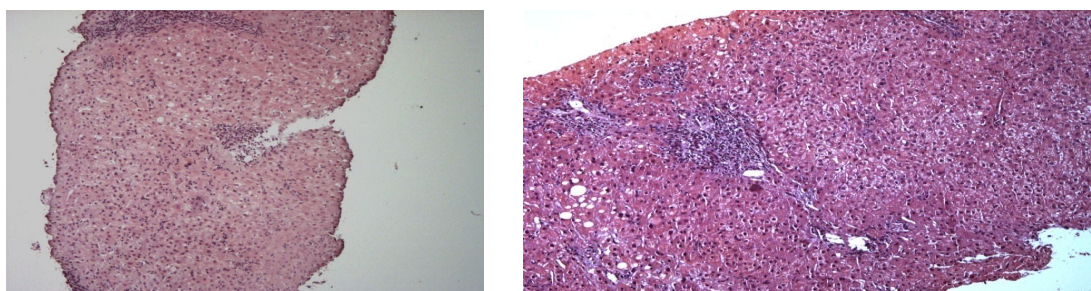
У более 80% хронически инфицированных ВГВ пациентов болезнь протекает относительно бессимптомно. При суперинфекции гепатита D, появляются клинически значимые синдромы и изменения в биохимическом анализе крови. Для пациентов с хронической дельта инфекцией было характерно преобладание спленомегалии. При целена-

правленном исследовании данной группы пациентов преобладали жалобы на тяжесть в левом подреберье, обусловленные увеличением размеров селезёнки у 18 (64,2 %). Спленомегалия сочеталась с тромбоцитопенией 11 (39,2%) и анемией у 15 (53,5 %) пациентов.

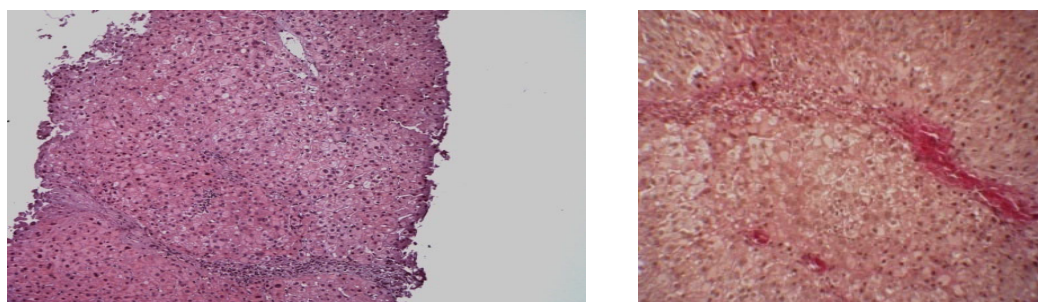
**Таблица 2. - Выявленные клинические симптомы и синдромы**

Симптомы и синдромы	ХВГВ+Д (n=28)		ХВГВ без дельта (n=48)	
	Абс	%	Абс	%
Спленомегалия	18	64,2 %	5	10,4 %
Анемия	15	53,5 %	0	0
Тромбоцитопения	11	39,2 %	2	4,1%
Желтуха	3	10,7 %	3	6,25 %
Гепатомегалия	11	39,2 %	16	33,3 %
Асцит	7	25 %	0	0
Телеангиоэктазии	6	21,4 %	5	10,4%
Пальмарная эритема	6	21,4%	15	31,25 %
Печёночная энцефалопатия	3	10,7%	0	0
ВРВП	13	46,4%	1	2 %
Геморрагический синдром	13	46,4%	3	6,25%

10 пациентам, которым возможно было проведение пункционной биопсии печени, предварительно установлена степень фиброза по Metavir методом непрямой эластометрии на аппарате Фиброскан. Морфологическая картина преимущественно была представлена многочисленными фокусами внутридольковых некрозов гепатоцитов, умеренной портальной лимфоцитарной инфильтрацией, ступенчатыми некрозами перипортальных гепатоцитов. Отмечались многочисленные «матовостекловидные» гепатоциты.



**Рисунок 3. - Хронический вирусный микст-гепатит В и D: а) окраска гематоксилином и эозином (x200); б) окраска по Массону (x 200). Оценка по METAVIR:F3**



**Рисунок 4. - Хронический вирусный микст-гепатит В и D: а) окраска гематоксилином и эозином (x200); б) окраска по Массону (x 200). Оценка по METAVIR:F4**

Стадия фиброза гистологически определялась по шкале К. Ishak. У 7 пациентов (70%) установлена стадия фиброза F3 по Ishak. Показатели эластометрии у вышеуказанной группы пациентов соответствовали F4 по шкале Metavir. У 2 пациентов (20%) с показателями эластометрии F1 по Metavir по данным биопсии выявлен более продвинутый фиброз по шкале К. Ishak- стадия 4.

**Выводы.** Хронический вирусный гепатит В с дельта агентом наиболее часто устанавливался на продвинутой стадии заболевания печени, преимущественно на этапе цирроза печени. В клинической картине преобладает синдром гиперспленизма: спленомегалия с цитопенией (64,2 %,  $p > 0,05$ ). Эластография печени на аппарате Фиброскан более информативна у пациентов с хроническим вирусным гепатитом В без дельта агента.

#### Список литературы

1. Гепатит В. Информационный бюллетень ВОЗ [Электронный ресурс]. – 2015. – № 204. – Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/ru/>.
2. Калиаскарова К.С. Факторы прогрессирования хронических вирусных гепатитов В, С в коренной популяции Казахстана : автореферат дис. д-ра мед. наук - Караганда, 2010. - 24 с.



3. Есмамбетов К.И., Абдурахманов Д.Т., Одинцов А.В., Мухин Н.А // Современные представления о патогенезе, естественном течении и лечении гепатита дельта (35 лет с момента открытия) // Клиническая медицина, № 5, 2013.
4. Абдурахманов Д.Т. Хронический гепатит В и D. М. ГЭОТАР Медиа, 2010. 288 с.
5. Краснова Л.И. // Диагностика фиброза печени методом неинвазивной эластометрии у пациентов с заболеваниями гепатобилиарной системы // Известия ВУЗов. Поволжский регион. Медицинские науки. 2010. №3. URL.

## РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА C667T ГЕНА MTHFR В РАЗВИТИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

*Косимова Д.У., Бобиева Д.М., Убайдуллозода Д., Абдукаримова С.Т*

Национальный медицинский центр Республики Таджикистан «Шифобахш»

Взрослое неврологическое отделение №1. Таджикистан

**Актуальность.** Традиционное представление о развитии инсульта и цереброваскулярной патологии связано с повышенным артериальным давлением, гиперхолестеринемией, сахарным диабетом, избыточным весом, нарушениями ритма сердца, гиподинамией [1]. Однако крупномасштабное исследование ВОЗ MONICA, проведенное в 21 стране мира, показало, что данные факторы полностью не объясняют развитие ряда сосудистых заболеваний, особенно в молодом возрасте [2]. В частности, имеются достоверные сведения о влиянии высоких уровней гомоцистеина на развитие эндотелиальной дисфункции и супрессию антикоагулянтной системы, что имеет важнейшее значение для развития ишемических инсультов [3]. К патологическому накоплению гомоцистеина могут приводить как генетически детерминированные дефекты в ферментах, участвующих в вышеперечисленных реакциях, так и недостаток витаминов В1, В6, В12 и фолиевой кислоты в пищевом рационе [4]. При исследовании полиморфизма по гену метилентетрагидрофолатредуктазы установлено, что у 10–16% популяции наблюдается гомозиготность по варианту TT, носители этого варианта характеризуются повышенным содержанием гомоцистеина [5].

**Цель исследования.** Определить роль полиморфизма C667T гена MTHFR в развитии ИИ.

**Материал и методы исследования.** В исследование были включены 45 пациентов (19 женщин и 26 мужчин) с криптогенным ИИ в возрасте от 18 до 45 лет (средний возраст  $36,2 \pm 8,3$  года). Диагноз ИИ во всех случаях был подтвержден магнитно-резонансной томографией и/или компьютерной томографией головного мозга. При сборе анамнеза мы обращали внимание на следующие ключевые моменты: данные генеалогического анамнеза - выявление положительного семейного анамнеза по цереброваскулярным заболеваниям и другим заболеваниям системы кровообращения; выявление варикозного расширения вен нижних конечностей, наличие тромбозов, флеботромбоза, хирургических оперативных вмешательств на сосудах нижних конечностей; прием анаболических стероидов, трициклических антидепрессантов, эстрогенсодержащих препаратов непосредственно перед инсультом. Также всем больным проводился детальный анализ коагулограммы, включавший определение следующих показателей: уровень фибриногена, фибринолитической активности, индекса фибринолизина, тромбинового времени.

Исследование генотипов у пациентов проводили стандартным методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени в лаборатории Диамед.

Контрольную группу составили 45 практически здоровых представителей таджикского этнического происхождения, проживающих на территории Республики Таджикистан, не имевших кардиальной, акушерской патологии, тромбозомболических эпизодов в анамнезе, а также наследственной отягощенности заболеваниями системы кровообращения (отсутствие острых тромботических сосудистых катастроф - инфарктов миокарда, ишемических инсультов, острого тромбоза периферических вен в молодом возрасте у родственников I и II ст. родства).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Всего в результате проведенного скрининга были отобраны 45 пациентов с «криптогенным» ишемическим инсультом, этнически однородного состава: все пациенты - представители таджикской популяции. Возраст больных составил от 18 до 45 лет, средний возраст пациентов составил  $36,2 \pm 6,97$  лет. Из обследованных пациентов 60% (n=27) составляют мужчины и 40% (n=18) - женщины.

По локализации НМК отмечено преобладание полушарных инсультов - 66,6% (n=30). Из них в бассейне левой средней мозговой артерии - 26,7% (n=12), в бассейне правой средней мозговой артерии - 20% (n=9), в бассейне задней мозговой артерии - 15,5% (n=7), в бассейне передних мозговых артерий - 4,4% (n=2).

Клинические проявления у больных с ишемическим инсультом в остром периоде представлены в таблице 1.

**Таблица 1. - Клинические проявления у больных с ИИ**

Клиническое проявление	Количество больных (n)	Количество (%)
Нарушения в двигательной сфере	41	69,9%
Тотальная афазия	1	2,2%
Моторная афазия	2	4,4%
Сенсорная афазия	4	8,9%
Чувствительные нарушения	22	48,9%
Координаторные нарушения	6	13,3%
Гемипарез	2	4,4%
Корковая слепота	1	2,2%
Судорожные припадки	4	8,9%

В течение острого периода заболевания у 48,9% (n=22) молодых больных зарегистрированы нарушения сознания различной глубины. Из них, по шкале комы Глазго, 3-5 баллов отмечено в 4,4% случаев (n=2), 6-10 баллов - в 15,5% (n=7), 11-15 баллов - в 28,9% (n=13). Судорожные приступы имели место у 8,9% (n=4) пациентов.

Некоторые пациенты непосредственно за какое-то время (от 2 месяцев до 2 недель) перед эпизодом ОНМК начали принимать следующие препараты: 4,4% (n=2) - анаболические стероиды, 4,4% (n=2) - трициклические антидепрессанты, 13,3% (n=6) - эстрогенсодержащие препараты.

Ряд больных ранее перенесли следующие сосудистые эпизоды: 4,4% (n=2) - инфаркт миокарда, 24,4% (n=11) находились под наблюдением сосудистого хирурга в связи с лечением по поводу варикозного расширения вен нижних конечностей. Таким образом, каждый четвертый больной из нашей группы страдает варикозной болезнью вен ног. При выяснении семейного анамнеза в нашей группе больных 77,8% (n=35) лиц имеют наследственную отягощенность по цереброваскулярным заболеваниям. В их числе 40% (n=18) человек - по отцовской и 31,1% (n=14) - по материнской линиям, 6,6% (n=3) - по обеим линиям.

Распределение генотипов и частоты полиморфных аллелей C677T в гене MTHFR в группе больных и контроле представлено в таблице 2.

**Таблица 2. - Распределение генотипов и частоты полиморфного сайта C677T в гене MTHFR**

Исследуемые группы	Генотипы (%)		
	C/C	C/T	T/T
Больные	40%	44,4%	11,1%
Контроль	77,8 %	15,5%	4,4%
P	> 0,005	> 0,005	> 0,005

Примечание: p - статистическая значимость различий показателей между группами.

При сопоставлении частот отдельных генотипов установлено, что в группе больных с «криптогенным» ишемическим инсультом молодого возраста достоверно чаще встречались как гетерозиготное (генотип C/T) - соответственно, 44,4% vs. 15,5%, отношение шансов (odds ratio, OR) = 5,51, так и гомозиготное (генотип T/T) носительство неблагоприятного аллеля 677T - 11,3% vs. 4,4%; OR=5,04.

**Вывод.** Больные с «криптогенным» ишемическим инсультом молодого возраста достоверно отличаются от контрольной группы по распределению генотипов полиморфных вариантов генов метионин-гомоцистеинового обмена: в группе больных достоверно повышена частота гетеро- и гомозиготного носительства аллеля T в полиморфном сайте C677T гена MTHFR (генотипы C/T и T/T) что приводит к гипергомоцистеинемии.

При генетически обусловленной гипергомоцистеинемии больным и клинически здоровым лицам может быть рекомендовано патогенетическое лечение которое включает в себя диеты и препараты - кофакторов метионин-гомоцистеинового обмена направленное на нормализацию уровня ГЦ в плазме крови.

#### Список литературы

1. Мищенко, Т.С. Факторы риска и клинические особенности у больных с различными подтипами ишемического инсульта / Т.С. Мищенко, Н.В. Овсянникова, В.В. Лебединец // Международный медицинский журнал. — 2011. — № 3. — С. 27-32.
2. Взаимоотношения гомоцистеина с системой гемостаза и возможности медикаментозной коррекции у пациентов с цереброваскулярной патологией и факторами риска ее развития / Д.А. Филимонов, С.К. Евтушенко, Д.Ш. Дюба, В.А. Симонян // Український вісник психоневрології. — 2012. — Т. 20, №3(72). — С. 147.
3. Plasma homocysteine and MTHFR C677T polymorphism as risk factors for incident dementia / Andrew H. Ford [et al.] // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. — 2012. — N83. — P.70-75. doi:10.1136/jnnp.2011.242446
4. Sandercock, P. B vitamins in patients with recent transient ischaemic attack or stroke in the VITamins TO Prevent Stroke (VITATOPS) trial: a randomised, double-blind, parallel, placebocontrolled trial / P. Sandercock // The Lancet Neurology. — 2010. — № 10 (10). — P. 855-865.
5. Saposnik, G. Meta analysis suggests that folic acid supplementation doesnot reduce risk of stroke, but there may be some benefit when given incombination with vitamins B6 and B12 and in primary prevention / G. Saposnik // Evid. Based Med. - 2010. - N15. - P.168-170.

#### ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ. АНАЛИЗ МУТАЦИЙ В ГЕНАХ v (FV LEIDEN) ФАКТОРА СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ

*Косимова Д.У., Улмасов Т.Р., Бердиев Ш.Б., Абдуллоев Ф.Х.*

Национальный медицинский центр Республики Таджикистан «Шифобахш»

Взрослое неврологическое отделение №1. Таджикистан

**Актуальность.** В последние годы достигнуты значительные успехи в изучении причин ишемического инсульта (ИИ) у пациентов молодого возраста (молоче 45 лет). Основными причинами ИИ в молодом возрасте служат диссекция (расслоение) стенки церебральных артерий, кардиогенная эмболия, антифосфолипидный синдром, реже — артериокоагулопатии при диффузных заболеваниях соединительной ткани, болезнь Мойя-Мойя, артерииты, ассоциированные вирусом Varicella Zoster, ВИЧ-инфекцией, сифилисом и другими инфекциями. [1,2]. Несмотря на это в 22—35% случаев причины ИИ остаются нераскрытыми даже после тщательного клинического и инструментально-лабораторного обследования — «криптогенный инсульт» [3,4]. Очень часто в этих случаях предполагается, что причиной инсульта является наследственная тромбофилия (гиперкоагуляция), поскольку у части больных при обследовании выявляется окклюзия церебральных артерий, которая, как правило, рассматривается как следствие внутрисосудистого тромбоза. В связи с тромбофилиями в последнее время активно исследуется лейденская мутация в гене фактора V (FV Leiden [5,6].

**Цель исследования.** Изучение значений мутаций в генах V фактора свертывания крови в генезе ИИ у молодых пациентов.

**Материал и методы исследования.** В исследование были включены 45 пациентов (19 женщин и 26 мужчин) с криптогенным ИИ в возрасте от 18 до 45 лет (средний возраст  $36,2 \pm 8,3$  года). Диагноз ИИ во всех случаях был подтвержден магнитно-резонансной томографией и/или компьютерной томографией головного мозга. При сборе анамнеза мы обращали внимание на следующие ключевые моменты:

данные генеалогического анамнеза - выявление положительного семейного анамнеза по цереброваскулярным заболеваниям и другим заболеваниям системы кровообращения; выявление варикозного расширения вен нижних конечностей, наличие тромбозов, флеботромбоза, хирургических оперативных вмешательств на сосудах нижних конечностей; фактор курения, его длительность и количество сигарет, выкуриваемых больным в сутки; прием анаболических стероидов, трициклических антидепрессантов, эстрогенсодержащих препаратов непосредственно перед инсультом.

Исследование генотипов у пациентов проводили стандартным методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени в лаборатории Диамед.

Контрольную группу составили 45 практически здоровых представителей таджикского этнического происхождения, проживающих на территории Республики Таджикистан, не имевших кардиальной, акушерской патологии, тромбозов, эпизодов в анамнезе, а также наследственной отягощенности заболеваниями системы кровообращения (отсутствие острых тромботических сосудистых катастроф - инфарктов миокарда, ишемических инсультов, острого тромбоза периферических вен в молодом возрасте у родственников I и II ст. родства).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Всего в результате проведенного скрининга были отобраны 45 пациентов с «криптогенным» ишемическим инсультом, этнически однородного состава: все пациенты - представители таджикской популяции. Возраст больных составил от 18 до 45 лет, средний возраст пациентов составил -  $36,2 \pm 6,97$  лет. Из обследованных пациентов 60% (n=27) составляют мужчины и 40% (n=18) - женщины.

По локализации НМК отмечено преобладание полушарных инсультов - 66,6% (n=30). Из них в бассейне левой средней мозговой артерии - 26,7% (n=12), в бассейне правой средней мозговой артерии - 20% (n=9), в бассейне задней мозговой артерии - 15,5% (n=7), в бассейне передних мозговых артерий - 4,4% (n=2). Зоны обширных корково-подкорковых инфарктов выявлены в 13,3% случаев (n=6). Клинически у 68,9% (n=41) больных в остром периоде наблюдались нарушения в двигательной сфере. Из них у 8,9% (n=4) в остром периоде выявлена гемиплегия, у 11,1% (n=5) отмечались глубокие парезы, в 13,3% (n=6) случаев парезы не превышали 3,5 балла, у 28,9% (n=13) встречались легкие парезы до 4,5 балла. У 20% пациентов (n=9) одним из ведущих симптомов являлась афазия: в 2,2% (n=1) - тотальная афазия, в 4,4% (n=2) случаев - моторная афазия, 8,9% (n=4) - сенсорная афазия, в 2,2% (n=1) - сенсомоторная афазия. Нарушения в сфере чувствительности выявлены в 48,9% (n=22) случаев, в координаторной сфере в 13,3% (n=6) больных, гемианопсия - у 4,4% (n=2) пациентов, в 2,4% случаев зафиксирована корковая слепота (n=1).

В течение острого периода заболевания у 48,9% (n=22) молодых больных зарегистрированы нарушения сознания различной глубины. Из них, по шкале комы Глазго, 3-5 баллов отмечен в 4,4% случаев (n=2), 6-10 баллов - в 15,5% (n=7), 11-15 баллов - в 28,9% (n=13). Судорожные приступы имели место у 8,9% (n=4) пациентов.

Отдельное внимание обращалось на фактор курения. До эпизода инсульта 40% (n=18) пациентов курили, из них 31,1% (n=14) - до 1 пачки (10-15 сигарет), 8,9% (n=4) - более 1 пачки (20-30 сигарет) в течение суток.

Некоторые пациенты непосредственно за какое-то время (от 2 месяцев до 2 недель) перед эпизодом ОНМК начали принимать следующие препараты: 4,4% (n=2) - анаболические стероиды, 4,4% (n=2) - трициклические антидепрессанты, 13,3% (n=6) - эстрогенсодержащие препараты.

Ряд больных ранее перенесли следующие сосудистые эпизоды: 4,4% (n=2) - инфаркт миокарда, 24,4% (n=11) находились под наблюдением сосудистого хирурга в связи с лечением по поводу варикозного расширения вен нижних конечностей. Таким образом, каждый четвертый больной из нашей группы страдает варикозной болезнью вен ног. Из них 11,1% (n=5) перенесли оперативное лечение: 8,9% (n=4) - до инсульта, 2,2% (n=1) - в остром периоде ОНМК.

При выяснении семейного анамнеза в нашей группе больных 77,8% (n=35) лиц имеют наследственную отягощенность по цереброваскулярным заболеваниям. В их числе 40% (n=18) человек - по отцовской и 31,1% (n=14) - по материнской линиям, 6,6% (n=3) - по обеим линиям.

#### **Анализ мутации R506Q в гене FV (Лейденская мутация)**

Аллель «неблагоприятного» типа представлен точечной мутацией гена, кодирующего фактор V - заменой нуклеотида гуанина (G) на аденин (A) в позиции 1691 (аномалия Лейден), приводящей к замещению аргинина (R) на глутамин (Q) в позиции 506 белковой цепи (R506Q). Его носительство затрагивает один из трех участков фактора V, в которых он расщепляется активированным протеином C (APC). В результате активированная форма фактора V становится относительно устойчивой к APC и сохраняет свои коагулянтные свойства, способствуя большей, чем в норме, продукции тромбина.

Исследование полиморфных вариантов R506Q в гене V фактора свертывания крови проводилось на основе ПЦР и полиморфизма длин рестрикционных фрагментов. Распределение генотипов и частот аллелей полиморфного сайта R506Q в гене V фактора свертывания крови в группе больных и контроле представлено в таблице 1.

Как видно из таблицы 1, гетерозиготное носительство Лейденской мутации R/Q достоверно чаще встречается в группе больных с «криптогенным» ишемическим инсультом - 11,1%, по сравнению с контрольной группой здоровых представителей популяции - 2,2%. Отношение шансов в пользу инсульта у носителей данной мутации составляет 20,91.

**Таблица 1.** - Распределение генотипов и частота мутации R506Q в гене FV (Leiden)

Изучаемые группы	Генотипы (%)	
	R/R	R/Q
Больные	86,7	11,1
Контроль	97,7	2,2
P	> 0,05	> 0,05

Примечание Р-статистическая значимость различия показателей между группами.

**Вывод.** При исследовании генов системы гемостаза нами было установлено достоверное преобладание в группе больных по сравнению с контролем гетерозиготных генотипов R506Q в гене FV (Лейденская мутация). Частота встречаемости «неблагоприятных» генотипов и аллелей генов FV у обследованных нами больных с ишемическим инсультом оказалась несколько выше, чем в аналогичных работах других авторов. Эта особенность может быть связана с использованными в настоящей работе более строгими критериями отбора молодых больных в тестируемую группу. При обнаружении генетически обусловленных тромбофилических состояний - как у пациентов с «криптогенным» ишемическим инсультом в молодом возрасте, так и у здоровых носителей необходимо провести вторичную или первичную профилактику ОНМК. Она включает строгое соблюдение нижеуказанных мероприятий: отказ от курения, приема лекарственных препаратов, усугубляющих или вызывающих гиперкоагуляцию (оральные контрацептивы, трициклические антидепрессанты и др.).

#### Список литературы

1. Дзяк Л.А. Инсульт у пациентов молодого возраста /Л.А. Дзяк, Е.С. Цуркаленко // Практическая ангионеврология. - 2010. - № 2. - С. 9-14.
2. Евтушенко С.К. Гетерогенный ишемический инсульт у детей / С.К. Евтушенко // Новости медицины и фармации. - 2010. - № 370. - С. 56-61.
3. Евтушенко С.К. От безмолвных болезней малых сосудов к немим инфарктам / С.К. Евтушенко // Материалы конференции «Рациональная фармакотерапия в неврологии». -К., 2013. - С. 62-68.
4. Moskau S., Smolka K., Semmler A. et al. Common genetic coagulation variants are not associated with ischemic stroke in a case control study. *Neurol. Res.* 2010; 32 (5): 519-522.
5. Putaala J., Metso A. J., Metso T. M. Analysis of 1008 consecutive patients aged 15 to 49 with first-ever ischemic stroke: the Helsinki young stroke registry. *Stroke* 2009; 40 (4): 1195—1203.
6. The genetics of ischaemic stroke / M. Matarin1, A. Singleton, J. Hardy, J. Meschia // *Journal of Internal Medicine.* - 2010. - 267. - P.139–15.

#### ИТОГИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ В ОТДЕЛЬНО ВЗЯТОМ АМБУЛАТОРНОМ УЧРЕЖДЕНИИ

*Крысанова А.С., Есина Е.Ю., Зуйкова А.А., Добрынина И.С.*

Кафедра поликлинической терапии ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж, Россия

**Актуальность** Раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) является одной из задач диспансеризации взрослого населения РФ [1,2,3]. Как показывает результаты исследований, ХНИЗ по частоте встречаемости в порядке убывания можно расположить следующим образом: болезни системы кровообращения (БСК), злокачественные новообразования, сахарный диабет (СД) и хронические болезни легких. На долю перечисленных ХНИЗ приходится около 75% инвалидности и смертности населения РФ [4,5].

**Цель исследования** провести анализ диспансерной работы амбулаторно-поликлинического учреждения.

**Материалы и методы исследования** Исследование проводилось на базе амбулаторно поликлинического учреждения Воронежской области с изучение архивных данных за период с января 2016 по июнь 2018 года (форма 030/у) и осмотром 38 больных, обратившихся к врачу-терапевту амбулаторного звена.

**Результаты исследования и обсуждение.** На диспансерный учет за период с 2016 по июнь 2018 года были взяты 254 пациента. Преобладали БСК: в 2016 году вновь выявленных случаев – 70 (57%), в 2017 – 69(61%). Число случаев вновь выявленных хронических заболеваний легких составило – 13(10%) и 11(10%), в 2016 и в 2017 гг., соответственно.

Во время амбулаторного приема было осмотрено 38 человек: 20 женщин и 18 мужчин, среди которых впервые было взято на диспансерный учет 17 человек. Преобладали больные гипертонической болезнью (ГБ), хроническим гастритом и сахарным диабетом (таблица1).

**Таблица 1.** - Структура ХНИЗ среди пациентов, впервые взятых на диспансерный учет, абс. (%)

Структура ХНИЗ	Число случаев выявленных заболеваний			
	Мужчины (n = 18)		Женщины (n = 20)	
	абс.	%	абс.	%
Гипертоническая болезнь	9	50	10	50
Ишемическая болезнь сердца	2	11	2	10
Хронический гастрит	4	22	3	15
Бронхиальная астма	1	6	1	5
Сахарный диабет	2	11	4	20

**Выводы.** Лидирующее место среди вновь выявленных ХНИЗ по результатам диспансеризации, проведенной в амбулаторно-поликлиническом учреждении Воронежской области, занимают БСК, число случаев которых в 2017 году увеличилось по сравнению с 2016 годом.

Среди пациентов впервые взятых на диспансерный учет преобладали больные гипертонической болезнью, хроническим гастритом и сахарным диабетом.

#### Список литературы.

1. Организация проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения / С.А. Бойцов [и др.] // Методические рекомендации. Издание 4-е с дополнениями и уточнениями. – Москва, 2017.
2. Есина, Е.Ю. Профилактика коморбидности у студентов / Е.Ю. Есина, А.А. Зуйкова, И.С. Добрынина // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2014. – № 58. – С.30–35.
3. Есина, Е.Ю. Опыт профилактики неинфекционных заболеваний у студентов / Е.Ю. Есина, А.А. Зуйкова // Российский кардиологический журнал. – 2015. – № 4 (120). Приложение 1. – С. 38.
4. Руководство по диспансеризации взрослого населения [Электронный ресурс] / под ред. Н. Ф. Герасименко, В. М. Чернышева - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970441671.html>
5. Приказ Минздрава России от 03.02.2015 г. № 36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» (зарегистрирован в Минюсте РФ 27.02.2015 г. № 36268).

### ИЗБИРАТЕЛЬНЫЙ ПОДХОД К ЗАГОТОВКЕ ГЕМОКОМПОНЕНТОВ С УЧЕТОМ КАЧЕСТВА ГЕМОСТАЗА ДОНОРОВ КРОВИ

*Кубиддинов А.Ф., Саидов Д.С., Одинаев А.А.*

Государственное учреждение «Республиканский научный центр крови» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

**Актуальность.** Развитие массового безвозмездного донорства является важной задачей службы крови. Донорство является важнейшим элементом системы здравоохранения, а охрана здоровья доноров – приоритетной медико-социальной задачей государства [1, 2, 5]. Известно, что около 78% донорского потенциала Республики Таджикистан составляют лица, сдающие кровь безвозмездно и в разных возрастных категориях [4, 5].

Следует отметить, что реакция системы гемостаза на взятие крови индивидуальна и зависит от многих факторов: психоэмоционального состояния, питания, бытовых условий, характера работы, пола, возраста. Кроме этого показатели свертывающей системы крови значительно отличаются в зависимости от возраста, пола, генетической предрасположенности и времени года [4].

Оценка состояния здоровья граждан, которые сдают кровь или ее компоненты, является актуальной задачей трансфузиологии. Кроме этого, несмотря на изменения некоторых показателей системы гемостаза у части доноров, отсутствует индивидуальный подход к применению заготовленных от них плазмы и других компонентов крови у больных, нуждающихся в проведении компонентной трансфузионной терапии.

Из этого следует, что есть острая необходимость в изучение состояния гемостаза, как доноров, так и больных для индивидуального подбора компонентов крови для целенаправленной корригирующей трансфузионной терапии исходя из превосходств компонентов крови доноров, а также нарушений гемостаза обусловленных наличием факторов риска у пациентов.

**Цель исследования:** изучение качества системы гемостаза у доноров крови для оптимизации использования компонентов крови в трансфузионной терапии выявлением факторов риска в системе гемостаза у реципиентов.

**Материал и методы исследования.** Анализированы результаты коагулологического исследования гемостаза у 1000 доноров. Контрольную группу составили 100 человек, здоровые люди (добровольцы) не доноры в возрасте от 20 до 60 лет.

Все медицинские процедуры, связанные с медицинским осмотром и переработкой компонентов крови, проводились в соответствии с утвержденными медицинскими стандартами службы крови Республики Таджикистан. Забор донорской крови и порции крови для исследования коагулограммы проводился по общепринятым стандартам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

Все исследования проведены с соблюдением норм биомедицинской этики, получено письменное информированное согласие доноров и добровольцев. Кровь у доноров и контрольной группы (добровольцев) на исследование гемостаза брали в стандартные гемостазиологические вакутейнеры из подкожной локтевой вены, смешивая ее в пробирке с цитратом Na (38% раствор лимонно-кислого натрия) в соотношении 9:1.

Коагулологическим исследованием были определены следующие показатели: Время свертывание крови (BCK) по Ли-Уайту, Активированное частично тромбопластиновое время (АЧТВ), Международное нормализованное отношение (МНО), Агрегация тромбоцитов, Антитромбин III, содержание фибриногена по Клаусу, Фактор фон Вилебранда (VWF) и активность фактора VIII.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В зависимости от возраста и количества кровосдачи доноры разделены на следующие группы: Группа «А» - доноры в возрасте 18-29 лет (n=250), Группа «В» доноры в возрасте 30-44 лет (n=250), Группа «С» - доноры в возрасте 45-54 лет (n=250) и Группа «D» - доноры в возрасте 55-65 лет (n=250); доноры Группы «А» за вес период донорства имели не менее 10-12 (в среднем 11,2±0,7) донаций, доноры Группы «В» - 19-21 (19,9±0,7) донаций, доноры Группы «С» - 28-30 (29,2±0,8) донаций и доноры Группы «D» - 37-38 (37,5±0,5) донаций.

Исходя из полученных результатов лабораторных исследований нам удалось, распределить полученные дозы СЗП от 1000 доноров в зависимости от характера гемостазиологического преобладание звеньев гемостаза.

Как показали результаты исследования среди исследованных доноров по группам выявлено: А - 154 (61,6%) СтД и 96 (38,4%) ДсОГП; В - 138 (55,2%) СтД и 112 (44,8%) ДсОГП; С - 155 (62,0%) СтД и 95 (38,0%) ДсОГП; D- 155 (56,0%) СтД и 110 доз (44,0%) ДсОГП соответственно.

Необходимо отметить, что с учетом вышеуказанных факторов, нам удалось заготовить СЗП с преобладанием параметров гемостаза из всех исследованных доноров 413 доз СЗП и нам в дальнейшем предстоит изучать более детально и распределить заготовленные компоненты крови (СЗП и криопреципитат) в зависимости от их преобладающих свойств на:

- свежемороженная плазма с гиперкоагуляционным потенциалом - СЗП/ГКП;
- свежемороженная плазма с нормальным коагуляционным потенциалом - СЗП/НКП;
- свежемороженная плазма с нормальным содержанием факторов свертывания крови и повышенным прокоагулянтным потенциалом - СЗП/ППП.

Как показали результаты исследования в группе доноров А из 250 выявлено 96 дозы (38,7) СЗПсОГП из них: 32 дозы (33,3%) СЗП НКП; 24 дозы (25,0%) СЗП ГКП; 40 (41,7%) СЗП ППП.

В группе доноров В 112 дозы (44,8%) СЗПсОГП из них: 39 дозы (34,8%) СЗП НКП; 28 дозы (25,0%) СЗП ГКП; 45 (34,8%) СЗП ППП.

В группе доноров С 95 дозы (38,0%) СЗПсОГП из них: 32 дозы (33,7%) СЗП НКП; 42 дозы (44,2%) СЗП ГКП; 21 (34,8%) СЗП ППП.

В группе доноров D 110 дозы (44,0%) СЗПсОГП из них: 33 дозы (30,0%) СЗП НКП; 56 дозы (50,9%) СЗП ГКП; 21 (19,1%) СЗП ППП.

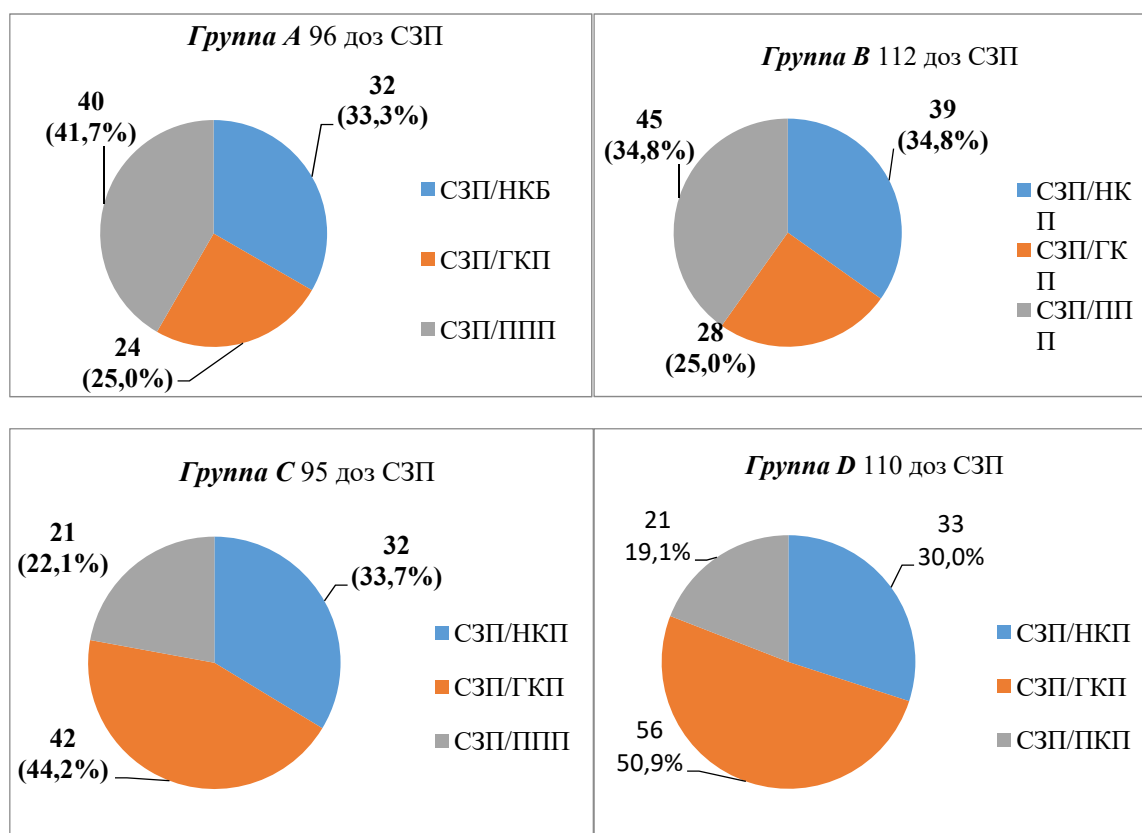


Рисунок 4.3. – Распределение полученных доз свежемороженой плазмы с особенностями гемостатического потенциала (СЗП/НКП - свежемороженная плазма с нормальным содержанием факторов свертывания, СЗП/ГКП – свежемороженная плазма с повышенным содержанием факторов свертывания, СЗП/ППП - свежемороженная плазма с повышенным содержанием противосвертывающей системы)

Таким образом, исходя из полученных результатов исследования обосновано, что состояние изготавливаемого компонента (СЗП и криопреципитат) имеет индивидуальные особенности так как из 1000 анализируемых доноров выявлено 413 (41,3%) СЗПсОГП из них: СЗП НКП - 136 дозы (32,9%); СЗП ГКП – 150 дозы (36,3%); СЗП ППП – 127 дозы (30,7%).

Следовательно, из полученных компонентов крови было создано реестр особых доноров по функциональной состоянию гемостаза и резервов избирательных компонентов крови с преобладанием гемостатического потенциала.

**Выводы.** Таким образом, состояние системы гемостаза среди доноров в зависимости от донорства, возраста, генетической предрасположенности существенно отличается и требует дополнительного контроля, проведения соответствующих профилактических антитромботических мероприятий. Кроме того гемостатическое качество компонентов крови заготавливаемых от различных категорий доноров существенно отличается и по разному влияет на результат лечения больных в зависимости от состояния гемостаза и коагулопатий, обусловленных наличием факторов риска у пациентов. Следовательно необходимо заготавливать и использовать компоненты крови с учетом качества гемостаза доноров и выявлением факторов риска коагулопатий у больных с последующим проведением индивидуального подбора, что остро необходимо для эффективной коррекции.

## Список литературы

1. Показатели системы гемостаза и морфологического состава крови у доноров клеток крови при изменении солнечной активности в течение года / В.И. Ващенко [и др.] // Вестник гематологии. - 2013. - Том IX, № 2. – С. 70-74.
2. Иванов, Е.И. Руководство по гемостазиологии / Е.И. Иванов. - Минск: Беларусь, 1984. -121с.
3. Козяева, Е.А. Влияние условий ослабленного геомагнитного поля на активность плазменных факторов свертывания крови у практически здоровых доноров / Е.А. Козяева // Материалы междунар. симп. - Новосибирск, 2005. – С.34-35.
4. Кузник, Б.И. Клеточные и молекулярные механизмы регуляции системы гемостаза в норме и патологии / Б.И. Кузник. - Чита: Экспресс-издательство, 2010. – 94с.
5. Кузьмина, Т.В. Маркеры гемостаза у первичных доноров Среднего Урала / Т.В. Кузьмина, З.В. Пучкова, А.И. Морозова // Актуальные вопросы трансфузиологии и клинической медицины. - Киров. - 2008. - С. 40-41.

## АНАЛИЗ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН В ОБЛАСТИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРАВ ЛЮДЕЙ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА, НА ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ И СОЦИАЛЬНУЮ ПОДДЕРЖКУ

*Магкоев В.А.*

Кафедра психиатрии и наркологии им. проф. М.Г.Гулямова ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** За более чем 25 лет независимости Таджикистана, законы и положения, регулирующие правоотношения в сфере наркотиков и наркопотребления претерпели значительные изменения. Новые нормативно-правовые акты (НПА) были разработаны в соответствии с международными обязательствами РТ и учитывают рекомендации международных институтов в области прав человека. Эти новые законы зачастую вступают в противоречие с устаревшими положениями других нормативно-правовых актов и могут становиться препятствием для пациентов на пути получения помощи [1].

**Цель исследования.** Определить аспекты законодательства, препятствующие адекватному предоставлению наркологической и иной помощи людям с зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ).

**Материал и методы исследования.** Статья основана на результатах изучения нормативно-правовых актов Республики Таджикистан, касающихся проблемы употребления психоактивных веществ. Метод – кабинетное исследование.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В ходе исследования выявлены следующие проблемные аспекты законодательства:

### 1. Противоречия в законах.

Потребление наркотиков по закону не является правонарушением. В то же время, Закон «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах» гласит, что «потребление наркотиков и психотропных веществ без назначения врача запрещается» [2]. Поскольку наказание за потребление наркотиков Законом не предусмотрено, данное положение является декларативным. В законодательстве также используется понятие «незаконное потребление наркотиков», что вступает в противоречие с отсутствием санкций за употребление наркотиков. В то же время, эти положения могут препятствовать обращению пациентов к врачам.

Кодекс здравоохранения РТ предусматривает соблюдение конфиденциальности информации о пациентах. Однако тот же закон обязывает наркологические учреждения «сотрудничать с органами внутренних дел» при оказании наркологической помощи [3]. Закон никак не конкретизирует рамки такого сотрудничества, что на практике может приводить к нарушению конфиденциальности информации о пациентах.

### 2. Препятствия к получению медицинских и других услуг.

Положения Трудового кодекса о появлении на работе в нетрезвом состоянии, ставят в дискриминационное положение людей, находящихся на опиоидной заместительной терапии, препятствуя их трудоустройству.

Государственная монополия на деятельность в сфере оборота наркотических средств не позволяет частно-практикующим врачам выписывать пациентам наркотические анальгетики. Это снижает доступность этих лекарств для нуждающихся.

Законодательство в настоящее время предусматривает возможность лечения зависимости только в государственных наркологических стационарах. Это ограничивает доступ людей к услугам лечения.

### 3. Проблемы терминологии.

В разных НПА применяется различная терминология по вопросам, связанным с наркотиками. Например, применяются термины «наркотики»; «наркотические средства и психотропные вещества»; «психоактивные вещества»; термины «опьянение» и «одурманивание»; диагностические термины «наркомания» и «токсикомания», некоторые из которых не являются корректными.

В законах применяется термин «пропаганда наркотических средств», но не дается определение этого понятия, что может привести к его расширительному толкованию.

### 4. Ограничение прав и дискриминация по признаку употребления наркотиков.

Уголовное право рассматривает состояние опьянения как отягчающее наказание обстоятельство при совершении правонарушений. Это положение носит дискриминационный характер и не имеет логического обоснования. Состояние опьянения не меняет самой сути преступления и степени его общественной опасности.

Законами предусмотрены принудительные меры в отношении лиц, зависимых от ПАВ, даже не совершивших преступлений. Принудительное лечение людей, не совершивших преступлений, является ущемлением права на свободу, личную неприкосновенность и частную жизнь, а также права человека быть свободным от принудительного

медицинского вмешательства [4]. Фактически для осужденного назначение судом принудительного лечения является дополнительным наказанием, так как препятствует возможности перевода в колонию-поселение или передвижения без конвоя. Лечение, как альтернатива уголовному наказанию законодательством не предусмотрено.

Предусмотренное законодательством диспансерное наблюдение ограничивает права пациентов, требует отвлечения персонала наркологических учреждений от оказания собственно лечебных услуг и не имеет смысла с про-филактической точки зрения [5].

Положения, дискриминирующие зависимых от ПАВ людей имеются также в Семейном и Гражданском Кодексах Республики Таджикистан.

5. Несовершенство механизмов и процедур реализации законов.

Законодательство предусматривает конфиденциальность при оказании наркологической помощи, а также возможность анонимного лечения. На деле механизм анонимного лечения не разработан. В некоторых случаях нарушается и конфиденциальность пациентов, так как правоохранительные органы, основываясь на устаревших инструкциях, требуют от наркологических учреждений предоставления списков людей, состоящих на диспансерном учёте.

ВОЗ рекомендует для проведения детоксикации зависимых от опиоидов лиц методику постепенной отмены наркотика с использованием опиоидных анальгетиков. Однако во многих наркологических учреждениях Таджикистана врачи продолжают придерживаться устаревшей союзной инструкции, запрещающей применение наркотических лекарств в лечении больных наркотической зависимостью, что является препятствием к получению лечебных услуг.

**Выводы.** С целью повышения доступности медицинских и других услуг для людей, употребляющих ПАВ, представляется целесообразным:

1. Унифицировать терминологию законов, приведя её в соответствие с

международными нормами.

2. Разработать закон об альтернативном лечении зависимости взамен закона о принудительном лечении.

3. Устранить из законодательства все положения, касающиеся принудительных мер медицинского характера в отношении зависимых от ПАВ.

4. Устранить из законодательства положения о диспансерном наблюдении в отношении зависимых лиц.

Предусмотреть ответственность персонала медицинских учреждений за нарушение конфиденциальности информации о пациентах.

#### Список литературы

1. Доклад Специального докладчика по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья на 65-й сессии ГА ООН, 2010г.
2. Закон РТ «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах», 1999г.
3. Кодекс здравоохранения РТ, 2017г.
4. United Nations Office on Drugs and Crime, Regional Office for Central Asia, Canadian HIV/AIDS Legal Network. «Accessibility of HIV Prevention, Treatment and Care Services for People who Use Drugs and Incarcerated People in Azerbaijan, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Tajikistan, Turkmenistan and Uzbekistan: Legislative and Policy Analysis and Recommendations for Reform», 2010г.
5. Фридман, Л. С. / Наркология // 2010г. – 75с.

### ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИБС С УЧЕТОМ ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ

*Маль Г.С., Кононов С.И.*

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения России

**Актуальность.** В структуре сердечно-сосудистых заболеваний обращает на себя внимание ишемическая болезнь сердца (ИБС), в основе которой лежит преимущественно атеросклеротическое коронарных сосудов. Ведущим фактором в развитии и прогрессировании атеросклероза являются нарушения липидного обмена [2]. Данный факт обуславливает существование рекомендованных для пациентов с ИБС уровней липидов плазмы крови, достижение которых снижает риски осложнений и замедляет прогрессирование заболевания [1].

**Цель исследования.** Оценить эффективности гипополипидемической терапии розувастатином у больных ИБС, стабильной стенокардией напряжения II-III ФК в зависимости от носительства полиморфных вариантов генов-регуляторов липидного обмена.

**Материалы и методы исследования.** В настоящее исследование были включены пациенты, проходившие стационарное лечение в кардиологическом отделении областного бюджетного учреждения здравоохранения «Курская городская клиническая больница скорой медицинской помощи». Под наблюдением находилось 117 больных ИБС: стабильной стенокардией напряжения II-III функциональных классов (ФК) с наличием дислипидемии. Средний возраст больных на момент включения в исследование составлял  $61.0 \pm 7.25$  года, по половому составу преобладали мужчины (73%), женщины были в состоянии менопаузы. Диагноз ИБС и функциональный класс стабильной стенокардии был подтвержден клинически (согласно классификации Канадского сердечно-сосудистого общества), а также по данным суточного мониторирования ЭКГ. По ФК стабильной стенокардии пациенты распределились в соотношении: 22.2% пациентов с II ФК и 77.8% – с III ФК. Диагноз дислипидемии верифицировался по состоянию биохимического статуса липид-транспортной системы согласно Российским рекомендациям по диагностике и коррекции нарушений липидного обмена V пересмотра (Российское кардиологическое общество, 2012).

Критерии включения пациентов в исследование: мужчины и женщины в возрасте 40-70 лет, наличие ИБС, стабильной стенокардии напряжения II-III ФК, наличие дислипидемии (уровень общего холестерина (ОХС) > 4.0



ммоль/л, холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛНП) > 1.8 ммоль/л), отсутствие систематического приема статинов не позднее, чем за 3 месяца до момента включения в исследование, отсутствие противопоказаний к терапии статинами, наличие информированного согласия пациента. Критерии исключения из исследования: индивидуальная непереносимость статинов, побочные эффекты от проводимой терапии, а также состояния, способствующие их развитию: повышение уровня трансаминаз выше 3-х верхних границ нормы; алкоголизм, наличие миопапии, почечная недостаточность с клиренсом креатинина <30 мл/мин (для доз до 30 мг/сутки), <60 мл/мин (для доз 30 и более мг/сутки), эндокринная патология, стенокардия напряжения IV ФК, нестабильная стенокардия, острый инфаркт миокарда, хроническая сердечная недостаточность выше IIa стадии по классификации Василенко - Стражеско, сопутствующие хронические заболевания в стадии обострения, отказ пациента от проводимого лечения.

Дизайн работы представлял собой открытое проспективное исследование. Всем пациентам назначался розувастатин в стартовой дозе 5 мг с последовательным повышением дозы до 10-20-40 мг/сутки. Критерием эффективности лечения служило достижение целевых уровней ОХС <4.0 ммоль/л, ХС ЛНП <1.8 ммоль/л через 4 недели от начала терапии и после каждого последующего повышения дозы препарата. Основные методы исследования включали в себя: определение липидного состава крови (ОХС, ХС ЛНП, холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛВП), триглицериды (ТГ)) (каждые 4 недели до окончания титрации дозы, 6 месяцев, 12 месяцев исследования); биохимическое исследование крови (определение уровней АсТ, АлТ, креатинина – на момент включения в исследование, через 6 и 12 месяцев исследования, во время титрации дозы; КФК – на момент включения, затем при наличии жалоб на боли в мышцах); ультразвуковое исследование брахиоцефальных сосудов (определение атеросклеротических бляшек в общей сонной артерии (ОСА), толщины комплекса интима-медиа общей сонной артерии (ТИМ ОСА) – на момент включения, через 6 и 12 месяцев наблюдения); молекулярно-генетические методы (экстракция ДНК из крови, детекция полиморфных вариантов генов-регуляторов липидного обмена (*LPA* (rs10455872), *LDLR* (rs11672123 и rs6511720)).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Ассоциация с динамикой уровня ОХС плазмы крови была характерна для всех исследованных полиморфных вариантов генов. Ослабленный гипополипидемический эффект в отношении ОХС был характерен для носителей генотипов G/G и A/G rs10455872 гена *LPA* через 6 и 12 месяцев (p=0.022 и 0.0052) терапии; носителей генотипа A/A rs11672123 гена *LDLR* через 1 месяц терапии (p=0.0021). Усиленный гипополипидемический эффект розувастатина проявлялся у пациентов с генотипом T/T rs6511720 гена *LDLR* через 1 месяц терапии (p=0.02).

Связь полиморфных вариантов генов-регуляторов липидного обмена с динамикой изменения ХС ЛНП при лечении розувастатином была характерна для носителей редких аллелей rs10455872 гена *LPA* и rs11672123 гена *LDLR* (p=0.026 через 1 месяц терапии) в виде ослабления эффекта препарата, а также rs6511720 гена *LDLR*.

**Вывод.** Полиморфные варианты генов-регуляторов липидного обмена и мембранных транспортеров ассоциированы с показателями липидного обмена: общим холестерином (все изученные генетические варианты), холестерином липопротеидов низкой плотности (rs10455872 гена *LPA*, rs11672123 и rs6511720 гена *LDLR*). Более выраженный гипополипидемический эффект наблюдался у носителей вариантного аллеля: rs6511720 гена *LDLR* (влияние на ОХС, ХС ЛНП).

#### Список литературы:

1. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации. V пересмотр / Д.М. Аронов [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2012. - №4(6-S1). – С.2-32.
2. Blackburn, H. Invited Commentary: 30-Year Perspective on the Seven Countries Study / H. Blackburn // Am J Epidemiol. – 2017. - №185(11). – P.1143-1147. DOI: 10.1093/aje/kwx071.

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ ПЕРИАНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

*Маматкулов Ш.М., Мирзахмедов М.М., Косимов М.*

Ташкентская Медицинская Академия. Узбекистан

**Актуальность.** Аногенитальные бородавки — вирусное заболевание, обусловленное вирусом папилломы человека и характеризующееся появлением экзофитных и эндофитных фиброэпителиальных разрастаний на коже и слизистых оболочках наружных половых органов, уретры, шейки матки, периаанальной области и анального канала. Возбудитель - вирус папилломы человека (ВПЧ) - мелкий вирус, содержащий двунитевую ДНК (УД 1а, СР А [3,4]).

По данным ВОЗ, аногенитальная папилломовирусная инфекция человека на сегодняшний день является одним из наиболее распространенных вирусных заболеваний, передаваемых половым путем [2]. Вирусом папилломы человека (ВПЧ) в настоящее время инфицировано 9-15 % населения (630 000 000 человек), при этом распространенность папилломовирусной инфекции в мире продолжает неуклонно расти - ежегодно в мире выявляется до 30 млн. новых случаев болезни [1;4].

Принципы лечения и, особенно, дальнейшего наблюдения пациентов страдающих ВПЧ, отличаются от принципов лечения и наблюдения остальных ИППП, т.к. ВПЧ относится к вирусам, способным инициировать развитие злокачественных процессов Пути инфицирования: половой контакт (УД 1а, СР А [1, 2]); транспланцетарный (УД 1b, СР А); перинатальный; контактно-бытовой (при этом возможность аутоинокуляции и передачи ВПЧ через бытовые предметы остается недостаточно изученной) [1, 5].

**ПРОФИЛАКТИКА** (УД 3а, СР А [1, 3]).

Профилактика ВПЧ включает ряд общих для всех инфекций, передаваемых половым путем, мероприятий. Современные профилактические мероприятия включают как обучение, так и изменение мотиваций и поведения. В целом профилактическую работу подразделяют на первичную и вторичную.

Первичная профилактика предполагает осуществление теоретически обоснованных вмешательств, направленных на изменение моделей поведения в популяциях высокого риска для предотвращения заражения. В настоящее время профилактические мероприятия, проводимые в обществе, включают в основном медико-санитарную пропаганду сексуального здоровья и информирование населения на страницах периодической печати, в средствах массовой информации, в школах и других учебных заведениях, а также в лечебных учреждениях. Население должно знать особенности ранних и поздних клинических проявлений инфекций, пути заражения, способы их профилактики. Немаловажно информирование о местах приобретения средств индивидуальной профилактики. Кроме того, профилактические программы должны предусматривать отказ от самолечения и непрофессионального лечения в случаях подозрения заражения.

Вторичная профилактика направлена на лиц с диагностированными инфекциями, передаваемыми половым путем для снижения вероятности передачи инфекции партнерам во время «заразного» периода при половом контакте. Вторичная профилактика должна быть нацелена на снижение риска повторного заражения среди больных и уже переболевших лиц.

**Цель исследования.** Оценить эффективность использования электроножа при хирургическом лечении остроконечных кондилом перианальной области.

**Материалы и методы исследования.** В данной работе представлены результаты обследования и лечения 45 больных остроконечными кондиломами перианальной области, находившихся на лечении в базе РКБ№1 МЗРУз в отделении колопроктологии с 2017 по 2019 г.г. Средний возраст пациентов составил 28 лет. Мужчин было 35(77,7%), женщин – 10(22,3%) .

Все больные госпитализировались в стационар только после того, как в консультативной поликлинике проведена постановка комплекса серологических реакций на сифилис; определение антител к ВИЧ, гепатиту В и С, после осмотра терапевта.

Жалобами при поступлении в стационар были наличие фиброэпителиальных одиночных или множественных образований с тонкой ножкой или широким основанием в виде папул, папиллом, образований в виде «цветной капусты», «петушиного гребня» или пятен, локализующихся в перианальной области и анальном канале, на кожных покровах паховой области, промежности а также: - у мужчин - на головке полового члена, венечной борозде, уздечке полового члена, внутреннем листке крайней плоти, теле полового члена, коже мошонки; зуд, парестезии в области поражения, дискомфорт и боль при дефекации, мокнутие и кровоточивость кожных покровов и слизистых оболочек в местах поражения.

Длительность заболевания варьировала от 3 месяцев до 1 года.

Все больные обследованы согласно стандарту, который включает в себя, как общеклинические и инструментальные методы исследования.

При сборе анамнеза основное внимание уделяли факторам риска развития заболевания ( проституция; многочисленные и случайные сексуальные связи; гомосексуализм; редкое использование барьерных методов контрацепции и спермицидов), давности возникновения образований, выявление тенденции к прогрессированию и клинической трансформации образований; при первичном эпизоде аногенитальных бородавок - предполагаемый источник инфицирования пациента и время, прошедшее с момента сексуального контакта с предполагаемым источником инфицирования до появления субъективных симптомов; при рецидиве заболевания - частота рецидивов, время последнего рецидива заболевания, методы деструкции высыпаний в анамнезе;

результаты обследования половых партнеров; данные акушерско-гинекологического, урологического и полового анамнеза; наличие инфекций, передающихся половым путем (ИППП), в анамнезе и в настоящее время. Хотелось бы отметить, что у большинства больных причиной возникновения остроконечных кондилом перианальной области воспалительные процессы толстой кишки, ослабления организма вследствие простудных заболеваний и снижение иммунитета. Только у 3-х больных причиной возникновения кондилом перианальной области явилась ВИЧ инфекция.

При осмотре оценивали состояние наружных половых органов, области промежности и перианальной области. Оценивали площадь поражения, состояние и площадь здоровых тканей между очагами поражения. При пальпации определяли консистенцию образований и состояние их основания. У женщин обязательно проводилось вагинальное исследование и осмотр шейки матки.

Определялось наличие образований во влагалище и шейке матки, заинтересованность окружающих тканей. При пальцевом исследовании определялось наличие, и площадь поражения стенок анального канала, вовлеченность в процесс окружающих тканей и мышц анального сфинктера. Всем больным проводилась ректороманоскопия, при которой проводили осмотр слизистой оболочки прямой и дистального отдела сигмовидной кишки.

Со дня поступления в клинику больным назначалась безшлаковая диета. Больным до и после операции назначали противовирусный препарат «Веролекс» 500 мг в день.

Все пациенты оперированы под спинальным обезболиванием. При проведении операции с использованием электроножа проводилось иссечение кондилом. При скученности кондилوماتозных узлов иссекалась зона поражения в виде треугольного лоскута с оставлением кожной перемычки с целью профилактики стриктуры анального канала. Кондилوماتозные узелки, расположенные у основания мошонки, на половом члене также удалялись при помощи электроножа. Возникновение кондилом в этих областях, по видимому связано с расчесом и переносом вирусных частиц в область гениталий. Особое внимание уделялось тщательной ревизии перианальной области и анального канала. Обнаружение незначительных выпячиваний на коже является показанием к их электродиструкции. В послеоперационном периоде на рану накладывали повязки раствором бетадина.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Оценка проводилась согласно следующим критериям: частота рецидивов заболевания и послеоперационная стриктура анального канала.

Использование электроножа для иссечения остроконечных кондилом перианальной области позволило достичь хороших результатов в 41 (91,1%) случаев. У 4 больных (8,8%) в ближайшие 3 месяца после операции отмечен рецидив заболевания. Рецидивные остроконечные кондиломы имели разрозненный характер, не образовывали большие конгломераты. Этим больным в амбулаторных условиях проводилось прижигание 33% раствором пергидроли. Результат хороший. У 1 больного в связи с возникновением рубцового процесса в перианальной области, с последующей стриктурой анального канала произведена повторная операция, при которой произведено иссечение рубцовой ткани. Принимая во внимание минимальную травматичность и минимизации риска рецидива заболевания при использовании электроножа у больных с остроконечными кондиломами, мы считаем данный способ наиболее приемлемым.

#### **Выводы**

1. Использование электрокоагулятора при остроконечных кондиломах перианальной области является одним из наиболее приемлемым способом операции.
2. При лечении больных остроконечными кондиломами наряду с применением электроножа, необходимо назначение противовирусных препаратов и проведение противовоспалительной терапии дистальных отделов толстой кишки.
3. При начальной стадии заболевания применение 33% раствора пергидроли для местной деструкции кондилом дает хороший эффект.

#### **Список литературы**

1. Адашкевич В.П. Инфекции, передаваемые половым путем. М.: Медицинская книга. 2001. 219-231 с.
2. Аполихина И.А. Папилломавирусная инфекция гениталий у женщин. М.: Гэотар-мед. 2002. 112 с.
3. Борисов Л.Б. Медицинская микробиология, вирусология, иммунология. М.: Медицинское информационное агентство. 2002. 734 с.
4. Ван Крог Г., Лейси Д., Гросс Г. Европейский курс по заболеваниям, ассоциированным с ВПЧ: рекомендации для врачей общей практики по диагностике и лечению аногенитальных бородавок // Инфекции, передаваемые половым путем. 2001. № 1. С. 5-12.
5. Васильев В.В., Богатырева И.И., Котова Л.К., Белавин А.С. Современные аспекты папилломавирусной инфекции урогенитального тракта (клиника, диагностика, лечение) // Инфекции, передаваемые половым путем. 1999. № 5. С. 20-26.

### **ВЛИЯНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ РЕЖИМОВ ХИМИОТЕРАПИИ НА ТИРЕОИДНЫЙ ГОМЕОСТАЗ У БОЛЬНЫХ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ**

*Матвеева С.Л.*

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Мультирезистентный туберкулез (МРТБ) остается глобальной проблемой здравоохранения во многих странах мира. Доля мультирезистентного туберкулеза составляет 10-30% среди вновь выявленных случаев и 20-70% среди рецидивов и неудачи лечения [3]. Лечение этих случаев требует 20-месячного режима химиотерапии, который включает 8 месяцев интенсивной фазы лечения. Препараты, применяемые для лечения МРТБ, могут вызвать ряд побочных реакций. Побочные эффекты на щитовидную железу наблюдаются не часто, но они могут встречаться при назначении этионамида (протионамида) и парааминосалициловой кислоты (ПАСК). Побочные реакции, вызываемые этими препаратами хорошо документированы, однако, часто их не учитывают. Данное исследование проводится как перспективное для освещения неясных ранее моментов проблемы в связи с тем, что изменения тиреоидного гомеостаза больных туберкулезом неблагоприятно влияют на результаты его химиотерапии [1,2].

**Целью исследования** является изучение побочного действия препаратов второго ряда, используемых при лечении МРТБ на функцию щитовидной железы.

**Материалы и методы исследования.** Клинические наблюдения проводились в Харьковском областном противотуберкулезном диспансере №1. Обследовано 120 пациентов с мультирезистентным туберкулезом. Диагноз был установлен при наличии резистентности микобактерий туберкулеза, выделенных из образцов мокроты больных, к изониазиду и рифампицину. Средний возраст больных составил  $38,57 \pm 10,9$  лет, преобладали мужские субъекты (3:1). Пациенты получали индивидуальную химиотерапию с включением этионамида (или протионамида) и ПАСК. Исследование проводилось в соответствии с международными стандартами этических норм с использованием соответствующих протоколов и получения информированного согласия всех пациентов, включенных в исследование. Функциональное состояние щитовидной железы оценивали по результатам исследования эхоструктуры щитовидной железы и определения сывороточного уровня свободного тироксина (Т4) и тиреотропного гормона гипофиза (ТТГ) иммунобиологическим методом до начала терапии, а также в конце интенсивной фазы (ИФ) и в конце поддерживающей фазы (ПФ). Эти показатели были отобраны в соответствии с современными общепринятыми стандартами скрининга для выявления нарушений функции щитовидной железы. Субклиническую дисфункцию уровня ТТГ диагностировали при значении более 4,5 мкМЕд / мл даже при нормальном уровне Т4. Гипотиреоз делится на явное или субклиническое заболевания. Этот диагноз определяют на основании лабораторных анализов крови на ТТГ. Нормальный диапазон концентрации ТТГ падает между 0,45 - 4,5 мкМЕд/мл. У больных с субклиническим (биохимическим) гипотиреозом уровень ТТГ составляет 4,5 - 10 мкМОд / мл. Пациентов с уровнями более 10 мкМЕд / мл считают, что имеют явный гипотиреоз и должны лечиться медикаментозно. Щитовидную железу была исследована с помощью диагностического ультразвукового аппарата SSF-240а производства Toshiba Medical Systems (Япония). Статистическую обработку полученных данных осуществляли методом вариационной статистики с помощью стан-

дартизированного пакета расчетов Microsoft Excel XP. Вероятность разногласия средних значений определялась студентским тестом. Критический уровень значимости (P) при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Выявлена патология щитовидной железы при исследовании ее структуры при помощи УЗИ; 4 (6,67%) – зобная трансформация щитовидной железы (в 2 случаях - узловая форма и в 2 - смешанная форма), у 64 (53,33%) - диффузно увеличенная щитовидная железа с наличием гипоехогенных микроузлов (1-6 мм) с окружающими эхогенными включениями и другие признаки диффузной патологии в виде зернистости (мозаичности) ее структуры, содержащие участки нормальной, повышенной и пониженной эхогенности, что характерно для аутоиммунного тиреоидита. Исследование уровня свободного тироксина показало его концентрацию на нижней границе нормы у больных туберкулезом в начале лечения ( $12,71 \pm 0,98$  пмоль / л) с достоверным снижением этого гормона к концу интенсивной фазы ( $10,43 \pm 0,85$  пмоль / л) и еще большим снижением после завершения лечения ( $8,33 \pm 0,87$  пмоль / л) (табл. 1).

**Таблица 1. - Тиреоидный гомеостаз у пациентов с мультирезистентным туберкулезом (МРТБ)**

Критерий	Референтные значения	Перед началом лечения	В конце ИФ	В конце ПФ
Свободный Т4 (пмоль / л)	9,0 - 22,0	$12,71 \pm 0,98$	$10,43 \pm 0,85$ $P_{1,2} \geq 0,5$	$8,33 \pm 0,87$ $P_{1,3} \leq 0,5$
ТТГ(мкМЕд / мл)	0,45 - 4,5	$1,29 \pm 0,08$	$3,80 \pm 0,04$ $P_{1,2} \geq 0,5$	$5,8 \pm 0,14$ $P_{1,3} \leq 0,5$

Примечание. Статистически значимая разница ( $p \leq 0,05$ ) между показателями: \*до лечения и в конце ИФ;

\*\* до лечению и в конце ПФ.

Средний уровень ТТГ увеличивался в конце фазы интенсивной терапии (с  $1,29 \pm 0,08$  до  $3,80 \pm 0,04$  мкМЕд / мл) с еще большим увеличением к концу лечения (до  $5,8 \pm 0,14$  мкМЕд /мл). Полученные данные свидетельствуют о значительном ослаблении функции щитовидной железы у больных МРТБ под воздействием индивидуальной химиотерапии с включением этионамида и ПАСК. Полученные данные позволяют сделать вывод о подавляющем действии противотуберкулезных препаратов на гормональную функцию щитовидной железы больных мультирезистентным туберкулезом. Из 120 пациентов (81 мужчин и 39 женщин) у 30% развился клинический гипотиреоз, который был диагностирован за счет повышения уровня ТТГ и снижения уровня свободного Т4. У 4 больных (12,12%) развился зоб, один из которых - эутиреоидный и три - гипотиреоидных со снижением уровня свободного Т4 (в среднем до  $6,11 \pm 1,32$ ) пмоль/л) и повышением уровня ТТГ в среднем до  $11,0 \pm 1,43$  мкМЕд/мл). Гипотиреоз хорошо компенсировался 50 мкг эутирокса с нормализацией уровней гормонов: снижением ТТГ, в среднем, до  $3,67 \pm 1,25$  мкМЕд / мл и увеличением свободного Т4, в среднем, до  $11,43 \pm 9,14$  пмоль / л. Продолжительность развития зоба составляла в среднем 8 месяцев с диапазоном 6-13 месяцев (Таблица 1).

Наиболее заметными симптомами гипотиреоза были анемия, снижение сухожильных рефлексов, охриплость, отечность, слабость и запоры. Пациенты с клиническим гипотиреозом одновременно получали этионамид и ПАСК. Влияние противотуберкулезной химиотерапии на функцию щитовидной железы, особенно таких как этионамид (или протионамид) и ПАСК, было показано в ряде исследований и объяснялось снижением в системном кровотоке тироксин-связывающего белка, что приводило к уменьшению содержания гормонов щитовидной железы в крови. При анализе функции щитовидной железы другими авторами у больных МРТБ с периодом лечения 8 месяцев под влиянием ПАСК в 11% больных развивался гипотиреоз с эутиреозом, а 7,4% - зоб с гипотиреозом.

Чтобы компенсировать гипотиреоз, больным туберкулезом назначали L-тироксин в дозе 100 мкг в течение 4 недель, что приводило к уменьшению зоба и восстановлению функции щитовидной железы. После окончания курса химиотерапии они должны были отказаться от тироксина [9].

Субклиническое или мягкий (биохимический), гипотиреоз, также называемый ранним этапом гипотиреоза, является состоянием, при котором уровень тиреотропного гормона гипофиза (ТТГ) начинает увеличиваться в ответ на раннее снижение уровня Т4 в щитовидной железе. Однако анализы крови для Т4 все еще являются нормальными. Пациент может иметь легкие симптомы (как правило, легкую усталость) или они вообще отсутствуют. Ежегодно примерно 2-5% людей с субклинической щитовидной железой развивают открытый гипотиреоз [11]. Своевременное обнаружение нового случая субклинического гипотиреоза и его коррекция предотвращает возникновение явного гипотиреоза, укрепляет иммунитет и улучшает ответ на противотуберкулезную химиотерапию.

При сравнительном анализе эффективности лечения больных с МРТБ установлено, что патология щитовидной железы неблагоприятно влияет на результаты лечения. К концу интенсивной фазы химиотерапии в группе с тиреоидной патологией наблюдалось на 12,5% меньше больных с исчезновением клинической манифестации по сравнению с группой без патологии щитовидной железы. Количество больных с абациллированием мокроты к концу интенсивной фазы лечения в группе с тиреоидной патологией было на 11,64% больше, чем в группе без патологии щитовидной железы. В группе без тиреоидной патологии заживления деструкций в конце фазы интенсивной химиотерапии наступило у 9 больных, что на 14,44% выше при сравнении с группой патологии щитовидной железы, в которой к концу фазы интенсивной терапии деструкции зажили у 6 больных.

**Выводы:** Полученные данные демонстрируют негативное влияние патологии щитовидной железы на тяжесть течения и результаты лечения деструктивных форм мультирезистентного туберкулеза легких. Результаты сопоставимы с результатами других исследователей [4,5] и обосновывают необходимость своевременного выявления тиреоидной патологии и ее коррекции для повышения эффективности противотуберкулезной химиотерапии больных с МРТБ путем определения у них уровня в крови ТТГ каждые 6 месяцев согласно стандартного протокола.

## Список литературы

1. Нужен ли скрининг тиреоидного статуса при туберкулезе легких? (Аналитический обзор литературы и результаты собственных наблюдений) / С.Л. Матвеева [и др.] // Туберкулез, легеневи хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2012. – №3 (10). – С. 86-95.
2. Матвеева, С.Л. Влияние функционального состояния щитовидной железы на состояние всех звеньев противо-туберкулезного иммунитета / С.Л. Матвеева // Туберкулез, легеневи хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2016. – №1 (28). – С. 54-59.
3. Gandhi, N.R. Multidrug-resistant and extensively-resistant tuberculosis: a threat to global control of tuberculosis / N.R. Gandhi, P. Nunn, K. Dhida, H.S. Schaaf // Lancet. – 2010. – V.375. – P.1830-1843.
4. High rate of hypothyroidism among patients treated for multidrug-resistant tuberculosis in Lesotho / H. Satti [et al.] // Int. J. Tuberc. Lung Dis. – 2012. – V.16(4). – P.468-472. doi:10.5588/ijtld.11.0615.
5. Modongo, C. Prevalence of hypothyroidism among MDR-TB patients in Botswana / C. Modongo, N.M. Zetola // Int. J. Tuberc. Lung Dis. – 2012. – V.16(1)1. – P.1561-1562. doi:10.5588/ijtld.12.0403.

## ОЦЕНКА МИКРОЭКОЛОГИИ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ЛЯМБЛИОЗОМ

*Махамбетов К.О., Бекенова Ф.К., Ткачев В.А.*

Кафедра внутренних болезней №1 НАО «Медицинский университет Астана», Республика Казахстан

**Актуальность темы.** Лямблиоз является одним из распространенных паразитозов в Республике Казахстан. Клинические проявления данной патологии характеризуются полиморфизмом, с преимущественным поражением пищеварительного тракта и развитием секреторной диареи. Это, безусловно, требует проведения оценки микрофлоры кишечника с целью коррекции выявленных дисбиотических сдвигов [1].

**Цель исследования:** Изучить характер и особенности дисбиоза кишечника у пациентов с верифицированным диагнозом лямблиоз.

**Материалы и методы исследования:** Объектом исследования являются больные с клиническими проявлениями гастродуоденита лямблиозного генеза. Весь биологический материал (фекалий) был собран от пациентов, проживающих в г.Нур-Султан, обратившихся за помощью к терапевту и гастроэнтерологу. Группа пациентов с секреторной диареей включало 51 человек, страдающие лямблиозом. Средний возраст больных колебался в пределах 32±3,1 года, в большинстве случаев данный паразитоз диагностировался у женщин (68%).

Диагноз лямблиоз был выставлен на основании клинических проявлений болезни, эндоскопического исследования желудка и двенадцатиперстной кишки, а также обнаружения при микроскопическом исследовании кала и/или дуоденального содержимого вегетативных форм лямблии и их цист. В большинстве случаев (54%) вегетативные формы лямблии обнаруживались в кале, в 28% случаев - в дуоденальном содержимом. Микроскопическое подтверждение наличия вегетативных форм *Lambliа intesninalis* в дуоденальном содержимом и их цист в кале наблюдалось у 9 обследованных больных.

Особенностью течения данного заболевания является постоянная реинвазия возбудителя, которая способствует поражению различных отделов пищеварительного тракта [2]. В наших исследованиях в 23% случаев лямблиоз протекал в кишечной форме, билиарно-панкреатическая форма болезни была диагностирована у 8 пациентов, в большинстве случаев (61%) регистрировалась смешанная форма заболевания.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Кишечная форма лямблиоза характеризовалась наличием в клинике синдромом гастроэнтерита и астенизацией больного. Синдром поражения ЖКТ проявлялся диспепсическими расстройствами (42%), периодически возникающими болями ноющего характера в эпигастрии и околопупочной области (37%), тошнотой (27%), а также диареей, которая наблюдалась у всех пациентов. Астено-невротический синдром, включающий слабость, быструю утомляемость, раздражительность, головные боли, головокружение, потливость, нарушение сна был выявлен у больных с лямблиозной инфекцией в 35% наблюдений.

Билиарно-панкреатическая форма у пациентов с лямблиозом проявлялась признаками хронического холецистита и панкреатита в виде болей, преимущественно локализующихся в правом подреберье и околопупочной области, усиливающихся при пальпации и связанные с нарушением диеты (52%); субиктеричности склер (27%), повышением уровня трансаминаз и амилазы крови (22%); картины застоя желчи в желчном пузыре и диффузных изменения паренхимы печени и поджелудочной железы по результатам ультра-звукового исследования (40%). Необходимо отметить тот факт, что у пациентов с секреторным генезом диареи в 23% случаев отмечалась сенсibilизация организма к продуктам жизнедеятельности паразита, что клинически выражалось необильной аллергической сыпью с преимущественной локализацией на верхних конечностях, лице и животе, а в общем анализе крови наблюдалась эозинофилия (18%).

Учитывая тот факт, что у всех пациентов с лямблиозом в клинической картине отмечалась диарея, целесообразно было изучить микробную экологию кишечника. Анализ микробного пейзажа больных с лямблиозом свидетельствуют о незначительном снижении уровня представителей облигатной микрофлоры (рисунок 1). Так, в общей группе пациентов в 63,2% и 45,4% случаев бифидобактерий и лактобациллы обнаруживались в допустимых значениях, тогда как лишь у 42,7% обследованных количество энтерококков было ниже 10<sup>5</sup> КОЕ/г. Кишечная палочка с нормальной ферментативной активностью в значениях ниже нормальных показателей регистрировалась только в 31,6% случаев, при этом атипичных форм указанной бактерии в группе больных с лямблиозом не было выявлено. Заслуживает внимания факт отсутствия в содержимом толстого кишечника лиц с секреторным генезом диареи представителей рода кластридий, а также стафилококков.

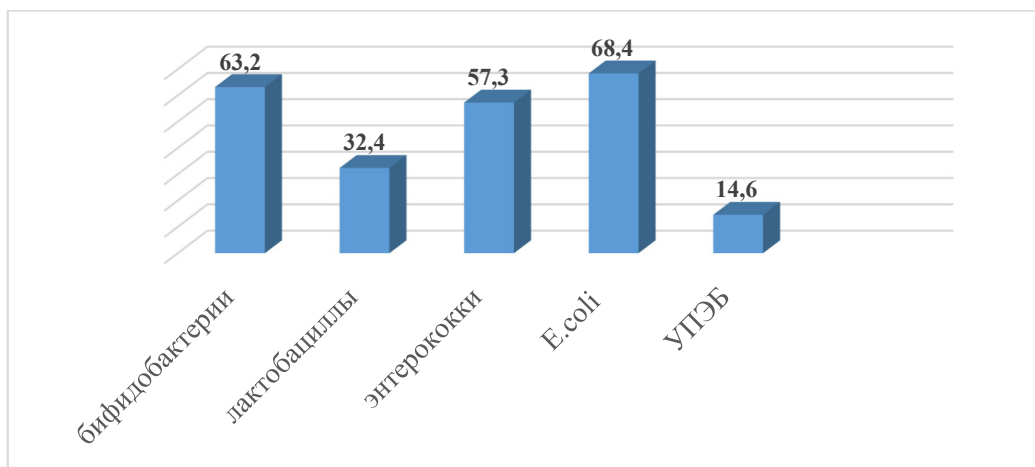


Рисунок 5 – Частота выявления кишечной микрофлоры у больных с лямблиозом.

Условно-патогенные энтеробактерии у больных с лямблиозной инфекцией регистрировались лишь у 14,6% обследованных (рисунок 2). В содержимом толстого кишечника преимущественно выявлялись бактерии рода *Enterobacter* (27%), в основном представленные видом *Enterobacter aerogenes*. Несколько реже высевались микроорганизмы рода *Kluyvera* (5,5%), протей (2,8%) и клебсиеллы (1,7%). Литературные данные, касающиеся патогенеза лямблиозной инфекции подтверждают тот факт, что одновременное заселение кишечника лямблиями и бактериями рода *Enterobacter* вызывает деструкцию кишечных эпителиальных клеток и их щеточной каймы, что приводит к развитию синдрома мальабсорбции [3]. Кроме этого, предполагается, что лямблии выделяют токсины, повреждающие слизистую оболочку тонкой кишки. Таким образом, при лямблиозной инвазии выявляются функциональные и органические изменения пищеварительного тракта.

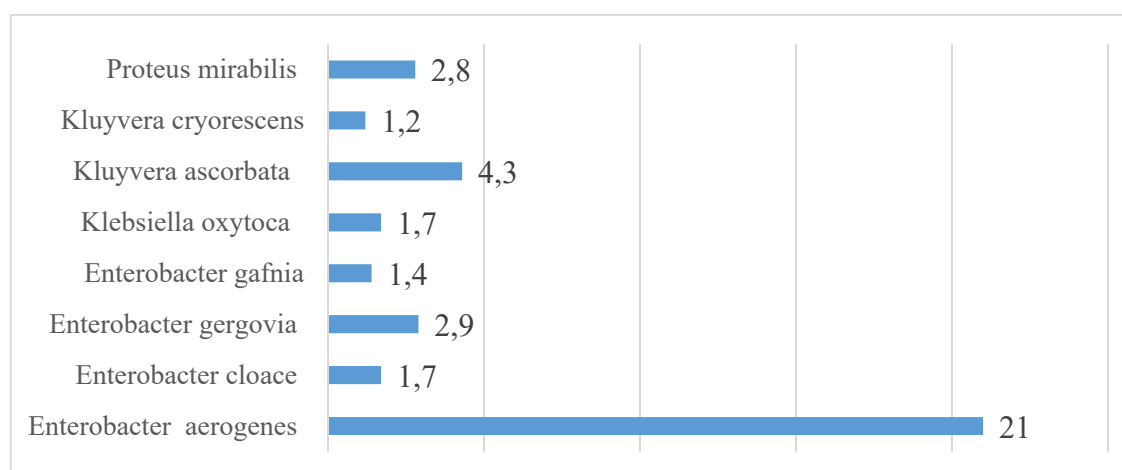


Рисунок 2 – Видовой пейзаж условно-патогенным энтеробактерий (%) у пациентов с секреторным генезом диареи.

Анализ микробиологического исследования фекалий выявил характерные изменения в микроэкологии содержимого толстого кишечника пациентов, страдающих лямблиозом, которые характеризовались незначительным снижением частоты и плотности колонизации бифидо- и лактобактериями, а также обсемененностью условно-патогенными энтеробактериями. Лямблии, скапливаясь в большом количестве на поверхности кишечного эпителия, механически раздражают слизистую оболочку, что способствует выделению слизи, которая служит благоприятной средой для жизни и размножения многих бактерий и грибов [4]. Полученные данные послужили основанием считать симбиоз лямблий с дрожжеподобными грибами необходимым для жизнедеятельности паразитов не только в культуре, но и в кишечнике хозяина. Это связано с предположением наличия связи их гидролитических процессов, в ходе которых осуществляется концентрация ферментов, компенсирующих отсутствие таковых у самих лямблий. Однако в наших исследованиях в содержимом толстого кишечника обследованных лиц не выявлено дрожжеподобных грибов рода *Candida*, что свидетельствует об отсутствии в организме значимых иммунодефицитных состояний.

#### Выводы:

1. В группе пациентов с секреторным генезом диареи наиболее часто наблюдаются компенсированные и субкомпенсированные локализованные формы дисбактериоза (53% и 37% соответственно), тогда как III степень была выявлена только у 5 обследованных.
2. В генезе дисбиотических сдвигов у пациентов с лямблиозом существенную роль сыграли ассоциации бактерий рода *Enterobacter*, *Kluyvera* и *Proteus* на фоне снижения количественного содержания бифидобактерий и лактобацилл. По всей вероятности, полученные данные указывают на недлительную персистенцию *Lambliа intestinalis* в организме обследованных пациентов, связанную со своевременностью обращения больных и проведения этиотропной терапии.

## Список литературы

1. Singer S. M., Elmendorf H.G., Conrad J. T., Nash T.E. Biological selection of variant-specific surface proteins in *Giardia lamblia* // J. Infect. Dis.-2001.-Janl.-Vol. 183(1).-P. 119-124.
2. Vassallo C, Brazzelli V., Martinoli S., Ardigo M., Quaglini M., Scaglia M., Borroni G. Chronic *Giardia intestinalis* infection presenting with clinical features mimicking lichen planus//Acta. Derm. Venereol.-2001. -Aug. - Sep. - Vol. 81(4). - P. 309-310.
3. Lindley K. J., Macdonald S. Malabsorption in children//Practitioner.-2001.-Mar.-Vol. 245(1620) - P. 162-166.
4. Файзуллина Р.А. Лямблиоз у детей: современные особенности клиники, диагностики и лечения // Педиатрия. 2014; 3(91):23-30.

### МИКРОБИОЦЕНОЗ КИШЕЧНИКА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРЭКСУДАТИВНОЙ ДИАРЕЕЙ

*Махамбетов К.О., Бекенова Ф.К., Байдулин С.А.*

Кафедра внутренних болезней №1 НАО «Медицинский университет Астана», Республика Казахстан

**Актуальность темы.** Гиперэкссудативная диарея развивается в основном при хронических воспалительных заболеваниях кишечника (ХВЗК), которые характеризуются длительным течением и значительными морфофункциональными изменениями, приводящими к резким нарушениям микроэкологии толстой кишки, и, как следствие к стойким повреждениям слизистой кишечника, нередко приводящим к инвалидизации [194, 195].

**Цель исследования:** Оценить характер и особенности дисбиоза кишечника у пациентов с гиперэкссудативной диареей.

**Материалы и методы исследования:** Проанализирована микрофлора кишечника у больных с патологией толстого кишечника, которые были разделены на 2 группы: I группа – 30 пациентов с полипозом кишечника (ПК); II группа – лица, страдающие болезнью Крона (11 человек) и неспецифическим язвенным колитом (13 человек). Верификация диагноза осуществлялась на основании клинко-инструментальных и лабораторных данных с исключением наименее вероятных нозологий.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В таблице 1 представлен сравнительный анализ частоты обнаружения облигатной и факультативной микрофлоры у больных с ПК и ХВЗК. Результаты микробиологических исследований пациентов с гиперэкссудативным генезом диареи сравнивали с общепринятыми показателями микрофлоры кишечника здорового человека. Средний возраст обследованных больных составил 47±4,1 лет, в рассматриваемой когорте преобладали мужчины (76%).

В группе пациентов с ПК отмечалось снижение уровня облигатной флоры, о чем свидетельствуют значения бифидобактерий и лактобацилл, которые находились в допустимых пределах нормы только в 38% и 26,4% случаях соответственно. У 61,4% обследованных, количество энтерококков было ниже 10<sup>5</sup> КОЕ/г, а уровень кишечной палочки с нормальной ферментативной активностью не достигал нормальных значений у половины больных. Заслуживает внимание факт обнаружения в фекалиях пациентов с ПК золотистого стафилококка и нетипичных видов *E.coli*, которые регистрировались в 3,2% и 9,2% случаев соответственно.

**Таблица 1 – Частота выявления фекальной микрофлоры у пациентов с гиперэкссудативной диареей**

Микроорганизмы	Частота обнаружения микрофлоры у больных с ПК (%)	Частота обнаружения микрофлоры у больных с ХВЗК (%)	Количество КОЕ/г
Бифидобактерии	38,0±2,4	26,2±3,2*	10 <sup>8</sup> и более
Лактобактерии	26,4±3,3	17,3±3,1	10 <sup>6</sup> и более
Энтерококки	38,6±3,7	30,5±2,0	10 <sup>5</sup> и более
Клостридии	9,8±2,9	10,1±2,4	10 <sup>6</sup> и более
<i>E.coli</i> с нормальной ферментативной активностью	49,8±3,1	51,6±3,0	10 <sup>7</sup> и более
<i>E.coli</i> с измененной ферментативной активностью	9,2±2,1	17±3,2*	-
Условно-патогенные энтеробактерии	26,6±3,1	35,6±2,9	10 <sup>5</sup> и более
Золотистый стафилококк	3,2±1,2	7,9±2,1**	-
Дрожжеподобные грибы рода <i>Candida</i>	3,3±1,3	8,3±2,2**	10 <sup>5</sup> и более

*Примечание:* \*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$

Проведенный анализ в сравниваемых группах выявил глубокие нарушения в составе кишечной микрофлоры у больных с болезнью Крона (БК) и неспецифическим язвенным колитом (НЯК), характеризующиеся значительным снижением популяций индигенной флоры, особенно бифидобактерий ( $p < 0,05$ ). В данной группе частота выявления *E.coli* с нормальной ферментативной активностью была незначительно выше по сравнению с группой пациентов с ПК. Однако, в фекалиях пациентов с БК и НЯК в 1,9 раз чаще обнаруживалась кишечная палочка с измененными свойствами ( $p < 0,05$ ). Сравнительный анализ выявил, что в группе пациентов с ХВЗК в сравнении с лицами, страдающими ПК, статистически значимо чаще регистрировались дрожжеподобные грибы рода *Candida* ( $p < 0,01$ ), а также золотистый стафилококк ( $p < 0,01$ ).

В 26,6% случаев у обследованных пациентов с ПК в фекалиях обнаруживались условно-патогенные энтеробактерии, большую долю которых составили представители рода *Enterobacter*, продуцирующих сероводород (рисунк 1). Из 4-х идентифицированных видов данного рода чаще всего регистрировался *Enterobacter aerogenes*. У

пациентов с БК и НЯК на долю представителей рода *Enterobacter* приходилась до 44,1% от всего спектра условно-патогенных энтеробактерии. При этом статистически значимо в группе больных с ХВЗК, в сравнении с пациентами, страдающими ПК, чаще высевалась бактерия *Enterobacter cloace* ( $p < 0,05$ ). У рассматриваемого контингента больных, протеи были представлены видом *Proteus mirabilis*, который высевался в 1,8 раз чаще, чем у больных с ПК ( $p < 0,05$ ). Однако значения представителей родов *Kluyvera*, *Klebsiella* и *Pseudomonas* статистически не были различимы.

Проведенный количественный и качественный анализ микрофлоры кишечника у пациентов с гиперэкссудативным генезом диареи позволил заключить, что у всей группы выявлены дисбиотические сдвиги. При этом в 68% случаев у больных с ХВЗК констатировали дисбиоз III степени, тогда как у лиц, страдающих ПК указанный уровень дисбиотических отклонений регистрировался только у 46,8% обследованных. В остальных случаях в когорте больных с гиперэкссудативным генезом диареи регистрировался дисбактериоз II степени. Соответственно, в содержимом толстого кишечника больных с НЯК и БК отмечалась также высокая частота ассоциированного дисбиоза (63%). По всей вероятности, это обусловлено длительностью течения патологического процесса и особенностями назначаемой базис-терапии, характеризующаяся иммуносупрессивным эффектом. В условиях нарушения микробиоценоза кишечника, особенно выраженного у больных с НЯК и БК, на фоне приема глюкокортикостероидных препаратов и цитостатиков, а также наличия сопутствующих заболеваний, выявился дефицит массы тела, который, безусловно, обусловлен нарушением процесса протеолиза белков.

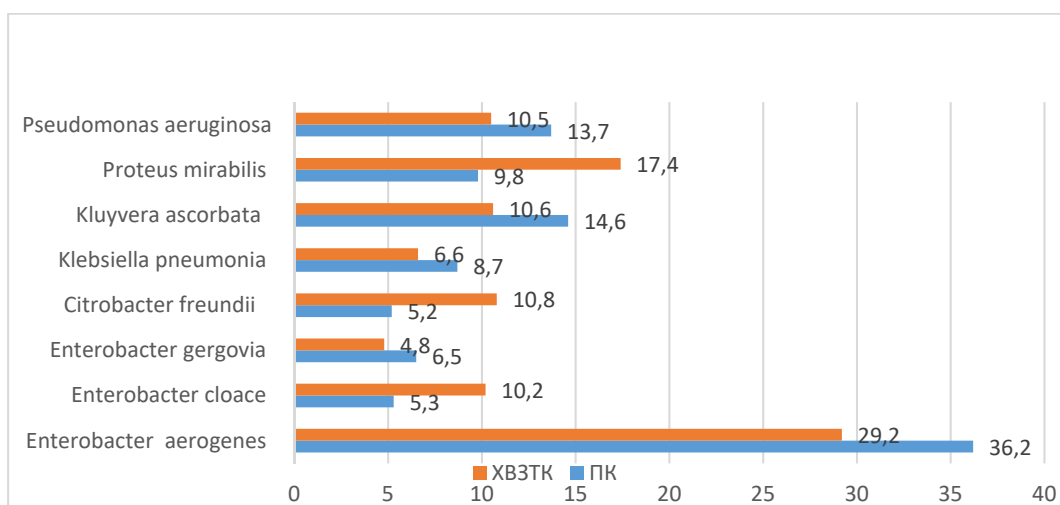


Рисунок 1 – Видовая характеристика условно-патогенных энтеробактерии у больных с гиперэкссудативной диареей

Если оценивать место условно-патогенных видов в микробиоценозе кишечника при различных болезнях по индексу контагиозности, учитывающему число видов, количество их в популяциях и характер расселения в биотопах, то наибольшей контагиозностью обладают условно-патогенные виды в микрофлоре пациентов, страдающих болезнью Крона и НЯК. В подтверждение этого является тот факт, что в обследованной нами когорте пациентов с экссудативным генезом диареи количественные и качественные изменения в микрофлоре кишечника выявлены во всех случаях. При этом, у пациентов с ХВЗК чаще выявлялся дисбиоз кишечника III степени, обусловленный такими микроорганизмами и их ассоциациями как *St.aureus*, *E.coli* с измененной ферментативной активностью, дрожжеподобные грибы рода *Candida*, протеи, энтеробактер и цитробактер. У больных полипозом кишечника чаще регистрировался дисбактериоз II степени, ассоциированный бактериями рода *Enterobacter*, *Kluyvera* и *Klebsiella*, а также псевдомонадами на фоне количественного дефицита представителей индигенной флоры.

#### Выводы:

1. При оценке количественного и качественного состава микрофлоры кишечника установлено, что дисбиотические сдвиги у больных с ХВЗК более выражены, в сравнении с группой пациентов с полипозом кишечника, о чем свидетельствуют: более низкая частота обнаружения представителей индигенной флоры в допустимых значениях, статистически значимо высокая частота обнаружения в содержимом толстого кишечника *E.coli* с измененной ферментативной активностью, золотистого стафилококка и дрожжеподобных грибов рода *Candida*.

2. Проведенный количественный и качественный анализ микрофлоры кишечника у пациентов с гиперэкссудативным генезом диареи позволил заключить, что у всей группы выявлены дисбиотические сдвиги. При этом в 68% случаев у больных с ХВЗК констатировали дисбиоз III степени, тогда как у лиц, страдающих ПК указанный уровень дисбиотических отклонений регистрировался только у 46,8% обследованных.

#### Список литературы

1. Стругинский А.В., Баранов А.П., Глазунов А.Б., Бузин А.Г. Синдром диареи в клинике внутренних болезней: патогенетические основы и клиническая диагностика //Лечебное дело – 2007 – №3. – С.9 – 16.
2. Корнева Т.К. Дисбактериоз кишечника у проктологических больных: микробиологические аспекты//Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2009. - №3. - С.55-60.



# РОЛЬ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ УВЛЕЧЕНИЙ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

*Махмадназаров Ш.С.*

Кафедра психиатрии и наркологии имени проф. М.Г. Гулямова  
ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Патологические увлечения нередко выступают первыми признаками дебюта шизофрении [1,3] в структуре синдрома сверхценных образований, «метафизической интоксикации», «нарастающей шизоидизации». Встречающиеся градации аномальных увлечений преимущественно носят описательный характер. Патологические увлечения требуют тщательного изучения клинической структуры в силу слабой разработанности патологической квалификации, сложности дифференцирования от других болезненных расстройств. Актуальность исследования во многом обусловлена существенным и неоднозначным влиянием болезненных увлечений на социальное функционирование больных. В связи с вышесказанным становится очевидной необходимостью более детального изучения данной патологии с целью усовершенствования диагностического процесса, более раннего выявления эндогенной патологии.

**Цель исследования:** Целью исследования явилось выявление сформированных патологических увлечений и их роль в ранней диагностике больных шизофренией.

**Материал и методы исследования:** Клинико-психопатологическим методом было обследовано 23 больных шизофренией в возрасте 20-45 лет. Оценка преморбидных личностных особенностей проводилась на основании анамнестических сведений, полученных со слов больного и его родственников. Помимо клинических методов обследования, в работе учитывались результаты экспериментально-психологического исследования: личностный опросник ММРІ, Использование шкалы PANSS, «Дифференциально-диагностический опросник» Е. А. Климова, «Определение потребности в активности» Е. П. Ильина позволило оценить степень выраженности психопатологической, преимущественно негативной симптоматики.

**Результаты исследования и их обсуждение:** В ходе исследования нами было выявлено, что возраст, предпочтительный для начала патологических увлечений у больных шизофренией относился к периоду до 29 лет (87%). Из них в 13,0% случаев развитие интересов происходило в дошкольный, в 21,8% - в ранний школьный, в 34,8% - в подростково-юношеский периоды, и только в 17,4% – в зрелом возрасте. В оставшихся 13% наблюдений патологические увлечения возникали после 30 лет. Полученные данные соответствуют общепринятому мнению о характерном отнесении формирования увлечений к детскому и подростково-юношескому периодам [2,5]. Также была проанализирована давность возникновения патологических увлечений. В половине наблюдений патологические увлечения имели давность возникновения от 5 лет до 20 лет, что свидетельствовало об их выраженной устойчивости. У более трети исследуемых длительность аномальных увлечений составляла от 20 до 40 лет, а у 13% больных была выше 40 лет. И лишь в 9% случаев болезненные интересы продолжались менее значительный период, составлявший от 1 до 4 лет. Вышесказанное подтверждает значительную устойчивость исследуемых патологических интересов. Помимо общих характеристик возраста начала и длительности изучаемых патологических увлечений, отдельно оценивались их взаимодействие с динамикой расстройств шизофренического спектра. Распределение больных в зависимости от соотношения сроков возникновения патологических увлечений и расстройств шизофренического круга показало, что в половине наблюдений патологические увлечения возникали в тесной связи с расстройствами шизофренического круга: незадолго до начала основного заболевания (21,7%), одновременно (8,7%) или вскоре после шизофренического дебюта (21,7%). В 39,1% наблюдений болезненные увлечения формировались задолго до манифестации расстройств шизофренического спектра. И лишь у 8,7% больных аномальные интересы появлялись на фоне длительного течения основного заболевания. Данные результаты подтверждают общепринятую взаимосвязь формирования болезненных интересов с дебютом расстройств шизофренического круга [4]. Анализ наследственной отягощенности по психическим заболеваниям не обнаружил связи между имеющейся неблагоприятной наследственностью и формированием аномальных интересов. Отягощенная психопатологическая наследственность в большей степени сказывалась на развитии основного заболевания, чем болезненных увлечений. Для выяснения условий формирования аномальных увлечений учитывались показатели как в целом благоприятствующие, так и непосредственно предшествующие их началу. К ним относились: преморбидные личностные особенности, сопутствующие соматические и неврологические отклонения, особенности микросоциального климата и семейного статуса, психотравмирующие события. Проведенный ретроспективный анализ позволил выделить три группы факторов, способствующих возникновению патологических увлечений: биологические, характерологические и психосоциальные. К биологическим факторам было отнесено наличие в половине наблюдений резидуальной органической недостаточности. В анамнезе у пациентов были зарегистрированы церебрастенические жалобы, повышенная утомляемость, метеочувствительность, трудности концентрации внимания, легкие расстройства памяти. Органически неполноценная «почва» выступала в качестве дополнительного фактора, способствовавшего появлению таких личностных черт как ригидность, обстоятельность, педантичность, склонность к длительным, напряженным аффективным реакциям, косвенно облегчающим сверхценную фиксацию на интересующем объекте. Преморбидные характерологические особенности пациентов распределены в порядке убывания следующим образом: шизоидный (43,6%), эпилептоидный (17,3%), гипертимный (13,1%), истерический (8,6%), смешанный (8,6%), неустойчивый (4,4%) и паранойальный (4,4%). Во всех наблюдениях преморбидные личностные особенности не выходили за рамки акцентуации характера. Пациенты самой распространенной группы шизоидного личностного склада преимущественно мужского пола, в детстве отдавали предпочтение творческим, азартным или простым игровым интересам, нередко становившимся основой для последующего формирования аномальных увлечений. Начало болезненных увлечений относилось к 12-15 годам, задолго до дебюта расстройств шизофренического спектра. Именно для этой группы больных была характерна тесная связь развивающегося патологического интереса с метафизической интоксикацией. Шизоидные больные предпочитали уединенно, втайне от окружающих погружаться в свои непродуктивные, необычные вплоть до

вычурности увлечения. Несмотря на внешне слабую эмоциональную насыщенность, равнодушие к интересующему делу, они посвящали ему большую часть свободного времени без длительных перерывов на протяжении многих лет. Самым частым вариантом мотивации в выборе увлечений (34,8% наблюдений) звучали «психотерапевтические свойства увлечения», которое становилось отдушиной, повышало настроение, отвлекало от неприятностей, помогло «в собственных сочинениях выплескивать эмоции, отражать хоть какую-то часть своего богатого внутреннего мира», «давало возможность через творчество общаться с окружающими». Вторым по частоте мотивом выбора соответствующего аномального интереса (17,3% случаев) была самореализация, тяга к знаниям, саморазвитие с «бесконечным поиском ответов на загадки жизни», «стремление сделать из себя человека». У 13,1% больных патологическое увлечение выбиралось в качестве основного дела жизни. В 13,1% наблюдений за основу выбора аномального увлечения становились его оздоровительные возможности, укрепляющие физическую силу, улучшающие внешний вид или, наоборот, способность выбранного увлечения быть полезным для других, «нести окружающим добро и радость». В 8,6% случаев болезненные интересы привлекали азартом, провоцировали возникновение сильных эмоций, «позволяли серую, размеренную, скучную жизнь делать яркой, красивой». В (8,6% наблюдений) пациенты придавали значение внешней, демонстративной стороне патологического увлечения, его возможностям эпатажа публичности, привлечения к себе внимания окружающих. 4,4% больных в первую очередь привлекали материальные аспекты, болезненное увлечение воспринималось ими как дополнительный заработок.

**Выводы:** Таким образом, в целом, обращает на себя внимание условная, относительная возможность влияния органически-неполноценной «почвы» и психосоциальных факторов на развитие болезненных интересов. Биологическая «почва» способствует формированию аффективной ригидности, обстоятельности, облегчающим фиксацию на интересующей области. Психосоциальные условия условно провоцируют появление аномальных увлечений. В отличие от данных двух факторов характерологические преморбидные особенности видятся более значимыми в развитии аномальных увлечений. Индивидуальная разносторонность больных, активность в первую очередь обуславливают особенности мотивации, разнообразие патологических увлечений по содержанию.

#### Список литературы

1. Кондратьев, Ф.В. Судьбы больных шизофренией: клинико-социальный и судебно-психиатрический аспекты: монография / Ф.В. Кондратьев. - Москва : [б. и.], 2010. - 401 с.
2. Гурьева, В.А. Раннее распознавание шизофрении / В.А. Гурьева, В.Я. Гиндикин. - М.: «Высшая школа психологии», 2002. - 304 с
3. Олейчик, И.В. Шизофрения и эндогенные заболевания шизофренического спектра (информация для пациентов и членов их семей) / И.В. Олейчик. - М., РАМН, Научный центр психического здоровья, 2005.
4. Дружинин, В.Н. Психология творчества / В.Н. Дружинин // Психологический журнал. – 2015. - Т.26, вып.5. - С. 101-109.
5. Зайцев, В.В. Патологическая склонность к азартным играм - новая проблема российской психиатрии / В.В. Зайцев // Социальная и клиническая психиатрия. –2015. - Т.10, вып. 3. – С. 52 - 58.

#### СОСТОЯНИЕ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У ЛИКВИДАТОРОВ В РАННИЕ СРОКИ С ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

*Мехмонов П.Х., Бобоходжаева З.Б., Солиев Ф.Г., Одинаев Ш.Ф.*

Кафедра внутренних болезней №1 ТТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистаан

**Актуальность.** Состояние иммунитета является важным показателем состояния здоровья населения, определяющим воздействие разнообразных факторов, в том числе и радиации [3]. Известно также, что одним из наиболее частых последствий ионизирующего излучения является развитие иммунодефицитных состояний [4-6].

Радиоактивное облучение характеризуется снижением адаптационных возможностей организма и, прежде всего, дисфункцией иммунной системы, активацией свободнорадикальных процессов, что является основными патогенетическими звеньями в формировании пострадиационного синдрома.

Необходимость изучения особенностей гастродуоденальной патологии у ликвидаторов последствий аварии (ЛПА) на Чернобыльской АЭС (ЧАЭС) стала очевидной спустя 30 лет после катастрофы в связи со значительным ростом хронического гастрита и язвенной болезни среди ликвидаторов, находящихся под диспансерным наблюдением. Язвенная болезнь у них по своей клинической картине и течению отличается от общей популяции и занимает 3 место в структуре заболеваемости.

**Цель исследования.** Изучить показатели системы иммунитета и неспецифических факторов защиты у участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС (ликвидаторов) с сочетанной патологией - заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и ишемической болезнью сердца (ИБС).

**Материал и методы исследования.** Обследовано 618 ликвидаторов с ИБС и разными заболеваниями ЖКТ (язва двенадцатиперстной кишки, эрозивный и атрофический гастрит, хронический панкреатит, хронический холецистит, неинфекционный колит и др.) – основная группа; 300 человек, страдающих ИБС с заболеваниями ЖКТ, имеющих благоприятный радиационный анамнез (группа сравнения).

В обеих группах преобладали лица мужского пола (550 человек, 89 % и 160 больных, 53,2 % соответственно). Средний возраст пациентов был 53,1 и 59 лет. Все больные страдали ишемической болезнью сердца с артериальной гипертензией (404 лиц, 65,3% и 120, 40 %) или без нее (184 больных, 31,1% и 102, 34 % соответственно). У ликвидаторов 1986-1987гг преобладала стенокардия напряжения ФК II и ФК III (283 пациента, 46 % и 66, 22 %), а у лиц группы сравнения ФК I и ФК II (117 больных, 19% и 128, 43%).

Проведено определение показателей Т- и В-клеточного и гуморального иммунитета, а также неспецифических факторов защиты (фагоцитарный показатель и число, концентрация лизоцима, активность системы комплементов и др.) по методам, описанным у Д.К. Новикова [1] и А.В. Караулова [2].

**Результаты исследования и их обсуждение.** Распределение болезней органов пищеварения у ликвидаторов 1986 - 1987 гг. через 32 года после аварии на ЧАЭС (по данным комплексного клинического обследования) представлено в таблице.

Название болезни	Группа, количество в (%)		Достоверность отличий Р
	Ликвидаторы n-618	Гр. Сравнения n-300	
Эзофагит	62 (10%)	35 (11,6%)	<05
Язва желудка	23 (3,7%)	11 (3,7 %)	<05
Язва ДПК*	92 (15 %)	32 (10,6%)	<0001
Все гастриты.	402 (65 %)	214 (71,3 %)	<0001
В том числе: эрозивные.	78 (12,6%)	32 (10,6%)	<005
Атрофические	119 (19,2 %)	68 (22,6 %)	<05
Деформация луковицы ДПК	122(19,7 %)	16 (5,3 %)	<0001
Все дуодениты,	203 (32,8%)	114 (38 %)	<05
В том числе эрозивные	36 (5,8 %)	12 (4,0 %)	<005
Хронический холецистит	222 (36%)	56 (18,6 %)	<0001
ЖКБ**без холецистита	31 (5,0%)	34 (11,3 %)	<001
Хронический панкреатит	58 (9,4 %)	9 (3 %)	<0001
Киста поджелудочной железы	4 (0,6%)	1 (0,3%)	<05
Киста печени	31 (5,0%)	8 (2,6%)	<05
Жировой гепатоз	196 (3,0 %)	63 (21%)	<0001
Неинфекционный колит	78 (12,6 %)	17 (5,6%)	<0001

Примечания: ДПК\* -двенадцатиперстная кишка. ЖКБ\*\*.- желчекаменная болезнь.

Установлено, что у пациентов основной группы показатели Т- и В-клеточного иммунитета (относительное и абсолютное количество Т- и В-лимфоцитов, Т-теофиллинрезистатных (Т-тр), Т-теофиллинчувствительных (Т-тч) и Т-активных лимфоцитов ( $P < 0,001$ ), а также фагоцитарные показатели и число, концентрация лизоцима были существенно ниже ( $P < 0,01$ ,  $P < 0,05$ ,  $P < 0,001$  соответственно), чем у лиц группы сравнения. В то же время у ликвидаторов основной группы зарегистрированы увеличение содержания ЦИК ( $P < 0,01$ ) и активация системы комплемента ( $P < 0,01$ ).

При этом у пациентов основной группы язва двенадцатиперстной кишки (ДПК) находится в обратной корреляционной связи с Т-лимфоцитами (в %) и В-лимфоцитами (в %) ( $\gamma = -0,379$ ,  $\gamma = -0,364$  при  $P < 0,05$ ). Уже в стадии деформации луковицы ДПК остается низким только уровень В-лимфоцитов, то есть остается обратная корреляционная взаимосвязь между ними ( $\gamma = -0,341$  при  $P < 0,05$ ). Снижение фагоцитарного показателя и фагоцитарного числа находится в обратной корреляционной взаимосвязи с частотой встречаемости эрозивного гастрита ( $\gamma = -0,327$ ,  $\gamma = 0,300$  при  $P < 0,05$ ). При атрофическом гастрите происходит увеличение уровня Т-активных лимфоцитов и В-лимфоцитов и эти показатели прямо коррелируют со встречаемостью этой болезни ( $\gamma = 0,373$  при  $P < 0,05$ ). В различных корреляционных взаимоотношениях находятся болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей с показателями иммунограммы. Например, желчекаменная болезнь без холецистита с фагоцитарным показателем - в прямой, а хронический некалькулезный холецистит - в обратной ( $\gamma = 0,301$ ,  $\gamma = -0,301$  при  $P < 0,05$ ) корреляционной связи. Хронический калькулезный холецистит и хронический панкреатит состоят с Т-тр лимфоцитами в обратной корреляции ( $\gamma = -0,303$  при  $P < 0,05$ ) и с комплементом - в прямой ( $\gamma = 0,403$  при  $P < 0,01$ ). По данным сонографического исследования частота встречаемости и степень уплотнения поджелудочной железы без каких-либо клинических проявлений ее болезни коррелирует с увеличением Т-тр и Т-общих лимфоцитов ( $\gamma = 0,308$ ,  $\gamma = 0,395$ , при  $P < 0,01$ ). При кистах печени снижение фагоцитарного показателя и фагоцитарного числа, встречаются чаще и поэтому их корреляционные связи обратные ( $\gamma = -0,341$ ,  $\gamma = -0,323$  при  $P < 0,01$  и  $P < 0,05$  соответственно), относительное количество Т-тр (в %) с этим заболеванием находится в прямом корреляционном соотношении ( $\gamma = 0,314$  при  $P < 0,05$ ). Неинфекционные колиты возрастают у ликвидаторов 1986-1987 гг. при высоком содержании в крови циркулирующих иммунных комплексов ( $\gamma = 0,388$  при  $P < 0,05$ ) и при падении относительного количества Т-тч лимфоцитов ( $\gamma = -0,308$  при  $P < 0,05$ ).

Наши данные о более выраженной ингибции Т- и В-клеточного иммунитета, а также факторов неспецифической резистентности у ликвидаторов с сочетанной патологией (заболевания желудочно-кишечного тракта + ИБС) в сравнении с группой лиц, страдающих аналогичными заболеваниями, но имеющих благоприятный радиационный анамнез, подтверждают роль радиации в инициации иммунной недостаточности.

Наряду с этим выявление у ликвидаторов разнообразных корреляционных связей между частотой того или иного заболевания органов пищеварения и изменением того или иного иммунологического показателя указывает на зависимость характера и выраженности иммунологических сдвигов от нозологической формы заболевания. Так, при эрозивном гастрите и язве двенадцатиперстной кишки (природа этих заболеваний чаще инфекционная) встречается снижение количества Т- и В-лимфоцитов, фагоцитарного показателя и числа, что отражается в наличии обратной корреляционной связи между ними. В то же время при неинфекционном колите (природа этого заболевания чаще связана с аутоиммунными процессами) выявлена прямая корреляция с высоким содержанием циркулирующих иммунных комплексов и обратная корреляция с низким содержанием Т-тч лимфоцитов.

Известно, что снижение относительного и абсолютного количества Т- и В-лимфоцитов, фагоцитарного показателя и числа указывает на наличие иммунной недостаточности, обуславливающей развитие острых и хронических инфекционных заболеваний [1,2,3,8].

Выявление высокого содержания ЦИК на фоне снижения количества лимфоцитов с супрессорной активностью свидетельствует о наличии заболеваний аллерго-аутоиммунной природы или вероятности их развития.

Выше приведенное подтверждает тот факт, что изучение иммунной системы, в том числе и выявление корреляционных связей между той или иной патологией органов пищеварения и иммунологическими показателями, может иметь диагностическое и прогностическое значение, а также способствовать разработке оптимальных методов иммунокоррекции заболеваний ЖКТ у ликвидаторов.

**Выводы.** 1. У ликвидаторов с ишемической болезнью сердца имеющих различные заболевания органов пищеварения, в отдаленные сроки после аварии на ЧАЭС (через 32 лет) регистрируются изменения в иммунной системе, вызванные облучением.

2. Характер иммунологических сдвигов у ликвидаторов с ишемической болезнью сердца зависит от нозологической формы заболевания органов пищеварения, что находит выражение в разных корреляционных взаимосвязях между ними.

### Список литературы

1. Новиков, Д.К., Новикова, В.И. Клеточные методы иммунодиагностики. - Минск, 1979. - 185 с.
2. Караулов, А.В. Клиническая иммунология. - М., 1999. -603 с.
3. Смирнов, В.С., Ващенко, В.И., Морозов, В.Г. Состояние иммунной системы у людей через 2 года после воздействия факторов радиационной аварии. // Иммунология. - 1990.-№ 6. - С. 63-65.
4. Любченко, П.Н., Юрина, Т.М., Дубинина, Е.Б., Шабалин, В.Н. Динамика некоторых показателей иммунитета у мужчин, участвовавших в ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС в 1986-1987гг. // Иммунология. - 1994.-№ 3. - С. 53-55.
5. Смирнов, В.С., Шубин, В.М., Сосюкин, А.Е. и др. // Иммунодефицитные состояния. - СПб.,2000. - С. 293-335.
6. Савина, Н.П. Поздний пострadiационный иммунодефицит как нарушение эндокринного контроля и функции тимуса: роль межсистемных взаимодействий //Медицинская радиология и радиационная безопасность. - 1999. - № 1. - С. 44-63.

## HERPES ZOSTER КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

*Мирзоева М.Т., Исаева М.С.*

Государственное учреждение «Медицинский центр исполнительного аппарата Президента  
Республики Таджикистан

Кафедра дерматовенерологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Herpes Zoster продолжает оставаться одной из актуальных проблем современной медицины. Заболевание встречается среди всех возрастных групп - от первых месяцев жизни до пожилого и старческого [1]. Herpes Zoster распространён во всех странах мира в том числе и в Республике Таджикистан [2,3]. Клинические проявления Herpes Zoster вариabильны поэтому диагностическая и лечебная тактика врачей в отношении больных с Herpes Zoster не однозначны. Дерматоз часто диагностируется несвоевременно, особенно в прегерпетической стадии и в период реконвалесценции, что часто приводит к диагностическим ошибкам, несвоевременной терапии и снижению её эффективности. Нередко больные госпитализируются в инфекционные, терапевтические и неврологические отделения. В связи с этим изучение особенностей клинического течения Herpes Zoster является весьма актуальной.

**Цель исследования** - изучить особенности клинического течения Herpes Zoster в Таджикистане.

**Материал и методы исследования.** Углубленное клиническое исследование было проведено 90 больным с Herpes Zoster. Все больные находились на стационарном лечении в клинике кожных болезней г. Душанбе. Больные были в возрасте от 5 до 85 лет. Из общего количества больных мужчин было 52 (57,8%), женщин 38 (42,2%).

**Результаты исследования и их обсуждения.** Результаты исследования показали, что из 90 больных у 18 (20,0%) выявлена эритематозно-везикулёзная форма Herpes Zoster, у 25 (27,8%) - геморрагическая, у 12 (13,3%) - гангренозная, у 22 (24,4%) - буллёзная и у 13 (14,5%) – генерализованная. У всех заболевание было первичным (Рис.1).

Как видно из рисунка по нашим данным чаще регистрируется буллёзная и геморрагическая форма дерматоза.

Подавляющее число больных были в возрасте старше 50 лет (53,3%). Средняя продолжительность заболевания у большинства пациентов варьировала от 12 до 15 дней.

Городские жители составили 66,7%, сельские - 33,3%.



Рис. 1. Распределение больных Herpes Zoster по клиническим формам болезни

Анализ исследуемой группы по признаку профессиональной занятости показал, что среди мужчин преобладали пенсионеры и занимающиеся мелким бизнесом (рис.2).



Рис. 2. Контингент больных мужчин Herpes Zoster по социальному статусу

Среди женщин преобладали домохозяйки и пенсионеры (рис. 3).



Рис. 3. Контингент больных женщин Herpes Zoster по социальному статусу

У всех больных начальный период проявлялся продромальными признаками: сильная боль, лихорадка, недомогание, жжение, зуд. Продолжительность начального периода варьировала от 1 до 3-4 суток. Затем появлялись высыпания.

При эритематозно-везикулёзной форме Herpes Zoster очаги поражения были односторонними, по ходу нервных стволов, в очагах наблюдались везикулы диаметром до 1 см с серозным, местами гнойным или геморрагическим содержимым, имеющими склонность к сливанию. Высыпания отмечались на фоне яркой эритемы и отёчности.

При геморрагической форме Herpes Zoster наблюдалась отёчность с яркой эритемой. На фоне яркой эритемы и отёчности имелись множество сгруппированных везикул, диаметр везикул 0,5 см, содержимое серозно – геморрагическое. Многие везикулы вскрываясь эрозивались. Эрозии покрыты геморрагическими корками.

Что касается, генерализованной формы Herpes Zoster, то высыпания не ограничивались одной зоной иннервации нервного ствола, а распространялись на значительные участки кожного покрова, чаще располагались симметрично.

У больных с гангренозной формой Herpes Zoster наблюдалась выраженная отёчность, эритема. На этом фоне имелись множество сгруппированных везикул и булл, содержимое их местами гнойное, местами серозно-геморрагическое. Многие элементы вскрывшись образовали эрозии и язвы, покрытые массивными желтовато-коричневыми корками. В очагах поражения при буллёзной форме Herpes Zoster на фоне гиперемии и отёчности имелись множество сгруппированных булл с напряжённой покрывшей их имеющие склонность к сливанию.

Таким образом, результаты наших исследований показали, что Herpes Zoster чаще регистрируется, в старших возрастных группах (53,3%). Мужчины болеют чаще женщин (57,8% против 42,2%). Клинически чаще наблюдается геморрагическая и буллёзная форма Herpes Zoster (52,2%).

## Список литературы

1. Cohrs RJ. Distribution of latent herpes simplex virus type - 1 and, varicella zoster virus DNA in human trigeminal ganglia / R. J. Cohrs, J J. Laguardia, D. Gil- den // Virus Genes. - 2005. - Vol. 31, № 2. - P. 223-227.
2. Kennedy P.G.E. Latent Varicella - Zoster virus in human dorsal root ganglia / P.G.E. Kennedy, E. Grinfeld, J.W. Gow // Virology. - 1999. - Vol. 258, № 2. - P. 451-454.
3. Leung A.K. Herpes zoster in childhood / A.K. Leung, W.L. Robson, A.G. Leong // J. Pediatr. Health Care. - 2006. - Vol. 20, № 5. - P. 300-3.

## НЕКОТОРЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВЫБОР СПЕЦИАЛЬНОСТИ «СЕМЕЙНЫЙ ВРАЧ»

*Мирзокалонова М.Дж., Носирова М.П., Курбонов З.К.*

Кафедра семейной медицины №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

**Актуальность.** Предполагается, что внедрение семейной медицины (СМ) способствует приближению оказания медицинской помощи населению, делает ее более доступной, качественной и эффективной. Согласно приказам и другим регламентирующим документам Правительства Республики Таджикистан (РТ) и Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ, более 10 лет в республике внедряются принципы семейной медицины. Оказание медицинской помощи по принципу семейного врача позволяет снизить уровень смертности, заболеваемости, инвалидности и предотвратить осложнения болезней, а также улучшает качество медицинских услуг, оказываемых населению [2]. Результаты данного исследования позволяют определить факторы, влияющие на выбор студентами специальности «семейный врач», что в свою очередь может оказать влияние на индикаторы работы первичного звена и качество оказания медицинских услуг [1,3].

**Цель исследования** – изучить мнение выпускников Таджикского государственного медицинского университета (ТГМУ) о профессиональной подготовке по специальности «семейный врач» (СВ). Определить факторы, которые оказали наибольшее прогностическое значение в выборе данной специальности.

**Материал и методы исследования.** Проведено анкетирование студентов-медиков, анализ анкетных данных и их качественное описание. Анкетированием было охвачено 387 выпускников ТГМУ. Респонденты отвечали на вопросы согласно предварительно разработанной анкете-вопроснику.

Сбор данных явился одной из важных составляющих настоящего исследования и послужил ориентиром для определения положительной и негативной картины, которая сложилась в настоящее время и отображает реальную ситуацию желания выпускников в выборе специальности семейного врача.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Проведено проспективное исследование среди выпускников ТГМУ в 2018 году. Анкета состояла из 18 вопросов, на которые были получены нижеследующие ответы.

1. На вопрос «Какую специальность Вы бы хотели выбрать?», ответили все 387 респондентов, из которых почти половина (189-49%) студентов выбрали специальность акушер-гинеколога и хирурга и только 20 респондентов (5,2%), хотели стать семейным врачом.

2. На вопрос «Ваша мотивация при выборе профессии?», в большинстве случаев отвечено - собственное желание (323-83,5%), а для 24 респондентов (6,2%) важным является - карьерный рост.

3. На вопрос «Есть ли у Вас желание по окончании ВУЗа уехать за пределы РТ?», 155 респондентов (40%) ответили положительно и 141 (36,5%) отрицательно, а некоторая часть, (23,5% - 91) студентов ещё не решили.

4. На вопрос «Каковы причины отъезда за пределы РТ?» Половина респондентов (56% - 87) ответили из-за семейных обстоятельств, третья часть (29%-45) - из-за материальных проблем и 15% (23) респондентов ответили для повышения квалификации.

5. На вопрос «Для выбора специальности, какие факторы для Вас важны?» 112 (28,9%) студентов считают важным квалификацию врачей, 87 (22,5%) - оснащение, оборудование, 83 (21,4%) - условия работы, 62 (16%) - профессиональный рост, 43 (11,2%) - заработную плату. На этот вопрос респонденты выбирали по несколько ответов.

6. На вопрос «Какие специальности в учреждениях ПМСП заменяет семейный врач?», 144 респондентов ответили – терапевта, 87 – педиатра, 80 – акушер-гинеколога, 20 – хирурга, 20 – ЛОР-врача, 12 – невропатолога, 8 – инфекциониста, 7 – психиатра, 5 – фтизиатра, 4 – нарколога.

7. На вопрос «Почему Вы не выбрали специальность семейного врача?» 177 (45,7%) респондентов указали на большой объем и 152 (39,3%) на сложность работы семейного врача, 58 (15%) - студентов отмечали по несколько причин.

8. На вопрос «Какая, ещё, по Вашему мнению, должна быть мотивация выбора специальности семейного врача?» 172 (50%) респондентов считают главной мотивацией большой размер заработной платы и 120 (36%) из них отметили выделение земельного участка.

9. Далее вопрос «Является ли специальность семейного врача в РТ престижной?» Ответили всего 357 респондентов, больше половины, из которых (63% - 224 выпускника) считают её непрестижной.

10. Затем на вопрос «Чем отличается профессия семейного врача от других профессий?», 51% (96) респондентов отметили многопрофильность, 42% (79) считают наличие объемной работы, а 4 респондента считают, что население не уважительно относится к этой специальности.

11. На вопрос «Считаете ли Вы достаточными программу и объём часов, выделенных на обучение семейных врачей?» Ответили 271 респондентов и больше половины из них 169 (62%) считают недостаточными программу и количество выделенных часов на эту дисциплину.

12. На вопрос «Имеет ли для Вас значение, где находится медицинское учреждение?» Всего ответили 247 респондентов, и для 76% (187) респондентов имеет большое значение если оно находится в городе, а для 24% (60) не имеет значения.

13. На вопрос «Где бы Вы хотели работать по избранной профессии?» Из 377 ответивших респондентов, только 1,3% (5) ответили, что хотели бы работать в амбулаторно-поликлинических учреждениях, 22,5% (85) респондентов ответили по направлению МЗ и СЗН РТ. Больше половины респондентов 53,8% хотят работать в городе.

14. Далее вопрос «В какой степени важна для Вас специальность семейного врача?» ответы были следующие: в основном респонденты затруднились ответить - 36% (131) и только для 11% (38) респондентов крайне важна, а для 9% (32) совершенно не имеет никакого значения специальность семейного врача.

15. Следующий вопрос выпускникам, выбравшим данную специальность «Чем в первую очередь Вы руководствуетесь при выборе специальности семейного врача?» ответы были следующие: большая часть респондентов 37% возможностью реализовать свои знания, 33,4% - на заработной плате, а на возможность выезда за пределы РТ ориентируется 11% респондентов.

16. На вопрос «Какова главная причина, по которой Вы выбрали именно специальность семейного врача?» меня заставили – 105(27.1%), самая востребованная - 99 (25.4%), имеются необходимые условия работы – 69(18%), высокая заработная плата - 61(15.7%), хорошая репутация - 53 (13%).

17. На вопрос «Где бы Вы хотели работать в частном или государственном учреждении?» ответили 130 респондентов и больше половины из них – 53% (69) хотели бы работать в государственном, а 47% (61) студентов-медиков ответили в частном учреждении.

18. Далее вопрос «Какие пациенты обращаются к семейному врачу?» Ответили 377 респондентов, из них большинство - 79% (298) считают, что все различные больные, а 13% респондентов считают, что обращаются только малоимущие пациенты.

**Вывод.** 1. Анализ анкет-опросников студентов ТГМУ позволяет сделать вывод, что на выбор специальности у студентов-медиков оказывает влияние размер зарплаты - 36%, условия работы-18% и карьерный рост-16%.

2. Специальность семейного врача у студентов медиков считается непрестижной в 63% случаев, возможно из-за большого объема работы, неуважительного отношения населения.

3. Из 271-респондентов, ответивших на вопрос, 62% считают, что программа обучения СМ является недостаточной, а количество часов, выделенных на эту дисциплину снижено.

#### Список литературы

1. Программный Документ EQUIP (Европейская Ассоциация по Качеству общей врачебной практики / Семейной медицины) и EURACT (Европейская академия преподавателей общей врачебной практики) // 2002. [Электронный ресурс] <https://euract.voncaeurore.org> (дата обращения: 17-21.09.2019)
2. Зарипов С.З. К вопросу об аттестации врачей-специалистов системы здравоохранения Республики Таджикистан // Журнал «Здравоохранение Таджикистана» // С.З. Зарипов. 2005. №3. С. 11-14.
3. Лазарева, Л.А. Анализ заболеваемости детей и подростков болезнями пищеварения. / Л.А.Лазарева, Е.В.Гордеева // Медицинские науки. – 2015. - №1 (55). 2015. С.123-126.

#### ВЛИЯНИЕ СТАНДАРТНОЙ И КЛЕТОЧНОЙ ТЕРАПИИ НА ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СЕРДЦА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА

*Муминджонов С.А., Юнусов И.А., Одинаев Ш.Ф., Карим-заде Б.Д.*

Лаборатория стволовых клеток ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Кафедра внутренних болезней № 1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** На сегодняшний день клеточная терапия является одним из перспективных направлений в медицине, в том числе при лечении ишемической болезни сердца. К настоящему времени доказана способность аутологичных взрослых стволовых клеток костно-мозгового происхождения участвовать в процессах репарации при повреждении миокарда [1-2]. Гемопозитические стволовые клетки костного мозга (CD133+) могут дифференцироваться в несколько типов клеток сердца, в том числе в кардиомиоциты и эндотелиальные клетки, которые дают старт неоангиогенезу стимулируя регенерацию миокарда. Эти клетки характеризуются высоким потенциалом плюрипотентной активности и могут участвовать в ремоделировании тканей и секреции факторов роста, в том числе фактора роста эндотелия сосудов (VEGF) аутокринным или паракринным образом. Уже доказано, что использование стволовых клеток приведет к уменьшению размера рубца и регенерации поврежденного миокарда и таким образом улучшается насосная функция сердца [3]. Кроме того, успех зависит от качества (источник клеток предшественников) и количества клеток.

**Цель исследования:** оценить эффективность медикаментозной и клеточной терапии с использованием гемопозитических стволовых клеток (- CD 133+) при лечении инфаркта миокарда.

**Материалы и методы исследования.** Обследовались 30 пациентов с диагнозом ишемической болезни сердца. 15 из них получали стандартный протокол лечения (контрольная группа), еще 15 человек получили терапию стволовыми клетками костного мозга. Гемопозитические стволовые клетки CD133 выделяли из мононуклеарных клеток костного мозга и инъецировали внутриаартериально в коронарные артерии при ангиографии в средней дозе 5 мл суспензии, содержащей 0,8-1,5 млн клеток. Все пациенты второй группы в течение двух месяцев получали 0,75 мг / день эстрадиола. Клиническое обследование и текущие тесты, такие как ЭКГ, фракция выброса левого желудочка, конечный систолический объем и конечный диастолический объем были проведены в обеих группах. Среди обследованных преобладали мужчины – 26 (86.6%) больных (средний возраст 60 лет) и 4 (13.3%) женщины (возраст 53 года). Средняя продолжительность ИБС составила у мужчин 4,7±0,5 года, у женщин – 5,2±0,4.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Результаты исследования позволяют нам регистрировать улучшение клинической симптоматики, начиная с трех месяцев после инфузии стволовых клеток. Большая часть паци-

ентов во второй группе (10 пациентов) отмечала улучшение общего физического состояния, повышение работоспособности, физической активности и выносливости. В данной группе у многих пациентов отмечали снижение поддерживающих доз спазмолитических препаратов (нитратов), а у остальных исчезла необходимость принимать нитроглицерин. Два пациента в контрольной группе умерли от повторного инфаркта. Для оценки состояния гемодинамики ФВЛЖ, КСО и КДО были исследованы в обеих группах. Так, во второй группе ФВЛЖ составила  $50\pm 9\%$  и  $58\pm 9\%$  до и после лечения соответственно. КСО до лечения составил  $109\pm 22$  мл и после лечения  $109\pm 25$  мл. КДО составил  $75\pm 19$  мл и  $64\pm 18$  мл до и после лечения соответственно (таблица 1).

**Таблица 1. - Гемодинамические показатели в исследуемой группе**

Показатель	До клеточной терапии	После клеточной терапии	достоверность
ФВЛЖ (%)	$50\pm 9$	$58\pm 9$	$p<0,001$
КСО (мл)	$109\pm 22$	$109\pm 25$	$p=0,45$
КДО (мл)	$75\pm 19$	$64\pm 18$	$p<0,001$

В контрольной группе ФВ составила  $51\pm 8\%$  и  $59\pm 10\%$  до и после лечения соответственно. КСО до лечения составил  $110\pm 24$  мл. и после лечения  $112\pm 25$  мл.. КДО составил  $77\pm 17$  мл. и  $57\pm 18$  мл. до и после лечения соответственно (таблица 2).

**Таблица 2. - Гемодинамические показатели в контрольной группе**

Показатель	До клеточной терапии	После клеточной терапии	достоверность
ФВЛЖ (%)	$51\pm 8$	$59\pm 10$	$p<0,001$
КСО (мл)	$110\pm 24$	$112\pm 25$	$p=0,45$
КДО (мл)	$77\pm 17$	$57\pm 18$	$p<0,001$

Подводя итоги, «клеточную терапию» можно считать одним из вариантов лечения ИБС, что требует разработки специальной тактики, основанной на сочетанном применении медикаментозного лечения и трансплантации аутологичных стволовых клеток костного мозга. Одним из важным показателем проведенной клеточной терапии явилось отсутствие летальности на госпитальном и послегоспитальном периоде от влияния самих стволовых клеток, что позволяет говорить о безопасности использования костно-мозговых аутологичных клеток-предшественниц CD 133+ у больных с ишемической болезнью сердца.

#### **Выводы:**

1. После «клеточной терапии» с помощью аутологичных клеток-предшественниц CD 133+ достоверно улучшается ФВЛЖ и КДО, что свидетельствует о целесообразности использования скинтиграфии.
2. Улучшение локальной и глобальной сократимости миокарда, клинических и гемодинамических показателей после введения аутологичных клеток-предшественниц CD 133+ возможно свидетельствует о стимуляции регенераторных процессов в кардиомиоцитах при ишемическом некрозе миокарда.

#### **Список литературы**

1. Беленков, Ю.Н. Клеточная терапия в лечении хронической сердечной недостаточности: виды применяемых стволовых клеток, результаты последних клинических исследований / Ю.Н. Беленков, Е.В. Привалова, И.С. Чекнова // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. – 2008. – №5. – С. 4-18.
2. Стволовые клетки и их применение для регенерации миокарда / Беленков Ю.Н. [и др.] // Сердечная недостаточность. – 2003. – Т.4, №20. – С. 168-173.
3. Intracoronary Infusion of Autologous CD133+ Cells in Myocardial Infarction and Tracing by Tc99m MIBI Scintigraphy of the Heart Areas Involved in Cell Homing / U.A. Kurbonov [et al.] // Stem cell international. - 2013. - V.2013.
4. Муминджонов, С.А. Возможности клеточной терапии при ишемической болезни сердца / С.А. Муминджонов, М.А. Хидилов, Ш.Ф. Одинаев // Здравоохранение Таджикистана. – 2016. – №1. – С.61-67.

### **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК**

**Муминов Д.К.**

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г.Ташкент, Узбекистан

**Актуальность.** Пневмония – одна из важнейших проблем современного здравоохранения. Это заболевание представляет собой и финансовое и медико-социальное бремя. Как показал эпидемиологический анализ, пневмония продолжает занимать первое место среди инфекционных причин смерти, стойко занимая лидирующую позицию в течение уже более 30 лет [1,2]. Пациенты с диагнозом «пневмония» входят в группу повышенного риска по развитию внезапной остановки сердца вследствие гемодинамической, почечной недостаточности, нарушений метаболизма. Наличие заболеваний почек у больных пневмонией определяет течение и прогноз основного заболевания [2,3].

Поскольку в патогенезе повреждения легочной ткани, как и поражения почек при острой пневмонии одну из главных ролей играет активация перекисного окисления липидов, неразрывно связанная с воспалительной реакцией, логичным представляется использование антиоксидантов для контроля активности воспаления. Одним из перспективных препаратов является N-ацетилцистеин (АЦЦ) – источник глутатиона и цистеина [5].

**Цель исследования:** сравнительное изучение клинико-рентгенологических особенностей острой пневмонии у больных с исходно нормальной функцией почек и фоновой хронической болезнью почек.



**Материал и методы исследования.** В исследование были включены 120 больных острой пневмонией. Средний возраст больных составил  $48,46 \pm 3,78$  лет. 40 больных не имели в анамнезе почечной патологии (группа ОП), 80 больных страдали хронической болезнью почек (СКФ в течение 3 месяцев до развития пневмонии 30-60 мл / мин / 1,7 м<sup>2</sup>, группа ОП+ХБП). В качестве контрольной группы (КГ) было обследовано 20 здоровых добровольцев без признаков (в том числе и анамнестических) хронической почечной патологии и респираторной патологии. Все больные случайным образом были рандомизированы на 2 терапевтические группы: больные группы АЦ- (60 человек), которым проводилась стандартная терапия острой пневмонией, включающая антибиотики, отхаркивающие ЛС, бронхолитики, витамины, больные группы АЦ+ (60 человек) в схему терапии был дополнительно включен N-ацетилцистеин (АЦ) в виде внутривенных инфузий в дозе 900-1200 мг в сутки. Длительность терапии составляла 10-14 дней. Всем больным при поступлении проводилось полное клинико-диагностическое обследование. Верификация диагноза проводилась на основании рентгенографии грудной клетки.

**Результаты исследования и обсуждение.** Клинически у больных, включенных в исследование, отмечался интоксикационный синдром различной выраженности, кашель, боль в грудной клетке плевритического характера. Объективно регистрировалось локальное усиление голосового дрожания, притупление/тупость перкуторного звука, аускультативно – крепитация, звучные мелкопузырчатые сухие хрипы (табл 1).

Рентгенологически у всех больных выявлено односторонняя ограниченная инфильтрация легочной ткани с феноменом «воздушной бронхографии» на фоне инфильтрата. В процессе исследования рентгенологические признаки классифицировались как долевого инфильтрат, если границы инфильтрата ограничивались долей, и очаговый сливной, до 1/3 легочного поля и более 1/3 легочного поля [3].

В группе ОП+ХБП достоверно чаще встречалась очаговая сливная пневмония с большим объемом инфильтрата ( $p < 0,001$ ), что объясняет различие в физикальных данных. Так в этой группе больных достоверно чаще отмечались влажные хрипы при аускультации ( $p < 0,05$ ) и реже перкуторная тупость ( $p < 0,01$ ) и пальпаторно усиление голосового дрожания ( $p < 0,01$ ). Также в группе ОП+ХБП по сравнению с группой ОП реже встречалась лихорадка выше 38 градусов ( $p < 0,001$ ). Это, вероятно, связано с низкой активностью иммунной реакции в связи с ХБП. Также сниженная иммунная реактивность характерна для очаговой сливной пневмонии, в отличие от гиперэргической реакции иммунитета при крупозной пневмонии.

**Таблица 1. - Клинико-рентгенологическая картина острой пневмонии у больных в зависимости от наличия ХБП**

Признак	ОП+ХБП (n=80)	ОП (n=40)	Chi квадрат
Гипертермия	43 (53,75%)	34 (85%)	11,50, $p < 0,001$
Кашель	80 (100%)	40 (100%)	Нд
Боль в грудной клетке	72 (90%)	4 (10%)	73,22, $p < 0,001$
Усиление голосового дрожания	24 (30%)	24 (60%)	9,96, $p < 0,01$
Перкуторная тупость	36 (45%)	28 (70%)	6,76, $p < 0,01$
Влажные хрипы	62 (77,5%)	22 (55,0%)	6,33, $p < 0,05$
Крепитация	80 (100%)	40 (100%)	Нд
Долевой инфильтрат	24	28	
Очаговый менее 1/3	22	10	
Очаговый более 1/3	34	2	

В процессе терапии все больные были распределены на группы АЦЦ+ и АЦЦ-. В ходе исследования динамика изучаемых параметров оценивалась в сравнительном аспекте. Контрольная рентгенография проводилась на 10-14 день от начала антибиотикотерапии. Положительной динамикой считалось просветление зоны инфильтрата или уменьшение его площади на 50% и более, отрицательной динамикой – увеличение зоны инфильтрата и/или появление осложнений – абсцедирование, экссудативный плеврит, рентгенологическая картина, не соответствующая этим признакам – расценивалась как «без динамики» [4].

На фоне терапии у большинства больных острой пневмонией (78 из 120 больных, 65%) отмечается положительная клинико-рентгенологическая динамика, у 20 больных (16,67%) значительной динамики не наблюдалось и у 22 больных (18,22%) клинико-рентгенологическая динамика была отрицательной – размеры инфильтрата увеличивались, а у 9 больных (7,5%) отмечались осложнения (2 больных – абсцедирование, 7 – экссудативный плеврит). В группе ОП+ХБП положительная рентгенологическая и клиническая динамика отмечалась у 45 больных (56,25%), отрицательная – у 20 больных (25%) и без динамики – у 15 больных (18,75%). В группе ОП данное распределение составило, соответственно, 33 (82,5%), 5 (10%) и 2 (5%, хи квадрат=9,27,  $p < 0,01$ , табл. 2). Следовательно, отрицательная клинико-рентгенологическая динамика чаще отмечалась в группе больных, у которых ОП развивалась на фоне ХБП ( $p < 0,01$ ).

Распределение по терапевтическим группам обнаружило, среди больных, принимавших АЦЦ, положительная рентгенологическая динамика отмечалась достоверно чаще, чем у больных, не принимавших АЦЦ (49(81,67%)/5 (8,33%)/6(10%) против 29(48,33%)/17(28,33)/14(23,33%), хи квадрат=14,87,  $p < 0,001$ ). Причем положительный эффект АЦЦ был выражен только в группе ОП+ХБП (хи квадрат=15,29,  $p < 0,001$ ), а в группе ОП частотные различия рентгенологической динамики ОП были недостоверны (табл.2).

Распределение больных по рентгенологической характеристике ОП на три группы не выявило достоверной разницы по частоте различных типов динамики заболевания ни внутри каждой группы, ни в целом во всей когорте больных, включенных в исследование (хи квадрат=6,89, нд).

**Вывод.** Фоновая ХБП у больных ОП ассоциируется с развитием очаговой сливной пневмонии с крупными инфильтратами, гипергической реакцией организма. В процессе терапии отрицательная клиничко-рентгенологическая динамика чаще отмечалась в группе больных, у которых ОП развилась на фоне ХБП ( $p < 0,01$ ), причем в этой группе больных отрицательная динамика была чаще связана с отсутствием АЦЦ в составе комплексной терапии ( $p < 0,001$ ).

**Таблица 2. - Распределение больных в группах в зависимости от рентгенологической динамики ОП**

Группа по ХБП	Терап группа	Рентгенол. Характер	положительная динамика (n=78)	без динамики (n=20)	отрицательная динамика (n=22)	
		сливная более 1/3 (n=17)	14	1	2	
		<b>сливная менее 1/3 (n=12)</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	
		Долевая (n=11)	8	2	1	
	Хи квадрат по исходной рентгенологической картине=7,80, нд					
			сливная более 1/3 (n=17)	6	4	7
			сливная менее 1/3 (n=10)	3	2	5
			Долевая (n=13)	5	4	4
	Хи квадрат по исходной рентгенологической картине=7,85, нд					
	ОП+ХБП, Хи квадрат АЦЦ+/АЦЦ- =15,29, $p < 0,001$					
			сливная более 1/3 (n=1)	1	0	0
сливная менее 1/3 (n=4)			3	0	1	
Долевая (n=15)			14	1	0	
Хи квадрат по исходной рентгенологической картине=не определяется, нд						
			сливная более 1/3 (n=1)	1	0	0
			сливная менее 1/3 (n=6)	5	1	0
			Долевая (n=13)	9	3	1
Хи квадрат по исходной рентгенологической картине=не определяется, нд						
ОП, Хи квадрат АЦЦ+/АЦЦ- =2,07, $p > 0,05$						
Все больные, хи квадрат АЦЦ+/АЦЦ- =14,87, $p < 0,001$						
Все больные, хи квадрат ОП+ХБП/ОП=9,27, $p < 0,01$						
		сливная более 1/3 (n=36)	22	5	9	
		сливная менее 1/3 (n=32)	20	5	7	
		Долевая (n=52)	36	10	6	
Все больные, Хи квадрат по исходной рентгенологической картине=6,89, $p > 0,05$						

#### Список литературы

- Hansen V, Oren E, Dennis LK, Brown HE. Infectious Disease Mortality Trends in the United States, 1980-2014. JAMA. 2016;316:2149–2151.
- Jain S, Self WH, Wunderink RG, Fakhran S, Balk R, Bramley AM, Reed C, Grijalva CG, Anderson EJ, Courtney DM, Chappell JD, Qi C, Hart EM, Carroll F, Trabue C, Donnelly HK, Williams DJ, Zhu Y, Arnold SR, Ampofo K, Waterer GW, Levine M, Lindstrom S, Winchell JM, Katz JM, Erdman D, Schneider E, Hicks LA, McCullers JA, Pavia AT, Edwards KM, Finelli L, Team CES. Community-Acquired Pneumonia Requiring Hospitalization among U.S. Adults N Engl J Med. 2015;373:415–427
- Community acquired pneumonia guidelines//Infectious Disease Advisor.-January 08, 2018
- Quinton LJ, Mizgerd JP. Dynamics of lung defense in pneumonia: resistance, resilience, and remodeling. Annu Rev Physiol. 2015;77:407–430.
- Zhang Q1,2, Ju Y1, Ma Y1, Wang T3. N-acetylcysteine improves oxidative stress and inflammatory response in patients with community acquired pneumonia: A randomized controlled trial.// Medicine (Baltimore). 2018 Nov; 97(45):e13087.

#### ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА СРЕДИ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 18 ДО 40 ЛЕТ

*Муниева С.Х., Самадзода У.С., Сайдалиева А.С.*

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии ГОУ «ИПО в СЗ РТ»,  
Городской центр профилактики и борьбе со СПИДом г. Душанбе. Таджикистан

**Актуальность.** Согласно статистике заболеваемости ВПЧ, в мире на 100 тыс. населения заражено от 15 до 50 человек. Около 30% населения не подозревает о наличии заболевания [1]. Причина – протекание болезни, без каких либо симптомов. Поставить диагноз ВПЧ обычно удается при случайном его обнаружении. Статистика ВПЧ показывает, что обычно вирус поражает людей в возрасте от 18 до 28 лет. Процент заражения подростков женского пола в некоторых популяциях составляет 82%. Риск заражения возрастает у молодых людей с активной половой позицией [6]. У 93% подтвержденных раковых заболеваний половых органов и области ануса находят именно папилломавирус. Статистика ВПЧ утверждает, что заразиться в 60% случаях можно при случайном сексе. Большому риску заражения половым путем подтверждены женщины [3].

Статистика ВПЧ в России, по сравнению с ЕС и Америкой не утешительна. Количество носителей папилломавируса в РФ составляет 15,9 чел. на 100 тыс. человек. В ЕС – 9,6, в США – 6,6 [2, 5]. По Республике Таджикистан таких исследований не проводилось.

Среди более, чем 100 типов ВПЧ, половые органы поражают около 40. Среди всех разновидностей штаммов ВПЧ, 16 и 18 типы выделяются как частотой встречаемости в мире, так и вероятностью того, что после заражения начнется процесс злокачественного перерождения. Хотя с положительным диагнозом на вирус папилломы человека вполне можно жить, важно знать, что делать при обнаружении на теле кондилом.

Течение ВПЧ у мужчин зачастую скрытое. Определить, что организм заражен папилломавирусом можно при появлении остроконечной кондиломы в области гениталий. При отсутствии лечения – образование может перерасти в рак полового члена или заднего прохода [4].

Если в клетки организма попало ДНК ВПЧ 16 типа, то при падении иммунитета на коже или слизистых начнется развитие остроконечных кондилом. 18 и 16 штаммы способны приводить к формированию и других образований, таких как плоские папилломы или бородавки. Однако самым характерным признаком этих типов ВПЧ остаются остроконечные кондиломы.

Подобные образования сильно выступают над кожей, нередко имеют ножку. Их цвет варьируется от розового до коричневого. Данный тип папиллом склонен быстро увеличиваться в размерах. Также на месте, где недавно был лишь один нарост, вскоре может появиться множество, которое начнет наслаиваться друг на друга. После этого кондиломы напоминают петушиные гребни или цветную капусту.

Если женщина заражается 16 или 18 штаммом ВПЧ, чаще всего она опасается появления рака шейки матки. Что касается мужчин, то для них болезнь может быть опасна изменениями в пенисе и анальном канале. В отсутствии лечения в этих зонах могут начаться онкологические процессы. Также под влиянием ВПЧ иногда развивается бовеноидный папулез. Данное заболевание проявляется темными папулами коричневых и фиолетовых оттенков, которые формируются на пенисе. Такая патология менее опасна, так как чаще всего имеет доброкачественное течение. Однако изредка бовеноидный папулез все же способен запустить злокачественные трансформации, которые считаются предраковым состоянием.

В редких случаях проявления болезни у мужчин способны исчезнуть сами по себе примерно в течение полу-года. В результате такого процесса сам человек становится носителем штамма ВПЧ, а также есть вероятность, что у него будут происходить рецидивы. Еще одна патология, с которой может столкнуться больной ВПЧ, это болезнь Боуэна. Ее симптомы напоминают красную чешуйчатую бляшку, которая медленно растет по головке члена.

**Цель исследования.** Определить частоту выявляемости папилломовирусных образований у молодых людей по обращаемости к врачу-дерматовенерологу.

**Материал и методы исследования.** За период с 2016 по 2018 годы в Городской центр кожных и венерических болезней г. Душанбе с различными дерматологическими процессами в области половых органов обратилось 382 пациента: в 2016 году – 98, в 2017 году – 117, в 2018 году – 167 больных.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Наиболее часто среди молодых людей выявляли паховую эпидермофитию, аллергические дерматиты, пиококковые поражения и вирус папилломы человека. Вирус папилломы человека был выявлен в 2016 году – у 26 обратившихся, в 2017 году – у 24, в 2018 году – у 29. Возраст обратившихся колебался от 18 до 40 лет. В возрасте от 18 до 25 лет было 22 пациента, от 26 до 32 лет было – 29 больных и в возрасте от 33 до 40 лет – 28 пациентов. У 45 больных наблюдалась генитальная локализация остроконечных кондилом (ОК), у 34 – экстрагенитальная. При генитальном расположении у 27 больных элементы ОК локализовались на теле полового члена (corpus penis), у 8 – в области венечной борозды (sulcus coronarius penis), у 4 – в области корня полового члена (radix penis), у 2 – у наружного отверстия мочеиспускательного канала (ostium urethrae externum), у 4 – в лобковой области (region pubis). У 19 больных с экстрагенитальной локализацией узелки ОК располагались в периаанальной области (region perianalis), у 15 – в промежности (perineum).

Клиника ОК характеризовалась папулами неправильной формы, величиной от булавочной головки до чечевицы, которые возвышались над поверхностью кожного покрова, располагались изолированно или группировались в количестве от 5 до 15 узелков, местами сливались в бляшки. Некоторые узелки имели вытянутую форму в виде сосочков, сливаясь, образовывали опухолевидные разрастания, напоминающие цветную капусту или петушиный гребень. Свежие элементы были от розового до серовато-красного цвета, относительно старые – от белесовато-телесного до красновато-коричневого. У большинства больных высыпания не сопровождалось субъективными ощущениями. У некоторых больных с локализацией высыпаний в периаанальной области и вентральной поверхности корня полового члена наблюдалась мацерация кожи, которая сопровождалась чувством жжения или зуда, дискомфортом.

Типичная клиническая форма ОК наблюдалась у 60,5% больных. Гиперкератотическая форма заболевания, которая была выявлена у 13,2% больных, характеризовалась узелками с выраженным гиперкератозом в виде роговых наслоений. Папулезный вариант ОК, обнаруженный у 15,8% больных, определялся небольшими папулами с гладкой, лишенной наслоений, поверхностью. Плоская форма дерматоза у 10,5% пациентов представлена была пятнами розово-коричневого цвета, почти не возвышавшимися над поверхностью кожи.

Все пациенты получили соответствующее лечение у дерматовенеролога по месту обращения.

**Выводы.** Недостаточно изучена распространенность вируса папилломы человека в мужской популяции и ассоциация папилломовирусной инфекции с патологическими изменениями в мочеполовой сфере, что требует дальнейшего определения потенциальной роли папилломавирусов.

#### Список литературы

1. Бакшеев С. Н., Руднева О. Д. Распространенность ВПЧ в мире и России // StatusPraesens. 2012. № 5 (11). С. 7-9.
2. Роговская С. И., Михеева И. В., Шипулина О. Ю., Минкина Г. Н., Минкина Г. Н., Подзолкова Н. М., Радзинский В. Е., Шипулин Г. А. Распространенность папилломовирусной инфекции в России // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2012. № 1. С. 25—33.

3. Шалгумбаева Г. М., Рахымбеков Т. К., Сагидулли-на Г. Г., Сандыбаев М. Н., Кырыкбаева С. С., Мусаханова А. К., Семенова Ю. М., Адиева М. К., Жумырбаева Н. А., Садыбекова Ж. Т., Слямханова Н. Б., Бай-бусинова А. Ж., Гржибовский А. М. Заболеваемость и смертность от рака шейки матки в 2008-2012 годах на территории, прилегающей к бывшему Семипалатинскому ядерному полигону // Экология человека. 2014. № 5. С. 41-47.
4. Каприн А.Д., Трушина О.И., Новикова Е.Г., Костин А.А., Муминов Ж.Б., Асратов А.Т. Актуальность поиска новых возможностей профилактики ВПЧ – ассоциированной доброкачественной и злокачественной патологии органов женской и мужской мочеполовой сферы // Экспериментальная и клиническая урология. 2014 № 3. С.92-96
5. Hristova L, Nakana M. Effect on screening for cervical cancer in the Nordic countries on deaths, cost and quality of life up to year 2017 // ActaOncol. 1997. Vol. 36(9). P. 1-60.
6. C Kitchener H, Canfell K, Gilham C, Sargent A, Roberts C, Desai M, Peto J. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of primary human papillomavirus cervical screening in England: extended follow-up of the ARTISTIC randomised trial cohort through three screening rounds.// Health Technol Assess. 2014. Vol. 18, N 23. P. 1-196.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

*Муравицкая М.Н., Посметьева О.С., Ханина Е.А., Ковалева Л.П.*

Кафедра поликлинической терапии ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России. Россия

**Актуальность.** Инфаркт миокарда (ИМ), являясь одним из самых тяжелых и драматических осложнений ИБС, значительно ухудшает прогноз жизни больных. 5-18% больных умирает в острой стадии этого заболевания [5]. Однако и больные, выжившие после острого инфаркта миокарда (ОИМ), имеют весьма неблагоприятный прогноз жизни, смертность в первые 3-5 лет после перенесенного ИМ достигает 30-45% [5].

В РФ ежегодно регистрируют 450 тысяч случаев ОНМК. 80% людей при этом остаются инвалидами, из которых 55% не удовлетворены вопросом реабилитационных мероприятий и медикаментозного обеспечения, предлагаемые практическим здравоохранением [1, 2, 3, 4].

**Цель исследования:** оценить эффективность комплексной программы реабилитации больных с хроническими неинфекционными заболеваниями на амбулаторном этапе.

### **Задачи исследования:**

1. Проанализировать нозологическую структуру пациентов, получивших комплекс реабилитационных мероприятий на амбулаторно-поликлиническом этапе.

2. Определить категорию больных, у которых комплекс реабилитационных мероприятий был наиболее эффективен.

**Материалы и методы исследования.** Исследование проводилось на базе БУЗ ВО «ВГКП №4» г. Воронежа. Объект исследования – 1668 пациентов с ХНИЗ, получившие комплексную реабилитацию на амбулаторном этапе в 2017 году. Были проанализирована медицинская документация: карты амбулаторного пациента, выписки из истории болезни стационарного больного. Проведен анализ видов и методов реабилитации, дана оценка ее эффективности.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Из 1668 амбулаторных пациентов мужчин было 889 (53,3%), средний возраст которых составил 58 лет; женщин – 779 (46,7%), средний возраст – 52 года.

Комплексная программа медицинской реабилитации включала следующие методы: медикаментозное лечение, психологическую коррекцию, арт-терапию, логопедическая коррекцию, ЛФК, массаж, физические методы (физиотерапию: лекарственный электрофорез, импульсную, высокочастотную, ультразвуковую терапию, низкочастотную магнито- и лазеротерапию, светотерапию, дарсонвализацию), механические методы (механотерапию, эрготерапию). Нозологическая структура больных, получивших в 2017 г. комплекс реабилитационных мероприятий в условиях амбулаторно-поликлинического звена: с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) – 183 пациента (11%), заболеваниями ЦНС (кроме ОНМК) – 292 (17,5%), периферической нервной системы – 25 (1,5%), системы кровообращения – 225 (13,5%), костно-мышечной системы – 584 (35%), органов дыхания – 159 (9,5%), органов пищеварения – 200 (12%).

После проведения комплекса реабилитационных мероприятий была оценена их эффективность по двум критериям: по степени нарушения функции и возможности ее компенсации с помощью медико-технологических средств. У пациентов оценивался функциональный класс (ФК) по 5-ти бальной системе, принятой за 100%, до и после проведения реабилитационных мероприятий.

Из числа лиц с ОНМК после проведения комплекса реабилитационных мероприятий у 97,3% пациентов отмечалось понижение ФК на 1 балл; без перемен – у 2,7% больных.

У 94,8% больных, перенесших инфаркт миокарда, после проведения комплексной реабилитации имело место понижение ФК на 1 балл; у 5,2% – без перемен.

### **Выводы:**

1. Нозологическая структура пациентов, получивших комплекс реабилитационных мероприятий на амбулаторно-поликлиническом этапе: большинство пациентов было с заболеваниями костно-мышечной системы – 35%, нервной системы (30%), системы кровообращения – 13,5%.

2. На амбулаторном этапе в 2017 году больным с ХНИЗ был эффективно проведен комплекс реабилитационных мероприятий: у 97,3% пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения и у 94,8% больных, перенесших инфаркт миокарда.

## Список литературы

1. Александров, В. В. Основы восстановительной медицины и физиотерапии: учеб. пособие / В. В. Александров. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 131 с.
2. Боголепова, А. Н. Постинсультные когнитивные нарушения и возможности их коррекции / А. Н. Боголепова // Медицинский совет. Неврология. - 2015. - № 5. - С. 24-27.
3. Мельникова, Е. А. Факторы, влияющие на восстановление больных с инсультом в процессе реабилитации / Е. А. Мельникова // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. - 2015. - № 5. - С. 4-11.
4. Петрова, А. К. Современные методы профилактики, лечения и реабилитации пациентов, перенесших инсульт / А. К. Петрова // Медсестра. - 2015. - № 4. - С. 26-30.
5. Реабилитация при заболеваниях сердечно-сосудистой системы / под ред. И. Н. Макаровой. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 304 с.

## АНАЛИЗ ПРИВЕРЖЕННОСТИ РАЗЛИЧНЫМ ВАРИАНТАМ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*Муравицкая М.Н., Посметьева О.С., Ханина Е.А., Ковалева Л.П.*

Кафедра поликлинической терапии ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России. Россия

**Актуальность:** В последние десятилетия интерес к проблеме приверженности антигипертензивной терапии среди ученых и врачей во всем мире все более возрастает в связи с ее актуальностью [1].

При наличии высокоэффективных антигипертензивных препаратов и назначении их в адекватных комбинациях на первый план выходит недостаточная приверженность пациентов проводимой медикаментозной терапии.

Приверженность лечению считается неудовлетворительной в том случае, когда пациент принимает 80% и менее или 120% и более доз назначенных на длительный период медикаментов [2].

Высокая приверженность к антигипертензивному лечению ассоциируется с 38% снижением риска сердечно-сосудистых осложнений по сравнению с низкой приверженностью. Поэтому необходимо выяснить причины низкой приверженности антигипертензивной терапии и разработать методы ее повышения.

**Цель исследования:** провести анализ приверженности различным вариантам терапии у больных гипертонической болезнью как критерия эффективности лечения на амбулаторно-поликлиническом этапе.

### Задачи исследования:

1. Выявить наличие взаимосвязи между половыми, возрастными особенностями больных гипертонической болезнью и степенью соответствия выполнения рекомендаций, полученным от участкового врача.

2. Оценить приверженность антигипертензивной терапии в зависимости от степени артериальной гипертензии.

3. Выяснить причины низкой приверженности антигипертензивной терапии среди амбулаторных пациентов.

**Материалы и методы исследования.** Исследование было проведено в БУЗ ВО «ВГП №10» Поликлиники №8.

Объект наблюдения – амбулаторные больные гипертонической болезнью (n = 40, где n – число респондентов) в возрасте 36 – 85 лет.

Для оценки комплаентности у пациентов с гипертонической болезнью был использован метод опроса больного. Врач выяснял, как пациент выполнял назначения, сделанные на прошлом визите, уточнял, были или нет побочные явления при приеме препаратов, удобна ли схема приема препаратов, и т.д. В случае невыполнения назначенных рекомендаций по приему врач выяснял причину, по которой пациент не принимал лекарства или изменил режим дозирования препарата. Если у больного имелись какие-либо причины скрывать несоблюдение рекомендаций по приему препаратов, то информация, полученная при опросе, могла быть необъективной. Поэтому опрос дополнялся применением опросника Мориски-Грина.



Рис.1. Оценка приверженности антигипертензивной терапии в зависимости от пола

Тест Мориски-Грина - валидированный опросник, содержащий 4 вопроса: 1) Забывали ли Вы когда-либо принять препараты? (забывал – 0 баллов, не забывал – 1 балл); 2) Относите ли Вы иногда невнимательно к часам приема лекарств? (да – 0 баллов, нет – 1 балл); 3) Не пропускаете ли Вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо? (пропускаю – 0 баллов, не пропускаю – 1 балл); 4) Если Вы чувствуете себя плохо после приема лекарств,

не пропускаете ли Вы следующий прием? (пропускаю – 0 баллов, не пропускаю – 1 балл). Комплаентными (приверженными антигипертензивной терапии) считались больные, набравшие 4 балла; недостаточно приверженными, - набравшие 3 балла, не приверженными считались пациенты, набравшие 2 и менее баллов.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Оценка приверженности антигипертензивной терапии проводилась в зависимости от пола и возраста больного, страдающего гипертонической болезнью.

Среди пациентов с гипертонической болезнью женщин было в 1,7 раза больше, чем мужчин, - 25 женщин (62,5%) и 15 мужчин (37,5%) соответственно.

У одной женщины (2,5%) и двух мужчин в возрасте 30-40 лет была выявлена гипертоническая болезнь; в возрасте 40-60 лет диагностирована у двух женщин (2,5%) и двух мужчин (2,5%); у лиц женского и мужского пола старше 60 лет распространенность гипертонической болезни, - 37,5% и 20% соответственно.

Анализируя опросник Мориски-Грина, использованных у пациентов с гипертонической болезнью, было установлено, что приверженных антигипертензивной терапии женщин было больше, чем мужчин – 26 женщин (65%) и 24 мужчины (60%) соответственно. Не соблюдавших рекомендации по лечению антигипертензивными препаратами, было 14 женщин (35%) и 16 мужчин (40%). Недостаточно приверженных антигипертензивной терапии среди пациентов обоого пола с гипертонической болезнью не было – см. рис. 1.

Сравнительный анализ приверженности антигипертензивной терапии у больных гипертонической болезнью в зависимости от возраста показал, что в возрасте до 60 лет среди лиц обоого пола не приверженных лечению больше, - 25 человек (62,5%), чем в возрасте старше 60 лет, - 8 человек (20,0%) – см. рис. 2. Недостаточно приверженных не наблюдалось.



Рис. 2. Приверженность антигипертензивной терапии в зависимости от возраста

Среди опрошенных пациентов с 1 степенью АГ приверженными терапии были 11 человек (27,5%); недостаточно приверженных не наблюдалось; не приверженными были 72,5% респондентов (см. рис. 3).

Среди больных со 2 степенью АГ приверженных терапии было 23 человека (57,5%); недостаточно приверженных не наблюдалось; 42,5% пациентов не были привержены терапии.

Среди опрошенных с 3 степенью АГ приверженными к терапии были 29 (72,5%) больных; не было недостаточно приверженных; 27,5% были не привержены терапии.

Амбулаторные больные гипертонической болезнью, согласно опроснику Мориски-Грина, чаще всего забывали принять когда-либо препарат (12 человек (30 %)) или пропускали прием препарата, если чувствовали себя хорошо (24 человека (60%)).



Рис. 3. Степень выраженности комплаенса у пациентов с гипертонической болезнью 1-3 степени

#### Выводы:

1. Согласно опроснику Мориски-Грина, у больных гипертонической болезнью приверженность терапии была выше у женщин, чем у мужчин. С возрастом приверженность антигипертензивной терапии у женщин и мужчин возрастает с 37,5% у лиц моложе 60 лет до 80,0% у лиц старше 60 лет.

2. С увеличением степени артериальной гипертензии в 2,6 раза возрастает степень приверженности пациентов антигипертензивной терапии: с 27,5% у больных с 1 степенью артериальной гипертензии до 72,5%, - у пациентов с 3 степенью артериальной гипертензии.

3. Основные причины низкой комплаентности у амбулаторных пациентов с гипертонической болезнью: больные забывают принимать лекарственные препараты и пропускают прием препарата, если чувствуют себя хорошо.

## Список литературы

1. Лукина, Ю. В. Шкала Мориски-Грина: плюсы и минусы универсального теста, работа над ошибками / Ю. В. Лукина, С. Ю. Марцевич, Н. П. Кутишенко // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2016. – Т. 12, №1. – С. 63 – 65.
2. Семенова, О. Н. Факторы, влияющие на приверженность к терапии : параметры ВОЗ и мнение пациентов кардиологического отделения / О. Н. Семенова, Е. А. Наумова // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2013. – №3. – С. 507-511.

## ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ У БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

*Муродов Н.М.*

Кафедры семейной медицины №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Бронхиальная астма (БА) является гетерогенным заболеванием, как правило, характеризующимся хроническим воспалением дыхательных путей и наличием таких симптомов, как свистящее дыхание, одышка, чувство сжатия в грудной клетке и кашель, с переменной частотой и интенсивностью, связанных с различным по степени нарушением экспираторного потока воздуха через дыхательные пути. Ограничение потока воздуха вызвано: спазмом гладких мышц и отеком слизистой оболочки бронхов, формированием слизистых пробок, а с течением времени, также с перестройкой стенки бронха [4].

Согласно последним данным ВОЗ, во всем мире от астмы страдают 235 миллионов человек [2].

Бронхиальная астма является проблемой общественного здравоохранения не только в странах с высоким уровнем дохода: она встречается во всех странах независимо от уровня развития. Более 80% случаев смерти от астмы приходится на страны с низким и средним уровнем дохода [5].

Гнойные заболевания мягких тканей (ГЗМТ) являются одним из наиболее распространенных заболеваний, имеющих тенденцию к прогрессивному росту. Частота ГЗМТ составляет до 1/3 хирургических заболеваний, поэтому имеет не только медицинскую, но и социально-экономическую значимость [1,3].

Анализируя зарубежную и отечественную литературу, можно выявить ссылки на множественные факторы риска, приводящие к развитию ГЗМТ, и соответственно множество методов лечения и профилактики гнойных ран при ГЗМТ в практике семейного врача [1:4]. В связи с этим представляется весьма актуальным и своевременным изучение частоты ГЗМТ у больных с бронхиальной астмой и основных ФР среди населения г. Душанбе во взаимосвязи с социально-бытовыми условиями.

**Цель исследования.** Изучение особенностей течения ГЗМТ во взаимосвязи с БА и на основе полученных данных разработать эффективные методы профилактики и лечения этой патологии в практике семейного врача.

**Материал и методы исследования.** В основе настоящей работы лежит анализ результатов комплексного обследования и лечения больных с ГЗМТ, обратившихся и лечившихся в хирургических отделениях поликлиники № 10, г. Душанбе в период 2015-2019гг. Под нашим наблюдением находились 600 больных в возрасте от 20 - 70 лет. Мужчин было 398 (66,3%), женщин – 202 (33,7%). С целью изучения взаимосвязи частоты ГЗМТ и бронхиальной астмы, всем пациентам проводилось тщательное клиническое обследование с учетом жалоб, анамнеза, данных объективных методов исследования. Учитывались данные представленных медицинских документов (амбулаторных карт, выписка из истории болезни, заключение специалистов и специальных методов исследований).

С целью изучения особенности клинического течения ГЗМТ, возникающее на фоне БА в амбулаторных условиях за период 2015-2019гг на основе амбулаторных карт больных, которые были разделены на две группы. 1-я группа (основная)-60 больных с ГЗМТ в сочетании с БА, 2-я группа (контрольная)-20 больных с ГЗМТ без сочетания с БА. В основной группе, мужчин было 39 (65%) и женщин 21 (35%), в контрольной группе мужчин было 12 (60%), женщин-8 (40%), в возрасте от 20-70лет.

Всем больным наряду с общеклиническими методами исследования проведены бактериологический и бактериоскопический анализы гноя, трехкратное исследование анализов мокроты, рентгенологический снимок грудной клетки, биохимический анализ крови, пикфлоуметрия, а также консультация пульмонолога.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Было проведено обследование 600 человек в возрасте от 20-70лет, из них мужчин 398 (66,3%), женщин-202 (33,7%), которые обратились в ГЦЗ № 10 за врачебной помощью по разным вопросам. Всем обратившимся, попутно было проведено комплекс обследований для выявления ГЗМТ у больных с бронхиальной астмой.

С целью изучения взаимосвязи ГЗМТ и БА обследованы 60 больных ГЗМТ, страдающих БА. Из общего количества больных мужчин-39 (65%), женщин-21 (35%). Среди больных преобладали пациенты с инфекционно-аллергической формой БА.

**Таблица 1. - Распределение ГЗМТ у больных бронхиальной астмы в зависимости от типа (n=40)**

Форма бронхиальной астмы	Мужчины	Женщины
Инфекционно-аллергическая	15(37.5%)	11(27.5%)
Неинфекционно-аллергическая (атопическая)	9(22.5%)	5(12.5%)
<b>ВСЕГО:</b>	<b>24(60%)</b>	<b>16(40%)</b>

Проведено изучение частоты и характера различных форм ГЗМТ у больных с бронхиальной астмой. Исследования показали, что среди пациентов с ГЗМТ, страдающих БА, наиболее часто встречаются больные с фурункулом (36,6%), гидроаденитом (10%), панарицием (28,3%), флегмоной (8,3%), абсцессом(13,3%) и карбункулом (3,3%) .

Для углубленного обследования были отобраны 60 больных с ГЗМТ, которые составили 40-основную группу и 20-контрольную группу. Из общего количества отобранных больных с БА с инфекционно-аллергической формой – был выявлен у 24 и неинфекционно-аллергической формой у 16 больных. Все больные с ГЗМТ находились под нашим наблюдением, в амбулаторных условиях (таблица 2).

**Таблица 2. - Частота и характер ГЗМТ у больных с бронхиальной астмой**

Диагноз заболевания	Количество больных	%
Фурункул	22	36,6
Карбункул	2	3,3
Абсцесс	8	13,3
Флегмона	5	8,3
Панариций	17	28,3
Гидраденит	6	10
<b>Всего:</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

#### **Лечение ГЗМТ у больных с бронхиальной астмой в практике семейного врача.**

Комплексное лечение больных с ГЗМТ проводилось в зависимости от формы и тяжести патологического процесса, наличия осложнений, характера сопутствующих заболеваний, состояния иммунной системы и уровня антиоксидантной защиты. Больных основной группы, в зависимости от тактики проведенного лечения, разделили на 2 подгруппы. В первую подгруппу были включены 60 пациентов с ГЗМТ, которым наряду с операцией проводилось консервативное лечение, направленное на снижение гнойно-воспалительного процесса и продуктов ПОЛ, повышение иммунитета и коррекцию сопутствующих патологий и местное применение левомеколевой мази.

У больных основной группы антибактериальная терапия проводилась с учетом роста и характера микрофлоры, их чувствительности к антибиотикам. Курс антибактериальной терапии составил 10 дней. У больных второй подгруппы, антибактериальная терапия проведена без учета чувствительности микробов к антибиотикам.

С целью повышения иммунологической реактивности организма в первой подгруппе больных применен иммуномодулятор имунал, по 3 капли x 3 раза в день перорально в течение 10 дней.

Антиоксидантная терапия проведена у всех больных первой подгруппы основной группы. При этом в качестве антиоксиданта был назначен 10% раствор токоферола ацетата по 1 мл 1 раза в день и аскорутин по 1 таблетке 3 раза в день в течение 10 дней [3]. Коррекция сопутствующих заболеваний проведена в зависимости от формы и характера патологии, ее осложнений и степени компенсации организма. При необходимости с целью коррекции сопутствующих патологий, проведена консультация соответствующих специалистов.

Больным ГЗМТ с сопутствующей бронхиальной астмой успех при проведении лечебных мероприятий в должной мере зависит от определения степени тяжести болезни (легкая, средняя и тяжелая). Важным аспектом при этом является оценка степени тяжести как самой болезни, так и обострения заболевания. Тяжесть течения болезни определяется на основе комплекса клинических, функциональных и лабораторных данных, включающих частоту, тяжесть, длительность приступов удушья или их эквивалентов, эффективности лечебных препаратов, а также результатов физического и инструментального обследования. Элиминационные режимы или мероприятия по контролю за окружающей средой являются одним из важнейших направлений в терапии бронхиальной астмы. Даже самые простейшие шаги по исключению наиболее распространенных аллергенов из окружающей среды, могут улучшить состояние больного. Базисная терапия больным проведена с применением мембраностабилизирующего препарата – интал (по 1-2 ингаляции 2-4 раза в сутки в течение не менее 1,5-2 мес.), ингаляционного-кортикостероиды и специфическая иммунотерапия. В качестве базисной (противорецидивной) терапии рассматриваются также теофиллины пролонгированного действия и антилейкотриеновые препараты.

Сравнительный анализ результатов лечения показал, что у больных с ГЗМТ, получавших комплексную терапию с применением антиоксидантов и Левомеколевой мази, улучшение общего состояния, уменьшение отека, гиперемия раны и гнойного отделяемого, нормализация показателей крови происходили на 2-3 сутки раньше, чем у леченных традиционными методами.

Таким образом, анализ результатов проведенных исследований показал, что БА среди больных ГЗМТ наблюдалась у 26 больных (65%) - инфекционно-аллергическая форма БА и 14 больных (35%) - неинфекционно-аллергическая форма БА, наиболее часто встречаются больные БА с ГЗМТ: фурункулом (36,6%), панарицием (28,3%), (среди которых больше преобладала инфекционно-аллергическая форма бронхиальной астмы).

**Вывод.** Предложенный нами метод (алгоритм) лечения больных с ГЗМТ у больных с бронхиальной астмой включает в комплексную терапию антиоксиданты, местное применение Левомеколевой мази и современную базисную терапию бронхиальной астмы, взятие на диспансерный учёт и способствованию значительному улучшению результатов лечения больных и его можно рекомендовать в практике семейного врача в амбулаторных условиях.

#### **Список литературы**

1. Кадырова, Д.А. Взаимосвязь заболеваний внутренних органов с гнойными заболеваниями мягких тканей и их профилактика в практике семейного врача / Д.А. Кадырова, Н.М. Муродов // Материалы 56-ой конф. ТГМУ «Перспективы развития семейной медицины в РТ». – Душанбе, 2008. - С.186-187.
2. Абаев, Ю.К. Современные особенности хирургической инфекции / Ю.К. Абаев // Вестник хирургии. - 2005. - №3. – С. 107-111.
3. Анаэробная неклостридиальная инфекция в гнойной хирургии / С.Е. Кулешов [и др.] // Хирургия. – 2006. - №2. - С. 153-154.



4. Высоцкая, А.Т. Иммунокорригирующая терапия в комплексном лечении ГЗМТ у больных с бронхиальной астмой: дис... канд. мед. наук / А.Т. Высоцкая - Воронеж, 2000. – 153 с.

## ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА И КЛИНИКО-ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГИПО-АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

*Мустафакулова Н.И., Файсал Сахрои, Мукарамова Д.Н., Зарипов Ф.М.*

Кафедра внутренних болезней №3 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Апластическая анемия — это вид злокачественной анемии, возникающий вследствие поражения красного костного мозга и, в частности, стволовых клеток крови [1]. В результате чего возникает дефицит всех элементов крови и всех типов клеток крови — панцитопения: дефицит эритроцитов, лейкоцитов, и тромбоцитов [2, 3]. Апластическая анемия означает неспособность стволовых клеток красного костного мозга генерировать зрелые клетки крови. Факторами риска развития апластической анемии являются: патологии иммунной системы, вирусы, влияние химических средств и радиации [4]. Однако в 50% случаев причины апластической анемии не известны (идиопатичная апластическая анемия) [5].

Для окончательной постановки диагноза необходима биопсия красного костного мозга. Нормальный костный мозг имеет 30-70% стволовых клеток, а при апластической анемии эти клетки исчезают и заполняются соединительной тканью [1].

**Целью нашего исследования** явилось установление этиологической структуры и клинико-гематологических особенностей гипо-апластической анемии в Республике Таджикистан.

Ретроспективно были проанализированы 97 историй болезней пациентов с гипо и апластической анемией в возрасте от 19 до 65 лет. Среди них лица с мужским полом составили 57(%), женского пола – 42(%). Группу контроля составили 50 пациентов с пернициозной анемией с аналогичным возрастом и полом.

Проведены общеклинические и биохимические методы исследования, состояние свёртывающей системы крови, ЭКГ, рентгенологические методы исследования.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В результате анализа историй болезней установлено, что у 67(69,0%) пациентов причина гипо и апластической анемии не установлена, 15,0% случаев были связаны с приёмом медикаментов (противотуберкулёзных препаратов, цитостатиков, левомецитина и бисептола) и перенесённых остропротекающих инфекционных заболеваний как бруцеллез (9,0%)

Таким образом, все пациенты с гипо-апластической анемией жаловались на головокружение, головные боли, появление кровоподтёков на коже туловища, рук живота и ног, похудание, снижение артериального давления.

При осмотре цвет кожи и видимые слизистые оболочки были бледные, наблюдались пастозность (19,0%) отечность лица (57,0%), голеней (56,0%) и стоп (69%). Из инфекционных осложнений встречались пневмония (67,0%), миокардит (45,0%), энтероколит (67,0%).

Со стороны ССС обнаружены синдром миокардиодистрофии в виде тахикардии, экстрасистолии, приглушенности тонов сердца, негромкого систолического шума в области верхушки и небольших расширений границ относительной сердечной тупости влево.

У всех пациентов язык был сухой, обложен белым налётом (78,0%), нередко наблюдалась трещина языка (33,0%).

У всех пациентов была выявлена панцитопения. Со стороны гематологических показателей была выявлена панцитопения,

В миелограмме был обнаружен мегалобластический тип кроветворения.

Таким образом, при гипо-апластической анемии главенствующую роль играют радиационное облучение, неадекватное применение лекарственных препаратов. Для раннего выявления клинико-лабораторных показателей и предотвращения инфекционных осложнений необходимо комплексное обследование пациентов и проведение своевременного лечения.

### Список литературы

1. Арчуадзе, Ш.З. Иммунологические аспекты патогенеза апластической анемии / Ш.З. Арчуадзе, Е.А. Михайлова, В.Г. Савченко // Проблемы гематологии и переливания крови. – 2005. - №1. – С.16-25.
2. Готман, Л.Н. Ранние компьютерно-томографические признаки в диагностике некоторых микозов легких при миелотоксическом агранулоцитозе / Л.Н. Готман, Г.А. Яцык, Г.А. Клясова. - Тер. архив. - 2008. - №80(7). - С.30.
3. Михайлова, Е.А. Апластическая анемия и вирусные гепатиты (постгепатитная апластическая анемия) / Е.А. Михайлова, В.Н. Ядрихинская, В.Г. Савченко // Тер. Архив. - 1999. - №71(7). - С. 64-69.
4. Minor population of CD55-CD59- blood cells predicts response to immunosuppressive therapy and prognosis in patients with aplastic anemia / C. Sugimori [et al.] // Blood. - 2006. - Vol.107. – P.1308-1314.
5. Nosocomial bloodstream infections in ICU and non-ICU patients / V. Suljagic [et al.] // Am J Infect Control. - 2005. - №33(6). – P.333-340.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕПАТОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ЛЕЙКЕМИЕЙ

*Мустафакулова Н.И., Мирзокаримова Н.С., Камолова Г.Н., Хасанов Дж.М., Ходжа Тодже Мухаммад*

Кафедра внутренних болезней №3 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Лейкемия – это злокачественное заболевание кроветворной системы, сопровождающееся поражением костного мозга. Острое и хроническое течение заболевания приводит к поражению разных органов и

функциональных систем [1]. Поражение гепаторенальной системы связано с лейкозной инфильтрацией, токсическим поражением полихимиотерапии и миелотоксичностью самого опухолевого процесса [2, 3]. Печень при нарушениях в костном мозге претерпевает определенные изменения, когда вероятны следующие симптомы: гепатомегалии, интоксикационного и геморрагического синдрома: слабость, потливость, лихорадка, озноб, быстрая утомляемость, спленомегалия, оссалгия, артралгия, миалгия, геморрагические высыпания на коже, снижение массы, снижение аппетита, вялость, увеличение лимфатических узлов [4].

Поражение почек чаще наблюдают в случае рецидива лейкоза или при терминальной стадии, которое обычно бывает двусторонним, почки увеличиваются в размере и определяются пальпаторно. В общем анализе мочи обнаруживают эритроцитурию, иногда, особенно на начальных стадиях поражения, макрогематурию. При остром течении лейкемии нередко поражение почек является единственным и первым проявлением заболевания, особенно когда картина крови не помогает в установлении диагноза [4, 5].

**Цель исследования.** Изучить особенности течения гепаторенального синдрома у пациентов с лейкемией.

**Материалы и методы исследования.** Под нашим наблюдением находились 73 больных с ОМЛ. Пациенты распределены на 2 группы: I группа с ОМЛ (43 больных) с гепаторенальным синдромом, в возрасте от 47 до 73 лет. Из них было 23 (53,4%) мужчины и 20 (46,5%) женщин, II группу сравнения составили пациенты с ОМЛ (30 больных) без гепаторенального синдрома с аналогичным возрастом, среди них мужчин было 17(56,6%), женщин – 13 чел. (43,3%). Контрольную группу составили 30 здоровых лиц. Диагноз ставился на основании жалоб, анамнеза, клинических, рентгенологических и лабораторных методов исследования (гемограмма, биохимические анализы крови, миелограмма). Пациенты получали полихимиотерапию (ПХТ).

**Результаты исследования и их обсуждение.** У пациентов I группы поражение печени и почек проявлялось в виде появления тяжести и болей в правом подреберье, тошноты, рвоты, снижения аппетита, горечи во рту, вздутия живота, поноса, кровотечения из носа и дёсен, геморрагических высыпаний и желтушности на коже, гепатомегалии, повышения температуры тела, гипербилирубинемии и гиперферментемии; болей в поясничной области, частого мочеиспускания, отёков в нижних конечностях, выраженной протеинурии, наличия гиалиновых, реже зернистых цилиндров.

По данным биохимического исследования у пациентов I группы достоверно был выше уровень креатинина ( $149,0 \pm 10,5$  и  $97,0 \pm 15,0$  мкмоль/л) и мочевины ( $19,6 \pm 1,3$  и  $7,6 \pm 1,7$  мкмоль/л), а также наличие гиперурикемии ( $779,0 \pm 57,0$  и  $430 \pm 39,0$  мкмоль/л.), чем у пациентов II группы. Артериальная гипертония (27 чел.; 62,7% против 7 чел. 23,3%) в 3,8 раза и почечная недостаточность (19 чел.; 44,1% против 3 чел.; 10,0%) в 4 раза чаще отмечались в I группе по сравнению со II группой.

**Вывод.** Поражение печени и почек развивается вследствие лейкозной инфильтрации и полихимиотерапии, оказывая отрицательное влияние на течение и прогноз лейкемии. В случаях токсического поражения печени и почек с признаками нарастания печеночной и почечной недостаточности необходимы временная отмена ПХТ и назначение кортикостероидной терапии.

#### Список литературы

1. Журавлева Л. А. Клинико-лабораторные особенности участия печени и почек в компенсаторно-приспособительных процессах у больных острым лейкозом, Саратов, 2004 г.
2. ЛА.Журавлева, Т.В.Чагорова, И.Л.Хайдурова. // Токсические осложнения при лечении гемобластозов. / Сборник тезисов научных докладов Областной научной конференции, посвященной 40-летию Пензенского общества терапевтов.- Пенза. - 1997.- С. 61.
3. Филиппова М.В. Морфологическое и функциональное состояние печени в ранние и отдаленные сроки после введения противоопухолевых препаратов: Автореф. дис канд. мед. наук. Томск, 1995. — 17 с.
4. Alexopoulou A., Deutsch M., Ageletopoulou J. et al. A fatal case of postinfantile giant cell hepatitis in a patients with chronic lymphocytic leukaemia // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. 2003. - V. 15. - № 5. - P. 551 -555.
5. Gorschluter M., Marklein G., Hofling K. et al. Abdominal infections in patients with acute leukaemia: a prospective study applying ultrasonography and microbiology // Br. J. Haematol. - 2002. - V. 117. - P. 351 - 358.

#### СОСТОЯНИЕ КАРДИОРЕНАЛЬНОЙ И ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С МИЕЛОМНОЙ БОЛЕЗНЬЮ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

*Мустафакулова Н.И., Абдуллаева С.Н., Холова Ш.К., Камолова Г.Н.*

Кафедра внутренних болезней №3 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Миеломная болезнь (МБ) является злокачественным заболеванием кроветворной системы (относится к подгруппе парапротеинемических гемобластозов), характеризуется опухолевым размножением клеток костного мозга – плазмочитов, которые постепенно разрушают кости и вызывают нарушения синтеза иммуноглобулинов [2, 5].

Факторами риска развития МБ являются: рентгеновские облучения, лекарственные средства, вирусные инфекции, туберкулез, стресс [5]. Под влиянием факторов риска в костном мозге из лимфоплазмочитарного ростка образуются патологические плазматические клетки. Плазматические клетки размножаясь постепенно начинают вытеснять нормальных предшественников клеток крови. После чего развивается панцитопения [1, 3].

В результате чего в трубчатых костях и суставах появляются оссалгии, повышается температура тела, падает вес тела, появляется прогрессирующая слабость, частые переломы. В гемограмме обнаруживаются анемия, ускорение скорости оседания эритроцитов, в биохимическом анализе крови – диспротеинемия, повышение вязкости крови. Имеются деформации костей, увеличение печени и селезёнки [4]. При прогрессировании болезни развивается хро-

ническая почечная недостаточность с клиническими проявлениями: повышением артериального давления, появлением отёков, выраженным интоксикационным синдромом, протеинурией, цилиндрурией, появлением белка Бенс-Джонса. В пунктате костного мозга обнаруживается более 15% плазматических клеток [3].

МБ относится к труднодиагностируемым заболеваниям. Заболевание развивается длительное время бессимптомно, самым ранним симптомом заболевания является появление болей в трубчатых или плоских костях. Врачи общей практики до госпитального этапа МБ не редко лечат под маской других заболеваний, осложняя течение заболевания [1].

**Цель нашего исследования** – продемонстрировать один из клинических случаев у пациентки с миеломной болезнью.

Больная И., 1949 г. рождения, жительница Бохтарского района. При поступлении пациентка жаловалась на боли в грудной клетке и в поясничной области, одышку, сердцебиение, отёки на нижних конечностях, недомогание, отсутствие аппетита, прогрессирующую слабость.

Из *anamnesis morbi*: болеет с декабря месяца 2015 года. Заболевание началось постепенно. Начали беспокоить одышка, боли в области сердца и в поясничной области, периодически повышалась температура тела. Обратилась в поликлинику по месту жительства. В гемограмме была выявлена анемия легкой степени в общем анализе мочи протеинурия – 0,66 промилли. На ЭКГ – картина ИБС. Учитывая то, что ранее больная страдала артериальной гипертензией, кардиологом была назначена антигипертензионная, антиагрегантная, кардипротективная и мочегонная терапия.

В мае 2016 года на коже появились геморрагические высыпания и семейным врачом пациентка была направлена к гематологу. После дообследования был выставлен диагноз: множественная миелома. Больная в сопровождении родственников обратилась в НИИ гематологии Российской Федерации, где был подтверждён диагноз: множественная миелома В миелограмме были обнаружены – плазматические клетки – 19%; ПКМ – достаточно клеточный, бласты в норме, ГР без изменений, лимфоциты – 27,9; тип кроветворения – нормобластоидный, эритроциты – в норме, мегакарициты в малом количестве. После осмотра гематолога больная была госпитализирована. Общее состояние при поступлении тяжёлое. Сознание ясное. Видимые слизистые оболочки и кожные покровы бледные, геморрагии на коже живота, рук и нижних конечностях. Аускультативно – выслушивается везикулярное дыхание. ЧД 23 в минуту. Область сердца в пределах нормы. Аускультативно тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 150/90 мм.рт.ст. Пульс 108 ударов в минуту. Язык – бледно-розовый, сухой, обложен белым налётом. Живот мягкий безболезненный. Печень не пальпируется. Селезёнка выступает на 3,5 см из-под края левой реберной дуги. Симптом поколачивания сомнительный с двух сторон.

В гемограмме: эритроциты – 2,3; гемоглобин - 53,0; цветной показатель – 0,9; тромбоциты - 43,0 тыс.; миелоциты – 5; метамиелоциты – 3; палочко-ядерные – 9; сегментоядерные – 33; эозинофилы – 5; лимфоциты – 47; моноциты – 9; плазмоциты – 15.

В биохимическом анализе крови: общий белок 71,2 г/л; общий билирубин 17,1 мкмоль/л; прямой билирубин – 10,0 мкмоль/л; непрямого билирубин – 7 мкмоль/л; АЛАТ – 19,1; АСаТ – 17,0; мочевины 9,6; белок Бенс-Джонса в моче (+).

Коагулограмма – ККВ -33 сек, ПТИ -93%, ПГкГ – 19, фибриноген – 3,6 г/л, ретракция кровяного сгустка – 0,17; кальций – 3,5 ммоль/л. В общем анализе мочи: белок – 0,99%, плотность – 1009, лейкоциты – 23-35 в поле зрения, эритроциты – 10-15.

На рентгенограммах черепа выявлен «симптом пробойника», очаги деструкции и остеолитизиса выявлены и в других плоских и трубчатых костях — рёбрах, позвоночнике, тазовых и плечевых костях.

Проведена соответствующая ПХТ по программе VAD и опроводительная терапия. После проведённой терапии общее состояние больной несколько улучшилось. Несколько улучшились и гематологические показатели.

Пациентка через 3 месяца в тяжёлом состоянии вновь обратилась к гематологу с выраженным болевым синдромом, уремической интоксикацией и была госпитализирована для дальнейшего получения ПХТ. в «Республиканский онкологический научный центр» Республики Таджикистан.

Жалобы при поступлении: головные боли, отёки на лице и нижних конечностях, боли в грудном отделе позвоночника и в рёбрах. Со слов родственников больная в Ходжа Обигарме получала тепловые физиопроцедуры, после чего общее состояние ухудшилось.

В ОАК – эритроциты – 1,55; гемоглобин 53,0 г/л; тромбоциты 35,0; лейкоциты – 15,0 тыс.; эозинофилы – 7; миелоциты – 15; метамиелоциты – 15; п/я – 19; с/я – 25; лимфоциты – 38; моноциты – 7. СОЭ – 85 мм/ч.

От 17.04.18 – общий белок 75,0 г/л; мочевины - 15, ммоль/л; креатинин – 493,0 мкмоль/л; общий билирубин – 18,5; АЛАТ – 1,25; АсАТ – 1,77; глюкоза – 6,7; кальций – 3,9 ммоль/л. белок Бенс-Джонса в моче (+).

В миелограмме – клеток немного, преимущественно плазмоциты (25%. Мегакарициты без нарушения отшнуровки тромбоцитов.

Таким образом, этот клинический случай показывает, что при МБ, кроме опорно-двигательного аппарата, поражаются и висцеральные органы как сердце и почки. Пациенты обращаются к различным специалистам, получая неадекватную терапию. При наличии геморрагий на коже, анемии в гемограмме, усиления скорости эритроцитов до высоких цифр, при наличии костно-суставных болей, повышении температуры тела необходимо помнить о возможности развития МБ. Своевременная диагностика ранних клинических симптомов и гематологических показателей у больных с МБ позволяет предупредить развитие грозных осложнений и предотвратить летальность.

#### Список литературы

1. Андреева, Н.Е. Ретроспективный анализ цитостатической терапии пациентов с множественной миеломой / Н.Е. Андреева, Е.Ю. Ильяшенко, Э.Ю. Сариди // Проблемы гематологии. - 2010. - №3. - С.7-11.

- Маркина, Ю.П. Сравнительные аспекты лучевой диагностики поражений скелета при миеломной болезни: автореф. дис. канд. мед. наук / Ю.П. Маркина. – Томск, 2010. – 30с.
- Serum levels of interleukin-6, a potent myeloma cell growth factor, as a reflect of disease severity plasma cell dyscrasia / P. Brtaille [et al.] // J. Clin. Invest. 2010. - Vol.83. - P.2008-2011.
- Integration of genetics in a comprehensive pathogenesis model for myeloma / R. Fonseca [et al.] // Haematologica. - 2013. - Vol.90, Suppl 1. - P.4-5.
- The syndecan-1 heparan sulfate proteoglycan is a viable target for myeloma therapy / Y. Yang [et al.] // Blood. - 2015. - Vol.110, N6. - P.2041-2048.

## ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА И ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТОВ С МЕГАБЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

*Мустафакулова Н.И., Кароматова Т.И., Мирзокаримова Н.С., Фидо Мухаммад*

Кафедра внутренних болезней №3 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Ранняя диагностика мегалобластической анемии (пернициозная анемия, дефицит витамина В<sub>12</sub>) на амбулаторном этапе остается неудовлетворительной и большинство больных (до 80%) поступают в стационар с выраженным малокровием в тяжелом и среднетяжелом состоянии, нередко с проявлениями недостаточности кровообращения [3]. Это связано с тем, что симптоматика В<sub>12</sub>-фолиеводефицитных анемий развивается постепенно. Пациенты длительное время адаптированы к низкому уровню гемоглобина, и на первый план в клинической картине выступает не анемия, а декомпенсация часто имеющихся заболеваний сердечно-сосудистой системы (ССС) и центральной нервной системы (ЦНС) [2].

Неврологические расстройства могут быть единственным проявлением пернициозной анемии и возникают при отсутствии каких-либо изменений в периферической крови [1]. При поздней диагностике ПА неврологические расстройства остаются необратимыми [3]. В связи с этим ранняя диагностика дефицита витамина В<sub>12</sub> является весьма актуальной. Пациенты обращаются к врачу по поводу учащения приступов стенокардии, нарушения ритма сердца, нарастания сердечной недостаточности, обусловленных гемической гипоксией миокарда [2]. Поражение нервной системы проявляется в виде фуникулярного миелоза. Больные жалуются на слабость в ногах, особенно при подъеме по лестнице, при быстрой ходьбе, ощущение ползания «мурашек» в ногах, онемение ног. Больным кажется, что они не чувствуют при ходьбе опоры под ногами («не чувствуют земли под ногами»). Создается впечатление, что нога наступает не на твердую землю, а на что-то рыхлое, мягкое, как вата. Это заставляет больных неоднократно как бы «пробовать землю ногами» Указанные жалобы обусловлены нарушением глубокой и проприоцептивной чувствительности [2].

Несмотря на то, что снижение содержания витамина В<sub>12</sub> в сыворотке крови (менее 200 нг/л) типично для В<sub>12</sub>-дефицитной анемии, следует отметить возможность ложного повышения (технические погрешности, увеличение связывания витамина В<sub>12</sub> в сыворотке крови при заболеваниях печени, хроническом миелолейкозе и др.) и ложного понижения концентрации витамина В<sub>12</sub> (множественная миелома, апластическая анемия, беременность, прием контрацептивов, антибиотиков др.) [1].

**Цель исследования.** Изучить этиологическую структуру и особенности течения мегалобластической анемии в Республике Таджикистан.

**Материал и методы исследования.** Под нашим наблюдением находились 79 пациентов с установленным и верифицированным диагнозом – Пернициозная анемия в возрасте от 57 до 73 лет. Среди них мужчин было 43, женщин – 36.

Кроме общеклинических анализов определены витамин В<sub>12</sub> методом автоматического элек-трохемилюминесцентного иммунного анализа, проанализирована миелограмма, проведены исследование биохимических анализов крови, гастроскопия. Психологическое состояние определено психодиагностическими методами (шкала тревоги Спилберга, опросник депрессии Бэка).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Из 79 пациентов ГАН более половины случаев (37 чел., 46,8%) причина заболевания не была выявлена, у 19 (23,7%), пациентов обнаружены различные гельминты, у 16 (20,2%) у 7 больных (8,8%), туберкулезное поражение легких, приём противотуберкулезных препаратов у 6 пациентов (7,5%) и цитостатиков у 5 (6,3%) больных.

Во всех случаях клинические проявления были сходные. Все пациенты жаловались на головокружение, шум в ушах, потемнение в глазах и мелькание мушек перед глазами, на жжение на языке, появление трещин на языке, симптомы дисфагии, дизартрии, боли в эпигастральной области, по ходу позвоночного столба, в икроножных мышцах голени. У 37,0% пациентов наблюдались психоневрологические нарушения походки, в виде «утиной походки», парестезии рук и ног, слабость в ногах, особенно при подъеме по лестнице, при быстрой ходьбе, ощущение ползания «мурашек» в ногах, онемение ног, выраженная эмоциональность (59,0%), раздражительностью (53,0%), ранимостью (65,0%), снижение работоспособности (99,0%). Средний показатель личностной тревожности по тесту Спилберга и по шкале депрессии Бэка у больных выше (45,3±0,33).

При объективном осмотре обращает на себя внимание цвет кожи и внешний вид больных. Кожа бледная, часто с лимонно-желтым оттенком в связи с гипербилирубинемией, обусловленной гемолизом, наблюдалась субиктеричность склер (73%), пастозность (19,0%) отечность лица (57,0%), голени (56,0%) и стоп (69%).

Со стороны ССС обнаружены синдром миокардиодистрофии в виде тахикардии, экстрасистолии, приглушенностью тонов сердца, негромким систолическим шумом в области верхушки и небольшим расширением границ относительной сердечной тупости влево,

Язык был гладким и блестящим, как зеркало (78,0%), нередко наблюдалась гепатоспленомегалия (33,0%).

Со стороны гематологических показателей выявлены резкое снижение количества эритроцитов ( $1,0-1,5 \times 10^9$ /л), высокий цветовой показатель (1,1-1,4). Эритроциты отличались насыщенностью гемоглобином - гиперхромией, диаметром более 10 мкм (макроциты и мегалоциты). В 35,0% случаев выявлен анизоцитоз, пойкилоцитоз, в 19,0% случаев - кольца Кебота и тельца Жолли (эритроциты с остатками ядерной субстанции) и тромбоцитопения у всех пациентов (панцитопения).

При проведении ФГДС был выявлен атрофический пангастрит (56,0%) и поверхностный дуоденит (27,0%). При проведении стеральной пункции был констатирован мегалобластический тип кроветворения.

Таким образом, мегалобластическая анемия является полиэтиологическим заболеванием. Для установки окончательного диагноза необходим тщательный анализ причинных факторов заболевания. Основным патогенетическим лечением дефицита витамина В12 является лечение основного заболевания и только потом коррекция витаминного дефицита.

#### Список литературы

1. Гончаров, А.Ф. Пернициозоподобная анемия с тяжелым течением, вызванная дифиллоботриозом / А.Ф. Гончаров, Т.А. Карчевская // Военный медицинский журнал. - 1983. - №3. - С. 68.
2. Демидова, А.В. Вопросы диагностики и терапии В<sub>12</sub>- дефицитной анемии / А.В. Демидова, Н.А. Сысоева // Клиническая медицина. - 1996. - Т. 74, №1. - С. 59-60.
3. Macrocytosis, megaloblastosis and folate status in chronic alcoholics / M. Airoidi [et al.] // Minerva Med. - 1987. - Vol.78, N.11. - P.739-743.

### КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ

*Мустафакулова Н.И., Абдуллаева Д.Ю., Карматова Т.И., Чавдаталид Сахрои*

Кафедра внутренних болезней №3 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Наиболее частыми осложнениями острого лимфобластного лейкоза (ОЛЛ) являются легочные осложнения [5]. За счёт лейкомоидной инфильтрации развивается интерстициальная пневмония (ИП) [3]. Основными клиническими симптомами являются: кашель, одышка, повышение температуры тела. Интерстициальная пневмония со скудными аускультативными и рентгенологическими проявлениями в отличие внебольничных пневмоний протекает тяжелее и резистентны к терапии [1, 2]. Компьютерная томография высокого разрешения (КТВР) является наиболее информативным в диагностике поражений легких у больных с лейкемией. Рентгенологическая картина ИП при лейкемии проявляется в виде мелких и крупных очаговых образований, увеличения внутригрудных лимфатических узлов, массивных плевритов и выраженной межальвеолярной или перибронхиальной лейкозной инфильтрации [2, 4].

С другой стороны, лейкемия само по себе является мощным стрессором для больного, способствующим появлению в клинической картине тревожного-депрессивного синдрома. При выраженном интоксикационном синдроме у пациентов наблюдаются тяжелые психомоторные возбуждения и зрительные галлюцинации [6].

Целью нашего исследования явились изучить клинико- рентгенологические и психологические особенности интерстициальной пневмонии у пациентов с ОЛЛ.

**Материал и методы исследования.** Под нашим наблюдением находились 77 пациентов с ОЛЛ, поступившие в гематологическое отделение ГУ НМЦ РТ в возрасте от 17 до 67 лет. Среди пациентов ОЛЛ мужчин было 39 чел. (%), женщин 38 чел. (%), из них 45 пациентов с ОЛЛ, осложненной ИП и 27 больных с ОЛЛ без пневмонии. Контрольную группу составили 35 здоровых лиц, приближенных к исследуемым группам по возрасту.

Диагноз был поставлен на основании клиническо-рентгенологических и лабораторных методов исследования (гемограмма, биохимические анализы крови, миелограмма, микробиологическая структура мокроты). Для оценки психологического состояния использованы психодиагностические методы: шкала тревоги Спилбергера, опросник депрессии Бэка,

**Результаты исследования и их обсуждение.** Ретроспективный анализ историй болезней показал, что пациенты с лейкемией, осложненной ИП поступали в тяжёлом состоянии. Мы сопоставили клинико-гематологические и рентгенологические показатели у пациентов с ОЛЛ с ИП и ОЛЛ без ИП. В результате наших исследований выявлено. Между двумя группами обнаружены статистически значимые различия по температурной реакции организма. У пациентов I группы в основном отмечалась гиперпиретическая температура ( $>41^{\circ}\text{C}$ ), тогда как у больных II у группы зарегистрирована гектическая температура. У пациентов I группы интоксикационный синдром сопровождался неврологическими расстройствами в виде энцефалопатии (23,0%) и судорог (9,0%).

Пациенты I группы жаловались на сухой кашель (56,0%), одышку (97,0%), кровохарканье (44,0%), боль в грудной клетке, аускультативно выслушивали крепитирующие хрипы, боли в костях.

Таким образом, сопоставление клинических симптомов ОЛЛ, осложненной ИП и без него показало различия между ними по выраженности интоксикационного синдрома.

Сравнительный анализ гематологических показателей показало, среднее количество лейкоцитов в крови у пациентов ОЛЛ, осложненной ИП было достоверно выше, чем у больных ОЛЛ без пневмонии ( $p < 0,05$ ). Уровень гемоглобина ( $6,9 \pm 0,5$ ;  $7,7 \pm 0,7$ ) и гематокрита ( $10,7 \pm 0,3$ ;  $21,9 \pm 0,5$ ), тромбоцитов ( $45,0 \pm 0,7$ ;  $79,0 \pm 0,7$ ) у пациентов с ОЛЛ, осложненной ИП был достоверно ниже ( $p < 0,05$ ) по отношению пациентов с ОЛЛ без ИП. Выявлена высокая корреляционная связь между уровнем бластемии и выраженностью бластома костного мозга. У пациентов ОЛЛ, осложненной ИП отмечалось превалирование этих показателей по отношению больных с ОЛЛ без пневмонии ( $r = 7,5$ ).

У пациентов группы микоплазменная структура мокроты встречалась в 57,0% случаев, *S. aureus* выявлен у 7 чел. с ОЛЛ (%) и *S. pyogenes* у 17 чел. (%).

Анализ рентгенологических данных показал, что у пациентов чаще встречалась двухсторонняя локализация пневмонического очага. На фоне ИП у 7 больных обнаруживали экссудативный плеврит.

Таким образом, ИП при ОЛЛ отличался тяжёлым и затяжным течением. Рентгенологическая картина ИП при ОЛЛ имели свои особенности: в виде мелких очаговых образований, увеличения внутригрудных лимфатических узлов и массивных плевритов.

Пациенты с ОЛЛ, осложненной ИП отличались выраженной эмоциональностью (89,0%), раздражительностью (93,0), ранимостью (67,0%), апатией (44,3%), снижением работоспособности (99,0%). Средний показатель личностной тревожности по тесту Спилберга и по шкале депрессии Бэка у больных ОЛЛ, осложненной ИП был достоверно выше по сравнению со средним показателем во II группе ( $45,3 \pm 0,33$  и  $23,5 \pm 1,5$  баллов) ( $p < 0,01$ ).

Таким образом, у пациентов ОЛЛ, осложненный ИП выявлена высокая частота психоэмоциональных расстройств. Своевременные психотерапевтические беседы и психокоррекционные мероприятия могут привести к преодолению душевной боли и улучшает качество жизни больных.

#### Список литературы

1. Брякотнина, Е.В. Инфекции дыхательных путей у больных с гемобластозами: особенности этиологии, клинической картины и факторы прогноза: дис... канд. мед. наук / Е. В. Брякотнина. – Новосибирск. 2004. - С. 116.
2. Голубев, А.М. Внебольничная и нозокомиальная пневмония: клинико-морфологические особенности / А.М. Голубев, Т.В. Смелая, В.В. Мороз // Общая реаниматология. - 2010. -Т. VI, №3. - С. 5-14.
3. Дагбашян, С.С. Возможности ранней диагностики поражения легких при лейкозах / С.С. Дагбашян, Р.Х. Коcharян, Р.А. Бабаян // Медицинская наука Армении. - 2007. - №4. - С. 35-48.
4. Клясова, Г.А. Инфекции при гемобластозах и депрессиях кроветворения: дис... докт. мед. наук / Г.А. Клясова. – Москва, 2009. – 230с.
5. Лиходий, В. И. Пневмонии у больных с онкогематологической патологией: клинико-морфологические особенности, прогнозирование возникновения и исходов: дис..... канд. мед. наук / В.И. Лиходий. – Москва, 2004. - С.123-135.
6. Поддубная, И.В. Инфекции у больных гемобластозами. В кн. Инфекции, в онкологии / И.В. Поддубная, В.Б. Ларионова, Л.Г. Бабичева. - М, Практическая медицина. – 2009. - С. 379-401.

#### СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КАПТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГОРМОНОЗАВИСИМОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ (НОВОЕ – СТАРОЕ ЗАБЫТОЕ)

*Мустафакулова Н.И., Мустафакулов С.С., Мирзокаримова Н.С.*

Кафедра внутренних болезней №3

Кафедра урологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

**Актуальность.** Современная медицина стремительно развивается. Она достигла небывалых успехов. С другой стороны, полипрогмазия на современном этапе занимает центральное место, в результате чего повышает риск лекарственных взаимодействий. Необходимо отметить, что выбор эффективных и безопасных методов лечения в настоящее время весьма ограничен. Но, несмотря на это, существуют способы лечения, дошедшие до нас из далекого прошлого, они не менее эффективны, чем современные методы терапии [2]. Одним из самых эффективных таких методов терапии является - капиллярное кровопускание или же каптерепия (КПТ), в результате чего активируются системы местной саморегуляции [5, 6]. Капиллярное кровопускание (слово «хиджама» происходит от корня аль-хаджм, что означает «высасывание») используют и арабы, а с появлением ислама такое лечение начали считать Сунной Пророка Мухаммада. На сегодняшний день это узаконенный вид процедуры оздоровления [5].

Знаменитый древнегреческий целитель и врач Гиппократ и выдающийся среднеазиатский ученый и врач Авиценна считали, что капиллярное кровопускание приводит к равновесию четырех жидкостей (кровь, лимфа, желтая и черная желчь [1, 3]. Европейское кровопускание отличается менее полезными свойствами, так как в этом случае активация систем местной саморегуляции отсутствует. Происходит лишь выведение значительного количества кровяной жидкости [6]. Известна история КПТ, произошедшая в 18 веке, когда европейский врач проводил эксперимент, в котором он вводил яд стрихнин (strychnine) крысам. Затем прикладывал сухую банку (то есть без надрезов, этот вид хиджамы не из сунны — уточнение от пер.) над местом инъекции и крыса оставалась жива до тех пор, пока банка стояла там, но, когда чашку извлекали, крыса погибала. Затем был проведен еще один эксперимент на другой крысе, но проводилась уже влажная хиджама (т.е. с надрезами по сунне — от пер.), на удивление крыса осталась жива после удаления банки. Эти эксперименты — доказательство о невероятных способностях влажной хиджамы удалять яды из организма. В Дамасском медицинском университете прошло исследование лечения по методу хиджамы. У пациентов наблюдалась стабилизация кровяного давления и пульса, значительно снизился уровень сахара в крови, увеличилось количество эритроцитов. У людей с повышенным содержанием холестерина наблюдалось снижение холестерина, что говорит о возможности также выводить шлаки из организма. КПТ запускает процессы очищения жидкостей в организме и устраняет застойные явления выводя токсины, усиленно вырабатывает плазму, возрастает приток крови к простате и широко применяется при импотенции и бесплодии у мужчин. [6].

Американский ученый Рудольф Шац, также положительно отзывался о КПТ. Нормализовалось давление, лейкоциты в десятки раз больше вырабатывали интерферон (протеин, активно борющийся с вирусными инфекциями, раковыми клетками и даже СПИДом), нормализовалось количество железа и эритроцитов в крови. Хорошо рассасывались опухоли как доброкачественные, так и злокачественные. Восстанавливалось функционирование эндокринной системы [6].

Современные фармакологические методы лечения аутоиммунных заболеваний (ревматоидный артрит, СКВ, тиреодит Хашимота) могут подавлять воспалительные и аутоиммунные реакции, но не очищают сыворотку пациента или интерстициальную жидкость от вышеупомянутых патологических веществ, не говоря об органе и цитотоксичности этих препаратов. В этом отношении весьма перспективным методом лечения является КПП [7].

Основной целью КПП являются активизация функционирования клеток и тканей организма, восстановление энергетического потенциала, стабилизация лимфо- и кровообращения, оживление тканей организма и общее омоложение организма. Избавив организм от части кровяной жидкости, мы активизируем резервный механизм, предназначенный для восстановления уровня крови. Этот механизм вырабатывает новую кровь, улучшая самочувствие человека, помогая ему избавиться от различных заболеваний.

Самый простой и безболезненный способ — делать небольшие надрезы обычным острым лезвием или несколько проколов иглой, продезинфицировав предварительно в растворе антисептика. На месте снятых банок по отпечаткам делаются поверхностные надрезы кожи, устанавливается банка, в которую начинает сочиться кровь [6].

Эффективность КПП заключается в активации нервных волокон, остановке передачи патологических импульсов и перестройке микроокружения в тканях с созданием эффективной системы саморегуляции и самоизлечения на клеточном уровне, нормализации вязкости крови, предотвращении образования тромбов, улучшении микроциркуляции и устранении застойных явлений в тканях, купировании воспалительных процессов; обезболивает, иммуностимулирующим, липолитическим, антиатеросклеротическим, гипогликемическим, противоотечным, противоаллергическим, гипотензивным и лимфодренажным эффекте [4].

**Целью настоящей работы** является оценка эффективности и безопасности использования КПП в комплексном лечении больных гормонозависимой бронхиальной астмой тяжелого течения.

**Материал и методы исследования.** Под нашим наблюдением находились 107 больных в возрасте от 23 до 67 лет, страдающих гормонозависимой бронхиальной астмой (ГБА) тяжелого течения, принимающие системные ГКС не менее 1 года. Среди них 63 (55%) пациента были женского пола, 52 (45%) — мужского пола. Длительность заболевания варьировала от 3 до 25 лет. Все пациенты разделены на 3 группы: в I группу вошли больные с тяжелой ГБА в количестве 35 человек, получавшие только стандартную базисную терапию; во II группу вошли 35 больных, получавшие только КПП; в третью группу вошли 37 больных, получавшие стандартную базисную терапию в комбинации с КПП. Выраженность клинических симптомов у больных ГБА оценивали по 4 балльной системе. Определяли показатели клеточного иммунитета и количественное содержание сывороточных иммуноглобулинов основных классов (А, М, G), клеточный состав бронхоальвеолярного лаважа и функцию внешнего дыхания.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Сопоставление динамики клинических симптомов 3-х групп показало, что до и после получения соответствующей терапии показала, что у пациентов III группы, получавших комбинированную терапию отмечалось значительное уменьшение одышки, снижение интенсивности приступов удушья и кашля, по сравнению с пациентами, получавших базисную и монотерапию в виде КПП (таб.1).

После проведенной комбинированной терапии больные (70,0%) прекратили прием ГКС и через 3 месяца не использовали аэрозольные бронхолитики, что ранее не было возможным, ремиссия длилась до 7 месяцев, практически не использовали бронхолитики, тогда как у больных I группы, несмотря на получение базисной терапии, снизить дозу пероральных глюкокортикоидов не удалось ни одному больному. Благодаря проведению КПП, у 30% пациентов III группы стало возможным снизить дозу системных глюкокортикоидов, причем некоторые из этого числа отказались от приема системных ГКС и перешли на базисную терапию ИГКС в высоких дозах.

**Таблица 1. - Динамика клинических симптомов у пациентов ГБА тяжелой степени до и после получения базисной, КПП и комбинированной терапии (базисная и КПП)**

Клиническая симптоматика	I группа n=35		II группа n=35		III группа n=37	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Симптомы (баллы)						
Частота дыхания (одышки) (ЧД в мин.):	27,0±2,0	23±1,0*	26±3,0	21±1,0**	26±3,0	17,0±1,0***
Интенсивность кашля (в баллах)	3,87±0,3	2,0±0,5*	3,77±0,13	1,9±0,05**	3,55±0,13	1,1±0,01***
Интенсивность приступа удушья (в баллах)	3,83±0,7	2,7±0,03*	3,93±0,07	1,8±0,03**	3,85±0,03	1,0±0,1***

Примечание: \* — статистически значимые различия до и после лечения у больных исследуемой группы, \*\* - статистически значимые различия до и после лечения у больных сравниваемой группы при P<0,05 (по Манна-Уитни).

У всех пациентов 3-х групп выявлена сочетанная сенсibilизация к бытовым и пищевым (20,0%; 23,0%; 13,5%), пыльцевым и лекарственным аллергенам (13,5%; 8,5%; 19,0%); к пищевым и пыльцевым аллергенам (25,7%; 23,0%; 13,7%); лекарственным и грибковым (23,0%; 25,7%; 27,0%), к бытовым и лекарственным аллергенам (17,1%; 20,0%; 27,0%) (таб.2).

**Таблица 2. - Сочетанная сенсibilизация к аллергенам у пациентов с гормонозависимой бронхиальной астмой (n=107)**

Группы	Сочетание											
	Бытовые и пищевые		Пыльцевые и лекарственные		Пищевые и пыльцевые		Лекарственные и грибковые		Бытовые и лекарственные		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%		
I n=35	7	20,0	5	13,5	9	25,7	8	23,0	6	17,1	35	100,0
II n=35	8	23,0	3	8,5	8	23,0	9	25,7	7	20,0	35	100,0
III n=37	5	13,5	7	19,0	5	13,7	10	27,0	10	27,0	37	100,0

Сопоставление цитоморфологии бронхоальвеолярного лаважа у больных тяжелой гормонозависимой БА, получавших комбинированную терапию: базисную и КПП, по сравнению с больными, получавшими базисную терапию выявило снижение выраженности воспалительного процесса которое было более значительно. У пациентов I группы, получавших только базисную терапию клиническая эффективность была незначительная (до лечения клеточность лаважа 0,66±0,13 106/мл - после лечения, 0,71±0,22 106/мл - исходно, нейтрофилы 43,6±10,4% - после лечения, 46,4±11,5%).

Сравнительный анализ иммунологических показателей у пациентов 3-х групп показал, что до лечения у пациентов с ГБА отмечалось угнетение показателей клеточного иммунитета и увеличение показателей гуморального иммунитета. После получения комбинированной терапии отмечена нормализация как показателей клеточного, так и показателей гуморального иммунитета более значительно, тогда как у пациентов, получавших монотерапию, КПП нормализация иммунологических показателей менее значительна по отношению к III группе и у больных, получивших базисную терапию отмечена лишь тенденция к нормализации. (таб.3)

**Таблица 3. - Динамика иммунологических показателей у пациентов с гормонозависимой бронхиальной астмой тяжелой степени до и после получения базисной, КПП и комбинированной терапии (базисная и КПП) (M ± m).**

Показатель	Норма	I группа n=35		II группа n=35		III группа n=37	
		До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
СД3 (%)	73,5±1,5	47,3±6,3	58,3±2,0 *	46,9±7,6	67,3±3,0**	47,9±7,7	71,3±3,3***
СД4 (%)	42,3±1,0	28,0±5,50	33,5±1,0*	31,0±1,25	38,0±1,0**	30,0±1,3	41,0±1,5***
СД4/СД8	1,8±0,01	0,95±0,3	1,0±0,03*	0,77±0,5	1,5±0,3	0,75±0,3	1,7±0,3
СД20 %	11,0±6,0	37,0±4,3	25,0±2,3*	35,1±3,0	19,0±2,7**	33,3±3,0	12,0±2,5***
ЦИК усл. ед.	18,8±0,15	99,9±4,0	56,5±2,5*	89,5±3,30	33,1±3,7**	89,5±3,30	33,1±3,7***
IgA г/л	2,47±0,23	1,97±0,13	2,0±0,03	1,67±0,03	2,28±1,5	1,67±0,03	2,28±1,5
IgM г/л	2,0±0,05	2,97±0,13	2,75±0,1 *	2,88±0,13	2,21±0,10	2,78±0,13	2,0±0,3
IgG г/л	10,7±0,7	18,0±0,3	15,0±0,13	17,5±0,5	13,0±0,55 *	17,5±0,5	13,0±0,55 **
IgE МЕ/л	75,5±6,3	333,0±25,0	183,3±19,0 *	193,0±25,0	105,0±15,0	193,0±25,0	73,0±5,0***

\*P1 – статистически значимых различий до и после лечения исследуемых лиц не было при P>0,05; \*\*P2 – статистически значимые различия до и после лечения у больных II группы при P <0,05; \*\*\*P3 – статистически значимые различия до и после лечения у больных III группы при P<0,05 (по Манна-Уитни).

Исследование вентиляционной функции легких показало, что у пациентов III группы комбинированная терапия способствовала улучшению ФВД, в виде достоверного увеличения показателей ЖЕЛ, ОФВ1, МВЛ, скоростных показателей вентиляции, тогда как у пациентов I группы выявлено улучшение показателей ФВД, однако увеличение показателей ФВД было менее выраженным по отношению к лицам II группы.

**Вывод.** Применение КПП на фоне базисной терапии у пациентов с тяжелой ГБА клинически безопасно, оно привело к улучшению общего состояния больных, позитивным изменениям иммунологических и вентиляционных показателей, цитограммы БАЛ, снижению частоты и тяжести обострений, увеличению периода ремиссии, возможности снизить дозу системных ГКС. С другой стороны, мы не только предполагаем, но и уверены, что КПП стимулирует наши стволовые клетки естественным путём. Получив нужный стимулирующий сигнал в костный мозг, **стволовые клетки** выходят в кровеносное русло и направляются в тот орган или ткань, которые нуждаются в излечении. Надеемся, что в ближайшем и в будущем комбинированное применение КПП в любой отрасли медицины будет не только поборет любую физическую болезнь, но и предотвратит ее появление.

#### Список литературы

1. Абу Али ибни Сино. Канон врачебной науки. В 10 т, Т. II. – 3-е изд. – Ташкент: Изд-во мед. Лит. Им. Абу Али ибн Сино, 1996. – 368.
2. Бай-Бал (Прокопьев, П.П.). Вакуум-терапия в восточной медицине: учебное пособие. - Калининград: Изд-во «Клиника Аюрведы и Тибетской медицины», 2012.-154 с.
3. Гиппократ. Избранные книги. Редактор С.Сапожников. – М.: Сварог, 1994.
4. Хиджама — что это такое, атлас точек кровопускания, польза процедуры. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://www.tauba.ru/lechenie-bolezni/hidzhama-atlas-tochek-krovopuskaniya-dlya-lecheniya.html> 01.09.2019.
5. Наседкина А.К. Кровопускание – китайское, тибетское, европейское, исламское кровопускание хиджама, польза и вред, показания и противопоказания, лечение.
6. Нїжата Вїо. Таблица результатов анализа крови до хиджама и после. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.hijamabio.com/2018/01/07/tablitza-rezultata-analiza-krovi-do-hidzhami-i-posle/> 03.07.2019.
7. Хусам аль-Багдади. Улучшающая роль Аль-хиджама при аутоиммунных заболеваниях: влияние на сывороточные аутоантитела и медиаторы воспаления Int J Health Sci (Qassim). 2015 apr; 9 (2): 207-232.

#### СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ТЕРАПИИ КЕЛОИДНЫХ РУБЦОВ

*Мухамадиева К.М., Валиева М.С., Исмаилов С.С.*

Кафедра дерматовенерологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Среди многообразных методов терапии келоидных рубцов, в последние годы чаще применяются комбинированные методы терапии келоидов с использованием медикаментозных средств, хирургического, лазерного, гормонального и физиотерапевтического воздействия [1,2,3,4]. Считается, что увеличение двухлетнего безре-



цидивного периода келоидов в 90,5% случаев достигается только при комплексном подходе к терапии [5]. По мнению одних авторов, предпочтение отдается сочетанию хирургического иссечения, гормонотерапии, лучевой и тканевой терапии, что позволяет сократить число рецидивов до 15% от всех случаев лечения больных с келоидами [2]. Другие авторы предлагают комплексное лечение с использованием физических методов и компрессионной терапии, указывая на эффективность данного подхода у 90% больных [4]. Однако не всегда комбинированные методы приводят к желаемому результату. Так, сочетание иссечения келоидов с последующим введением стероидов дает рецидивы до 50% случаев, лучевая терапия в сочетании с тканевой терапией - в 14% случаев [5, 6]. В практической деятельности дерматологов и косметологов наиболее часто применяются методы криотерапии и внутрирубцового введения кортикостероидных препаратов. Существуют различные подходы к применению данных методик, заключающиеся в поэтапном их применении, в сочетании гормонотерапии с физиотерапией, а также проведением лучевой терапией перед криовоздействием. Несмотря на разнообразие методов лечения келоидов, используемых как в отдельности, так и в различных сочетаниях, не всегда достигается их полное исчезновение. Становится очевидной необходимость совершенствования терапии келоидных рубцов кожи для сокращения сроков лечения и достижения максимально эффективной эстетической коррекции рубцовых изменений кожи.

**Целью** проведенного исследования явилась сравнительная оценка методов криодеструкции и гормональной терапии келоидов в виде монотерапии и при их комбинированном применении.

**Материал и методы исследования.** Обследовали 147 больных с келоидными рубцами в возрасте 18-25 лет. Мужчин - 54, женщин - 93. В зависимости от проводимой терапии больные были разделены на три группы. Больным первой группы (46 больных) – производили криодеструкцию келоидов с помощью криохиргического аппарата с различными наконечниками для рубцов соответствующей площади. Производили 1–3 цикла замораживания и оттаивания по 10–30 секунд. Лечение повторяли через месяц. Во второй группе (49) больных – производилось внутрирубцовое введение триамцинолона ацетата (Кеналог) в концентрации 20–40 мг/мл с интервалом 4–6 недель; третья группа больных (52) – получала комбинированное применение жидкого азота и внутрирубцового введение препарата Кеналог. Метод заключался в криодеструкции центральной зоны келоидного рубца с сохранением краев рубцовой ткани, в которые одновременно производилось введение кеналога из расчета 40 мг на 5 кв. см (но не более 80мг на весь рубец). Суть предложенного способа состоит в том, что частичное сохранение узкого края келоидного рубца предотвращает травмирование здоровой кожи, что является причиной рецидива келоида, а введение триамцинолона ацетата приводит к уменьшению синтеза коллагена, глюкозаминогликанов, медиаторов воспаления и пролиферации фибробластов в процессе заживления раны.

С целью сравнительной оценки клинических симптомов келоидных рубцов до и после лечения использовали Ванкуверскую шкалу - Vancouver Scar Scale (Baryza MJ, Baryza GA, 1995), модифицированную Фисталь Н.Н. (2006). Данный метод применялся в день поступления и в отдаленном периоде после проведенной терапии через 12 месяцев.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Келоидные рубцы представляли собой множественные образования различной формы, плотной консистенции красновато-розового цвета, возвышающиеся над поверхностью кожи, с неровными границами, распространяющимися на окружающие зоны здоровой кожи. У 115 (78,2%) пациентов с посттравматическими и послеоперационными келоидами наблюдалось прогрессирующее рубца и его рост за пределы первоначального дефекта в течение всего периода их существования (до 5 лет), у 32 (21,8%) человек рост келоида прекратился в течение 1 года. Субъективные ощущения у 134 (91,2%) пациентов выражались в виде постоянного ноющего зуда и жжения, у 13 (8,8%) – в виде чувства натяжения ткани и покалывания. Общий исходный показатель клинического состояния рубца у больных до проведенной терапии составлял 22,91±0,13 баллов (таблица 1). Наблюдалась выраженная толщина келоида (3,58±1,12), неравномерность толщины рубца (2,84±0,21), васкуляризация (2,61±0,13), повышение температуры в зоне рубца (1,44±0,11). Келоиды характеризовались снижением пластичности (3,09±0,21), сопровождались зудом и болью (3,14±0,18), снижением чувствительности (1,52±0,13).

Как видно в таблице 1, лучший результат был достигнут в группе больных, получивших комбинированную терапию келоидов, что выражалось снижением общего показателя клинического состояния рубца в 6 раз по сравнению с исходным показателем (3,90±0,11 против 22,91±0,13 баллов) (P<0,05). В то же время наблюдалось снижение общего показателя келоидов в группах больных, получивших криотерапию (11,53±0,12) и внутрирубцовое введение кеналога (12,02±0,14 баллов), что соответственно, ниже исходного показателя в 1,9 раза.

**Таблица 1. - Клиническая эффективность терапии по универсальной шкале клинических симптомов через 12 месяцев (баллы)**

Признак	До лечения n=147	Первая группа n=46	Вторая группа n=49	Третья группа n=52
Высота рубца	3,58±1,12	1,98 ±0,22	0,86 ±0,12	0
Равномерность толщины рубца	2,84±0,21	1,12±0,01	1,02±0,01	0
Васкуляризация рубца	2,61±0,13	1,01±0,11	2,22±0,14	2,43±0,11
Пигментация рубца	2,21±0,24	1,43±0,12	1,27±0,02	1,13±0,12
Пластичность рубца	3,09±0,21	1,24±0,11	0,97 ±0,05	0,14±0,21
Температура рубца	1,44±0,11	1,74±0,12	2,02±0,11	0
Зуд, парестезии	3,14±0,18	0,88±0,01	1,46±0,12	0,18±0,01
Прогрессирование	2,48±1,12	1,18±1,12	1,06±0,04	0
Чувствительность	1,52±0,13	0,95±0,01	1,14±0,21	0
Общий показатель	22,91±0,13	11,53±0,12	12,02±0,14	3,90±0,11

Примечание: достоверность различий каждого показателя в группах исследований P<0,05; 0 – обозначено отсутствие симптома, принимаемое за норму;

Сравнительная оценка результатов лечения в трех группах показала, что исходный общий показатель клинического состояния рубца, определенный по универсальной шкале клинических симптомов, через 12 месяцев после проведенной терапии снизился в группе в 5,1 раза, в то время как в группе сравнения – в 1,9 раза.

Сравнительный анализ эффективности терапии келоидных рубцов оценивался по следующим критериям: отличным считался результат, когда на месте остатков келоидного рубца сформировался нормотрофический рубец, хороший результат регистрировался при уменьшении площади келоидной ткани на ½, удовлетворительным результат был при незначительном уменьшении размеров келоида (таблица 2).

**Таблица 2. - Сравнительная оценка результатов лечения келоидных рубцов**

Результат	Первая группа (n=46)	Вторая группа (n=49)	Третья группа (n=52)
отличный	19 (41,3%)	9 (18,4%)	37 (71,1%)
хороший	18 (39,1%)	29 (59,2%)	12 (23,1%)
удовлетвор.	9 (19,6%)	11 (22,4%)	3 (5,8%)

Как видно, наилучшие результаты достигнуты в третьей группе больных, получивших комбинированную терапию. Отличный результат в данной группе встречался в 3,9 раз чаще по сравнению с группой больных, получивших внутрирубцовое введение кеналога и в 1,7 раз по сравнению с группой больных после криодеструкции. Кроме того, в третьей группе больных наблюдалось наименьшее количество случаев с удовлетворительным результатом, который наблюдался у 3 (5,8%) больных

Следует отметить, что при сравнении результатов лечения больных первой и второй групп, лучшие результаты достигнуты в первой группе, то есть при лечении келоидов методом криодеструкции.

**Выводы.** Метод криовоздействия на келоидные рубцы является в 2,2 раза эффективнее гормональной терапии келоидов. Комбинированное применение криодеструкции келоидов улучшает результаты лечения, по сравнению с монотерапией в виде криодеструкции и гормональной терапией, соответственно в 1,7 и 3,9 раза.

#### Список литературы

1. Ahmed Samir Edriss, V. Smrcka. Therapy of keloid and hypertrophic scars: a review. // European Journal of Plastic Surgery December. – 2011.- Vol. 34, Issue 6.- P. 425-436.
2. Gauglitz GG, Korting HC, Pavicic T, Rucicka T, Jeschke MG. Hypertrophic scarring and keloids: pathomechanisms and current and emerging treatment strategies. Mol Med 2011;17(1–2):113–25.
3. Love PB, Kundu RV. Keloids: an update on medical and surgical treatments. J Drugs Dermatol 2013;12(4):403–9.
4. de las Alas JM, Siripunvarapon AH, Dofitas BL. Pulsed dye laser for the treatment of keloid and hypertrophic scars: a systematic review. Expert Review of Medical Devices 2012;9(6):641–650
5. Baranovsky Yu.G., Shapovalova E.Yu., Grivenko S.G., Ilchenko F.N., Kosenko A.V., Apukhtin Yu.P. Comparative evaluation of the effectiveness of keloid scars 2017, том 20, № 4:8-10.

#### ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ЧЕРЕПНО – МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

*Наджбидинов М.Дж., Нажмидинова М.Н., Хушвахтов М.Х.*

Кафедра ЛФК и Восточной медицины ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Травматизм, в частности, черепно – мозговая травма становится в XXI веке все более актуальной проблемой не только медицины, но и любой общественной системы в целом. В развитых странах травматизм в структуре причин смерти населения следует за сердечно – сосудистыми и онкологическими заболеваниями.

В России смерть в результате травмы занимает второе место (15,8%), а среди трудоспособного населения травматизм является ведущей причиной смерти.

Нейротравма остается одной из наиболее трудных и нерешенных задач здравоохранения. Эта ситуация усугубляется в настоящее время еще и тем, что в связи с нарастанием технического прогресса ежегодно увеличивается число травматических случаев среди населения. Данный факт имеет огромное социальное значение из – за своей распространенности и тяжести медицинских и экономических последствий.

В общей структуре травматизма черепно – мозговая травма составляет до 40%, а среди причин инвалидизации населения, наступившей вследствие всех травм, они выходят на первое место, составляя 25 – 30%. Если учесть, что в наибольшей степени от травматизма страдают молодые люди, то становится понятным, почему по наносимому обществу суммарному экономическому и медико – социальному ущербу травматические поражения и, прежде всего, черепно – мозговые травмы, занимают первое место, опережая сердечно – сосудистые и опухолевые заболевания. Черепно – мозговая травма обуславливает как прямые затраты на оказание экстренной, стационарной помощи и последующей реабилитации пострадавших, так и весьма значительные не прямые расходы на адаптацию выживших с последствиями черепно – мозговой травмы.

Травма головы является во всем мире главной причиной смертности и инвалидизации лиц молодого возраста. На современном этапе социально – экономического развития закрытая черепно – мозговая травма продолжает оставаться в центре внимания исследователей из – за неуклонной распространенности, имеющихся трудностей в диагностике и в выборе лечебной тактики. При этом следует отметить, что соответствующие исходы лечения черепно – мозговой травмы в значительной степени зависят от своевременности и качества оказания пострадавшим медицинской помощи [2,4].

Оценка приоритетных проблем здоровья населения является задачей едва ли не первостепенной, особенно в условиях нашей страны, где ресурсы, выделяемые на нужды медицины, крайне ограничены.

Особенностью закрытой черепно – мозговой травмы являются ее тяжелые последствия.

В связи с компенсаторными механизмами организма диагностика тяжести состояния больных в остром и особенно в отдаленном периоде после травмы крайне сложна, что часто приводит к затруднению в оценке неврологических последствий. Данное обстоятельство определяет поиск дальнейших объективных подходов к оценке функционального состояния головного мозга при разных формах закрытой черепно – мозговой травмы в остром периоде, с применением комплексной оценки нейропсихологических методов обследования, чем и обуславливает актуальность данной проблемы. В отдаленном периоде независимо от тяжести перенесенной травмы у 40–60 % больных отмечаются стойкие неврологические расстройства, которые могут приводить к инвалидизации.

Поражение нервной системы при закрытой черепно – мозговой травме стоит на первом месте по значимости. Это связано с множеством патогенетических поражений центральной нервной системы [1,3,5].

Поражение нервной системы возникает у 90% больных с закрытой черепно – мозговой травмой, хотя неврологические осложнения обнаруживаются только в 50 – 70% случаев.

Высокая частота неврологических проявлений при закрытой черепно – мозговой травме, а также трудности их ранней и дифференциальной диагностики, делают проблему весьма актуальной и приоритетной для мировой клинической медицины, и в частности, в Республике Таджикистан.

Когнитивные нарушения, включая деменцию, вызывают повышенный интерес мирового медицинского сообщества к организации системы здравоохранения и врачей. Под когнитивными функциями принято понимать наиболее сложные функции головного мозга, с помощью которых осуществляется процесс рационального познания мира. К когнитивным функциям относятся память, гнозис, речь, праксис и интеллект.

Для оценки когнитивных функций используются нейропсихологические методы исследования. Они представляют собой различные тесты и пробы на запоминание и воспроизведение слов и рисунков, узнавание образов, решение интеллектуальных задач, исследование движений и т.д. Полное нейропсихологическое исследование позволяет выявить клинические особенности когнитивных нарушений и поставить топический диагноз. Умение диагностировать когнитивные нарушения на ранней стадии становится все более важной задачей для врачей.

**Цель исследования.** Изучить особенности когнитивных нарушений при закрытой черепно – мозговой травме с помощью нейропсиходиагностического тестирования. Установить частоту клинического течения когнитивных нарушений по поводу закрытой черепно – мозговой травмы. Определить выраженность когнитивных нарушений у больных с закрытой черепно – мозговой травмой.

**Материал и методы исследования.** В основу работы положен анализ 95 больных, получивших черепно – мозговую травму в период от 01.01.2019г по 15.09.2019гг, находившихся на лечении в нейрохирургическом отделении ГУ “Комплекс здоровья Истиклол”. Возраст обследованных больных колебался от 18 до 89 лет. Средний возраст 36 лет. Мужчин было 68 (71.6%) женщин – 27 (28.4%).

**Таблица 1. - Распределение больных по полу**

Мужчины	68	71,6%
Женщины	27	28,4%
Всего	91	100,0%

Среди распространенности травматизма преобладал бытовой травматизм 68 (71.6%), автотранспортную травму получили 27 (28.4%).

**Таблица 2. Вид травматизма**

Бытовая травма	65	68,4%
Транспортная травма	30	31,6%
Всего	95	100,0%

Среди всех черепно – мозговых травм на долю сотрясения головного мозга приходился 71 (74.7%) случай, ушиба головного мозга легкой степени – 9 (9.5%), ушиба головного мозга средней степени – 4 (4.2%), ушиба головного мозга тяжелой степени – 11 (11.6%).

**Таблица 3. Распределение больных по нозологии**

Сотрясение головного мозга	71	74,7%
Ушиб головного мозга легкой степени	9	9,5%
Ушиб головного мозга средней степени	4	4,2%
Ушиб головного мозга тяжелой степени	11	11,6%
Всего	95	100,0%

Диагноз был установлен на основании клинико – неврологических, лабораторных, нейроофтальмологических, рентгенологических, компьютерно–томографических данных.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Исследование провели с помощью клинических данных и шкалы краткого исследования психического статуса (MMSE) (Mini –Mental State Examination). В исследовании использовалась бальная система критерия: ориентация (5 баллов), запоминание (3 бала), внимание и счет (5 баллов), воспроизведение (3 бала), речь (от 1 до 3 баллов) и конструктивный праксис (1 бал). В итоге сумма составляла 30 баллов. В исследование не были включены пациенты с психическими заболеваниями. С помощью программы Microsoft Office Excel 2010 (в среде Windows) был произведен вариационно статический анализ данных среди всех больных. У 47 (49.5%) пациентов не было нарушений когнитивных функций (28 – 30 баллов). У 23 (24.2%) пациентов наблюдались умеренные когнитивные расстройства (24 – 27 баллов). Деменция легкой степени выраженности

наблюдалась у 11 (11,6%) пациентов (20 – 23 балла). У 7 (7,4%) пациентов отмечена деменция умеренной степени выраженности (11 – 19 баллов). Тяжелая деменция наблюдалась у 5 (5,3%) пациентов (0 – 10 баллов). У 2 (2,0%) пациентов, которые находились в состоянии вегетативного статуса в остром периоде закрытой черепно – мозговой травмы, не было возможности провести данное исследование.

**Таблица 4. Распределение больных по уровню когнитивных нарушений**

Нарушение когнитивных функций не наблюдалось	47	49,5%
Умеренные когнитивные расстройства	23	24,2%
Деменция легкой степени выраженности	11	11,6%
Деменция умеренной степени выраженности	7	7,4%
Деменция тяжелой степени выраженности	5	5,3%
Невозможность исследования в связи с вегетативным статусом больного	2	2,0%
Всего	95	100,0%

**Выводы.** Когнитивные нарушения у пациентов по поводу закрытой черепно – мозговой травмы составили 48 (50,5%). У 47 (49,5%) когнитивные нарушения не были отмечены. У 2 (2,0%) в связи с состоянием вегетативного статуса не было возможности провести данное исследование.

Таким образом, клиническая картина когнитивных дисфункций у наблюдаемых нами пациентов выражалась в снижении умственной работоспособности, внимания, памяти, что явилось причиной их социально – бытовой дезадаптации и снижения качества жизни.

#### Список литературы

1. Лёвкин, О. А. Тактика ведения пострадавших с тяжелой черепно – мозговой травмой на догоспитальном этапе / О.А. Лёвкин, К.В. Сериков // Скорая медицинская помощь. – 2014. – № 4. – С.18-20.
2. Крылова, В. В. Лекции по черепно – мозговой травме / В.В. Крылова. – М.: Медицина, 2010. – 320 с.
3. Исхаков, О. С. Внутричерепное и церебральное перфузионное давление в патогенезе тяжелой черепно – мозговой травмы у детей и прогнозе исходов / О.С. Исхаков // Детская хирургия. – 2008. – №5. – С. 32-47.
4. Яковенко, И.В. Медико – социальные аспекты сочетанной черепно – мозговой травмы и пути совершенствования медицинской помощи пострадавшим (в городах с различной численностью населения)/И. В. Яковенко // Автореф. д-ра мед. наук. СПб.:– 2008.
5. A randomized controlled trial of holistic neuropsychologic rehabilitation after traumatic brain injury / Cicerone, K. D. Mott T. Azulay J. et al. // Arch. Phys. Med. Rehabil. – 2008. – Vol. 89, № 12. – P.2239 – 2249.

### НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО – МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

*Наджбидинов М.Дж., Нажмидинова М.Н., Ашуров Р.Г.*

Кафедра ЛФК и Восточной медицины ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Черепно – мозговая травма (ЧМТ) относится к важнейшей проблеме здравоохранения и общества в любой стране в силу ее распространенности и тяжести последствий.

Травматические повреждения черепа и головного мозга составляют 30 – 40% всех травм и занимают первое место по летальности и инвалидизации лиц трудоспособного возраста.

Черепно – мозговая травма занимает первое место в летальности и инвалидизации населения в возрасте до 44 лет [1].

В России ежегодно ЧМТ получают около 600 тыс. человек, 50 тысяч из них погибает, а еще столько же становятся официальными инвалидами. В России количество инвалидов вследствие перенесенной ЧМТ превышает 2 млн [2,4].

Частота черепно – мозговой травмы существенно колеблется. В расчете на 1000 населения она составляет в Китае 7,3%, в США – 5,3%, в России – 4%, в Шотландии – 1,1% [3,5].

Повсеместное распространение черепно – мозгового травматизма среди мужчин в 2–3 раза превышает такое у женщин с сохранением этой зависимости во всех возрастных категориях, кроме младенцев и стариков. Наиболее часто ЧМТ получают мужчины в возрасте 20–39 лет [3]. В структуре клинических форм повсеместно доминирует (80–90%) легкая черепно – мозговая травма.

Методы нейровизуализации коренным образом улучшили и уточнили диагностику ЧМТ. Современные спиральные компьютерные томографы обладают высокой чувствительностью и специфичностью в диагностике острых повреждений мозгового вещества и костных структур. Поражение нервной системы при закрытой черепно – мозговой травме стоит на первом месте по значимости. Это связано со множеством патогенетических поражений центральной нервной системы [1,2,3].

Высокая частота неврологических проявлений при закрытой черепно – мозговой травме, а также трудности их ранней и дифференциальной диагностики делают проблему весьма актуальной и приоритетной для мировой клинической медицины, и в частности, в Республике Таджикистан.

**Цель исследования.** Изучить и оценить особенности проявления и течения поражения нервной системы у больных с перенесенной закрытой черепно – мозговой травмой.

**Материал и методы исследования.** Материалом исследования являлись 88 больных, получивших закрытую черепно – мозговую травму. Возраст обследованных больных колебался от 18 до 82 лет. Средний возраст 35,1 лет. Среди обследованных было мужчин 63 (71,6%) и женщин – 25 (28,4%).

Диагноз был установлен на основании клинико – неврологических, лабораторных, нейроофтальмологических, рентгенологических, компьютерно–томографических данных.

Среди распространенности травматизма преобладал бытовой травматизм – 59 (67.0%), автотранспортную травму получили 29 (33.0%).

Среди всех черепно – мозговых травм на долю сотрясения головного мозга приходилось 67 (76.1%), ушиба головного мозга легкой степени – 9 (10.2%), ушиба головного мозга средней степени – 4 (4.6%), ушиба головного мозга тяжелой степени – 6 (6.8%), сдавления головного мозга внутричерепными гематомами 2 (2.3%) случая.

По нашим наблюдениям, сотрясение головного мозга и ушиб головного мозга легкой степени по частоте занимают первое место в структуре черепно – мозгового травматизма, что соответствует данным литературы [1].

**Таблица 1. - Распределение больных по нозологии**

Сотрясение головного мозга	67	76.1%
Ушиб головного мозга легкой степени	9	10.2%
Ушиб головного мозга средней степени	4	4.6%
Ушиб головного мозга тяжелой степени	6	6.8%
Сдавление головного мозга внутричерепными гематомами	2	2.3%
Всего	88	100%

**Результаты исследования и их обсуждение.** Клиническая картина, наблюдавшаяся при травмах варьировала от минимальных неврологических дисфункций до грубых расстройств с витальными нарушениями. В большей степени было характерно наличие общемозговой симптоматики. Угнетение сознания различной степени наблюдалось у 21 (23.9%) больного. Глубина нарушения сознания варьировала от легкого оглушения до комы. Умеренное оглушение отмечалось у 9 (10.2%), глубокое оглушение – у 4(4.6%), сопор – у 4(4.6%), кома I–у 2 (2.3%), кома II– у 1 (1.1%), кома III– у 1 (1.1%).

Головные боли были наиболее частой жалобой пациента. После восстановления контакта с больными выявлялось следующее: головокружение, тошнота, рвота, общая слабость, боли в глазных яблоках.

**Таблица 2. - Распределение больных по выявлению общемозговой симптоматики при легкой закрытой черепно – мозговой травме (сотрясение головного мозга и ушиб головного мозга легкой степени)**

Головные боли	76	100%
Головокружение	69	90.8%
Тошнота	62	81.8%
Рвота	58	76.3%
Боли в глазных яблоках	32	42.1%

Как видно из таблицы, головные боли при легкой закрытой черепно – мозговой травме (сотрясение головного мозга и ушиб головного мозга легкой степени) выявлялись у всех больных. Головные боли и головокружение – у 69 (90.8%). Головные боли, головокружение и тошнота – у 62(81.8%). Головные боли, головокружение, тошнота и рвота – у 58(76.3%) больных. Головные боли, головокружение, тошнота, рвота и боли в глазных яблоках – у 32(42.1%) больных.

Вегетативно – сосудистые расстройства – у 32 (36.4%), а вестибуло – координаторные расстройства отмечались у 15 (17.1%) обследованных. Отмечены мозжечковые симптомы в виде нарушения походки, промахивания при выполнении пальце–носовой пробы и неустойчивости в позе Ромберга. Менингеальные симптомы выявлялись у 10(11.4%) больных с ушибом головного мозга средней степени и ушибом головного мозга тяжелой степени.

Психопатологическая симптоматика различной степени выраженности выявлена у 28 (31.8%) больных. Психические проявления варьировали от легких пограничных психо – эмоциональных до грубых нарушений ориентировки во времени, месте и собственной личности. В некоторых случаях психические проявления носили характер быстро развивающейся деменции.

**Таблица 3. Распределение больных по угнетению уровня сознания**

Ясное сознание	67	76.1%
Умеренное оглушение	9	10.2%
Глубокое оглушение	4	4.6%
Сопор	4	4.6%
Кома I	2	2.3%
Кома II	1	1.1%
Кома III	1	1.1%
Всего	88	100%

При рентгенологическом исследовании выявлялись линейные переломы у 14 (15.9%) больных.

При компьютерно–томографическом исследовании выявлялись линейные переломы у 14 (15.9%) и внутричерепные гематомы – у 2 (2.3%). Отмечалось грубое смещение срединных структур головного мозга до 16мм с дислокационным синдромом у 1(1.1%) больного. Летальный исход отмечен у 1 (1.1%) больного.

**Выводы.** Для черепно – мозговых травм в большинстве случаев характерны преобладание общемозговых симптомов и медленно прогрессирующий тип течения.

Компьютерная томография является высоко достоверным методом исследования и с высокой точностью определяет степень повреждения внутричерепных образований.

Своевременное распознавание заболевания до возникновения дислокации мозга способствует благоприятному исходу лечения.

#### Список литературы

1. Современные подходы к изучению и лечению черепно – мозговой травмы / А.А. Потапов [и др.] // Клиническая неврология. – 2010. - Том 4, № 1. – С.4-12.
2. Крылова, В. В. Лекции по черепно – мозговой травме / В.В. Крылова. – М.: Медицина, 2010. – 320 с.
3. Захаров, В. В. Когнитивные нарушения у больных с черепно – мозговой травмой / В.В. Захаров, Е.А. Дроздова // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2013. – № 4. – С. 88-93.
4. Яковенко, И.В. Медико – социальные аспекты сочетанной черепно – мозговой травмы и пути совершенствования медицинской помощи пострадавшим (в городах с различной численностью населения)/И. В. Яковенко // Автореф. д-ра мед. наук. СПб.:– 2008.
5. A randomized controlled trial of holistic neuropsychologic rehabilitation after traumatic brain injury / Cicerone, K. D. Mott T. Azulay J. et al. // Arch. Phys. Med. Rehabil. – 2008. – Vol. 89, № 12. – P.2239 – 2249.

### СОСТОЯНИЕ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПРИ ПАРКИНСОНИЗМЕ

*Нажмидинова М.Н., Солиев Ф.Г., Шамсиев Э.Д.*

Кафедра ЛФК и Восточной медицины ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Длительное систематическое лечение и уход за больными с расстройствами двигательной сферы является большой проблемой для семьи, органов здравоохранения и общества.

Работами последних лет показано, что обмен липидов тесно связан с обменом медиаторов центральной нервной системы. Известно, что обмен ацетилхолина и фосфатидилхолина, катехоламина и ДОФА угнетает перекисное окисление липидов и их липолиз.

В связи с этим выявление роли нарушений обмена липидов в развитии экстрапирамидных заболеваний имеет практическое значение.

Уточнение характерных отклонений в спектре липидов при паркинсонизме может быть использовано не только для выявления отдельных звеньев патогенеза, но и может послужить основанием для разработки вопросов терапии этого заболевания [1-5].

**Цель исследования.** Изучение липидного состава сыворотки крови и ликвора в зависимости от этиологических факторов паркинсонизма.

**Материал и методы исследования.** Под наблюдением находилось 85 больных различными формами паркинсонизма. Сосудистый паркинсонизм был у 35 больных, болезнь Паркинсона у -18, постэнцефалитический паркинсонизм- 18, посттравматический паркинсонизм- у 14.

По тяжести заболевания наблюдаемые разделялись на больных легкой, средней и тяжелой степени тяжести. По клиническим проявлениям больные разделились на дрожательную, акинетико-регидную и дрожательно-регидную формы болезни. Давность заболевания была от 5 до 20 лет. Для сравнения исследовался 38 практически здоровых доноров.

Методы исследования общих фосфолипидов и фосфолипидных фракций в сыворотке крови и ликворе. Материалом для исследования явилась цельная кровь и ликвор больного. Принцип метода тонкослойной хроматографии состоит в том, что после извлечения липидов эфирно-алкогольной смесью и минерализации определяют липоидный неорганический фосфор.

Фракционирование фосфолипидов проводили на силуфольной пластике чехословацкой фирмы «Silufol». 1 мл сыворотки крови (или ликвора) + 20 мл смеси хлороформ-метанола (2:1) встряхивают 15 минут, фильтруют через бумажный фильтр в мерной цилиндр, уровень которого доводится до определенной метки (18 или 19 в зависимости от T<sup>0</sup>) и добавляется до метки 20 куб.мл хлороформ-метанола. К 1/5 части воды добавляют 4 куб., доводя до 20 куб и встряхнув, оставляют на ночь. Происходит расслоение жидкости на 2 фазы: верхнюю и нижнюю. Верхняя фаза не содержит липидов (это водная фаза), нижняя липидная фракция. Нижнюю фракцию упариваем в вакууме. После упаривания разводят в чистом хлороформе до определенного объема, например, до 1 куб.мм. Из него половину наносят на силуфольную пластинку («Silufol»), а другую половину оставляют на определение фосфора по Фиске. Затем фосфор определяют в отдельных пятнах и смотрят процент его в пятнах (двойное определение для контроля). Фаза: хлороформ – 65 мл (брали 1/3 часть значит 21,6 мл); метанол – 25 мл (8,3 мл); дистиллированная вода – 4 мл (1/3мл).

**Результаты исследования и их обсуждения.** Фракции фосфолипидов в порядке нарастания Rf распределялись следующим образом: лизолецитин, сфингомиелин, лецитин. Сосудистым паркинсонизмом у больных установлена тенденция к снижению по сравнению с контрольной группой. У больных с болезнью Паркинсона содержание фосфолипидов в сыворотке крови находилась в пределах нормы. Анализ отдельных фракций фосфолипидов устанавливает неравноценную динамику. У больных постэнцефалитическим паркинсонизмом и болезнью Паркинсона лизолецитин имел тенденцию к повышению, а у больных сосудистым и посттравматическим паркинсонизмом – к снижению. Такая же динамика отмечалась со стороны фракции сфингомиелина. Фракция фосфотидилхолина у всех больных, кроме группа с посттравматическим паркинсонизмом, имела тенденцию к снижению. Фракция фосфотидилсерина также снижена, за исключением группы больных с постэнцефалитическим паркинсонизмом. У последней группы больных выявлено повышение фосфотидных кислот в отличие от остальных групп больных. По нашему мнению, повышение фракции лизолецитина, сфингомиелина указывает на задержку продуктов распада миелина в сыворотке крови вследствие угнетения ферментативных биохимических реакций. Тенденция к снижению отдельных фракций фосфолипидов, вероятно, свидетельствует об обратимости демиелинизирующего процесса у отдельных

больных. С целью подтверждения этого предположения проводились исследования отдельных фракций фосфолипидов после лечения препаратом юмексом в сочетании с антипаркинсоническими препаратами. Результаты исследования показали, что, действительно, на фоне лечения происходит общая стимуляция липидного обмена с повышением его отдельных фракций. Установлена, что в норме уровень основных фракций фосфолипидов в спинномозговой жидкости значительно ниже, чем в сыворотке. Колебания отдельных фракций фосфолипидов в ликворе представляют определенный интерес.

Во всех группах больных паркинсонизмом уровень фосфолипидов с спинномозговой жидкости оказался повышенным, что указывает на нарушение липидного обмена у всех больных. Это наводит на мысль о возможности демиелинизирующего процесса у этих контингентов больных. Увеличение фосфолипидов в ликворе до лечения объясняется тем, что основная масса их накапливается в спинномозговой жидкости и, по-видимому, через гематоэнцефалический барьер в кровь не переходит.

В процессе лечения тенденция еще больше увеличивается, и назначаемая нами терапия не носит специфический характер, что указывает на отсутствие прямого параллелизма. Тем не менее увеличение фракции фосфолипидов говорит о сохранности компенсаторной возможности мозга, свидетельствующей о пластических перестройках в структуре мозга. Накопление фосфолипидов, по нашим представлениям, носит положительную сторону. Чтобы убедиться в этом, мы разобрали отделение истории болезни. Оказалось, что при легкой степени болезни после лечения в ликворе имеется тенденция к повышению фосфолипидов, а при тяжелой степени болезни после лечения такая тенденция к повышению не отмечается.

У больных с дрожательной формой наблюдался почти постоянный тремор конечностей, преимущественно в дистальных отделах, нередко отмечалось дрожание челюсти, головы, языка. Трудоспособность снижалась. Лица, занимающиеся физическим трудом, вынуждены были переходить на более легкую работу, а умственным – сохраняли работоспособность более длительно. Самообслуживание больных несколько ограничивалось при дрожательной форме и значительно ограничивалось при ригидной.

Следует отметить, что степень выраженности демиелинизирующего процесса неодинакова у всех больных, тем более не у каждой группы. Это подтверждается тем, что содержание фосфолипидов в ликворе больных с синдромом Паркинсона оказалось в 2,5 раза выше, чем у больных с синдромом Паркинсона. Вероятно, это свидетельствует о высоком темпе распада и уменьшением утилизации фосфолипидов.

При наследственном паркинсонизме процесс блокирования дофаминэргических систем мозга с каждым годом, начиная с самого возникновения болезни, усиливается, это естественно патоморфологически проявляется в дегенеративно-дистрофическом изменении структур подкорковых образований. В то же время при инфекционном и травматическом паркинсонизме мы имеем дело с отзвучившими (стабильными) последствиями перенесенного экзогенного заболевания. С этой точки зрения можно объяснить резкое увеличение содержания фосфолипидов в ликворе при болезни Паркинсона в отличие от его синдрома, что может косвенно подтверждать высказанное нами суждение.

Следовательно, подкрепляется правильность предположения о возможности демиелинизирующего процесса, у контингента больных сосудистым и постэнцефалитическим паркинсонизмом, а также болезни Паркинсона. Это обусловлено важной функцией фосфолипидов в ферментативных процессах разных видов обмена организма, в частности в нервной системе. Сходство патогенетических механизмов болезни Паркинсона и сосудистого, постэнцефалитического паркинсонизма свидетельствует о важности обмена липидов при этих формах болезни. Дальнейшее изучение этой проблемы представляется более перспективным.

Отмечена некоторая разница в содержании липидов в зависимости от формы заболевания. Результаты изучения содержания триглицеридов, общих липидов, холестерина и  $\beta$ -липопротеидов в сыворотке крови при различных формах паркинсонизма до и после лечения препаратом юмексом в сочетании с антипаркинсоническими препаратами. Из проведенного лечения видно, что до лечения у больных различными формами паркинсонизма в сыворотке крови наблюдается некоторое повышение уровня триглицеридов по сравнению с контролем. Оно менее выражено при болезни Паркинсона, но более резко повышено при сосудистом паркинсонизме. Особых отличий в содержании общих липидов не найдено. Уровень холестерина оказался более высоким у больных с сосудистым паркинсонизмом и болезнью Паркинсона, хотя это повышение не имело месту всех больных. Содержание  $\beta$ -липопротеидов сыворотки крови наиболее высоким оказалось в группе больных с посттравматическим паркинсонизмом и наименьшим – с постэнцефалитическим паркинсонизмом.

**Выводы.** Таким образом, из полученных показателей наиболее чувствительным тестом является уровень триглицеридов, холестерина и липопротеидов сыворотки крови, которые коррелировали с различной формой паркинсонизма. Заметные сдвиги в этих показателях в сторону их повышения отмечались при сосудистом паркинсонизме и болезни Паркинсона. При этом показатели этих форм заболеваний имеют более близкое сходство, что указывает на возможный единый их патогенез.

#### Список литературы

1. Артемьев, Д.В. Современные подходы к лечению ранних стадий болезни Паркинсона / Д.В. Артемьев, А.В. Обухова // *Consilium medicum*. - 2009. - №2. - С.22-27.
2. Иванова-Смоленская, И.А. Эссенциальный тремор / И.А. Иванова-Смоленская, Р.А. Рахмонов, С.Н. Иллариошкин. – Душанбе, 2007. – С.57-62.
3. Иллариошкин, С.Н. Терапия паркинсонизма: возможности и перспективы / С.Н. Иллариошкин // *Consilium medicum*. - 2009. - №1. - С.35-40.
4. Bjorklund, T. Gene therapy for Parkinson's disease / T. Bjorklund, J.H. Kordower // *Mov. Disord.* - 2010. - V.25, S.1. - P.161-173 ,
5. Olfactory dysfunction, central cholinergic integrity and cognitive impairment in Parkinson's disease / N.I. Bohnen [et al.] // *Brain*. - 2010. - V.133. - P. 1747-1754.

# СОСТОЯНИЕ АМИНОКИСЛОТНОГО ОБМЕНА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ

*Нажмидинова М.Н., Урунова Ш.Д., Али-Заде С.Г.*

Кафедра ЛФК и восточной медицины ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Сердечно-сосудистые заболевания представляют собой серьезную социальную проблему. Они являются довольно частой причиной инвалидизации и смертности населения. Их стали называть «эпидемией XX века»

Одно из самых распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы человека – сосудистые дистонии. Долгие годы НЦД рассматривалась как функциональное заболевание, согласно которому при так называемой функциональной патологии имеется и морфологический субстрат болезни, который первоначально развивается только на молекулярном, субклеточном или клеточном уровне.

Работы последних лет подтвердили возможность активизации местных гормонов, повреждающих, в частности, миокард, в условиях нарушенной нейрогуморальной регуляции сердечно-сосудистой системы, вызывая изменения типа дистрофии.

В настоящее время нейроциркуляторная дистония (НЦД) рассматривается как полиэтиологическое функциональное заболевание сердечно-сосудистой системы, в основе которого лежат расстройства нейроэндокринной регуляции с множественными и разнообразными клиническими симптомами, возникающими или усугубляющимися на фоне стрессовых воздействий, отличающиеся доброкачественным течением, хорошим прогнозом, не приводящие к кардиомегалии и сердечной недостаточности.

Следует отметить, что нейроциркуляторной дистонией болеют преимущественно молодые люди – дети, подростки, молодые мужчины и женщины. Однако, развитие болезни возможно и в более старшем возрасте.

Состав и концентрация свободных аминокислот в сыворотке крови чувствительны к изменению функционального состояния организма. Нарушение аминокислотного обмена в организме человека играет важную роль в патогенезе некоторых болезней нервной системы как наследственных, так и приобретенных. Работ об обмене аминокислот при нейроциркуляторной дистонии очень мало и данные при этом противоречивы. Особенно мало работ по изменению концентрации аминокислот в результате лечения различными препаратами.

Изменения показателей аминокислотного обмена могут послужить объективным критерием в дифференциальной диагностике различных форм нейроциркуляторной дистонии. Из показателей аминокислотного обмена существенную роль в патогенезе различных форм нейроциркуляторной дистонии играют фенилаланин и тирозин, так как они являются предшественниками катехоламинов.

**Цель исследования.** Изучить аминокислотный обмен при различных формах НЦД до и после лечения, а также оценить возможность использования его показателей в дифференциальной диагностике различных форм НЦД.

**Материал и методы исследования.** Материалы нашего исследования базируются на данных обращаемости населения за медицинской помощью в лечебно-профилактические учреждения. Было проведено исследование аминокислотного обмена у больных с различными формами нейроциркуляторной дистонии. Кровь для определения аминокислотного состава брали из вены локтевого сгиба. Кровь сразу после отбора центрифугировали при 3000 об/мин. в течение 20 мин для получения сыворотки, которую затем до исследования хранили в морозильнике. Перед исследованием осаждали из сыворотки белки добавлением пятикратного объема этанола. Для полного осаждения белков выдерживали смесь в морозильнике в течение 1 суток. Высаженный белок отделяли центрифугированием при 3000 об/мин в течение 30 минут. Недостаточную жидкость упаривали досуха на ротаторном испарителе при температуре до 40°C. В остатке после его растворения в буфере для образцов определяли содержание и состав свободных аминокислот с помощью автоматического аминокислотного анализатора марки Т-339, фирмы «Microtechna» (Чехословакия).

Все показатели аминокислотного обмена определяли у больных до и после лечения. При этом контролем служили результаты исследования этих показателей у практически здоровых людей.

## **Результаты исследования и их обсуждение.**

В результате исследования было выявлено, что во всех формах отмечается статистически значимое увеличение концентрации тирозина и фенилаланина. При этом отмечается существенное увеличение концентрации тирозина и фенилаланина при гипотонической и кардиальной форме. На втором месте - смешанная и гипертоническая формы (таблица 1).

**Таблица 1. - Состав свободных аминокислот в сыворотке крови больных различной формы нейроциркуляторной дистонии (в моль %)**

Аминокислота	Контрольная группа	Кардиальная форма	Гипертоническая форма	Гипотоническая форма	Смешанная форма
Тирозин	0,025±0,001	0,138±0,036	0,118±0,025	0,153±0,051	0,128±0,022
Фенилаланин	0,047±0,004	0,110±0,09	0,088±0,013	0,150±0,046	0,094±0,018

Таким образом, полученные данные дают возможность объективно дифференцировать различные формы нейроциркуляторной дистонии. До настоящего времени оценка эффективности лечения различных форм нейроциркуляторной дистонии проводили по клиническим признакам. Не всегда отсутствие клинических симптомов свидетельствует об отсутствии заболевания.



Результаты показателей аминокислотного обмена после лечения в сравнении с контрольной группой отображены в таблице 2.

**Таблица 2. - Состав свободных аминокислот в сыворотке крови больных различной формы нейроциркуляторной дистонии после лечения (в моль %)**

Аминокислота	Контрольная группа	Кардиальная Форма	Гипертоническая форма	Гипотоническая форма	Смешанная форма
Тирозин	0,025±0,001	0,136±0,038	0,115±0,028	0,138±0,032	0,200±0,038
Фенилаланин	0,047±0,004	0,115±0,025	0,079±0,005	0,150±0,024	0,083±0,024

Из таблицы 2 видно, что концентрации тирозина и фенилаланина после лечения снижаются незначительно и при всех формах НЦД остаются выше нормы.

Таким образом, несмотря на отсутствие клинических симптомов, после проведенного лечения показатели аминокислотного обмена не возвращаются до исходного уровня, отмечаемого в норме. Наибольшая разница отмечается при кардиальной и смешанной форме. Из наших результатов следует, что более объективным критерием эффективности лечения является возвращение концентрации тирозина и фенилаланина до уровня, отмечаемого у здоровых людей.

До настоящего времени оценка тяжести состояния больных определяется лишь клиническими способами. Мы считаем, что наиболее объективным критерием тяжести заболевания является степень отклонения показателей аминокислотного обмена от исходного уровня, наблюдаемого у здорового человека. Результаты исследования отражены в таблице 3.

**Таблица 3. – Показателей аминокислотного обмена при различных способах лечения**

Формы	Тирозин			Фенилаланин		
	I	II	III	I	II	III
Кардиальная форма	0,138±0,096	0,138±0,096	0,136±0,098	1,15±0,023	0,110±0,019	0,110±0,019
Гипертоническая форма	0,115±0,028	0,115±0,028	0,118±0,025	0,079±0,005	0,079±0,005	0,088±0,013
Гипотоническая форма	0,153±0,051	0,153±0,051	0,153±0,051	0,100±0,024	0,150±0,046	0,150±0,046
Смешанная форма	0,128±0,022	0,200±0,038	0,128±0,022	0,094±0,018	0,083±0,024	0,083±0,024

Таким образом, по мере тяжести уменьшается количество фенилаланина. При кардиальной форме количество тирозина не отличается по тяжести, но отмечается тенденция к уменьшению концентрации фенилаланина по мере тяжести заболевания. При гипертонической форме отмечается существенное увеличение тирозина и фенилаланина при III степени. При гипотонической форме концентрация тирозина не зависит от степени тяжести, а концентрация фенилаланина незначительно увеличивается по мере тяжести.

**Выводы:** Таким образом, динамика значений аминокислотного обмена показывает, что эти показатели можно использовать для дифференциальной диагностики, контроля эффективности лечения и для оценки тяжести заболевания.

#### Список литературы

1. Аникин, В.В. Нейроциркуляторная дистония у подростков / В.В. Аникин, А.А. Курочкин, С.М. Куппер // Губернская медицина. - 2000.
2. Гасилин, В.С. Поликлинический этап реабилитации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями / В.С. Гасилин, А.М. Куликова. - Москва, 2010. – 215 с.
3. Иванов, С.Н. Нарушения вегетативного гомеостаза и периферическое кровообращение у подростков с нейроциркуляторной дистонией / С.Н. Иванов. – Москва: Медицина, 2015.
4. Маргазин, В.А. Лечебная физическая культура при заболеваниях сердечно-сосудистой системы / В.А. Маргазин. - Санкт-Петербург, 2015. – 234 с.

### БОЛЬ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ У БОЛЬНЫХ ГЭРБ В СОЧЕТАНИИ С ХОБЛ

*Назарова М.К., Расулов У.Р.*

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Боли в грудной клетке могут быть связаны не только с патологией сердца, но и с заболеваниями органов пищеварения, дыхания, средостения, костно-мышечного аппарата. Как правило, испытав чувство боли, эти пациенты даже в случае нормального коронарографического исследования, в 50% случаев продолжают считать себя кардиологическими больными, принимают сердечные препараты и долгое время остаются нетрудоспособными.

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является одной из наиболее актуальных проблем современной медицины. В России ХОБЛ входит в число лидирующих причин временной нетрудоспособности, инвалидности и занимает 4-5 место среди причин смертности населения.

Синдром боли в грудной клетке пищеводного происхождения, не связанный с заболеваниями сердца, является одним из так называемых экстра-пищеводных "атипичных" проявлений ГЭРБ, включающих патологию бронхов, лёгких, сердца и ЛОР-органов.

Патогенетические механизмы, способствующие появлению болей в грудной клетке, ассоциированные с ГЭРБ и нарушениями моторной функции пищевода многообразны и до конца не выяснены. Допускается возможность существования следующих механизмов:

- патологические сокращения стенок пищевода вследствие раздражения специфических механорецепторов, располагающихся под слизистой оболочкой пищевода;
- изменение давления в пищеводе вследствие изменения порога чувствительности ноцицепторов, с последующим растяжением стенок пищевода, приводящим к ишемии мышц, вследствие ухудшения их кровоснабжения;
- растяжение стенок пищевода, возникающее при нарушениях расслабления его нижнего сфинктера и/или транзита болюса пищи в просвете пищевода.

Следует отметить, что диагностика боли в груди, связанная с заболеваниями пищевода составляет существенную проблему не только для врачей общей практики, но и гастроэнтерологов. Исследования, проведенные в странах Западной Европы, выявили, что у 30 - 50% пациентов с ангинозно-подобной болью отсутствуют какие либо изменения в коронарных артериях, причём у половины таких больных причиной боли является гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР). У этой категории пациентов, с болью в груди, практически мало отличающейся по клиническим признакам от стенокардии, при тщательном обследовании, включающем суточное мониторирование ЭКГ, проведение велоэргометрии и коронарографии не обнаруживаются изменения, характерные для ишемической болезни сердца (ИБС). Боль в грудной клетке при ГЭРБ может быть спровоцирована физической нагрузкой и имитировать стенокардию, даже во время проведения велоэргометрии. В этом случае боль в груди расценивают как "некардиальные" проявления ГЭРБ ("non-cardiac chest pain syndrome"). В то же время до 50% больных со стенокардией, обусловленной коронарным атеросклерозом, страдают ГЭРБ. У этих больных гастроэзофагеальный рефлюкс является триггером грудной боли, напоминающей истинную стенокардию с изменениями на ЭКГ, включая ишемию и нарушения ритма. Боль в груди и изменения на ЭКГ в данном случае расцениваются как "кардиальные" проявления ГЭРБ. В свою очередь, фармакотерапия больных с ИБС нитратами и антагонистами ионов кальция способствует снижению тонуса нижнего пищеводного сфинктера, увеличивая риск развития ГЭРБ.

Для дифференциальной диагностики болевых ощущений в грудной клетке при ГЭРБ, ИБС, а также их комбинации, проводят одновременное рН- и ЭКГ-мониторирование. В частности, по мнению некоторых исследователей, это позволяет подтвердить взаимосвязь ГЭР с загрудинной болью, нарушениями ритма сердца и ишемическими изменениями на ЭКГ [1,2].

У лиц с ранее установленным диагнозом ГЭРБ вероятность развития супразофагеальных симптомов более высока. Для установления возможной патогенетической взаимосвязи, диагностики бронхолегочных заболеваний как возможного внепищеводного проявления ГЭРБ необходимо помимо стандартных методов диагностики последней (ЭГДС, суточная рН-метрия) также использовать и специальные методики. Именно поэтому для выявления внепищеводных проявлений ГЭРБ признана необходимость использования суточной рН-метрии с оценкой эффективности лечебного эффекта антисекреторных средств или проведения теста с ингибитором протонной помпы (ИПП) [3,4].

**Цель исследования.** Установление правильного диагноза при болевом синдроме у больных ГЭРБ в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

**Материалы и методы исследования.** В пульмонологическом отделении ГУ НМЦРТ «Шифобахш» нами обследовано 60 больных ХОБЛ в сочетании с ГЭРБ. Больные были разделены на 2 группы: больные 1 группы ХОБЛ, 2 группы ХОБЛ с ГЭРБ. В работе использованы следующие методы исследования: общеклинические и специальные исследования. В комплекс общеклинических исследований входили: данные объективного осмотра и обследования больного: инструментальные методы исследования: измерение пиковой скорости форсированного выдоха-ПСВ (с помощью пикфлоуметра), рентгенография лёгких, функция внешнего дыхания, эзофагогастроуденоскопия и лабораторные анализы (общий анализ крови, мочи, исследование мокроты).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Наше наблюдение показало, что в клинической картине у больных 1 группы до лечения отмечались изжога (33,3%), отрыжка (26,6%), кашель (100%), одышка (100%), боль в грудной клетке (66,6%).

В клинической картине у больных 2 группы до лечения отмечались изжога (93,3%), отрыжка (83,3%), кашель (100%), одышка (100%), боль в грудной клетке (96,6%).

Результаты этих данных приведены в таблице 1,2.

**Таблица 1. - Клинические симптомы у больных ХОБЛ и ХОБЛ с ГЭРБ до лечения (%(n)).**

Симптомы	ХОБЛ (n=30)		ХОБЛ с ГЭРБ (n=30)	
	абс	%	абс	%
Изжога	10	33,3	28	93,3
Отрыжка	8	26,6	25	83,3
Кашель	30	100	30	100
Одышка	30	100	30	100
Боль в грудной клетке	20	66,6	29	96,6

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей до лечения.

В клинической картине у больных 1 группы после лечения отмечались изжога (26,6%), отрыжка (20%), кашель (86,6%), одышка (83,3%), боль в грудной клетке (60%).

В клинической картине у больных 2 группы после лечения отмечались изжога (86,6%), отрыжка (76,6%), кашель (96,6%), одышка (96,6%), боль в грудной клетке (93,3%).

При сравнительном анализе в этих группы до и после лечения улучшение во 2 группе по всем показателям было эффективнее.

В таблице 2 после лечения заметная положительная динамика отмечена в группе больных ХОБЛ с ГЭРБ.

Таким образом, актуальность исследования предопределена частотой распространённости синдрома боли в грудной клетке, у больных ХОБЛ, связанной с ГЭРБ, различными нарушениями моторной функции пищевода, ИБС

и их сочетанными проявлениями, ошибками в диагностике, отсутствием алгоритма дифференцированной диагностики и лечения.

**Таблица 2. - Клинические симптомы у больных ХОБЛ и ХОБЛ с ГЭРБ после лечения (%(n))**

Симптомы	ХОБЛ n=30		ХОБЛ с ГЭРБ n=30	
	абс	%	абс	%
Изжога	8	26,6	26	86,6
Отрыжка	6	20	23	76,6
Кашель	26	86,6	29	96,6
Одышка	25	83,3	29	96,6
Боль в грудной клетке	18	60	28	93,3

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей после лечения.

У больных ХОБЛ в сочетании с ГЭРБ эффективнее комплексное лечение. При этом наряду с положительной динамикой клинических симптомов отмечены благоприятные сдвиги функциональных показателей со стороны эзофагогастральной зоны и дыхательной системы.

#### **Выводы.**

1. Боль в грудной клетке у больных ХОБЛ с ГЭРБ и НМП по своей локализации, распространенности, иррадиации, характеру и длительности имеет сходство с болью при заболеваниях сердца и не имеет существенных клинических различий в сравниваемых группах. Исключением является связь между появлением боли и приемом пищи (после приема при ГЭРБ, во время приема - при НМП).
2. При сочетании ХОБЛ с ГЭРБ во всех случаях имеются эндоскопически выявляемые поражения верхнего отдела ЖКТ и трахеобронхиального дерева, характер которых требует адекватной терапии.

#### **Список литературы**

1. Чучалин А.Г. Хроническая обструктивная болезнь лёгких и сопутствующие заболевания / А.Г. Чучалин // Тер. архив. - 2015. - №8. - С. 43-48.
2. Расулов У.Р. Клинико-функциональные особенности гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, сочетающейся с хроническим обструктивным заболеванием лёгких / Ф.И.Ниязов, М.К.Назарова, М.П.Ганиева // Журнал «Проблемы гастроэнтерологии». 2012. -№3-4. –С. 157-159.
3. Бордин Д.С. Патогенетические основы развития гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Диагностика и лечение // Д.С.Бордин, С.В. Колбасников / Вестник семейной медицины. 2013. -№1.- С. 30-34.
4. Ишанкулова Д.М. Распространённость и клинико-эндоскопические особенности эрозивной и неэрозивной гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / Д.М.Ишанкулова, Ф.Н.Каримова, Ф.А.Негматова, А.В.Дусматов, Ш.Холматова // Ж. «Проблемы гастроэнтерологии». - 2012. - №1-2. - С. 32-36.

### **МНОГОФАКТОРНОЕ УПРАВЛЕНИЕ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА**

*Нарбаев А.Н., Тогаева Г.С., Хайдаров Р.Б., Насруллаева У.*

Самаркандский Государственный медицинский институт, г.Самарканд, Республика Узбекистан

Сахарный диабет типа 2 является одной из ведущих медико-социальных и экономических проблем современного здравоохранения (Дедов И.И., Шестакова МБ. 2008). Неуклонно растущая распространенность в сочетании с высокой частотой и тяжестью осложнений этого заболевания приводит к тому, что затраты на лечение больных СД 2 типа составляют значительную часть средств, выделяемых на здравоохранение, и закономерно увеличиваются по мере ухудшения гликемического контроля и прогрессирования осложнений (Сунцов Ю.И., 2008). Британское проспективное исследование по СД 2 типа (UKPDS, 1999) убедительно продемонстрировало необходимость поддержания нормогликемии у пациентов с СД 2 типа для снижения риска развития микрососудистых осложнений, а 10 - летнее наблюдение за пациентами после завершения исследования . доказало целесообразность более раннего достижения оптимального гликемического контроля для снижения риска развития инфаркта миокарда и общей смертности при СД 2 типа.

Признание того факта, что достижение целевых значений гликемии, артериального давления (АД), показателей липидного спектра существенно снижает прогрессирование заболевания, сделало эффективность лечения приоритетной задачей (D.M. Nathan, 2008). В связи с этим, в настоящее время принята новая концепция лечения СД 2 типа, предполагающая многофакторный подход к терапии с учетом индивидуализации целевых критериев метаболической компенсации.

Естественное прогрессирующее течение СД типа 2 требует постоянной коррекции сахароснижающей терапии и контроля сердечно-сосудистых факторов риска для поддержания оптимального метаболического контроля.

**Целью исследования** является оценка клинической и экономической эффективности поэтапного многофакторного управления сахарным диабетом 2 типа.

**Материалы и методы исследования.** Всего было обследовано 60 пациентов с сахарным диабетом 2 типа в возрасте от 35 до 75 лет. В исследование были включены пациенты с сахарным диабетом 2 типа и длительностью заболевания не менее 6 месяцев. Из исследования исключались пациенты с осложнениями СД на терминальной стадии их развития, беременные, пациенты с психическими заболеваниями. Исследование продолжалось в течение 12 месяцев. Наблюдение пациентов обеих групп проводилось каждые 4 недели, и на каждом визите наблюдения проводилась оценка эффективности и безопасности терапии.

В зависимости от тактики терапии все пациенты были распределены на 2 группы. В основную группу интенсивной терапии (ИТ), ведение которой осуществлялось согласно алгоритмам поэтапного управления СД 2 типа было включено 22 пациентов, и в группу сравнения стандартной терапии (СТ), курируемой согласно «общепринятой практике» в перечисленных лечебных учреждениях -38 пациентов.

Для оценки углеводного обмена использовались содержание глюкозы в капиллярной крови при измерении глюкометром, а также уровень гликированного гемоглобина. Результат фиксировали как глюкозу крови натощак (если пациент приходил натощак), и как выборочную глюкозу крови (если пациент приходил в течение дня не натощак).

Состояние жирового обмена оценивали путём измерения в сыворотке крови различных фракций липидов: ОХ, ТГ, ЛПВП, ЛПНП. Кроме того, исследовали другие биохимические показатели (общий белок, креатинин, мочевины, АЛТ, АСТ). Проводилась оценка функции почек: ОАМ, микроальбуминурия (МАУ), суточная протеинурия. Из инструментальных методов по показаниям проводились ультразвуковое исследование органов брюшной полости, электрокардиография и рентгенологические исследования. Больные проходили обследование у невролога, офтальмолога, кардиолога, врача кабинета диабетической стопы и при необходимости консультировались у врачей других специальностей.

**Результаты исследования и их обсуждение.** За период наблюдения в основной группе анализ НБА<sub>1с</sub> был проведен 4 раза у 92,4% (n=20) пациентов, липидный спектр определялся как минимум дважды у 94,3% (n=22) пациентов. АД было зафиксировано в амбулаторной карте при каждом осмотре эндокринолога у всех пациентов.

За период наблюдения в основной группе медикаментозное лечение было назначено всем пациентам с АГ (n=21), а в группе СТ 7,6% (n=5) больных с АГ по-прежнему не получали лечения. К концу наблюдения число больных с показаниями к гиполлипидемической терапии, принимающих холестеринснижающие препараты составило 67,2% (n=16) и 22,1% (n=11) пациентам из группы ИТ и СТ, соответственно.

Оценка данных гликемического контроля в конце наблюдения продемонстрировала, что средний уровень глюкозы крови натощак в группе ИТ достоверно снизился (с 8,0±1,2 ммоль/л до 6,3±1,4 ммоль/л, p<0,001). Также имело место снижение НБА<sub>1с</sub> – с 8,7±1,6 до 7,6±1,0 ммоль/л, p<0,001. В группе СТ отмечалась тенденция к уменьшению глюкозы крови натощак (с 8,2±1,5 ммоль/л до 7,4±0,8 ммоль/л, p>0,05) и НБА<sub>1с</sub> (с 8,3±1,4% до 8,1±1,1%, p>0,05), которая не достигла статистической значимости.

	Основная группа		Группа сравнения	
	Начало наблюдения	Конец наблюдения	Начало наблюдения	Конец наблюдения
Гликемия натощак, ммоль/л	8,0±1,6	6,9±1,4	8,2±1,6	7,7±0,8
НБА <sub>1с</sub> , %	8,8±1,6	7,8±1,0	8,5±1,4	8,3±1,1
САД, мм.рт.ст.	141,4±19,7	131,2±13,3	138,2±14,4	134,2±13,9
ДАД, мм.рт.ст.	90,0±12,6	82,1±7,7	88,9±8,9	84,9±8,8
ОХ, ммоль/л	6,1±1,1	5,1±1,0	5,6±1,2	5,9±1,2
ЛПНП, ммоль/л	3,8±0,9	3,0±0,8	3,3±1,0	3,7±1,1
ТГ, ммоль/л	2,4±1,0	2,1±0,6	2,1±1,7	2,2±1,5
ЛПВП, ммоль/л	1,3±0,3	3 1,3±0,3	1,2±0,3	3 1,3±0,3

### Выводы:

Таким образом, за время наблюдения в основной группе пациентов произошли статистически достоверное улучшение показателей гликемии, АД и липидного профиля по сравнению с группой сравнения, что следует отметить, т.к. по результатам работ других авторов мероприятия, направленные на изменения организации врачебной помощи, не всегда приводили к улучшению метаболического контроля.

### Список литературы

1. Аметов А.С. Эффективность многофакторного подхода к терапии сахарного диабета 2 типа / А.С. Аметов, Е.В. Иванова // Клиническая фармакология и терапия. -2010. -Т. 19, №2. - с.48-52
2. Аметов, А.С. Современные подходы к управлению сахарным диабетом 2 типа / А.С. Аметов, Е.В. Карпова, Е.В. Иванова // Терапевтический архив. - 2009. - Т81, №10-с.20-27
3. Аметов, А.С. Эффективное и безопасное управление сахарным диабетом 2 типа на современном уровне / Аметов А.С., Карпова Е.В., Иванова Е.В. // Сахарный диабет. -2009. - №2- с. 18-24
4. Аметов, А.С. Постпрандиальная гипергликемия / А.С. Аметов, Е.В. Иванова // Сахарный диабет 2 типа. Проблемы и решения. - М.: ГЭОТАР- Медиа, 2011. - 704с.
5. Аметов, А.С. Гипогликемия / А.С. Аметов, Е.В. Иванова // Сахарный диабет 2 типа. Проблемы и решения. - М.: ГЭОТАР- Медиа, 2011. -704с.
6. Поэтапное управление сахарным диабетом 2 типа / R. Mazze [и др.] // Сахарный диабет 2 типа. Проблемы и решения. - ГЭОТАР- Медиа, 2011. -704 с.

### ДИСЛИПИДЕМИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ И ПУТИ ЕЁ КОРРЕКЦИИ

*Насырова М.Ш., Наимова Ш.А.*

Кафедра факультетской и госпитальной терапии, Бухарский Государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино. Узбекистан

**Актуальность.** Хроническая болезнь почек (ХБП), главная международная проблема здравоохранения, которая окружает приблизительно 10 % населения, имеет увеличенную ежегодную заболеваемость приблизительно 5-8

%. Этот увеличенный уровень происходит главным образом за счет диабета 2 типа, артериальной гипертензии и увеличивающийся уровнем пожилых пациентов с хроническим болезнью почек (ХБП) [2, 3].

Хроническая болезнь почек является важной медицинской и социальной проблемой современной медицины. Около 40% взрослых имеют повышенный риск развития хронической болезни почек [1,4].

У больных с диагнозом ХБП одним из факторов риска данного заболевания является развитие и прогрессирование нарушений липидного обмена. Согласно многочисленным клиническим исследованиям, гиперлипидемия стоит на первом месте среди метаболических расстройств при ХБП [5].

**Целью исследования** является изучение показателей липидного обмена при различных клинических формах хронического гломерулонефрита на фоне гиполлипидемической терапии.

**Материал и методы исследования.** Исследование было проведено в клинической базе Бухарского государственного медицинского института в отделении нефрологии Бухарского областного многопрофильной клинической больнице (БОМКБ), дальнейшее наблюдение в семейных поликлиниках по месту жительства.

В исследование было включено 72 стационарных пациентов с подтвержденным диагнозом ХГН в возрасте от 30 до 45 лет. Из 72 пациентов ХГН без нарушения функции почек 30, из них 14 больных с гипертензивной формой хронического гломерулонефрита (ГФ ХГН ХБП 1 ст.), 10 – нефротической формой хронического гломерулонефрита (НФ ХГН ХБП 1 ст.), 6 – со смешанной формой хронического гломерулонефрита (СФ ХГН ХБП 1 ст.). У 42 пациентов функция почек была нарушена, из них (15-ГФ ХГН, 14-НФ ХГН, 13-СФ ХГН). Средний возраст пациентов составил  $35.0 \pm 2.4$  лет.

Среди них мужчин было 48 человек (66%) из них 5 летной давностью заболевания 28 (58%), 20 больных (42%) с 10 летной давностью заболевания, женщин 24 человек (34%) из них 5 летной давностью заболевания 16 больных (67%), 8 больных (33%) с 10 летной давностью заболевания. Для получения нормативных характеристик в контрольную группу были включены 20 практически здоровые лица без признаков почечных заболеваний и не принимавшие на момент исследования какие-либо лекарственные препараты.

Таким образом, с целью изучения возможности влияния этих особенностей на липидный обмен, мы разделили все 3 группы ХГН (гипертензивная, нефротическая и смешанная форма ХГН) на подгруппы в зависимости от изучаемого параметра: 1- длительность заболевания 5 лет, 2 - от 5-10 лет.

Все больные были разделены на 2 группы, в первой группе (30-больных) принимали только традиционное патогенетическое лечение, во второй группе (42-больных) дополнительно к патогенетической терапии назначался в фиксированной дозе аторвастатин 20 мг/сут, однократно вечером.

В соответствии с целями и задачами настоящей работы пришлось разделить эти группы на 2 подгруппы без нарушения функции почек (НФП) и с нарушением функции почек (НФП). Патогенетическое и комбинированное лечение с аторвастатином продолжалось длительно, в течение 6 месяцев.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Анализ липидного спектра крови больных ХГН показал, что липидный спектр крови в первые 5 лет заболевания отличался от контроля, но с прогрессированием заболевания более чем на 5 лет отмечается значительное увеличение всех атерогенных показателей липидного спектра (холестерин, триглицериды, ЛПНП) крови, а также снижение уровня ЛПВП ( $p < 0.05$ ).

У больных ХГН с нефротическим синдромом (нефротическая форма и смешанная формы ХГН) наблюдалось увеличение всех атерогенных показателей липидного спектра, причем с увеличением длительности заболевания наблюдается нарастание этих показателей ( $p < 0.05$ ), ЛПВП напротив имели тенденцию к снижению ( $p < 0.05$ ).

После рандомизации больных ХГН на 2 группы, больные первой группы (С-) 30 человек, из них 1А подгруппа 15 больных без НФП и 1Б подгруппа 15 больных с НФП получали традиционную патогенетическую терапию. Больные второй группы (С+) 42 человек, из них 2А подгруппа 20 больных, и 2Б подгруппа 22 больных с НФП, дополнительно к патогенетической терапии получали аторвастатин в фиксированной дозе 20 мг/сут, однократно вечером в течении 6 мес.

В динамике терапии аторвастатином наблюдалось достоверное снижение атерогенных показателей липидного спектра крови у больных ХГН (более чем на 30%, ( $p < 0.05$ ), увеличение уровня в крови ЛПВП (более чем на 20%,  $p < 0.05$ ).

Коэффициент атерогенности по сравнению с контрольной группой и между группами выявил: КА выше в группах больных с ХГН в сравнении с контролем; при нефротической и смешанной формах КА выше чем при гипертензивной форме ХГН; с прогрессированием ХГН и присоединением НФП КА атерогенности нарастает.

Исследование липидного спектра у больных ХГН выявило достоверное увеличение атерогенности липидного спектра крови и КА при несколько более выраженных нарушениях у больных, у которых нефротический синдром сочетается с гипертензивной формой.

На основании проведенного исследования можно сделать следующие

#### **Выводы:**

1. Таким образом, настоящее исследование выявило исходно -достоверное нарушение липидного спектра у больных ХГН с разными клиническими формами. У больных с ХГН без нарушения функции почек наблюдалось увеличение показателей атерогенной фракции липидов крови (общего холестерина, триглицеридов, ЛПНП), а также снижение уровня ЛПВП, особенно при нефротической и смешанных формах ХГН.
2. У больных с ХГН с нарушением функции почек наблюдалось более выраженная дислипидемия в пользу нарастания атерогенной фракции липидного спектра крови по сравнению с ХГН без НФП.
3. Высокий уровень липидов при низком значении ЛПВП является независимым предиктором снижения функции почек в общей популяции.
4. С прогрессированием ХГН нарастает коэффициент атерогенности крови у больных ХГН, что повышает риск развития раннего атеросклероза и острых сердечно-сосудистых событий при этой патологии.

5. Применение аторвастатина в дозе 20 мг в сутки приводит к достоверной стабилизации уровня фракций липидного спектра крови.
6. Назначение статинов у больных ХБП способствует ренопротекции и замедляет темпы атерогенеза и почечного фиброза.

#### Список литературы

1. Эффективность лечения гиперлипидемии у больных ренопаренхиматозными заболеваниями почек с хронической почечной недостаточностью / В.Н. Ардашев [и др.] // Медицинская консультация. – 2006. - №1. - С.17-18.
2. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease // Kidney Int. — 2013. — 3(Suppl.). — P. 1-150.
3. Grone, E.F. Does hyperlipidemia injure the kidney? Nature clinical practice / E.F. Grone, H.J. Grone // Nephrology. — 2008. — № 4(8). — P. 424-5.
4. Баргман, Д. Новое о гломерулонефрите / Д. Баргман // Нефрология и диализ. - 2001. - Т.3, №4. - С. 400-405.
5. Грене, Г.-Й. Нефротический синдром: гистопатологическая дифференциальная диагностика. -Ч.2: Болезнь минимальных изменений, фокально сегментарный гломерулосклероз, мембранозный гломерулонефрит / Г.-Й. Грене // Нефрология. - 2007. - Т.11, №4. - С.88–94.
6. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации (IV) // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2009. - Т.8. - 58 с.

### ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ НПВС У БОЛЬНЫХ ИНДУЦИРОВАННЫХ ГАСТРОДУОДЕНОПАТИЕЙ

*Насырова М.Ш., Исомитдинова Н.Ш.*

Кафедра Факультетской и госпитальной терапии  
Бухарский государственный медицинский институт имени  
Абу Али ибн Сино. Узбекистан

**Актуальность.** Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) принадлежат к числу наиболее часто назначаемых лекарственных средств в мировой медицинской практике. Безрецептурный отпуск, неконтролируемый приём НПВС является причиной развития многочисленных осложнений, наиболее опасными среди которых являются эрозивно-язвенные поражения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Опасность НПВС-индуцированных поражений ЖКТ заключается в том, что за частую они клинически проявляются не в тот момент формирования самого дефекта гастродуоденальной слизистой, а в период развития их облигатных осложнений – перфораций или кровотечений. По данным разных авторов частота НПВС- индуцированных поражений ЖКТ колеблется от 6,8%-25,5% при приёме высокоселективных НПВС и менее селективных до 50-75% при длительной терапии НПВС.

Недостатки существующих НПВС и возрастающие требования современной медицины определяют актуальность разработки подходов к прогнозированию риска развития и коррекции поражений ЖКТ при необходимости длительного их применения.

**Цель исследования - изучение побочных эффектов НПВС индуцированных гастродуоденопатий.**

**Материал и методы исследования.** Для решения поставленных задач в круг исследования были вовлечены 40 больных с НПВС индуцированными гастродуоденопатиями из них 16 (40%) мужчин и 24 (60%) женщин в возрасте от 20 до 52 года (средний возраст 34±4,2). Все больные были разделены на две репрезентативные группы по возрасту и количеству пациентов, средней продолжительности анамнеза, гендерным показателям.

Больные были разделены на две группы: первая группа составляла 23 (57,5%) больных принимавшие НПВС у которых в анамнезе имелись болезни ЖКТ, а именно, больные с гастритом, с эрозиями и язвенной болезнью. Вторая группа составляла 17 (42,5%) больных принимавшие НПВС у которых в анамнезе не отмечались болезни ЖКТ.

Оценка симптомов НПВС индуцированных гастродуоденопатий осуществлялась с помощью количественной 4-бальной шкалы Ликерта: симптом отсутствует – 0 баллов, слабо выражен, выявляется при расспросе – 1 балл, умеренно выражен – 2 балла, постоянно ощущается, но не препятствует повседневной деятельности – 3 балла, тяжёлый, препятствует повседневной деятельности – 4 балла.

Также всем больным было проведено эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС). Различия между изучаемыми результатами считались достоверными при  $p < 0,05$ . Контролем служили результаты клинико – эндоскопических исследований 8 практически здоровых лиц.

**Результаты исследования и их обсуждения.** В ходе проведенных исследований были получены следующие результаты частоты выраженности клинических симптомов как: изжога, тошнота, болевой синдром в эпигастрии, за грудиной, анорексия. Показатели клинических симптомов больных с НПВС индуцированными гастропатиями и лиц контрольной группы существенно различались между собой.

У первой группы больных симптом изжоги составлял 81,4% и у второй группы 79% соответственно. Вместе с тем, чувство изжоги было средним (++) или очень выраженным (+++) у больных первой группы. В то же время у пациентов второй группы это ощущение проявлялось гораздо слабее (+).

Другим выявленным отличием в показателях симптома боли в эпигастрии и за грудиной были особенности его проявления у обследованных больных. Боли в эпигастриальной области ощущались у 88,7% больных первой и у 54,6% больных второй группы. А боли за грудиной встречались у 40,8% больных первой и у 28,6% больных второй группы. Что касается выраженности восприятия боли, то у данного его параметра также наблюдались некоторые отличительные особенности. Ощущение боли было средним (++) и высоким (+++) у больных первой группы. Тогда как у больных второй группы эти ощущения были слабыми (+), средними (++) и у некоторых симптомы отсутствовали.

Так, у больных принимавших НПВП и имеющие в анамнезе болезни ЖКТ чувство тошноты было средним (++) или очень выраженным (+++). В то же время у пациентов больных принимавшие НПВП и не имеющие в анамнезе болезни ЖКТ это ощущение проявлялось гораздо слабее (+).

Следует подчеркнуть, что только лишь симптом анорексии более равномерно встречался у больных с НПВС индуцированными гастродуоденопатиями вне зависимости от анамнеза.

При эндоскопическом исследовании частота патологии желудочно-кишечного тракта, возникшей на фоне приема НПВП, была следующей: множественные эрозии желудка и/или двенадцатиперстной кишки отмечены у 16(40,0%) больных первой группы и 14(35,0%) второй группы ( $p < 0,001$ ); язвы желудка и/или двенадцатиперстной кишки – у 7(17,5%) и 3(7,5%) соответственно ( $p < 0,001$ ). В исследуемых группах эрозии гастродуоденальной зоны выявлены у лиц старше 40 лет в 93,7% и 79,4% случаев соответственно ( $p < 0,05$ ).

#### **Выводы:**

1. Таким образом, наличие в анамнезе желудочно-кишечных болезней у больных принимавших НПВС имело множество побочных эффектов и клинико-эндоскопические признаки оказались более выраженными;
2. В случае отсутствия анамнеза желудочно-кишечных заболеваний эти показатели проявлялись гораздо слабее.

#### **Список литературы**

1. Барскова В.Г. Применение нимесила при подагрическом артрите Барскова В.Г., Якунина И.А., Насонова В.А. // Тер. архив.-2003.-№5.- С.60-64.
2. Бондарев А.И. К механизму ulcerогенного действия нестероидных противовоспалительных препаратов / Бондарев А.И., Зарудий Ф.С. // Экспе-рим. и клин, фармакол. 1994. -№1. - С.66-73.
3. Каратеев А.Е. Рецидивирование гастропатий, связанных с приемом нестероидных противовоспалительных препаратов / Каратеев А.Е. // Тер. архив. 2003.- №5. - С. 74-78.
4. Шостак Н.А. Желудочно-кишечные кровотечения как осложнения гастропатий, связанных с приемом нестероидных противовоспалительных препаратов / Шостак Н.А., Рябкова А.А., Савельев В.С. Малярова Л.П. // Тер. архив. 2003 - №5. - С. 70-73.
5. Tabet N. Ibuprofen for Alzheimer's disease (Cochrane Review) / Tabet N, Feldmand H. // The Cochrane Library. Issue 2. - 2004.

### **УЧЕНИЕ АБУ АЛИ ИБН СИНЫ О МИЗАДЖЕ И ЕГО ЗНАЧЕНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНЕЙ СУСТАВОВ**

*Насырова М.Ш. Умурова Н.М.*

Бухарский государственный медицинский институт. Узбекистан

**Актуальность.** Издревле целителей интересовали вопросы, почему при воздействии одних и тех же факторов заболевают болезнями суставов лишь некоторые, к тому же одним лекарства помогают, а другие же не отмечают от них пользы [1].

Одной из великих заслуг Ибн Сины было именно развитие до совершенства учения о мизадже, которое в свое время, а в ряде зарубежных стран и поныне, успешно применяется в диагностике и лечении артрологических больных [1].

При возникновении приступов подагры иногда отчетливо выступают изменения психического состояния больного (возбуждение, галлюцинации и др.) и частое появление ряда вегетативно-нервных нарушений (головная боль, головокружение, повышенное потоотделение, нарушение моторной и секреторной функций желудочно-кишечного тракта и др.) [2, 3].

**Целью нашей работы** явилось изучение и определение состояния мизаджа у больных подагрой для проведения адекватной терапии.

В отделении ревматологии БОМПМЦ нами обследованы 27 больных мужчин с подагрой в возрасте от 35 до 65 лет, с давностью болезни в среднем до 14 лет. Диагноз верифицирован на основании критериев стандартной диагностики. Кроме общепринятых клинико-лабораторных исследований определяли уровень мочевой кислоты и проводили рентгенологические методы исследования, изучалось состояние мизаджа по методу ибн Сины. Использованы 10 основных критериев (цвет волос, телосложение, толщина жирового слоя, развитие мышечного корсета, состояние психики и др.). Определение типологических особенностей нервной системы (по Ильина Е.П., 1972) включало: исследование силы нервной системы (СНС), баланса нервных процессов, состояние реактивности вегетативной нервной системы и кожно-сосудистой реакции. Обработка результатов эмпирического исследования по выявлению особенностей числа фиксированных элементов фенотипического портрета и внешнего облика включала в себя методы математической статистики.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Результаты исследования показали, что все больные принадлежали «горячее-влажному» типу мизаджа. У этой категории лиц подкожно-жировой слой был развит, тонус мышц был сохранен. Подкожные вены были плохо видны, влажная кожа у всех больных на ощупь – теплая, волосы жесткие, черные, верхние и нижние конечности были крепкие, голова и лицо удлиненная. Цвет глаз - черный, брови приподнятые в конце густые и сросшиеся.

Исследование психовегетативного статуса показало, что лица с «горяче-влажным» мизаджем отличались эмоциональной лабильностью и раздражительностью, неуравновешенностью, беспокойным сном, гиперсаливацией, гипертоническим синдромом.

Уровень мочевой кислоты у этой категории лиц был повышенным. Это отражалось на характере воспаленного сустава, который отличалось от других артритов и внешне.

Следовательно, определение мизаджа помогает дифференцированно подходить к лечению и выбору использования противоположных мизаджу лекарств.

Таким образом, определение мизаджа при подагре имеет большое практическое значение для проведения обоснованного с учетом генетических особенностей организма больного на основе фенотипических параметров, что, несомненно, улучшит прогноз болезни.

#### Список литературы

1. Абуали ибн Сино. Канон врачебной науки /Абуали ибни Сино, под ред. С. Бердыева,. – Ташкент: [Б/и], 1986. – 233.
2. Цыган, А.В. Психосоматическая характеристика больных ревматоидным артритом и подагрой / А.В. Цыган // Вестн. Рос. Воен.-мед. акад.-2013,-№4.-С. 82-88.
3. Халфина Т.Н. Изучение обмена мочевой кислоты у больных подагрой / Т.Н. Халфина, А.Н. Максудова, С.С. Винокурова // Сборник научных трудов V Поволжской межрегиональной конференции РДО «Актуальные вопросы нефрологии и заместительной терапии». – Казань, 2011. – С.112 – 115.

### ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У АЛКОГОЛЬЗАВИСИМЫХ

*Нисанбаева З.Х., Джобиров А.Р.*

Кафедра психиатрии и наркологии им. проф. М.Г. Гулямова  
ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Систематический прием алкоголя формирует стойкое болезненное пристрастие в виде психической и физической зависимости. Проявлением физической зависимости является абстинентный синдром - синдром отмены. Рост толерантности происходит на первых этапах болезни, достигает максимума и после длительного периода, со временем толерантность начинает снижаться. Систематическое употребление алкоголя может вызвать заболевание, квалифицируемое в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), принятой в нашей стране с 2000 года, как психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя (в традиционном понимании — алкоголизм). В настоящее время модель болезненных расстройств, связанных с употреблением алкоголя, представлена как конечный результат сложного взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов. По данным ВОЗ, алкогольная зависимость определяется как психическое и физическое состояние, возникающее вследствие употребления алкоголя и проявляющееся особенностями поведения или другими реакциями, вынуждающими больного постоянно или периодически употреблять алкоголь для воздействия на психику или с целью избежать неприятных явлений при отказе от алкоголя [2].

В соответствии с МКБ-10 психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя представлены следующими состояниями.

- F 10.0 Острая алкогольная интоксикация.
- F 10.1 Употребление алкоголя с вредными последствиями.
- F 10.2 Синдром зависимости от алкоголя.
- F 10.3 Состояние отмены алкоголя.
- F 10.4 Состояние отмены алкоголя с делирием.
- F 10.5 Психотические расстройства в результате употребления алкоголя.
- F 10.6 Алкогольный амнестический синдром.
- F 10.7 Рецидуальные психотические расстройства в результате приема алкоголя.

Для правильной идентификации патологических состояний, возникших в результате употребления алкоголя, и, соответственно, назначения адекватной терапии важное значение приобретают знания принципов международной номенклатуры. Так, диагностическими критериями острой алкогольной интоксикации по МКБ-10 являются[1,3]:

- точные сведения о приеме алкоголя в дозе, достаточной, чтобы вызвать состояние интоксикации;
- наличие не менее одного из следующих поведенческих и когнитивных нарушений: расторможенность, конфликтность, агрессивность, аффективная лабильность, нарушение концентрации внимания, снижение мыслительных возможностей, умственной и производственной продуктивности;
- наличие не менее одного из следующих неврологических нарушений: шаткость походки, отрицательная проба Ромберга, признаки дизартрии, нистагм, нарушение сознания;
- имеющиеся симптомы невозможно объяснить наличием независимой от алкоголя соматической патологии или иного психического расстройства.

Употребление алкоголя с вредными последствиями соответствует следующим критериям:

- точное подтверждение того, что прием алкоголя вызывает непосредственно соматические (цирроз печени, гастрит, язва желудка, панкреатит, кардиомиопатия, снижение сексуальной и репродуктивной функции у мужчин и другие) или психические проблемы, которые могут привести к инвалидизации или снижению социальной адаптации;
- вредные последствия должны быть четко определены;
- стереотип приема алкоголя сохраняется, по меньшей мере, в течение месяца или повторяется в течение последнего месяца или года;
- состояние пациента соответствует критериям другого расстройства, вызываемого алкоголем, за исключением острой интоксикации (F 10.0).



Для диагностики синдрома зависимости от алкоголя в клинической картине расстройства в течение по меньшей мере одного месяца должны быть совместно три или более из приведенных ниже критериев: компульсивная потребность приема алкоголя; снижение контроля за приемом алкоголя (начало, окончание, доза); соматический синдром отмены (F 10.3, F 10.4) при снижении дозы или прекращении приема, смягчающийся при возобновлении приема (ранними соматическими стигмами могут быть утренние рвота, диарея, а также гастрит, увеличение печени); повышение толерантности; увеличение времени, затрачиваемого на прием алкоголя и перенесение последствий; продолжение приема, несмотря на наличие вредных последствий (F 10.1).

Синдром отмены алкоголя должен соответствовать следующим критериям: точно установленный факт отмены или снижения дозы алкоголя после повторного и длительного употребления в высокой дозе; наличие не менее трех из следующих признаков: тремор пальцев вытянутых рук, кончика языка или век; потливость; тошнота, рвота; тахикардия или гипертония; психомоторное возбуждение; головные боли; бессонница; недомогание, слабость; транзиторные зрительные, осязательные или слуховые галлюцинации или иллюзии; большие судорожные припадки; состояние невозможно объяснить независимой от употребления алкоголя соматической патологией или наличием иного психического заболевания.

**Цель исследования.** Изучить современные принципы диагностики и терапии психических и поведенческих расстройств, вследствие употребления алкоголя.

**Материал и методы исследования.** Исследование было проведено на базе Республиканского клинического Центра наркологии им.проф. М.Г.Гулямова. Изучено 68 медицинских карт стационарных больных. Все они являются потребителями алкоголя, Семь из них женщины. Средний возраст больных  $43 \pm 1,5$  лет. Применялся лабораторный, клинко- психопатологический и статистический методы исследования. Выяснить характер употребляемого психоактивного вещества можно на основе заявления самого пациента, лабораторных анализов, объективных данных клинического исследования, сообщений третьих лиц. Желательно получить данные из нескольких источников.

Современная концепция терапии психических и поведенческих расстройств вследствие употребления алкоголя определяет основные принципы лечения данной патологии, а также уровни, мишени, методы и средства терапевтического воздействия.

Выделяют три уровня терапевтического воздействия на больного, страдающего психическими и поведенческими расстройствами алкогольного генеза: биологический, клинический и социальный [4]. Мишенями терапевтического воздействия на биологическом уровне являются нарушения нейромедиаторной и нейромодуляторной регуляции, а также метаболических процессов; на клиническом — синдром зависимости от алкоголя и соматоневрологические проявления токсических эффектов алкоголя; на социальном — микросоциальное окружение.

В соответствии с этим определены и основные подходы к терапии — биологически и социально ориентированные воздействия. Соотношение между объемом медикаментозной, психотерапевтической и реабилитационной помощи зависит от удельного веса биологических и социально-психологических факторов в генезе заболевания в каждом конкретном случае.

Любому терапевтическому воздействию предшествует обязательный и чрезвычайно важный этап детоксикационной терапии, направленной на коррекцию метаболических процессов для нормализации гомеостаза.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Основными принципами терапии являются добровольность, максимальная индивидуализация, комплексность и отказ от употребления алкоголя. Центральной является проблема воздержания от приема спиртных напитков. Формирование мотивации к полному воздержанию определяет успех лечения и зависит от правильного использования интрапсихических (психологических) и социальных факторов, значимых для мотивации. Необходима правильная оценка индивидуальной сложной системы наследственных факторов, личностной структуры, социально-культурных и семейных влияний, а также наличия сопутствующей психиатрической патологии.

**Выводы.** В заключение следует еще раз подчеркнуть, что современная терапия психических и поведенческих расстройств вследствие употребления алкоголя предусматривает использование самых разнообразных методов и средств для лечения этого заболевания. Для достижения ожидаемого эффекта первостепенное значение имеют, наряду с квалифицированной диагностикой, адекватная тактика и стратегия терапевтического воздействия.

#### Список литературы

1. Психиатрия и наркология / Н.Н. Иванец [и др.] // Учебник для вузов. - Москва: Изд. «ГЭОТАР», 2010. – 120 с.
2. Международная классификация болезней. 10-й пересмотр / Пер. под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. — Киев: Сфера, 2005. — С. 283—284. — 306 с.
3. Рохлина, М.Л. Сочетанное употребление наркотиков: полизависимость / М.Л. Рохлина // Вопросы наркологии. - 2014. - N 2. - С.127-140.
4. Ялтонский, В.М. Сочетанное употребление психоактивных веществ подростками / В.М. Ялтонский, Н.А. Си-рота, А.В. Ялтонская // Вопросы наркологии. – 2017. - №7. - С.82-93.

#### ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

*Ниязова Н.Ф.*

Кафедра эндокринологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Поражение почек при СД представляет важнейшую проблему современной диабетологии, так как развитие диабетической нефропатии (ДН) резко снижает общую выживаемость больных СД и является одной из

наиболее частых причин развития терминальной почечной недостаточности [1,2]. Одним из основных факторов риска нарушений функции почек является инфекция мочевых путей: пиелонефрит. По данным некоторых авторов, частота мочевых инфекций у больных СД достигает 40%, что почти в 3 раза выше, чем в общей популяции [2]. Столь высокая распространенность инфекции мочевых путей при СД связана с воздействиями таких факторов, как глюкозурия, которая является питательной средой для размножения бактерий. Хроническая гипергликемия, способствующая повышению частоты и тяжести микро- и макроангиопатий и диабетической нейропатии. Именно диабетическая нейропатия способствует повышению риска возникновения мочевой инфекции, в следствии нейропатии мочевого пузыря, которая зачастую остается недиагностируемой. Также в условиях хронической гипергликемии наблюдаются изменения в иммунной системе. Существует ряд других факторов, которые возникают и без СД. Это анатомо-физиологические особенности женского организма (короткая и широкая уретра, облегчающая развитие восходящей инфекции). Также близко расположенные половые пути и прямая кишка, могут быть источником инфекции [1].

Ведущие клинические признаки пиелонефрита, такие как лихорадка, озноб, боли в пояснице при СД зачастую отсутствуют, что затрудняет диагностику распознавания данной патологии. Кроме того у ряда больных СД наблюдается асимптоматическая бактериурия. При СД бессимптомная бактериурия встречается у 26% женщин, значительно чаще по сравнению женщинами, не страдающими СД. У мужчин бессимптомная бактериурия выявляется реже до 1-2% [3].

Клинические проявления хронического пиелонефрита у больных СД, даже в стадии обострения, могут быть слабо выражены или отсутствовать, поэтому важное значение в диагностике приобретают лабораторные и инструментальные методы исследования.

**Цель исследования.** Изучить особенности течения и клинико-лабораторные показатели хронического пиелонефрита у больных с СД 1 и 2 типа.

**Материалы и методы исследования.** Нами проведен ретроспективный анализ истории болезни 151 пациента госпитализированных в эндокринологическое отделение Городского медицинского центра №1 им. Ахмедова К.. Из них 92 (60,9%) женщины и 59 (39,1%) мужчин в возрасте от 30 до 80 лет, средний возраст больных 56,93±079 лет. Длительность СД составила от 2 до 25 лет.

Для верификации диагноза хронического пиелонефрита использовали следующие показатели: лейкоцитурия более 6 лейкоцитов в поле зрения в общем анализе мочи или более  $4 \times 10^3$ /мл в пробе мочи по Нечипоренко, протеинурия до 1г/сут и бактериурия  $10^5$  м.кл./мл. Определяли бактериальный посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам .

Также оценивались пол, возраст, длительность основного заболевания, сопутствующие болезни, осложнения СД, уровень гликированного гемоглобина в крови, биохимический анализ крови, общий анализ крови и мочи, ЭКГ, УЗИ органов мочевыделительной системы, получаемая терапия.

Статистическую обработку полученных результатов осуществляли с помощью программы «Statistics 6.0» методами вариационной статистики, учитывая рекомендации [4].

**Результаты исследования и их обсуждение.** При анализе результатов 151 больного СД хронический пиелонефрит обнаружен у 93 пациентов. В наших наблюдениях было обнаружено, что в общем анализе крови наиболее часто встречались: лейкоцитоз – у 77 пациентов (50,9%) и увеличение СОЭ у 86 больных (57%). Лейкоцитурия при исследовании мочи выявлена у 93 (61,6%) из 151 больного. Бактериурия выявлена у 88 (58,3%) с активной фазой воспаления в почках. При высевании мочи обнаружены в основном E.coli в 78%, реже высевались другие бактерии. При установлении чувствительности к антибиотикам выявлена резистентность к ампициллину – 26%, эритромицину – 22,6%, азитромицину – 19,4%, цефтриаксону – 16%, цефазолину – 13%. Установлено, что выявленные возбудители оказались чаще чувствительны, 100% случаев, к амикацину, гентамицину и ципрофлоксацину.

При УЗИ исследовании почек наиболее часто выявлялись расширение полостной системы почек – у 67% больных, уплотнение паренхимы почек – у 75%, неровность внешнего контура почек – у 48% и асимметрия почек – в 41% наблюдениях.

В терапии больных СД 1 типа наиболее эффективными были препараты аналогов инсулина, а у пациентов СД 2 типа – глюренорм в сочетании с инсулином Лантус.

**Выводы.** Таким образом, оценив диагностическую активность различных методов обследования, мы пришли к следующему заключению, что в качестве скрининговых тестов при хроническом пиелонефрите у больных СД должны быть использованы: общий анализ крови, общий анализ мочи, проба мочи по Нечипоренко, посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам, УЗИ почек.

Лечение мочевой инфекции почек у больных СД должно быть комплексным и проводиться с учётом характера микробного возбудителя, чувствительности к антибактериальным препаратам, особенностям течения сахарного диабета и степени его компенсации.

#### Список литературы

1. Шамхалова М.Ш. Особенности почечной патологии у больных сахарным диабетом 2 типа /М.Ш.Шамхалова, Н.П. Трубицына, Н.В. Заяцева, М.В.Шестакова // Трудный пациент. – 2006. - №8. – С.73-76.
2. Шестакова М.В., Дедов И.И. Сахарный диабет и хроническая болезнь почек / М.В. Шестакова, И.И. Дедов // М:МИА. - 2009. - 482с.
3. Mnif M.F. Complicated urinary tract infections associated with diabetes mellitus: pathogenesis, diagnosis and management / M.F. Mnif, M. Kamoun, F.H. Kasem et al. // Indian J. Endocrinol. Metab. – 2013. – V. 17. – P. 442-445.
4. Кучеренко В.З. Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения / Под ред. В.З. Кучеренко. – 4-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2007. – 256с.

## НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ИНВАЛИДНОСТИ ПО ДАННЫМ ГОРОДСКОГО ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ

*Носирова М.П., Шамсутдинова Г.А., Мирзокалонова М.Дж., Асфияева Х.М.*  
Кафедра семейной медицины №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Инвалидность в обществе не может избежать ни одно государство. При этом соответственно уровню его социально-экономического развития, выбранным приоритетам и возможностям формируется политика в отношении лиц с ограниченными возможностями [1]. Инвалидность является важной проблемой для любой страны. Республика Таджикистан, будучи членом международного сообщества и социальным государством, все сильнее и острее ощущает необходимость в ее достойном решении. Политика по отношению к инвалидам проводится таким образом, чтобы предоставить им возможность участвовать как в экономической, так и в общественной жизни [2]. Официально уровень инвалидности в Республике Таджикистан относительно невысок. Во многом он определяется состоянием экономики, общественного здоровья и здравоохранения, службы медико-социальной экспертизы, системы статистического учета, а также ментальностью населения и другими факторами. В условиях глобализации Таджикистан как социальное государство стремится проводить законодательную политику, соответствующую международным нормативно-правовым нормам [3].

Масштаб инвалидности, безусловно, зависит не только от состояния здоровья, но и от возрастных особенностей населения, традиций, исторических условий и других демографических причин. При этом рост численности общего контингента инвалидов, регистрируемых органами социальной защиты населения Таджикистана, объясняется не только фактическим его ежегодным увеличением на 10%, но и совершенствованием статистического учета, особенно в сельской местности. Вместе с тем, рост продолжительности и уровня жизни повышает возможность выживать при сложных патологических состояниях, получать социальные блага растущему слою пожилых и хронических больных [3, 4].

**Цель исследования.** Проанализировать нозологическую характеристику структуры инвалидности среди городского населения.

**Материал и методы исследования.** При анализе нозологии заболеваний пациентов с инвалидностью использованы материалы годовых отчетов городского центра здоровья за 3 года (2016-2018 гг.). Произведена выкопировка данных, определены качественные показатели с вычислением долей (%), использован описательный анализ.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Проведённое ретроспективное исследование показало, что с различной группой инвалидности в течение 3 лет диспансеризацией было охвачено 2347 взрослых и детей. Под динамичным наблюдением в 2016 году находилось 797 пациентов (34,1%), 787 (33,5%) инвалидов – в 2017 и 763 (32,5%) человека – в 2018 году. Отмечается незначительная тенденция к сокращению общего числа лиц, имеющих ограничение в состоянии здоровья.

Отрицательная динамика инвалидности наблюдается как среди взрослого населения, так и среди детей до 18 лет, что нельзя сказать о групповой принадлежности взрослого населения (таблица 1).

Таблица 1

### Распределение групп инвалидности среди взрослого населения

	2018		2017		2016	
	n	%	n	%	n	%
Группа инвалидности I	56	9,0	55	8,9	50	7,9
Группа инвалидности II	390	63,2	396	63,1	386	60,8
Группа инвалидности III	172	27,8	175	28,0	199	31,3
Всего инвалидов	618	100	626	100	635	100

Как видно из таблицы 1, к 2018 году выявлен незначительный рост лиц с группами инвалидности I и II, и, наоборот, уменьшение пациентов, имеющих группу инвалидности III. Необходимо отметить, что инвалидность присуждается пациенту по основному заболеванию и не учитывает сопутствующие патологии, которые могут иметь хроническое течение. В числе наиболее распространённых причин инвалидности, за исследуемый период в наибольшем количестве находятся болезни нервной системы, далее – сердца и кровеносных сосудов, затем – опорно-двигательной системы, психические расстройства, заболевания органа зрения и т.д. (таблица 2).

Таблица 2

### Распределение численности лиц по преобладающим причинам инвалидности

Заболевания -	2018		2017		2016	
	n	%	n	%	n	%
- нервной системы	143	23,1	121	19,3	126	19,8
-сердца и кровеносных сосудов	100	16,2	112	17,9	115	18,1
- опорнодвигательной системы	64	10,4	51	8,1	67	10,6
- психические расстройства	53	8,6	45	7,2	46	7,2
- органа зрения	44	7,1	48	7,7	51	8,0
- онкопатология	19	3,1	23	3,7	25	3,9
- туберкулёз	18	3,0	21	3,3	29	4,6
- другие причины	177	28,5	205	32,8	176	27,8
Всего инвалидов	618	100	626	100	635	100

Половозрастная структура пациентов инвалидов представлена следующим образом: трудоспособного населения среди инвалидов – от 27 до 31% , из них только в 2016 году преобладало количество мужчин – 16,9 % , доля

женщин составила – 14,5%. В последующие года трудоспособных мужчин-инвалидов становится меньше - 12,9% в 2017 и 13,8% в 2018 годах, количество женщин остаётся приблизительно одинаковым (14,7% и 14,1% соответственно).

Проанализирована нозологическая структура детей до 18 лет с ограничением в здоровье. Всего признано инвалидами в 2018 году 145 детей, немногим больше в 2017 (161 ребёнок) и в 2016 (162 ребёнка) годах. Отрицательная динамика инвалидности во многом может быть связана с политикой государства, направленной на профилактику возникновения, своевременное выявление и терапию, реабилитацию и совершенствование медицинских и социальных услуг пациентам с ограниченными возможностями. Необходимо обратить внимание на распространение заболеваний нервной системы и преобладание среди неё детского церебрального паралича (48,3%) у детей (таблица 3). Психические расстройства представлены в основном снижением интеллекта (92,8%). Дети-инвалиды с лор-патологией страдают, в основном, отсутствием или значительным снижением слуха. Ниже приведена таблица основных причин инвалидности у детей.

Таблица 3

**Распределение детей до 18 лет по основным причинам инвалидности**

Заболевания -	2018		2017		2016	
	n	%	n	%	n	%
- нервной системы	60	41,4	61	37,9	65	40,1
- психические расстройства	14	9,7	18	11,2	17	10,5
- лор-патология	15	10,4	17	10,6	17	10,5
- внутренних органов	14	9,7	15	9,3	14	8,6
- опорно-двигательного аппарата	11	7,6	12	7,5	15	9,3
- органа зрения	6	4,0	5	3,1	6	3,7
Другие причины	25	17,2	33	20,4	28	17,3
Всего инвалидов	145	100	161	100	162	100

Как видно, из вышеприведённой таблицы, около половины детей-инвалидов имеют патологию нервной системы и психические расстройства, это означает, что интеграция их в общественную и трудовую деятельность будет чрезвычайно затруднительной.

**Вывод. 1.** В нозологической структуре инвалидности, как среди взрослого городского населения, так и среди детей до 18 лет, преобладают заболевания нервной системы. Затем следуют заболевания крови и системы кровообращения у взрослых и лор-патология у детей.

**2.** Учёт нозологической структуры инвалидности позволит улучшить оказание медико-социальной помощи конкретно каждому пациенту и разработке индивидуальных программ реабилитации инвалидов, интеграции их в семью и общественную жизнь.

#### Список литературы

1. К вопросу об уровне и тяжести инвалидности населения Республики Таджикистан. В кн.: Основные факторы инвалидности и пути развития медицинских и социальных услуг для людей с ограниченными возможностями в Республике Таджикистан / Н.Б. Лукьянов [и др.] // Материалы науч.-практ.конф. - 2011. - С.23-29.
2. О целесообразности и последствиях внедрения международных критериев здоровья и инвалидности в Республике Таджикистан/ А. Г. Гаибов [и др.] // Здоровоохранение российской федерации. - 2015. - С.30-33.
3. Основные факторы, обуславливающие первичную инвалидность населения Республики Таджикистан / Г.И.Камилова [и др.]// Вестник Авиценны. – 2015. - №3. - С 102-106.
4. Аспекты современной медико-социальной экспертизы и реабилитация лиц с ограниченными возможностями в республике Таджикистан / А. Г. Гаибов [и др.] // Экспертиза и реабилитация. - 2016. - №9(2). - С. 68-70.

#### НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ГОРОДСКИХ ПОДРОСТКОВ ПО ДАННЫМ МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА

*Носирова М.П., Ёдгорова М.Дж., Иномзода Д., Собиров А.Дж.*

Кафедра семейной медицины №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Здоровье населения, в первую очередь детей, является одним из приоритетных условий роста экономического могущества государства и его обороноспособности [1]. Развитие современного общества, школьный образовательный процесс и интенсификация умственной деятельности, социально-экономические проблемы послужили причиной ухудшения здоровья детей и подростков. В целом, группа диспансерного наблюдения – II - IV групп здоровья за последние 5 лет увеличилась. Таким образом, в регулярном наблюдении и оздоровлении нуждаются 85% современных школьников – подростков [2].

За годы независимости, несмотря на все трудности в социально-экономической жизни, в стране были приняты и реализованы существенные меры в области охраны здоровья населения, в том числе подростков и молодежи. Охрана здоровья детей подросткового возраста является одним из приоритетных направлений сохранения и укрепления здоровья населения, так как именно в подростковый период закладываются основы репродуктивного здоровья, пригодности к военной службе, профессиональной ориентации, создания семьи [3]. В связи с этим, в политике нашего государства вопросы здоровья подрастающего поколения занимают особое место, в частности приказ министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан (МЗ СЗН РТ) от 5 июня 2017 №426 «Об укреплении предоставления медико-социальных услуг подросткам на уровне учреждений

ПМСП», от 16 октября 2018 г., №954 «О порядке проведения медицинского осмотра, постоянного диспансерного контроля и времени проведения прививок» [4]. Распространённость и социальная значимость школьно обусловленных и функциональных нарушений и заболеваний, обуславливают необходимость постоянного медицинского наблюдения за здоровьем подростков для своевременного их выявления, обоснования профилактических и оздоровительных мероприятий [5].

**Цель исследования:** изучить некоторые показатели состояния здоровья городских подростков по данным ежегодного медицинского осмотра.

**Материал и методы исследования.** Произведена выкопировка данных из первичной медицинской документации, предоставленной городским отделом информации и медицинской статистики. Статистическая обработка данных выполнена на ПК с помощью прикладного пакета "Ststistica 6.0" (StatSoft Inc., USA). Применялись методы описательной статистики к качественным показателям с вычислением долей (%).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Ежегодное обследование или диспансерное наблюдение детей подросткового возраста является важным информативным критерием в разработке оздоровительных и профилактических мероприятий. Результаты анализа статистических данных выявили, что в 2018 году насчитывалось 42347 подростков в возрасте 15-17 лет, среди них юношей 23284 (54,9%), медицинское обследование прошли 42079 (99,4%), из них юношей 23094 (99,2%). Медицинское обследование включало обязательный осмотр семейного врача и узких специалистов: окулиста, оториноларинголога, эндокринолога, хирурга, ортопеда-травматолога, уролога (для юношей), гинеколога (для девушек), невропатолога, стоматолога, по показаниям – кардиолога, гастроэнтеролога, дерматолога и др. В перечень также были включены лабораторные (общие анализы крови, мочи и кала) и инструментальные (флюорография) обследования. В случае необходимости подросткам проведены УЗ-исследования внутренних органов, почек и ЭКГ. Среди контингента обследованных выявлено с различной патологией 5829 (13,9%), среди них юношей - 3102 (13,4%).

На начало 2018 года на диспансерном учёте состояло 1515 подростков, среди них юношей 807 (53,3%). Вследствие активного динамического наблюдения за состоянием здоровья, направленного лечения, рационального последовательного оздоровления снято с учёта 1374 (91%), среди них юношей 718 (89%).

В течение года, а также в результате проведённого медицинского обследования, дополнительно взято 4773, среди них юношей 2636 (50,8 %). Диспансеризация подростков, имеющих определённые хронические заболевания, затягивается на продолжительное время, поэтому к концу года остаётся некоторое количество подростков, имеющих ту или иную патологию, на диспансерном учёте в следующем году. Всего оздоровлено 2426, среди них юноши 1418 (53%).

На первом этапе до первоначальной постановки на воинский учет (ППВУ) проводятся ежегодные профилактические осмотры, лечебно-оздоровительные мероприятия и диспансерное наблюдение за состоянием здоровья и физическим развитием юношей 15-16 летнего возраста. На начало 2018 года состояло на учёте 140 допризывников. В течение подотчётного года взято на диспансерный учёт 679 юношей, оздоровлено 71% (579) подростков.

**Выводы. 1.** Проведение ежегодного углублённого медицинского осмотра, с целью обнаружения неблагоприятных тенденций в состоянии здоровья детей подросткового возраста, является особенно актуальным и будет способствовать своевременному выявлению негативных отклонений в организме подрастающего поколения, возможности быстрого реагирования путём разработки и проведения комплекса необходимых мероприятий.

**2.** Анализ некоторых показателей здоровья городских подростков показал, что из всего количества обследованных (42079) при ежегодном медицинском обследовании около 14% (5829) подростков имели ту или иную патологию. Среди состоящих на диспансерном учёте оздоровлено 91% подростков, среди вновь взятых на диспансерный учёт около половины (53%) детей подросткового возраста.

**3.** Вероятно, необходимо переходить на уровень избирательной профилактики (мероприятия направленные на группы подростков с факторами риска) и далее к индивидуальной (мероприятия для учащихся высокого риска или признаками «предболезни»). Это обосновывает необходимость разработки более индивидуализированных программ профилактики школьно обусловленной патологии с учётом воздействующих факторов именно в рамках медицинского обеспечения образовательного процесса.

#### Список литературы

1. Баранов А.А. [и др.] Состояние и проблемы здоровья подростков России/ А.А.Баранов [и др.]// Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2014. №6. С.10—4.
2. Баранов А.А. [и др.] Заболеваемость детского населения России / А.А.Баранов [и др.]// ПедиатрЪ. 2013. 280 с.
3. Национальная стратегия здоровья населения Республики Таджикистан на период 2010 – 2020 годы. 2010 г. [Электронный ресурс] <https://filial-mkur.tj>doc> (дата обращения 29.08.2019 г.)
4. Третий, четвертый и пятый периодические отчеты Республики Таджикистан по реализации конвенции организации объединенных наций о правах ребёнка за период с 2010 по 2015 гг. 2015. [Электронный ресурс] <https://mfa.tj>3-5 doklady1> (дата обращения 29.08.2019 г.)
5. Национальный доклад о ходе реализации стратегических документов страны в контексте Целей Устойчивого Развития. 2018 г. [Электронный ресурс] <https://www.med.tj>main> (дата обращения 29.08.2019 г.)

# СОСТОЯНИЕ МЕТАБОЛИЗМА СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ С РАЗЛИЧНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ ВОЗБУДИТЕЛЯ К АНТИМИКОБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ

*Овчаренко И.А.<sup>1</sup>, Шевченко О. С.<sup>1</sup>, Потейко П. И.<sup>2</sup>, Степаненко А. Л.<sup>1</sup>, Полуктова И. В.<sup>1</sup>*

1. Кафедра физиатрии и пульмонологии Харьковского национального медицинского университета. Харьков. Украина.
2. Кафедра физиатрии, пульмонологии и семейной медицины Харьковской медицинской академии последипломного образования. Харьков. Украина.

**Актуальность.** Для эффективного преодоления эпидемии мультирезистентного туберкулеза (МРТБ) в мире, ВОЗ рекомендует достичь показателя эффективности лечения МРТБ на уровне не ниже 75%. Однако в Украине этот показатель еще остается значительно ниже и составляет 51 % среди впервые диагностированных случаев (WHO, 2018) [1]. Эффективность лечения контролируется показателями прекращения бактериовыделения и заживления полостей распада в конце лечения.

Известно, что образование полостей распада, включает в себя разрушение внеклеточного матрикса, в том числе коллагеновые волокна, которые поддерживают структуру легких. В легких волокна коллагена расщепляются матриксными металлопротеиназами (ММП), которые способны влиять на все компоненты внеклеточного матрикса [2]. Одним из продуктов разрушения коллагеновых волокон легочной ткани является оксипролина и его фракции. Процесс синтеза ММП регулируется тканевыми ингибиторами металлопротеиназ (ТИМП), которые играют важную роль в процессах фиброза [2]. Однако важно не только уровень ММП, но и их соотношение с ТИМП, которое при отсутствии патологии близится к 1 [3].

Альдостерон (Ал) участвует в процессах фиброобразования, способен активировать моноциты крови, индуцировать воспаление, приводить к нарушениям фибринолиза, усиливать и накапливать коллаген [4]. Таким образом, разрушение внеклеточного матрикса является одним из важнейших патологических событий при формировании остаточных изменений в легочной ткани при туберкулезном воспалении [5].

**Цель исследования.** Изучить состояние метаболизма соединительной ткани у пациентов с туберкулезом легких с различной чувствительностью возбудителя к антимикобактериальным препаратам.

**Материалы и методы исследования.** 124 больных с новыми случаями ТБ легких: группа I (n = 84) - больные МРТБ; группа II (n = 40) - больные ТБ легких с сохраненной чувствительностью возбудителя к АМБП.

Возраст больных от 18 до 55 лет, средний возраст составил  $35,6 \pm 3,1$ . Мужчины - 72,5%, женщины - 27,5% ( $p < 0,05$ ). Все больные имели деструкцию легочной ткани и были бактериовыделителями. У всех больных из группы исследования, в начале лечения, через 2 и 3 месяца от начала лечения проведены клинические, биохимические, микробиологические и инструментальные методы диагностики. Изучены уровни оксипролина свободного (ОС), оксипролина белковосвязанного (ОБС), ММП-9, ТИМП-1, Ал.

Статистическая обработка данных осуществлялась методами непараметрической статистики с использованием пакета прикладных программ STATISTICA.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Была изучена динамика уровней тканевых факторов распада легочной ткани у больных ТБ в процессе лечения стандартными схемами ХТ.

По данным микроскопии мокроты бактериовыделителями в начале лечения были  $85,7 \pm 3,8\%$  случаев в группе I и 100% из группы II; через 2 месяца лечения  $40,5 \pm 5,4\%$  в группе I, а в группе II  $17,5 \pm 6\%$  ( $p < 0,05$ ); на 3-м месяце лечения бактериовыделителями было  $11,9 \pm 3,5\%$  в группе I, в то время как в группе II конверсия мазка мокроты была зафиксирована в 100% случаев, сопровождавшаяся 100% положительной рентгенологической динамикой в виде частичного рассасывания инфильтрации и уменьшения размеров деструкции, вопреки 60,7% случаев положительной динамики в группе I.

Была проанализирована разница в динамике показателей тканевых факторов разрушения и продуктов метаболизма коллагена у больных в группах I и II на фоне лечения.

В течение 3 месяцев лечения уровень ОС в группе I был достоверно выше, чем в группе II (на 11,3%, 6,7%, 10,2% соответственно в начале лечения, через 2 и 3 месяца лечения ( $p < 0,05$  во всех случаях)).

Уровня ОБС был выше в группе II, и в процессе лечения достоверно возрастал в группе I на 8,9%, вопреки динамики в группу II, где зафиксировано достоверно снижение его уровня на 53,2% ( $p < 0,05$ ).

Исходный уровень ТИМП-1 был выше в группе I, и рос в течение 3 месяцев лечения в обеих группах. Интенсивность роста уровня ТИМП-1 в группе II была достоверно выше (на 39,2%) по сравнению с ростом (на 27,4%) в группе I ( $p < 0,05$ )).

Наоборот, начальный уровень Ал в группе I был ниже на 6,5% ( $p < 0,05$ ). В течение лечения происходило снижение его уровня в обеих группах: в группе I на 34,3% и на 59,6% в группе II ( $p < 0,05$ ). Интенсивность снижения уровня Ал была достоверно более выражена в группе II (на 34,5%, ( $p < 0,05$ )).

Начальные уровни ММП-9 и динамика на фоне лечения в группах не имели достоверной разницы. Зафиксирована тенденция к увеличению уровня ММП-9 как в I, так и во II группе.

Для оценки баланса процессов разрушения к репарации тканей применено соотношение ММП-9 / ТИМП-1, которое при отсутствии патологии приближается к 1. Этот показатель был повышенным и составлял 2,7 и 2,9 в группах I и II соответственно, что указывает на активный воспалительный процесс с преобладанием процессов деструкции. В процессе лечения наблюдалась более интенсивная динамика уменьшения этого соотношения в группе II, где зафиксировано достоверное снижение на 25% в отличие от 16,6% в группе I ( $p < 0,05$ ). Также более высокое соотношение ММП-9 / ТИМП-1 у больных из группы I на третьем месяце лечения наблюдалось на фоне отсутствия конверсии мокроты в  $11,9 \pm 3,5\%$  случаев.

Продукцию ММП-9 стимулируют макрофаги, активированные МБТ [3]. Это подтверждается корреляционными связями в группе I (между ММП-9 и моноцитами ( $r = 0,56$ ,  $p = 0,003$ ), ТИМП-1 и моноцитами ( $r = 0,89$ ,  $p = 0,00001$ ) и ОС и моноцитами ( $r = 0,82$ ,  $p = 0,00001$ )); и корреляционными связями в группе II (между ММП-9 и моноцитами ( $r = 0,65$ ,  $p = 0,001$ ), ТИМП-1 и моноцитами ( $r = 0,74$ ,  $p = 0,00005$ ), ОС и моноцитами ( $r = 0,92$ ,  $p = 0,00001$ ) и ОБС и моноцитами ( $r = 0,82$ ,  $p = 0,00001$ )).

Повышение уровня ТИМП-1 сопровождалось ростом уровня ММП-9 в динамике на фоне лечения. На это указывают корреляционные связи между ними на 2 месяца лечения в группе I ( $r = 0,79$ ,  $p = 0,00001$ ) и на 3 месяца лечения в группе I ( $r = 0,8$ ,  $p = 0,00001$ ) и в группе II ( $r = 0,64$ ,  $p = 0,005$ ).

Высокие уровни ОБ в группе и связанные с большей активностью ММП-9 в этой группе, подтверждаются динамикой этих показателей и полученными на 2 месяца лечения корреляционными связями в группе I ( $r = 0,37$ ,  $p = 0,00005$ ). В группе II рост уровня ОС на 2 месяца был связан с нарастанием уровня ММП-9 ( $r = 0,8$ ,  $p = 0,00001$ ). Снижение уровня ОС в обеих группах на 3 месяца лечения связано с последующей активизацией ТИМП-1, но в группе II эта динамика более выражена, что указывает на торможение деструктивных процессов.

Снижение уровня ОБС в группе II сопровождается снижением индукции альдостероном коллагена, на что указывают прямые корреляционные связи, которые появились на 2 месяца лечения ( $r = 0,33$ ,  $p = 0,043$ ) и усилились на 3 месяца лечения ( $r = 0,55$ ,  $p = 0,0001$ ). Зато в группе I более медленная динамика снижения Ал и нарастание ММП-9 отражают сохранение высокой активности формирования фибротических изменений, на что указывает увеличение уровня ОБС и замедленная рентгенологическая динамика.

**Выводы.** Таким образом, в группе II на 3 месяца лечения происходило снижение активности макрофагальной системы на фоне конверсии мокроты и снижение уровня ММП-9, ОБС и Ал, что указывает на подавление процессов деструкции на фоне невысокой фибротической активности. В группе I на 3 месяца лечения активность фиброобразования была выше, сопровождалась нарастанием уровня ОБС и снижением уровня ОС. Замедленная конверсия мокроты в группе I сопровождалась замедленным (8,2%) уменьшением соотношения ММП-9 / ТИМП-1 из-за дальнейшего роста уровня ММП-9 и достоверно высокой активности процессов разрушения, в то время как в группе II наблюдалась меньшая активность процессов фиброобразования, что способствует уменьшению объема остаточных изменений в легких.

#### Список литературы

1. WHO. Global TB Report 2018. // World Health Organisation. Geneva. Switzerland: WHO. - 2018. - 277 p.
2. Yingyu C. Tissue inhibitor of metalloproteinases 1, a novel biomarker of tuberculosis. /C. Yingyu, W.Jieru, G. Pan, C.Dejun et al. //Molecular medicine reports. – 2016. - № 15. – P. 483-487.doi: 10.3892/mmr.2016.5998
3. KüblerA. Mycobacterium tuberculosis dysregulates MMP/TIMP balance to drive rapid cavitation and unrestrained bacterial proliferation / A. Kübler, B. Luna, C. Larsson et al. // J Pathol. - 2015. – V.235(3). – P. 431–444. doi: 10.1002/path.4432.
4. Gorini S. Mineralocorticoid Receptor and Aldosterone-Related Biomarkers of End-Organ Damage in Cardiometabolic Disease / S. Gorini, V. Marzolla, C. Mammi, A. Armani, M. Caprio// Biomolecules. - 2018 V. 18. - №8(3). P. 96. doi: 10.3390/biom8030096.
5. Shammari B. A. The Extracellular Matrix Regulates Granuloma Necrosis in Tuberculosis / B. A.Shammari, T.Shiomi, L. Tezera, M. K. Bielecka // The Journal of Infectious Diseases. – 2015. –V. 212(3). – P. 463-473. doi.org/10.1093/infdis/jiv076

### КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ, СПЕКТР И ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ТРАДИЦИОННЫХ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

*Одильцова И.Ё., Саидов Ё.У., Махмудов Х.Р., Хамидов Ф.М., Саидзода Б.И.*

Кафедра преподавания внутренних болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Полученные в последние годы данные свидетельствуют том, что одними из ведущих причин преждевременной летальности при псориатическом артрите (ПсА) являются сердечно-сосудистые осложнения (ССО): инфаркт миокарда - ИМ, инсульт, внезапная коронарная смерть) [1,2]. Установлено, что в основе высокого риска развития фатальных ССО у пациентов с ПсА лежат раннее развитие и быстрое прогрессирование атеросклероза (АС) и частое присоединение артериальной гипертензии (АГ) [3,4]. По современным представлениям, в основе высокого риска развития широкого спектра кардиоваскулярных нарушений у пациентов с ПсА лежит комплекс тесно взаимосвязанных между собой факторов, прежде всего традиционных факторов риска (ФР) развития ССО, хронический аутоиммунный процесс, а также бесконтрольный и длительный прием противовоспалительных препаратов, что позволяет рассматривать развитие ССО при ПсА как мультифакторный и единый патологический процесс [3-5].

**Цель исследования** - анализ и оценка клинических симптомов, спектра и частоты встречаемости традиционных ФР развития ССО у пациентов с ПсА.

**Материал и методы исследования.** В исследование включено 48 пациентов с диагнозом ПсА, установленным по критериям CASPAR (Classification Criteria for Psoriatic Arthritis), находившихся на стационарном лечении в ГМЦ №5 г. Душанбе в период с 2012 по 2019 гг. Среди них 19 (39,5%) мужчин и 29 (60,5%) женщин. Средний возраст пациентов мужского пола составил  $43,8 \pm 3,4$  года, женского -  $55,6 \pm 4,4$  года.

При клиническом исследовании состояния сердечно-сосудистой системы у всех обследованных пациентов с ПсА провели тщательный сбор, анализ и интерпретацию субъективных и объективных выявленных симптомов. У

обследованных пациентов с ПсА и у лиц контрольной группы анализировали и оценивали распространенность традиционных ФР развития ССО, таких как: наследственность по кардиоваскулярной патологии (КВП), возраст на момент обследования, АГ, сахарный диабет (СД), избыточная масса тела, липидный профиль крови, курение.

Контрольную группу составили 40 здоровых лиц (28 женщин и 12 мужчин), не имеющих патологии внутренних органов (средний возраст 53,2±3,4 года).

**Результаты исследования и их обсуждение.** В ходе комплексного анализа и оценки состояния ССС у больных ПсА (n=48) с учетом высокой распространенности АГ все пациенты соответственно были распределены на две группы: группа больных ПсА с АГ (n=31) и группа ПсА без АГ (n=17) (табл. 1).

При расспросе и сборе анамнестических данных с целью поиска характерных симптомов КВП (прежде всего ишемической болезни сердца - ИБС и хронической сердечной недостаточности - ХСН) у обследованных больных обращала на себя внимание скудность субъективной симптоматики. Аналогичные результаты ранее получали другие современные исследователи [3,4]. В целом было установлено, что большинство обследованных пациентов с ПсА (68,3%) активно не предъявляли жалоб, свидетельствующих о наличии КВП. При этом, только у немногочисленных пациентов (31,7%) удалось идентифицировать типичные загрудинные боли по типу стенокардии, сердцебиение и перебои в работе сердца и одышку при физической нагрузке.

Вместе с тем, в ходе тщательного и целенаправленного расспроса и объективного исследования у более значительной части пациентов с ПсА без и в сочетании с АГ были идентифицированы ряд характерных симптомов, указывающих на наличие КВП, спектр и частота встречаемости которых представлена в табл. 1.

Результаты, представленные в табл. 1 и данные литературы [1,3,4], показывают, что у подавляющего большинства больных ПсА без АГ - 12 (70,7%) клинические симптомы КВП отсутствовали, и лишь у 29,3% обследованных были выявлены ряд симптомов, характерных для КВП: сердцебиение (у 29,3%), одышка при физической нагрузке (у 23,4%), глухость (ослабление) тонов сердца (у 17,6%), типичные приступы стенокардии (у 11,7%), усиленный верхушечный толчок (у 11,7%). В то же время полученные нами результаты и данные литературы [3,5] показывают, что у больных ПсА с АГ симптомы, свидетельствующие о наличии КВП, встречались довольно часто и в целом были выявлены у 28 (90,2%) обследованных лиц, и у подавляющего большинства больных они были многочисленными (от 2 до 5 различных симптомов). В группе больных ПсА в сочетании с АГ, симптомы КВП были не только многочисленными, но и весьма стойкими, и как показали результаты последующих инструментальных исследований, чаще носили органический характер.

Таблица 1

Распространенность субъективных и объективных симптомов кардиоваскулярного нарушения у больных ПсА без и с АГ

Симптом	ПсА с АГ (n=31)	ПсА без АГ (n=17)	Всего	%
Сердцебиение	14 (45,1%)	5 (29,3%)	19	39,5
Стенокардия	5 (16,2%)	2 (11,7)	7	14,6
Одышка	9 (28,9%)	4 (23,4%)	13	27,1
Усиленный ВТ	11 (35,4%)	2 (11,7%)	13	27,1
Ослабление I и II тонов	13 (41,8%)	3 (17,6%)	16	33,3
Акцент II тона на аорте	28 (90,2%)	2 (11,7%)	30	62,4

**Примечание:** ВТ - верхушечный толчок

У обследованных больных следующим объектом анализа и оценки являлась распространенности традиционных ФР развития ССО. Спектр и частота встречаемости традиционных ФР развития ССО и клинических проявлений КВП у больных ПсА и лиц контрольной группы представлены в табл. 2. Данные представленные в табл. 2 показывают, что у обследованных больных ПсА без и с АГ, наряду с АГ другим распространенным традиционным ФР являлись: дислипидемия (40,9 и 61,2% соответственно). Частота встречаемости других традиционных ФР развития ССО у больных ПсА без и с АГ и лиц контрольной группы не различались. Подобные результаты ранее были получены в работах других исследователей [4,5].

Таблица 2

Распространенность традиционных факторов риска и частоты встречаемости КВП у больных ПсА (n=48) без и с АГ

Показатель	ПсА без АГ (n=17)	ПсА с АГ (n=31)	Контроль (n=40)
Возраст, годы	45,4+	53,2+	53,6+4,8
<b>Дислипидемия, n (%)</b>	<b>7 (40,9)*</b>	<b>19 (61,2)*</b>	<b>8 (20)</b>
ОХС, >5,1 ммоль/л, n (%)	6 (35,1)	18 (57,9) *	15 (37,5)
<b>ТГ, &gt;1,8 ммоль/л, n (%)</b>	<b>5 (29,3)</b>	<b>16 (51,5) *</b>	<b>2 (5)</b>
ИМТ, >25 кг/м <sup>2</sup>	4 (23,4)	9 (28,9)	25 (62,5)
Курение, n (%)	3 (17,6)	5 (16,2)	11 (27,5)
Наследственность по КВП, n (%)	5 (29,3)	10 (32,2)	12 (30,0)
Сахарный диабет 2-го типа, n (%)	2 (11,7)	3 (9,6)	2 (5)
КВП, n (%):			
Стенокардия	2 (11,7)	5 (16,1)	1 (2,5)
ИМ (в анамнезе)	1 (5,8)	4 (12,9)	0
Инсульт (в анамнезе)	0	2 (6,4)	0
ХСН	1 (5,8)	6 (19,3)	1 (2,5)
<b>Любые из вышеперечисленных</b>	<b>4 (23,4) *</b>	<b>17 (54,7) *</b>	<b>2 (5,0)</b>

**Примечание:** \* - различия между группами достоверны - p<0,05-0,01



В то же время полученные нами результаты (табл. 2) и данные литературы [3-5] свидетельствуют о том, что частота кардиоваскулярных заболеваний (ИБС, ХСН, инсульт) была достоверно более высокой у больных ПсА (без и с АГ), чем в контрольной группе

#### **Выводы.**

При распросе и сборе анамнестических данных подавляющее большинство пациентов с ПсА (68,3%) демонстрирует скудность субъективной симптоматики, свидетельствующей о КВП, что диктует необходимость более тщательного и целенаправленного поиска.

Среди традиционных ФР развития ССО у пациентов с ПсА наиболее распространенными являются АГ и дислипидемии. Высокая распространенность АГ и дислипидемии подтверждает гипотезу о том, что ПсА может быть являться независимым ФР развития АГ и нарушения липидного спектра крови.

#### **Список литературы**

1. Бадочкин В.В. Клиника и диагностика псориатического артрита / В кн. Бадочкин В.В. (и др.): под ред. В.В. Бадочкина. – М.: Изд. «Литтерра», 2012. – 587с.
2. Юсупова Л.А. Современное состояние проблемы псориатического артрита / Л.А. Юсупова, М.А. Филатова // Практическая медицина - 2013. - № 4 (73). - С. 24-28.
3. Кардиоваскулярная заболеваемость и смертность при анкилозирующем спондилите и псориатическом артрите - результаты одноцентрового четырехлетнего наблюдения / И.З. Гайдукова [и др.] // Практическая медицина. - 2015. - № 3 (88) - С. 123-129.
4. Особенности заболеваний сердечно-сосудистой системы у больных тяжелыми и средне-тяжелыми формами пориаза / И.В. Баткаева [и др.] // Вестник РУДН. - 2018. - № 1 (22) - С. 92-101.
5. Распространенность традиционных кардиоваскулярных факторов риска, субклинического атеросклероза сонных артерий и коронарного кальциноза у пациентов с ранним псориатическим артритом (исследование РЕ-МАРКА) / Е.И. Маркелова [и др.] // Научно-практическая ревматология. - 2018. - № 2 (56) - С. 184-1188.

### **АНАЛИЗ И ОЦЕНКА ЭЛЕКТРО - И ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ**

*Одилзода И.Ё., Саидов Ё.У., Саидзода Б.И., Махмудов Х.Р.*

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** За последние годы в практической ревматологии накоплено достаточно данных, свидетельствующих о закономерном вовлечении в орбиту патологических изменений кардиоваскулярной системы (КВС) при псориатическом артрите (ПсА), что, с одной стороны, является маркерами генерализации иммуновоспалительного процесса, а с другой, во многом определяет его тяжесть и исходы и требует оптимизации терапевтической стратегии заболевания в целом [1,2].

Согласно современных исследователей, одной из основных причин преждевременной летальности пациентов с ПсА являются сердечно-сосудистые осложнения (ССО), обусловленные ранним развитием и быстрым прогрессированием атеросклеротического поражения сосудов и частым присоединением артериальной гипертензии (АГ) [3]. В целом результаты многочисленных исследований, направленных на изучение кардиоваскулярной патологии (КВП) при ПсА, свидетельствуют о высокой распространённости и широком спектре у данной категории больных [3-5].

С учетом скудности клинических проявлений КВП при ПсА для объективной оценки состояния КВС возрастает роль инструментальных методов диагностики, прежде всего электро - и эхокардиографии (ЭКГ, ЭхоКГ).

**Цель исследования** - изучить и оценить характер ЭКГ-х и ЭхоКГ-х изменений у пациентов с ПсА.

**Материал и методы исследования.** Обследовано 48 больных с достоверным диагнозом ПсА по критериям CASPAR (Classification Criteria for Psoriatic Arthritis), наблюдавшихся в клинике пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино, в возрасте от 38 до 66 лет (средний возраст 49,3±5,4 года). Среди обследованных больных было 29 женщин и 19 мужчин.

У всех обследованных пациентов с ПсА регистрировалась ЭКГ в 12 общепринятых отведениях. При этом объектами анализа и оценки являлись такие стандартные электрокардиографические параметры, как наличие гипертрофии отделов сердца (прежде всего гипертрофии левого желудочка - ГЛЖ), частота и характер нарушений сердечного ритма и проводимости, смещение сегмента ST и состояние зубца T. С целью анализа и оценки состояния морфофункциональных параметров левых отделов сердца (ЛОС) всем пациентам проводилась ЭхоКГ по стандартной методике на ультразвуковом аппарате "PHILLIPS 8D" (Германия) линейным датчиком 3,5 мГц.

Все обследованные пациенты с ПсА (n=48) в зависимости от наличия или отсутствия АГ были разделены на две группы. В I группу вошли 31 больной ПсА в сочетании с АГ, во II - 17 пациентов без сопутствующей АГ.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Полученные нами результаты и данные литературы [1,3] свидетельствуют о том, что у больных ПсА выявленные ЭКГ-й нарушения носят многочисленный и разнообразный характер и в основном были представлены признаками нарушения ритма и проводимости сердца и коронарной гемодинамики, гипертрофии отделов сердца (чаще ГЛЖ), и довольно редко мерцательной аритмии и эпизодами транзиторной суправентрикулярной пароксизмальной тахикардии (СВПТ) (табл. 1).

У обследованных больных при сравнительном анализе и оценке частоты встречаемости и спектра ЭКГ-х нарушений в зависимости от наличия или отсутствия АГ были установлены широкие колебания выявленных нарушений как в количественном, так и в спектральном аспектах. Из результатов, представленных в табл.1, обращает на себя внимание закономерное увеличение частоты встречаемости различных ЭКГ-х нарушений у больных ПсА в сочетании с АГ, о чем ранее сообщали и другие исследователи [4,5].

Спектр и распространенность ЭКГ-х изменений у больных ПсА (n=48)

ЭКГ-изменения	ПсА без АГ (n=17)	ПсА с АГ (n=31)
Гипертрофия левого желудочка, n (%)	2 (11,7)	26 (83,7)
Предсердная экстрасистолия,	3 (17,5)	8 (25,8)
Желудочковая экстрасистолия, n (%)	2 (11,7)	6 (19,3)
Блокада правой ножки пучка Гиса, n (%)	3 (17,5)	9 (28,9)
Блокада левой ножки пучка Гиса, n (%)	1 (5,8)	4 (12,9)
Мерцательная аритмия, n (%)	1 (5,8)	3 (9,7)
Безболевая ишемия миокарда, n (%)	5 (23,4)	12 (38,6)
Постинфарктный кардиосклероз, n (%)	1 (5,8)	4 (12,9)
Эпизоды СВПП	2 (11,7)	7 (22,5)

У обследованных больных с ПсА (n=48) суставов ЭхоКГ-е изменения в различных вариациях были зафиксированы у 25 (54,1%) пациентов, спектр и частота встречаемости которых в целом и в зависимости от наличия АГ представлены в табл. 2.

Таблица 2

Спектр и распространенность ведущих ЭхоКГ-изменений у больных ПсА (n=48)

ЭхоКГ-симптом	ПсА без АГ (n=17)	ПсА с АГ (n=31)	абс.	%
Гипертрофия левого желудочка, n (%)	2 (11,7)	22 (70,8)	24	49,8
Систолическая дисфункция ЛЖ, n (%)	1 (5,8)	6 (19,3)	7	14,6
Диастолическая дисфункция ЛЖ, n (%)	3 (17,5)	12 (38,6)	17	35,4
ФМР, n (%)	4 (23,4)	8 (25,8)	12	24,9
Эндокардит, n (%)	2 (11,7)	5 (16,2)	7	14,6
Перикардит, n (%)	3 (17,5)	6 (19,3)	9	18,7
Клапанные пороки сердца, n(%)	1 (5,8)	3 (9,6)	4	8,3

**Примечание:** ЛЖ - левый желудочек; ФМР - функциональная митральная регургитация

В целом, полученные нами результаты и данные литературы [3-5] свидетельствуют о том, что наиболее распространенными ЭхоКГ-ми изменениями, характеризующими морфофункциональные особенности перестройки левых отделов сердца у обследованных пациентов с ПсА без и с АГ, являлись: ГЛЖ, диастолическая дисфункция ЛЖ, ФМР, адгезивный перикардит. Частота встречаемости указанных ЭхоКГ-х изменений у больных ПсА без АГ составляла соответственно: у 2 (11,7%), 3 (17,5%), 4 (23,4%) и 2 (11,7%), а у пациентов с ПсА в сочетании с АГ соответственно у 22 (70,8%), 12 (38,6%), 8 (25,8%) и 6 (19,3%) обследованных (табл. 2). В ходе анализа и оценки ЭхоКГ-изменений у больных с ПсА в зависимости от наличия АГ было замечено, что наиболее редкими симптомами являлись поражения эндокарда и клапанные пороки сердца (табл. 2).

**Выводы.** У больных с ПсА по мере прогрессирования заболевания и присоединения АГ развивается ряд ЭКГ-х изменений (ГЛЖ, нарушение ритма и проводимости сердца) и структурно-функциональная ЛОС (гипертрофия и диастолическая дисфункция ЛЖ, ФМР), которые преимущественно наблюдаются у пациентов с ПсА в сочетании с АГ.

#### Список литературы

1. Бадочкин В.В. Клиника и диагностика псориатического артрита / В кн. Бадочкин В.В. (и др.): под ред. В.В. Бадочкина. – М.: Изд. «Литтерра», 2012. – 587с.
2. Юсупова Л.А. Современное состояние проблемы псориатического артрита / Л.А. Юсупова, М.А. Филатова // Практическая медицина - 2013. - № 4 (73). - С. 24-28.
3. Кардиоваскулярная заболеваемость и смертность при анкилозирующем спондилите и псориатическом артрите - результаты одноцентрового четырехлетнего наблюдения / И.З. Гайдукова [и др.] // Практическая медицина. - 2015. - № 3 (88) - С. 123-129.
4. Особенности заболеваний сердечно-сосудистой системы у больных тяжелыми и средне-тяжелыми формами пориаза / И.В. Баткаева [и др.] // Вестник РУДН. - 2018. - № 1 (22) - С. 92-101.
5. Распространенность традиционных кардиоваскулярных факторов риска, субклинического атеросклероза сонных артерий и коронарного кальциноза у пациентов с ранним псориатическим артритом (исследование РЕ-МАРКА) / Е.И. Маркелова [и др.] // Научно-практическая ревматология. - 2018. - № 2 (56) - С. 184-1188.

#### ПОКАЗАТЕЛИ КИНИНОВ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА РАЗЛИЧНЫХ ВЫСОТ ПРОЖИВАНИЯ

*Одинаев Ш.Ф., Раджабзода М., Одинаев Ф.И.*

Кафедра внутренних болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Пребывание в условиях горных высот с выполнением повседневных физических нагрузок требует значительного напряжения адаптационных механизмов организма к экстремальным факторам горного климата (низкая температура окружающей среды, высокогорная гипоксия, пониженное барометрическое давление, сухость горного воздуха, высокий уровень ультрафиолетовой радиации, снижение парциального давления кислорода). Проживание в условиях пониженного барометрического давления с умеренной гипоксией обеспечивается тесной

многофункциональной взаимосвязанной работой ряда систем организма. В частности, наиболее важная роль принадлежит каллекреин-кининовой системе крови, обеспечивающей оптимальную микроциркуляцию, реологию крови, транскапиллярный обмен, гемодинамические функции [1-3].

**Цель исследования.** Провести сравнительную оценку основных показателей каллекреин-кининовой системы крови у пациентов с ИБС, проживающих на различных высотах.

**Материал и методы исследования.** Учитывая ведущую роль кининов в механизмах адаптации организма нами были исследованы основные компоненты кининовой системы крови у пациентов с ИБС (стенокардия напряжения 1-2 функциональный класс), проживающих на различных высотах республики. Обследованы пациенты низкогогорья (860 м. над у. м.)- 12 человек, среднегорья (2200 м. над у. м.)-10 человек и высокогорья (3600 м. над у. м.)- 12 человек. Возраст обследованных колебался от 55 до 65 лет.

**Исследование каллекреин-кининовой системы** крови проводилось биологическим методом М.С. Сурувикиной (1981 [4].

**Результаты исследований и их обсуждение.** Исследования компонентов кининовой системы крови для пациентов низкогогорья позволили нам установить снижение активности каллекреина. При норме для жителей центральной полосы России (1,66 мкг/мл) активность каллекреина составила  $0,99 \pm 0,1$  мкг/мл. Уровень кининогена составил  $4,9 \pm 0,02$  мкг/мл, активность кининазы- фермента разрушающего кинины, составила  $0,84 \pm 0,04$  мкг/мл/мин. Обращает внимание увеличение содержания свободных кининов у пациентов низкогогорья  $5,3 \pm 0,001$  нг/мл по сравнению с показателями практически здоровых лиц средней полосы России ( $3,2$  нг/мл) (табл. 1).

Таблица 1

Показатели компонентов кининовой системы крови у пациентов различных высот проживания

Компоненты	Каллекреин мкг/мл	Кининоген мкг/мл	Кининаза мкг/мл мин	Свободные кинины нг/мл
Низкогогорье	$0,99 \pm 0,01$	$4,9 \pm 0,02$	$0,84 \pm 0,004$	$5,3 \pm 0,001$
Среднегорье	$0,89 \pm 0,03$ P>0,05	$5,5 \pm 0,12$ P<0,01	$0,72 \pm 0,003$ P<0,01	$7,0 \pm 0,22$ P<0,01
Высокогогорье	$0,76 \pm 0,06$ PP1<0,01	$7,01 \pm 0,18$ PP1<0,01	$0,66 \pm 0,001$ PP1<0,01	$7,9 \pm 0,10$ P P1<0,01

P- достоверность по отношению к низкогогорью

P1-достоверность по отношению к среднегорью

У пациентов среднегорья регистрируется отчетливое снижение активности каллекреина до  $0,89 \pm 0,03$  мкг/мл, достоверно увеличивалась концентрация кининообразующего фактора крови – кининогена до  $5,5 \pm 0,12$  мкг/мл. При этом наблюдается снижение активности кининразрушающего фермента кининазы с повышением уровня свободных кининов крови до  $7,0 \pm 0,22$  нг/мл. Такое состояние, можно расценивать как «умеренную активацию» каллекреин-кининовой системы крови, что свидетельствует о более напряженной работе этих систем на данных высотах.

У пациентов высокогорья выявлены значительное снижение активности каллекреина крови до  $0,76 \pm 0,06$  мкг/мл, увеличение кининообразующего фактора – кининогена ( $7,01 \pm 0,18$  мкг/мл) и снижение концентрации кининазы с увеличением свободных кининов ( $7,9 \pm 0,10$  нг/мл), что свидетельствует о значительной активации кининовой системы крови по сравнению с показателями низкогогорья и среднегорья.

Изложенное свидетельствует об активации кининовой системы крови в связи с увеличением высоты проживания, что направлено на обеспечение гомеостаза в ответ на гипоксический фактор. У жителей высокогорных регионов наблюдается длительная активация кининовой системы крови т.е. «хроническая активация», и если учитывать, что адаптационные механизмы не бесконечны, то можно предполагать о возможном срыве истощении системы и развитии патологических состояний.

**Выводы.** «Умеренную активацию» кининов на среднегорных высотах по отношению к новым сложившимся экстремальным факторам гор, ранее нехарактерных для организма можно рассматривать как факторы повышения резистентности организма. Следовательно, для пациентов с ИБС рекомендована санаторно-курортная реабилитация на среднегорных курортах с целью профилактики возможных осложнений ИБС и повышения резистентности организма.

#### Список литературы

1. Гельцер Б.И. Активность каллекреин-кининовой системы у больных витамином В12-дефицитной анемией /Б.И. Гельцер//Бюлл. РАМН. -2005.-№3.-С. 131-134.
2. Лазутин В.К., Запелалов М.В., Броун Д.К. Каллекреин-кининовая система и гемостаз при остром инфаркте миокарда // Кардиология. 1986. -Т. 26, № 9. - С. 118-122.
3. Сурувикин В.В. Системная организация плазмы и каллекреин-кининовая система крови при хронической ишемии головного мозга: автореф. дисс. к.б.н.-14.0053 /В.В. Сурувикин В.В./; Москва.-2006. 24 с.
4. Сурувикина М.С. К биологическим методам определения свободных кининов в периферической крови /М.С. Сурувикина // Бюлл эксп. биол. медицины 1981, т. 91 № 2, с. 214-243.

#### МИКОЛОГИЧЕСКИЙ ПЕЙЗАЖ МОКРОТЫ ПРИ КАНДИДОЗЕ ЛЁГКИХ

*Одинаев Ш.Ф., Зоидбоева Н.З. Садуллаева Н.А.*

Кафедра внутренних болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Вопросы патогенетического влияния грибковой инфекции на состояние организма пациентов с кандидозом лёгких являются самыми сложными в практической деятельности врачей-пульмонологов. В то же время спектр воздействия токсинов грибов, бактерий на лёгочную ткань и на организм в целом является очень широким от механического раздражения лёгких до снижения и угнетения иммунитета организма до полной деструкции

лёгких. Вполне понятно, что клиническое течение заболевания обусловлено не только влиянием инфекционных агентов, но грибковой микрофлоры с последующей обструкцией бронхов и деструкцией лёгочной ткани путём сенсibilизации организма. С клинической точки зрения представляет особый интерес изучение спектра этиологических значимых возбудителей при кандидозе лёгких [1-3].

**Цель исследования.** Выявить основную патогенную грибковую микрофлору лёгких у пациентов с кандидозом лёгких.

**Материал и методы исследования.** Обследовано 140 пациентов с заболеваниями органов дыхания. Среди обследованных пациентов было 90 человек (1 группа), среди которых были пациенты с кандидозом лёгких на фоне различных бронхолёгочных патологий: хроническая неспецифическая пневмония, бронхиальная астма, хронический атрофический бронхит, хронические обструктивные заболевания лёгких, хронический пневмонический альвеолит и т.д. Диагноз кандидоза лёгких у данных пациентов верифицировался на данных рентгенологического обследования, компьютерной томограммы, а также микологического анализа мокроты с выделением гриба в титре более  $10^3$ . Диагнозы пациентов 2 группы (50 человек) (острые формы) в основном были представлены острым бронхитом, острой катаральной ангиной и ларингитом, острой пневмонией, затяжной пневмонией. Из 140 обследованных пациентов было 111 мужчин и 39 женщин; возраст обследованных больных от 22 до 62 лет

На первом этапе диагностических исследований нами выращивалась культура или по необходимости использовались стандартные тест системы с микробной нагрузкой  $1 \times 10^7$  КОЕ/мл.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Бактериологическим методом было высеяно более 8 видов дрожжевых грибов и 5 видов плесневых грибов. Из общего числа выращенных культур у 2-ух групп обследованных пациентов высеяно 148 (85,5%) культур дрожжевых грибов и 25 (14,5%) культур плесневых грибов, что составило в общей сложности 173 (100%) культуры (рисунок 1). Общее количество ассоциаций микст и смешанной инфекции составило 33 культуры при общем подсчёте, поскольку в них наблюдался положительный рост грибковой и бактериальной флоры.



Рисунок.1. Общее количество высеянных культур в двух группах

В контрольной группе высеян единичный рост монокультуры дрожжевых грибов со степенью КОЕ  $< 10^3$ . Данную степень грибов и вид грибов в контрольной группе можно расценивать как условно-патогенную флору. С клинической точки зрения такой титр грибов не может вызывать опасные заболевания и его следует расценивать как условно-патогенную флору. Микологический анализ показал, что наибольший рост грибов регистрируется у пациентов 1 группы (132 культуры-76,3%) с преобладанием роста грибов у пациентов с бронхиальной астмой. Так, у 30 пациентов с различными формами бронхиальной астмы высеяно более половины всех выявленных грибов. Причём у данного контингента пациентов наиболее часто высевается рост плесневых форм грибов типа *Aspergillus flavus*. Наибольший положительный рост грибов у лиц 1 группы отмечен со стороны типа *Candida albicans*, который составил 35 культур (20,2%) от всех видов высеянных грибов. Наряду с данным видом грибов высокий удельный вес составили грибы вида *Candida utilis* -29(16,7%) культур (таблица 1.).

Таблица 1. Общее количество выращенных культур дрожжевых грибов у обследованных пациентов

Вид гриба	Контроль КОЕ $< 10^3$		1 группа Кандидоз лёгких КОЕ $> 10^3$		2 группа Острые заб-я лёгких КОЕ $> 10^3$	
	абс	%	абс	%	абс	%
<i>Candida albicans</i>	2	1,1	35	20,2	5	2,8
<i>Candida kefir</i>	1	0,5	20	11,5	1	0,5
<i>Candida utilis</i>	-		29	16,7	6	3,4
<i>Candida lusitanae</i>			9	5,2	-	
<i>Candida parapsilosis</i>	-		6	3,4	2	1,1
<i>Candida glabrata</i>	1	0,5	7	4,0	-	
<i>Candida tropicalis</i>	-		15	8,6	-	
<i>Candida krusei</i>	-		11	6,3	2	1,1
Смешанные культуры	-		21	12,1	12	6,9
Всего культур	4		132 (76,3)		16 (9,2)	

*Примечание:* % подсчитан от общего количества выращенных культур- (173) в двух группах. (смешанные культуры не подсчитаны)  $132 + 16$  культур + 25 плесневых = 173

Данные виды грибов являются наиболее широко распространёнными в практике врачей различных специальностей и могут быстро переходить из условно-патогенной флоры в высоко-патогенные штаммы. Более настораживающим фактом явился рост грибов вида *Candida tropicalis* (15 культур) и *Candida krusei* (11 культур), составляя соответственно 8,6% и 6,3%. у лиц 2-ой группы также регистрировался положительный рост грибковой микрофлоры, что можно объяснить активацией условно-патогенных грибов с одной стороны, и появлением новых форм грибов при прогрессировании патологического состояния при длительном воспалительном процессе.

Большую опасность в плане прогноза заболевания и эффективности лечения представляет положительный рост плесневых видов грибов. Рост такого рода грибов в контрольной группе и во 2-ой группе не регистрировался. Однако в 1-ой группе был выявлен опасный грибок вида *Aspergillus fumigat* -9(5,2%) культур от общего количества высеянных (таблица 3.5.). Не менее патогенными для организма человека являются плесневые грибы *Aspergillus flavus* и *Aspergillus terreus*, количество которых составило по 5 (2,8%) культур. Другими видами плесневых грибов явились высоко-патогенные плесневые грибы *Penicillium* 2 культуры (1,1%), *Mucor* 1 (0,5%) и *Aspergillus niger* 3(1,7%) культур (таблица 2.).

Таблица 2. Общее количество выращенных культур плесневых грибов у обследованных пациентов

Вид гриба	1 группа Кандидоз лёгких КОЕ >10 <sup>3</sup>	
	абс	%
<i>Aspergillus flavus</i>	5	2,8
<i>Aspergillus fumigat</i>	9	5,2
<i>Aspergillus niger</i>	3	1,7
<i>Aspergillus terreus</i>	5	2,8
<i>Penicillium</i>	2	1,1
<i>Mucor</i>	1	0,5
Всего культур	25	

Примечание: % подсчитан от общего количества выращенных грибковых культур (173 культуры) (смешанные культуры подсчитаны в общем кол-ве- 33 культуры)

Микологический анализ мокроты наших обследованных указывает на прогрессивный рост смешанной флоры при острых и хронических заболеваниях лёгких т.е.в 1 и 2-ой группах. При этом обращает внимание, что большая часть смешанных микст культур т.е. микробных ассоциаций включает грибы и составляет 21 (12,1%) культуру для лиц 1 группы и 12 (6,9%) культур у лиц 2 группы. С клинической точки зрения данное обстоятельство должно настораживать врача, поскольку нельзя исключать возможности прогрессивного роста грибковой флоры. Зачастую лечение бактериальной флоры занимает меньший срок по сравнению с грибковой, тем самым оставшаяся часть грибов постепенно прогрессирует и может быть началом микозительства, затем инвазии и кандидоза лёгких.

#### Список литературы

1. Антропова А.Б. Микобиота хостелов г. Москвы /А.Б. Антропова, И.Г. Ахапкина // Успехи медицинской микологии.-2018.- Т.19.- С.4-6
2. Буркутбаева Т.Н. Факторы патогенности плесневых грибов, выделенных от больных с грибковыми заболеваниями лор-органов /Т.Н. Буркутбаева, Л.К. Тастанбекова //Проблемы мед.микологии.- 2004.-Т. 6, № 2.-С.64-65.
3. Васильева Н.В. Экспериментальная модель мукомикоза лёгких, обусловленного *lichtheimiaornata* /Н.В. Васильева, И.А. Босак// Проблемы медицинской микологии.-2019.- Т.21. №2.- С. 3-6.

### ВЛИЯНИЕ ФАСТ-ФУДА НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

*Оттажанов А.А., Рахимова Д.С.*

Кафедра семейной медицины №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Полноценное и правильное питание является одним из важнейших факторов, формирующих здоровье населения. Проблема правильного питания в настоящее время является наиболее актуальной, что подтверждается результатами множества исследований современного общества [1, 3, 5].

Следует отметить, что высокий темп современной жизни приводит к тому, что население в большинстве случаев привыкает к употреблению еды быстрого приготовления. Рацион питания современного человека характеризуется избыточным потреблением легко усваиваемых углеводов, дефицитом витаминов, макро- и микроэлементов. Такое питание является массовым, постоянно и отрицательно действующим фактором, влияющим на здоровье, рост, развитие и жизнеспособность населения, особенно в дошкольных и школьных возрастных группах [2]. Ежегодные медицинские осмотры школьников показали тенденцию к росту числа соматических заболеваний из-за употребления большого количества фаст-фудов [3, 4].

Название «Fast food» происходит от английского Fast - быстрый и food - продукты. Слово «фаст-фуд» в переводе с английского обозначает «быстрая еда». Поэтому правильно называть так любое блюдо, которое молниеносно готовится, сервируется и так же быстро съедается. Существует несколько разновидностей фаст-фуда. Преимуществом этих блюд является быстрота приготовления и употребления, дешевизна [2, 3, 4].

**Целью исследования** явилось изучение влияния фаст-фуда на здоровье организма детей школьного возраста г. Душанбе.

**Материал и методы исследования.** В исследование были включены 120 школьников в возрасте с 14 до 16 лет, ученики 8-9-го классов средней школы №46 города Душанбе. В соответствии с целью исследования школьники

были разделены на две группы. В первую (основную) группу вошли 82 (68,3%) школьника, которые каждый день принимали (2-3 раза), разные виды фаст-фуда. Вторая группа- 38(31,6%) школьников, которые вошли в группу контроля (ГК), они реже (1-2 раза в месяц) принимали данную еду.

Нами проводилось анкетирование учеников. В анкеты были включены вопросы о семейном положении, характере суточного питания, частоты употребления фаст-фуда, а также о перенесенных заболеваниях.

Для оценки физического состояния школьников проведен тщательный медицинский осмотр всех школьников совместно с подростковым терапевтом Городского центра здоровья № 2 г. Душанбе.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В результате обследования были выявлены следующие нарушения режима питания у школьников основной группы: в 25%- случаев ученики не завтракают утром и приходят в школу, в 45%-случаев после занятия школьники идут обедать в кафе быстрого приготовления, где принимают фаст-фуды, в 25% - случаев школьники между обедом и ужином употребляют большое количество фаст-фуда.

Ведущими патологиями среди школьников данной группы явились: кариес зубов - 95% (в ГК – 87%), ожирение - 15% ( в ГК -5%), диспепсические расстройства кишечника - 56% (в ГК- 18%) и раздражительность в 60% случаев (в ГК -34%). Из 82 обследованных основной группы в 65% случаев были выявлены различные заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) (хронический гастрит, колит, холецистит и др.) и симптомы заболеваний нервной системы (раздражительность, быстрая утомляемость, агрессивность и др.)

Следует отметить, что в легко усвояемой пище отсутствуют все нужные для организма витамины и минералы, а имеется в составе глутамат натрия, который улучшает вкус, вызывает зависимость и провоцирует гастрит и нарушение процесса работы периферической нервной системы [1,5]. Легко усваиваемой пищей дети быстро насыщаются, но через короткое время начинают голодать, так, что это ведет к ожирению. При употреблении фаст-фуда часто его запивают холодными газированными напитками, что вызывает раздражение слизистой оболочки желудка и провоцирует нарушение процесса пищеварения, вызывает гастрит, эрозию и язву желудка. Для приготовления уличной пищи используют самое дешевое масло и редко сливают его после приготовления того или иного блюда. При нагревании масло выделяет большое количество канцерогенов и может стать причиной раковых заболеваний [3]. Имеющийся в составе такой пищи глутамат провоцирует нарушение периферической нервной системы и затруднения дыхания, в последствии чего идет гипоксия головного мозга, которая ведет к снижению памяти, трудности усвоения в учебе и раздражительности вплоть до агрессивности. Отсюда идет и снижение уровня знаний современного поколения [6].

#### **Вывод.**

Частое употребление фаст-фуда школьниками г.Душанбе в 65% случаев приводит к заболеваниям ЖКТ и нервной системы.

#### **Список литературы**

1. Брахман, И.И. Валеология - наука о здоровья / И.И. Брахман. – 2001. - С.18-23.
2. Красовский, О.А. Генитическая модифицированная пища / О.А Красовский. - 2002. – С.158-165.
3. Карпова, В. Вся наша жизнь - еда / В. Карпова. – 2013.
4. Смирнов, Н.К. Продукты быстрого приготовления / Н.К. Смирнов. - 2000.- С. 28-32.
5. Формирование здорового образа жизни молодежи (медико-социальный аспекты) / А.В. Мартыненко, Ю.В. Валентик, В.А. Полесский. - М.: Медицина, 2004.

### **ГЕНДЕРНЫЕ СТЕРЕОТИПЫ СЕМЕЙНЫХ РОЛЕЙ (УСТАНОВОК) И ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ**

*Пирова Г.Д., Негматова Г.М., Алимова Н.А.*

Кафедра пропедевтики внутренних болезней и внутренних болезней №1  
ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Данные ряда клинических исследований указывают на высокую распространенность резистентности к лечению у лиц с артериальной гипертонией (АГ) [1,2,3].

Истоки развития АГ находятся в среднем возрастном диапазоне. Средний возраст, как у мужчин, так и женщин характеризуется гормональными сдвигами, стрессовыми ситуациями, периодами максимальной отдачи сил и времени профессиональной деятельности или семье [4,5].

Актуальность изучения гендерных характеристик семьи у пациентов среднего возраста с АГ связана с тем, что высокая динамика социальных преобразований формируют социальные факторы риска здоровью, в первую очередь, затрагивающие трудоспособную группу населения и проявляющиеся через индивидуальное поведение личности в семье и в обществе. Ускоряется процесс трансформации установок о социальной роли женщины, меняется форма гендерных межличностных отношений и преодоление существующих гендерных предрасположений и гендерных конфликтов негативно влияет как на мужчин, так и на женщин [5].

В зависимости от распределения ролей в семье между супругами выделяется несколько типов семьи: традиционная семья (за супругами строго закреплены определённые роли в соответствии с их полом), неопределённая семья (нетрадиционная, промежуточная) – где сохраняются традиционные установки на мужское лидерство) и эгалитарная семья (семья равных).

Значимость гендерных характеристик семьи у пациентов среднего возраста с РАГ остаётся неизученной. Установление возможного влияния гендерных стереотипов семейных установок (типов семьи) при АГ может решать важную задачу своевременной диагностики развития резистентности к лечению.

**Цель:** Установить значимость гендерных стереотипов семьи в развитии резистентности к антигипертензивной терапии у пациентов с эссенциальной артериальной гипертонией (АГ).

**Методы исследования.** В исследование включены пациенты среднего возраста (45-59 лет), с первичной артериальной гипертензией (АГ). На фоне терапии контролировалась приверженность пациентов к лечению, проводились мероприятия по повышению навыков самоконтроля и модификации образа жизни. Антигипертензивная терапия оптимизировалась путём снижения дозы (или отмены) препаратов, обладающих прессорным действием и созданием оптимальной 3-х компонентной схемы лечения, чаще всего, при назначении блокатора ренин-ангиотензиновой системы (иАПФ, или БРА), антагонистов кальция и диуретиков; в части случаев назначались  $\beta$ -блокаторы (и/или  $\alpha$ -блокаторы), агонисты имидазолиновых рецепторов, клонидин; ренальная денервация не проводилась.

При оценке устойчивости достижения целевых значений АД выделены 2 группы пациентов:

1) первая группа – 80 больных с резистентной АГ, у которых стойкое снижение АД до целевого уровня отсутствовало на фоне применения в оптимальных дозах трех АГП разных классов, включая диуретик; мужчин – 34 (возраст  $53,0 \pm 0,7$ ), женщин – 46 ( $53,3 \pm 0,6$  лет); средний возраст  $53,2 \pm 0,45$  года. Длительность АГ в среднем  $4,7 \pm 0,2$  года, в т.ч. до 5 лет – 41,3%;

2) вторая группа - 80 больных с контролируемой АГ, т.е. со стойким снижением АД до целевых уровней на фоне лечения не более двумя АГП. Мужчин – 36 (возраст  $53,1 \pm 0,7$ ), женщин – 44 ( $53,5 \pm 0,7$  лет); средний возраст  $53,3 \pm 0,5$  года. Длительность АГ в среднем  $4,2 \pm 0,2$  года, в т.ч. до 5 лет – 65%.

Выделение типов семейных установок проведено по опроснику «Распределение ролей в семье» [Алешина Ю.Е.] с выделением 3 типов семей: традиционные (1-2 балла), эгалитарные (2 -3 балла) и промежуточные (неопределённые, нетрадиционные 3-4 балла); значения условно названы нами семейными показателями (СП).

Статистическая обработка материала проведена с помощью пакета «Statistica 10,0». Для оценки межгрупповых различий применено U-критерий Манна-Уитни; оценка корреляционных связей проведено по Спирмен.

**Результаты и их обсуждение.** Результаты достигнутых на фоне антигипертензивной терапии уровней АД представлены в таблице 1.

Установлено, что уровни САД и ДАД, независимо от типа семейных установок, были значимо выше при РАГ ( $p < 0,05$ ).

На фоне РАГ средний уровень САД значимо выше у пациентов с традиционной семейной установкой, чем при промежуточном и эгалитарном типе семьи ( $p < 0,05$ ). Высокий уровень ДАД у пациентов с традиционным типом семьи значим при сравнении с эгалитарным типом ( $p < 0,001$ ); различия с промежуточным типом семьи - незначимы ( $p > 0,05$ ).

Таблица 1.

Уровни АД, достигнутые на фоне терапии, при разном типе семьи у пациентов среднего возраста с артериальной гипертензией ( $M \pm m$ )

№	Тип семьи	САД		ДАД	
		РАГ	КАГ*	РАГ	КАГ
1.	Традиционный	149,5±1,3	131,3±1,9*	96,0±0,6	83,4±0,7*
2.	Промежуточный	144,7±1,2	131,0±1,2*	94,9±0,7	83,3±0,6*
	$P_{1-2}$	<0,01	>0,05	>0,05	>0,05
3.	Эгалитарный	144,9±1,6	129,5±1,5*	93,6±0,6	82,7±0,6*
	$P_{1-3}$	<0,05	>0,05	<0,001	>0,05
	$P_{2-3}$	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Примечание: p – достоверность различия показателей при разном типе семьи; \* - значимость ( $p < 0,05$ ) различия показателя с таковым у пациентов с РАГ (по U-критерию Манна-Уитни).

При разном типе семьи у пациентов с контролируемой АГ различия уровней АД были не значимы ( $p > 0,05$ ). Взаимосвязь САД и ДАД с семейным показателем отсутствовала.

В общей группе пациентов с РАГ взаимосвязь СП отрицательная и значимая с САД ( $r = -0,337$ ;  $< 0,05$ ) и ДАД ( $r = -0,292$ ;  $< 0,05$ ).

Однако тесная отрицательная взаимосвязь отмечена между ДАД и СП у мужчин с РАГ ( $r = -0,513$ ;  $< 0,05$ ; рис. 1) и слабая - у женщин ( $r = -0,11716$ ;  $p > 0,05$ ).

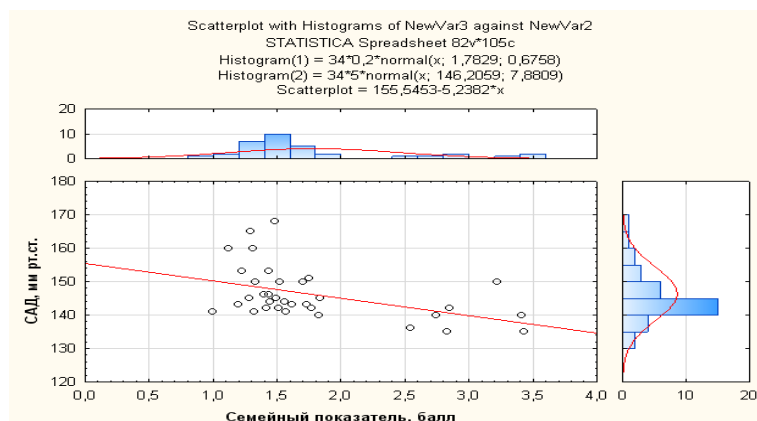


Рисунок 1. Взаимосвязь между семейным показателем (СП) и САД у мужчин с резистентной артериальной гипертензией.

В целом, у пациентов с РАГ на фоне снижения значений СП к диапазону традиционной семейной установки, достигнутые уровни САД (у мужчин и женщин) и ДАД (у мужчин) значимо выше, что указывает на недостаточную эффективность АГТ.

Таким образом, учитывая значимо высокие уровни артериального давления при РАГ на фоне традиционной семьи, как при сравнении с пациентами с КАГ, так и другими типами семьи у пациентов с РАГ, традиционный тип семьи (семейных установок) может быть выделен как предиктор развития недостаточной эффективности антигипертензивной терапии.

#### Литература

1. Оганов, Р.Г. Эпидемиология артериальной гипертензии в России. Результаты федерального мониторинга 2003–2010 гг. /Р.Г. Оганов, Т.Н. Тимофеева, И.Е. Колтунов и др. // Кардиоваск. терапия и профилактика. – 2011. – Т. 10(1). – С. 812.
2. Ливенцева М.М. Виды рефрактерности к антигипертензивной терапии и возможные пути ее преодоления./ М.М. Ливенцева, Т.А. Нечесова // Медицинские новости. -2013.- 4. – С. 16–20.
3. Карпов Ю.А. Неконтролируемая артериальная гипертензия – новые возможности в решении проблемы эффективности лечения / Карпов Ю.А. [и др.] // Кардиология. – 2012. – № 2. – С. 29–35.
4. Шальнова С. А. Тенденции смертности в России в начале XXI века (по данным официальной статистики). /С. А. Шальнова, А. Д. Деев // Кардиоваскулярная терапия и профилактика- 2011, 10 (6), 5–10).
5. Андреева Т.В. Социальная психология семьи /Т.В. Андреева - монография, СПб., Изд-во Санкт-Петербургского университета, 2006.

### РОЛЬ ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ, ТИПА ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ В ОЦЕНКЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

*Посметьева О. С., Зуйкова А. А., Есина Е. Ю., Муравицкая М. Н., Ханина Е. А.*

Кафедра поликлинической терапии ФГБОУ ВО "Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко" Министерства здравоохранения Российской Федерации, Российская Федерация.

**Актуальность.** Артериальная гипертензия (АГ) - одна из наиболее распространенных и социально значимых проблем в клинической медицине на современном этапе. Согласно эпидемиологическим данным, её распространенность в популяции составляет примерно 40%, а среди пожилых увеличивается до 60-70% [1]. Одним из органов-мишеней, поражаемых при АГ, является головной мозг. Установлено, что субъективные расстройства памяти имеют место у 83% пациентов старше 60 лет [2]. Таким образом, когнитивные нарушения могут рассматриваться как индикатор поражения головного мозга. Роль психогенных факторов в возникновении и течении гипертонической болезни (ГБ) не вызывает сомнений, а для адекватной терапии на амбулаторно-поликлиническом этапе важно достичь комплаенса с пациентом [3].

**Цель исследования:** изучить особенности самооценки когнитивных функций у пациентов с ГБ и другой соматической патологией в зависимости от тяжести заболевания и личностных особенностей пациентов.

#### **Задачи исследования:**

1. проанализировать степень изменения когнитивных функций у пациентов с АГ в зависимости от стадии ГБ, степени АГ, риска сердечно-сосудистых осложнений (ССО), сопутствующих хронических заболеваний, а также при другой соматической патологии;
2. изучить степень изменения когнитивных функций в зависимости от возраста;
3. оценить гендерные различия в изменении когнитивной функции;
4. выявить взаимосвязь между типом отношения к болезни (ТОБЛ) и оценкой пациентом степени выраженности когнитивных нарушений.

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 50 человек в возрасте от 29 до 81 года (средний возраст 61,7±1,6 года), из них 31 женщина и 29 мужчин, обратившихся за амбулаторной помощью в терапевтическое отделение городской поликлиники г. Воронежа. Для выявления когнитивных нарушений использовался опросник самооценки памяти McNair и Kahn, а для определения типа отношения к болезни - опросник ЛОБИ.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Результаты самооценки памяти в зависимости от заболевания, возраста и половой принадлежности представлены в табл.1.

**Таблица 1. - Самооценка памяти в зависимости от нозологии, пола и возраста**

Стадия гипертонической болезни:	Количество исследуемых		Средний балл
	%	Абс.	
I стадия	18%	9 чел.	10,3±1,14
II стадия	48%	24 чел.	15,7±1,56
III стадия	4%	2 чел.	19,5±3,5
Степень АГ (35 чел.):			
1 степень	42,9%	15 чел.	10,4±1,1
2 степень	57,1%	20 чел.	17,7±1,63
Риск сердечно-сосудистых осложнений:			
риск 2	25,7%	9 чел.	10,3±1,14
риск 3	60%	21 чел.	15±1,39
риск 4	14,3%	5 чел.	20,4±4,86
Гипертоническая болезнь:			



Только ГБ	60%	14 чел.	11,5±1,01
С другим хр. заболеванием	40%	21 чел.	19,2±2,08
Другая патология (15 чел.):			
Заболеваниями ЖКТ	12%	6 чел.	9,5±3,6
Остеохондроз	12%	6 чел.	10,8±2,8
Другие	6%	3 чел.	16,6±5,2
Возраст:			
До 70 лет	74%	37 чел.	12,5±1,18
Старше 70 лет	26%	13 чел.	16,8±2,07
Пол:			
Мужчины	38%	31 чел.	12,2±1,81
Женщины	62%	19 чел.	14,5±1,29

Из полученных данных видно, что хуже оценивают свою память пациенты с III стадией ГБ, а лучше всего - с I стадией. Подобная тенденция свойственна и для степени АГ: пациенты с АГ 2 степени субъективно оценивают свое состояние хуже, чем пациенты с АГ 1 степени. При анализе риска ССО также выявлено, что хуже всего свое состояние оценивают пациенты с риском 4, а лучше всего - пациенты с риском 2. При этом пациенты с ГБ II стадии и пациенты с риском 3 показали промежуточные результаты. При оценке когнитивных нарушений в зависимости от возраста выявлено, что люди старше 70 лет субъективно оценивают свою память хуже, чем лица молодого и среднего возраста. Анализ самооценки памяти в зависимости от пола выявил, что женщины оценивают свою память хуже мужчин.

Данные самооценки памяти в зависимости от типа отношения к болезни представлены в табл.2.

**Таблица 2. - Самооценка памяти в зависимости от ТОБЛ**

ТОБЛ	Количество пациентов (%/Абс)		Средний балл
Эйфорический	32%	16 чел.	9,8±1,17
Гармоничный	12%	6 чел.	12,2±2,92
Неврастенический	12%	6 чел.	16±3,08
Обсессивно-фобический	10%	5 чел.	15,8±2,33
Тревожный	8%	4 чел.	21,2±3,79
Сенситивный	8%	4 чел.	12,5±3,01
Эргопатический	8%	4 чел.	13±1,58
Ипохондрический	4%	2 чел.	32,8±6
Анозогнозический	4%	2 чел.	5±1
Апатический	2%	1 чел.	16

В ходе анализа зависимости самооценки пациентом когнитивных функций от типа отношения к болезни выявлено, что хуже всего оценивают свою память пациенты с ипохондрическим, тревожным и неврастеническим типом, а лучше всего - пациенты с анозогнозическим и эйфорическим типом, что может быть связано с неадекватной критикой своего состояния, так как первым свойственно отрицание болезни, а вторым - легкомысленное отношение к ней. Также выяснилось, что в 100% случаев для ГБ характерны эргопатический, анозогнозический, обсессивно-фобический типы отношения к болезни и в 75% - тревожный. Отмечалось, что обсессивно-фобический, ипохондрический и эргопатический тип в 100% свойственны для женщин, а анозогнозический тип в 100% случаев - для мужчин. К неврастении в равной степени склонны оба пола (по 50%).

#### **Выводы.**

1. При увеличении стадии, степени АГ и уровня риска ССО ухудшается показатель субъективной оценки памяти.
2. Тяжесть когнитивных нарушений на фоне АГ и соматической патологии с возрастом нарастает.
3. Женщины субъективно хуже оценивают свою память.
4. Хуже всего оценивают свою память пациенты с ипохондрическим, тревожным и неврастеническим типом отношения к болезни, а лучше всего пациенты с анозогнозическим и эйфорическим типом.

#### **Список литературы**

1. Захаров В. В. Когнитивные нарушения при артериальной гипертензии / В. В. Захаров, Н. В. Вахнина // Нервные болезни. – 2013. – № 3. – С. 16-21.
2. Портнова, Е. В. Оценка роли артериальной гипертензии и нарушений ритма сердца в развитии когнитивных расстройств: автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.01.05/ Е. В. Портнова – Самара, 2015. – 22 с.
3. Сотникова Е. И. Взаимосвязь параметров качества жизни, комплаентности и когнитивного статуса у больных гипертонической болезнью / Е. И. Сотникова, О. С. Посметьева, В. Т. Бондаренко // Молодежь, наука, медицина: Сборник статей I межвузовской научно-практической конференции по результатам научно-исследовательской работы, выполненной в рамках практической подготовки ординаторов. / отв.ред. И.Э. Есауленко. – М.: Перо. - 2018. – С. 168-172.

**ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ КАФЕДРЫ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ №3  
ТАДЖИКСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА  
(ПОСВЯЩЕННОЕ 80-ЛЕТИЮ ТГМУ)**

*Расулов У.Р., Джамолова Р.Д., Назарова М.К.*

Кафедра внутренних болезней №3 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

В 2019 году исполняется 80-лет со дня основания Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино.

Впервые в Таджикском государственном медицинском университете имени Абуали ибни Сино была организована и создана кафедра госпитальной терапии (ныне кафедра внутренних болезней №3). Кафедра была организована по приказу №135 Наркомздрава Таджикской ССР от 27.08.1942г. и называлась «кафедрой госпитальной терапии». Деятельность кафедры сыграла огромную роль в развитии терапевтической помощи в республике [1].

Основателем кафедры являлся д.м.н., профессор Рахман В.И. Автор 59 научных работ. Он заведовал кафедрой с 27.08.1942г. по 18.09. 1942г. Кафедра располагалась на базе железнодорожной больницы г. Сталинабада. Ассистентами кафедры были: Гольберг А.З., Львовская А.Я., Ковалева А.А. Кафедра изучала вопросы диагностики, лечения ревматизма и геморрагической лихорадки в Таджикской ССР. В дальнейшем кафедрой заведовал д.м.н., профессор Иоффе В.Ю. в период 1942-1944гг. Ассистентами работали Гольберг А.З., Львовская А.Я., Ковалева А.А. Они также занимались изучением вопросов диагностики, лечения ревматизма и геморрагической лихорадки [1].

Доцент Кульматов М.К. заведовал кафедрой с 1944-1946гг. На кафедре работали ассистенты: Пархоменко А.Д., Мануилова Д.А., Шепило О.А., Джигитов К.Д. Кульматов М.К. Он впервые применил пункционное исследование ряда органов в диагностике малярии. На этом материале в 1946 году защитил докторскую диссертацию. Степанов П.Н. д.м.н., профессор заведовал кафедрой с 1946 по 1948гг. Кафедра располагалась на базе республиканской инфекционной больницы. Ассистентами работали: Ахмедов З.З., Костенко З.А., Калон Л.Б., Лысина Т.М. Кафедра занималась изучением дизентерии в республике. Доцент Диковский А.М. заведовал кафедрой с 1948 по 1949гг. Вместе с ним работали ассистенты: Зайцева В.И., Пархоменко А.Т., Касымова З.С., Дыскина Т.М. Кафедра вновь была расположена на базе железнодорожной больницы г. Сталинабада. На кафедре разрабатывались различные вопросы инфекционной патологии: малярия, бруцеллез, дифтерия, сыпной тиф, дизентерия и т.д. Баркаган С.Я. д.м.н., профессор заведовал кафедрой в 1949-1953 гг. Доцентам на кафедре работали: Мансуров Х.Х., Диковский А.М., ассистенты: Писанова А.А., Ставицкий Я.Д., Пархоменко А.Г., Костенко З.А. [1].

Баркаган З.С. д.м.н., профессор, заведовал кафедрой с 1949 по 1956гг. Основным научным направлением кафедры стало изучение геморрагических диатезов, кровотечений, а также нарушений гемостаза и ДВС синдрома. Под его руководством подготовлено 32 доктора и 82 кандидата медицинских наук. Он автор 560 печатных работ, 50 книг, 24 авторских свидетельств [1].

Мансуров Х.Х. д.м.н., профессор, академик АН Таджикской ССР, заведовал кафедрой с 1958 по 1974 гг. Автор 715 научных работ. Им подготовлено 13 доктора и 47 кандидатов медицинских наук. Кафедра занималась изучением патологии внутренних органов по проблемам пульмонологии, гастроэнтерологии, нефрологии [1].

Бобоходжаев М.Х. д.м.н., профессор заведовал кафедрой с 1974-1991 годы. Под его руководством было защищено 24 кандидатских и 2 докторских диссертаций, он был автором 264 научных работ. Ассистентами работали: Оленская А.Н., Китова Е.М., Розенман Р.Г., Вишневская Н.А, Назарова С.М., Гройсман В.Л., Репа О.Ф., Слуцкая Л.А., Латыпова Н.Ш., Лопатин Ю.М., Аминов М.А., Хашимова М.А., Тхостова Е.Б., Шамсудинова С.Н., Рахмонова О.Д., Степанов В.В., Панасян В.М., Хон Г.Ф., Юнусова М.А. Доцентами кафедры были: Расулов У.Р., Алиджонов Г.П., Джабборов А.Д., Писанова А.А. Кафедра занималась вопросами диагностики и лечения больных с заболеваниями в области ревматологии, гематологии, нефрологии и гастроэнтерологии [1].

Расулов У.Р. д.м.н., профессор заведовал кафедрой с 1991 по 2015 гг. Кафедра располагалась на базе терапевтических отделений РКБ им. А.М. Дьякова, затем ГУ НМЦ Республики Таджикистан. Под его руководством защищено 4 докторских, 17 кандидатских 11 магистерских диссертаций, автор 400 научных работ, 20 методических рекомендаций, 5 сборников научных трудов кафедры, 3 монографии, 2 учебника, 1 курс лекций, 1 книга, 50 внедрений, 2 рационализаторских предложения. На базе кафедры работали и работают: доценты - Назарова С.М., Шокиров Ю.А., Ниязов Ф.И., Аскарлова Р.М., Джамолова Р.Д., Назарова М.К., Мустафакулова Н.И., Ганиева М.П., Ходжиева Г.Б. Старшие преподаватели: Субхонова З.И., Хотамов Ю.Х., Рахмонова О.Д., Хасанов Д.М., Гадоев С.Х., Шамсов А.Т., Шарипов М.М., Джамолов З.Ф. Ассистентами работали и работают: Икромова Д.Х., Голибов Л.Г., Холиков Р.В., Уроков К.З., Баротова Ф.Д., Бобиева Н.Х., Кароматова Т.И., Камолова Г.Н., Мухаммад Шуайб Юнус., Хошимова М.А., Курбонова М.А., Рахмонов Д.Т., Давлатова М.К. На базе кафедры проходят обучение студенты 6 курса по внутренним болезням. Кроме этого на кафедре проходят обучение по циклу военно-полевой терапии студенты 4 курса стоматологического факультета, 5 курса медико-профилактического и медицинского факультетов. Под руководством профессора Расулова У.Р. согласно плану научно-исследовательской работы кафедра занималась изучением распространенности и разработкой стандартизированных методов диагностики и лечения больных в области ревматологии, гематологии, нефрологии, пульмонологии, гастроэнтерологии и кардиологии. Им были разработаны 5 научных тем.

Кафедра своими силами в 1998г. провела научно-практическую конференцию, посвященную 30-летию специализированной терапевтической службе РКБ им. А.М. Дьякова. Сотрудниками кафедры за эти годы опубликовано более 1200 научных работ. На кафедре обучались 160 клинических ординаторов, 50 очных и более 50 соискателей и заочных аспирантов [1].

В настоящее время бывшие сотрудники кафедры успешно работают за пределами Республики, в различных странах СНГ, США, Германии, Израиле, Канаде и т.д. Кафедра постоянно сотрудничает с ведущими организациями

НИИ РФ, Казахстана, Киргизии, КНР и т.д. Сотрудники кафедры успешно выступали на различных съездах, симпозиумах и на конференциях, как в Таджикистане, так и за рубежом [1].

Одним из основных проблем кафедры является обучение студентов ТГМУ современными методами диагностики и профилактики, лечении заболеваний внутренних органов на современном уровне. Ранняя диагностика, постоянный мониторинг, проведения базовой терапии и меры профилактики соматических патологий являются основными задачами НИР кафедры. Кафедра внутренних болезней №3 на достигнутом не останавливается и будет в дальнейшем стараться приложить все свои усилия и возможности для, того, чтобы подготовить высококвалифицированные профессиональные кадры для системы здравоохранения РТ. Готовить научно-педагогические кадры, публиковать учебники, сборники, научные труды, монографии, рацпредложения на благо лечения, предупреждения заболеваний внутренних органов в республике Таджикистан [1].

Таким образом, за период существования кафедры госпитальной терапии, затем кафедры терапии для субординаторов с курсом военно-полевой терапии, а в настоящее время кафедры внутренних болезней №3 ТГМУ им. Абуали ибни Сино за 1942-2015 годы заведующими кафедрой работали 10 человек, доцентами 18 человек, старшими преподавателями 9 человек, ассистентами 102 человек. Прошли клиническую ординатуру 60 человек [1].

В очной аспирантуре обучались 16 человек. В заочной аспирантуре 4 человека. Соискателями кафедры были 50 человек, иностранные магистры 6 человек, отечественные магистры 7 человек, интернатуру проходили 2 человека. За эти годы защищены 10 докторских и 54 кандидатских диссертаций. На кафедре были разработаны 12 научных тем. Выпущено 10 монографий [5], 6 сборников [2], 2 брошюры, 35 методических рекомендаций, 2 информационных письма, 2 рационализаторских предложений, 10 учебных пособий [4], 3 учебника на русском и таджикском языках [3]. Для практического здравоохранения кафедра подготовила 4 научных кадров.

#### Литература:

1. Расулов У.Р. История кафедры внутренних болезней №3 ТГМУ им. Абуали ибни Сино (посвященная 70-летию со дня основания кафедры). Душанбе. - 2013. - 108с.
2. Расулов У.Р. Современная диагностика лечение и профилактика заболеваний внутренних органов / Сборник научных трудов кафедры внутренних болезней №3, посвященный 75-летию ТГМУ им. Абуали ибни Сино. - Душанбе, 2015. - 232с.
3. Расулов У.Р. Внутренние болезни / Учебник (посвящен 75-летию основания ТГМУ им. Абуали ибни Сино. - Душанбе, 2016. - 414с.
4. Джамолова Р.Д. Бронхиальная астма: сопутствующая патология и современные аспекты диагностики, клиники, ступенчатой терапии / Учебное пособие. - Душанбе, 2018. - 112с.
5. Назарова М.К. Бронхиальная астма и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь / Монография. - Душанбе, 2015. - 95с.

#### ВЛИЯНИЕ ФАРМАКОТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ПОЧЕЧНОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

*Расулова З.Д., Камилова У.К., Хакимова Р.А., Тагаева Д.Р., Ибабекова Ш.Р., Закирова Г.А.*

АО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации». Узбекистан

Внимание ученых давно стала привлекать связь кардиальной и почечной патологии. Наличие почечной дисфункции является прогностически неблагоприятным фактором при хронической сердечной недостаточности (ХСН) [1,2], основной причиной которой по данным ряда исследований является снижение почечного кровотока и перфузии в почках у больных с ХСН [4]. Функциональное состояние почек необходимо учитывать при выборе тактики медикаментозной терапии [3]. Интересно сравнить такие группы лекарственных средств, как ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента – лизиноприл и антагонисты рецепторов ангиотензина II (АРА) – лозартан по влиянию на показатели почечного кровотока.

**Цель исследования:** сравнить влияние лозартана и лизиноприла на показатели почечного кровотока у больных I-III функциональным классом (ФК) ХСН.

**Материал и методы исследования.** Всего было обследовано 223 больных с ИБС с I-III ФК ХСН исходно и через 6 месяцев лечения. Первую группу (I) составили 118 больных с I ФК (28), II ФК (51) и III ФК ХСН (39 больных), которые принимали в течение 6 месяцев в составе стандартной терапии – лизиноприл, средняя доза препарата составила  $7,8 \pm 2,6$  мг/сут; вторую группу (II) – 105 больных с I ФК (22), II ФК (49) и III ФК ХСН (34 больных), принимавшие в составе стандартной терапии – лозартан, средняя доза препарата составила  $76,3 \pm 25,6$  мг/сут. Средний возраст больных составил  $62,3 \pm 5,6$  лет. Контрольную группу составили 20 здоровых лиц. Всем пациентам исследован почечный кровоток по данным доплерографии почечных артерий с определением пиковой систолической скорости кровотока ( $V_s$ ), максимальная конечная диастолическая скорость кровотока ( $V_d$ ), усредненная по времени скорость кровотока ( $V_{mean}$ ), резистентный индекс (RI), пульсационный индекс (PI) на уровне правой и левой почечной артерии, а также внутриорганных (сегментарных, долевых) артериях.

Статистическая обработка полученных данных. Полученные нами при исследовании данные подверглись статистической обработке на персональном компьютере с помощью программного пакета Microsoft Office Excel - 2013, с помощью программного пакета STATISTICA-6.0. Использовали методы вариационной параметрической и непараметрической статистики с расчетом средней арифметической изучаемого показателя (M), среднего квадратического отклонения (SD), стандартной ошибки среднего (m), статистическая значимость полученных измерений при сравнении средних величин определяли по критерию Стьюдента (t) с вычислением вероятности ошибки (p) с уровнем достоверности  $p < 0,05$ .

**Результаты исследования и их обсуждение.** Анализ данных почечной гемодинамики показал, что у всех пациентов с I-III ФК ХСН первой и второй группы на уровне правой и левой почечных, а также сегментарных и долевых артерий отмечено достоверное повышение RI, снижение скоростных показателей Vs и Vd, по сравнению с контролем, полученные данные в обеих группах были сопоставимы.

У больных первой группы с I ФК ХСН на уровне правой и левой почечных артерий через 6 месяцев лечения было отмечено: снижение RI – на 7,9% ( $p < 0,005$ ) и 9,7% ( $p < 0,001$ ) по сравнению с исходными значениями и RI – стал  $0,673 \pm 0,032$  и  $0,669 \pm 0,034$  соответственно; снижение PI – на 15,1% ( $p < 0,005$ ) и 17,2% ( $p < 0,02$ ) соответственно по сравнению с исходными значениями и PI – стал  $1,68 \pm 0,252$  и  $1,34 \pm 0,165$ ; была тенденция к увеличению скоростных показателей по сравнению с исходными показателями. У больных второй группы с I ФК ХСН на уровне правой и левой почечных артерий RI уменьшился на 7,8% ( $p < 0,005$ ) и 6% ( $p > 0,05$ ) по сравнению с исходными значениями и составил  $0,648 \pm 0,034$  и  $0,648 \pm 0,043$  соответственно; PI уменьшился на 13,4% ( $p < 0,02$ ) и 11,1% ( $p < 0,05$ ) соответственно по сравнению с исходными значениями и составил  $1,09 \pm 0,083$  и  $1,12 \pm 0,079$ ; была тенденция к увеличению скоростных показателей, не достигнув достоверных значений.

У больных со II ФК ХСН первой группы на уровне правой и левой почечной артерии было отмечено достоверное снижение индекса резистентности RI – на 6,8% ( $p < 0,001$ ) и 8,2% ( $p < 0,001$ ) по сравнению с исходными показателями  $0,674 \pm 0,036$  и  $0,666 \pm 0,039$  соответственно против исходных показателей –  $0,724 \pm 0,09$  и  $0,725 \pm 0,053$  соответственно; уменьшение PI – на 13,2% ( $p < 0,001$ ) и 14,6% ( $p < 0,001$ ) и составил  $1,22 \pm 0,148$  и  $1,23 \pm 0,21$  против исходных –  $1,401 \pm 0,244$  и  $1,44 \pm 0,294$  соответственно, достоверное увеличение скорости Vd – на 16% ( $p < 0,05$ ) и 22,5% ( $p < 0,01$ ) и составила после лечения –  $16,61 \pm 5,0079$  см/сек и  $16,82 \pm 5,53$  см/сек против исходных –  $14,32 \pm 4,91$  см/сек и  $13,73 \pm 4,68$  см/сек соответственно, а также отмечена тенденция к увеличению скоростных показателей Vs и Vmean в динамике лечения. У больных второй группы на уровне правой и левой почечных артерий было отмечено достоверное снижение PI – на 12,6% ( $p < 0,005$ ) и 12,7% ( $p < 0,005$ ) соответственно и составил после лечения –  $1,3 \pm 0,175$  и  $1,3 \pm 0,186$  против исходных –  $1,49 \pm 0,264$  и  $1,49 \pm 0,29$  соответственно; RI составил после лечения –  $0,67 \pm 0,034$  и  $0,661 \pm 0,042$  против исходных –  $0,724 \pm 0,044$  и  $0,705 \pm 0,12$  с достоверным уменьшением только на уровне правой почечной артерии – на 7,4% ( $p < 0,001$ ) по сравнению с исходными показателями; было отмечено увеличение скоростных показателей с увеличением Vd – на 23,3% ( $p < 0,01$ ) и 28,6% ( $p < 0,001$ ) составила –  $18,41 \pm 4,17$  см/сек и  $19,63 \pm 4,14$  см/сек – против исходных  $14,92 \pm 4,93$  см/сек и  $14,95 \pm 4,59$  см/сек исходных соответственно, а также отмечена тенденция к увеличению скоростных показателей Vs и Vmean на фоне лечения.

В динамике лечения у больных с III ФК ХСН также отмечалось достоверное улучшение показателей почечного кровотока в обеих группах. У больных первой группы на уровне правой и левой почечной артерии было отмечено снижение показателей RI – на 6,5% ( $p < 0,001$ ) и 7,3% ( $p < 0,001$ ) по сравнению с исходными показателями  $0,729 \pm 0,041$  и  $0,721 \pm 0,055$  соответственно и составили после лечения  $0,682 \pm 0,047$  и  $0,668 \pm 0,043$ , уменьшение PI – на 11,8% ( $p < 0,02$ ) и 12,2% ( $p < 0,01$ ) по сравнению с исходными показателями  $1,5 \pm 0,253$  и  $1,44 \pm 0,252$  и составили после лечения  $1,3 \pm 0,24$  и  $1,26 \pm 0,177$  соответственно, скоростные показатели Vs, Vd и Vmean имели только тенденцию к увеличению, не достигнув достоверных значений. У больных второй группы с III ФК ХСН на уровне правой и левой почечных артерий было отмечено достоверное снижение RI на 8% ( $p < 0,001$ ) и 6,8% ( $p < 0,005$ ) по сравнению с исходными показателями  $0,707 \pm 0,026$  и  $0,702 \pm 0,052$  и составил после лечения –  $0,65 \pm 0,039$  и  $0,654 \pm 0,043$  соответственно, уменьшение PI – на 13,4% ( $p < 0,02$ ) и 15,1% ( $p < 0,02$ ) по сравнению с исходными показателями  $1,39 \pm 0,272$  и  $1,38 \pm 0,316$  и после лечения составил  $1,21 \pm 0,186$  и  $1,17 \pm 0,207$  соответственно, отмечалась тенденция к уменьшению скоростных показателей Vs, Vd и Vmean, не достигнув достоверных значений.

Аналогичные изменения наблюдались в обеих группах на фоне лечения на уровне сегментарных и долевых почечных артериях.

Таким образом, полученные данные показали, что у больных I-III ФК ХСН шестимесячное лечение с включением лизиноприла и лозартана улучшало показатели почечного кровотока, что выражалось в снижении индексов RI и PI, увеличении скоростных показателей, с достоверным увеличением скорости кровотока в конце диастолы (Vd) на уровне левой и правой почечной, сегментарной, долевой артерии в обеих группах больных без достоверных различий между группами.

**Выводы:** 1. У больных ХСН I-III ФК на уровне правой и левой почечной артерии, а также внутриорганных (сегментарных, долевых) артерий было отмечено наряду с увеличением резистивных параметров снижение скоростных показателей в период систолы и диастолы по сравнению с показателями контроля. 2. Снижение почечной гемодинамики у больных с ХСН могут использоваться как ранние предикторы дисфункции почек. 3. Шестимесячное лечение у больных ХСН I-III ФК с включением лозартана и лизиноприла достоверно улучшало показатели почечного кровотока.

#### Список литературы

1. Национальные рекомендации. Сердечно-сосудистый риск и хроническая болезнь почек: стратегии кардионефропротекции / Под ред. В.С. Моисеева, Н.А. Мухина // Российский кардиологический журнал. -2014. – Т.8, №112. – С. 7-37.
2. Рекомендации ESC по диагностике и лечению острой и хронической сердечной недостаточности 2016 // Российский кардиологический журнал. – 2017. – Т.1, №141. – С.1-81.
3. Canadian Society of Nephrology Commentary on the KDIGO Clinical Practice Guideline for CKD Evaluation and Management / A. Akbari [et al.] // Am J Kidney Dis. – 2015. – Vol.65, №2. – P.177-205.
4. Tubular damage and worsening renal function in chronic heart failure / K. Damman [et al.] // J Am Coll Cardiol Heart Fail. – 2013. - №1. – P.417-424.

## РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОГО ПОРОЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ТОКСОПЛАЗМОЗЕ

*Рахманов Э.Р., Исломов Н.Д., Чоршанбиева А.М.*

Кафедра инфекционных болезней ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Проблемы токсоплазмоза (ТП) определяются высоким уровнем инфицированности населения паразитом *Toxoplasma gondii*: от 10% - 37% в возрасте от 7 до 20 лет, до 60% - 80% в возрасте 50 - 60 лет (от 500 млн до 1,5 млрд человек в мире инфицировано токсоплазмами). Жители сельской местности инфицируются гораздо чаще, чем городское население. Статистических данных о распространённости токсоплазмоза в Республике Таджикистан и других среднеазиатских странах нет. Россия и Белоруссия занимают среднее положение среди стран Европы по этому показателю - инфицированность составляет до 30% населения. Возбудитель ТП встречается повсеместно. Для ТП характерна относительно низкая спорадическая заболеваемость [1,3].

Преобладающей формой инфекционного процесса при ТП является бессимптомное носительство. Типичные манифестные формы ТП очень редко наблюдаются в организме с хорошей иммунорезистентностью. В 95 - 99% случаев это заболевания протекает бессимптомно и остается не диагностированным ввиду отсутствия патогномоничных признаков. Клинически выраженные случаи заболевания обычно развиваются на фоне снижения иммунорезистентности. ТП, развиваясь чаще у людей с выраженным иммунодефицитом, пациентов с ВИЧ-инфекцией, злокачественными новообразованиями и при пересадке органов, формирует тяжелую патологию с вовлечением в процесс ЦНС с возможным летальным исходом.

У людей без иммунодефицита церебральный токсоплазмоз встречается исключительно редко, в литературе представлены лишь единичные случаи [1-3]. Поражение ЦНС у больного при ТП инфекцией представляет особую сложность в работе врача-инфекциониста. Отсутствие патогномоничных симптомов, необходимость дорогостоящих инструментальных и лабораторных методов обследования для расшифровки природы неврологической патологии часто приводит к поздней постановке диагноза этого заболевания, неэффективности этиотропной терапии и тяжелым последствиям органического повреждения головного мозга.

Индийские ученые описывают 15 таких больных за 10 лет, у которых церебральный токсоплазмоз развился на фоне тяжелых нарушений метаболизма из-за дефицита питания [4]. Ниже мы приводим клинический случай церебрального токсоплазмоза у молодого мужчины, ВИЧ - отрицательный и без признаков другого иммунодефицита.

Клинический случай: Больной С., 22 лет, курсант 4-го курса Академии внутренних дел, не курит, не употребляет алкоголь, занимается спортом. Плохое самочувствие отмечает на протяжении последних 4-х месяцев. Впервые появились периодическое повышение температуры и головная боль. Значительное ухудшение состояния здоровья началось за месяц до госпитализации, когда появились постоянная головная боль, повышение температуры, слабость в верхних и нижних конечностях слева; отмечен эпизод нарушения сознания. В последующем развились нарушения глотания, речи, координации движений. С начала болезни был госпитализирован в отделение нейрохирургии национального медицинского центра г. Душанбе. Магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга показала следующие изменения с обеих сторон в лобных, височных, теменных и затылочных долях супра-, пери- и паравентрикулярно однотипные, множественные очаговые поражения головного мозга диаметром от 1 до 2,5 см с неоднородной структурой; срединные структуры не смещены; желудочки мозга симметричны, не расширены. Больной также был обследован на ВИЧ методом ИФА. Результат отрицательный. По рекомендации фтизиатра больного с подозрением на туберкулёзный менингоэнцефалит госпитализировали в национальный туберкулезный центр. В результате дополнительного комплексного обследования у больного диагноз не подтвердился. Для консультации был вызван инфекционист, один из авторов данного описания, который заподозрил церебральный токсоплазмоз и назначил серологическое исследование. Исследование показало, что антитела класса Ig G положительны в титре 200 МЕ/мл при норме меньше 10 МЕ/мл, с высокой avidностью (69%). Антитела класса Ig M отрицательны.

Больной был переведен в ГКИБ города Душанбе с диагнозом токсоплазмоз головного мозга. При поступлении состояние тяжелое, яркая неврологическая симптоматика: слабость в верхних и нижних конечностях слева, асимметрия лица, нарушение координации движений, невнятная речь, нарушение глотания; находился в сознании. Больной ориентирован во времени и пространстве. Он не критичен к своему состоянию, эйфоричный. АД 120/80 мм рт. ст., пульс 80 уд/мин, частота дыхания 18 в минуту.

Клинические и биохимические анализы – без особенностей, повторный иммуноферментный анализ на ВИЧ отрицательный.

Больному было назначено: тенидазол - 500 мг по 4 табл/сут в сочетании с бисептолом - 480 по 6 табл/сут в течение 21 дня, фолиевая кислота 10 мг/сут на протяжении курса приема тенидазола с бисептолом. Отмечался выраженный положительный ответ на лечение. Состояние и самочувствие постепенно улучшались. Из стационара пациент выписан на 27-й день. К этому времени сохранялись: небольшой парез в левой руке, эйфоричность, сниженная критика. В дальнейшем мышечная сила в левой руке в значительной мере восстановилась, психическое состояние нормализовалось.

**Выводы.** Изложенный нами случай церебрального токсоплазмоза представляет интерес тем, что развился он в отсутствие ВИЧ/СПИДа или другого иммунодефицита. В связи с чем, церебральный токсоплазмоз должен приниматься во внимание при дифференциальной диагностике больных с признаками энцефалита и/или опухолевидного поражения головного мозга.

### Список литературы

1. Иванова Л.Л., Зембатова С.Х., Дзуцева Ф.К., Борисенка Ю.Б. Хронический приобретенный токсоплазмоз с поражением головного мозга. Материалы 5-го ежегодного всероссийского конгресса по инфекционным болезням. - 2013;11 (Приложение 1): 165

- Fellner F., Schmitt R., Helmberger T., Busing C.M., Obletter N. Unilocular toxoplasmosis simulating intracerebral tumor. *Bildgebung*. 1994; 61 (1): 44-6 (ISSN:1012-5655).
- Khan E.A., Correa A.G. Toxoplasmosis of the central nervous system in non-human immunodeficiency virus-infected children: case report and review of the literature.
- Israelski D.M., Remington J.S. Toxoplasmosis in the non-AIDS immunocompromised host. *Curr. Clin. Top. Infect. Dis.* 1993; 13: 322-56.
- Ермак Т.Н., Перегудова А.Б., Груздев Б.М. Оппортунистические инфекции у ВИЧ-инфицированных: чудес не бывает. // *Тер. Архив*. - 2006. - № 11. - С.80 - 81.

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

*Рахматуллоева З.Р., Умарова З.Р., Хайдарова С.Ф.*

Кафедра семейной медицины №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** В последние годы семейные врачи большое внимание уделяют вопросам своевременной диагностики, профилактики и лечения цитомегаловирусной инфекции у детей раннего возраста [1,6]. Цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ) - широко распространенная инфекция человека с различным механизмом передачи [2]. Возбудитель *Cytomegalovirus hominis* – ДНК-содержащий вирус семейства *Herpesviridae*, подсемейства *Beta Herpesviridae*. Согласно классификации, предложенной Международным комитетом по таксономии вирусов, – цитомегаловирус (ЦМВ) относится к группе *Human Herpesvirus 5*. Геном ЦМВ человека – самый крупный из всех геномов представителей семейства герпесвирусов [1,2]. Источником инфекции является больной человек той или иной формой заболевания или хронический вирусоноситель, который наиболее опасен в активной фазе первичного инфицирования или в период обострения инфекции [3].

Многообразие клинических проявлений заболевания обусловлено способностью цитомегаловируса человека инфицировать практически все клетки организма. Часто цитомегаловирус поражает лиц с иммунодефицитным состоянием. Следствием этого является продолжающийся рост цитомегаловирусной инфекции не только среди детей, но и среди взрослых [4,5]. Европейским региональным бюро ВОЗ цитомегалия включена в группу «новых и таинственных» инфекций [2,6]. Лечение и профилактика инфекционных заболеваний являются одними из приоритетных направлений лечебно-диагностической практики во всех странах мира [2,6]. В Таджикистане эта деятельность осуществляется на первоначальном этапе возникновения данной патологии в поликлинической сети, и это в немалой степени относится к службе семейных врачей [2].

Большое значение придается профилактике и лечению инфекционной патологии детского возраста и особенно инфекциям, протекающим по латентному типу, которые трудно диагностируемы, так как их проявления весьма разнообразны и, как правило, протекают бессимптомно. Типичными представителями этой группы заболеваний является ЦМВИ [2,4].

Клинический диагноз цитомегалии невозможно установить без лабораторных подтверждений и изучения различных маркеров ЦМВИ. Корректная интерпретация лабораторных показателей, определение формы и типа течения болезни способствуют выбору оптимальной терапии.

Эти предпосылки были использованы при определении эффективности применения препаратов иммуноглобулина (Ig) человека в терапии ЦМВИ у детей [1,3,4].

**Цель исследования.** Изучить современные подходы к терапии цитомегаловирусной инфекции у детей раннего возраста в практике семейного врача.

**Материалы и методы исследования.** Под нашим наблюдением находились 91 больных детей в возрасте от 1 года до 5 лет с подтвержденным диагнозом ЦМВИ с периода 2014 по 2018 года в ГУ. ГЦЗ №12 г. Душанбе.

В диагностике ЦМВИ использовали с целью обнаружения ДНК вируса метод ПЦР (полимеразная цепная реакция) на маркеры ЦМВИ IgM - ЦМВ и IgG одновременно, а также для выявления антигена ЦМВ в крови ИФА (иммуноферментный анализ), свидетельствующий о том, что имеет место острая или реактивированная форма ЦМВИ. Исследование ПЦР проводилось в научно-исследовательском институте профилактической медицины Министрства здравоохранения и социальной защите населения Республики Таджикистан.

**Результаты исследования и их обсуждение.** У 14 больных детей с активной формой ЦМВИ получили специфический Ig человека (Цитотект), содержащий не менее 50 МЕ/мл антител к ЦМВ, для внутривенного введения. Суточная доза препарата - 2 мл/кг/сут, курс 3–5 введений с интервалом в 48 ч. 4 детей получали специфический Ig для внутривенного введения Неоцитотект, содержащий не менее 100 ЕД/мл антител к вирусу цитомегалии, в дозе 2 мл/кг/сут 3 раза в день каждые 48 часов. Комплексная терапия предполагала введение гипериммунного Ig Цитотекта, Неоцитотекта и интерферонов Виферон, детям с 4 лет назначали индукторов интерферона Циклоферон, а также иммуномодуляторы тактивин, рибомунил. Терапевтический эффект определяли по нормализации температуры тела на 7-е - 8-е сутки, уменьшению величины лимфатических узлов, нормализации показателей гемограммы, а также по исчезновению маркеров ЦМВИ, свидетельствовавших об активной форме цитомегалии, у 18 детей через 4 недели после проведенного курса лечения. У 2 детей сохранялся антиген ЦМВ в крови, эти дети получили минимальную дозу Цитотекта – 2 мл/кг/сут, всего 2 вливания. У 1 ребенка с врожденным пороком сердца, готовящегося к операции, антиген ЦМВ сохранялся в крови в течение 4 мес. Таким образом, у 3 детей не отмечалось выраженного терапевтического эффекта и улучшения лабораторных показателей, по-видимому, из-за низкой дозы Ig 2 мл/кг/сут, всего 2 дозы. В дальнейшем, после дополнительного введения Цитотекта 3 дозы, у этих пациентов отмечалась стойкая положительная динамика. Интраглобин – стандартный поливалентный IgG – препарат в виде готового 5% раствора для внутривенного введения в дозе 4–8 мл/кг/сут от 3 до 5 вливаний, получили 12 больных детей. Характерным

для этой группы больных было выявление маркеров герпесвирусов, вируса Эпштейна–Барр (ВЭБ) и острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ) в сочетании с ЦМВИ. С учетом особенностей патологических проявлений в комбинированную терапию были введены противовирусные препараты ацикловир, вальтрекс, арбидол, а также циклоферон. У 9 детей после проведенного курса лечения отмечалась положительная динамика. С целью сравнительного изучения эффективности разных терапевтических подходов у 28 детей с реактивированной формой ЦМВИ получали нормальный Ig человека с повышенным титром анти-ЦМВ-IgG в иммуноферментном анализе в дозе 3,0 мл (2 дозы) 1 раз внутримышечно в течение 5 сут (на курс лечения 15 мл Ig). Новорожденным детям и детям с низкой массой тела вводили 1,5 мл (1 доза) 1 раз в течение 10 сут общая дозировка на курс лечения – 15 мл, в 30% случаев терапия была малоэффективной, что частично объясняется низким титром анти-ЦМВ-IgG и методом введения препарата. В этих случаях назначался повторный курс комплексной терапии. Из 91 обследуемых с ЦМВИ и микстинфекцией 9 больных детей дополнительно получали препарат Виусид. В состав, которого входит комплекс натуральных веществ, аминокислот, витаминов и минералов, биологическая активность которых резко повышена за счет дополнительной молекулярной активации, ярко выраженный иммунокорректирующий, противовирусный, противовоспалительный и антиоксидантный эффекты, так как известно, что у этой группы больных выявлен вторичный иммунодефицит. Все пациенты отмечали хорошую переносимость, за исключением 2-х больных детей, у которых отмечалась аллергическая реакция в виде дерматита.

**Выводы.** Исследование показало, что терапия ЦМВИ у детей эффективна при применении Ig в комплексе с иммуномодуляторами, индукторами интерферона или препаратами интерферона. Внутривенное введение гипериммунного Ig Цитотекта и Неоцитотекта обеспечивало высокую терапевтическую эффективность. При этом отмечалась хорошая переносимость данного метода лечения. В комплексной терапии целесообразное применение биологически активной добавки Виусид, что способствует субъективному улучшению состояния больных. Стандартный поливалентный Ig интраглобин показан при смешанной вирусно-вирусной инфекции (ЦМВИ+герпес-вирусная инфекция I–II, ЦМВИ+ ОРВИ) в сочетании с индукторами интерферона, противовирусными препаратами, иммуномодуляторами. Необходимо отметить, что в рамках данного исследования комплексная терапия использовалась как в стационарных, так и в поликлинических условиях, и это обусловлено ситуацией, когда больший объем лечебных мероприятий осуществляется на поликлиническом уровне, что целесообразно как с экономической точки зрения, так и с учетом психологических факторов пребывания ребенка в стационаре. Разработанные стандарты комплексной терапии могут быть рекомендованы к широкому применению в практике семейных врачей и педиатров.

#### Список литературы

1. Алямовская Г. А., Кешищян Е. С., Адуева С. М. и др. Выявление прямых маркеров цитомегаловируса и противовирусных антител у детей раннего возраста // Вопросы вирусологии. — 2005. — Т. 50, № 1. — С. 14–19.
2. Бакуни О.П. Эпидемиологические и иммунологические аспекты цитомегаловирусной инфекции в Таджикистане. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. 14.00.30. 2007с.
3. Тусупкалиев Б. Т. Синдром системной воспалительной реакции при герпетических инфекциях у новорожденных с малой массой тела при рождении // Вестник КазНМУ. — 2015. — №4. — С. 72—75.
4. Потеекаев Н.Н., Халдин А.А., Жукова О.В., Дмитриев Г.А. Простой герпес . Цитомегаловирусная инфекция. Методические рекомендации №9 ДЗ Москвы. М. 2016;15.
5. Клинические рекомендации [проект] по диагностике, лечению и профилактике врожденной цитомегаловирусной инфекции. Доступно по: <http://www.raspm.ru/files/CMVI.pdf>. Ссылка активна на 02.02.2018.
6. Berardi A., Spaggiari E., Cattelan C., Roversi M.F., et al. Persistent intestinal bleeding due to severe CMV-related thrombocytopenia in a preterm newborn. J Matern Fetal Neonatal Med. 2018; 31 (9): 1246–9. doi: 101080/14767058.2017.1312331.

#### ФИТОТЕРАПИЯ КАШЛЯ У ДЕТЕЙ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

*Рахматуллоева З.Р., Ёдгорова М.Дж., Ходжаева З.Г.*

Кафедра семейной медицины №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Институт ботаники, физиологии и генетики растений АН РТ

**Актуальность.** Наиболее частой причиной обращения пациентов с заболеваниями дыхательной системы к семейным врачам амбулаторного звена является кашель. Он часто является симптомом многих серьезных респираторных заболеваний, но может быть и единственным признаком разнообразной внелегочной патологии. Кашель занимает пятое место среди нарушений здоровья, с которыми пациенты чаще всего обращаются за помощью к семейным врачам. Кашель как симптом может наблюдаться при различных легочных и внелегочных заболеваниях, но наиболее часто – при патологии респираторной системы (острой или хронической) [2,4]. Одним из важных звеньев патогенеза воспалительных заболеваний легких является повышение вязкости бронхиального секрета вследствие гипервентиляции и появление большого количества биологических веществ, сопровождающих воспалительный процесс, приводящих к снижению эффективности мукоцилиарного транспорта – одного из основных механизмов санации бронхиального дерева. Это обуславливает необходимость функционирования еще одного физиологического процесса санации дыхательных путей – кашля, представляющего собой универсальный защитный механизм. При этом эффективность кашля зависит от бронхиального секрета, как вязкость, эластичности и текучести [3,6].

Фитотерапия (от греч. траволечение) как метод лечения уходит корнями в далекое прошлое. В использовании лекарственных растений или их композиций в терапии того или иного заболевания лежит многовековой опыт наших предков и научные фармакологические исследования настоящего времени [1]. Сегодня термином фитотерапии определяется метод лечения заболеваний с помощью лекарственных средств растительного происхождения, содержащих

комплексы биологически активных веществ, извлеченных из целого растения или отдельных его частей. Большинство лекарственных растений обладает общим оздоравливающим эффектом за счет стимуляции защитных сил организма [1,2]. Хорошо известно, что респираторная патология является одной из самых распространенных в детском возрасте. У детей до 3 лет острые респираторные инфекции (ОРИ) регистрируются в 65% всех случаев заболеваний, а часто болеющие дети (ЧБД), составляющие 1/4 детского населения, переносят от 6 до 12 эпизодов респираторных инфекций в год. В 30% случаев острые респираторные вирусные инфекции осложняются бактериальной суперинфекцией, что приводит к развитию воспалительных заболеваний придаточных пазух носа и респираторного тракта [1–4].

Сегодня благодаря современным технологиям применяются средства растительного происхождения, которые по своему отхаркивающему и муколитическому эффекту не уступают синтетическим, а в некоторых случаях оказывают еще и дополнительное противовоспалительное действие. Лечение кашля у детей следует начинать с устранения его причины, следовательно, эффективность терапии, прежде всего, зависит от правильного и своевременного установленного диагноза заболевания [2,6]. Назначения противокашлевой терапии, возникают только тогда, когда кашель нарушает самочувствие и состояние больного ребенка, при непродуктивном, сухом, навязчивом кашле, приводящем к нарушению сна ребенка, физическому и психологическому дискомфорту, истощению организма. Растительные средства широко используются в лечении кашля. При этом растительные сиропы и леденцы обычно имеют приятный вкус, который нравится взрослым и детям. С клинических позиций важно, что фитопрепараты позволяют успешно использовать его как на этапе стационарного лечения, так и в амбулаторной практике [3,5,6].

**Цель исследования.** Изучить применение лекарственных средств растительного происхождения у детей в практике семейного врача.

**Материалы и методы исследования.** Нами проведен ретроспективный анализ историй развития (ф.№24) 103 детей от 3 лет до 15 лет, страдающих острыми респираторными инфекциями (ОРВИ) в период с 2017 по 2018 год в ГУ. ГЦЗ №12. Дети были разделены на две группы:

1 – группу составили 50 больных детей, которые получали муколитические препараты растительного происхождения (амброксол).

2 – группа 53 больного ребенка получали отхаркивающие лекарственные средства растительного происхождения (Доктор Мом). Детям проводилось клиническое наблюдение.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Муколитические препараты получали 27(26,6%) больные дети с ОРИ ацетилицистеином (АЦЦ) и карбоцистеином, эти лекарственные средства направлены на разжижение мокроты в результате прямого воздействия компонентов препарата на трахеобронхиальный секрет и слизистые респираторного тракта. Муколитики-мукокинетики получили 23(22,1%) ребенка, группа этих препаратов увеличивает частоту колебательных движений ресничек мерцательного эпителия с повышением скорости мукоцилиарного клиренса (МЦК) и активизирующие синтез сурфактанта принадлежат преимущественно к производным амброксола и широко применяются в практике семейного врача и врачей педиатров. Отхаркивающие лекарственные препараты получили 53(52,6%) ребенка от 3-х до 15-летнего возраста. В практике семейных врачей и педиатров используются в основном отхаркивающие средства растительного происхождения, имеющие в своем составе алкалоиды или сапонины, которые стимулируют секрецию бронхиальных желез и продвижение мокроты из нижних отделов респираторного тракта, а также оказывают бактерицидное действие. Эфирные масла как компонент фитопрепарата обеспечивают спазмолитическое действие на гладкую мускулатуру бронхов, а также муколитическое и противо-микробное действие. Антиоксидантная активность в растительных лекарственных средствах обеспечивается флавоноидами.

Использование отхаркивающих средств рефлекторного действия наиболее эффективно при острых воспалительных процессах в дыхательных путях при наличии сухого малопродуктивного кашля. Однако эти препараты не рекомендуется сочетать с антигистаминными и седативными средствами, а также применять у детей с бронхообструктивным синдромом. С осторожностью назначают отхаркивающие средства растительного происхождения детям с аллергическими болезнями.

Отхаркивающие препараты растительного происхождения могут быть монокомпонентными, а также поликомпонентными. Фитосборы обладают лучшим воздействием на воспалительный процесс, например, в состав отхаркивающего средства растительного происхождения «Доктор Мом» входят сухие экстракты, выделенные из цветков, листьев, семян, коры, плодов или корней следующих растений: солодки голой, девясила кистецветного, имбиря лекарственного, алоэ барбадосского, базилика священного, адатоды васики, куркумы длинной, паслена индийского, перца кубебы, терминалии белеррики. К уникальной фитокомпозиции, сочетающей в себе отхаркивающий, бронхолитический, муколитический, противовоспалительный эффекты, добавлен левоментол. Вкус сиропа, как правило, не вызывает негативных реакций у детей раннего возраста. Больным детям был рекомендован «Доктор Мом» в возрасте от 3 до 5 лет по 2,5мл 3 раза в день, от 6 до 14 лет по 2,5-5мл 3 раза в день, детям 14 лет — по 5–10 мл 3 раза в день в течение 2–3 недель. Препарат применялся в качестве симптоматической терапии при острых и хронических заболеваниях дыхательных путей (фарингит, ларингит, трахеит и бронхит), сопровождающихся сухим кашлем или кашлем с трудно отделяемой мокротой респираторного тракта. У всех детей в возрасте от 3 до 15 лет с диагнозом ОРИ, который сопровождался непродуктивным кашлем, было установлено, что растительный сироп от кашля «Доктор Мом» и сироп корня солодки являются эффективными отхаркивающими препаратами. Применение этих сиропов у детей с ОРИ позволило полностью купировать кашель у 84 и 80% пациентов, соответственно, к 5 – 7-му дню наблюдения. Причем в возрастной группе 3–6 лет влияние мультикомпонентного сиропа на снижение интенсивности и частоты кашля было достоверно выше по сравнению с монокомпонентным сиропом корня солодки. Аналогичная тенденция была отмечена при оценке времени наступления откашливания. Побочных и нежелательных эффектов при применении мультикомпонентного растительного сиропа от кашля не отмечалось, только у 9,5% детей, получавших сироп на основе корня солодки, отмечались небольшие диспепсические и кожные проявления.



**Выводы.** 1. Муколитические и отхаркивающие лекарственные средства растительного происхождения занимают особое место в терапии острых инфекционно-воспалительных заболеваний респираторного тракта.

2. Фитопрепараты безусловно, эффективны при лечении кашля у детей с ОРИ неосложненного течения, острых трахеитов и бронхитов. Уникальная фитокомпозиция в сиропе «Доктор Мом» делает этот растительный препарат востребованным для лечения маленьких пациентов с острыми воспалительными заболеваниями респираторного тракта. Уменьшение длительности и интенсивности кашля, а также облегчение откашливания мокроты приводят к улучшению качества жизни больного ребенка и способствуют скорейшему выздоровлению.

#### Список литературы

1. Симонова О.И. Клинические эффекты амброксола гидрохлорида (лазолвана): от чего зависит эффективность препарата? / О.И. Симонова // Педиатрия. 2011. Т. 90, № 5. С. 128–133.
2. Давыдова И.В. Фитотерапия кашля в раннем детском возрасте. / И.В. Давыдова // Педиатрическая фармакология. 2012. 9 (2): 107–109.
3. Черников В. В. Применение препаратов растительного происхождения для лечения кашля у детей. / В. В. Черников // Педиатрическая фармакология. 2012. 9 (6): 100–104.
4. Вишнёва Е.А. Врачебная тактика при кашле у ребенка. / Е.А. Вишнёва., Р.М. Торшхоева., А.А. Алексеева, К.С. Волков // Педиатрическая фармакология. 2011. 8 (3): 95–97.
5. Симонова О. И. Особенности применения муколитиков прямого типа действия в практике педиатра / О.И. Симонова // Вопросы современной педиатрии. 2011. 10 (1): 153–159.
6. Effects of a Mucolytic Agent on the Bioavailability of Antibiotics in Patients with Chronic Respiratory Diseases / F. Frascini [et al.] // Curr Ther Res. – 1988. - N43. – P.734–742.

### СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ И ОЦЕНКЕ КОМОРБИДНОГО ФОНА У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

*Ризоева О.Р., Саидов Ё.У., Зубайдов Р.Н., Алимова Н.А., Мизонов А.*

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Имплементация современной фармакотерапевтической стратегии остеоартрита (ОА) в реальной клинической практике требует установления диагноза заболевания в раннем периоде развития болезни, когда еще отсутствуют типичные рентгенологические симптомы [1,2]. Однако в реальной клинической практике отсутствие по-настоящему патогномичных симптомов серьезно затрудняет раннюю диагностику ОА. В настоящее время из-за отсутствия общепринятых классификационных критериев раннего ОА, наиболее перспективным является критерии, проект которого был представлен группой международных экспертов в 2012 г [2].

Пик дебюта первичного ОА обычно наблюдается в возрасте старше 50 лет. В этом возрастном периоде подавляющее большинство пациентов с ОА имеет другие коморбидные и/или мультиморбидные заболевания, поскольку в реальной клинической практике практически отсутствуют больные, у которых ОА является единственным заболеванием [2,3]. В практической ревматологии большой интерес исследователей к проблеме коморбидным и мультиморбидным состояниям при ОА обусловлен, с одной стороны, их влиянием на качество жизни пациентов, течением и прогнозом самого заболевания, а с другой, - необходимостью пересмотра и оптимизации терапевтической стратегии заболевания в целом [3-5].

**Цель исследования** - изучение и оценка современных подходов к ранней диагностике первичного ОА коленных суставов, идентификация спектра и частота встречаемости коморбидных заболеваний.

**Материал и методы исследования.** Исследуемую группу составили 98 больных (82 женщины - 83,6% и 16 мужчин - 16,4%) с ранним (n=24) и развернутым (n=74) первичным ОА коленных суставов по критериям Американской коллегии ревматологов (ACR, 1986 г.) в возрасте от 38 до 69 лет (средний возраст 58,6±4,3 года), медиана длительности заболевания 8 (2-10 лет). I, II и III рентгенологические стадии первичного ОА коленных суставов по классификации Келлгрена-Лоуренсу были выявлены у 24, 39 и 36 обследованных пациентов соответственно. С целью идентификации и определения спектра и частоты встречаемости коморбидных и мультиморбидных патологических состояний применялись современные лабораторно-инструментальные методы диагностики.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Полученные нами результаты и данные литературы [1,2] свидетельствуют о том, что наиболее информативными симптомами в ранней диагностике первичного ОА коленных суставов являлись типичный болевой синдром, вялотекущий синовит и характерные изменения со стороны мягких периферических и интраартикулярных тканей и костных структур коленного сустава, выявляемые с помощью магнитно-резонансной компьютерной томографии (МРТ) и артрозонографии (АСГ).

В проблеме первичного ОА одной из сложных и дискуссионных вопросов является высокая распространенность коморбидных патологических состояний, наличие которых оказывает существенное влияние на течение и прогноз самого заболевания и требует оптимизации терапевтических мероприятий [2-4].

У обследованных нами пациентов с первичным ОА коленных суставов наличие одного и более коморбидных заболеваний было диагностировано у 80,6% больных, спектр и частота встречаемости которых в целом, и в зависимости от эволюционных этапов развития заболевания представлены в табл. 1. Представленные результаты в табл. 1 согласуются с данными литературы [3,4] и свидетельствуют о том, что у пациентов с первичным ОА коленных суставов наиболее распространенными коморбидными спутниками являются: кардиоваскулярная патология (КВП) (73,4%), различные компоненты метаболического синдрома (МС) (66,3%), патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) (19,4%), сахарный диабет (СД) 2-го типа (16,3%) и патологии органов дыхания (12,2%).

Частота встречаемости коморбидных заболеваний у пациентов с первичным ОА коленных суставов (n=98)

Коморбидные заболевания	Стадии ОА				Всего	%
	I (n=24)	II (n=39)	III (n=35)			
<b>Кардиоваскулярная патология, n (%):</b>						
а. ГБ,	10 (41,6%)	27 (69,1%)	29 (76,9%)	66	67,3	
б. ИБС	4 (16,6%)	8 (20,5%)	16 (45,6)	28	28,6	
в. ХСН	2 (8,3%)	4 (10,2%)	8 (22,8%)	14	14,3	
г. ИМ (в анамнезе)	1 (4,16%)	2 (5,1%)	5 (14,3%)	8	8,2	
г. Инсульт (в анамнезе)	0	1 (2,6%)	3 (8,6%)	4	4,1	
<b>Ведущие компоненты метаболического синдрома, n (%):</b>						
а. Ожирение	9 (37,4%)	15 (38,4%)	19 (54,2%)	43	43,8	
б. Дислипидемия	10 (41,6%)	18 (46,1%)	26 (74,2%)	54	55,1	
в. Гипергликемия	6 (24,9%)	11 (28,2%)	15 (42,7%)	32	32,6	
Патологии ЖКТ	3 (12,5%)	7 (17,9%)	9 (25,6%)	19	19,4	
СД 2-го типа	3 (12,5%)	5 (12,8%)	9 (25,6%)	16	16,3	
Патологии органов дыхания	2 (8,3%)	4 (10,2%)	6 (17,1%)	12	12,2	
Число КЗ > 3	7 (29,3%)	22 (56,3%)	24 (68,4%)	53	54,1	

Примечание: КЗ - коморбидные заболевания

При раздельном изучении частоты встречаемости и спектра встречаемости коморбидных заболеваний у пациентов с первичным ОА коленных суставов I, II и III стадий выявлены колебания изучаемых показателей как в количественном, так и в спектральном плане, в широком диапазоне (табл. 1). Из данных, представленных в табл. 1, обращает на себя внимание закономерное увеличение как частоты встречаемости, так и спектра коморбидных заболеваний у пациентов с первичным ОА коленных суставов, по мере прогрессирования заболевания, о чем ранее сообщали и другие исследователи [1-4]. Так, если подавляющее большинство пациентов с I стадией заболевания - 17 (70,7%) имели лишь менее 3 коморбидных заболеваний, то распространенность коморбидных заболеваний у пациентов со II (56,3%) и, особенно с III стадией (68,4%) ОА носил многочисленный и мультиморбидный характер, что вполне согласуется с данными, представленными в литературе последних лет [3,5].

При этом было установлено, что подавляющее большинство больных с II и III стадией заболевания (66,5%) имели два и более коморбидных заболевания, что подтверждает актуальность концепции мультиморбидности в практической ревматологии [3-5].

**Выводы.** Ранняя диагностика первичного ОА коленных суставов требует комплексного подхода со всесторонним анализом и оценкой как субъективных и объективных симптомов поражения коленного сустава, так и данных МРТ и АСГ. Наиболее распространенными и прогностически неблагоприятными коморбидными заболеваниями у пациентов с первичным ОА коленных суставов являются КВП и МС, которые имеют тесные ассоциативные взаимосвязи с патогенетическими аспектами ОА.

#### Список литературы

1. Алексеева Л.И. Развитие проблемы остеоартрита в России / Л.И. Алексеева // Opinion Leader (Лидер мнений). – 2018. - №6 (14). – С.30-36.
2. Каратеев А.Е. Остеоартрит: современная клиническая концепция и некоторые перспективные терапевтические подходы / А.Е. Каратеев, А.М. Лиля // Научно-практическая ревматология. – 2018. - 56(1). – С. 70-81.
3. Алексеев Л.И. Ведение остеоартрита с коморбидностью в общей врачебной практике (клинические рекомендации) / Л.И. Алексеева, А.В. Наумов // Доктор ру. - 2017. - №134 (5). - С. 51-69.
4. Трифонова Е.П. Клинико-иммунологические особенности больных остеоартритом в сочетании с ожирением, метаболическим синдромом и сахарным диабетом 2-го типа / Е.П. Трифонова, Е.В. Зонина, О.В. Сазонова // Сибирский медицинский журнал. - 2017. - №1. - С. 5-12.
5. Насонов Е.Л. Ревматические заболевания и мультиморбидность / Е.Л. Насонов, А.В. Гордеев, Е.А. Голушко // Терапевтический архив. – 2015. – №5. – С.4-9.

#### СОСТОЯНИЕ ТОНУСА ДЫХАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ

*Садыкова Г.А., Арипов Б.С., Каримова Г.В., Якубов М.М*

ГУ. Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации. Узбекистан

Хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ), в связи с высокой инвалидизацией и смертностью, большими затратами на лечение, приводит к значительному экономическому ущербу, что ставит это заболевание в ряд чрезвычайно важных медико-социальных проблем [3,4,5].

При хронических болезнях дыхательных органов, даже в фазе клинической ремиссии, продолжает сохраняться вяло или латентно текущий воспалительный процесс с аллергизацией и склонностью к рецидивам, дисфункции дыхательных мышц, особенно диафрагмы, что приводит к снижению переносимости физической нагрузки.

Оценка функционального состояния респираторных мышц, выявления причин затяжного течения воспалительных заболеваний органов дыхания, дыхательной и сердечной недостаточности у больных ХОБЛ представляет актуальность исследований.

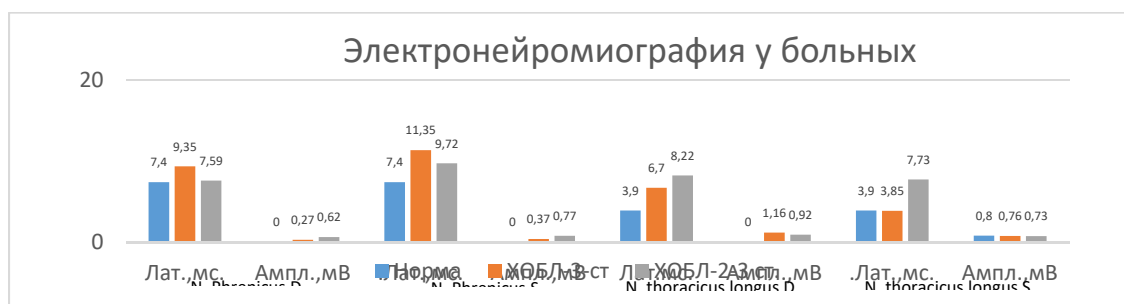
**Цель исследования.** Выявить электронейромиографические (ЭНМГ) изменения респираторных мышц, состояние функции внешнего дыхания, больных ХОБЛ.

**Материал и методы исследования.** Было исследовано 25 пациентов ХОБЛ II-III степени тяжести в возрасте от 61 до 75 лет. Среди обследованных больных преобладали мужчины (67%) по сравнению с женщинами (33 %). Для оценки функционального состояния респираторных мышц и диафрагмы проводили ЭНМГ на аппарате Muograph Synapsis Neurotech Россия. Использовались следующие режимы работы аппарата: мышечный ответ (М-ответ), латентность (мс). Определяли: амплитуду (мВ), М - ответ диафрагмальных и длинных грудных нервов: латентность (мс) нервов Phrenicus справа и слева (обл. грудино-ключично - сосцевидной мышцы); и N.Thorocicus longus справа и слева (точка Эрба). Анализировали графическое изображение скорости проведения импульса (СПИ-дистальные). Исследование функции внешнего дыхания осуществлялось с помощью настольного компьютерного спирографа Shiller, и пикфлоуметра с оценкой полученных результатов по системе должных величин. Измерение пиковой скорости выдоха (ПСВ) проводилось по общепринятой методике. Рассчитывались следующие показатели функции внешнего дыхания: FVC (л); FEV1,0 л; FEV1,0 / FVC-%; FEF25-75%; PEF л\с; MEF 75%; MEF 50%; MEF 25%.

Проведено исследование внутрисердечной и легочной гемодинамики, систолической и диастолической функции правого желудочка и левого желудочка по данным эхокардиографического и доплерэхокардиографического исследования в соответствии с рекомендациями Американского общества эхокардиографистов по методу Хатле и Ангелсону.. Измерялись следующие параметры сердца: поперечный размер левого предсердия в диастолу, конечно-диастолический размер ЛЖ (КДР ЛЖ), толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖПд) и толщина задней стенки ЛЖ (ТЗСЛЖд) в диастолу. Изучались поперечный размер правого желудочка (ПЖ), толщина стенок (ПЖ), доплерографические параметры (ПЖ).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Больные имели умеренно выраженные изменения клинко-лабораторных данных и результатов инструментального обследования.

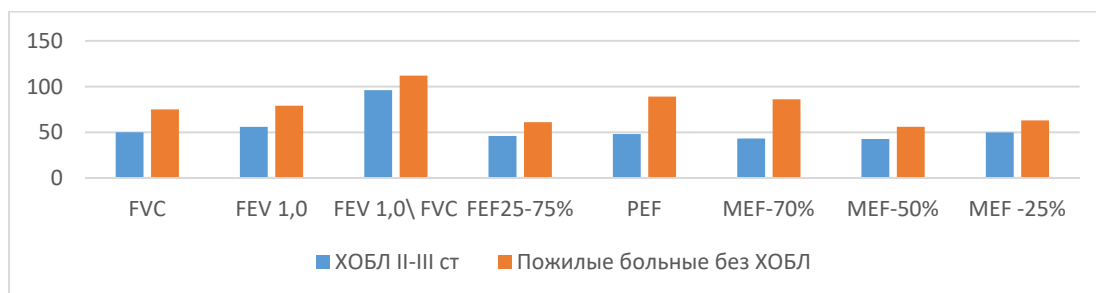
Результаты ЭНМГ исследований представлены на рисунке 1.



**Рисунок 1. - ЭНМГ изменения у больных ХОБЛ с учётом степени тяжести**

Полученные результаты ЭНМГ подтверждают, что изменения латентности - скорости расслабления мышечной части при ХОБЛ 3 ст по p.phrenicus D et S соответственно составили  $9,35 \pm 0,2$  и  $11,39 \pm 0,7$  мс при норме  $7,4 \pm 0,6$  мс. Эти изменения сочетались со снижением амплитуды мышечных ответов и скорости сокращения дыхательных мышц ( $0,43 \pm 0,1$  при норме  $0,8 \pm 0,4$  мВ). Проявления даже умеренных утомлений диафрагмы с последующей слабостью дыхательной мускулатуры за счет истощения резервов ведёт к дальнейшему прогрессированию патологического процесса и усугублению дыхательной недостаточности (ДН).

Результаты обследования функции внешнего дыхания (ФВД) представлены на рисунке 2.



**Рисунок 2. - Показатели ФВД у больных ХОБЛ**

Как видно на рисунке 2 выявлена более выраженная тенденция к снижению жизненной ёмкости лёгких FEV 1,0 (ОФВ 1) и показателей бронхиальной проходимости на уровне мелких, средних и крупных бронхов ( $P < 0,05$ ).

Изучение ФВД выявило, что тяжесть состояния больного во многом определяется, выраженностью обструктивного синдрома и у них, имелись обструктивный и смешанный варианты нарушения проходимости бронхов. Выявлялись значительные нарушения по рестриктивному типу, с выраженной обструкцией бронхов на уровне в основном средних ( $42,7 \pm 1,9\%$ ) и мелких бронхов ( $43,1 \pm 3,0\%$ ) со снижением FEV 1,0 ( $56,02 \pm 3,0\%$ ); PEF ( $48,0 \pm 7,2\%$ ) на фоне снижения FVC ( $50,04 \pm 2,8\%$ ). Выявленные изменения указывали об увеличении степени бронхиальной обструкции у больных коррелировало с функциональной гипотонией диафрагмы, что создавало предпосылки для развития и прогрессирования (дыхательной недостаточности (ДН)). Нарушение ФВД в связи с заболеваниями лёгких происходит из-за того, что эластичность тканей лёгких ухудшается, а также нарушается нормальный газообмен между

кровью и альвеолярным воздухом. В результате спазма бронхов, утолщения их стенок, механической закупорки, которая происходит при повышенном выделении мокроты, происходит уменьшение бронхиальной проходимости.

При проведении исследований сердечно-сосудистой системы больных ХОБЛ выявлены изменения электрокардиограммы в виде нарушения метаболических процессов в миокарде у 52,2% пациентов, нарушения ритма сердца - у 58,7%, нарушения проводимости - у 42,6%, отклонения электрической оси сердца вправо - у 40%.

На основании полученных параметров доплеровского спектра для ЛЖ и ПЖ сердца рассчитывались: соотношение периода изометрического напряжения к периоду изгнания (ПИН/ПИ), фаза извольномического расслабления (ФИР), максимальная скорость изгнания через клапан легочной артерии –ЛА ( $V_{max}$ ), степень ускорения изгнания (СУИ), отношение пиковой скорости предсердного наполнения (peakatrialfilling-PA) к пиковой скорости раннего диастолического наполнения (peakearlyfilling-PE)PE/PA, давление в легочной артерии по соотношению времени ускорения изгнания (AT-acceleration time) и времени выброса в ЛА (etejection time) –ФЕ/ЕТ.

При оценке величины индекса PE/PA установлено, что среди обследованных больных ХОБЛ преобладали с гипертрофическим спектром наполнения ПЖ: (9 больных ХОБЛ) обследуемых имели PE/PA <1, остальные (4 больных ХОБЛ) имели PE/PA >1.

Вероятными причинами выявленных нарушений динамики диастолического наполнения ПЖ являются нарушения релаксации, увеличение жесткости стенок ПЖ из-за повышения интрамурального давления в слоях миокарда, диастолического напряжения при длительно существующей гипоксии и развитии миокардиодистрофии.

При проведении доплерэхокардиографических исследований выявлено увеличение толщины стенок ПЖ до 0,88 см., особенно у больных ХОБЛ III степени ( $P=0,02$ ), против 0,5 см в группе здоровых лиц, что свидетельствует о повышенной нагрузке давлением. Диастолическая дисфункция ПЖ выражалась уменьшением соотношения скорости раннего наполнения к скорости предсердного наполнения - PE/PA, увеличением продолжительности изометрического расслабления ПЖ, что указывает на нарушение, как диастолического наполнения, так и функции активного расслабления ПЖ сердца.

**Выводы.** Выявлены изменения показателей ЭНМГ и Эхо КГ у больных ХОБЛ наряду с выраженными нарушениями функции внешнего дыхания в виде снижения основных объемных и скоростных показателей. Это указывает на высокую степень обусловленности и прогрессирования дыхательных расстройств от состояния дыхательных мышц у больных ХОБЛ.

#### Список литературы:

1. Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А. Пожилой больной и коморбидность //ж. Терапевтический вестник Узбекистана. - №2-3, - 2016. - С.190-197.
2. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни лёгких (пересмотр 2011) / Пер. с англ, под ред. А.С.Белевского. - М.: Российское респираторное общество, 2012. - 80 с., ил.
3. Малыхин Ф. Т. Качество жизни, обусловленное состоянием здоровья лиц пожилого и старческого возраста (обзор литературы). //Качественная клиническая практика. - №1. - 2011. - С.11-18.
4. Медицинская реабилитация больных хронической обструктивной болезнью лёгких в пожилом возрасте. (Садыкова Г.А. и др.) //ж. Терапевтический вестник Узбекистана. - 2014. -№1. – С.10-15.
5. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2017. From the global strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD. <http://goldcopd.org> Accessed May. – 29. - 2017.

### К ВОПРОСУ ОБ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ИК-СПЕКТРОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗООНОЗНОЙ ФОРМЫ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА

*Саидинова Т.О., Исаева М.С., Абдухамидова З.А.*

Кафедра дерматовенерологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Любые патологические изменения в живом организме начинаются с отдельных молекул, а затем, накапливаясь, переходят на уровень макромолекул, клетки и отдельных функциональных органов. Если физиологические изменения, происходящие в организме, ответственны за состояние заболевания и приводят к изменению физико-химического состава отдельных компонентов биожидкостей и биотканей, следовательно, они отражаются на спектрах и информация о данном процессе может быть получена при ИК-спектроскопии.

Метод молекулярной ИК-спектроскопии биожидкостей имеет чрезвычайно широкий и многообразный диапазон использования. ИК-спектр каждого вещества имеет отчетливо выраженную индивидуальность. ИК-спектры обладают очень высокой специфичностью и являются уникальной физической характеристикой любого вещества. В основе метода ИК-спектроскопии заложена возможность регистрации ИК-полос поглощения отдельных функциональных групп, которые при физиологических условиях составляют неотделимые компоненты биосубстрата.

Область невидимых ИК лучей значительно превосходит спектральный диапазон видимого ( $\lambda=0,47$  до  $0,75$  мкм) и охватывает спектральный диапазон ( $\lambda=0,75$  до  $25$  мкм). Обычно в ИК спектроскопии для характеристики спектральной величины принято волновое число  $\nu$  – обратная величина длины волны. В этом диапазоне частот лежат практически колебания всех связей биоорганических соединений.

**Цель исследования.** Дать оценку инструментальной ИК-спектроскопической диагностики зоонозной формы кожного лейшманиоза.

**Материал и методы исследования.** В Физико-техническом институте имени С.У. Умарова АН РТ, в лаборатории молекулярной спектроскопии нами были изучены ИК-спектры биожидкостей (сыворотка крови и цельная кровь) у 40 больных сельской формой кожного лейшманиоза, находящихся на амбулаторном и стационарном лечении в ГКБ №1 г. Душанбе. Мужчин было 11 (27,5%), женщин – 29 (72,5%). Давность заболевания от 1 нед до 2 мес.

Больных до 20 лет - 18 (45%), от 21 до 30 – 9 (22,5%), от 31 до 40 - 7 (17,5%), от 41 до 50 - 4 (10%), от 51 до 60 - 2 (5%).

Для записи ИК-спектров нами был использован метод получения тонкой пленки на поверхности оптических подложек. В качестве оптической подложки были использованы пластинки из монокристалла KRS-5. Эти монокристаллы очень хорошо пропускают ИК-излучение во всем спектральном диапазоне частот 400 – 4000 см<sup>-1</sup> и не боится влаги.

В настоящей работе спектры регистрировались на стандартном двухлучевом инфракрасном спектрофотометре «SPECORD – 75 IR». Выбор оптимальных условий и время записи ИК-спектров на спектрометре позволил определить ширину полос и частоту максимума с точностью до 2,0 см<sup>-1</sup>. Достаточно высокая воспроизводимость результатов, точное определение частоты максимума и интенсивности на крыльях полосы, а также правильный выбор базисной линии и пределов интегрирования позволили свести к минимуму ошибки в определении параметров спектра.

Для удобства сопоставления полученных ИК-спектров все спектры нормировали по площади. Здесь немаловажную роль играет проведение базисной линии. С этой целью вычисляли интегральные интенсивности каждого спектра. За единицу выбирали суммарное численное значение одного из спектров, остальные – по определенной методике сравнивали с ним. Вычисленные таким способом спектры более полно отражали те изменения, которые отражаются при различных формах заболеваний в спектрах биосубстратов.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Результаты исследования показали, что у больных с зоонозной формой кожного лейшманиоза для всего спектрального диапазона с частотой 400-4000 см<sup>-1</sup> характерны несколько полос поглощения со слабой и сильной интенсивностью, положения частоты максимума ( $V_{\text{макс}}$ ). В области частот 2600-4000 см<sup>-1</sup> проявляется одна широкая и интенсивная полоса с  $V_{\text{макс}}$  при 3280 см<sup>-1</sup>, относящаяся к колебаниям ОН-групп. На низкочастотном крыле наблюдается слабый структурный пик с частотой максимума при 2850 и 2900 ± 10 см<sup>-1</sup>. В этой области частот обычно проявляются симметричные и ассиметричные колебания метильных SH<sub>2</sub>-групп. Необходимо отметить, что подобные ИК-полосы поглощения характерны практически для всех биожидкостей. В области 400-2400 см<sup>-1</sup>, несколько полос различной формы и интенсивности. Полосы с сильной интенсивностью с  $V_{\text{макс}}$  1640 и 1550 см<sup>-1</sup>, относящиеся к колебаниям групп (АМИД-1 и 2) и ряд полос со средней и слабой интенсивностью положения  $V_{\text{макс}}$ . Весь спектральный диапазон в зависимости от заболевания отличается по форме положения  $V_{\text{макс}}$  и интенсивности.

#### **Выводы:**

1. Впервые использованный метод ИК-спектроскопии биожидкостей у больных с зоонозной формой кожного лейшманиоза показал наличие специфических изменений, которые являются критериями постановки диагноза данного дерматоза.
2. Высокая воспроизводимость спектров, точное определение положения частоты максимума, правильный выбор базисной линии и предела интегрирования, позволяют достоверно установить те изменения, которые происходят в организме и отражают в ИК-спектре.
3. Метод технически прост, экономичен, точен и информативен.

#### **Список литературы**

1. Шабанова, И.Е. Лейшманиоз / И.Е. Шабанова // Медицинский журнал (МЖ). – 2015 [Электронный ресурс]. URL: <http://www.medical.ru/diseases/infectious/966-leishmanioz> (Дата обращения 07.03.2015).
2. Assimina, Z. Leishmaniasis: an overlooked public health concern / Z. Assimina, K. Charilaos, B. Fotoula // Health Science Journal. – 2008. - N2(4). – P.196-205.
3. Leishmaniasis- a surprise from the East / I.V. Bogadelnikov [et al.] // Zdorov'e rebenka. – 2012. - N3. – P.107-109.
4. Chemych, N.D. Leishmanios: sovremennye aspekty [Leishmaniasis: the modern aspects] / N.D. Chemych, N.I. Pl'yina // Klinicheskaya infektologiya i parazitologiya. - 2013. - №2. - P.105-113.
5. Cutaneous leishmaniasis: recent developments in diagnosis and management / H.J. de Vries [et al.] // Am. J. Clin. Dermatol. - 2015. - Vol.16, N2. - P. 99-109.

## **СТРУКТУРНО - ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ СЕРДЦА У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ПОДАГРОЙ**

*Саидмуродова Ф.Л., Тоиров Х.К., Хурсанов Н.М.*

Кафедра внутренних болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** В настоящее время большое значение придаётся ремоделированию миокарда левого желудочка у больных с подагрой. Так как сочетание кардиоваскулярных нарушений при подагре существенно влияет на течение и осложнения сердечно-сосудистых заболеваний [1,2]. В докладе Европейского общества по артериальной гипертензии обсуждается роль мочевой кислоты в развитии сердечно-сосудистых осложнений [3]. Сочетание кардиоваскулярных нарушений при подагре у лиц пожилого возраста несет в себе потенциальную опасность преждевременной инвалидизации и смерти от многочисленных осложнений [4,5].

Структурно-функциональное состояние миокарда левого желудочка играет центральную роль в поддержании нормальной сократительной функции миокарда, а его изменения, обозначаемые как ремоделирование, приводят к появлению и развитию сердечной недостаточности. Нарушения структуры и конфигурации левого желудочка, утрата его нормальной формы являются ранними признаками повреждения сердца, которые предшествуют и могут стать пусковым механизмом в возникновении его систолической и диастолической дисфункции.

В настоящее время исследований посвященных проблемам поражений сердца при подагре мало, результаты полученных данных неоднородные. Что касается изучения данной проблемы у лиц пожилого возраста в доступной нами литературе мы не встретили.

**Цель исследования.** Изучить ремоделирование миокарда левого желудочка у пожилых больных с подагрой.

**Материал и методы исследования.** Обследованы 38 больных (все мужчины) с подагрой, средний возраст которых составил  $67 \pm 5,3$  лет. Критерием включения пациентов в исследование был достоверный диагноз подагры на основании классификационных критериев S.L. Wallace с соавт. (2001 г.), рекомендованных ARA к широкому использованию. В исследование не включали больных подагрой, принимающих урикозурические и мочегонные препараты, больных с хронической почечной недостаточностью III стадии, хронической легочно-сердечной недостаточностью (недостаточностью кровообращения III-IV функциональных классов).

Всем больным проводилось ЭхоКГ в двухмерном и М-модальном режимах на универсальном эхокардиографе Vivid-3 Expert. Определяли показатели систолической и диастолической функции левого желудочка (ЛЖ). Расчёт массы миокарда ЛЖ (ММЛЖ) проводили по формуле «площадь-длина» Simpson. Индекс ММЛЖ (ИММЛЖ) рассчитывали как отношение ММЛЖ к площади поверхности тела, определяемой по формуле D. Dobbins. На основании значений ИММЛЖ и относительной толщины стенок ЛЖ (ОТСЛЖ) выделяли следующие типы геометрии ЛЖ: нормальная геометрия (НГ) –  $\text{ИММЛЖ} \leq 125 \text{ г/м}^2$  и  $\text{ОТСЛЖ} < 0,45$ ; концентрическое ремоделирование (КР) –  $\text{ИММЛЖ} \leq 125 \text{ г/м}^2$  и  $\text{ОТСЛЖ} \geq 0,45$ ; концентрическая гипертрофия (КГ) –  $\text{ИММЛЖ} > 125 \text{ г/м}^2$  и  $\text{ОТСЛЖ} \geq 0,45$ ; эксцентрическая гипертрофия (ЭГ) –  $\text{ИММЛЖ} > 125 \text{ г/м}^2$  и  $\text{ОТСЛЖ} < 0,45$ . В качестве критерия гипертрофии ЛЖ, согласно Фрамингемским критериям, принимали величину ИММЛЖ более  $125 \text{ г/м}^2$ .

**Результаты исследования и их обсуждение.** Включенные в исследование больные были разделены на две группы. Первую составили 13 пациентов с рецидивирующим течением подагры, вторую – 25 больных с хроническим течением заболевания. При анализе параметров кардиогемодинамики у больных подагрой выявлены существенные изменения в зависимости от клинического течения заболевания. Конечно-диастолический размер и конечно-диастолический объём ЛЖ у больных с хроническим течением подагры были увеличены на 4,6 и 10,3% соответственно по сравнению с таковыми показателями у пациентов с рецидивирующим течением болезни, а конечно-систолический размер и конечно-систолический объём ЛЖ – на 2,4 и 5,45% соответственно.

В изучаемых группах толщина межжелудочковой перегородки была практически равна. Толщина задней стенки левого желудочка у пациентов с хроническим течением подагры превышала таковой показатель у больных I-й группы на 1,7%. ОТСЛЖ изменялась однонаправленно с вышеописанными показателями и составила 106,8% при сравнении 1 и 2 групп. При индивидуальном анализе величины ММЛЖ выявлено, что этот показатель менялся в одном направлении, увеличиваясь по мере усугубления тяжести заболевания, причём, различия внутри исследуемых групп были статистически значимы ( $p < 0,05$ ). Максимальное увеличение данного параметра отмечалось у больных с хроническим течением заболевания. При анализе частоты развития диастолической дисфункции ЛЖ в зависимости от варианта течения установлено, что данное нарушение формируется у 23,1% пациентов с рецидивирующим и у 36,0% больных с хроническим течением подагры.

Согласно данным ЭхоКГ практически у трети больных была сформирована КГЛЖ, у 26,7% пациентов отмечалось наличие ЭГЛЖ, а пятая часть пациентов, при нормальном уровне ИММЛЖ, имела изменение его полости, т.е. КРЛЖ. Оказалось, что частота формирования различных геометрических моделей ЛЖ изменялась в зависимости от тяжести заболевания. В группе больных с хроническим течением подагры у 32% пациентов регистрировалась КГЛЖ, у 24% - сформировалась ЭГЛЖ и у 16% - КРЛЖ. Нормальные геометрические показатели ЛЖ выявлены у 28% лиц. В группе пациентов с рецидивирующим течением заболевания также чаще формировалась КГЛЖ (46,1%), а на втором месте по частоте, в отличие от 2 группы, отмечалась КРЛЖ (23,1%). ЭГЛЖ и нормальная геометрия ЛЖ в группе больных с рецидивирующим течением встречались с одинаковой частотой (по 15,4%). В итоге суммарная частота развития гипертрофии ЛЖ составила 61,5% в группе больных с рецидивирующим течением подагры и 56% у пациентов с хроническим течением заболевания. При этом преобладающим вариантом ремоделирования является КГЛЖ.

Нами был предпринят анализ распространённости нарушений диастолического наполнения в зависимости от типа геометрии ЛЖ у больных подагрой. Выявлено, что нарушения диастолической функции ЛЖ достаточно часто встречались у большинства больных с КРЛЖ, достоверно отличаясь от пациентов с КГЛЖ, ЭГЛЖ и НГЛЖ. Установлено, что у 37% больных с КГЛЖ и у 30% пациентов с ЭГЛЖ формировалась АГ, а у больных с НГЛЖ чаще встречался нормальный уровень АД. Следует отметить, что, несмотря на отсутствие АГ, у 54,5% больных выявлено нарушение архитектоники ЛЖ. Конечно-диастолический размер и конечно-диастолический объём ЛЖ у больных подагрой с АГ были увеличены на 4,6 и 11,3%, соответственно, по сравнению с этими же показателями в группе пациентов без АГ. Установлено, что показатели конечно-систолического размера и конечно-систолического объёма ЛЖ существенно увеличивались у пациентов с АГ и превышали таковые показатели в группе больных без АГ на 2,4 и 6,6%, соответственно. Толщина задней стенки ЛЖ у больных подагрой с АГ превышала одноименный показатель у больных подагрой без АГ на 8,7%. Масса миокарда ЛЖ у больных с АГ была больше такового показателя у пациентов без АГ в 1,2 раза. Индекс массы миокарда ЛЖ также соответственно изменялся и максимальное увеличение данного параметра зарегистрировано у больных подагрой с наличием АГ.

Анализируя зависимость частоты АГ от варианта течения подагры, констатировано, что данный показатель несколько чаще встречался у больных с хроническим течением заболевания. Установлено, что у 27,3% больных подагрой с нормальным уровнем АД формируется нарушение диастолического наполнения ЛЖ. При наличии АГ более чем у 33% пациентов развивается диастолическая дисфункция ЛЖ.

**Выводы.** Полученные результаты исследований указывают, что ремоделирование миокарда левого желудочка у пожилых больных с подагрой разнообразны и зависят от варианта клинического течения заболевания, типов геометрии ЛЖ и наличия АГ. Наиболее частым вариантом ремоделирования у данной категории больных является КГЛЖ, которая выражается наиболее неблагоприятным в прогностическом отношении. Данное обстоятельство необходимо учитывать при наблюдении и лечении данной категории больных.

### Список литературы

1. Насонов, Е.Л. Ревматология: клинические рекомендации. - М., 2017. - 738 с.
2. Culleton B.F. Serum Uric Acid and Risk for Cardiovascular Disease and Death: The Framingham Heart Study / B.F. Culleton, M.G. Larson, W.B Kannel, D. Levy // Ann. Intern. Med. - 2011. - № 131.- P. 7-13.
3. Berbari A. The role of uric acid in hypertension, cardiovascular events and chronic kidney disease// ESH Scientific Newsletter - 2010 - Vol 11 – С. 49.
4. Кардиоваскулярный риск у больных подагрой / В.Г. Барскова [и др.] // Ожирение и метаболизм. - 2006. - Т. 8 (3). - С. 40-44.
5. Fang J. Serum uric acid and cardiovascular mortality: The NHANES I epidemiologic followup study, 1971-1992. National Health and Nutrition Examination Survey/ J. Fang, M.H. Alderman // JAMA. - 2000. - Vol. 238. - P. 2404-2410.

### ВЛИЯНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОГО И ГРУППОВОГО ОБУЧЕНИЯ НА ВЕГЕТАТИВНУЮ НЕРВНУЮ СИСТЕМУ И ПАРАМЕТРЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

*Салаева М.С., Худайберганаева Н.Х., Кулкароев А.К., Гулямова Ш.С.*

Ташкентская медицинская академия, г.Ташкент, Узбекистан

В последнее время в литературе появился ряд работ, подтверждающих патогенетическое значение и роль функционального состояния, в частности напряжения вегетативной нервной системы при различных заболеваниях. В этом связи, целью нашей работы явилось оценить влияние индивидуальное и групповое обучение на вегетативной нервной системы и качества жизни больных ХОБЛ.

Для исследования выделены две группы пациентов ХОБЛ, с которыми проводились обучающие занятия. В 1 группе с 20 больными проводились индивидуальное обучение, во 2 группе с 18 пациентами велось групповое обучение. Была проведена образовательная программа в пульмонологическом отделении НИИ фтизиатрии и пульмонологии. Тематами занятий являлись: ознакомление с ХОБЛ, факторы развития заболеваниями и обострениями, борьба в курение, методов контроля за состоянием больных ХОБЛ и методов самоконтроля, основные принципы лечения. Результаты оценивались через 2 месяца вегетативной нервной системы и КЖ. Качество жизни определяли по Ситтлскому опроснику, включающему 29 вопросов, оценивающих физическое состояние, эмоциональное состояние, состояние профессиональной пригодности и удовлетворенность лечением.

Состояние вегетативной нервной системы оценивали методом кардиоинтервалографии (КИГ) по Баевскому (1976). Полученные данные обработаны статистически с использованием критерия Стьюдента.

Результаты исследования показали, что через 2 месяца в 1 группе 80% больных продолжали назначенную терапию и повторное исследования, во 2 группе 44,4% пациентов. Установлено, что обучение у больных ХОБЛ в определенной мере влияет на исходный вегетативный тонус (ИВТ) (табл.1).

#### Изменение исходного вегетативного тонуса у больных ХОБЛ под влиянием индивидуальное и групповое обучение

Таблица 1

Показатели ИВТ	Индивидуальное обучение (n=16)		P	Групповое обучение (n=8)		P
	Исходно %	Через 2 м-ц		Исходно %	Через 2 м-ц	
ЭТ	12,5 ± 8,2	43,7 ± 12,4	<0,05	25 ± 15,3	25 ± 15,3	-
СТ	12,5 ± 8,2	37,5 ± 9,1	<0,05	50 ± 17,6	12,5 ± 11,6	<0,1
ГСТ	68,7 ± 11,5	6,25 ± 6,0	<0,001	25 ± 15,3	62,5 ± 17,1	<0,1
ВТ	6,25 ± 6,0	12,5 ± 8,2	-	-	-	-

Примечание: ЭТ-эйтония, СТ-симпатикотония, ГСТ-гиперсимпатикотония, ВТ-ваготония.

Как видно из таблицы, число больных с исходным вегетативным статусом, характеризующимся эйтонией и симпатикотонией в группе больных, на фоне индивидуальное обучение через 2 месяц увеличилось 3,5 и 3 раза. Тогда как под влиянием групповой обучение число эйтонией не изменялось, а симпатикотонией уменьшилось 4 раза. Количество больных с гиперсимпатикотонией в группе больных, проводящих индивидуальное обучение достоверно уменьшилось в 10,9 раза, составляя до обучение 68,7±11,5% (11 больных), а через 2 месяц 6,25±6,0% (1 больных). Под влиянием групповой обучение количество больных этой группы увеличилось в 2,5 раза.

Проведенное исследование показало, что под влиянием индивидуальное обучение изменялось не только с исходный вегетативный тонус, но и вегетативная реактивность (ВР) (табл.2).

#### Изменение вегетативной реактивности у больных ХОБЛ под влиянием индивидуальное и групповое обучение

Таблица 2

Показатели ВР	Индивидуальное обучение (n=16)		P	Групповое обучение (n=8)		P
	Исходно %	Через 2 м-ц		Исходно %	Через 2 м-ц	
НВР	18,7± 9,7	37,5 ± 12	>0,5	62,5 ± 17	37,5 ± 17,1	>0,5
АСТВР	18,7± 9,7	-	-	-	-	-
ГСТВР	62,5 ± 12	62,5 ± 12,1	-	37,5 ± 17,1	62,5 ± 17	>0,5

Примечание: НВР - нормальная вегетативная реактивность, АСТВР - асимпатикотоническая вегетативная реактивность, ГСТВР - гиперсимпатикотоническая вегетативная реактивность.

Так в группе больных, проводящих индивидуальное обучение количество больных НВР, значительно увеличилось в 2,5 раза. Тогда как в групповое обучение больных с НВР уменьшилось 1,5 раза. Проводящих индивидуальное обучение количество больных с АСТВР, характеризующую «срыв адаптационных возможностей» до обучения встречалось 18,7±9,7%, через 2 месяца не встречалось. В групповом обучении ни до начала обучения, ни после него не было. Не изменялось под влиянием индивидуальное обучение число больных с ГСТВР, характеризующей «напряжение адаптационных возможностей». А в групповое обучение число больных увеличилось 1,6 раза.

На фоне индивидуальное обучение у больных ХОБЛ наблюдалось достоверное улучшение по всем параметрам КЖ (табл.3).

### Изменение параметров качества жизни под влиянием индивидуальное и групповое обучение (в баллах)

Таблица 3

Параметры КЖ	Индивидуальное обучение (n=16)		P	Групповое обучение (n=8)		P
	Исходно %	Через 2 м-ц		Исходно %	Через 2 м-ц	
ФС	2,04± 0,14	2,96± 0,09	<0,01	1,98± 0,19	2,28± 0,25	>0,5
ЭС	2,46± 0,18	4,5±0,28	<0,001	2,35±0,47	3,60±0,27	<0,01
ПП	2,43± 0,17	4,54± 0,21	<0,001	2,68±0,31	3,31± 0,37	>0,5
УЛ	1,84±0,14	3,75±0,17	<0,001	1,68±0,18	2,62±0,18	<0,01

Примечание: ФС -физическое состояние, ЭС -эмоциональное состояние, ПП –профессиональной пригодности, УЛ –удовлетворенность лечением.

Так, в групповое обучение параметров качества жизни достоверно улучшилось только эмоционального состояния и удовлетворенности лечением. Физического состояние увеличился на 0,3 балла, а в группе индивидуальное обучение составил- 0.9. Профессиональной пригодности в индивидуальное обучение увеличился 2,1 балла, соответственно, при групповое обучение - на 0,6 балла.

Таким образом, обучение больных ХОБЛ, в особенности индивидуальное, значительно влияет на исходного вегетативного тонуса так, и вегетативной реактивности, повышает адаптационно-приспособительных возможностей организма. Количество больных с гиперсимпатикотонией в группе больных, проводящих индивидуальное обучение уменьшилось в 10,9 раза. А эйтонии увеличилось 3,5раза. На фоне индивидуальное обучение у больных ХОБЛ наблюдалось достоверное улучшение по всем параметрам КЖ.

### Список литературы:

1. Баевский Р.М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии. - М.: Медицина, 2015. 296 с.
2. Баевский Р.М. с соавт. [Электронный ресурс] URI.http://ir.nmu.org.ua/handle/123456789/50901/ (дата обращения: 1.02.2015).
3. Визель А.А. с соавт. / Оценка клиничко-функционального состояния и качества жизни больных хронической обструктивной болезнью легких до и после комплексной медикаментозной терапии в амбулаторных условиях// Пульмонология. № ,1. – 2009. –С. 45-50.
4. Черняк Б.А. с соавт. / Качество жизни больных ХОБЛ в России // Пульмонология. № 1. – 2010. –С. 93-102.
5. Шмелов Е.И. Хронические обструктивные заболевание легких и сопутствующие заболевания//Пульмонология. № 2. – 2013. –С. 1-10.

### ХАРАКТЕРИСТИКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ ОТ ТЯЖЕСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

*Салаева М.С., Худайберганаева Н.Х., Кулкароев А.К., Гулямова Ш.С.*

Ташкентская медицинская академия, г.Ташкент, Узбекистан

**Актуальность.** Хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) являясь одной из ведущих причин заболеваемости и смертности во всем мире, которая ложится существенным и постоянно увеличивающимся экономическим и социальным бременем, как на отдельных лиц, так и на все человеческое сообщество, представляет собой важную медицинскую и социальную проблему [1,3,4]. Медицинское значение хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), чрезвычайно высоко, в первую очередь, из-за своей распространенности, в структуре заболеваемости, они входят в число лидирующих причин по числу дней нетрудоспособности, инвалидности и смертности [5]. По прогнозам ВОЗ, к 2025 г. ХОБЛ займет третье место в мире среди причин, обуславливающих высокую смертность (ЕРО, 2001). Причем, за последнее десятилетие XX века летальность при ХОБЛ выросла на 28% [2,3].

Вместе с тем, недостаточно изучена связь между субъективными ощущениями больного и объективными данными, характеризующими тяжесть течения хронической обструктивной болезнью легких.

**Цель исследования.** Настоящей работы явилось изучение характеристики функциональных нарушений у больных хронической обструктивной болезнью легких от тяжести клинического течения заболевания.

**Материалы и методы исследования.** В стационаре обследованы 115 больных хронической обструктивной болезнью легких в возрасте от 17 до 72 лет (средний возраст – 48,6 лет). Стаж болезни по хронической обструктивной болезнью легких составлял, в среднем, 15,6 лет.

Оценку функции внешнего дыхания (ФВД) проводили методом компьютерной пневмотахометрии на аппарате «Pneumoscore» (ErichJaeger, Германия). Показателем функции внешнего дыхания (ФВД) - объем форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1), форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ), мгновенных максимальных объемных скоростей при выдохе 25, 50 и 75% ФЖЕЛ (МОС25, МОС50, МОС75), выраженных в процентах от должных величин, пиковая скорость выдоха, соотношение ОФВ1 к ФЖЕЛ (тест Тиффно) была изучена у 115 больных



ХОБЛ. Для диагностики утомления диафрагмы и респираторных мышц использовали дискриминантное уравнение:  $\Phi = 17,3 \times \text{МОС } 50 \text{ (л/с)}$  где  $\Phi$  дискриминантная функция, МОС 50 максимальная объемная скорость форсированного выдоха на уровне 50% ЖЕЛ. При  $\Phi < 65,1$  диагностировалось утомление диафрагмы (Перельман Ю. М. с соавт., 1998). У 96 больных ХОБЛ включенных в исследование микро методом Аструпа артериализованной крови исследовали напряжение кислорода ( $pO_2$  мм рт.ст), напряжения углекислого газа ( $pCO_2$  мм рт.ст), насыщение крови кислородом ( $O_2$ , %).

**Результаты исследования.** Результатами клинического исследования отмечено, что у больных ХОБЛ с утяжелением степени течения заболевания нарастает интенсивность клинической симптоматики, что выражается в достоверно увеличении их балльной оценки (табл. 1).

Таблица 1.

**Клиническая характеристика симптомов тяжести ХОБЛ (в баллах)**

степени тяжести	n	кашель	мокрота	одышка	слабость	потливость
II-ст.	41	2,15±0,05	2,04±0,05	2,20±0,05	2,23±0,07	1,72±0,07
III-ст.	27	2,52±0,05	2,47±0,05	2,63±0,05	2,57±0,10	2,03±0,10
IV-ст.	50	2,67±0,03	2,64±0,03	2,90±0,03	2,85±0,03	2,20±0,06
P	1-2	<0,001	<0,001	<0,001	<0,01	<0,02
P	1-3	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
P	2-3	<0,01	<0,01	<0,001	<0,01	<0,05

Утяжеление степени заболевания у больных ХОБЛ характеризуется и выраженными кардио-респираторными нарушениями. Характеристика респираторных нарушений у больных ХОБЛ, представленная в таблице 2, отражает, что с утяжелением степени тяжести у больных нарастает выраженность обструктивно - рестриктивных нарушений. С утяжелением степени обструкции у больных ХОБЛ резко возрастает частота синдрома утомления респираторных мышц и степени его выраженности.

Таблица 2.

**Характеристика степени выраженности вентиляционных нарушений у больных ХОБЛ**

Степени тяжести	ОФВ1	ЖЕЛ	ИТ
II-степени n=41	62,1±7,6	72,9±6,9	69,2±7,2
III-степени n=26	40,9±9,6	52,3±9,8	65,4±9,3
IV-степени n=50	30,6±6,5	47,2±7,1	55,9±7,0
P1-2	<0,05	<0,05	>0,5
P1-3	<0,01	<0,01	<0,2
P2-3	>0,2	>0,5	>0,2

Результатами исследования отмечено, что у больных ХОБЛ с резкими нарушениями бронхиальной проходимости с показателями ОФВ1 менее 30% должного в 96,3% случаев диагностируется резкая степени СУРМ с индексом менее 21,6 от диагностически значимого уровня. У больных ХОБЛ с умеренными обструктивными нарушениями резкую степень СУРМ имеют лишь 23,2% больных (табл.3).

Таблица 3

**Сопоставляя степени вентиляционных нарушений со степенью выраженности синдром утомления респираторных мышц у больных ХОБЛ**

Степени ОФВ1 в %	n	Степень выраженности СУРМ		
		Умеренная (65,1 – 43,4)	Значительная 43,4 – 21,6	Резкая < 21,6
≥ 50 < 80	43	<u>3</u> 7,0±3,9	<u>30</u> 69,8±7,0	<u>10</u> 23,2±6,4
> 30 < 50	45	–	<u>5</u> 11,1±4,7	<u>40</u> 88,9±4,7
< 30	27	–	<u>1</u> 3,7±3,6	<u>26</u> 96,3±3,6
P	1-2	–	<0,001	<0,001
P	1-3	–	<0,001	<0,001
P	2-3	–	>0,2	>0,2

В числителе – абсолютные значения, в знаменателе – проценты

Отмечено, что с утяжелением степени тяжести со IIкIV у больных ХОБЛ в 1,6 раза чаще (с 47,2± 8,3 до 76,6± 6,2%,  $p < 0,01$ ) возникают нарушения ритма сердца, в 2,8 раза чаще диагностируется отклонение оси сердца вправо (с 8,3±4,6 до 23,4±6,2%,  $p < 0,05$ ), в 10 раз (с 5,5±3,8 до 55,3±7,2%,  $p < 0,001$ ) чаще выявляется P-pulmonale и в 4,4 раза (с 8,3±4,6 до 36,2±7,0%,  $p < 0,001$ ) — гипертрофия правого желудочка (S-тип).

Таблица 4

**Характеристика электрокардиографическое изменение от степени тяжести у больных ХОБЛ (в %)**

Степени тяжести	Наруш. ритм сердца	Отклон. оси вправо	Отклон. оси влево	P-pulmonale	ГПЖ S-тип	ГПЖ R-тип	БПНПГ (непольной)	ГЛЖ	Дистр. измен. в миокар.
II-ст. n=36	<u>17</u> 47,2±8,3	<u>3</u> 8,3±4,6	<u>9</u> 25,0±7,2	<u>2</u> 5,5±3,8	<u>3</u> 8,3±4,6	–	<u>5</u> 13,9±5,8	<u>5</u> 13,9±5,8	<u>34</u> 94,4±3,8
III-ст. n=19	<u>13</u> 68,4±10,8	<u>3</u> 15,8±8,4	<u>3</u> 15,8±8,4	<u>2</u> 10,5±7,0	<u>3</u> 15,8±8,4	–	<u>1</u> 5,3±5,1	<u>3</u> 15,8±8,4	<u>15</u> 78,9±9,4
IV-ст. n=47	<u>36</u> 76,6±6,2	<u>11</u> 23,4±6,2	<u>2</u> 4,2±2,9	<u>26</u> 55,3±7,2	<u>17</u> 36,2±7,0	–	<u>5</u> 10,6±4,5	<u>5</u> 10,6±4,5	<u>39</u> 83,0±5,5
P1-2	<0,2	>0,2	>0,2	>0,5	>0,2	–	>0,2	>0,5	<0,2
P1-3	<0,01	<0,05	<0,05	<0,001	<0,001	–	>0,5	>0,5	<0,05
P2-3	>0,5	>0,2	<0,2	<0,001	<0,05	–	>0,2	>0,5	>0,5

Оценка уровня PaO<sub>2</sub> у больных ХОБЛ дает возможность диагностировать проявления хронической дыхательной недостаточности (ХДН) (табл.5) в зависимости от степени тяжести. Результатами исследования отмечено, что у больных ХОБЛ II степени в 1,6 раза реже диагностируется ХДН I степени с уровнем гипоксемии от 60 до 79 мм.рт.ст. У больных ХОБЛ IV степени лишь у 25,0% не диагностируется проявления ХДН и уровень PaO<sub>2</sub> превышает 80 мм.рт.ст. у 50,0% больных диагностируется I степени ХДН, у 15,0% – II степени ХДН (PaO<sub>2</sub> от 40 до 59 мм.рт.ст.) и у 10,0% – III степени ХДН (PaO<sub>2</sub> менее 40 мм.рт.ст.).

Таблица 5

**Характеристика уровня гипоксемия у больных ХОБЛ в зависимости от степени тяжести**

Степени тяжести	PaO <sub>2</sub> мм рт.ст.			
	≥ 80	≥ 60 < 79	≥ 40 < 59	< 40
II-ст. n=35	<u>20</u> 57,1±8,4	<u>11</u> 31,4±7,8	<u>4</u> 11,4±5,4	–
III-ст. n=20	<u>6</u> 30,0±10,5	<u>10</u> 50,0±11,4	<u>3</u> 15,0±8,2	<u>1</u> 5,0±5,0
IV-ст. n=40	<u>10</u> 25,0±6,8	<u>20</u> 50,0±7,9	<u>6</u> 15,0±5,6	<u>4</u> 10,0±4,7
P1-2	<0,05	<0,2	>0,5	<0,001
P1-3	<0,01	<0,1	>0,5	<0,001
P2-3	>0,5	>0,5	–	<0,5

В числителе – абсолютные значения, в знаменателе – проценты

**Выводы:** Анализ клинического течения ХОБЛ показал, что с утяжелением степени заболевания отмечается не только нарастание интенсивности клинических проявлений заболевания, но и усугублением степени кардио-респираторных нарушений, что характеризуется высокой частотой развития синдрома утомления респираторных мышц, резкой степени выраженности (96,3%), нарушениями ритма сердце (76,6%) и гипертрофий правого отдела (36,2%) и наличием P-pulmonale (55,3%), различной степени гипоксемии (75,0%).

**Список литературы**

1. Вострикова Е.А., Багрова Л.О., Осипов А.Г. и др. Чувствительность и специфичность спирометрических показателей при скрининговом исследовании респираторной функции. //Пульмонология.- 2011.-№6.-С. 45-50.
2. Гурылева М.Э., Визель А.А., Хозиева Л.В. Оценка качества жизни больных с заболеваниями органов дыхания.// Проблемы туберкулеза. 2009-№5-С 55-61.
3. Гурылева М.Э., Визель А.А., Хузиева Л.В., Самерханова А.Э. Качество жизни больных хроническими обструктивными болезнями легких. //Медицинская помощь. 2009.- №4.-С. 13-15.
4. Черняк Б.А., Трофименко И.Н., Белевский А.С. Качество жизни у больных ХОБЛ. Чучалина А.Г. (ред.). Качество жизни у больных бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких. //Издательство «АТ-МОСФЕРА» Москва. 2010.-С. 219-253.
5. Шмелев Е.И. Хроническая обструктивная болезнь легких. //Москва.-2013.-С. 5-108.

**СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И ЛЕТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ГЛУБОКО НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ПРИ РОЖДЕНИИ**

*Самиева Н.Ш., Умаров Х.У.*

Кафедра детских болезней №1 ТГМУ им Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Выхаживание недоношенных детей с экстремально низким весом при рождения важная задача, поскольку недоношенными рождаются дети в основном у родителей с отягощенным акушерским и гинекологическим анамнезом, часто после применения вспомогательных репродуктивных технологий, при многоплодных беременностях [1,3].

**Цель исследования:** определение ранних и отдаленных перинатальных исходов у недоношенных новорожденных с ЭНМТ.

**Материал и методы исследования.** Проведен ретроспективный анализ историй болезни 35 недоношенных новорожденных с ЭНМТ родившиеся в родильном отделении ГМЦ №7 за 2016–2018 гг. Также проведен анализ 22

(62,8%) летальных исходов новорожденных с экстремально низкой массой тела при рождении. Возраст детей составил от 1 до 21 сут. Срок гестации при рождении составлял от 23 до 30 нед. Масса тела при рождении колебалась от 550 до 980 г (средний вес 833).

**Результаты исследования и их обсуждение.** По результатам анализа из историй болезни было отмечено, что профилактику РДС антенатальными стероидами проводили в 9 (25,7%) случаях, однократно дексаметазон был назначен в 10 (52,6%) случаях. Большая часть детей родились по шкале Апгар на 4/6 баллов. У всех детей с рождения наблюдались дыхательные расстройства, по шкале Сильвермана в среднем оценены 8–9 баллов. Респираторная терапия включала ранний назальный СРАР или механическую вентиляцию легких в зависимости от выраженности респираторных расстройств при рождении. Трое детей родились путем вспомогательных репродуктивных технологий, 9 из 35 являются плодами многоплодной беременности (в том числе тройни). Задержку внутриутробного роста и развития имели 8 (22,8%) из 35 детей с ЭНМТ. У всех детей диагностировались признаки сочетанной патологии. При рождении присутствовали признаки угнетения ЦНС. Ультразвуковое обследование выявило наличие внутрижелудочковых кровоизлияний у 19 (54,3%) детей обследованных в первые 0–36 часов жизни. ВЖК и в дальнейшем ПВЛ выявилось у одного новорожденного, дожившего до 21-го дня жизни. Несмотря на адекватно проведенную инфузионную терапию и сбалансированное парентеральное питание, у детей на ранних этапах отмечались нарушения уровня глюкозы в крови. Гипергликемический синдром диагностировался у 21 (60%) новорожденных с ЭНМТ, это сопровождалось клиникой ВЖК. Гипогликемия отмечалась у 12 (34,8%) недоношенных. Высокие уровни билирубина отмечались уже через 18–24 ч после рождения. Дети в проведении фототерапии нуждались до 6–7-го дня жизни. Из 17 (48,6%) детей, несмотря на сбалансированное парентеральное и щадящее трофическое энтеральное питание, у 4-х (11,4%) диагностирован некротизирующий энтероколит. У 7 (20%) присоединилась пневмония, септицемия с менингитом у 5 (14,3%). У 5-х (14,3%) новорожденных в связи с выраженными гемодинамическими нарушениями был диагностирован порок сердца, как дефект межжелудочковой перегородки и открытый артериальный проток. Лабораторные методы исследования не всегда соответствовали клиническим признакам. Все дети имели морфофункциональную незрелость органов и систем. Острая почечная недостаточность являлась результатом перенесенной гипоксии и инфекционного процесса. Данные состояния обусловили крайнюю степень тяжести глубоко недоношенных новорожденных и послужили непосредственной причиной летального исхода. Основной причиной смерти у 15 (42,9%) новорожденных стал инфекционный процесс с развитием полиорганной недостаточности. Выживаемость в данной группе составила 45,7%. У выживших детей ранее диагностировалось ВЖК разной степени. ПВЛ развилась у 3-х, гидроцефалия у 2-х. БЛД диагностировалась у 2-х, ретинопатия у 4 (11,4%). К третьей неделе жизни у 82% глубоко недоношенных новорожденных диагностировалась анемия. Были назначены препараты железа, 4-м новорожденным в течение первого месяца жизни с заместительной целью назначена эритроцитарная масса. У одного ребенка от срока гестации 26 недель по поводу стойкой гипергликемии назначено внутривенное введение инсулина со второй недели до 30 дня жизни. Ультразвуковое исследование головного мозга повторялось по необходимости. Средняя длительность госпитализации составила 52±11 дней. Дети выписывались к концу третьей, четвертой недели под строгое наблюдение и дальнейшего развития участкового педиатра и узких специалистов. Восстановительной терапии нуждались 13 (76,5%) выживших новорожденных, двое из них с гидроцефалией были переведены в нейрохирургическое отделение для проведения нейрохирургических мероприятий.

**Выводы:** Таким образом, главной причиной смерти новорожденных с экстремально низкой массой тела является развитие тяжелой бактериальной генерализованной инфекции, которая приводит к полиорганным изменениям. Способствующими факторами являются РДС (диагностированный у всех глубоко недоношенных) и ВЖК.

#### Список литературы

1. Кулманов, Т.Е. Перинатальная патология новорожденных, родившихся путем операции кесарева сечения / Т.Е. Кулманов, А.Э. Миреев // Вестник врача общей практики. – 2008. - Спец.вып., ч.III (3). - С.340–341.
2. Володин, Н.Н. Современные подходы к комплексной терапии перинатальных поражений ЦНС у новорожденных / Н.Н. Володин, С.О. Рогаткин // Фарматека. – 2004. - №4. – С.72-82.
3. Кешишян, Е.С. Психомоторное развитие как критерий неврологического здоровья недоношенного ребенка / Е.С. Кешишян, Е.С. Сахарова // Лечащий Врач. – 2004. - №5. – С.21.

#### АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЬНЫХ С ПЛЕВРИТОМ НЕЯСНОЙ ЭТИОЛОГИИ

*Сангинов А.Б., Нурулхаков Н.С., Салихов О.Х., Укуматшоева Л.Ш.*

Кафедра фтизиопульмонологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

**Актуальность.** Известно более 50 заболеваний, которые могут сопровождаться плевральным выпотом. Основные диагностические мероприятия при них осуществляются с помощью рентгенологического исследования. На долю туберкулёзного плеврита среди других форм лёгочного туберкулёза приходится 6-8% [1], а среди больных плевральным синдромом, находящихся в диагностических отделениях, туберкулёз составляет около 50% случаев [2]. Уменьшение удельного веса туберкулёза в структуре лёгочных заболеваний, диагностируемых с помощью рентгенологического метода [3], а также сходство клинико-рентгенологических картин при плевральном выпоте разной этиологии обуславливает диагностические трудности их этиологической расшифровки. Вследствие малой информативности клинико-лабораторных тестов в этиологической диагностике туберкулёзного плеврита предлагается значительное число методических приемов и тестов, значение которых вне общего комплекса невелико. Поэтому в ряде случаев находит обоснование практика проведения пробной противотуберкулёзной терапии, что удлиняет

сроки установления диагноза. В последние годы наблюдается увеличение заболеваемости туберкулезным плевритом, повысилось количество больных эмпиемой плевры. У больных пожилого возраста в структуре плевральных выпотов различной этиологии отмечен рост доли туберкулезного плеврита с 11% до 17% [4].

Вместе с тем, диагностика туберкулезного плеврита в условиях общей лечебной сети характеризуется высокой частотой диагностических ошибок, что приводит к позднему поступлению больных в противотуберкулезный диспансер [5].

Внедрение в хирургическую практику видеотехнологий, усовершенствование инструментария обеспечило торакоскопии более широкое применение при обследовании плевральной полости, особенно при рецидивирующих плевритах неясной этиологии [1, 3, 4]. Эффективность этой методики при обследовании больных с туберкулезным плевритом изучена недостаточно.

**Цель исследования.** Повышение достоверности диагностики и сокращение сроков госпитализации, для установления этиологии плеврита путем разработки диагностического алгоритма и применения биопсии плевры в ранние сроки госпитализации.

**Материал и методы исследования.** В Национальном центре туберкулеза, пульмонологии и грудной хирургии с 2014 по 2019гг. для выполнения поставленных задач проведено комплексное обследование 285 больных с плевритом неясной этиологии. Среди них мужчин было 196 (68,8%), женщин – 89 (31,2%). Возраст варьировал от 18 до 63 лет (в среднем 41 год).

Нами были проведены рентгенография и УЗИ грудной клетки, после эвакуации экссудата - КТ-томография, стандартные клинико-лабораторные анализы (общий анализ крови, мочи, цитологическое и бактериологическое исследование плеврального выпота; кожная проба 2 ТЕ (МАНТУ), исследование белковых фракций сыворотки крови, электрокардиография, ЭХОКГ), торакоскопия с биопсией плевры с последующим исследованием биоптата, экссудата и фибрина в цито-, гистологической и бактериологической лабораториях. Учитывая рентгенологическую картину и клинические проявления болезни, в течение 2-х недель решался вопрос о целесообразности применения торакоскопической биопсии плевры, лёгкого, внутригрудных лимфоузлов. В процессе проведения исследования учитывали частоту обнаружения достоверных признаков туберкулеза при том или ином методе получения информации.

Торакоскопию и открытую биопсию плевры осуществляли под общим внутривенным наркозом с искусственной вентиляцией лёгких жестким торакоскопом KARL STORZ в лёгочно-хирургическом отделении.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Нами была выявлена этиология у 285 больных, поступивших с плевритом неясной этиологии. На фоне гисто-цитологических исследований выявлено у 18 (6,31%) больных воспалительный характер, у 37 (12,98%) больных онкология, у 123 (43,15%) больных туберкулезная этиология. На основе клинико-лабораторных исследований выявлено у 77(26,66%) больных сердечная патология и у 31(10,87%) больного ангионевротическая этиология.

Симптоматика плеврального выпота разнообразна и во многом определяется патологическим процессом, вызвавшим его, и количеством жидкости в плевральной полости. Основными симптомами плеврального выпота являются сухой кашель, одышка и чувство тяжести на пораженной стороне. Плевральные или ноющие боли в грудной клетке говорят о воспалительном процессе в париетальной плевре, лёгких и других органах и их важной роли в возникновении висцеральной боли. Небольшой плевральный выпот не оказывает значительного влияния на функцию лёгкого и может не давать клинической симптоматики.

Установление наличия плеврального выпота с помощью физикальных методов обследования, как правило, не вызывает затруднений. Укорочение лёгочного тона, ослабление голосового дрожания и дыхания на пораженной стороне с большой степенью вероятности свидетельствуют о наличии значимого количества жидкости в плевральной полости.

Рентгенологическое исследование, позволяющее уточнить наличие, локализацию выпота и состояние органов средостения. Локализация выпота не имеет решающего значения, хотя правосторонняя локализация более характерна для застойных выпотов. При массивных выпотах важно обращать внимание на положение средостения. При опухоли или инфильтративном процессе в средостении оно будет зафиксировано. Смещение в сторону выпота указывает на то, что поражено лёгкое на стороне выпота и смещение происходит из-за его гиповентиляции или ателектаза. При массивном плевральном выпоте, как правило, вероятно метастатическое поражение плевры, что, однако, встречается и при застойных выпотах, реже при туберкулезных. Во всех случаях затемнения заднего реберно-диафрагмального синуса или нечеткости контура диафрагмы следует предположить наличие выпота в плевральной полости.

Иногда по неизвестным причинам значительное количество жидкости скапливается над нижней долей лёгкого, не переходя в реберно-диафрагмальный синус. Такой тип скопления называется наддиафрагмальным, или базальным, плевральным выпотом.

Возможно атипичное расположение выпота в силу изменения эластической тяги пораженного участка лёгкого. Атипичное скопление жидкости свидетельствует о том, что помимо воспаления плевральных листков имеется заболевание паренхимы. Осумкованная жидкость в междолевых щелях обычно видна в боковых проекциях и напоминает двояковыпуклую линзу. Для дифференциации осумкованного плеврального выпота, ателектаза и инфильтрата лёгочной ткани можно использовать КТ и УЗИ органов грудной клетки, которое также может помочь в определении места торакоцентез при осумкованных и небольших выпотах.

Компьютерная томография (КТ) превосходит по информативности обычную рентгенографию органов грудной клетки при проведении дифференциальной диагностики патологии плевры и лёгочной паренхимы. КТ-семиотика выпота характеризуется образованием вытянутой формы с гладкими контурами тени и гомогенной структурой. КТ помогает в дифференциальной диагностике злокачественного и доброкачественного поражения плевры, а также используется для определения размеров и расположения ограниченного выпота. Наиболее целесообразно выполнять

компьютерную томографию с контрастированием до того, как плевральный выпот будет удален, т.к. в этом случае изменения плевры лучше визуализируются. Компьютерная томография (КТ) превосходит по информативности обычную рентгенографию органов грудной клетки при проведении дифференциальной диагностики патологии плевры и легочной паренхимы.

УЗИ-нам даёт более точные данные о расположении жидкости в плевральной полости. Самым важным этапом диагностики является торакоцентез, который выполняется для дифференциации экссудативного и трансудативного выпота, исследования клеточного состава плевральной жидкости и оценки состояния лёгкого.

Диагностический торакоцентез показан больным, у которых толщина слоя жидкости на рентгенограммах в положении лёжа на боку больше 10 мм или имеется осумкованный плевральный выпот, выявленный с помощью УЗИ.

В зависимости от цвета, прозрачности, относительной плотности, биохимического и цитологического состава выделяют два вида плевральных выпотов - экссудат и трансудат. Помимо этого в плевральной полости возможно скопление крови (гемоторакс) и лимфы (хилоторакс).

Исследование клеточного состава плевральной жидкости. Геморрагический экссудат содержит значительную примесь свежих и измененных эритроцитов, и трактовка его с диагностической точки зрения представляет наибольший интерес. При геморрагических выпотах опухолевые процессы диагностируют у 71% больных, а при прогрессировании опухолевого процесса геморрагический выпот может встречаться у 78% больных.

Присутствие нейтрофилов в плевральной жидкости, клеток, включающихся в реакцию на острое воспаление, характерно для пневмонии, поддиафрагмального абсцесса. Если они составляют более 20% всего клеточного состава, то это является показательным для ранних стадий туберкулёза.

Присутствие 6-10% эозинофилов достаточно для диагностики эозинофильного выпота. Эозинофильный экссудат может встречаться при пневмониях, диффузных заболеваниях соединительной ткани, глистных инвазиях, грибковых заболеваниях, травмах.

Наличие эозинофилов в парапневмоническом выпоте является хорошим прогностическим признаком. Такой выпот редко инфицируется. В большинстве случаев эозинофилия плевральной жидкости обусловлена присутствием воздуха или крови в плевральной жидкости.

Если в экссудативном плевральном выпоте более 50% лимфоцитов, это важный диагностический признак, позволяющий предположить наличие у больного туберкулёза или злокачественного заболевания.

Обнаружение клеток мезотелия в плевральной жидкости может иметь некоторое диагностическое значение. Присутствие мезотелиальных клеток для туберкулезных и парапневмонических выпотов нехарактерно. Наибольшее число мезотелиальных клеток наблюдалось при инфаркте лёгкого, сердечной и почечной недостаточности.

Биопсия плевры показана с целью диагностики злокачественного или туберкулёзного плеврального выпота. Для получения патологического материала используют три вида биопсии плевры: торакокопическую, операционную и пункционную. Гистологическое исследование биоптатов париетальной плевры позволяет верифицировать диагноз у 60-93% больных туберкулёзным и 70% больных метастатическим плевритом.

Торакокопия применяется у тех больных, у которых в результате бронхоскопии, проведения анализа плевральной жидкости и биопсии плевры этиология плеврального выпота остается неясной.

**Выводы.** Проведение дифференциальной диагностики плевритов неясной этиологии продолжает оставаться актуальной проблемой, требующей дальнейшего изучения. Адаптация алгоритма диагностики плевритов неясной этиологии по ESTS (Европейское Общество Торакальных Хирургов) в условиях здравоохранения Республики Таджикистан позволит расширить его применение, что, несомненно, улучшит результаты диагностики и лечение этой группы больных. Современный уровень развития диагностической техники позволяет наряду с применением общепринятых методов постановки диагноза одновременно принимать лечебные процедуры у больных с плевритом неясной этиологии.

#### Список литературы

1. Плаксин, С.А. Диагностические и лечебные возможности видеоторакокопии при плевральных выпотах различной этиологии / С.А. Плаксин, Л.И. Фаршатова // Пермский медицинский журнал. – 2017. – Т.24, №2. - С.20-25.
2. Клименко, В.Н. Опухолевые плевриты: современный взгляд на проблему / В.Н. Клименко, О. В. Иванов // Вестник хирургии. - 2014. – С.114-117 .
3. Торакокопия в верификации и лечении синдрома плеврального выпота в условиях многопрофильного стационара / А.Е. Борисов [и др.] // Вестник хирургии. – 2011. - №170(1). – С.63–65.
4. Григорук, О.Г. Цитологические методы диагностики плевритов / О.Г. Григорук, Л.М. Базулина, А.Ф. Лазарев // Вопросы онкологии. – 2010. - №1. - С.73–78.

#### АССОЦИАЦИЯ МЕЖДУ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И НАРУШЕНИЕМ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ

*Сафарова С.С., Сафарова С.С.*

Кафедра внутренних болезней II, кафедра акушерства и гинекологии I Азербайджанский Медицинский Университет, Азербайджан

**Актуальность.** Последствием сахарного диабета (СД) являются осложнения, одним из наиболее социально значимых из которых считается диабетическая остеопатия, повышающая риск переломов, приводящая к высокому уровню инвалидизации и смертности [1]. Частота переломов шейки бедренной кости у лиц с СД, по данным статистики, в шесть раз выше, чем в общей популяции [2]. При СД1 в результате дефицита секреции инсулина, формиро-

вание костной ткани замедляется, в то время, как резорбция костной ткани относительно ускоряется, приводя к снижению плотности костной массы, нарушению минерализации и костной микроархитектоники [3]. Остеометаболические нарушения у пациентов с СД2, проявляются несколько иначе [1,2]. При СД2 риск развития переломов на 10-30% выше, чем у лиц без диабета, сопоставимых по возрасту [1,3]. При этом, отчасти, потеря костной массы связана с возрастом, что повышает риск в гериатрической популяции ( $\geq 65$  лет). Риск остается высоким даже после коррективки факторов, способствующих падению, таких как сенсомоторный дефицит и нейропатия [4]. При этом, особенность низкотравматических переломов, возникающих при СД2 в том, что данные по минеральной плотности костной ткани (МПК) у преобладающего числа больных СД2, в большинстве опубликованных исследований, свидетельствуют о ее высокой плотности при наблюдаемом снижении качества кости, ее микро- и макроархитектоники [3,5], что затрудняет надлежащий скрининг данной категории больных.

**Цель исследования:** выявить ранние остеометаболические нарушения при сахарном диабете 1 и 2 типа. Определить направленность изменений сывороточных маркеров костного ремоделирования у лиц обоих полов при данном заболевании.

**Материалы и методы исследования.** Проведено поперечное исследование пациентов с диагнозом СД1 (n = 98) и СД2 (n = 137); группа контроля, состояла из 82 лиц. Возраст обследованных пациентов СД1 и СД2 от 40 до 70 лет (средний возраст – 54,8 $\pm$ 0,7 лет и 58,4 $\pm$ 0,9 лет, соответственно). Длительность СД составила 16,6 $\pm$ 0,6 и 8,1 $\pm$ 0,7 лет. Контрольную группу составили 82 пациента (48 женщин и 34 мужчин, 55,97 $\pm$ 0,9 лет) без СД в анамнезе. У всех обследуемых собирался анамнез, вычислялся индекс массы тела (ИМТ) в кг/м<sup>2</sup> (26,1 $\pm$ 0,2 кг/м<sup>2</sup> и 30,0 $\pm$ 0,4 кг/м<sup>2</sup>, соответственно). Однократно определяли среднее значение гликированного гемоглобина (HbA1c) - 7,4 $\pm$ 0,2% и 7,5 $\pm$ 0,4%, соответственно.

У всех пациентов были изучены ионный баланс крови (Ca<sup>2+</sup>, P<sup>+</sup>, Mg<sup>2+</sup>, K<sup>+</sup>, Na<sup>+</sup>), функциональное состояние почек (альбумин, СКФ), гомоны (ПТГ, Кальцитонин, витамин D<sub>3</sub>), сывороточные маркеры костного ремоделирования (ALP, P1NP и b-СТх), МПК по Т-критерию в области L1-4 и шейки бедра методом DXA.

Статистический анализ полученных данных проводили с использованием вариационно-математической программы «BioStat Pro 6.2.2.0». Статистическую значимость различий параметров определяли по критерию U Манна—Уитни. Полученные данные представлены в виде среднего арифметического (M) и 95% доверительного интервала для среднего (95% ДИ). Значения считали статистически значимыми при p<0,05. Для исследования зависимостей между параметрами применяли корреляционный анализ по Спирмену (r).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Полученные результаты оценки содержания маркеров костного метаболизма в крови у пациентов с СД1 и СД2 в сравнении с контрольной группой, свидетельствуют о наличии патологических изменений процессов костного ремоделирования в виде снижения маркера костеобразования P1NP у пациентов с СД1 на 16%, с СД2 на 12% в сравнении с группой контроля и повышения маркера костной резорбции b-СТх у 32% с СД1 и 25% пациентов с СД2; а также несогласованности изменений процессов костного ремоделирования у пациентов с СД1, с преимущественным изменением показателей костной резорбции, определяемой в 28% случаев. В таблице 1 представлены биохимические характеристики включенных в исследование пациентов.

Таблица 1.

**Характеристики биохимических показателей, среднее (M) и (95%ДИ)**

переменные	СД1 (n = 98)	СД2 (n = 137)	Контр. (n = 82)
Возраст, лет	55,8 (54,4-57,3)	58,4 (57,3-59,5)	55,9 (54,2-57,7)
Пол муж.:жен.	41:57	52:85	39:43
ИМТ, кг / м <sup>2</sup>	26,1 (25,6- 26,5)	30,0 (29,4-30,6)	28,7 (27,9-29,5)
Длит. СД, лет	16,6 (15,4-17,8)	8,1 (7,2-8,8)	
HbA1c,%	7,4 (7,1-7,8)	7,5 (7,2-7,8)	4,9 (4,7-5,0)
Ca <sup>2+</sup> , mmol / L	1,09 (1,07-1,11) *	1,06 (1,03-1,08)	1,13 (1,11-1,15)
P <sup>+</sup> , mg / dL	5,4 (5,2-5,6) *	4,9 (4,7-5,1)	5,1 (4,9-5,2)
Mg <sup>2+</sup> , mg / dL	1,52 (1,38-1,66) *	1,54 (1,45-1,63)	1,75 (1,61-1,89)
K, mmol / L	4,4 (4,2-4,6) *	4,3 (4,1-4,4)	4,3 (4,1-4,5)
Na, mmol / L	142,2 (140,6-143,8) *	140,9 (139,6-142,3)	138,5 (137,2-139,6)
СКФ, mL / min / 1.73	87,9 (84,1-91,7) *	88,5 (85,4-91,5) *	95,2 (91,8-98,6)
Альбумин, g / dL	4,2 (4,1-4,3) *	4,3 (4,1-4,4) *	4,5 (4,3-4,6)
PTH, pg / dL	51,16 (47,17-55,13) *	51,69 (48,82-54,56) *	45,09 (40,38-49,79)
Кальцитонин, pg/mL	12,07 (9,75-14,38) *	10,23 (8,48-11,62) *	5,5 (4,19-6,84)
Вит. D <sub>3</sub> , ng / mL	24,09 (21,32-26,86) *	25,12 (22,98-27,28) *	30,41 (26,95-33,86)
ALP, IU / L	118,3 (110,1-126,4)	122,2 (116,2-128,1)	123,5 (113,8-133,2)
P1NP, ng / mL	40,58 (37,18-43,98) *	42,08 (39,81-44,35)	47,09 (42,82-51,35)
b-СТХ, ng / mL	0,525 (0,468-0,582) *	0,495 (0,456-0,533) *	0,424 (0,383-0,466)
Т-критерий (LI-LIV)	-2,04 (-2,3; -1,7) *	-1,08 (-1,3; -0,8) *	-0,73 (-1,1; -0,3)
Т-критерий (ШБ)	-1,68 (-1,9; -1,3) *	-1,12 (-1,3; -0,8) *	-0,64 (-1,0; -0,2)

Примечание: \* p < 0,05 – статистическая значимость в сравнении с данными группы контроля

Пациенты с СД2 имели более низкие уровни P1NP и b-СТх, что отражает более низкий метаболизм костной ткани в сравнении с пациентами с СД1, независимо от возраста и продолжительности заболевания. Результаты денситометрии свидетельствуют об отсутствии достоверных различий показателей МПК между пациентами с СД2 и контролем. При повышенных значениях паратиреоидного гормона выявлена высокая активность костного ремоделирования с преобладанием костной резорбции, что подтверждается положительной корреляцией между уровнем

паратиреоидного гормона и биохимическим маркером костной резорбции в сыворотке крови. Такие факторы как компенсация гликемического профиля, длительность диабета и наличие диабетической нефропатии способны влиять на метаболизм кости. Между длительностью СД2 и снижением МПК существует зависимость, более всего выраженная у мужчин в возрасте до 50 лет.

**Выводы:** потеря костной массы у большей части обследованных пациенток с диабетом, связана с подавлением костеобразования и, в значительно меньшей степени, с резорбцией костной ткани. При этом значение маркера костной резорбции у пациентов с СД2 ниже, чем при СД1. МПК при СД2 выше, чем при СД1.

#### Список литературы:

1. Farr JN, Khosla S. Determinants of bone strength and quality in diabetes mellitus in humans // Bone. - 2016. - N 82. - p. 28-34. <https://doi.org/10.1016/j.bone.2015.07.027>.
2. Fisher A, Srikusalanukul W, Fisher L, Smith PN. Lower serum P1NP/ $\beta$ -CTX ratio and hypoalbuminemia are independently associated with osteoporotic nonvertebral fractures in older adults // Clinical Interventions in Aging. - 2017. - N 12. - p. 1131–1140. <https://doi.org/10.2147/CIA.S141097>.
3. Jørgensen HS, Winther S, Bøttcher M, et al. Bone turnover markers are associated with bone density, but not with fracture in end stage kidney disease: a cross-sectional study // BMC Nephrology. - 2017. - N 18. - p. 284. <https://doi.org/10.1186/s12882-017-0692-5>.
4. Nakashima A, Yokoyama K, Yokoo T, Urashima M. Role of vitamin D in diabetes mellitus and chronic kidney disease // World Journal of Diabetes. - 2016. - N 7(5). - p. 89–100. <https://doi.org/10.4239/wjd.v7.i5.89>.
5. Paschou SA, Dede AD, et al. Type 2 diabetes and osteoporosis: a guide to optimal management. // The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. – 2017. - N 102 (10). - p. 3621–34. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-00042>.

### САБАБҲОИ САРИВАҚТ ТАШХИС НАШУДАНИ БЕМОРИИ СИЛИ КЎДАКОН

*Сирочиудинова У.Ю., Бобохоҷаев О.И., Розиков У.И.*

Кафедраи фтизиопулмонологияи ДДТТ ба номи Абӯали ибни Сино. Чумхурии Тоҷикистон

**Мухимияти мавзӯ.** Сил (ТБ) проблемаи муҳим барои ниғаҳдории тандурустии чамбият мебошад. Дар соли 2016 дар ҷаҳон 10.4 млн. одамон ба сил гирифта шуданд ва 1,7 млн. нафар аз сил фавтиданд, аз ҷумла сил сабаби асосии марги беморони сироятфта бо ВНМО мебошад. Беморшавии кӯдакон ба сил ба 1, 04 млн. баробар аст, ки ин 10% аз шумораи умумии воқеоти силро (10.4 млн.) ташкил мекунад. Кӯдакони сироятфта бо ВНМО, ки ба сил гирифта шудаанд 201 000 нафарро ташкил мекунад. Шумораи кӯдакони фавтида аз сил дар байни сироятфтагон бо ВНМО маълум нест. Чумхурии Тоҷикистон дар қатори 22 давлати шомил ба минтақаи қисми Аврупоии ТУТ, ки бори калони силро дорад дохил мешавад.

Оиди вазнинии ҳолати эпидемиологии сил шаҳодат медиҳад дарёфти шаклҳои вазнини бемории сил, ки дафъаи аввал ба қайд гирифта шудаанд, чи дар байни калонсолон ва чи дар байни кӯдакон. Фоизи баланди беморони хоричқунандаи МС дар байни кӯдакон (2018- 29,0%), ки нишондоди дер ташхис шудани сил дар байни кӯдакон мебошад. Соли 2016 дар байни ҳамаи беморон 56% МС+, дар байни кӯдакон 34%, дар соли 2018 - 29,0% кӯдакони хоричқунандаи МС буданд (ҳисоботи МҚҲАС соли 2016, 2018, намунаи ТБ 07). Шаклҳои вазнини сил ташхис мешаванд аксар дар кӯдакон аз гурӯҳҳои «хавф»-и гирифташави ба сил ин кӯдакон аз оилаи беморони сил, сироятфтагон бо ВНМО, аз оилаҳои осебпазир ва ғ. Ин гурӯҳ кӯдакон бояд зери назорати Марказҳои химоя аз бемории сил бошанд ва ҳар сол ба онҳо санҷиши туберкулини Манту бо 2 ВТ гузаронида шавад. Дар ин маврид кӯдакони сироятфта бо сил дарёфт мешаванд ва ба онҳо табобати пешгирикунанда бо изониазид гузаронида мешавад, онҳо аз пайдоиши сили минтақавӣ эмин нигоҳ дошта мешаванд.

Вале ин чорабиниҳо дар ноҳияҳо гузаронида намешаванд, кӯдакони дар тамос бо бемори сил дар қайди муассисаҳои зиддисили нестанд. Дар натиҷа ҳангоми беморшавӣ онҳо ба табибони минтақавӣ муроҷиат карда бо ташхиси нодуруст аз ҳаргуна бемориҳо табобати бефоиди мегиранд. Дар натиҷа сил авҷ гирифта ба шаклҳои вазнин мегузарад, ки табобати дуру дарозро талаб мекунад.

**Мақсади омӯзиш** - муайян намудани сабаби дер ташхис шудани сили кӯдакон.

**Маводҳои тадқиқот.** Чихати расидан ба ҳадафи гузошташуда, чораҳои зерин иҷро карда шуданд: таҳлили таърихи бемории кӯдакони бемори сил, ки дар беморхонаи бемориҳои сили ш. Душанбе бистари шудаанд. Инчунин, таҳлили роҳҳои дарёфти кӯдакони бемор ва сабабҳои дер ташхис шудани бемории сил.

**Натиҷа ва муҳокимаи онҳо.** Зери назорат буданд 289 кӯдаки гирифта ба сили роҳҳои нафас ки солҳои 2015-2016 дар Беморхонаи бемориҳои сили ш. Душанбе бистари шудаанд аз ноҳияҳои чумхурии ва ш. Душанбе. Истиқоматқунандагони ш. Душанбе 115 (39,8%) нафар аз ноҳияҳо 174 (60,2%) нафар. Аз 289 нафар беморон аз оилаҳои беморони сил 98 (34%) нафар, аз он ҷумла 19 (19,4%) нафар аз ш. Душанбе. Ба 38 (13,1%) нафар вакцинаи БСЖ гузаронида нашудааст ё бо сифати паст гузаронидаанд, ки пай боқи намондааст, ҳамаи кӯдакон аз ноҳияҳо. 69 (23,9%) нафар хоричқунандаи МС, аз ҷумла 19 нафар МС ШУД (шакли устувор ба доруҳо), 44 (63,8%) нафар аз деҳот. Ҳангоми таҳлили таърихи бемори муайян карда шуд, ки дар деҳот шумораи кӯдакони дар тамос буда 2-3 маротиба зиёд аст, нисбати ба қайдгирифта шудагон, чунки дар як хавли 2-3 оила бо фарзандони худ зиндаги мекунад, ки бо бемор дар тамос мебошанд вале дар қайди маркази зидди сили чун дар тамосбудагон ба қайд гирифта намешаванд ва бо онҳо табобати пешгирикунанда гузаронида намешавад, ки ин сабаби ба бемориҳои вазнини сил гирифта шудани ин кӯдакон мегардад.

Сабаби дигар ин кам будани мутахассисон аз рӯи меъёр ба 20000 аҳоли бояд як табиби фтизиатр бошад. Дар бисёр ноҳияҳо бо 50000-60000 аҳоли як фтизиатр кор мекунад дар баъзе ноҳияҳо умуман фтизиатрон нестанд. Ин яке аз сабабҳои асосии нагузаронидани корҳои пешгирикунандаи сирояти сил дар оилаҳои беморони сил мебошад.

Чуноне ки маълум ба сил аксар беморон аз оилаҳои осебпазир гирифта мешаванд.

Барои баҳо додан ба вазъи иқтисодиву иҷтимоии оилаҳо аз рӯи имкон аз волидайн хоҳиш намудем то анкетани махсусро пур кунанд. Аз ноҳияҳо 41 нафар аз ш. Душанбе 19 волидайн, ки бемори сил буданд ва фарзандони онҳо ба бемори гирифта шудаанд анкетаро пур карданд.

Аз 41 бемор аз ноҳияҳо - 23 нафар мардон аз 26 то 54 сола ва 18 нафар занон аз 20 то 43 сола. Ҳамаги 4 нафар занон оилаи пурра доранд. 14 нафар аз шавҳар чун шудаанд ё шавҳарашон дар муҳоҷири меҳнати мебошанд, онҳо хонаи алоҳида надоранд, ё дар хонаи падари худ ё бо хешовандони шавҳар зиндаги мекунанд ба фарзандони онҳо табобатипешгирикунанда гузаронида нашудааст. Ҳамаи мардони бемор то беморшави дар муҳоҷирати меҳнати буданд, 7 нафар бо бемории сил баргаштанд дар як ҳавли бо бародарону падару модар зиндаги мекунанд, ҳамаги бо оилаи худ як ё ду хона доранд. Яъне дар ноҳияҳо ҳамаи оилаи беморон осебпазиранд.

Дар ш. Душанбе 6 нафар беморон дар хобгоҳҳо, як ё ду хонаро ишғол мекунанд. Дар як хона аз 6 то 9 нафар якҷоя бо бемори хоричкунандаи МС зиндаги мекунанд, ки риоя кардани назорати сирояти ғайри имкон мебошад.

**Хулоса:** Аксар ба сил гирифта мешаванд:

1. Кӯдакони дар тамос бо беморони сил буда.
2. Ваксинаи БСЖ нагузаронидагон ё ваксинатсия бо сифати паст гузаронида шуда бошад.
3. Кӯдакон аз оилаҳои осебпазир.
4. Набудани мутахассисони фтизиатр дар бисёр ноҳияҳо.



#### Рӯйхати адабиётҳо :

1. Аксенова, В.А. Проблемы активного выявления туберкулёза у детей в России / Аксенова В.А. // Туберкулёз у детей и подростков в современных условиях: региональной научно-практической конференции - Санкт-Петербург, 2001. - С.7-12.
2. Бобоходжаев, О.И. Методические пособие по организации выявления больных туберкулёзом в учреждениях первичной медико- санитарной помощи / О.И. Бобоходжаев, С.Р. Миралиев, У.Ю. Сироджидинова, // Утверждено РИСО МЗ Протокол №1 от 1.04.2013 г. - 22 с.
3. Бобохонов, А. Анализ факторов риска, формирующих туберкулёз у детей / А. Бобохонов // Годичная научно-практическая конференция молодых ученых и студентов ТГМУ. – Душанбе, 2012. - С.9.
4. Сироджидинова, У.Ю. Эпидемиологическая ситуация по ТБ, у детей в республике Таджикистан / У.Ю. Сироджидинова, О.И. Бобоходжаев // В материалах IV конгресса Евро-Азиатского респираторного общества и V Международного конгресса пульмонологов Центральной Азии. - Ташкент, 2008. - С.113(387).
5. Сироджидинова, У.Ю. Отслеживание контактов и активное выявление случаев заболевания / У.Ю. Сироджидинова, З.Ш. Дустматова // Материалы международного симпозиума. Расширение доступа к амбулаторному лечению туберкулёза и совершенствование ухода за детьми, больными туберкулёзом, в регионе Центральной Азии и Восточной Европы. 5-6 декабря. – Душанбе, 2013. - С. 12.

#### ОТЕК КВИНКЕ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

*Сисенова Ж.А., Садуов М.А., Усенова М.Б., Есетова Е.М.*

Кафедра скорой неотложной медицинской помощи НАО Западно-Казахстанский медицинский университет имени М. Оспанова.г. Актобе, Казахстан

**Актуальность.** ВОЗ объявила аллергию болезнью XXI века. Вместе с тем, общее известно, что аллергические заболевания в настоящее время имеет неуклонную тенденцию к росту и занимают лидирующее положение во всех регионах мира и в Казахстане, в том числе, становясь большой медико-социальной проблемой. По распространенности аллергия занимает четвертое место в мире, уступая сердечно-сосудистым заболеваниям, новообразованиям и травмам.



Это связано что в Казахстане идет быстрый рост экономики, растущий уровень благосостояния населения, положительный прирост населения, повышение продолжительности жизни, вхождение страны в 50-ку развитых стран. Все эти перспективы открыли возможности для взятия курса на достижение критериев, характерных для высокоразвитых стран (т.е. активное перенимание так называемого «западного образа жизни»), особенно в крупных населенных пунктах; ускоренный темп жизни; информационные перегрузки; глобализация и урбанизация, способствующие заболеваемости). Практически сейчас нет семьи, где кто-то не страдает от аллергических болезней. Независимо от причин развития аллергических реакции экстренные случаи возникают внезапно и встречаются в виде анафилактического шока (лекарственная АШ), синдром Лайелла, аллергического контактного дерматита, крапивницы, отека Квинке. Отек Квинке (впервые описан Н.И. Quinkeв 1882 г. ангионевротический отек, гигантская крапивница) – острое аллергическое заболевание характеризующееся возникновением массивного отека кожи, подкожной жировой клетчатки и слизистых оболочек. Чаще всего отек Квинке развивается на лице, шее и верхней части туловища, тыльной стороне кистей и стоп. Реже отек Квинке может поразить оболочки мозга, суставы, внутренние органы. Отеком Квинке может заболеть любой человек, однако наибольший риск развития этой болезни наблюдается у людей, страдающих аллергией различного типа. Молодые женщины и дети болеют отеком Квинке чаще мужчин и пожилых людей. В основе отека Квинке лежит аллергическая реакция немедленного типа. Основную роль в патогенезе ангионевротического отека играют медиаторы, выделяющиеся при дегрануляции тканевых базофилов (тучных клеток) и базофилов крови. При изучении анамнеза заболевания выясняют связь развития отеков с приемом пищевых продуктов и добавок, лекарств, укусами насекомых, воздействием латекса, использованием определенных косметических средств, а также контактами с животными. Подтверждающим аллергический характер заболевания является выявление атопических заболеваний у пациента и его кровных родственников – аллергического риноконъюнктивита, атопической бронхиальной астмы, атопического дерматита. При лекарственной аллергии аллергическая реакция развивается после введение препарата.

**Цель исследования.** Провести описательный анализ случаев отека Квинке у пациентов в стационаре.

**Материалы и методы исследования.** По статистике аллергоцентра клиники Дару, в среднем, на сегодняшний день, в течении последних 12 месяцев обращаются 25-30 человек в день. И с каждым годом в 3-4 раза больше прибавляется больных. В динамике за 2016 и 2017 годы, следует отметить, что кто страдает данным заболеванием, и первично заболевшими, возросла и составила 9,4%. Как показано ниже приведенном рисунке (1), отмечается рост отека Квинке на 1,39 %, крапивницы 0,85%, бронхиальной астмы 1,2% (рисунок 2).

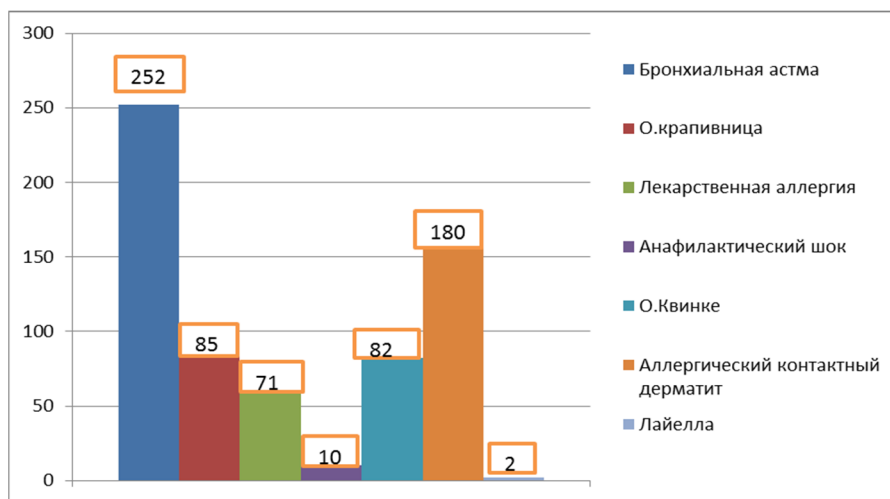


Рисунок 1 – Статические данные аллергоцентра клиники Дару за 2016 год

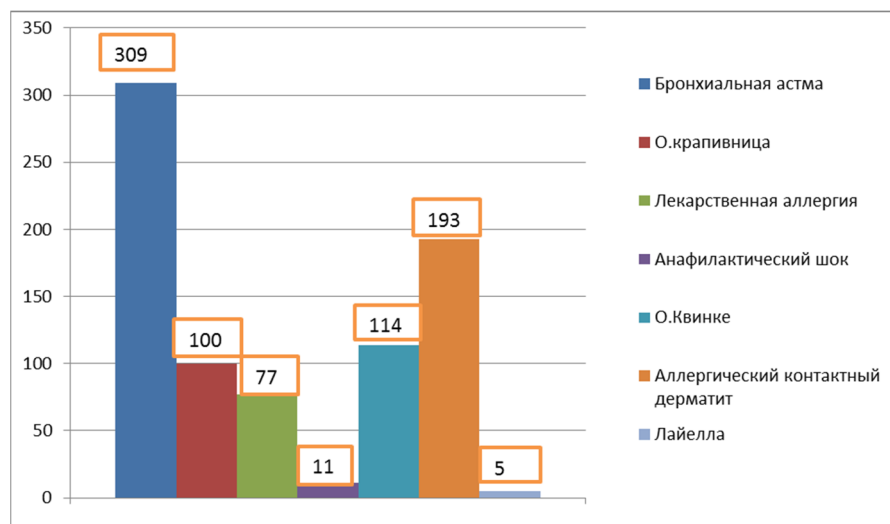


Рисунок 1 – Статические данные аллергоцентра клиники Дару за 2017 год

Привели примеры случаев из практики отека Квинке у пациентов с отягощенным аллергическим анамнезом.

**Пациент 3. 55 лет. Диагноз:** Отек Квинке. Аллергический дерматит, распространенная форма. Экзема кистей рук. Соп: Артериальная гипертензия 2ст. Риск 3(высокий). Узловой зоб справа. Ожирение 2ст.

Больная страдает поливалентной аллергией, периодически появляются высыпания на теле, отечность лица при воздействии холода, лекарств. В течение 5 лет у больной экзема кистей рук, которая развивается в июне месяце. Неоднократно лечилась в кожно – венерологических и аллергологических учреждениях. В 2014 году проходила курс лечения и обследования в НИКВИ г.Алматы, с диагнозом инфекционный дерматит. Микотическая экзема. Также в АОКВД лечилась по поводу О.Т.А.Р. Получила лечение в дневном стационаре в ЖДБ в аллергологическом отделении. Данное ухудшение в течении последней 2 дней особа ни с чем не связывает, с утра проснулась с отеком шейной области, чувством нехватки воздуха. 10.02.2017 года доставлена бригадой скорой помощи. Госпитализирована в аллергологическое отделение ЖДБ г.Актобе. В процессе сбора анамнеза выяснено, что пациент страдает артериальной гипертензией, состоит на Д учете, с максимальным повышением до 180 мм.рт.ст. Принимает регулярно энап. Аппендоэктомиа в 1995 году. Наследственность: у брата крапивница, у детей крапивница на цитрусовые. Аллергоанамнез: лекарственная –Цефотоксим, Левомоцитин, Тетрациклин. Объективно: Общее состояние средней тяжести. t-36.1. Рост -160 см. Вес-90 кг. Гиперстенического телосложения. Повышенного питания. Сознание ясное. Кожные покровы с очагами поражения. Лимфоузлы не увеличены. Костно –суставная система без патологии, движения в суставах в полном объеме. Дыхание через нос с венозным оттенком. Грудная клетка обычной формы. Перкуторно над легкими –легочной звук. ЧДД 19 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 165/100 мм.рт. ст. Пульс- 89уд в мин, удовлетворительного наполнения. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Стул в норме. Симптом покалывания отрицателен с обеих сторон. Диурез в норме. Локально: Отечность шейной, околоушной области, на теле папулезная сыпь, следы расчесов, на кисти обеих рук трещины, шелушение.

**Выводы.** Могут ли больные с аллергии вылечиться полностью? На сегодняшний день – этот вопрос очень актуален, и каждый пациент непременно задает его своему лечащему врачу. Пациенты чем быстрее обратятся за помощью к аллергологам, реальнее успех выздоровления. А если пациент болеет аллергией уже не один год, принимая сомнительные лекарства, которые снижают иммунитет, и усугубляют состояние здоровья, то длительность лечения может затянуться надолго. Ошибка многих больных в том, что добиваясь какого-то улучшения, пусть даже незначительного, они бросают курс лечения, думая, что уже здоровы, на самом же деле лечение нельзя прерывать, т.к. это в дальнейшем приведет к осложнениям.

#### Список литературы

1. Мачарадзе, Д.Ш. Клиника при пищевой аллергии у детей и взрослых / Д.Ш. Мачарадзе // Иммунопатология, Иммунопатология, аллергология, инфектология. - 2016. - №2. – С. 35- 55.
2. Турланов, К.М. Жедел медициналык жәрдем / К.М. Турланов, С.А. Қалқабаева. – Алматы, 2011. - 467 б.
3. Протоколы диагностики и лечения заболеваний МЗ РК (Приказ №5 от 23.06.2016).
4. Андреева, И.В. Аллергические реакции на антибиотики / И.В. Андреева, О.У. Стецюк // Клиническая фармакология и терапия. – 2013. - № 22(2). – С.5-10.

### СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

*Субханова З.И.*

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является одной из ведущих причин заболеваемости и смертности современного общества и представляет собой значительную экономическую и социальную проблему, которая пока не имеет тенденции к улучшению [1,3]. Течение ХОБЛ имеет неуклонно прогрессирующий характер с исходом в дыхательную недостаточность и хроническое легочное сердце с ранней инвалидизацией, требующей определенных материальных затрат [2]. В настоящее время ХОБЛ рассматривается как заболевание дыхательных путей и легких с системными проявлениями [3]. Среди механизмов, лежащих в основе системных проявлений, важное место занимают гипоксемия, системное воспаление, эндотелиальная дисфункция. При ХОБЛ проблема коморбидности и мультиморбидности приобретает исключительную актуальность [2]. Особая роль ХОБЛ в возникновении поражения почек обусловлена несколькими факторами:

- широким спектром возбудителей ХОБЛ, которые гематогенным путем проникают в почечную ткань;
- достаточно длительным сроком течения заболевания;
- иммунологическими нарушениями.

В настоящее время недостаточно изучены проблемы коморбидности ХОБЛ и патологии мочевыделительной системы, что ухудшает ранний прогноз заболевания.

**Цель исследования.** Изучить состояние почек у пациентов с ХОБЛ.

**Материал и методы исследования.** Нами наблюдались 34 больных хронической обструктивной болезнью легких в возрасте от 40 до 60 лет, находившихся на лечении в пульмонологическом отделении ГУ НМЦ РТ. Из них мужчин 20 (58,8 %), женщин 14 (41,2 %). Критериями включения в исследование были больные I-III стадией ХОБЛ с длительностью заболевания более 5 лет. При обследовании использованы общеклинические методы исследования, анализ мокроты, рентгенография легких, ФВД, УЗИ почек, УЗИ легких по показаниям. Все больные получали традиционную терапию, при необходимости лечение сопутствующей патологии.

**Результаты исследования и их обсуждение.** При исследовании наблюдались 2 группы больных:

Первая группа – ХОБЛ в сочетании с сахарным диабетом II типа 13 (38,2 %);

Вторая группа – ХОБЛ в сочетании с ИБС 21 (61,8 %).

В обеих группах диагностировался хронический пиелонефрит, хронический цистит. В первой группе, кроме хронического пиелонефрита и хронического цистита, выявлены случаи хронической почечной недостаточности. Так, по данным исследования в первой группе в 8 (61,5%) случаях диагностировали хронический пиелонефрит, 2 (15,4 %) хронический цистит, 3 (23,1 %) хроническая почечная недостаточность. Во второй группе хронический пиелонефрит 10 (47,6 %) случаев, хронический цистит 2 (9,5 %). Исследование показало, что частота поражения почек во второй группе ниже по сравнению с первой группой. Отмечено влияние срока течения основного заболевания на возникновение и течение сопутствующей патологии, чем длительнее срок – тем тяжелее протекает сопутствующая патология. Так в первой группе у больных после 5 лет заболевания отмечалось тяжелое течение ХОБЛ и патология почек протекала с тяжелой диабетической нефропатией, а во второй группе после 7-8 лет. Кроме того, нами отмечено, что сопутствующие заболевания, в свою очередь, утяжеляют течение ХОБЛ и способствуют прогрессированию последнего.

**Выводы.** В следствии влияния системных факторов при ХОБЛ отмечается высокая частота поражения почек, особенно в сочетании с сахарным диабетом. Отмечено взаимоотношающее влияние основной и сопутствующей патологий. Своевременное выявление и коррекция этих изменений способствует более качественному лечению.

#### Список литературы

1. Чучалин. А.Г. Хроническая обструктивная болезнь легких и сопутствующие заболевания / А.Г. Чучалин // Пульмонология. - 2008. -№2.-С. 5-14.
2. Индекс коморбидности при хронической обструктивной болезни легких / Н.А. Кароли [и др.] // Национальный конгресс по болезням органов дыхания. - Казань, 2007. - С.616.
3. Клестер. Е.Б. Хроническая обструктивная болезнь легких и сочетанная патология / Е.Б. Клестер // Проблемы клинической медицины. - 2008. - №2. - С. 76-80.

### ТРУДНОСТИ В ОЦЕНКЕ ИСХОДА И ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

*Субханова З.И.*

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Пневмония – заболевание, с которым сталкиваются врачи почти всех специальностей. Пневмония остается одним из самых распространенных инфекционных заболеваний. На протяжении последних лет повсеместно возросло число внебольничных пневмоний с тяжелым и затяжным течением [1]. Во-первых, это связано с изменением этиологической структуры внебольничных пневмоний, которые приводят к более тяжелому течению; во-вторых, с увеличением в популяции частоты антибиотикорезистентных штаммов возбудителей [2,3]. Оценка тяжести состояния больного внебольничной пневмонией существенно влияет на дальнейшую тактику ведения, определяя показания для госпитализации и выбор тактики лечения. Несмотря на сложность проблемы, пневмония это одно из немногих заболеваний, при котором возможно полное выздоровление больного без утраты трудоспособности и инвалидизации. Хотя известно, что при благоприятном исходе ВП не всегда наступает полное выздоровление с восстановлением трудоспособности в установленные сроки [2,3].

**Цель исследования.** Выявить трудности в оценке исхода и выздоровления больных острой пневмонией.

**Материал и методы исследования.** Нами наблюдались 200 больных за период 2014-2019 гг., находившихся на лечении в отделении пульмонологии ГУ НМЦ РТ в возрасте от 20-70 лет. Из них мужчин 110 (55 %), женщин 90 (45%). При обследовании использованы общеклинические методы исследования, анализ мокроты, рентгенография легких, УЗИ легких – по показаниям. Все больные получали традиционную терапию: антибиотики, отхаркивающие, при необходимости симптоматическую терапию.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Все больные были распределены на 2 группы: 1) полное выздоровление – 61 (30,5 %) больных, из них мужчин 29 (47,5%), женщин 32 (52,5 %);

2) выздоровление с дефектом 139 (69,5 %), из них мужчин 81 (58,3%), женщин 58 (41,7%).

В первой группе больные после 3-х недельного лечения отмечали хорошее самочувствие, восстановление аппетита, нормализацию температуры. Объективно со стороны легких – отсутствие аускультативных изменений и симптомов легочной недостаточности. Нормализовались все острофазовые показатели (лейкоциты, отмечалось снижение СОЭ и С-реактивный белок). В течение 4 – недель получено рентгенологически подтвержденное разрешение инфильтрации в легких. В эту группу вошли больные в возрасте от 20-45 лет, в анамнезе которых не было хронических заболеваний бронхолегочной и сердечно-сосудистых систем. Во вторую группу – выздоровление с дефектом – вошли 139 (69,5 %) больных, в основном, старше 50 лет, в анамнезе которых имелись сопутствующие бронхолегочные, сердечно-сосудистые и эндокринные заболевания: хронический бронхит 68 (49,0 %), гипертоническая болезнь 34 (24,5 %), ишемическая болезнь сердца 23 (16,5 %), сахарный диабет 14 (10,0 %). У 34 (24,5 %) больных наблюдалось затяжное течение пневмонии. Клиническое и лабораторное улучшение во второй группе больных наступило, в среднем, через 5-6 недель. Для этой группы было характерно медленное рентгенологическое рассасывание инфильтрации с образованием ограниченного пневмосклероза у 32 (23,0 %) больных и исход с развитием постпневмонического бронхита 107(77,0 %). Сроки обратного развития острой пневмонии находились в прямой зависимости от характера и протяженности затемнения, наличия хронических заболеваний.

Фактически же, почти у всех больных к моменту выписки из стационара определялся избыточный и нечеткий легочный рисунок с явлениями периваскулярно-перибронхиальной инфильтрации. Рентгенологический контроль в

отдаленные сроки (до 2 лет) после перенесенной пневмонии показал, что изменения легочного рисунка у лиц, чувствующих себя здоровыми, могут наблюдаться даже через 1-1,5 года.

#### **Выводы.**

1. Единственно верным признаком выздоровления является рассасывание воспалительных изменений в легочной паренхиме, т.е. полное восстановление нормальной рентгенологической картины легких.

2. Исключительно важна роль клинического анализа всей информации о больном для постановки диагноза и прогноза заболевания.

3. Достоверное заключение возможно только в процессе диспансерного динамического наблюдения, нередко в течение многих месяцев.

#### **Список литературы**

1. Чучалин, А.Г. Затяжные пневмонии / А.Г. Чучалин // Пульмонология. – 2014. - №3. - С.5-10.
2. Авдеев, С.Н. Тяжелая внебольничная пневмония / С.Н. Авдеев А.Г. Чучалин // Русский мед. Журнал. - 2001. - Т.9, №5. – С.19-23.
3. Гостищев, В.К. Лечение острых абсцессов легких / В.К. Гостищев, Ю.К. Харитонов. // РМЖ. – 2001. - №9(3-4). – С.103-105.

### **РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА**

*Сулейманова З.А., Бобоходжаева З.Б., Садуллоева Н.А.*

Кафедра внутренних болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Повышение артериального давления (АД) и связанные с ним осложнения продолжают оставаться одной из главных проблем современной медицины, несмотря на значительные успехи в терапии этого состояния. Развитие первичной (эссенциальной) или вторичной (симптоматической) артериальной гипертензии (АГ) предопределено сложным взаимодействием гемодинамических, нейрогуморальных и других факторов.

Наличие у больного артериальной гипертензии различного генеза сопряжено с высочайшим риском ускоренного развития сердечно-сосудистой патологии. При гипертрофии миокарда левого желудочка (ГЛЖ) значительно повышается риск возникновения кардиоваскулярных осложнений, которыми чаще является инфаркт миокарда и фатальные нарушения ритма сердца [1, 2]. Это обусловлено одновременно комплексным действием и взаимодействием совокупности факторов риска заболеваний сердечно-сосудистой системы и процессов, неизбежно возникающих вследствие ремоделирования сердечной мышцы, и связанных с этим нарушений гомеостаза, метаболизма, гемодинамики и электрофизиологии миокарда.

В настоящее время установлено, что не только увеличение массы миокарда ЛЖ, но и тип его геометрических изменений определяет риск смертности больных от сердечно-сосудистых осложнений [3-5]. Ремоделирование левого желудочка сердца при АГ, возникающее в ответ на повреждающую перегрузку давлением и/или объемом, включает прогрессирующее увеличение массы миокарда, дилатацию полости, а также изменение его геометрических характеристик. Изучение этих процессов и инициируемых ими патогенетических механизмов имеет принципиальное значение не только для дальнейшего прогресса кардиологии, но и для развития современных представлений о природе и механизмах кардиоваскулярной патологии. Результаты достаточно скромных по объему работ посвященных этой тематике часто носят противоречивый характер.

**Цель исследования.** В интересах улучшения прогнозирования сердечно-сосудистых осложнений и их целенаправленной профилактики у больных с повышенным артериальным давлением исследовать особенности ремоделирования миокарда и ренальной артериальной гипертензии (с наличием и без хронической почечной недостаточности) и взаимосвязь изменений геометрии сердца с развитием сердечно-сосудистых заболеваний.

**Материалы и методы исследования.** Для решения поставленных перед исследованием задач было обследовано 94 пациента с артериальной гипертензией, находившихся на лечении и наблюдавшихся в Городском медицинском центре №2 имени К.Таджиева.

В первую группу вошли лица страдающие эссенциальной артериальной гипертензией (n = 79). При этом использовалась принятая в Российской Федерации классификация ГБ (2003 г.) с учетом требований МКБ X пересмотра. Вторую (n = 30) и третью (n = 65) группы больных составили больные с хронической болезнью почек (ХБП) по определению и классификации US National Kidney Foundation/Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (2005г.) причем во вторую группу вошли лица с 1-й, в третью – со 2 – 5 стадиями ХБП. Среди заболеваний, формировавших ХБП в группах обследованных больных, у 68 человек диагностирован хронический гломерулонефрит, у 27 – хронический пиелонефрит. Десять больных 3 группы с терминальной стадией ХПН получали заместительную почечную терапию гемодиализом (ГД), продолжительностью не более 1 года.

Все больные групп сравнения были рандомизированы по полу (мужчины) и возрасту (средний возраст у больных 1-й группы -  $47 \pm 5$ , 2-й –  $42,7 \pm 3,4$ , 3-й –  $51,1 \pm 2,9$  лет), длительности АГ ( $8,6 \pm 2,9$  лет). Больные с клиническими признаками ишемической болезни сердца (ИБС) и другими заболеваниями сердечно-сосудистой системы в исследование не включались. В качестве контрольной группы (4-я группа) было обследовано 20 здоровых лиц мужского пола. Их средний возраст составил  $32,5 \pm 2,8$  лет.

Были обследованы следующие показатели, отражающих данные анамнеза, результаты объективного осмотра, оценки сосудов глазного дна, антропометрических показателей, результаты биохимического и гормонального исследований крови, а так же результаты инструментальных методов исследования (ЭКГ покоя и суточное мониторирование по Холтеру; велоэргометрии; ЭхоКГ), выполненных по общепринятым методикам.

О наличии артериальной гипертензии свидетельствовало повышение САД  $\geq 140$  мм рт.ст. и/или ДАД  $\geq 90$  мм рт.ст. (Рекомендации Объединенного комитета США, 2003). Клиренс креатинина рассчитывался по Cockcroft-Gault как  $C_{cr}(\text{муж}) = (140 - \text{возраст}) \times \text{вес (кг)} / Cr (\text{ммоль/л}) \times 0,81$ ;  $C_{cr}(\text{жен}) = C_{cr}(\text{муж}) \times 0,85$ . Расчет данных проводился с применением пакета прикладных статистических программ BRIOMED COMPUTER PROGRAMS. Все значения представлены в виде  $(M \pm m)$ , где  $M$  – среднее значение признака,  $m$  – стандартная ошибка среднего. В качестве статистического критерия достоверности различий использовали t-критерий Стьюдента. Различия считали достоверными при  $p < 0,05$ . Вычислялись коэффициенты регрессии и корреляции, проводился анализ дисперсий и определялся критерий Фишера (F) для проверки значимости уровня регрессии [Григорьев 1992].

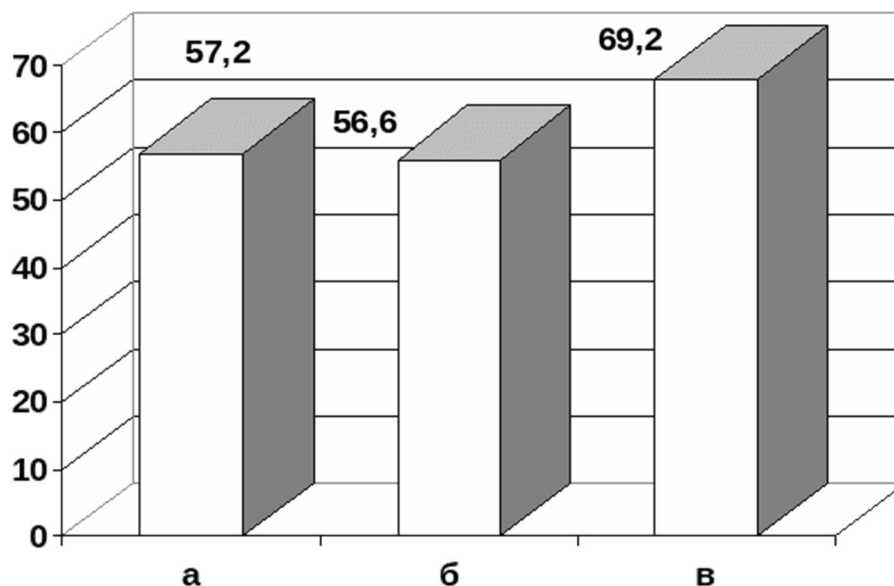
**Результаты исследования и их обсуждение.** На первом этапе исследования мы изучили частоту выявления ГЛЖ у больных с гипертонической болезнью и ХБП без и с ХПН. При этом особенностью исследования явилось то, что рассматривались не конкретные морфологические формы поражения почек, а сам факт наличия почечной патологии, что и предопределило использование термина ХБП.

Наличие ГЛЖ оценивалось, прежде всего, по результатам ЭхоКГ исследования, как наиболее информативного метода, в сравнении с рентгенографией органов грудной клетки. При этом с наибольшей частотой наличие ГЛЖ выявлялось при ХБП, сопровождавшейся нарушением их функции (69,2%), значимо реже – при отсутствии снижения клубочковой фильтрации (56,6%).

Частота выявления ГЛЖ при эссенциальной гипертензии занимала промежуточное значение, составляя 57,2%, значимо не отличаясь от таковой у больных 2-й группы ( $p > 0,05$ ), но существенно реже встречаясь, чем у пациентов 3-й группы ( $p < 0,05$ ), а так как ГБ 2 ст. характеризуется отсутствием поражения почек, что формально объединяет ее с ХБП 1 ст., что уже на этом этапе исследования позволяет сделать предположительный вывод о том, что присоединение почечной недостаточности само по себе ускоряет процессы ремоделирования миокарда (рис.1).

По степени выраженности ГЛЖ больные АГ различного генеза распределились следующим образом: При ГБ во II стадии заболевания наличие выраженной ГЛЖ (ММЛЖ  $\geq 200$  г, ТЗСЛЖЗ  $\geq 1,6$  см) выявлена у 17 больных (в 29,3% случаев всех пациентов с наличием ГЛЖ), умеренно выраженная ГЛЖ (ММЛЖ 150-200г, ТЗСЛЖЗ  $\geq 1,4$  см) обнаружена у 25 (64,1%), небольшой выраженности (ММЛЖ  $\leq 150$  г, ТЗСЛЖЗ  $\geq 1,2$  см) у 3-х пациентов (6,6%). У больных ХБП без ХПН выраженная ГЛЖ выявлена всего у 1 больного (5,8%), умеренно выраженная у 11 человек (65%), небольшой выраженности – у 5 больных (29,2%).

СВЭ, ЖЭ



**Рис. 1.** Частота выявления ГЛЖ у больных с АГ в процентах  
а – гипертоническая болезнь; б – ХБП с сохраненной функцией почек; в – ХБП с ХПН.

Больные ХБП с ХПН имели выраженную ГЛЖ у 12 пациентов - (26,6%), умеренно выраженную у 28 человек (62,2%), небольшой выраженности – у 5 больных (11,2%).

Таким образом, во всех исследованных группах выявлено абсолютное преобладание ГЛЖ умеренной степени выраженности. При ГБ преобладала концентрическая модель ГЛЖ (в 74,6%). Она же выявлена у всех больных ГБ с выраженной ГЛЖ. При этом обращало внимание не только преимущественное утолщение межжелудочковой перегородки, но и ЗСЛЖ. При ХБП с сохраненной функцией почек частота выявления концентрической ГЛЖ была меньше и составила 62,5%, а у больных ХБП с ХПН превалировала эксцентрическая модель ГЛЖ (64,4%), на фоне увеличения преимущественно КДО ЛЖ. Выявление признаков относительной коронарной недостаточности при выполнении нагрузочных проб и проведении суточного мониторирования ЭКГ является одним из основных факторов повышенной предрасположенности пациента с АГ к развитию сердечно-сосудистых осложнений.

Средние значения показателей эхокардиографии представлены в таблице 1.

Таблица 1

## Показатели эхокардиографии у больных АГ и здоровых лиц

Показатель	I ГБ n=79	II ХБП без ХПН n=30	III ХБП + ХПН n=65	Здоровые n=20
КДР ЛЖ см	5,2±0,34	5,2± 0,05	5,42± 0,87*	4,47± 0,088
КДО ЛЖ мл	138,73±9,62	131,03±4,31	164,7±21,9	105,7± 5,98
ФИ %	57,3±3,9	60,9± 2,0	58,93± 85	64,2± 0,95
ММЛЖ г	174,2±3,6	174,2± 3,68	183,1±35,8	119,7± 0,64
ДТМЖП см	1,3±0,36*	1,27± 0,03	1,18± 0,21	1,089± 0,59
ДТЗСЛЖ см	1,4±0,37*	1,45± 0,04	1,17± 0,76	0,78± 0,02
ЛП см	3,82±0,26	3,9± 0,141	3,62± 0,09	3,0± 0,08
ИММЛЖ г/м <sup>2</sup>	149,8± 11,3	138,1 ± 12,9	141,54 ± 13,1	113,2 ± 9,2
ОТСЛЖ	0,46±0,05	0,43± 0,141	0,42± 0,09	0,41± 0,02

p<0,05 больные ХБП с ХПН и больные ГБ

Выявление нами, при сравнении средних значений основных эхокардиографических показателей, характерных особенностей ремоделирования миокарда, нашло свое отражение в преобладании различных геометрических моделей левого желудочка у исследованных групп. (табл. 2).

Таблица 2

## Частота выявления различных геометрических моделей у больных АГ в абсолютных цифрах и процентах

Показатель	I ГБ n=79	II ХБП без ХПН N=30	III ХБП + ХПН n=65
Концентрическая ГЛЖ	33 (74,6)	11 (62,5)	16 (35,6)
Эксцентрическая ГЛЖ	12 (25,4)	6 (37,5)	29 (64,4)
Концентрическое ремоделирование	2 (2,53)	3 (10)	7 (10,7)

В ряде случаев при выявлении признаков ишемии миокарда больным АГ выполнялась коронароангиография. При выявлении бессимптомных признаков стенозирующего процесса коронарных артерий, требующего реконструктивного вмешательства, больные с АГ из исследования исключались.

В ходе проведенного обследования нами выявлена положительная корреляционная зависимость между развитием ГЛЖ и уровнем систолического артериального давления, длительностью АГ, наличием изменений сосудов глазного дна (ангиопатией), уровнем альдостерона плазмы крови, толщиной стенок ЛЖ и объемными показателями ЛЖ во всех обследованных группах больных с АГ (p=0,03-0,04). Особенностью частоты выявления ГЛЖ в зависимости от длительности АГ при ХБП как с сохраненной функцией почек, так и при наличии ХПН, является то, что максимальная частота выявления ГЛЖ приходится на длительность АГ от 5 до 10 лет, тогда как при эссенциальной АГ. Максимальная частота выявления ГЛЖ приходится на длительность АГ свыше 10 лет. По нашим данным, в группе больных нефрогенной АГ с ХПН в наибольшей степени обращает на себя внимание наличие зависимости изменения основных показателей процесса ремоделирования в зависимости от сроков как самого заболевания почек, появления АГ и развития ХПН.

**Выводы:**

1. Для пациентов с артериальной гипертензией, независимо от нозологической формы, в рамках которой она проявляется (ГБ, ХБП с наличием и без ХПН) характерна высокая частота гипертонического ремоделирования миокарда левого желудочка сердца. Наиболее часто она выявляется при наличии ХПН (69,2%), значительно реже при гипертонической болезни (57,2%) и ХБП без ХПН (56,6%), причем при хронической болезни почек частота выявления патологического ремоделирования миокарда имеет прямую корреляционную зависимость от степени утраты почечных функций (r = 0,04).

2. У больных с ГБ, ХБП с и без ХПН наличие ГЛЖ имеет прямые корреляционные связи с длительностью АГ (r = 0,78, r = 0,68, r = 0,59), уровнем систолического артериального давления (r = 0,91, r = 0,72, r = 0,57), наличием изменений сосудов глазного дна (r = 0,73, r = 0,75, r = 0,81), уровнем альдостерона плазмы крови (r = 0,64, r = 0,67, r = 0,69), толщиной стенок ЛЖ по данным ЭхоКГ (r = 0,78, r = 0,59, r = 0,56). У больных ХБП с ХПН наличие ГЛЖ также имеет прямую зависимость со степенью снижения клубочковой фильтрации (r = 0,69), и конечным диастолическим объемом ЛЖ (r = 0,89), что позволяет использовать каждый из названных показателей для суждения о наличии патологического ремоделирования миокарда у пациента.

**Список литературы**

1. Особенности гипертрофии левого желудочка и оценка индекса массы миокарда левого желудочка у больных гипертонической болезнью и нефрогенной артериальной гипертензией. /А.Н. Фурсов, Ф.А. Орлов, А.Г. Каракозов, В.В. Кондратов // «Неотложные состояния в медицине» Тез. докл. 3-й юбилейной конф. 574 военного клинического –госпиталя. М.2001. - С.207-208

2. Способ нормализации нарушений ритма сердца при гипертонии /В.Н. Ардашев, А.Л. Господаренко, Ф.А. Орлов, А.М. Литвинов //Патент на изобретение № 2226085. Зарегистрирован в Государственном реестре изобретений Российской Федерации 27 марта 2004г.
3. Хронобиологические аспекты профилактики гипертонических кризов у больных гипертонической болезнью/ Ю.Е. Серебрянский, Вилковский Ф.А., Ф.А. Орлов Удалов С.Г// Тез. и выступл. с докл. Науч. конф. НИИ им. Н.В. Склифосовского «Современные возможности и новые подходы в лечении и профилактике гипертонических кризов» М. 2004. -С. 21-23
4. Экстракорпоральные методы в лечении хронического пиелонефрита в амбулаторной практике / Краев Н.Н., Ф.А. Орлов, Мережкин А.М. //Мат. науч.-практ. конф. «Новые возможности и современные взгляды на диагностику больных в условиях Лечебно-диагностического Центра» 12-й Лечебно-диагностический центр М. 2004г. С.41-42
5. Применение математического метода в комплексной оценке тяжести состояния больных артериальной гипертензией различного генеза /Ф.А. Орлов// Мат. науч.-практ. конф. «Новые возможности и современные взгляды на диагностику больных в условиях Лечебно-диагностического Центра» 12-й Лечебно-диагностический центр М. 2004г. С. 67-68

## ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

*Султонов Р.А., Раджабов У.Р., Сангинов А.Б.*

Кафедра фармацевтической и токсикологической химии,

Кафедра фтизиопульмонологии и ЦНИЛ ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность** В литературе отсутствуют сведения конкретно - к способам лечения и профилактики заболеваний органов дыхания с помощью воздушной среды, содержащей координационного соединения. диацетилцистеинат железа (II). Для лечения бронхиальной астмы с преобладанием инфекционно-зависимого компонента течения и хронического обструктивного бронхита применяют декасан (декаметоксин Decamethoxinum), Небутамол (Сальбутамол Salbutamolum), Флутиказона Fluticasonum в рекомендованных дозах для ингаляций. К недостаткам описанного способа относятся недифференцированный подход к лечению больных с различными нозологическими формами заболеваний, т.е. для лечения и профилактики больных с различными нозологическими формами заболеваний органов дыхания назначают один и тот же режим с одинаковой концентрацией аэрозоля или длительность курса лечения, недифференцированный подход к лечению больных с различными нозологическими формами бронхиальной астмы, труднодоступность и невысокая пропускная способность подземной лечебницы. Поэтому сведения о лечении и профилактики заболеваний органов дыхания с помощью воздушной среды, содержащей координационного соединения. диацетилцистеинат железа (II) является актуальным.

**Цель исследования** является разработка способа лечения и профилактики заболеваний органов дыхания путем воздействия аэрозолем диацетилцистеинат железа (II) - 1% с дифференцированным подходом к пациентам с различными нозологическими формами заболеваний.

**Материал и методы исследования.** Для решения поставленной задачи пациентов подвергают воздействию аэрозоля диацетилцистеинат железа (II), причем предварительно формируют группы пациентов по нозологическим формам заболевания и показателю объема форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1), затем с учетом этих факторов назначают один из режимов воздействия, определяемых концентрацией диацетилцистеинат железа (II) - 1% в воздухе и количеством сеансов на курс, а концентрацию диацетилцистеинат железа (II) - 1% поддерживают постоянной в течение каждого сеанса. В частных случаях для лечения и профилактики бронхиальной астмы с преобладанием инфекционно-зависимого компонента течения, хронического астматического бронхита и хронического обструктивного бронхита при значении показателя ОФВ1 менее 60% от жизненной емкости легких назначают режим воздействия с концентрацией диацетилцистеинат железа (II) - 1% при том же количестве сеансов на курс. Полученные результаты научно-исследовательской работы на базе кафедры фтизиопульмонологии ТГМУ имени Абуали ибн Сино и НЦТП и ТХ внедрено, для лечения больных с болезням дыхательных путей (бронхоэктаз, пневмония, бронхопневмония, фиброзно-буллезный болезнь, поликистоз лёгких, абсцесс лёгких, трахеит, ларинготрахеит, туберкулёз лёгких и др.) с раствором диацетилцистеинатжелезо(II) и оформлено в виде актов и рационализаторских предложений [1,2].

**Результаты исследования и их обсуждение.** Полученные результаты научно-исследовательской работы на базе кафедры фтизиопульмонологии ТГМУ имени Абуали ибн Сино и НЦТП и ТХ внедрено, для лечения больных с болезням дыхательных путей (бронхоэктаз, пневмония, бронхопневмония, фиброзно-буллезный болезнь, поликистоз лёгких, абсцесс лёгких, трахеит, ларинготрахеит, туберкулёз лёгких и др.) с раствором диацетилцистеинатжелезо (II) и оформлено в виде актов и рационализаторских предложений.

Муколитическое свойства диацетилцистеинат железа (II) - 1% было обследовано и пролечено на базе кафедре фтизиопульмонологии, НЦТП и ТХ (национальный центр туберкулёз, пульмонологии и торакальной хирургии) 300 больных с лёгочными патологиями. Всем больным было применено раствор диацетилцистеинат железо(II) (In vitro). Диацетилцистеинат железа(II) является активным муколитическим препаратом. Механизм его действия основан на разрыве дисульфиды связей кислых мукополисахаридной мокроты, что способствует уменьшению вязкости слизи. Препарат также способствует разжижению гноя. Помимо этого препарат способствует синтезу глутатиона – главной антиокислительной системы организма, что повышает защиту клеток от повреждающего воздействия свободно-радикального окисления, свойственного интенсивной воспалительной реакции. Диагностическую и лечебную ценность фибробронхоскопии в значительной мере повышает использование дополнительных диагностических эндобронхиальных манипуляций. При лечебной бронхоскопии лаваж с раствором диацетилцистеинат железо(II) нами было произведено у 150 больных с бронхоэктатической болезнью принимало 3–6 мл 1,0% раствора, который вводят в бронхиальное дерево в конце санации.

Санационные бронхоскопии или лечебная бронхоскопия выполняют через день, 8–10 санаций на курс лечения. Желательно в год проводить 2–3 курса лечебных бронхоскопий, для больных лёгочной патологией именно с бронхоэктазиями. У 212 больных было ингаляция с раствором диацетилцистеинат железа(II) у больных с бронхиальной астмой, хроническими заболеваниями нижних дыхательных путей, аспирационным синдромом, что очень сильно помогло больным купировать приступ удушья, с целью лечебной и профилактической. Диацетилцистеинат железа(II) остаётся активным независимо от характера мокроты (серозная, гнойная). Препарат действует как муколитик. Он нейтрализует и обезвреживает свободные радикалы, выводит токсины из организма. При выраженном воспалительном процессе защищает клетки от повреждения. В качестве профилактического средства раствор для ингаляций диацетилцистеинат железа (II) снижает риск присоединения бактериальной инфекции, препятствует развитию осложнений у пациентов. Лечение астмы диацетилцистеинат железа(II) помогает разжижить бронхиальный секрет, облегчить его отхождение с кашлем. Терапия улучшает проникновение кислорода по альвеолярно-мембранному капилляру, что улучшает газообмен между внешней средой и крови. Для проведения ингаляций с небулайзером для одной ингаляции дозировка составляет 2 – 3 мл. Время проведения процедуры 10 – 15 минут (до полного испарения) [3].

**Таким образом,** введение бронхолитика диацетилцистеинатжелезо(II) -1% способствует более быстрому регрессированию симптоматики бронхиальной обструкции.

**Вывод.** Таким образом, заявляемый способ лечения заболеваний органов дыхания обеспечивает дифференцированный подход к пациентам с различными нозологическими формами заболеваний органов дыхания, позволяет повысить эффективность лечения за счет повышения точности назначения общей дозы аэрозоля диацетилцистеинатжелезо(II) -1%, получаемой пациентом во время всего курса лечения, так как концентрацию контролируют и поддерживают постоянной в течение каждого сеанса, а число сеансов и величину концентрации выбирают для каждой нозологической формы заболевания.

### Литература

1. Машковский М.Д. Лекарственные средства В 2т. - Т.1., Т.2. – М.: ООО «Издательство новая волна», 2004. - С. 540 и 608.
2. Патент РТ №ТJ.975 Ферас обладающий антиоксидантным действием/ Раджабов У.Р., Юсуфи С.Дж., Султонов Р.А., Юсупов И.Х., Наврузова Г.Ф., Холова Ш.А., Чалилов Ф.К.Муродова Н.М. В гос. реестре зарегистрирован 12 февраля 2019г. Заявка №1801251.
3. Синтез и применение металлосодержащих биоактивных координационных соединений / У. Раджабов, С.Г. Ёрмамадова, Р.Н. Рахимова, Мижгони Шухратзода.– Душанбе: Ирфон, 2017.– 151с.

### РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ИНТЕРЛЕЙКИНА TNF- $\alpha$ В ПАТОГЕНЕЗЕ РАЗВИТИЯ НЕСТАБИЛЬНЫХ ВАРИАНТОВ СТЕНОКАРДИИ

*Тогаев Д.Х., Ташкенбаева Э.Н., Зиядуллаев Ш.Х., Кадырова Ф.Ш.*

Самаркандский государственный медицинский институт  
Самаркандский филиал РНЦЭМП, Узбекистан

Важную роль в патофизиологии ИБС играют процессы воспаления иммунного ответа. Изучению взаимосвязи между полиморфизмом генов, вовлеченных в каскад реакций воспаления и иммунного ответа, экспрессией этих генов и риском развития сердечно-сосудистой патологии посвящено большое количество исследований [1,2,3,4]. Результаты исследований в отношении полиморфизма генов некоторых цитокинов при ИБС неоднозначны.

**Цель исследования:** проанализировать распределение частот аллелей и генотипов гена интерлейкина TNF- $\alpha$  и определить роль в патогенезе ИБС ассоциированной бессимптомной гиперурикемией (БГУ).

**Материалы и методы исследования.** Под наблюдением находились 100 пациентов с ИБС ассоциированной бессимптомной ГУ и 50 здоровых доноров узбекской этнической принадлежности, с отсутствием клинических проявлений заболевания. Проведен анализ полиморфизма исследуемого гена TNF- $\alpha$  у здоровых доноров, и у пациентов ИБС ассоциированной БГУ.

При исследовании распределения частот аллелей G и A гена TNF $\alpha$  было зарегистрировано, что доминантным аллелем явился A аллель гена TNF $\alpha$  (64% против 46%, соответственно,  $\chi^2=8,8$ ; P=0,002).

При исследовании распределения частот генотипов гена TNF $\alpha$  нами выявлено увеличение частоты встречаемости гомозиготного варианта A/A аллели гена TNF $\alpha$  у пациентов с ИБС ассоциированной бессимптомной ГУ по сравнению с контролем (53% против 36%, соответственно,  $\chi^2=9,1$ ; P=0,002; OR=1,41).

При распределении пациентов по половому признаку установлено, что у мужчин частота встречаемости гетерозиготного варианта G/A варианта гена была статистически значимо выше, чем у мужчин контрольной группы (26,7% против 7,2%, соответственно,  $\chi^2=4,55$ ; P=0,03; OR=0,10).

Нами установлены особенности G/A полиморфизма гена интерлейкина TNF $\alpha$  в зависимости от клинических проявлений ИБС с бессимптомной гиперурикемией. Выборка больных была разделена на следующие 2 группы: ИБС ассоциированная бессимптомной гиперурикемией со СС – 39 больных; с НС – 61 больных. У пациентов с НС зарегистрирована высокая частота встречаемости A/A варианта гена TNF $\alpha$  и тенденция снижения его G/G варианта, по сравнению с контролем (60,6% против 36%, соответственно,  $\chi^2=10,3$ ; P=0,001; OR=1,76).

Изучение степени взаимосвязи полиморфизма гена TNF $\alpha$  с концентрацией общего холестерина, цитокинов и МК сыворотки крови пациентов ИБС ассоциированной с бессимптомной гиперурикемией представляет особый интерес с точки зрения влияния транспортировки и выведения глюкозы, мочевой кислоты на процессы прогрессирования ишемической болезни сердца (ИБС) и атеросклеротического процесса.



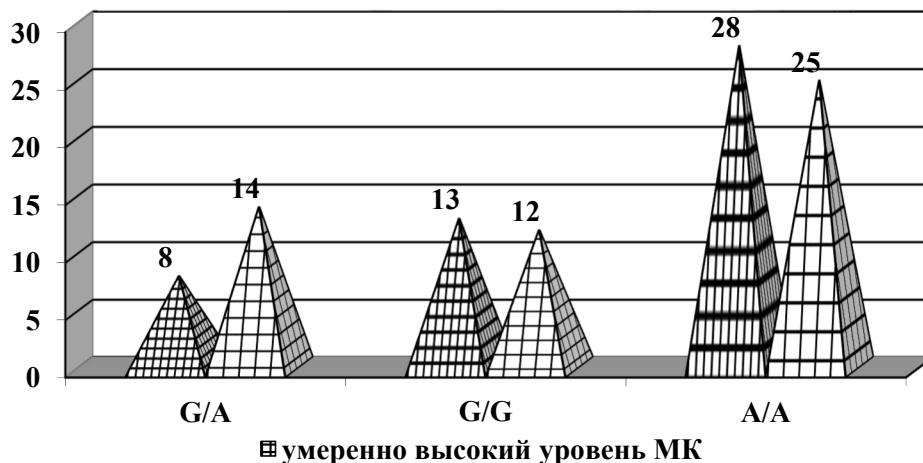


Рис. 1. Ассоциация полиморфизма гена TNF $\alpha$  с концентрацией МК крови пациентов ИБС ассоциированной с бессимптомной гиперурикемией

При формировании групп пациентов ИБС ассоциированной с бессимптомной гиперурикемией на группы в зависимости от концентрации МК крови нами была зарегистрирована ассоциация его уровня с полиморфизмом гена TNF $\alpha$ .

Анализ связи A/G полиморфизма гена TNF $\alpha$  с уровнем мочевой кислоты при ИБС указывает на не существенные взаимосвязи уровня МК в зависимости от генотипа исследованных пациентов (рис. 1). Так, несущественное доминирование пациентов с содержанием МК сыворотки крови более 350 ммоль/л констатировано в группе с G/A полиморфизмом гена TNF $\alpha$ . Незначительное преобладание пациентов с умеренно высоким уровнем МК сыворотки крови отмечено в группе с наличием гомозиготного G/G и гетерозиготного G/A генотипа гена TNF $\alpha$  (рис. 1).

При распределении пациентов ИБС ассоциированной с бессимптомной гиперурикемией на группы в зависимости от концентрации общего ХС крови нами была зарегистрирована ассоциация его уровня с полиморфизмом гена TNF $\alpha$ .

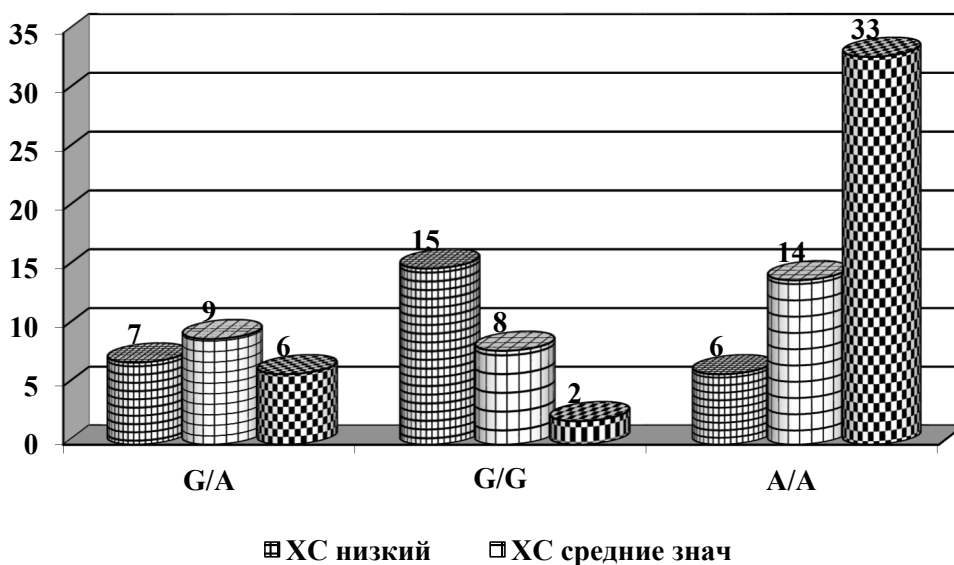


Рис. 2. Ассоциация полиморфизма гена TNF $\alpha$  с концентрацией общего холестерина крови пациентов ИБС ассоциированной с бессимптомной гиперурикемией

Так, пациентов с содержанием общего ХС крови более 6,2 ммоль/л отличительно больше выявлено в группе с наличием A/A варианта гена TNF $\alpha$ , следовательно характерным для лиц с данным генотипом является гиперхолестеринемия. Наибольшее количество пациентов со средним уровнем общего холестерина (от 5,1 до 6,1 ммоль/л) зарегистрировано в группе лиц с G/A генотипом гена TNF $\alpha$ . Пациентов с низким (менее 5,0 ммоль/л) уровнем общего ХС больше наблюдалось при G/G варианте гена TNF $\alpha$ .

Нами также проведено исследование уровня интерлейкинов в сыворотке крови в зависимости от G/A полиморфизма гена TNF $\alpha$ . При ишемической болезни сердца ассоциированной с БГУ выявлены изменения регуляции продукции цитокинов в зависимости от полиморфного гена TNF $\alpha$  (таб 1).

Установлено, что в группах пациентов с ишемической болезнью сердца ассоциированной с БГУ – носителей гомозиготных и гетерозиготных аллелей – значения интерлейкина-6 были достоверно выше показателей группы контроля. Так, у пациентов ИБС ассоциированной БГУ при носительстве гомозиготного варианта A/A аллеля, определялось наиболее высокое содержание IL-6 в сыворотке крови составляя  $6,1 \pm 0,22$  пг/мл.

Уровень концентрации цитокинов в зависимости от G/A полиморфизма гена TNF $\alpha$  у больных ИБС с бессимптомной гиперурикемией

Показатели концентрации цитокинов	Генотип TNF $\alpha$			Уровень значимости (P) между группами 1, 2, 3
	G/A	G/G	A/A	
	1	2	3	
				2-1 <0,001
				3-1 <0,001
				3-2 <0,001
				2-1 <0,01
				3-1 <0,001
				3-2 <0,001

Установлено, что самый высокий уровень ФНО- $\alpha$  был ассоциирован также с A/A вариантом соответствующего гена в группе пациентов с ИБС ассоциированной БГУ. Значения ФНО- $\alpha$  составляя 8,4 $\pm$ 0,24 пг/мл в данной группе были достоверно выше, чем у пациентов, имеющих гомозиготный G/G и гетерозиготный генотип A/G P<0,001, P<0,001 соответственно.

**Выводы:** Таким образом, у здоровых доноров и пациентов с ИБС ассоциированной БГУ в генах интерлейкина TNF $\alpha$ , доминантными аллелями являются А аллель, у пациентов общей группы, в отличие от здоровых доноров, отмечается увеличение частоты встречаемости гомозиготной AA-аллели гена TNF $\alpha$ , носительство гомозиготного А варианта гена TNF $\alpha$  была также ассоциирована с нестабильным течением ИБС ассоциированной БГУ.

#### Список литературы

1. Ахмедова Ш. С., Гадаев А. Г., Ходжиметов А. А., Нуриллаева Н. М. Клинический эффект и состояние маркеров дисфункции эндотелия у больных с хронической сердечной недостаточностью, получавших терапию аспирином и карведилолом // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2009. - №12(1). – С. 26-28.
2. Клиническое значение полиморфизма генов липидтранспортной системы у больных нестабильной стенокардией с отягощенным семейным анамнезом / Ф.М. Бекметова [и др.] // Евразийский кардиологический журнал. – 2013. – №. 2. – С. 51-59.
3. Ташкенбаева, Э.Н. Бессимптомная гиперурикемия: патогенетические аспекты, клиника, прогнозирование и коррекция / Э.Н. Ташкенбаева, А.Л. Аляви, Д.Х. Тогаев // МЗ РУз, РСНПМЦТиМР, СамГосМИ, СамФ-РНЦЭМП. – Ташкент: Фан, 2014. – 176с.
4. Ташкенбаева, Э.Н. Прогностическая значимость бессимптомной гиперурикемии и корригирующая активность аллопуринола и Гепат-Мерц в комплексной терапии у больных с прогрессирующей стенокардией / Э.Н. Ташкенбаева // Врач-аспирант. – 2009. – №3. – С. 261-268.

#### ОСОБЕННОСТИ ПОДХОДА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА У БОЛЬНЫХ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

*Тоджиддинов Т.Б., Ганиева М.Т., Исоева М.Б.*

Кафедра неврологии и основ медицинской генетики ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭП) – хроническая прогрессирующая форма цереброваскулярной патологии (ЦП), характеризующаяся развитием многоочагового или диффузного ишемического поражения головного мозга [1,2]. Когнитивные нарушения являются ключевым проявлением ДЭП, которые во многом определяют тяжесть состояния больных. Они могут служить важнейшим диагностическим критерием ДЭП и являются, возможно, наилучшим ориентиром для оценки динамики заболевания. Коррекция когнитивных нарушений у больных ДЭП часто имеет решающее значение для улучшения качества жизни пациента и его родственников [3,4]. Без хотя бы минимального (скринингового) нейропсихологического тестирования не только невозможно выявление когнитивных нарушений, но и весьма затруднены диагностика ДЭП, определение её тяжести и динамики. Учитывая преобладание у значительной части пациентов в нейропсихологическом статусе регуляторных и нейродинамических нарушений, применение в качестве скринингового инструмента, ставшего популярным в последние годы, Краткой шкалы психического статуса (MMSE), недостаточно чувствительной к этому типу нарушений, может быть причиной неправильной диагностики [1]. Причиной ложно отрицательной диагностики когнитивных нарушений при ДЭП может быть также использование лишь одного теста (например, теста «рисование часов»), который не позволяет оценить весь спектр когнитивных функций.

**Цель исследования.** Изучить особенности диагностики и своевременного лечения когнитивного дефицита у больных с дисциркуляторной энцефалопатией.

**Материал и методы исследования.** Нами было обследовано 46 пациентов с выявленными когнитивными расстройствами, находившихся на стационарном лечении во II неврологическом отделении НМИЦ РТ города Душанбе. Из 46 пациентов было 27 мужчин, 19 - женщин, в возрасте 55-76 лет. Оценка когнитивных функций больных осуществлялась с использованием следующих нейропсихологических тестов: краткая шкала оценки психического статуса (MMSE), тест рисования часов и шкала Хачинского. Исследование проводилось на 1-й, 10-й и 21-й день лечения, а также были проведены нейровизуализационные методы исследования (КТ и МРТ головного мозга) для сравнения степени когнитивных нарушений в зависимости от очага поражения головного мозга. Больные были распределены на 2 группы. 1-ю группу составили 21 больной, которые получали лечение в соответствии с протоколом. 2-ю группу составили 25 больных, которые получали дополнительно картосерин .

**Результаты исследования и их обсуждение.** Во время госпитализации уровень когнитивного дефицита в обеих группах был одинаковым. В основном когнитивный дефицит выражался нарушением памяти и концентрации внимания, а также нестабильным эмоциональным статусом. У большинства исследуемых больных число баллов по шкале Хачинского составило более 7, средний балл составил  $9,5 \pm 1,0$ . Данные показатели свидетельствуют о сосудистом генезе когнитивного дефицита. У 5 больных число баллов по данной шкале составило менее 7, что свидетельствует о смешанном генезе когнитивного дефицита. При исследовании групп, в зависимости от очага поражения, визуализированного КТ или МРТ, в обеих группах отмечался выраженный когнитивный дефицит при многоочаговом поражении в лобной доле. Правосторонняя локализация проявлялась выраженными когнитивными и эмоциональными нарушениями, которые труднее восстанавливались на фоне комплексного лечения.

В ходе исследования было отмечено, что препарат картосерин положительно влияет на когнитивную функцию - речь, а также на объем запоминания и воспроизведения, концентрацию и устойчивость внимания, ассоциативные процессы, психомоторные функции. Эти результаты нашли отражение в проводившемся тестировании. В 1-й день лечения средний балл по шкале MMSE в 1-й группе составил  $24,5 \pm 1,0$ , на 10-й день –  $25,0 \pm 0,5$  а на 15-й день средний балл составил  $27,0 \pm 0,3$ . Во второй группе результаты были менее значительными. По шкале MMSE в начале лечения средний балл составил  $22,4 \pm 0,5$ , а к концу лечения  $24,5 \pm 1,0$ . По другим шкалам также отмечалась положительная динамика у больных 2 группы.

**Выводы.** Своевременное исследование когнитивных функций у больных с дисциркуляторной энцефалопатией повышает реабилитационный потенциал и улучшает качество жизни. В среднем эффективность терапии картосерином следует расценивать как умеренную, однако на сегодняшний день этот максимум того, что можно добиться при данном заболевании. Таким образом, сохраняется потребность в поиске препаратов с другим механизмом действия, способных улучшить когнитивные функции.

#### Список литературы

1. Левин, О.С. Дисциркуляторная энцефалопатия: современные представления о механизмах развития и лечения / О.С. Левин // *Consilium medicum*. – 2007. - №8. – С.72–79.
2. Штульман, Д.Р. Неврология / Д.Р. Штульман, О.С. Левин // *Справочник практического врача*. - М.: Медпресс-информ, 2008. - №6. – С.1050.
3. Pantoni, L. The relation between white matter lesions and cognition / L. Pantoni, A. Poggesi, D. Inzitari // *Curr. Opin. Neurol.* – 2007. - №20. – С.390–397.
4. Schmidtke, K. Cerebral small vessel disease: how does it progress? K. Schmidtke, M. Hull // *J. Neurol. Sciences.* – 2005. - №229/230. – С.13–20.

#### НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЭКСТРАКАРДИАЛЬНЫХ МЕХАНИЗМОВ АДАПТАЦИИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

*Умарова С.А., Умаров А.А.*

Кафедра внутренних болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Последние три десятилетия получено много доказательств связи между вегетативной дисфункцией ритма сердца и повышением вероятности летального исхода при сердечно-сосудистых заболеваниях [1]. Низкая вариабельность ритма сердца является независимым предиктором сердечно-сосудистой смерти, включая внезапную смерть [2]. Эту связь обычно объясняют с вегетативной дисфункцией, что предрасполагает к возникновению угрожающих жизни аритмий [3]. Неоднократно в многоцентровых проспективных исследованиях доказано прогностическое значение вариабельности сердечного ритма при артериальной гипертензии [4,5]. Однако в доступной нам литературе мы не встретили специальных публикаций, посвященных изучению вариабельности сердечного ритма у лиц старших возрастов с повышенным артериальным давлением вообще, и гипертонической болезнью в частности.

**Цель исследования:** изучить характер экстракардиальной вегетативной регуляции ритма сердца у больных гипертонической болезнью пожилого возраста.

**Материалы и методы исследования.** Исследование проведено на базе кардиологического отделения ГМЦ №1 г. Душанбе. В исследование были включены 46 пациентов гипертонической болезнью в возрасте от 60 до 74 лет (средний возраст  $67,5 \pm 1,8$  года), из них 20 женщин и 26 мужчин. Продолжительность заболевания составляло в среднем  $9,8 \pm 1,5$  года. У 11 больных диагностировали мягкую, 35 пациентов умеренную степень артериальной гипертензии (по классификации ВОЗ/ МО АГ, 1999). Контрольную группу составили 15 практически здоровых лиц, сопоставимые по возрасту. Критериями исключения из исследования были симптоматические артериальные гипертензии, сердечная недостаточность II-IV функционального класса, нарушения ритма и проводимости сердца.

Исследование вариабельности ритма сердца проводили при помощи аппарата «ВАРИКАРД-1.41» (Россия). Запись ЭКГ осуществляли в течение 5 минут утром в состоянии покоя в одном из стандартных отведений в положении лежа. Анализ параметров вариабельности ритма сердца выполнялся при условии устойчивого синусового ритма. Определяли временные показатели: SDNN- среднее квадратичное отклонение последовательных интервалов R-R, RMSSD- стандартное среднее квадратическое отклонение разности последовательных интервалов R-R, PNN50- частота последовательных интервалов R-R, разность между R-R, которая превышает 50мс, а также спектральный анализ с вычислением: мощности в диапазоне очень низких частот (VLF, мс<sup>2</sup>), мощности в диапазоне низких частот (LF, мс<sup>2</sup>), мощности высокочастотной составляющей спектра (HF, мс<sup>2</sup>) и индекс вагосимпатического взаимодействия (LF/HF).

Статистическую обработку результатов исследования проводили с использованием программы Statistika 6.0(StatSoft, USA). Достоверность различия средних величин устанавливали с помощью t- критерия Стьюдента.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В контрольной группе по сравнению с больными гипертонической болезнью зарегистрированы достоверно высокие показатели SDNN в среднем на 27,5% и PNN 50 на 74,1%. Отмечалась низкая активность симпатической части вегетативной нервной системы, что проявлялось меньшим LF в среднем на 18,9%, а также нормальным показателем симпатико-парасимпатического баланса (LF/HF). Выявлено недостоверное повышение активности парасимпатической части вегетативной нервной системы – HF в среднем на 21%. Полученные данные представлены в таблице 1.

**Таблица 1. - Показатели вариабельности сердечного ритма в контрольной группе и больных гипертонической болезнью пожилого возраста**

Показатель	Величина показателя (M±m)	
	Контрольная группа	Больные гипертонической болезнью
SDNN, мс	72,20 ± 5,47	55,4 ± 4,15*
RMSSD мс	43,20 ± 2,12	31,7 ± 1,67
PNN 50%	9,1 ± 0,73	4,8 ± 0,51*
LF, мс <sup>2</sup>	18,6 ± 1,12	15,3 ± 0,9
HF, мс <sup>2</sup>	1109 ± 1,07	1399 ± 1,16
LF/HF	1,52 ± 0,12	2,37 ± 0,7*

**Примечание:** \* - статистически значимые различия в сравнении между больными ГБ и группой контроля (P<0,05)

В группе больных гипертонической болезнью обнаружено повышение тонуса симпатической части вегетативной нервной системы, что подтверждалось снижениями временных (SDNN, RMSSD, PNN50) и спектрального (HF) величин, характеризующих парасимпатическую регуляцию ритма сердца, а также повышением LF и LF/HF в сторону симпатической части вегетативной нервной системы.

**Выводы.** Полученные данные свидетельствуют, что у больных гипертонической болезнью пожилого возраста отмечались низкие данные вариабельности ритма сердца, что косвенно свидетельствуют о преобладании тонуса симпатической части вегетативной нервной системы, которое может иметь неблагоприятное прогностическое значение и должно учитываться при назначении соответствующей терапии данной категории больных.

#### Список литературы

1. Казаковцева, М.В. Вариабельность ритма сердца у больных с гипертонией / М.В. Казаковцева, Е.И. Тарловская // Тезисы XII всероссийского конгресса «Артериальная гипертония 2016: итоги и перспективы». – Москва, 2016. - С. 12-13.
2. Коркушко, О.В. Методология анализа вариабельность ритма сердца: возрастные аспекты / О.В. Коркушко, А.В. Писарук, В.Б. Шатило // Ключевая статья. – 2014. –Т. 4, №3. – С. 5-17.
3. Подпалов, В.П. Прогностическое значение параметров вариабельности ритма сердца как фактор риска развития артериальной гипертензии / В.П. Подпалов, А.Д. Деев, В.П. Сиваков // Кардиология. - 2010. - №1. – С.39-42
4. Systems analysis of heart rate variability and hemodynamic parameters in patients with arterial hypertension / M. Kurdanovf [et al.] // Nauka I studia. – 2015. - №12. – С.130-134
5. Longe-range correlations in amplitude variability of HF and LF components of heart rate variability /Y. Miki [et al.] // Conf Proc IEEE Eng Med Biol Soc. – 2016. - P.6218-6221.

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ АЛЛАПУРИНОЛА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТОФУСНОМ АРТРИТЕ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

*Умурова Н.М., Мухаммадова Х.Х.*

Кафедра факультетской и госпитальной терапии, Бухарский государственный медицинский институт. Узбекистан

**Актуальность.** Подагра - это хроническая болезнь, вызываемая нарушением обмена веществ. Возникает подагра у людей со стойким повышением уровня мочевой кислоты в крови. При подагре происходит отложение кристаллов производного мочевой кислоты – урата натрия в суставах и некоторых случаях других органах и системах. Урат натрия в суставах откладываются в виде маленьких кристаллов, что и вызывает повреждение суставов, поэтому такие артриты называют микрокристаллическими. Чаще всего подагра поражает большие пальцы стоп, реже лучезапястные, суставы кистей рук.

Но подагра может начинаться и с коленного или голеностопного суставов. Не исключается возможность отложения солей мочевой кислоты и в других суставах. Заболевание проявляется внезапной и интенсивной болью, покраснением и «жаром» в суставе. Появляются припухлость, определяется местное повышение температуры кожи. Нередко повышение температуры тела. Боль настолько сильная, что остановится нестерпимой даже при прикосновении простыни к суставу. Заболевание чаще встречается у мужчин среднего возраста (45-50 лет). Возможно возникновение подагры у женщин после менопаузы. Предрасположенность к обменным нарушениям передается по наследству. Отмечается связь возникновения подагры с определёнными заболеваниями и приёмом нарушают выведение мочевой кислоты из организма. Нередко принимаемые без медицинских показаний препараты вызывают подобные эффекты.

**Цель исследования.** Оценить эффективность применения аллопуринола при хроническом тофусном артрите и хронической болезни почек (ХБП).

**Материал и методы исследования.** Было обследовано 30 пациентов с подагрой находившихся на лечении в период с 2017-2018гг. в отделении нефрологии и ревматологии областной клинической больницы. Из них 18 мужчин 12 женщин. Все пациенты были в возрасте от 35-50 лет. У всех пациентов были определены уровень мочевой кислоты, мочевины и креатинина в крови (таб.1).

Таблица 1

Возраст больного (лет)	Количество	Мочевая кислота, мкмоль/л	Мочевина, моль/л
35-38	3	400-500	10-13
39-42	15	620-700	18-25
43-47	8	820-920	15-19
47-50	4	750-810	8-12

**Результаты исследования и их обсуждение.** Больные с хроническим подагрическим артритом и хронической болезнью почек были разделены на 2 группы. В первой группе больные получали нестероидные противовоспалительные, гипотензивные и диуретические препараты, во второй группе строгая диета (ограничение соли, колбасных изделий, отварное мясо и рыбы), нестероидные противовоспалительные и в качестве базисной терапии назначен аллопуринол 50 мг. У 3 больных в первой группе при приеме нестероидных противовоспалительных препаратов наблюдались побочные явления в виде зуда. А количество приступов подагрического артрита увеличилось. А у больных второй группы в связи с длительным приемом аллопуринола количество подагрических приступов относительно уменьшилось (таб.2).

Таблица 2

Сравнительная характеристика эффективности лечения а двух группах

Группа	Диуретике	Гипотензивный	Аллопуринол	Мочевая кислота Мкмоль/л	Мочевина Ммоль/л	Приступ подагрического артрита
I	+			700-800	18-15	Увеличилось
II		+	+	300-360	8-10	уменьшилось

**Вывод.** Учитывая результаты проведенных исследований можно сделать вывод, что использование аллопуринола у больных с подагрическим артритом в качестве базисной терапии значительно снижает число подагрических приступов. Также отмечались положительные лабораторные сдвиги.

#### Список литературы

1. Склянова, М.В. Первичная медико-санитарная помощь больным подагрой / М.В. Склянова, А.Н. Калягин // Современная ревматология. – 2012. - №3. – С.52-56.
2. Польская, И.И. Изучение взаимосвязи подагры и метаболического синдрома / И.И. Польская, И.М. Марусенко // Современная ревматология. – 2011. - №2. – С.20-25.
3. Барскова, В.Г. современные представления о патогенезе и методах коррекции уратного нефролитиаза у больных подагрой / В.Г. Барскова, М.В. Мукагова // Современная ревматология. – 2011. - №4. – С.39-44.
4. Барскова, В.Г. Что должен знать терапевт о ведении больного острым подагрическим артритом / В.Г. Барскова // Современная ревматология. – 2012. - №3. – С.84-87.
5. Лебедева, М. Современные подходы к диагностике и лечению подагры / М. Лебедева // Врач. – 2010. - №12. – С.20-22.

### РАЗВИТИЕ ОСТРОГО ЛИМФОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА НА ФОНЕ РАКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

*Ураков К.З., Ходжиева Г.Б., Шамсов А.Т.*

Кафедра внутренних болезней №3 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Открытия последних лет, полученные благодаря стремительному развитию молекулярной биологии, убедительно свидетельствуют о том, что злокачественная трансформация клеток нередко обусловлена активацией протоонкогенов, которая заключается в количественном или качественном изменении самих протоонкогенов и кодируемых ими белков. Наиболее частой причиной активации протоонкогенов при лейкозах являются хромосомные перестройки [1,3]. В последние годы накапливаются все больше данных о том, что течение лейкозов и их прогноз во многих случаях довольно тесно коррелирует с типом хромосомных транслокаций [2].

В настоящее время не вызывает сомнений, что в патогенезе большинства гематологических заболеваний основную роль играют так называемые химерные гены, получающиеся путём генетических aberrаций (транслокаций, инверсий, делеций и т.д.) [4]. Гены, сформировавшиеся при этих транслокациях, кодируют не характерные для данного типа клеток белки, которые являются маркерами патологических процессов [5].

**Цель исследования.** Продемонстрировать случай из практики развития острого лимфобластного лейкоза на фоне рака верхней челюсти.

Больной Ш.З. 1959 года рождения житель Ховалингского района поступил в гематологическое отделение ГУ НМЦ РТ городка «Шифобахш» с жалобами на слабость, быструю утомляемость, плохой аппетит, головную боль, головокружение, одышку при физической нагрузке, отёчность левого глаза.

Анамнез заболевания. Считает себя больным в течении 6 месяцев, когда стала нарастать анемия. Месяц назад лечился по поводу  $V_{12}$  дефицитной анемии.

Анамнез жизни. Рос и развивался в удовлетворительных материально-бытовых условиях. Женат, имеет 6 детей. Образование высшее. Работает на золоторудном заводе. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные. Туберкулез, гепатит и венерические заболевания у себя и родственников отрицает. Вредных привычек не имеет.

В отделение поступил в тяжелом состоянии. Кожа и видимые слизистые оболочки бледные. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В лёгких выслушивается везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Артериальное давление 100/60 мм.рт.ст., пульс 92 ударов в одну минуту, одинаковый на обеих руках, среднего наполнения. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Размеры печени по Курлову 10x9x8см. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул в 2-3 дня 1 раз. Мочевыделение безболезненное, частое.

Объективные данные. Удовлетворительного питания, гиперстенического телосложения. Данные лабораторного исследования. **Общий анализ крови:**  $Eg-2,5 \times 10^{12}/л$ ;  $Hb-88г/л$ ; ЦП-0,9%; ретик.-%;  $Tr-40,0 \times 10^9/л$ ;  $L-2,8 \times 10^9/л$ ; эоз.-1%; миело.-%; юные.-%; палоч.-9%; сегм.-5%; лимф.-21,0%; мон.-1%; бласты-64,0% ; СОЭ-77мм/с. **Биохимический анализ крови:** Общий белок-62,0; Общий бил.-17,0; Связанный-5,0; прямой-12,0; Тимол-вер. пр.-3,7; Йодная пр-0; Мочевина-6,8; Креатинин-74,0; АлАТ-0,73; АсАТ-0,61; HBSAg – отр.; HCV – отр.; Сахар крови-10,4; ВИЧ/СПИД – отр.; **Общий анализ мочи:** Кол.-14,0; Белок-0,066‰; L-18-20; Eg.-0-1; Цилиндры – ; Соли-оксалаты; **Общий анализ кала:** яйца глист не обнаружено. **ЭКГ:** Синусовый ритм. ЧСС 75 ударов в одну минуту. ЭОС горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка сердца. **Рентгенография грудной клетки:** без изменений. **УЗИ внутренних органов:** Печень и селезенка без особенностей. Холецистит. Уплотнение структуры поджелудочной железы. **Группа крови и резус фактор:** O (I) Rh (-) отрицательная. **КТ головного мозга:** КТ – картина мягкотканого образования в полости левой верхнечелюстной пазухи с продолженным ростом в левую крылонебную ямку, левую орбиту, с истончением костных стенок. Пансинусит. Дисциркуляторная энцефалопатия, проявления заместительной гидроцефалии по смешанному типу. **Осмотр онколога и челюстно-лицевого хирурга:** Рак верхней челюсти слева 1<sup>0</sup> клинической группы (образование в полости левой верхне-челюстной пазухи с продолженным ростом в левую крылонебную ямку, левую орбиту). **Осмотр ЛОР врача:** Пансинусит. **Осмотр глазного врача:** Экзофтальм слева. Анизокория. **Осмотр невропатолога:** Дисциркуляторная энцефалопатия. **Осмотр эндокринолога:** Сахарный диабет II типа, средней степени тяжести, в стадии декомпенсации (инсулинозависимый).

Сформулирован следующий окончательный диагноз:

Основной: Острый лимфобластный лейкоз, первая атака.

Сопутствующая патология: Рак верхней челюсти слева 1<sup>0</sup> клинической группы. Пансинусит. Экзофтальм слева. Сахарный диабет II типа, средней степени тяжести, в стадии декомпенсации.

Осложнения: Дисциркуляторная энцефалопатия. Нейролейкоз.

Учитывая тяжелое состояние больного, показателей периферической крови, стеральной пункции, КТ-головного мозга и отказа больным и его родственниками от проведения полихимиотерапии, больному было назначено симптоматическое лечение. Больной неоднократно был осмотрен всеми специалистами.

Проведенное лечение: Натуральная слеза 2 капли x 4 раза; Фолиевая кис. 1тб x 3 раза после еды; Панкреатин 1тб x 3 раза после еды; Рибоксин 2% - 10,0 в/в x 1 раз в день; Цефтрокс 1,0 - в/в x 2 раза в день; Непомакс 300мг + NaCl 0,9% - 10,0 в/в x 1 раз в день; АКК 5% - 100,0 в/в x 1 раз в день; Р-р Рингера 250,0 + Дексаметазон 8мг в/в x 1 раз в день; NaCl 0,9% - 200,0 + Мексилейд 10,0 в/в x 1 раз в день; NaCl 0,9% - 200,0 + Берлитион 600мг в/в x 1 раз в день; Новоралид: утром 6Ед±2, в обед 6Ед±2, вечером 4Ед±2; Ламмус 8Ед±2 вечером; Тромбоконцентрат – 280,0мл (4 дозы).

После проведенного лечения общее состояние больного улучшилось.

Общий анализ крови после лечения:  $Eg-3,5 \times 10^{12}/л$ ;  $Hb-95,0г/л$ ; ЦП-0,9%; ретик.-0,5%;  $Tr-80,0 \times 10^9/л$ ;  $L-6,0 \times 10^9/л$ ; эоз.-%; палоч.-6%; сегм.-63%; лимф.-30%; мон.-1%; бласты -; СОЭ - 25 мм/с.

Больной находился под наблюдением врача гематолога в течении 5 месяцев, провел несколько курсов симптоматической терапии.

Данный клинический случай свидетельствует о возможности развития острого лейкоза на фоне онкологического процесса, в частности рака верхней челюсти слева 1<sup>0</sup> клинической группы, который осложнился поражением центральной нервной системы и внутренних органов. Необходимо своевременно диагностировать основной процесс для предупреждения нежелательных осложнений.

#### Список литературы

1. Клиническая онкогематология / М.А. Волкова [и др.]. - М.: Медицина, 2007. – 1120с.
2. Рукавицина О.А. Национальное руководства «Гематология» / О.А. Рукавицына. - М.:ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 776с.
3. Hyper CVAD regimen in routine management of adult acute lymphoblastic leukemia: a retrospective multicenter study / Y. Buyukaski [et al.] // Acta Haematol. – 2013. - Vol.130, N.3. - P.199-205.
4. The telomerase cycle: normal and pathological aspects / M. Brunori [et al.] // J. Mol Med. - 2005. - Vol.83. - P.244-257.
5. Бутлицкий, Д.А. Молекулярно-генетический мониторинг минимальной остаточной болезни у пациентов с хроническим миелолейкозом: автореф. дис. канд. мед. наук / Д.А. Бутлицкий. - Санкт-Петербург, 2006. - 24с.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА И ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

*Усманова Х.Д., Раджабова А.Р., Эгамова Ш.Б.*

Кафедра дерматовенерологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан  
Кафедра основы медицинской подготовки и ГО ТНУ

**Актуальность.** По дерматологическому календарю 16-23 ноября считается международной неделей герпеса. В настоящее время одной из наиболее актуальных проблем клинической медицины являются вирусные инфекции.

Клинические и экспериментальные исследования последних лет показали, что герпес вирусные инфекции могут вызвать различные неопластические процессы, патологии печени, головного мозга, предстательной железы, вторичное бесплодие. Данные факты свидетельствуют о системном характере проявлений, вызванных герпес вирусными инфекциями. В связи с этим некоторые клиницисты употребляют термин герпетическая болезнь. Герпес вирусные заболевания известны в глубокой древности и их клинические проявления были упомянуты в трудах Гиппократ и Галена. Слово << herpes >> греческого происхождения и означает «ползти». Возбудителем заболевания является вирус простого герпеса ВПГ. Это преимущественно дермато – нейротропный ДНК – содержащий вирус обладает также тропизмом к некоторым другим тканям. Различают вирус простого герпеса типа 1 ( ВПГ-1), обычно вызывает орально – лабиальный герпес, вирус простого герпеса типа 2 (ВПГ-2), часто вызывает поражение половых органов. Герпетическая инфекция передается преимущественно контактным путем (половой контакт, поцелуй, через предметы бытового обихода). Возможен также воздушно – капельный путь передачи. Вирус проникает в организм через кожу или слизистые оболочки, попадает в регионарные лимфоузлы, кровь и внутренние органы. В организме он распространяется гематогенно и по нервным волокнам. Вскоре после инфицирования в организме образуются антитела к ВПГ.

ВПГ обуславливает патологию беременности и родов, нередко приводит к спонтанным абортam и гибели плода. Учитывая, что во время инкубационного периода и при рецидиве заболевания отмечается высокая контагиозность заболевания, то необходимо воздержаться от половых контактов в этот период времени. Риск передачи выше от мужчины к женщине. Основными звеньями патогенеза герпетической инфекции являются:

- инфицирование сенсорных ганглиев вегетативной нервной системы.
- тропизм ВПГ к эпителиальным и нервным клеткам, обуславливающий полиморфизм клинических проявлений герпетической инфекции.

В определенных условиях ВПГ размножается в Т- и В-лимфоцитах больного.

В последние годы установлено, что ВПГ персистирует также и в эпидермоцитах кожи, эпителии слизистых оболочек и секретах. Различные клинические проявления, тяжесть течения инфекции объясняется особенностями местного и общего иммунитета.

**Цель исследования.** Изучить клинические особенности простого герпеса и возможности терапии на современном этапе.

**Материал и методы исследования.** Под нашим наблюдением находилось 43 больных, страдающих герпесвирусной инфекцией, вызванными вирусом простого герпеса (ВПГ) мужчин было 23, женщин 20. Из них простым пузырьковым лишаем (herpes simplex) страдали 23 больных, генитальным герпесом 20 (herpes progonitalis). Основным базисным лечением герпес вирусных инфекций является применение противовирусных препаратов – ацикловир, валацикловир, фамцикловир. Для изучения клинической эффективности перорального валацикловира-гиповин (300мг) и местного 1% крема пенцикловира (Герпес – Стоп) нами было проведено лечение 43-х больных страдающих герпес вирусной инфекцией, вызванными вирусом простого герпеса 1 и 2 типов. Из них простым пузырьковым лишаем страдали 23 больных, генитальным герпесом -20.

Всем больным в качестве системного лечения назначили гиповин (валацикловир) по 300мг 2 раза в день в течении 7 дней. Наружно больные принимали анилиновые красители (р-р бриллиантовый зелени, р-р фукурцина) и 1% крем пенцикловира (Герпес –Стоп) каждые 2 часа

**Результаты исследования и их обсуждение.** У 20-ти из 23 –х больных простым пузырьковым лишаем наблюдалась типичная клиническая форма течения заболевания и у 3-х больных отмечалось атипичное течение – в виде эритемы и отека, но без формирования пузырьков (абортивная форма -1 больной), геморрагическая форма (1 больной). У 8 больных процесс локализовался в области слизистой оболочки губ, у 7- в области крыльев носа и у 6- в области щек. 4 больных заболели впервые простым герпесом, у 6 больных отмечался рецидив заболевания на одном и том же месте. Из 20 больных генитальным герпесом 7 больных имели первичный

эпизод, а 3 больных имели рецидивирующий генитальный герпес со средней степенью тяжести (обострение 4-6 раз в год). У всех больных ощущалось жжение и боль в области поражения.

В процессе лечения у 3-их из 20 на 3-4 сутки отмечалось значительное уменьшение боли и жжения, пузырьки подсохли, образовались корки, которые на 8-9 день отпали и на месте очага остались гипо и – гиперпигментные пятна.

У больных с рецидивирующим генитальным герпесом разрешение кожного-патологического процесса происходило в более поздние сроки т.е. на 2-3 дня позже, чем при генитальном герпесе. Ни у одного больного в процессе лечения, каких либо побочных эффектов на таблетки гиповин, так и крем герпес –стоп нами не было отмечено.

Таким образом, комбинированное назначение гиповина (валацикловир) и крема пенцикловира (Герпес-Стоп) значительно повышает эффективность лечения в виде сокращения сроков разрешения элементов, снижения субъективных ощущений, нормализацию общего состояния, что значительно улучшит качество жизни этих пациентов.

## Выводы

1. Герпетическая инфекция является распространенным заболеванием среди дерматозов, наиболее часто поражая кожу и слизистые оболочки.
2. Герпетические инфекции вызванные вирусом простого герпеса (ВПГ) характеризуются разнообразными клиническими проявлениями, локализацией тяжести течения и нередко атипичической формой.
3. Комбинированное применение гиповина (валцикловира) и наружно крема пенцикловира (Герпес – Стоп) является эффективным методом терапии герпесвирусных инфекций кожи и слизистых оболочек вызванных вирусом простого герпеса (ВПГ).

## Список литературы

1. Арифов С.С. Клиническая дерматология и венерология. Атлас – Ташкент, ООО Voris – Nashriot 2008 - 346с.
2. Дерматовенерология, 2010 (под ред А.А Кубановой). - М. ДЭКС – Пресс, 2010. - 428с. - (Клинические рекомендации / Российское Общество дерматологов).
3. Европейское руководство по лечению дерматологических заболеваний / Под ред. А.Д. Кацамбас, Т.М. Лотти: Пер. с англ.- М: МЕДпресс-информ, 2008-736 с.
4. Халдин А.А, Д.В. Виферон гель при лечении простого герпеса Дерматология №2 2008 с. 78-82.

## СВЕРТЫВАЮЩАЯ И ПРОТИВОСВЕРТЫВАЮЩАЯ СИСТЕМА КРОВИ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ЭКЗЕМОЙ И ДЕРМАТИТАМИ

*Усмонзода Х.Д., Эгамова Ш.Б., Джусраева Ш.Х.*

Кафедра дерматовенерологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Кафедра медицинской подготовки Таджикского Национального Университета

Государственное учреждение Государственная клиническая больница кожных болезней. Таджикистан

**Актуальность.** Последние годы отмечается рост аллергических заболеваний кожи, т.е. аллергодерматозов. Среди аллергодерматозов наиболее часто встречается аллергический дерматит и экзема.

Публикации последних лет свидетельствуют о различных аллергодерматозах. Факторы свёртывающей и антисвёртывающей системы крови содержатся во всех тканях и жидкостях организма, играют немаловажную роль в воспалительных и репаративных процессах.

Клинические наблюдения свидетельствуют, что хронические заболевания аллергического, инфекционно-аллергического и аутоаллергического генеза осложняются нарушениями системы гемокоагуляции, т.е. литературные данные о состоянии свёртывающей и антисвёртывающей системы крови у больных с различными дерматозами разноречивы [3,4,5], что послужило поводом *для* исследования.

**Цель исследования.** Изучить наиболее важные показатели системы гемокоагуляции, т.е. свёртывающей и антисвёртывающей системы крови у больных дерматитами и экземой.

**Материал и методы исследования.** Под наблюдением находилось 78 больных, из них с аллергическим дерматитом - 38, экземой - 40. Женщин было - 47, мужчин 31. Основную группу составили больные в возрасте 20-36 лет. Время рекальцификации плазмы определяли по Бергерофу и Рока в модификации Балуды. Этот показатель отражает свёртывание крови в целом и фазу тромбопластинообразования. В контрольной группе (30 здоровых лиц), время рекальцификации плазмы составило в среднем  $94 \pm 2,6$  сек.

Протромбиновый индекс определяли по Квинку в модификации В.Н. Туголукова, причем выявляли колл-центрацию не только протромбина, но и всего протромбинового комплекса. По нашим данным, он был равен в среднем  $74,2 \pm 2,0\%$ . Концентрацию фибриногена определяли суховоздушным методом Р.А. Рутберга. В контрольной группе оно составило  $292,0 \pm 13$  мг%.

У больных аллергическим дерматитом время рекальцификации плазмы у 2 из 38 было нормальным, а у 24-удлиненным и у 12-укороченным против нормы. В среднем время рекальцификации плазмы равнялось  $92,0 \pm 3,5$  сек. Протромбиновый индекс у 8 больных был в пределах нормы, у 26 - отмечалась гиперпротромбинемия (до 95%), у 4-гипофибриногенемия (67,5%). Средний показатель протромбинового индекса оказался достоверно выше (81,3%) против нормы ( $74,0 \pm 2,0\%$ ).

Концентрация фибриногена повышена у 28 из 38 больных (594мг%), у 10 при определении средних величин концентрации фибриногена выявлена гиперфибриногенемия ( $340 \pm 37$  мг%) по сравнению с показателями контрольной группы ( $292 \pm 13$  мг%).

Результаты исследования данных свёртывающей системы крови у больных экземой показали, что у 2 больных из 40 время рекальцификации плазмы было в пределах нормы, у 20 - удлинено, у 18 - укорочено против нормы ( $94,0 \pm 2,6\%$  сек). В среднем время рекальцификации плазмы у больных экземой равно  $90,0 \pm 1,6$  сек.

Протромбиновый индекс у 6 больных экземой было в пределах нормы, у 21 отмечается гиперпротромбинемия (до 110%), у 13- гипопромбинемия (до 16%). Определение средних величин протромбинового индекса выявило достоверное ( $p < 0,001$ ) увеличение протромбина в крови ( $86,4\% \pm 2,5\%$ ) против ( $74 \pm 2,0$ ) показателя контрольной группы.

Концентрация фибриногена была в пределах нормальных величин лишь у 6 из 40 больных, у 22 она оказалась повышенной (до 770мг%) и у 12 - сниженной (до 44мг%), т.е. отмечена гиперфибриногенемия. В среднем концентрация фибриногена равна  $353,0 \pm 56,0$  мг% против  $292,0 \pm 13$  мг%.

**Результаты исследования и их обсуждение.** У больных аллергическим дерматитом выявлено увеличение протромбинового индекса и концентрации фибриногена, а время рекальцификации плазмы находилось на уровне нижней границы нормы. У больных же экземой выявлено укорочение времени рекальцификации плазмы, увеличение протромбинового индекса и концентрации фибриногена.



В связи с тем, что время рекальцификации плазмы дает возможность судить о первой фазе свёртывания крови, протромбиновый индекс - о второй, а количество фибриногена о третьей, можно считать, что при аллергическом дерматите лишь первая фаза коагуляции была в пределах нормы, а вторая и третья фазы, а при экземе и первая выражали тенденцию к гиперкоагуляции. Выявленные сдвиги коагуляционной способности крови у больных аллергическим дерматитом и экземой типа гиперкоагуляции можно объяснить нарушениями обменных процессов и нервной регуляции процессов свёртывания крови, что не противоречит этиопатогенезу данных дерматозов. В связи с тем, что свертывающая система крови находится в динамическом равновесии с антисвёртывающей системой и взаимосвязана с ней, мы исследовали гепариновое время и фибринолиз.

При определении средних величин показателя противосвёртывающей системы установлено, что гепариновое время у больных аллергическим дерматитом и экземой было на уровне нижней границы нормы и соответственно составляло  $40 \pm 1,9$  сек.,  $41 \pm 3,4$  сек., фибринолиз же достоверно удлинен ( $p < 0,001$ ), т.е. заторможен (соответственно:  $4,1 \pm 0,2$ ;  $4,6 \pm 0,2$  часа). Сравнительный анализ показателей свёртывающей и противосвёртывающей системы крови при аллергическом дерматите и экземе показал, что направленность изменений в системе гемостаза однотипна: активация свёртывающего звена и депрессия фибринолиза. Следовательно, при изученных дерматозах происходит нарушение физиологических взаимоотношений и равновесия свёртывающих и противосвёртывающих механизмов единой биохимической системы.

Исследование показателей свёртывающей противосвёртывающей систем крови у больных аллергическим дерматитом и экземой проводилось и после лечения. При этом больные получали десенсибилизирующую (глюконат кальция, хлорид кальция), антигистаминную (диазолин, цетиризин, фенкарол, лоратадин), седативную (препараты валерианы, пустырника, мяты) и витаминные (А, Е, С, В1, В2, В6) препараты. Местное лечение назначалось в зависимости от кожного статуса (анилиновые красители, примочки, присыпки и мази и др.).

Результаты исследования показателей гемостаза после лечения были следующими: время рекальцификации плазмы у больных аллергическим дерматитом и экземой стало в пределах нижней границы нормы ( $93,0 \pm 3,0$  сек.); протромбиновый индекс нормализовался ( $83,0 \pm 2,7\%$ ), концентрация фибриногена имела склонность к нормализации во всех исследуемых группах ( $309 \pm 21$  мг%;  $349$  мг% против исходных данных  $340 \pm 37$  мг% и  $353 \pm 56$  мг% соответственно). Гепариновое время у больных аллергическим дерматитом увеличивалось ( $37 \pm 3,0$  сек.), а при экземе почти нормализовалось ( $39 \pm 2,6$ ); фибринолиз же имел тенденцию к нормализации, достоверно приближаясь к верхней границе нормы у больных аллергическим дерматитом ( $p < 0,1$ ) и экземой ( $p < 0,001$ ), соответственно составляя  $3,4 \pm 0,1$ ;  $3,5 \pm 0,1$ . Следовательно, проведенное лечение не оказывало отрицательного влияния на показатели системы гемокоагуляции, что способствовало их нормализации без назначения дополнительно антикоагулянтной терапии. Нормализация выявленных сдвигов шла параллельно с регрессом клинических проявлений болезни, способствуя выздоровлению или значительному клиническому улучшению.

#### **Выводы**

1. При аллергическом дерматите и экземе выявлены изменения основных фаз свертывающей и противосвёртывающей систем крови, выражающие склонность к гиперкоагуляции.
2. Сдвиги коагуляционной способности крови при аллергическом дерматите и экземе однотипны: активация свёртывающего звена и депрессия фибринолиза.
3. Отклонения в системе гемокоагуляции, возможно, объясняются нарушением обменных процессов и нервной регуляции процессов свёртывания крови и позволяют предположить об определенной их роли в патогенезе данных дерматозов.
4. Проведенное лечение больных названными дерматозами без дополнительной антикоагулянтной терапии, наряду с регрессом клинических проявлений болезни, способствовала нормализации показателей системы гемокоагуляции, и приводила к значительному клиническому улучшению или выздоровлению, что улучшало качество жизни пациентов.

#### **Список литературы**

1. Дымшиц, Е.Л. Состояние свёртывающей системы крови при некоторых видах аллергических процессов: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е.Л. Дымшиц. – Краснодар, 1969.
2. Ковалёва, Л.Н. Показатели свёртывающей системы крови при псориазе и экземе / Л.Н. Ковалёва // Вестник дерматол. и венерол. - 1980. - №7. – С.14-16.
3. Трутяк, Л.Н. О состоянии фибринолитической активности крови у больных экземой / Л.Н. Трутяк // Вестник дерматол. и венерол. - 1993. - №1.- С. 47-49.
4. Чалимова, Н.А. Свёртываемость крови и фибринолиз при экземе / Н.А. Чалимова // Вестник дерматол. и венерол. - 2005. - №4. - С. 54-57.
5. Комбинированная наружная терапия дерматитов, осложненных вторичной инфекцией / А.В. Сухарев [и др.] // Дерматология. - 2012. - №3-4.
6. Белоусова, Т.А. Особенности микробиоценоза кожи у больных алергодерматозами: проблема выбора наружной терапии / Т.А. Белоусова, М.А. Горячкина, Д.Г. Катранова // Клиническая дерматология и венерология. - 2013. - №3. - С. 107-112.

## ЗНАЧЕНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ГИМНАСТИКИ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

*Фаттоева Н.В., Алиева Е.Г.*

Кафедра ЛФК и восточной медицины ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибни Сино". Таджикистан

**Актуальность.** Научно-технический прогресс во всех областях жизни резко сократил двигательную активность человека. Современный человек испытывает на себе влияние дисгармонии нервных и физических раздражителей со значительным преобладанием нервных факторов. Эта дисгармония в условиях гипокинезии далеко не безразлична для организма, она является одним из важных этиологических факторов, способных вызвать снижение естественной сопротивляемости организма и нарушение функции нервной и сердечнососудистой систем.

**Цель исследования.** В нашу задачу входило изучение некоторых вопросов реабилитации больных гипертонической болезнью в условиях поликлиники.

**Материалы и методы исследования.** Под наблюдением находилось 16 больных (10 женщин и 6 мужчин) в возрасте от 30 до 65 лет, преимущественно I В - II А стадии заболевания гипертонической болезнью.

Для учёта эффективности восстановительной терапии кроме общепринятого клинического исследования, проводили антропометрию, тест физической работоспособности PWC 170 и динамические наблюдения за изменениями пульса и артериального давления при проведении процедуры лечебной гимнастики.

Комплекс реабилитационных мероприятий включает медикаментозную терапию и различные средства лечебной физкультуры (утренняя гигиеническая гимнастика, лечебная гимнастика, массаж шейно-воротниковой зоны, дыхательные упражнения, прогулки).

При выполнении физических упражнений соблюдался принцип постепенного увеличения физической нагрузки, последовательности, систематичности и длительности. Упражнения проводили ритмично, в спокойном темпе, с большим объёмом движения в суставах, в чередовании с дыхательными динамическими упражнениями. Также использовали свободные упражнения без усилий и выраженного волевого напряжения. Применяли упражнения на расслабление и спокойную ходьбу. Для снижения артериального давления выполняли глубокое дыхание, а для тренировки вестибулярного аппарата - упражнения на равновесии.

Одновременно всем больным выполняли массаж головы и шейно-воротниковой зоны.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Результаты восстановительного лечения зависят от длительности проведения реабилитационных мероприятий. Через 10-15 дней после комплексного лечения у больных стали уменьшаться, или совсем исчезать жалобы. Снижалось артериальное давление, но физическая работоспособность не изменялась.

Явное улучшение общего физического состояния больных стало наблюдаться после восстановительного лечения в течение 25-30 дней и более. При этом повышалась физическая работоспособность больных, нормализовалось артериальное давление, значительно уменьшались (или исчезали) жалобы и т.д.

Более длительные занятия (свыше 3-х месяцев) повышали работоспособность, стабильно нормализовали артериальное давление, не изменяли показатели антропометрии, значительно уменьшали жалобы.

**Выводы.** Таким образом, наблюдения показывают, что более длительные занятия лечебной физкультурой, прогулки, массаж, утренняя гигиеническая гимнастика положительно влияют на функциональное состояние организма при гипертонической болезни.

### Список литературы

1. Епифанов В.А. Лечебная физкультура и спортивная медицина/ Епифанов В.А.- Москва, Медицина. 2007г. - 165 стр.
2. Маргазин В.А. Лечебная физическая культура при заболеваниях сердечнососудистой и дыхательной систем/ Маргазин В.А.- Сп.: Санкт-Петербург, 2015. - 234 с.
3. Егорова С. А., Белова Л. В., Петрякова В. Г. Лечебная физкультура и массаж: учебное пособие / Егорова С. А., Белова Л. В., Петрякова В. Г. - Москва, 2014 год - 258 с.
4. Гасилин В.С., Куликова А.М. Поликлинический этап реабилитации больных с сердечнососудистыми заболеваниями / Гасилин В.С., Куликова А.М. - Москва, Медицина, 2010г.-215 с.

## ЗНАЧЕНИЕ ПРЕФОРМИРОВАННЫХ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СУСТАВОВ

*Фаттоева Н.В., Алиева Е.Г.*

Кафедра ЛФК и восточной медицины ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибни Сино". Таджикистан

**Актуальность.** Здоровые суставы — это роскошь, значение которой трудно оценить тому, кто никогда не испытывал боли при ходьбе и не ощущал затруднения при попытке поднять руку или ногу, развернуться или присесть. Между тем миллионы людей по всему свету ежегодно обращаются за помощью к врачам-ортопедам с подобными жалобами. Около 30% людей рано или поздно сталкиваются с патологией суставов: даже если в молодости им удавалось избегать травм или серьезных заболеваний, к пожилому возрасту «срок годности» скелета подходит к концу. Помимо людей преклонного возраста, в группе риска те, кому слабые сочленения костей достались «по наследству», а также спортсмены, рабочие, страдающие ожирением, сахарным диабетом и другими хроническими заболеваниями.

Ревматоидный артрит - это системное заболевание суставов, поражающее людей в наиболее работоспособном возрасте (20 -50 лет) и часто приводящее к инвалидности. При этом отмечено, что женщины болеют гораздо чаще. Развитие заболевания связывают с наличием в организме очага хронической инфекции.

В настоящее время медикаментозное лечение заболеваний суставов часто сочетают с физиотерапевтическими методами лечения, что повышает эффективность этого лечения.

**Цель исследования.** В нашу задачу входило изучение влияния некоторых физиотерапевтических процедур в комплексном лечении больных с ревматоидным артритом.

**Материал и методы исследования.** Под нашим наблюдением находилось 20 женщин, больных ревматоидным артритом. Из них 12 женщин в возрасте до 25 лет и 14 – свыше 25 лет.

Физиотерапевтические методы лечения, в частности ультрафиолетовое облучение (УФО) по суставам, озокеритовые аппликации по суставам, электрофорез лекарственных веществ, проводились нами в комплексе с антиревматическими лекарственными препаратами.

**Результаты исследования и их обсуждения.** У всех больных имелись жалобы на боли в суставах, усиливающиеся при движениях, утренняя скованность, мышечная слабость, снижение общей реактивности. Физиотерапевтическое лечение проводилось после стихания острого периода.

Нами была предложена следующая поэтапная схема физиотерапевтического лечения: УФО – по суставам, озокеритовые аппликации по суставам, электрофорез лекарственных веществ по суставам.

УФО проводилось с помощью ртутно-кварцевой лампы, эритемными дозами, число биодоз 3-5-7, расстояние от поражённого сустава 50 см. Затем больной принимал электрофорез лекарственных веществ противовоспалительного и обезболивающего действия. На курс лечения 10 процедур. Время одной процедуры 15-20 минут.

Далее при снижении степени активности воспалительного процесса больные принимали озокеритовые аппликации на поражённые суставы при температуре 45-50 градусов. На курс лечения 10 процедур, время одной процедуры 35-40 минут.

В результате проведённого лечения у большинства больных (88%) течение заболевания принимало благоприятный характер. Показатели активности процесса, как клинические, так и лабораторные, заметно сходили на убыль. У 12% больных улучшение состояния было не значительным. Этим больным было рекомендовано продолжить лечение в условиях санатория.

**Выводы.** Анализ наших наблюдений позволяет считать целесообразным более широкое и разнообразное применение преформированных физиотерапевтических средств в комплексном лечении больных ревматоидным артритом.

#### Список литературы

1. Пономаренко Г.Н., Улащик В.С. Физиотерапия / Г.Н.Пономаренко, В.С. Улащик.. Москва 2015 г.-158 стр..
2. Пономаренко, Г.Н. Общая физиотерапия: Учебник для студентов медицинских техникумов и колледжей / Г.Н. Пономаренко, В.С. Улащик. - Сп.: Санкт-Петербург, 2011. - 288 с.
3. Соколова, Н.Г. Физиотерапия: Учебник / Н.Г. Соколова, Т.В. Соколова. - Рн/Д: Феникс, 2013. - 350 с.
4. Улащик, В.С. Физиотерапия. Новейшие методы и технологии: Справочное пособие / В.С. Улащик.. - Мн.: Книжный Дом, 2013. - 448 с.

### ФАКТОРЫ РИСКА И ТЕЧЕНИЕ РЕСПИРАТОРНЫХ АЛЛЕРГОЗОВ У ДЕТЕЙ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

*Хайдарова С.Ф., Умарова З.К., Рахматуллоева З.Р.*

Кафедра семейной медицины №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Проблемы респираторного аллергоза относятся к наиболее актуальным в современной педиатрии [3]. Это связано, прежде всего, с высоким уровнем заболеваемости, в связи с этим необходима обратить внимание на наиболее типичные проявления респираторных аллергозов [2,4]. Основные пути их диагностики и принципы терапии, учитывая, что у 10-50 % реконвалесцентов в дальнейшем диагностируют рецидивирующий обструктивный бронхит или происходит трансформация в бронхиальную астму [1,4].

**Цель исследования.** Изучить факторы риска течения респираторных аллергозов у детей в практике семейного врача

**Материалы и методы исследования.** Наблюдались 362 больных ребенка в возрасте от 2 до 14 лет. Клиническое обследование включало анализ данных анамнеза и клинического осмотра в динамике заболевания. По показаниях назначали общий анализ крови, мочи, кала, рентгенографию органов грудной клетки, определяли содержание иммуноглобулинов классов IgA, IgM и IgG в сыворотке крови, иммунокомпаных клеток Т лимфоцитов-CD3 и Т хелперов –CD4, Т лимфоцитов CD8

**Результаты исследования и их обсуждения.** В зависимости от пораженного отдела дыхательной системы были выявлены клинические варианты респираторных аллергозов, среди которых диагностировали аллергический ринит у 69 (20,7%), ларингит 50 (18,6%), трахеит 90 (17,6%), бронхит 109 (29,2%) и бронхиальная астма 42(13,9%). Анализ анамнеза жизни выявил наличие групп риска у всех обследованных больных детей.

У 62,5% матерей имела место патология периода беременности угроза прерывания беременности 54,6%, анемия у 43%, гестоз 41,6%, острые респираторные инфекций у 12%, пиелонефрит у 15,6%.

Указание в анамнезе на осложнение течения родов имели 65,3% матерей: на слабость родовой деятельности 38,4%, на стремительные роды 18,2%, на преждевременные роды – 12%, путем кесарево сечения – 13,8%. У 82% детей установлена одно или двухсторонняя отягощенность аллергическими заболеваниями.

Задержка внутриутробного развития выявлена у 22,8% детей перинатальные поражения ЦНС у 46,2% , перевод на искусственное вскармливание до 6 месяцев у 42% , гипотрофия у 16,4%, анемия у 18,6%, частые острые респираторные инфекции у 51% , перенесенные пневмонии у23,4% , перенесенные острые кишечные инфекции у 39%, атопический дерматит у 16,2% больных детей. При клиническом обследовании установлено, что у более по-

ловины детей состояние расценено средней степени тяжести. У подавляющего большинства отмечалось субфебрильная температура тела.

Практически у всех больных имели место умеренные симптомы интоксикации (слабость, вялость, снижение аппетита, нарушение сна). Основные симптомы аллергического ринита выражались наличием пароксизмального чихания, нарушением носового дыхания появлением зуда в носу и обильного слизисто-серозного отделяемого из носа, что обусловило симптомы (аллергического салюта). При аллергических ларингитах наблюдались болезненные и неприятные ощущения в горле, дисфония, резкий кашель и в некоторых случаях развитие стеноза гортани. Доминирующим симптомом аллергического трахеита был пароксизмальный кашель, возникающий чаще ночью, в ряде случаев напоминающий клинику коклюша или инородного тела дыхательных путей. Больных детей с влажным малопродуктивным кашлем (37,6%), у всех выявлена экспираторная одышка, учащенное дыхание. У детей младшего возраста имел место периоральный цианоз. При аускультации у всех детей выслушивались рассеянные сухие хрипы, у 25% крупно, средне и мелкопузырчатые хрипы над всей поверхностью легких у 15,1% отмечалась тахикардия, имело место уменьшение содержания IgA, IgM и IgG, Т- лимфоцитов (СД<sub>3</sub>), (СД<sub>4</sub>), (СД<sub>8</sub>). Для воздействия на патофизиологическую фазу аллергического процесса по показаниям применяли антигистаминные препараты; (фенкарол, лоратадин, суспензия новэкс цетеризин) в возрастной дозировке. При рините назначали капли Аквалор форте, Називин. При бронхите сироп Линкас, суспензия Новекс амброксол, результатом была положительная динамика. Из физиопроцедур назначали ЛУФО зева, электрофорез с растворами кальция хлорида, суфиллина.

**Выводы.** Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что у детей с респираторным аллергозом имела место высокая частота групп риска в антенатальном периоде, наследственная отягощенность аллергическими заболеваниями, раннее искусственное вскармливание, перенесенные инфекционные заболевания, что свидетельствует о фоновом иммунодефиците. Отмечалось угнетение эффекторного этапа иммунного ответа по клеточному снижению (СД<sub>3</sub>, СД<sub>4</sub>, СД<sub>8</sub> лимфоцитов) и гуморальному типу IgA, IgM, IgG, что необходимо учитывать при проведении комплексного лечения.

#### Список литературы

1. Воловик И. К. Дифференциальная диагностика бронхообструктивного синдрома у детей /И.К.Воловик.// Медицина критических состояний. 2013. С. 217.
1. Дудник В.М. Новые возможности применения секретолитиков в комплексной терапии острого обструктивного бронхита у детей раннего возраста. /В.М.Дудник. // Современная педиатрия. 2012 59-64стр.
2. Самсыгина Г.А. Современные подходы к лечению острой инфекции респираторного тракта у часто болеющих детей /Г.А.Самсыгина// Consilium medicum-2008-№2
3. 4.Фризе И. Инфекционные заболевания беременных и новорожденных. / И. Фризе, В. Кахель.//Москва. Медицина. 2003. С. 422.
4. Садовникова И.В. Современные подходы к этиопатогенетической терапии бронхообструктивных заболеваний в педиатрической практике /И.В. Садовникова, А.В. Зудов.// Вестник новых медицинских технологий. 2015. С.27-32.

### ЭФФЕКТИВНЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

*Хайдарова С.Ф., Рахматуллоева З.Р.*

Кафедра семейной медицины №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** При определении эффективности лечебных мероприятий при ветряной оспе с учетом этиологических, патогенетических механизмов заболевания, а также учитывая сезонность (осенне-зимний период) [1,2,4]. Повышение риска контакта с заболеваниями, в настоящее время часто приходится сталкиваться с заболевшими детьми школьного возраста, взрослыми, естественно, при этом необходимо учитывать особенности, клинические проявления ветряной оспы у взрослых [3,4].

**Цель исследования.** Рассмотреть эффективные аспекты лечения ветряной оспы в практике семейного врача.

**Материалы и методы исследования.** Под наблюдением находились 30 больных в возрасте от 3 до 32 лет. Пациенты были распределены на 2 группы. Контрольная группа 15 больных, которым назначали традиционно рекомендуемые мероприятия (уход за кожей, ногтями, постельным бельем, одеждой). Исследуемая группа 15 больных (старшеклассники, студенты, продавцы) в возрасте 15 -32 лет. Все больные наблюдались в ГУ. ГЦЗ №12 г. Душанбе по необходимости проводилась консультация врача инфекциониста в ГУ. ГЦЗ №12 г. Душанбе

**Результаты исследования и их обсуждение.** В период высыпания элементы сыпи смазываем раствором анилиновых красителей 2% раствором метиленовой сини и 1% раствором бриллиантовой зелени, сформировавшиеся корочки смазывали вазелином. При зуде назначили антигистаминные препараты; фенкарол, диазолин, супрастин. В контрольной группе у одного больного был афтозный стоматит. У них отмечался развернутый продромальный период с выраженными симптомами интоксикации и повышением температуры тела, сыпь появлялась позже, на 2-3 день, и сопровождалась температурной реакцией. Всех больных беспокоил сильный зуд. В анализе крови умеренно выраженный лейкоцитоз, другие показатели крови без особых изменений. Этой группе больных были назначены антигистаминные препараты: супрастин лоратадин. Смазывали элементы сыпи (папулу, везикулу) гелем Псило-бальзам, активное вещество которого -дифенилгидрамин гидрохлорид - блокатор Н<sub>1</sub> рецепторов, обладает противозудным, противоэкссудативным действием. Уменьшают проницаемость капилляров, предупреждают развитие отека тканей. Предварительно пораженные участки кожи смазывали этиловым спиртом. Из таблицы видно, что у больных старшего возраста были выражены симптомы интоксикации, у 11 из 15, период продромальный протекал с выраженной интоксикацией, фебрильной температурой, беспокоил зуд (11 больных), что составило

73% , но период высыпания сократился почти в 2 раза. Улучшение состояния отмечалось на 4-5 день. Все показатели 2 группы с очень положительной динамикой, на основании чего данный метод как эффективный рекомендуем в практике семейных врачей.

**Таблица 1.** - Клинические признаки ветряной оспы у наблюдаемых больных

Признаки	I-группа	%	II-группа	%
Легкое течение	4	26	-	-
Средне тяжелое	11	73	15	100
Субфебрильная t	11	73	9	60
Фебрильная t	4	26	6	40
Симптомы интоксикации				
умеренные	12	80	6	34
выраженные	3	20	10	66
Наличие зуда	5	33	11	73
Афтозный стоматит	2	13	--	
Период высыпания				
До 10 дней	10	66		
До 5 дней	5	34	15	100
Улучшение состояния				
На 4-5 день	4	26	12	80
На 5-7 день	11	73	3	20

**Выводы.** Данную терапию (антигистаминные препараты; супрастин лоратидин. смазывали элементы сыпи папулу, везикулу гелью Псило-бальзам-активное вещество. которого дифенилгидрамин гидрохлорид, предарительно пораженные участки кожи смазывали этиловым спиртом). Можно считать эффективной, больным, которые заболели в более старших возрастах (школьники, больные до 32 лет). Данный метод рекомендуем в практике семейных врачей.

#### Список литературы

1. Тяжелые бактериальные осложнения ветряной оспы у детей / Е.А. Булдык [и др.] // Медицинский журнал. - 2011. - №3. - С.16-22.
2. О состоянии санитарно – эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2013 году: Государственный доклад. – М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. - 2014. - С. 93-94.
3. Некротизирующий фасцит у детей / Ф.С. Харламова [и др.] // Детские инфекции. - 2013. - Т.12, №1. - С.93-94.
4. Nelson text book of pediatrics. - 19th ed. / [edited by] Robert M. Kligman [et al.]. – Philadelphia: Elsevier sounder, 2011. - P. 1104 – 1110.

### ОСТАТОЧНЫЕ ЯВЛЕНИЯ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ДИФТЕРИИ

*Хакимова З.Ф., Пачаджанова Х.Н., Тошева Ш.А.*

Кафедра инфекционных болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Дифтерия - острое инфекционное заболевание, протекающее воспалительными изменениями слизистых оболочек верхних дыхательных путей с образованием фибриновых пленок и сопровождающиеся развитием полиневропатии, миокардитом и токсическим нефрозом. Особое внимание заслуживают полиневропатии, которые являются причиной гибели или приводят к инвалидности больных. Частота развития дифтерийных полиневропатий составляет от 25 до 42% во всем мире по данным ВОЗ, а по литературным данным, колеблется от 20 до 72% и развивается при тяжелых формах дифтерии [1-5].

Дифтерийные полиневропатии могут протекать в виде мононеврита или же распространенных полиневритов. Полиневропатии развиваются после перенесенной дифтерии в ранних или поздних сроках и характеризуются поражением каудальной группы нервов с развитием элементов бульбарного паралича, в результате поражения языкоглоточного и блуждающего нерва, пареза мягкого неба и реже встречаются глазодвигательные расстройства. По данным авторов Т.Е. Шмидта и Ю.И. Савченко (1984), дифтерийные полиневропатии развиваются чаще на 2-4 неделе после перенесенной дифтерии и характеризуются поражением корешков и периферических нервов в виде пареза мышц рук и ног, онемения конечностей, снижением сухожильных рефлексов и расстройствами чувствительности.

**Цель исследования.** Изучить клиническое течение и тяжесть развития полиневропатий после перенесенной дифтерии.

**Материалы и методы исследования.** Было обработано 45 историй болезней больных с дифтерией, которые находились в городской клинической инфекционной больнице города Душанбе в период эпидемической вспышки, а с развитием полиневропатии были переведены в неврологическое отделение. Из общего количества больных мужчин было 24 (53,3%), женщин – 21 (46,7%), сельские жители составили 29 (64,4%), городские жители – 16 (35,6%). Возраст больных колебался от 16 до 40 лет, в среднем составил 19,2±2,2 лет. У всех больных был проведен бактериологический метод исследования мазка из зева на VI. Мазок из зева брался стерильным тампоном на границе патологической и здоровой ткани слизистой верхних дыхательных путей натошак до назначения специфического лечения (противодифтерийной сыворотки) и антибактериальной терапии. Посев проводился на питательную среду Леффлера.

**Результаты исследования и их обсуждение.** По данным историй болезни 45 больных: тонзиллярная форма наблюдалась у 10 больных (22%), распространенная у 29 больных (64,5%), токсическая форма у 6 больных (13,3%). По степени тяжести проявлений полиневропатий больные были распределены на три группы.

По характеру проявлений полиневропатий больные были распределены на 3 группы. Первую группу составили 10 больных (22%), у которых симптомы бульбарного паралича проявлялись потерей или гнусавостью голоса, жаловались на поперхивание при приеме пищи, вытеканием жидкой пищи через нос. При объективном обследовании наблюдалось свисание мягкого неба, отсутствие или слабость кашлевых движений, отклонение язычка от средней линии, потери глоточного рефлекса с мягкого неба, которые развились через месяц после перенесенной дифтерии. Состояние больных при поступлении в данной группе было средней тяжести. Улучшение состояния было отмечено на 10-20 день болезни в среднем на  $15,1 \pm 1,3$  день, а исчезновение пареза мягкого неба было отмечено на 15-25 день болезни в среднем на  $22,1 \pm 2,1$  день.

Вторую группу составили 29 больных (64,5%), у которых отмечались полиневропатии в виде полирадикулоневрита и пареза мягкого неба. В двух случаях, кроме пареза мягкого неба и полирадикулоневрита, отмечалось поражение седьмой пары черепно-мозговых нервов, которое проявлялось снижением остроты зрения. Все больные данной группы поступали в клинику в тяжелом состоянии, а вышеизложенные симптомы развились через 2 месяца, после перенесенной дифтерии. Явление полирадикулоневрита проявлялось в виде болей и слабости в ногах, потери чувствительности по типу «носков и перчаток», снижением сухожильных рефлексов. Улучшение состояния было отмечено на 25-30 день болезни, в среднем на  $27,5 \pm 2,1$  день, исчезновение полирадикулоневрита и пареза мягкого неба было отмечено на 28-32 день болезни, в среднем на  $29,5 \pm 2,2$  день, и в двух случаях улучшение не отмечалось. Третью группу составили 6 больных (13,3%), у которых отмечались явления полирадикулоневрита: у 5 больных – через 2 месяца, а в одном случае через 7 месяцев после перенесенной дифтерии. Симптомы полиневрита проявились дистальными периферическими парезами рук и ног, болями по ходу крупных нервных стволов, слабостью ног при ходьбе, снижением сухожильных рефлексов, потери чувствительности по типу «носков и перчаток». Улучшение состояния было отмечено у 4 больных на 14-25 день болезни, а в двух случаях улучшение не наступило. Исчезновение симптомов полирадикулоневрита было отмечено на 35-40 день болезни в среднем на  $37,3 \pm 3,1$  день.

Все больные с проявлениями невропатии после перенесенной дифтерии получали комбинированное лечение с применением дибазола, прозерина, витаминов группы В, массажа, ЛФК, а больным с тяжелыми проявлениями болезни назначалась гормональная и дезинтоксикационная терапия.

**Выводы.** Таким образом, поражения нервной системы у больных, перенесших дифтерию, показали, что полиневропатии наблюдались у всех больных в поздних сроках и чаще проявлялись в виде комбинированных форм. Особенность полиневропатии у больных, перенесших дифтерию, характеризовалась тем, что они протекали длительно и тяжело, а восстановление функции наступало позже.

#### Список литературы

1. Завалишин И.А., Захарова М.И. Неврологические осложнения при дифтерии // Материалы 3-ей научной конференции. - СПб. -1994. - С. 45-49.
2. Новикова Н.П., Романова Т.В. Полиневропатии. Основные клинические формы, диагностика, подходы к лечению. - М. - 2005. - С. 20-45.
3. Рахманов Р.А., Рахманов Э.Р., Ходжаев Ф.А. Клиника, диагностика и лечение некоторых форм нейроинфекций. Методические рекомендации. –Душанбе. - 2010. - С. 3-25.
4. Турьянов Н.Х., Беляева Н.Н. Дифтерия. - Москва. - 1996. - С. 118-146.
5. Шмидт Т.Е., Савченко Ю.И. Дифтерийные полиневропатии. - Ж. Советская медицина. - 1984. - С. 112 - 113.

### КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОБРУЦЕЛЛЕЗА

*Хакимова С.З.*

Курс неврологии и нейрохирургии факультета постдипломного образования Самаркандского медицинского института. Узбекистан

**Хронический бруцеллез (БЗ)** - зоонозное инфекционно-аллергическое заболевание, вызываемое бактериями рода *Brucella*, протекающее свыше шести месяцев, характеризуется выраженным полиморфизмом клинических проявлений с преимущественным поражением опорно-двигательной, нервной, мочеполовой и др. систем, склонностью к рецидивирующему течению.

По данным Объединенного комитета экспертов ВОЗ по бруцеллезу (1986), эта болезнь среди животных регистрируется в 155 странах мира. Наиболее широко бруцеллез распространен в странах Средиземноморья, Малой Азии, Юга и Юго-Восточной Азии, Африки, Центральной и Южной Америки (Ergonul O. e.a., 2004; Karabay O. e.a., 2004; Getinkaua Z. e.a., 2005; Alim A., Tomul Z.D., 2005; Г.Г.Онищенко, 2005).

На протяжении последнего десятилетия в Узбекистане ежегодно регистрируется от 400 до 700 больных с впервые диагностированным БЗ. Больные регистрируются преимущественно на территориях с развитым овцеводством, что в значительной степени связано с более выраженным течением у людей заболевания бруцеллезом козьего вида. Почти в 3 раза увеличился удельный вес детей в возрасте до 14 лет в общей заболеваемости "впервые диагностированного" БЗ - с 5 до 15%, что является показателем напряженной эпидситуации по этой инфекции. Периодически регистрируются групповые заболевания людей с числом заболевших 10 и более. [1].

**Этиология.** Возбудителем БЗ являются микроорганизмы, относящиеся к роду *Brucella*. По международной форм и  $0,6-2,5$  мкм для палочковидных. Спор не образуют, жгутиков не имеют, неподвижны. Оптимальная темпе-

ратура для роста бруцелл 37 град., оптимальная pH - 6,8-7,2, подвержены изменчивости и могут переходить из S-формы в R- и L-формы. Бруцеллы обладают высокой инвазивностью и могут проникать через неповрежденные слизистые покровы, относятся к внутриклеточным паразитам, но могут также находиться вне клетки классификации род *Brucella* состоит из шести самостоятельных видов. Наиболее патогенны для человека бруцеллы вида *melitensis*, которые нередко вызывают эпидемические вспышки заболевания. *B.abortus* и *B.suis* вызывают, спорадические, клинически выраженные случаи заболевания [2, 3].

**Диагностика БЗ по МКБ X** включает в себя следующие диагностические мероприятия:

**Основные:** 1. Общий анализ крови; 2. Общий анализ мочи; 3. Кровь на микрореакцию (сифилис); 4. Микроскопия кала для обнаружения яиц гельминтов; 5. Исследование крови в реакции Хеддлсона-Райта.

**Дополнительные методы:** исследование крови в РСК с бруцеллезными антигенами, ИФА крови для обнаружения Ig классов M, A, G к бруцеллам, ПЦР крови для обнаружения ДНК бруцелл, бактериологическое исследование крови для выделения бруцелл, биохимический анализ крови (общий билирубин, прямой билирубин, общий белок, белковые фракции, аланинамино-трансфераза, аспаратаминотрансфераза, ревматоидный фактор, С-реактивный белок).

**Жалобы и анамнез:** потливость, ознобы, болевой синдром (нейро-артро-миалгии), слабость, снижение работоспособности, эмоциональная лабильность.

Особое внимание уделяют и эпидемиологическому анамнезу: участие в окоте и отеле, уход за животными, забой животных и разделка туш, контакт с сырым мясом, фаршем, внутренними органами животных, употребление сырого молока или молочных продуктов кустарного производства (брынза, сметана, сливки, творог) и т.д.

**Немаловажное значение имеет и физикальное обследование:** волнообразная, чаще субфебрильная повышенная температура; болевой синдром (нейро-артро-миалгии); артриты и/или сакроилеиты и/или спондилоартриты; миозиты и/или невриты; полилимфаденопатия; увеличение печени.

**Основные клинические проявления хронического БЗ по МКБ X:** Умеренная интоксикация – длительный субфебрилитет, слабость, повышенная раздражительность, плохой сон и аппетит, снижение работоспособности. Генерализованная лимфаденопатия. Изменение локомоторного аппарата – артралгии, бурситы, фиброзиты, целлюлиты. В патологический процесс вовлекаются различные отделы позвоночника, особенно пояснично-крестцовое сочленение. Поражение нервной системы проявляется развитием невритов, плекситов, радикулитов, ишиорадикулитов.

Инкубационный период при остром начале БЗ может продолжаться около 3 недель, однако если БЗ начинается как первично-латентный, который затем переходит в клинически выраженную форму, то инкубация может длиться несколько месяцев.

Первично-латентная форма БЗ характеризуется состоянием практического здоровья. Включение ее в классификацию клинических форм обусловлено тем, что при ослаблении защитных сил организма она может перейти или в остросептическую, или в первично-хроническую метастатическую форму. При тщательном обследовании лиц с этой формой бруцеллезной инфекции иногда можно обнаружить микросимптомы в виде небольшого увеличения периферических лимфатических узлов, нередко повышается температура тела до субфебрильной, отмечается повышенная потливость при физическом напряжении. Однако эти лица считают себя здоровыми и полностью сохраняют работоспособность [1, 4].

Остросептическая форма - (39--40°C и выше), температурная кривая имеет тенденцию к волнообразному течению, нередко неправильного (септического) типа с большими суточными размахами, повторными ознобами и потами. Несмотря на высокую температуру тела, самочувствие больного остается хорошим (при температуре 39°C и выше больной может читать книги, играть в шахматы, смотреть телевизор и т. д.). Отсутствуют и другие признаки общей интоксикации. Эта форма не угрожает жизни больного, даже без этиотропного лечения она заканчивается выздоровлением. В связи с этим остросептическую форму БЗ нельзя считать сепсисом, а нужно рассматривать как один из вариантов БЗ [2, 5].

Поражение опорно-двигательного аппарата является частым проявлением хронического БЗ, при котором характерен полиартрит, и при каждом новом обострении появляются другие по локализации метастазы (это касается не только суставов, но и других органов поражений). Чаще поражаются коленный, локтевой, плечевой, тазобедренный суставы, редко - мелкие суставы. Поражается позвоночник, чаще в поясничном отделе. Типичными для БЗ являются сакроилеиты, для выявления которых существует ряд диагностических приемов [1, 3, 2].

Информативным является симптом Эрикссена, который иногда ошибочно называют симптомом Б. П. Кушелевского (он высоко оценивал диагностическую ценность этого симптома, но не является его автором). Суть симптома - больного укладывают на перевязочный стол на спину или на бок и производят давление на гребень верхней подвздошной кости при положении на боку или сдавливают обеими руками передние верхние гребни подвздошных костей в положении на спине. При одностороннем сакроилеите появляются боли на пораженной стороне, при двухстороннем - боли в крестце с двух сторон. [3, 5].

Термин «нейробруцеллез» может означать только объединение всех форм бруцеллезного заболевания нервной системы как последовательных звеньев единого инфекционного процесса.

При первично латентной форме нейробруцеллеза обнаруживают определенные клинические изменения. Н. И. Рагоза наблюдал: а) изменения крови (лейкопения, нейтропения, тромбопения, лимфоцитоз, иногда ускорение РОЭ); б) бруцеллезный лимфаденит (увеличение шейных, локтевых, подмышечных, паховых желез) и увеличение селезенки; в) положительную реакцию Бюрне (у 92% больных); г) некоторые вегетативные нарушения (усиленная потливость, общая или локализованная — на лице, ладонях; сплошная или пятнистая краснота ладоней, изредка мультиформная экссудативная эритема, отечность кожи, брадикардия, понижение диастолического давления) [3].

Во второй фазе БЗ (Н. И. Рагоза), остросептическая фаза, чаще наблюдаются симптомы поражения периферической нервной системы и сосудов, реже - паренхимы центральной нервной системы (радикулиты, невриты, единичные и множественные, с невралгическими явлениями).

В третьей фазе заболевания наряду с поражениями периферической нервной системы наблюдаются бруцеллезные миелиты, энцефалиты, энцефаломиелиты, менинго-энцефало-миелополирадикулиты и др. [5].

Для четвертой фазы (если заболевание не заканчивается выздоровлением) характерны остаточные явления поражений центральной и периферической нервной системы, на фоне которых могут возникать спорадические обострения.

В резидуальном периоде клиника нейробруцеллеза напоминает рассеянный склероз, у других больных - клинику псевдотабеса. В разных фазах БЗ описаны различные психические расстройства (депрессия, бред, зрительные и слуховые галлюцинации, психомоторное возбуждение и др.) [2, 3].

Таким образом, вовлечение нервной системы может иметь место в различных стадиях БЗ, причем отмечается определенная стадийность поражений нервной системы, характеризуется затяжным, упорным течением, причем отмечается значительная лабильность симптомов, появление одних и исчезновение других, многообразное сочетание симптомов раздражения и выпадения [14].

#### Список литературы

1. Абуова Г.Н., Бердалиева Ф.А., Кусеинов Т.А., Муминов А.К., Явров М.Ю., Онищенко Е.М. Трудный пациент: энцефаломиелит бруцеллезной этиологии. / Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, ГИБ, ШГССМП, г.Шымкент, Казахстан, - 2014
2. Бруцеллез в РФ в 2001-2005 годах: Информационный бюллетень.-Москва,2007.-12с.31 Бруцеллез/ П.А. Вершилова, А.А. Голубева, Е.И. Кайтмазова и др.-М.: Медицина, 1972.-436 с.
3. В.Х.ФАЗЫЛОВ, Ф.С. ГИЛМУЛЛИНА, А.И. ЗАГИДУЛЛИНА, З.Л. ХАМИДУЛЛИНА.Клиническая диагностика и лечение хронического БЗ в реальной практике врача невролога. Практическая медицина//– 2014. – № 7;
4. Возницкая О. Э. Особенности физиотерапии при хроническом БЗ / материалы XII областной научно-практической конференции: Челябинск, 22 апреля 2010 г. - Челябинск: уралгуфк, 2010 г. - С. 40-44.
5. Воронина, Т.Н. Герпетическая инфекция: клинко-патогенетическое обоснование использования КВЧ-терапии: Автореф. Дис. канд. Мед. Наук/Воронина Т.Н.-Саратов, 2008.-23 с.
6. Онищенко Г.Г. / ПРОФИЛАКТИКА И ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА БЗ ЛЮДЕЙ, МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ - МУ 3.1.7.1189-03

#### КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

*Хамидов Н.Х., Хурсанов Н.М., Лолаев А.Н.*

Кафедра внутренних болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** В республике Таджикистан к началу 2018 года число людей в возрасте 60 и старше лет составило 494 тыс. или 5,4% от общего числа населения. По прогнозам ООН к 2050 году число людей старших возрастных групп достигнет до 2 млрд и составит примерно 22% в общей популяции. Данным обстоятельством связана тенденция к увеличению в структуре заболеваемости человека различных патологических состояний, характерных для лиц старшего возраста. Общеизвестно, что на познавательную способность человека оказывает влияние не только возраст, но и наличие сопутствующих болезней. Одним из самых распространенных сердечно-сосудистых заболеваний среди взрослого населения является артериальная гипертензия (АГ) [1]. В недавнем прошлом преобладало мнение, что повышение артериального давления (АД) с возрастом является естественным физиологическим процессом и даже желательным, так как оно как будто способствует оптимальному, необходимому кровотоку в органах, особенно в головном мозге. Однако с 80-х годов прошлого столетия в разных странах на высоком методическом уровне проведены ряд многоцентровых исследований, убедительно доказывающих негативное влияние АГ на прогноз и качество жизни пациентов. Наиболее часто встречаемой формой повышения АД в пожилом возрасте является изолированная систолическая артериальная гипертензия (ИСАГ). Её частота в возрасте 60 и старше лет составляет 50-75% [2].

В 1999 году американскими специалистами был предложен термин «умеренные когнитивные нарушения» (УКН). Согласно международной классификации болезней (МКБ-10) диагностическим критериям УКН включены недостаточность одной или нескольких познавательных функций, выходящие за пределы возрастных физиологических норм. Skoog et al. (2005) одним из первых сообщили о результатах влияния повышенного АД на когнитивную деятельность лиц пожилого возраста. В дальнейшем были опубликованы результаты целого ряда безупречных по дизайну проспективных, контролируемых исследований, доказавших, что АД является самостоятельным фактором риска развития когнитивных нарушений [3,4,5].

В доступной литературе научных работ, посвященных изучению когнитивных нарушений при АГ у лиц старших возрастных групп малочисленны, результаты их неоднозначны. Что касается специальных исследований по изучению умеренных когнитивных нарушений при ИСАГ мы не встретили.

**Цель исследования.** Оценить когнитивные функции больных с изолированной систолической артериальной гипертензией пожилого возраста.

**Материал и методы исследования.** Работа выполнена на базе Городского медицинского центра №1 им. Ахмедова К.Ю. г.Душанбе. Обследована группа больных ИСАГ с умеренными когнитивными нарушениями в воз-



расте от 60 до 75 лет. Среди них женщин - 16, мужчин - 12. 9 пациентов имели I тип, 19 - II тип ИСАГ. По клиническому течению у 12 больных наблюдались лабильная и у 16 - стабильная формы заболевания (классификация А.З. Цфасман, Х.Н. Хамидов 1983). Критериями включения больных в исследование были: систолическое артериальное давление  $\geq 140$  мм рт.ст., диастолическое артериальное давление  $< 90$  мм рт.ст., умеренные когнитивные нарушения согласно международной классификации болезней (МКБ-10). Критерии исключения: вторичные артериальные гипертензии, приём антидепрессантов, транквилизаторов, ноотропных препаратов, наличие нарушения зрения и слуха.

Всем пациентам, наряду общеклиническими методами обследования, проведена компьютерная или магнитно-резонансная томография с целью верификации основного заболевания. Исследование состояния когнитивных функций проводилось в первой половине суток с использованием следующих наиболее информативных методик: краткая шкала оценки психического статуса (Mini-Mental State Examination – MMSE), проба Шульте, батарея тестов для оценки лобной дисфункции (Frontal Assessment Battery – FAB), шкала Маттиса, тест «заучивания 5 слов». Контрольную группу составили 20 лиц адекватного возраста и без существенных отклонений в состоянии их здоровья.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Согласно полученным результатам тестирования когнитивные нарушения выявлены у 60% обследованных пациентов ИСАГ. При индивидуальном анализе у 46,1% больных они были лёгкими, 9,8% умеренными и 4,1% случаев выраженными. В контрольной группе когнитивные нарушения констатированы у 39,4% лиц. При этом у 30,4% - лёгкие; 7,7% - умеренные и 1,3% - выраженные. По итоговым результатам нейропсихологических тестов в группах выявлены отличия. У контрольной группы получены следующие суммарные баллы: тест Хачинского  $8,3 \pm 0,7$ ; MMSE  $27 \pm 4,1$ ; FAB  $15,2 \pm 3,1$ ; Маттиса  $10,9 \pm 1,7$ ; тест заучивания 5 слов  $8,8 \pm 0,6$ ; тест рисования часов  $8,2 \pm 2,6$ ; проба Шульте  $35,1 \pm 8,2$  сек. В основной группе обследованных выявлены следующие особенности: тест Хачинского  $8,7 \pm 0,9$ ; MMSE  $22,7 \pm 2,1$ ; FAB  $8,7 \pm 1,7$ ; Маттиса  $6,25 \pm 1,7$ ; тест заучивания 5 слов  $5,5 \pm 2,5$ ; тест рисования часов  $4,7 \pm 3,8$ ; проба Шульте  $51,1 \pm 6,3$  сек. Результаты исследования пациентов ИСАГ характеризуются существенным ухудшением определённых показателей, оценивающих когнитивные функции. Различия между полученными данными в группах были статистически значимыми.

**Выводы.** Полученные результаты свидетельствуют о наличии существенных нарушений со стороны когнитивных функций при ИСАГ. Данное обстоятельство диктует целесообразность проведения лечебно-профилактических мероприятий направленных на коррекцию выявленных отклонений у этой категории больных.

#### Список литературы

1. Бокарев, И.Н. Артериальная гипертензия: современное состояние проблемы / И.Н. Бокарев, П.А. Дулин, Ю.В. Овчинников // Клиническая медицина. - 2017. - №7. - С.581-586.
2. Яковлев, В.М. Основы гериатрической кардиологии: руководство для практических врачей / В.М. Яковлев, Г.Я. Хайт // Москва: Издательский дом Видар-М. - 2011. - 424 с.
3. Громова, Д.О. Когнитивные нарушения у больных молодого и среднего возраста: диагностика и подходы к терапии / Д.О. Громова, Н.В. Вахнина // Неврология. - 2017. - №3. - С. 31-40.
4. Остроумова, О.Д. Когнитивные нарушения и деменция у больных пожилого возраста с артериальной гипертензией / О.Д. Остроумова, А.В. Стародубова, Т.М. Остроумова, М.С. Черняева // Кардиология. - 2018. - №10. - С. 71-79.
5. Богатырева, Л.М. Коррекция когнитивных нарушений при артериальной гипертензии / Л.М. Богатырева // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2016. - №6. - С. 24-27.

#### ФАКТОРЫ РИСКА, НЕБЛАГОПРИЯТНО ВЛИЯЮЩИЕ НА ИСХОД ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ЭЛЕВАЦИЕЙ СЕГМЕНТА ST

*Хасанжанова Ф.О.*

Кафедры внутренних болезней №2. Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан

**Актуальность.** Распространенность сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в мире увеличивается, а общее число прогнозируемых смертей от этого класса болезней к 2020 г. достигнет 20 млн [4]. Ишемической болезни сердца (ИБС) является ведущей причиной смертности во всем мире. Несмотря на то, что распространенность ИБС продолжает увеличиваться, в Европе отмечается снижение уровня смертности, ассоциированной с ИБС за последние десятилетия [6]. Острый коронарный синдром (ОКС) является клинической формой ИБС в ее критической фазе в случаях, когда стеноз коронарных артерий приобретает гемодинамически значимым характер и сопровождается манифестацией ангинозного болевого синдрома [5]. В большинстве случаев критическая фаза ИБС является следствием морфофункциональной нестабильности атеросклеротической бляшки, обуславливающей окклюзирующий тромбоз и тромбоэмболию коронарной артерии с формированием некроза соответствующего бассейна васкуляризации миокарда [5]. Стратификация степени риска развития осложнений при ОКС позволяет определить прогноз для больного и назначить наиболее рациональное лечение для него. Врач при ведении таких больных должен четко понимать своевременность диагностических мер и точно определить степень риска для применения правильного алгоритма действий. Алгоритм действий должен включать тромболитическую терапию, ангиопластику или стентирование коронарных сосудов при наличии элевации сегмента ST [4]. Своевременное решение этой задачи позволяет уменьшить объем поражаемого миокарда, а, следовательно, ведет к улучшению прогноза и повышению выживаемости больных [6]. Опыт использования тромболитической терапии (ТЛТ) при ОКС насчитывают почти полвека. Тромболитические препараты влияют на систему фибринолиза при посредстве различных механизмов. Так,

стрептокиназа образует комплекс с плазминогеном, в результате чего открывается его активный участок. Этот участок способствует переходу других молекул плазминогена в плазмин. Это ведет к появлению комплексов стрептокиназа-плазмин, который устойчив к нейтрализующему воздействию  $\alpha_2$ -антиплазмина и вызывает фибринолитический эффект. При этом комплексе стрептокиназа-плазминоген приблизительно в одинаковой степени активируется как связанные с фибриновым тромбом, так и свободные, циркулирующие в крови молекулы плазминогена [3]. При отсутствии тромболитической терапии, ангиопластики и стентирования коронарных артерий, при наличии клиники ОКС следует начать лечения с аспирина, клопидогреля, гепарина,  $\beta$ -блокаторов, нитратов. Следующим шагом является определение степени риска. При высоком риске назначаются блокаторы гликопротеиновых рецепторов и коронарорентрокулография, по результатам которых проводятся то или другое реканализационное вмешательство. Низкий риск требует повторного определения тропонина одного из основных маркеров развития некроза. При позитивном результате лечения проводят так же, как и больным с инфарктом миокарда, при негативном – необходимо наблюдения за больными в динамике. Другая актуальная сторона данной патологии – это сочетание различных болезней у одного пациента. Полиморбидность характерна для пациентов старших возрастных групп, возраст которых превышает 60 лет [1,2].

**Цель исследования** - изучить неблагоприятные факторы риска влияющие на исход заболевания и оценить эффективность системного тромболитика у больных ОКС с подъемом ST (ОКСпST) на фоне традиционной терапии.

**Материалы и методы исследования.** Проведено ретроспективное исследование историй болезни пациентов с ОКСпST за 2016-2018 гг., которые в экстренном порядке доставлены бригадами скорой помощи в Самаркандский филиал РНЦЭП, в отделение кардиореанимации для проведения ТЛТ стрептокиназой 1,5 млн. МЕ. Средний возраст больных составлял  $40 \pm 5$  лет.

В обследование и лечение были включены 144 больных, у которых заболевание возникло в первые 2-6 ч от начала ангинозных приступов, не купирующихся, несмотря на проводимую антиангинальную терапию. На ЭКГ регистрировались транзиторные изменения: элевация сегмента ST, увеличение степени инверсии зубца T, различные нарушения ритма и проводимости. Проводилась ферментативная диагностика: тропонины I, MB-фракции креатинфосфокиназы (MB-КФК). Тромболитис проводился по стандартным схемам, в дальнейшем больным проводилась традиционная терапия: инфузия нитроглицерина в первые сутки болезни, антиагреганты, антитромбоцитарная и антикоагулянтная терапия,  $\beta$ -блокаторы, ингибиторы АПФ, статины.

Больные были разделены на 2 группы: 1-группа 76 больных получавшие ТЛТ – стрептокиназой 1,5 млн. МЕ, 2-группа 68 больных получавшие традиционную терапию. Количественные данные представлены в виде средней и стандартной ошибки среднего ( $M \pm m$ ), обработка результатов методами непараметрической статистики, применялись критерии Вилкоксона Манна-Уитни. Статистически значимыми считали различия при  $p \leq 0,05$ .

**Результаты исследования и обсуждения.** В 1-группу вошли 76 больных из них мужчины составляли 43 (56,6%), а женщины 33 (43,4%). Во 2-группу вошли 68 больных из них мужчины составляли 38 (55,8%), а женщины 30 (44,1%). Во 2-группе отмечался более старший возраст, чем в 1-группе –  $69,8 \pm 0,5$  и  $69,6 \pm 0,5$  соответственно,  $p=0,1$ . Причем эта тенденция наблюдается и у мужчин и у женщин. У всех больных отмечено две и более сопутствующей патологии. Артериальная гипертония выявлена у 68% больных, сахарный диабет (СД) – у 22%, гиперхолестеринемия – у 75%. У 73% больных в анамнезе имелась ИБС (от 1 года до 15 лет), 23% больных перенесли острый инфаркт миокарда (ОИМ), а 4% больных перенесли ранее операцию коронарного шунтирования. В 1-е сутки у 17,1 % (13) больных имелись признаки острой сердечной недостаточности (ОСН). По тяжести проявлений ОСН больные распределились следующим образом: Killip I -7,8%, Killip II-3,9%, Killip III- 3,9%, Killip IV-1,3%. У больных в 1-2 группе хроническая сердечная недостаточность (ХСН) по NewYorkHeartAssociation (NYHA) III ФК 83,4% и 88%, IIIФК – 16,6% и 12%, пороки сердца 12,3% и 16,6%.

В зависимости от времени введения тромболитика больные 1-группы были разделены на 3 подгруппы: I подгруппа 9 больных (12%), которым тромболитик вводился в течение первых 2 часов от начала ангинозного приступа; II подгруппа 19 человек (25%) – стрептокиназа вводилась в пределах от 2 до 4 часов с момента начала приступа; III подгруппа 48 человек (63%) введение тромболитика выполнено в диапазоне времени 4-6 часов от начала заболевания. Среди умерших пациентов в обеих группах на первое место, по частоте встречаемости, выступила гипертоническая болезнь (ГБ) и дисциркуляторная энцефалопатия. СД II типа повышает риск развития ОКС в 2-4 раза, причем у женщин в большей степени, чем у мужчин. При использовании различных фибринолитических препаратов смертность от ОИМ среди больных с сахарным диабетом снижается так же, как среди больных без диабета [2]. Клинически верифицированный диагноз СД в нашем исследовании отмечался в 1 и 2 группах 2(2,6%) и 3 (4,4%) случаев.

В множественных эпидемиологических исследованиях доказано, что между повышенным уровнем в плазме крови общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) и риском развития атеросклероза и ИБС имеется четкая корреляционная связь, тогда, как с уровнем холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) корреляционная связь отрицательная, т.е. их повышенный уровень можно считать фактором антириска. Риск развития ИБС, связанный с повышением уровнем ОХС в 2,5 раза выше у молодых чем у лиц старшего возраста.

#### **Выводы:**

1. Таким образом, факторы риска такие, как гиперхолестеринемия, отягощенная наследственность по ССЗ являются предикторами ухудшающими прогноз заболевания независимо от применяемого тромболитического препарата. 2. У больных ОКСпST в сочетании с СД II типа и гипертонической болезнью пожилого возраста состояние утяжеляется не зависимо от проводимой тромболитической терапии, что еще раз говорит о высоком риске развития кардиоваскулярных осложнений у лиц данной группы.

### Список литературы

1. Аминов А.И., Эффективность кверцетина в профилактике негативных последствий реперфузионной терапии у больных острым коронарным синдромом с элевацией сегмента ST / Хаитов С.Ш., Кенжаев С.Р., Пулатов О.Я. // Врач-аспирант, 2012.- №1.1(50). –С. 165-172.
2. Варисханова С.Ф. Особенности метаболизма оксида азота у больных острым коронарным синдромом с элевацией сегмента ST // Врач-аспирант 2011. -№6.2(49).- С. 261-266.
3. Затеишиков Д.А. Тромболизис: современные аспекты // Кардиология 2014. - №11.- С. 39-40.
4. Ташкенбаева Э.Н. Предикторы развития сердечно-сосудистых осложнений у больных с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST / Хасанжанова Ф.О., Абдиева Г.А., Суннатова Г.И., Мирзаев Р.З. // Наука и общество в эпоху перемен. Материалы IV Международной научно-практической конференции Уфа, 15-16 октября 2018.- С.12-15.
5. Хасанжанова Ф. О. Различия в частоте развития основных осложнений у больных с острым инфарктом миокарда / Ташкенбаева Э.Н., Абдуллаев К.З. //Актуальные научные исследования в современном мире. – 2018. – №. 10-6. – С. 39-41.
6. Хасанжанова Ф. О. Роль изменения маркеров некроза кардиомиоцитов у больных в зависимости от возраста / Ташкенбаева Э.Н., Абдуллаев К.З. //Актуальные научные исследования в современном мире. – 2018. – №. 10-6. – С. 42-45.

### ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ФАКТОРА РИСКА КУРЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

*Хасанжанова Ф.О.*

Кафедра внутренних болезней №2. Самаркандский Государственный Медицинский Институт. Узбекистан

**Актуальность.** Во всем мире наблюдается тенденция к росту числа больных молодого возраста с острым коронарным синдромом (ОКС), который является одним из вариантов течения ИБС и это представляет собой важную социально-экономическую проблему из-за ранней утраты трудоспособности и ранней смертности [1,6]. Больные, у которых ОКС манифестировала в молодом возрасте, отличается от пожилых по структуре факторов риска (ФР), клиническим проявлениям и прогнозу заболевания. В последнее время помимо традиционных ФР развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) рассматриваются более широкий спектр признаков, ассоциированных с ранним развитием ОКС[1].

Установлено, что больные с ОКС молодого возраста имеют факторы, способствующие раннему развитию и прогрессированию атеросклероза коронарных артерий [2]. Наиболее распространенный доказанный ФР, связанный с ранним развитием ОКС является курение. Сообщалось, что распространенность курения у молодых людей в возрасте до 45 лет с ИБС составляла от 60% до 90% по сравнению с 24% до 56% у пациентов старше 45 лет [3]. По данным ВОЗ, вследствие его влияние погибают более семи миллионов человек в год [5]. Этот ФР более распространен именно у пациентов молодого возраста и приводит к манифестации заболевания на 10 лет раньше, чем среди некурящих больных.

В случае развития ССЗ курение оказывает негативное влияние на эндотелиальную функцию, окислительные процессы, функцию тромбоцитов, фибринолиз, воспаление и вазомоторную функцию, вызывая развитие атеросклероза и увеличивая риск последующих тромботических осложнений [5]. В молодом возрасте наиболее типично развитие ОКС с подъемом сегмента ST (ОКСпST) на электрокардиограмме (ЭКГ) возникает у мужчин курильщиков. Риск развития ОКС снижается после того, как пациент бросает курить, и благоприятное влияние отказа от курения на прогноз коррелируется с длительностью курения. Положительные эффекты отказа от курения у мужчин и женщин не отличаются, но смертность от ССЗ у никотинзависимых женщин выше, чем у мужчин. По данным 75 проспективных когортных исследований, в которые вошли 2,4 миллиона человек, риск развития коронарного атеросклероза у курящих женщин на 25% выше, чем у мужчин. У молодых женщин в отличие от мужчин курение ассоциировано с риском развития повторных сердечно-сосудистых осложнений (ССО) после ОКС.

Изучение ФР ассоциированных с развитием ОКС у пациентов молодого возраста, является актуальным для улучшения ранней диагностики, разработки и внедрения профилактических программ у данной категории пациентов [4].

**Цель исследования.** Изучить частоту основного фактора риска курения у больных с ОКС в половом и возрастном аспекте.

**Материалы и методы исследования.** В исследование были включены 106 больных с диагнозом ОКС с трансформацией в острый инфаркт миокарда (ОИМ). Средний возраст больных составляет 40±5,02 лет. ОИМ с зубцом Q регистрировалось у 69 больных (мужчины – 47 и женщины – 22), ОИМ без зубца Q – в 37 случаев (мужчины – 24 и женщины – 13). 45 больных из числа всех случаев умерли на догоспитальном этапе: с «определенным» ОИМ 25 и возможным ОИМ 20 больных. ОКС регистрировался в 106 случаях, в том числе с подъемом сегмента ST в 69 (мужчины – 47 и женщины – 22), без подъема сегмента ST в 37 (мужчины – 24 и женщины – 13) случаях. Диагноз устанавливали на основании клинических симптомов заболевания, анамнестических данных, результатов ЭКГ.

**Результаты исследования и их обсуждение.** По нашим данным, распространенность курения среди больных составляет 44,6%, при этом у мужчин этот показатель в 6 раза выше, чем у женщин(60,6% и 10,4%, соответственно). Курили в прошлом 9,6% мужчин и 2,5% женщин. Показано, что у больных ОИМ с зубцом Q и определенным ОИМ среди мужчин чаще курили (82,5% и 84,3%, соответственно), чем в другой мужской подгруппе, а в подгруппе ОКС с подъемом ST и определенный ОИМ среди женщин курение встречалось реже (20,1% и 19,3%,

соответственно). Общая распространенность курения по подгруппам показала, что в подгруппе с определенным ОИМ она была наибольшей, а в подгруппе ОКС без подъема ST наименьшей (63,2% и 36,5%, соответственно), и в подгруппе с определенным ОИМ распространенность этого ФР, превалировала в 1,7 раза. Анализ взаимосвязи этого показателя с полом и возрастом показал, что среди женщин курящие определены в подгруппе с определенным ОИМ в возрастных категориях 35-39 лет – 40%, среди мужчин молодого возраста от 25 до 34 лет все больные этой возрастной категории, включенные в исследование имели этот ФР, в возрастных группах от 35 до 50 лет в подгруппе ОИМ с зубцом Q частота регистрации этого ФР среди мужчин и женщин увеличивается до 32,5% и 51,2%. Анализ показал, что удельный вес курящих увеличивается пропорционально возрасту с 25 до 50 лет, в старших возрастных группах по всем подгруппам число курящих пациентов имеет тенденцию к уменьшению.

**Выводы.** Таким образом, курящие среди больных с ОИМ/ОКС составляет 44,6%, при этом прерогатива принадлежит лицам мужского пола (60,6%) и наблюдается в более ранней возрастной категории до 35 лет.

#### Список литературы

1. Андреев Е.Ю., Явелов И.С., Лукьянов М.М., Вернохаева А.Н., Драпкина О.М., Бойцов С.А. Ишемическая болезнь сердца у лиц молодого возраста: распространенность и сердечно-сосудистые факторы риска. Кардиология. 2018;58(10).
2. Константинова Е.В., Балаян Н.М., Шостак Н.А. “Инфаркт миокарда у молодых: причины и прогноз заболевания”// Клиницист 4 2016/1`2017. Том 10/11. Стр. 10-15.
3. Пономаренко И.В., Сукманова И.А. Клинико-гемодинамические характеристики пациентов с острым коронарным синдромом молодого возраста. // Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. 2018; 7(1):14-20. DOI:10.17802/2306-1278-2018-7-1-14-20.
4. Пономаренко И.В., Сукманова И.А. Традиционные факторы риска и генные мутации тромбоза, ассоциированные с острым коронарным синдромом у пациентов молодого возраста. // Кардиология 2019;59(1S).
5. Семухина Е.Н., Семухин М.В., Гапон Л.И., Зырянов И.П. Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. 2019; 8 (1): 134-139. DOI: 10.17802/2306-1278-2019-8-1-134-139.
6. Ташкенбаева Э.Н., Хасанжанова Ф.О., Хайдарова Д.Д. Влияние факторов риска на исход лечения больных острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST. Евразийский союз ученых (ЕСУ) №9 (54) / 2018. 3 часть. Стр. 34-36.

#### ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КЛАССИФИКАЦИОННЫХ КРИТЕРИЕВ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА – ACR/EULAR, 2010 Г. И ИНДЕКСА SDAI В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*Хасанзода С.Х., Охонова О.Д., Маджонова М.М., Хамидов Ф.М., Саидов Ё.У.*

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** В процессе внедрения основных принципов и рекомендаций современной фармакотерапевтической концепции ревматоидного артрита (РА) - стратегии "Treat to Target - T2T" в реальной клинической практике были идентифицированы ряд факторов, наличие которых затрудняет широкое внедрение новой терапевтической стратегии РА в практическую ревматологию [1-3]. Среди указанных факторов наиболее важными считаются: а) существующие трудности в ранней диагностики РА, объективная оценка активности заболевания, эффективность проводимой терапии и, что особенно важно, верификация состояния клинической ремиссии; б) низкая приверженность больных РА к лечению [3-5].

**Цель исследования** - изучить и оценить эффективность применения критериев ACR/EULAR, 2010 г. и индекса SDAI (simplified disease activity index) в реальной клинической практике.

**Материал и методы исследования.** Обследовано 104 больных с достоверным РА в возрасте от 22 до 66 лет (средний возраст  $53,4 \pm 3,8$  лет). Подавляющее большинство пациентов с РА были серопозитивны по ревматоидному фактору (РФ) – 86 (82,5%), а антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП) – 93 (89,3%). Из 104 больных РА у 63 пациентов (60,4%) была III степень активности по индексу DAS28, у 41 (39,6%) – II степень активности. Большинство пациентов с РА (67,2%) имели I и II функциональные классы (ФК). У 60 из 104 (57,6%) больных РА отмечались висцеральные проявления заболевания. Из общего количества обследованных нами пациентов (n=104) у 25 больных диагноз РА нами был верифицирован с помощью классификационных критериев ACR/EULAR, 2010 г., при продолжительности заболевания не более 6 мес.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В процессе тестирования классификационных критериев ACR/EULAR, 2010 г. в клинической практике нами прежде всего были тщательно проанализированы и оценены наиболее отличительные особенности суставного синдрома и степень позитивности пациентов по РФ и АЦЦП. Полученные в этом плане результаты и данные других исследователей [2,3] свидетельствуют о том, что среди отдельных диагностических позиций критерии ACR/EULAR, 2010 г. наиболее высокой рейтинговой значимостью в ранней диагностике РА обладают типичный суставной синдром с поражением значительного количества мелких суставов кистей и стопы и позитивность по РФ и АЦЦП. Факты, полученные в рамках данного исследования, и результаты, представленные в работах других авторов, с одной стороны, обоснованно укрепляют позиции АЦЦП как одного из самых высокоспецифических биомаркеров в ранней диагностике РА [1-3], а с другой, свидетельствуют о том, что среди многочисленных показателей «острой фазы воспаления» определение уровня СРБ (методом латекс-агглютинации) и СОЭ по-прежнему остается наиболее ценным и достаточно информативным лабораторным параметром в ранней диагностике РА [3-5].

С учетом существующих сложностей при вычислении индекса DAS28 в клинической практике эксперты EULAR на базе DAS28 разработали и представили более упрощенный индекс активности болезни - SDAI [2]. В

этой связи нами была поставлена задача оценить значения индекса SDAI у пациентов с активным РА. Суммарное значение индекса SDAI у обследованных нами пациентов (n=104) в среднем составило 36,4±2,3 (18,2-44,8) баллов. У 60 (57,6%) он соответствовал высокой активности и у 44 (42,4%) - умеренной активности РА. Средний уровень DAS28 составил 5,7±1,2 балла (4,1-6,2). При этом высокая активность РА имела место у 63 (60,4%) и умеренная активность - у 41 (39,6%) обследованного пациента. Эти данные свидетельствуют о хорошей корреляционной взаимосвязи индексов DAS28 и SDAI, хотя количество пациентов с высокой активностью РА несколько реже отмечалось при использовании индекса SDAI.

Представленные результаты и данные других исследователей показывают, что предложенный экспертами EULAR упрощенный индекс активности болезни - SDAI отличается простотой вычисления, достоверно коррелирует как с индексом DAS28, так и с другими общеизвестными клинико-лабораторными параметрами активности РА (СРБ, СОЭ) и требует широкого внедрения в практическую ревматологию [3-5].

**Выводы.** Современные международные индексы ACR/EULAR, 2010 г., SDAI в реальной клинической практике демонстрируют высокую информативность и чувствительность в ранней диагностике РА (при продолжительности «ревматоидного анамнеза» < 6 месяцев), многократной оценке активности заболевания, эффективности проводимой терапии и верификации состояния клинической ремиссии, что вместе с современными подходами к улучшению комплаентности больных, приобретает ключевую роль в имплементации стратегии Т2Т в практическую ревматологию.

#### Список литературы

1. Ревматология: российские клинические рекомендации / Под ред. академика РАН Е.Л. Насонова // Издательская группа «Геотар – Медиа». – 2019. – 461 с.
2. Каратеев Д.Е. Современные принципы ведения больных с ревматоидным артритом / Д.Е. Каратеев, Е.Л. Лучихина // Медицинский совет. - 2017. - №17. - С. 92-101.
3. Махмудов Х.Р. Стратегия «Лечение до достижения цели» в терапии ревматоидного артрита / Х.Р. Махмудов, Ё.У. Саидов // Вестник Авиценны. – 2015. – № 4 (65). –С. 126-132.
4. Насонов Е.Л. Рекомендации EULAR по диагностике раннего артрита / Е.Л. Насонов // Научно-практическая ревматология. – 2017. – № 55 (прил. 1). – С.1-13.
5. Насонов Е.Л. Ревматоидный артрит: проблемы ремиссии и резистентности / Е.Л. Насонов, Ю.А. Олюнин, А.М. Лиля // Научно-практическая ревматология. – 2018. – 56 (№3). – С.263-271.

### НАЧАЛЬНЫЕ КЛИНИКО-ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТРЫХ ЛЕЙКОЗОВ

*Хасанов Дж.М., Шарифов М.М., Шамсов А.Т.*

Кафедра внутренних болезней №3 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Острые лейкозы (ОЛ) – это заболевания из группы гемобластозов. Злокачественная опухоль кроветворной ткани, исходящая из костного мозга, патоморфологическим субстратом которых являются лейкозные бластные клетки, соответствующие родоначальным элементам одного из ростков кроветворения [1]. ОЛ – редкое заболевание: составляет лишь 3% от злокачественных опухолей человека. ОЛ является следствием повреждения – мутации в генетическом материале клоногенной кроветворной клетки. В результате этого нарушается контроль за клеточным циклом, возникают изменения процесса транскрипции и продукции ряда ключевых белков [2].

Известно, что наличие нетипичной клинической картины, отсутствие данных об изменениях в периферической крови создают определённые трудности ранней диагностики лейкемии. В связи с этим представляет интерес изучение клинико-гематологической картины лейкемии, особенности которой имеют прогностическое значение.

Многочисленные работы последних лет свидетельствуют о росте заболеваемости лейкозами во всём мире. По данным ВОЗ, число ежегодно регистрируемых опухолей увеличилось на 17% и составляет 6200 тыс. [3].

**Цель исследования.** Рассмотреть начальные клинико-гематологические проявления острых лейкозов у больных, госпитализированных во взрослое гематологическое отделение ГУНМЦРТ «Шифобахш» за январь-август 2019 года.

**Материал и методы исследования.** Источником информации в проведенном нами исследовании послужили медицинские карты стационарного больного за январь-август 2019 года. Нами проведен анализ частоты клинических симптомов и изменений показателей периферической крови и миелограммы у 98 больных за исследуемый период. Среди них мужчин-51 (52,04%) и 47 (47,96) женщин в возрасте от 16 до 63 лет. Соотношение острых лейкозов по формам: лимфоидные 66 (67,35%) и миелоидные составили 32 (32,65%) случая. В исследование включены только впервые выявленные случаи заболевания. Для верификации диагноза в отделении проводились общеклинические исследования: общий анализ крови с подсчётом ретикулоцитов и тромбоцитов, также проводились морфологическое и цитохимическое исследование костного мозга.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Проявления ОЛ сходны при разных формах. В основном они связаны с замещением нормальной гемопоэтической ткани опухолевыми клетками, инфильтрацией ими различных органов и прдукцией цитокининов. Дебют ОЛ не имеет характерных клинических проявлений. У молодых он может быть острым и проявляется прогрессирующей общей слабостью, недомоганием, головной болью, одышкой, миалгией, оссалгией, болями в животе, лихорадкой. В пожилом возрасте заболевание развивается медленнее и характеризуется преобладанием симптомов анемии и интоксикации. Реже первым проявлением ОЛ является геморрагический синдром (кровоточивости в кожу, слизистые оболочки). У 5% больных диагноз устанавливается при исследовании периферической крови по поводу других заболеваний. У исследуемых больных длительность заболевания составляла от 3 до 10 недель. Начальные симптомы-общая слабость, утомляемость, снижение работоспособности, снижение массы тела, боли в костях и суставах, отсутствие аппетита не всегда могут насторожить вра-

чей в пользу ОЛ. Нередко можно обнаружить признаки тонзиллита, боли в животе. Могут иметь место немотивированные подъемы температуры тела. В этих случаях развёрнутый общий анализ крови с подсчётом ретикулоцитов, тромбоцитов и лейкоформулы позволяет установить диагноз ОЛ или предположить её наличие, что в дальнейшем необходимо подтвердить исследованием костного мозга.

Таблица 1. – Ранние клинико-лабораторные проявления у больных с впервые выявленным острым лейкозом

Ранние проявления	Абсолютное количество больных	Количество больных в процентах
Общая слабость	64	62,7
Повышение температуры тела	82	80,3
Геморрагический синдром	56	54,9
Стоматит	3	2,9
Ангина	4	3,9
Лимфоаденопатия	58	56,9
Спленомегалия	23	22,5
Оссалгия	63	61,7
Анемия	57	55,9
Лейкоцитоз	44	43,1
Лейкопения $4,0 \times 10^9/\text{л}$	37	36,2
Тромбоцитопения	68	66,6
СОЭ $>50$ мм/ч	49	48,0
Тотальная бластемия	47	46,0

Нужно отметить, что какого-либо одного симптома для постановки ОЛ на ранних стадиях не существует. Наиболее частыми ранними симптомами, как видно из таблицы, являются: общая слабость (62,7%), повышение температуры тела (80,3%), геморрагический синдром (54,9%), лимфоаденопатия (56,9%), спленомегалия (22,5%), оссалгия (61,7%), анемия (55,9%). Учитывая выше изложенное таким больным необходимо проводить исследование развёрнутого общего анализа крови, который на ранних этапах позволит поставить или предположить диагноз ОЛ.

**Выводы.** Таким образом, анализируя начальные проявления при ОЛ можно определённо сказать, что при таких проявлениях как анемия, геморрагический синдром, лимфоаденопатия, оссалгия, лейкопения, лейкоцитоз, ускоренное СОЭ, необходимо исследовать развёрнутый общий анализ крови и при необходимости миелограмму.

#### Список литературы

1. Клинико-гематологические особенности острой лейкемии в Таджикистане / Г.Б. Ходжиева [и др.] // Вестник Авиценны.-2013. - №4. - С. 36-39.
2. Вторичные лейкозы / Дж.М. Хасанов [и др.] // Материалы 66 годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, в рамках которой проходит Симпозиум детских хирургов «Хирургия пороков развития у детей» и Веб-симпозиум по нормальной физиологии, посвящённые «Году развития туризма и народных ремёсел». Том I. – Душанбе, 2018.-С. 597-598.
3. Рахматов, М.К. Некоторые социально-демографические аспекты заболеваемости лейкозами населения Республики Таджикистан: автореф. дис... канд. мед. наук / М.К. Рахматов. – Душанбе, 2011. - С. 3.

#### ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ЛИМФО- И МИЕЛОЛЕЙКОЗОМ

*Ходжиева Г.Б., Ураков К.З., Ганиева М.П.*

Кафедра внутренних болезней №3 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Одним из факторов развития онкологического заболевания, является снижение реактивности иммунной системы с одной стороны, доказано, что именно иммунодефицитное состояние определяет развитие злокачественной опухоли. С другой, накапливаются все больше сведений, что и сама опухоль индуцирует развитие иммунной супрессии, которая может проявляться в широком диапазоне. Таким образом, несмотря на ряд проведённых исследований, многое в патогенезе хронических лейкозов остаётся неизученным. Изучение патогенеза хронических лейкозов с позиции механизмов иммунореактивности, является очень актуальным вопросом [1,2,3].

Развитие вторичного иммунодефицита при хроническом лимфолейкозе способствует возникновению инфекционных осложнений различной локализации и генеза, которые значительно отягощают течение основного заболевания и сокращают продолжительность жизни пациентов. Инфекционные осложнения встречаются у 75-80,0% больных хроническим лимфолейкозом. Они имеют склонность к затяжному, рецидивирующему течению и нередко являются непосредственной причиной смерти пациентов [4].

**Цель исследования:** изучение показателей иммунного статуса у больных хроническим лимфо- и миелолейкозом в зависимости от стадии заболевания.

**Материал и методы исследования.** В гематологическом отделении ГУ НМЦ РТ городка «Шифобахш» всего под наблюдением находилось 42 больных с хроническим лимфолейкозом (мужчин – 25, женщин - 17). Средний возраст больных составил  $54,3 \pm 2,5$  года. У 20 больных заболевание диагностировалось в развёрнутую стадию, у 22 больных – в терминальную стадию.

И 50 больных с хроническим миелолейкозом (мужчин – 36, женщин - 14). Средний возраст больных составил  $48,4 \pm 2,8$  года. У 28 больных заболевание диагностировалось в развёрнутую стадию, у 22 больных – в терми-

нальную стадию. Контрольную группу составили 20 здоровых лиц такого же возраста. Концентрацию иммуноглобулинов А, М, G в сыворотке определяли иммуноферментным методом.

Достоверность различий между показателями оценивали по критерию Манна-Уитни. Статистический анализ осуществляли в пакете прикладных программ Statistica 7.0.

**Результаты исследования и их обсуждение.** При исследовании иммунологического статуса у пациентов с хроническим лимфолейкозом в развернутой стадии повышаются абсолютные количества лейкоцитов, лимфоцитов, при исследовании состояния гуморального звена иммунологического статуса обнаружено снижение концентрации Ig A, Ig G (Таблица 1).

**Таблица 1. - Параметры иммунологического статуса у больных хроническим лимфолейкозом**

Показатели	Контрольная группа (P <sub>1</sub> )	Развернутая стадия (P <sub>2</sub> )	Терминальная стадия (P <sub>3</sub> )
Лейкоциты (10 <sup>9</sup> /л)	5,73±0,3	12,0±1,4*	5,6±1,4
Лимфоциты (%)	38,0±1,3	77,5±2,0*	87,0±2,0**
Ig A (г/л)	1,91±0,03	0,83±0,01	1,81±0,04
Ig M (г/л)	1,2±0,04	0,65±0,02	0,57±0,01
Ig G (г/л)	10,3±0,7	7,56±0,9*	6,84±0,57**

Примечание: Статистически значимые различия между \*P<sub>1</sub>-P<sub>2</sub><0,05 группами и \*\*P<sub>2</sub>-P<sub>3</sub><0,01 (по критерию Манна-Уитни)

В терминальной же стадии хронического лимфолейкоза повышаются относительные уровни лимфоцитов, при исследовании гуморального иммунитета обнаружено снижение концентрации Ig A, Ig M, Ig G.

При исследовании показателей иммунологического статуса у больных хроническим лимфолейкозом наибольшая иммунная недостаточность отмечается у больных в терминальной стадии.

**Таблица 2. - Параметры иммунологического статуса у больных хроническим миелолейкозом**

Показатели	Контрольная группа (P <sub>1</sub> )	Развернутая стадия (P <sub>2</sub> )	Терминальная стадия (P <sub>3</sub> )
Лейкоциты (10 <sup>9</sup> /л)	6,0±0,32	5,0±1,3	4,6±1,3
Лимфоциты (%)	39,5±1,4	42,0±1,6	25,0±1,6**
Ig A (г/л)	0,91±0,03	0,81±0,01	0,51±0,06
Ig M (г/л)	1,25±0,05	0,98±0,02*	0,61±0,01
Ig G (г/л)	10,22±0,8	9,13±1,01	5,7±0,63**

Примечание: Статистически значимые различия между \*P<sub>1</sub>-P<sub>2</sub><0,05 группами и \*\*P<sub>2</sub>-P<sub>3</sub><0,01 (по критерию Манна-Уитни)

При исследовании иммунологического статуса у больных хроническим миелолейкозом отмечается снижение лейкоцитов и лимфоцитов в терминальной стадии. По сравнению с группой больных с хроническим лимфолейкозом при хроническом миелолейкозе показатели гуморального иммунитета Ig A, Ig M, Ig G намного снижены, особенно Ig G 5,7±0,63 в терминальной стадии заболевания.

**Выводы.** При сравнительном анализе параметров иммунного статуса у больных с хроническим лимфолейкозом и хроническим миелолейкозом отмечается снижение иммунитета, показателей Ig A, Ig M, особенно Ig G в терминальной стадии заболевания, который больше снижается у больных с хроническим миелолейкозом.

#### Список литературы

1. Смирнова, О.В. Хронический миелолейкоз – клинические и иммунологические особенности у взрослых больных / О.В. Смирнова // Клиническая медицина. - 2012. - №3(85). - С.185-189.
2. Смирнова, О.В. Особенности клинических проявлений и характеристика иммунопатогенеза больных хроническим миелолейкозом / О.В. Смирнова, В.Т. Манчук, А.А. Савченко // Сибирский онкологический журнал. - 2007. - №3(23). - С.16-22.
3. Ганиева, М.П. Параметры иммунной системы у больных с хроническим миелолейкозом / М.П. Ганиева, О.Д. Рахмонова, Г.Б. Ходжиева // Мат. 62-й научно-прак. конф. ТГМУ. – Душанбе, 2014. - С.30-31.
4. Зотина, Е.Н. Клинико-иммунологическая характеристика и факторы прогноза хронического лимфолейкоза в асимптоматической фазе: дис. ... канд. мед. наук / Е.Н. Зотина. – Киров, 2015. –122 с.

#### ВЛИЯНИЕ МЕЛАТОНИНА НА РЕОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

*Хурсанов Н.М., Воронцовская К.Р., Таджиева З.А.*

Кафедра внутренних болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Артериальная гипертензия (АГ) является главным фактором риска сердечно-сосудистой заболеваемости (ССЗ) и смертности. Распространенность АГ в разных возрастных группах высока, однако максимума она достигает в пожилом возрасте [1]. Доказано, что при изолированной систолической АГ (ИСАГ) риск возникновения кардиоваскулярных и церебральных катастроф увеличивается на 50% по сравнению с теми лицами, у которых систолическое АД меньше 140 мм рт. ст. С учетом увеличения доли пожилых людей в популяции, лечение ИСАГ у лиц пожилого и очень пожилого возраста является одной из ведущих медико-социальных и экономических проблем [2]. Согласно современным представлениям, важную роль в появлении и прогрессировании АГ играет нарушение реологических свойств крови. В экспериментальных и клинических исследованиях было убедительно показано прямое и косвенное участие гемореологического фактора в механизмах формирования повышенного АД [3]. Несмотря на то, что на сегодняшний день накоплен большой массив как экспериментальных, так и

клинических данных, касающихся гипотензивного эффекта мелатонина при исходно повышенном АД [4], остается открытым вопрос, посвящённых изучению действия мелатонина на реологию крови.

**Цель исследования.** Изучить влияние мелатонина на реологические показатели крови у пожилых пациентов с изолированной систолической артериальной гипертензией.

**Материал и методы исследования.** Обследовано всего 46 пациентов с изолированной систолической артериальной гипертензией. Пациенты находились на базисной терапии, которая включала в себя ингибиторы АПФ и блокаторы кальциевых каналов. Средний возраст обследуемых составил  $68 \pm 5,1$  лет. Больные были разделены на 2 группы: основную и контрольную. Пациенты основной группы ( $n=23$ ) получали мелатонин в дозе 3 мг перорально в сутки (в 22 часа) в течение 24 недель. Больные контрольной группы ( $n=23$ ) получали только базисную терапию. Обе группы были сопоставимы по возрасту, полу, тяжести заболевания и применяемым дозам стандартной терапии. Реологические показатели крови оценивали до и после лечения. Определяли: протромбиновое время (ПТ), протромбиновый индекс (ПТИ), активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ). При статистической обработке Microsoft Excel – 2007, применяли стандартные методы вычисления средних величин и стандартных отклонений ( $M \pm m$ ).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Через 24 недели исследования нами было отмечено положительная динамика в обеих группах: улучшение общего самочувствия (у 89% пациентов), уменьшение одышки при прежних темпах физической нагрузки (у 71%), болей в области сердца (67%), систолическое артериальное давление в среднем снизилось на 14,4% (от  $167 \pm 5,3$  мм рт. ст. до  $143 \pm 4,1$  мм рт.ст.) и диастолическое давление – на 5,7% (от  $88 \pm 1,7$  мм рт.ст. до  $83 \pm 2,3$  мм р.ст.). У больных в основной группе положительный клинический эффект сопровождался улучшением реологических показателей крови. Показатель ПТ повысился в среднем на 9,8% (с  $11,2 \pm 1,3$  сек. до  $12,3 \pm 2,7$  сек.), отмечалось снижение показателей ПТИ на 2,9% (с  $101,1 \pm 1,3$  % до  $98,2 \pm 0,6$  %) и АЧТВ - на 7,7% (с  $28,3 \pm 3,2$  сек. до  $26,1 \pm 2,7$  сек.).

У пациентов контрольной группы наблюдали менее выраженную динамику: ПТ в среднем повысился на 3,5% (с  $11,3 \pm 1,1$  сек. до  $11,7 \pm 1,8$  сек.), значения показателей ПТИ и АЧТВ имели тенденцию к снижению: ПТИ - на 1,8% (с  $100,9 \pm 1,3$  % до  $99,1 \pm 1,1$  %) и АЧТВ - на 3,2% (с  $28,1 \pm 3,2$  сек. до  $27,2 \pm 2,3$  сек.).

**Выводы.** Полученные результаты исследования свидетельствуют о положительном влиянии мелатонина на реологические показатели крови у пожилых больных с изолированной систолической артериальной гипертензией.

#### Список литературы

1. Бокарев, И.Н. Артериальная гипертония: современное состояние проблемы / И.Н. Бокарев, П.А. Дулин, Ю.В. Овчинников // Клиническая медицина. – 2017. – №7. – С. 581-586.
2. Duprez, D. Treatment of isolated systolic hypertension in the elderly / D. Duprez // Expert Rev Cardiovasc Ther. – 2012. – №10. – Р. 1367-1373.
3. Синдром повышенной вязкости крови у больных артериальной гипертензией и гемореологические эффекты антигипертензивных средств / А.Ю. Шаманаев, О.И. Алиев, А.М. Анищенко, А.В. Сидехменова, М.Б. Плотноков // Российский кардиологический журнал. – 2016. – №4(132). – С. 97-102.
4. Пальман, А.Д. Мелатонин и артериальная гипертензия: от понимания патогенеза к терапевтическим возможностям / А.Д. Пальман, С.И. Рапопорт // Клиническая медицина. – 2014. – №8. – С.14-19.

### КЛИНИКА И ТЕЧЕНИЕ ПНЕВМОКОККОВОГО МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТА

*Хусайнов О.Х., Исломов Н.Д., Каримов С.С., Боймуродов А.А.*

Кафедра инфекционных болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Пневмококковый менингит самая частая форма вторичного гнойного менингита, возникает либо первично, либо чаще как осложнение какого-либо заболевания (гнойного отита, пневмонии, рожистого воспаления, абсцесса легких, перелома основания черепа, гайморита).

Возбудителем этой формы менингита является пневмококк, диплококк. Распространяется вне пневмококковый менингит чаще и является вторичным, как результат септического процесса. Однако, по данным В. И. Покровского (1965) выявить первичную локализацию воспалительного процесса не удаётся, диагноз в таких случаях доказывают обнаружением соответствующих возбудителей в спинномозговой жидкости.

По результатам исследований зарубежных и отечественных авторов в течение последних тридцати лет отмечается значительное снижение заболеваемости менингококковой инфекцией в отличие от бактериальных менингитов не менингококковой этиологии. Показатель заболеваемости бактериальными менингитами не менингококковой этиологии в 2015 г. по РФ составил 1,08 на 100 тыс. населения. При этом *S. pneumoniae* занимает одно из ведущих мест в этиологической структуре бактериальных менингитов по РФ и составляет в среднем 22,1% (2010-2014 гг.), уступая только менингококкам (52,2%) [1, 2].

Самый высокий показатель заболеваемости пневмококковыми менингитами регистрируется у детей младше возрастной группы (от 0 до 4 лет) и составляет 10 на 100 тыс. Среди взрослого населения данный показатель ниже - 1-2,5 на 100 тыс. населения в год, с максимальной заболеваемостью в возрастной группе от 45 до 64 лет. Выявляемость пневмококка возросла от 11,5 до 55,2%. Летальность при пневмококковом менингите доходит до 30%. Мужчины болеют чаще, чем женщины [2-3].

Согласно литературным данным, около 50% больных пневмококковым менингитом нуждаются в лечении в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии, у 30-70% из них наступает летальный исход [3, 4, 5].

У большей части пациентов с менингитами пневмококковой этиологии отмечаются признаки поражения нервной системы, сопровождающиеся развитием осложнений в виде отека головного мозга, нестабильности гемо-



динамики, нарушения сознания. В связи с этим больных необходимо госпитализировать в реанимационное отделение и интенсивной терапии с первых дней заболевания.

По клинической картине пневмококковый менингит имеет значительное сходство с менингитом менингококковой этиологии, поэтому на раннем этапе необходимо проведение дифференциальной диагностики.

Клиническая картина пневмококкового менингита характеризуется острым, даже бурным началом заболевания при выраженном синдроме интоксикации, высокая температуры до 39-40 °С, часто с потрясающим ознобом. Больные предъявляют жалобы на сонливость, головокружение, головную боль и боли в глазных яблоках при движении. До 19,0% отмечались катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей в виде сухого и продуктивного кашля, серозного отделяемого из носа. Только у 2 пациентов (9,5%) было зарегистрировано появление мелкоточечной геморрагической сыпи на коже туловища и конечностей [6].

Пневмококковые менингиты характеризуются бурным началом и течением. Заболевание протекает чаще в виде менингоэнцефалита и без лечения заканчивается смертью больного к 5-у дня болезни. Рано и очень часто (до 60%) у больных наблюдается потеря сознания, судороги, общая гиперестезия, поражение черепно-мозговых нервов. Вследствие перехода воспалительного процесса на кору головного мозга нередко, особенно у детей, наблюдаются судороги, парезы. У многих больных отмечается набухание и отёк головного мозга, сопровождающиеся брадикардией и аритмией дыхания. Уже в ближайшие дни у больного может наступить коматозное состояние [3].

В нашей повседневной практике пневмококковые менингиты это не часто встречающееся заболевание. Анализ за период 2015-2018гг по ГКИБ города Душанбе показал, что доля пневмококкового менингита в структуре гнойных менингитов иной этиологии составляет всего 1,4. 92,5% приходилось на долю менингококкового менингита. В 5,9% случаев этиологических факторов лабораторно не установили. Исходя из этого, далеко не каждый врач за всю свою практику сталкивается хотя бы с одним таким больным. И не всегда студентам медицинского факультета в процессе обучения удастся продемонстрировать больного пневмококковым менингитом. Ведь ошибки, приводящие к потере драгоценного времени, порой стоящего жизни больного, чаще случаются именно на догоспитальном этапе. Поэтому не лишним будет подробно описывать случаи из нашей практики, касающиеся больного с тяжелой формой пневмококкового менингита.

#### **Приведём свои наблюдения из практики:**

Больной Д.Д., 20 лет, поступил 18.11.2017 в 15.00 часов в отделение реанимации и интенсивной терапии Городской клинической инфекционной больницы города Душанбе в крайне тяжелом состоянии. Из анамнеза заболевания выяснилось, что 8 дней назад у больного появились головные боли. Но особого значения этому он не предал. В динамике головные боли прогрессировали, повысилась температура тела до 38,5-39°С. Последние 3 дня до госпитализации в ГКИБ на фоне сильных головных болей присоединилась рвота, которая повторялась 2-3 раза. Рвота не давала облегчения. Больной дома принимал только обезболивающие и жаропонижающие препараты. 18.11.17 в связи с резким ухудшением общего состояния больного и потери сознания, больной был доставлен в приёмный покой Национального медицинского Центра Республики Таджикистан, где был осмотрен врачами невропатологом, оториноларингологом и реаниматологом. На произведённой МРТ головного мозга признаков патологического образования и очагового поражения головного мозга не установлено. При рентгенологическом исследовании легких прямой проекции обзорной рентгенограммы грудной клетки выявлены признаки бронхопневмонии средней доли правого легкого. Для исключения инфекционной патологии бригадой скорой помощи больной в крайне тяжелом состоянии был доставлен в ГКИБ с диагнозом: правосторонняя бронхопневмония, фолликулярная ангина, пристеночный гайморит. По тяжести состояния больной был госпитализирован в реанимационное отделение.

При поступлении состояние больного крайне тяжелое. Без сознания. Зрачки D>S. Реакция зрачков на свет вялая. Менингеальные знаки: грубая ригидность затылочных мышц, резко положительные симптомы Кернига и Брудзинского. У больного отмечались клонико-тонические судороги, левосторонняя гемиплегия. По шкале Глазго 6 баллов, что соответствует признакам мозговой комы – 2 степени. Кожа бледно-цианотичная. Сыпи на коже нет. Температура – 40,2°С. Умеренные проявления дистальной гипотермии. Тоны сердца глухие, пульс слабого наполнения и напряжения, тахикардия, пульс 140 ударов в минуту, А/Д-90/60 мм.рт.ст. Дыхание аритмичное. Аускультативно в легких ослабленное везикулярное дыхание. С правой стороны выслушиваются сухие хрипы. Кашель непродуктивный. Сатурация - 90%. Живот мягкий. Печень выступает из края реберной дуги на 2 см, мягкой консистенции. В анализе крови с момента поступления: Нб – 120 г/л. Эр –  $4.0 \times 10^{12}$ /л. Лейкоциты  $16.4 \times 10^9$  /л: эозинофилы - 1%, палочки - 15%, сегменты - 63%, лимфоциты - 19%, моноциты - 2%. СОЭ-25 мм/час. Биохимические показатели крови: общий белок - 56,4 г/л. Глюкоза крови - 7.1 ммоль/л, мочевина - 10,8 ммоль/л, креатинин - 120,0, Ca<sup>++</sup> - 2.2 ммоль/л. Для уточнения диагноза больному была проведена люмбальная пункция. Ликвор мутный, белок - 0.165%. Осадочная реакция Панди +++++. Нейтрофильный плеоцитоз сплошь в поле зрения. При бактериоскопии ликвора обнаружены пневмококки. При бактериальном посеве ликвора и мокроты также обнаружены *Streptococcus pneumoniae*. В ликворе фибринозная пленка не обнаружена. Результаты Geene-Xpert мокроты и ликвора на микобактерии туберкулёза отрицательные. На основании анамнеза заболевания, клинических проявлений и лабораторных данных больному был поставлен диагноз: пневмококковый менингоэнцефалит, тяжелая форма, осложнившаяся отеком и набуханием головного мозга. Мозговая кома 2 степени, левосторонний гемипарез. Сопутствовала: правосторонняя средне доленая бронхопневмония.

Больному была назначена комплексная терапия: антибактериальная - цефтриаксон в дозе 4 грамма в сутки внутривенно в течение 15 дней, внутривенная инфузионная в детоксикационно-дегидратационном режиме, посиндромно. На этом фоне состояние улучшилось, нормализовались показатели гемодинамики, нивелированы проявления отека мозга и судорожного синдрома. На 4 день прояснилось сознание, нормализовались показатели гемодинамики, нивелированы проявления отека мозга и судорожного синдрома. В ликвограмме при повторной пункции ликвор прозрачный, белок - 0.033%. Реакция Панди +. Лейкоцитов - 25 клеток: из них лимфоцитов - 21 клетка и нейтрофилы - 4 клетки. Больной на 20 сутки от начала госпитализации в удовлетворительном состоянии

выписан под наблюдение участкового врача после нормализации результатов ликвограммы, трехкратных отрицательных результатов бактериальных посевов ликвора.

#### **Выводы**

1. По данным литературы пневмококковый менингит занимает второе место после менингококкового менингита в этиологической структуре бактериальных гнойных менингитов.
2. Показатель заболеваемости бактериальными менингитами *S. pneumoniae* этиологии по данным зарубежной литературы, отличается от данных показателей в ГКИБ г. Душанбе.
3. Пневмококковый менингит характеризуется тяжелым течением, с частым развитием менингоэнцефалита и отека мозга.
4. Окончательным решением правильного диагноза является обнаружение соответствующих возбудителей в спинномозговой жидкости.

#### **Список литературы**

1. Королева И. С., Белошицкий Г. В., Королева М. А., Мельникова А. А. Эпидемиологические аспекты пневмококкового менингита в Российской Федерации. *Эпидемиология и Вакцинопрофилактика*. 2016; 15 (5): 6-13.
2. van deBeek D., Cabellos C., Dzurkova O., Esposito S., Klein M., Kloek A. T. ESCMID guideline: diagnosis and treatment of acute bacterial meningitis *Clinical Microbiology and Infection*. 2016; 53: 537- 62.
3. Национальная ассоциация специалистов по контролю инфекций (НАСКИ). Современная ситуация по пневмококковым инфекциям в мире и в Российской Федерации. Доступно на: <http://nasci.ru>.
4. Weisfelt M, van de Beek D, Spanjaard L, Reitsma JB, de Gans J. Clinical features, complications, and outcome in adults with pneumococcal meningitis: a prospective case series. *The Lancet Neurology*. 2006; 2: 104-105.
5. Joo-Yeon, Engelen-Lee. Engelen-Lee J-Y, Brouwer MC, Aronica E, van de Beek D. Pneumococcal meningitis: Clinical pathological correlations (meningene-path) *Acta Neuropathologica Communications Neuroscience of Disease*. 2016; 4: 26.

### **СЛУЧАЙ БЛАГОПОЛУЧНОГО ИСХОДА ХИМИОТЕРАПИИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО ОСТРОГО ЛИМФОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА У БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ**

*Шамсов А.Т., Рахмонова О.Д., Шарифов М.М.*

Кафедра внутренних болезней №3 ТГМУ им Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Острые лейкозы – разнородная группа опухолевых заболеваний системы крови, которые характеризуются первичным поражением костного мозга морфологически незрелыми (бластными) кроветворными клетками с вытеснением нормального кроветворения.[1,3,5] Клиническая картина острого лейкоза обусловлено вытеснением всех ростков кроветворения бластными клетками, которые приводят к тяжёлой панцитопении. Клинически панцитопения проявляется тяжёлой анемией, выраженными инфекционными и геморрагическими осложнениями, которые зачастую заканчиваются фатально.[2,4]

Сочетания острого лейкоза с беременностью значительно отягощает течение болезни и еще в большей степени ухудшает прогноз заболевания. Лечение беременных женщин с острым лейкозом это самый сложный баланс между стремлением к излечению матери и минимальным воздействием на плод. При выборе терапии возникает множество вопросов медицинского, этического и социального характера. Лечение острого лейкоза во время беременности представляет очень трудную задачу и имеет своей целью спасти сразу две жизни. Возникает дилемма: начать химиотерапию или прерывать беременность. [1]

**Цель исследования.** Продемонстрировать случай успешного лечения химиотерапии острого лимфобластного лейкоза у беременной женщины.

Представляем описание клинического случая острого лимфобластного лейкоза выявленного у женщины с первой беременностью на сроке гестации 28-29 недель беременности.

В гематологическое отделение ГУ Национального медицинского центра «Шифобахш» 28.03.2019г. поступила больная Л. Д., с жалобами на периодические повышение температуры до 38,5°C, быструю утомляемость, одышку, общую слабость. Больной считает себя в течение месяца (срок беременности 28-29 недель), когда впервые отмечала вышеперечисленные жалобы. Обратилась к участковому гинекологу и терапевту по месту жительства. Участковым терапевтом было назначено антибиотики, отхаркивающие препараты и ингаляции – спрей по поводу острого респираторного заболевания. Несмотря на это состояние больной постепенно ухудшалось. При повторном обращении к врачу в общем анализе крови обнаружено незначительная анемия и умеренный лейкоцитоз. Затем больная, для исключения заболевания системы крови была направлена в гематологическое отделение ГУ Национального медицинского центра «Шифобахш». Состояние больной при поступлении тяжёлое. Сознание ясное. Кожные покровы умеренно бледные. Периферические лимфоузлы не увеличены. В лёгких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 110/70 мм.рт. ст. Язык обложен белым налётом. Живот увеличен в объёме за счет беременности. Печень и селезёнка не увеличены. Физотправления в норме.

В общем анализе крови: Эр –  $3,7 * 10^{12}/л$ ; НВ – 82 г/л; цп - 0,8; ретикулоциты – 2,0 %; тромбоциты –  $87,0 * 10^9/л$ ; Лейкоциты –  $21,2 * 10^9/л$ ; бласты – 0; эозинофилы - 3; миелоциты – 2; метамиелоциты - 1; палочкоядерные - 6; сегментоядерные - 12; Лимфоциты – 69; Моноциты – 7; СОЭ – 68 мм. рт. ст. Общий анализ мочи: белок – 0,033.; лейкоциты 8 – 9; Кал на я/глист: не обнаружен. Биохимическое исследование крови: билирубин – 19,0; прямой – 5,0; непрямой – 14,0; Тимол вероналовая проба – 3,1; йодная проба – 0; АсАт – 0,60; АлАт – 0,61; RW-отр.; HBSAg-отр.; HCV-отр.; HIV-отр.; Миелограмма: костный мозг клеточный. Увеличены количество бластных клеток – 85%; Красный росток сужен. Мегакарициты единичные, без отшнуровки тромбоцитов. Цитохимическая реакция на пероксидазу отрицательная. ЭКГ: синусовый ритм. ЧСС 94 ударов в 1 минуту. Электрическая ось сердца не

отклонена. Гипертрофия левого желудочка. УЗИ органов брюшной полости: незначительная спленомегалия. Р-графия лёгких: картина хронического бронхита.

На основании вышеперечисленных данных выставлен диагноз острый лимфобластный лейкоз, 1-я атака в сочетании с беременностью 28-29 недель. Созван консилиум всех врачей гематологов с участием гинекологов и врача неонатолога. Большинство врачей были на стороне прерывание беременности, чтобы минимизировать риск гибели матери. Химиотерапия может привести к внутриутробному пороку развития из-за развития выраженной миелосупрессии плода. Но пациентка категорически отказалась от Кесарево сечение. Отсрочка химиотерапии резко повышал риск гибели роженицы. Повторно созван консилиум врачей всех специальностей, где все врачи были единогласно за немедленное начало химиотерапии.

В тот же день начата химиотерапия по программе Хельцер: в 1-й фазе винкристин 2 мг. в/в., еженедельно, даунорубин 60 мг. в/в., еженедельно, преднизолон 90 мг. в сутки 28 дней внутрь и аспарагиназа 10000 ЕД. в/в, с 14 по 15 дни программы. Параллельно назначили сопроводительную терапию: антибиотики, гемостатики, гепатопротекторы, компоненты крови, колоностимулирующие факторы и инфузионную терапию. На фоне цитостатической терапии наблюдали положительную динамику. К концу 1-й фазы химиотерапии состояние больной значительно улучшилось. Жалоб практически не предъявляет. Беременность протекает без осложнений. Значительно улучшились показатели общего анализа периферической крови: Эр –  $4,3 \cdot 10^{12}/л$ ; НВ – 109 г/л; цп – 0,9; ретикулоциты – 0,9 %; тромбоциты –  $168,0 \cdot 10^9/л$ ; Лейкоциты –  $2,2 \cdot 10^9/л$ ; бласты – 0; эозинофилы – 2; миелоциты – 0; метамиелоциты – 1; палочкоядерные – 5; сегментоядерные – 51; Лимфоциты – 35; Моноциты – 6; СОЭ – 21 мм. рт. ст. На 28-й день программы произведена стерильная пункция, где отмечается умеренная гипоплазия костного мозга. Бластные клетки – 4,5%. Эритроцитоз нормобластический. Встречаются единичные мегалобласты. Встретились 4 мегакариоцита с умеренной отшнуровкой тромбоцитов. Констатирована полная клинико-гематологическая ремиссия. На 29-й день химиотерапии (срок гестации 32-33 недели) начата 2-я фаза химиотерапии: цитозар 100 мг. в/в., 1 раз в день, 1-ые 4 дня недели, метотрексат 50 мг., по 2 таблетки утром, ежедневно, 28 дней.

Больная благополучно закончила полный курс индукционной терапии полихимиотерапии. Чувствует себя удовлетворительно, активных жалоб не предъявляет. Показатели гемограммы и биохимических анализов крови в норме. Срок гестации 36-38 недель, течение беременности нормальное. Через 3 недели после индукционной терапии, в межкурсовом периоде, на 39-й недели беременности больная родила нормального здорового ребёнка. Осложнений во время родов не было. Кровопотеря составила 450 мл. Послеродовой период протекал нормально. Родилась девочка, доношенная, рост 48 см., масса 3100 гр.

**Таким образом,** наше наблюдение подтверждает возможность благополучного исхода химиотерапии острого лимфобластного лейкоза в сочетании с беременностью в последнем триместре беременности.

#### Список литературы

1. Виноградова М.А., Паровичникова Е.Н., Кохно А.В., Троицкая В.В. Острые лейкозы и беременность. В кн.: Сухих Г.Т., Давыдов М.И., Савченко В.Г., ред. Репродуктивное здоровье женщин с онкогематологическими заболеваниями. М.: Боргес; 2012: 129-61.
2. Михайлова И.А., Сологуб Г.Н., Ручина Н.Н. Описание случая острого нелимфобластного лейкоза (M0) во время III триместра беременности и обзор литературы. Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. 2009; 4: 74-7.
3. Петренко Ю.В., Гиршова Л.Л., Алексеева Ю.А., Романова Е.Г., Иванов В.В., Федосеева Т.А. и др. Клинический случай проведения стандартного индукционного курса полихимиотерапии в течение III триместра беременности с достижением клинико-гематологической ремиссии и благополучным родоразрешением. Проблемы женского здоровья. 2012; 7(3): 80-7.
4. Савченко В.Г., Паровичникова Е.Н., Афанасьев Б.В., Грицаев С.В., Семочкин С.В., Бондаренко С.Н. и др. Национальные клинические рекомендации по диагностике и лечению острых миелоидных лейкозов взрослых. Гематология и трансфузиология. 2014; 59(1, Прил. 2): 1-28.

### СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЗУЛЬТАТОВ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ И ОПИОИДНОЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НАРКОЗАВИСИМЫХ

*Шарапова Н.М.*

Кафедра психиатрии и наркологии им. проф. М.Г. Гулямова ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Изучение различных аспектов наркомании и разработка адекватных для новых социально-экономических условий стратегий и методов ее профилактики и терапии обусловлены масштабностью и остротой этой проблемы в современном обществе. Значительное число научных исследований, посвященных различным аспектам наркомании, показало, что ее эпидемиологические и клинические особенности определяются множеством факторов, основными из которых являются социально-экономические и этнокультуральные, влияющие на распространенность этого заболевания на конкретной территории и на особенности его клинической динамики. Такие исследования уже много лет проводятся в Российской Федерации [1,2], а также в Республике Таджикистан [3,5]. 76,2% наркозависимых применяют инъекционный путь потребления наркотиков. Учитывая, что 15% из них используют общие шприцы и иглы, что является одним из основных путей заражения ВИЧ, актуальность данной проблемы и проведенного исследования не вызывает сомнения.

**Цель исследования.** Изучить особенности опиоидной заместительной терапии метадонем, влияние этого метода терапии на состояние соматического, психического здоровья наркозависимых, предотвращение приёма нелегальных наркотиков, и сравнить полученные результаты с результатами традиционного медикаментозного лечения наркозависимых.

**Материал и методы исследования.** За отчётный период сотрудниками кафедры завершено клинικο-катамнестическое обследование 180 наркозависимых, получавших заместительную терапию метадонем в г. Душанбе и 70 наркозависимых, получавших стационарное лечение на базе Республиканского клинического наркологического центра им. проф. М.Г. Гулямова (РКЦН). Применялись клинико-психопатологический и статистический методы исследования.

**Результаты исследования и их обсуждение.** По состоянию на 01.01.2019 года по статистическим данным РКЦН им. проф. М.Г. Гулямова в РТ на учёте состоит 6059 (из них – 140 женщины) наркозависимых. Заболеваемость составляет 83,6 на 100000 населения. В РТ пункты заместительной терапии метадонем функционируют в ГБАО, Хатлонской, Согдийской областях, г. Душанбе. Порядок лечения определён «Оперативным руководством по заместительной терапии метадонем для больных наркоманией в РТ», пациенты получают ежедневно метадон в виде сиропа [4]. 33,8% больных, пациентов программы имеют стаж наркопотребления 10-15 лет и выше. 89,7% из числа наркозависимых составляют мужчины, использующие инъекционный путь потребления наркотиков. Основную долю пациентов составляют лица мужского пола в возрастной группе 30-39 (78,8%). Практически все наркозависимые ведут беспорядочную половую жизнь, пренебрегают презервативами, что также является одним из путей заражения ВИЧ. Что касается коморбидной патологии участников программы, из 180 наркозависимых – 58 ВИЧ инфицированные, 91 – страдают гепатитом С, 31 – туберкулёзом. 25 человек получают АРВ терапию. Исследование показало, что в течении 5 лет не зарегистрирован ни один случай ВИЧ инфицирования, заражения гепатитом С, В; не было случаев передозировки. 26% участников программы трудоустроились на постоянную работу, 46% – на сезонную. Единичные случаи незаконного оборота наркотиков среди участников программы отмечены за указанный период.

Как было отмечено выше, во время нахождения в программе заместительной терапии улучшились многие факторы социальной адаптации пациентов, больные не нуждаются в госпитализации на детокс терапию, среди пациентов программы не зарегистрировано случаев передозировки от наркотиков, уменьшилась частота судимости, налаживаются контакты с родными. Во время нахождения в программе заместительной терапии улучшилась приверженность больных ко многим терапевтическим программам, на примере программы АРВ – терапии для больных ВИЧ, ДОТС – для больных, страдающих туберкулёзом. Результаты исследования показали, что успешная реализация метадонемовых программ снижает криминальную активность больных наркоманией, способствует повышению их занятости, приводит к общему улучшению их социального функционирования, повышает у них общие показатели качества жизни, уменьшает риск развития ВИЧ-инфекции и ВИЧ-ассоциированных состояний, гепатитов, туберкулеза; способствует нормализации аффективного состояния больных и снижает частоту рискованных форм поведения.

Социодемографическое исследование 70 наркозависимых, получавших традиционное медикаментозное лечение в стационаре РКЦН им. проф. М.Г. Гулямова, показало, что все пациенты – лица мужского пола, средний возраст которых составляет 33+ 4,3 лет, жители города составляют 72% исследованных, остальные 28% – жители близлежащих районов. Из общего числа наркозависимых высшее образование имеют 13%, средне-специальное – 32%, неоконченное высшее – 7%, среднее образование – 48%. В браке живут 90% наркозависимых, остальные 10% – разведены. Инъекционный путь употребления наркотиков используют 80% наркозависимых, остальные 20% – употребляют либо опий, либо сочетают последний с таблетками трамадола, сомнола, баралгина, димедрола. Что же касается стажа наркопотребления на момент обращения наркозависимых в стационар, у 50% больных составляет 10-15 лет, у 25% – 5-10 лет, у 17% – 3-4 года, у 5% – более 20 лет, у 3% – более 15 лет. 60% исследованных периодически занимаются кражами, 30% – занимаются неквалифицированным трудом, 10% остальных информацию собрать не удалось. Если же проанализировать выше изложенные показатели относительно наркозависимых, получавших традиционное медикаментозное лечение, то надо отметить, что вне медицинского специализированного учреждения данный контингент выпадает из поля зрения специалистов, что приводит к массе социальных, криминальных, связанных со здоровьем проблем. Надо отметить, что после стационарного платного (500сомони – 53,02доллара США) противонаркотического лечения в течение 7-10 дней, наркоман может тут же опять принимать героин, терроризировать свою семью, идти на кражу и другие противоправные действия, чтобы добыть очередную дозу. Из катамнестических сведений следует, что ремиссии после выписки из стационара нестойкие, кратковременные, самые длительные – 6 месяцев. На амбулаторный прием к наркологу наркозависимые, выписавшиеся из стационара, не приходят вообще. Также надо отметить, что у наркоманов ухудшается соматическое здоровье, обостряются имеющиеся у многих хронические инфекционные заболевания (СПИД, гепатиты) и туберкулёз. Вступая в беспорядочные половые связи, наркозависимые являются источником передачи ВИЧ/СПИДа и других инфекций, передающихся половым путём. Случаев летальных исходов в последние три года в РКЦН им. проф. М.Г. Гулямова не наблюдалось. Проведенное исследование показывает, что успешная реализация метадонемовых программ снижает криминальную активность больных наркоманией, способствует повышению их занятости, приводит к общему улучшению их социального функционирования, повышает у них общие показатели качества жизни, уменьшает риск развития ВИЧ-инфекции и ВИЧ-ассоциированных состояний, гепатитов, туберкулеза способствует нормализации аффективного состояния больных и снижает частоту рискованных форм поведения. Пациенты отмечают прибавление в весе, улучшилось взаимоотношение с близкими и родными, улучшился сон, аппетит, исчезла слабость, уменьшилось непреодолимое влечение (тяга) к наркотикам.

В тех случаях, когда заместительная терапия метадонем не позволяет полностью отказаться от приема героина, она может, по крайней мере, способствовать заметному уменьшению интенсивности его приема. Все это в совокупности способствует снижению смертности в среде больных наркоманией и их более или менее успешной социализации. Эффективность заместительной терапии оценивается, прежде всего, показателем длительности пребывания больных в лечебной программе.

**Выводы.** Таким образом, метадон является наркотиком, а не средством лечения. Другими словами, одна зависимость заменяется другой, контролируемой и имеющей меньшее негативное влияние на здоровье и жизнь человека. На сегодняшний день, не существует эффективного медикаментозного или психологического средства лечения наркозависимости, вследствие чего метадоновая заместительная терапия является достаточно эффективным способом улучшения состояния наркозависимых.

#### Список литературы

1. Айзберг, О.Р. Применение метадона для заместительной терапии опиоидной зависимости // О.Р. Айзберг / Методическое руководство для врачей. - Минск, 2009. – 15с.
2. Клименко, Т.В. Судебная психиатрия / Т.В. Клименко // Учебник для бакалавров. - Москва, 2013. - С.342-343.
3. Малахов, М.Н. Клиникосоцио-культуральные аспекты наркомании в РТ. / М.Н. Малахов // Монография, LAR LAMBERT Academic Publishing. - Германия, 2013. - 139с.
4. Руководство по фармакологическому лечению опиоидной зависимости с психосоциальным сопровождением, ВОЗ, 2010.
5. Шаропова, Н.М. Профилактика, заместительная терапия и медико-социальная реабилитация при опиоидной зависимости / Н.М. Шаропова, А.Р. Джобиров. - Душанбе, 2017.

### КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПРОГНОЗИРОВАНИЮ КЛИНИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ КОНТИНГЕНТОВ БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

*Шаропова Н.М., Маликов Н.В.*

Кафедра психиатрии и наркологии им. проф. М.Г. Гулямова ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Вредное употребление алкоголя является существенным фактором глобального бремени болезней и является третьим ведущим фактором риска, вызывающим преждевременные случаи смерти и инвалидности в мире [1,2]. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), употребление алкоголя с вредными последствиями ежегодно приводит к 2,5 миллионов случаев смерти. 320 тысяч молодых людей в возрасте 15-29 лет умирают от причин, связанных с алкоголем, что составляет 9% всех случаев смерти в этой возрастной группе [4]. Однако до настоящего времени не проводились клинико-эпидемиологические исследования алкоголизма по республике, в связи, с чем отсутствуют сведения о реальной распространенности данного заболевания в стране. Это не позволяет объективно судить о величине алкогольной проблемы в республике, наметить основные направления профилактики алкоголизма, научно обосновывать потребности населения в наркологической помощи, разработать оптимальную для страны структуру наркологической службы.

**Цель исследования.** На основе изучения распространённости и клинико-социальных аспектов алкоголизма, научно обосновать и разработать клинико-эпидемиологические подходы к прогнозированию социально-демографической и клинической структуры контингентов больных с алкогольной зависимостью и профилактики алкоголизма в РТ.

**Материал и методы исследования.** На основании данных, извлеченных из годовых статистических отчетных форм №11 (утверждены приказом статистического отдела при Президенте РТ №54 от 11.11.2013), в качестве рабочей гипотезы исследования выдвинуто предположение о различиях социально-демографических и клинико-эпидемиологических факторов, связанных с формированием и течением алкогольной зависимости. Нами проведен анализ случайно отобранных групп из 151 случая госпитализации больных в Республиканский клинический наркологический Центр имени профессора М.Г. Гулямова в городе Душанбе. Во всех наблюдениях были установлены клинические признаки второй стадии алкогольной зависимости (F10.2 по МКБ-10). В качестве основных методов исследования были: избраны клинико-психопатологический, клинико-эпидемиологический и вычислительный.

**Результаты исследования и их обсуждение.** На первом этапе исследования, для определения набора наиболее информативных признаков, проведен обобщенный анализ исследованных случаев без их деления по признаку постоянного проживания в Душанбе. Средний возраст на момент поступления в наркологический стационар для всех пациентов составил 46,14 года при 95% доверительном интервале (95% CI) от 44,62 до 47,66, минимальный возраст пациентов составил 24 года, максимальный - 75 лет.

Пациенты молодого возраста составили наименьшую часть - примерно четверть от общего числа наблюдений. Так, возрастной группе «до 30 лет» относилось лишь 4,7% пациентов, а к возрастной группе «30 до 39 лет» - 20,7% пациентов. Наибольшее число наблюдений относилось к группе «40 – 49» лет (39,3%). 18,3% обследованных не состояли в браке (холосты или разведены). Больше чем в половине случаев (56,4%) отношения в семье были оценены как неудовлетворительные, и только в четверти случаев (25,3%) семейное положение больных можно было рассматривать как более или менее благоприятные. Негативное влияние на социальный статус алкогольной зависимости нашло свое отражение и на трудовом статусе. 82,2% пациентов утверждали, что на момент обследования либо утратили работу, либо выполняли работу, не соответствующую полученному образованию или профессиональной подготовке; 8,7% обследованных отказались отвечать на вопрос о занятости. Одновременно с этим следует отметить, что подавляющее большинство пациентов имели среднее или среднее - специальное образование (78,4%), а 12,3% - имели высшее образование. Иначе говоря, представленные данные подтверждали тезис о том, что падение социального статуса можно рассматривать как одно из клинических проявлений алкоголизма [3]. Более чем в половине случаев (57,1%), наблюдавшихся в рамках данного исследования, актуальное состояние определялось клинической картиной "классического" делирия (F10.40). Примерно треть наблюдений (35,7%) была представлена абстинентным состоянием без детализации симптомов психического статуса (F10.39). 6,7% случаев диагностически были квалифицированы как абстинентное состояние с судорожными припадками (F10.31). И лишь в двух случаях (0,7%) было зарегистрировано психотическое состояние с шизофреноподобными симптомами (F10.50).

Формирование абстинентного синдрома (АС) преимущественно отмечено в возрасте до 30 лет (66,0%), который в среднем составлял 27,7 лет (95% CI от 26,9 до 28,5 лет). Значительно реже формирование АС наблюдалось в возрасте от 30 до 39 лет (30,0%). И только в 4,0% случаев клинические признаки АС появились после сорока лет. То есть, в большинстве наблюдений речь шла о прогрессивном типе течения алкоголизма (71,3%). В 27,3% наблюдений течение алкогольной зависимости квалифицировано как умеренно-прогрессивное; вялотекущий тип течения отмечен только в двух случаях (1,3%). К тому же следует отметить, что непрерывный характер алкоголизации (74,7%) значительно преобладал над эпизодическим (25,3%). Средняя продолжительность II стадии алкогольной зависимости на момент обследования составляла 18,4 года (95%CI от 17,1 до 19,8).

Исследование клинических проявлений, наблюдавшихся после проведенной терапии было сфокусировано на таких показателях исхода заболевания, как признаки алкогольных изменений личности, выраженности морально-этического и интеллектуально-мнестического снижения. После редукции психопатологической симптоматики, послужившей поводом для госпитализации в большинстве наблюдений (92,9%) на первый план выступали специфические изменения личности различного клинического содержания и степени выраженности. В том числе в 35,9% случаев изменения личности были на уровне заострения личностных черт. В 56,3% наблюдений – отмечались проявления алкогольной деградации, и чаще всего это носило характер психопатоподобных симптомов (44,5% от общей численности обследованного контингента больных). Значительно реже в клинической картине алкогольной деградации превалировала эйфоричность (6,5%) или аспонтанность (2,9%), и совсем редко (2,5% случаев) – не удавалось выделить какую-либо клиническую форму.

**Выводы.** Таким образом, результаты проведенного исследования подтверждают необходимость выделения из всего контингента больных с алкогольной зависимостью групп, определяемых по социально-демографическим и клиническим факторам для проведения адресных профилактических мероприятий. В этом случае возникает возможность определения индивидуального прогноза и, следовательно, предупреждения развития осложненных форм течения алкогольной зависимости.

### Список литературы

1. Иванец, Н.Н. Лекции по наркологии. - М.: «МЕДПРАКТИКА», 2009. – 343 с.
2. Кошкина, Е.А. Особенности распространенности наркологических расстройств в Российской Федерации в 2005 г. / Е.А. Кошкина, В.В. Киржанова // Вопросы наркологии. - 2009. - № 2. – С.50-58.
3. Шуляк, Ю.А. Особенности клиники и терапии алкогольных энцефалопатий с различными вариантами их течения: автореф. дисс... канд. мед. наук / Ю.А. Шуляк. - Москва, 2015. - 21 с.
4. Rehn, N. Алкоголь в Европейском регионе ВОЗ – потребление, вред и политика (офиц. перевод с англ.) / N. Rehn, R. Room, G. Edwards // Доклад на 48 сессии Европейского регионального комитета ВОЗ. - Копенгаген, 2010. - 153 с.

## КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АУТОАГРЕССИВНЫХ ДЕЙСТВИЙ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ Г.САНА РЕСПУБЛИКИ ЙЕМЕН

*Шарапова Н.М., Абду Исмаил Аль-Шараби А.Х.*

Кафедра психиатрии и наркологии им. проф. М.Г. Гулямова ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан.  
Частная психиатрическая поликлиника имени Ахмедмаки, Республика Йемен

**Актуальность.** Из литературных источников известно, что к числу факторов, оказывающих важное влияние на развитие суицидального поведения, относятся социальные условия жизни людей [3]. По мнению Т.Б.Дмитриевой, Б.С.Положего (2009), любые радикальные общественные перемены сопровождаются стрессовым воздействием на население, что неминуемо отражается на суицидальной ситуации в стране. Все это в полной мере относится и к сегодняшнему Йемену, в котором с 2004 года (с небольшим нестабильным перерывом в 3 года) по настоящее время идет гражданская война. В последние 10 лет в стране официально со стороны правительства запрещена трудовая миграция, народ живёт в страхе, неуверенности в будущем. Эти явления привели к возникновению как экономических, так и психологических проблем - необходимость быстрой адаптации к новой социальной системе, ломка прежних идеологических стереотипов, появление новых ценностных ориентаций, резкое ухудшение материального состояния, бедность, безработица и многое другое. Лица, страдающие психическими расстройствами, представляют собой группу высокого суицидального риска. Проведенные в США эпидемиологические исследования показали, что в результате самоубийств погибают 15% больных, страдающих большим депрессивным расстройством, 10% - биполярным аффективным расстройством, 10% - шизофренией, 15% - зависимостью от психоактивных веществ и до 10% больных расстройствами личности [1,3]. Столь высокие показатели смертности психически больных от самоубийств сохраняются, несмотря на постоянное совершенствование методов лечения в психиатрии. Установление комплекса факторов, имеющих значение в суицидогенезе, способе его реализации, изучение индивидуально-личностных характеристик, отсутствие реальных статистических данных, недостаточная научная разработанность и высокая медико-социальная значимость этнокультуральных особенностей, в том числе и клинико-социальных исследований, в частности, среди психических больных и способы его реализации, которые фактически не изучались – представляет актуальность проблемы исследования.

**Цель исследования** - определение комплекса клинико-социальных особенностей суицидального поведения психических больных отдельных регионов Республики Йемен и разработка подходов к созданию суицидологической службы в стране.

**Материал и методы исследования.** В качестве объекта наблюдений будут исследованы данные специализированных лечебно-профилактических учреждений Республики Йемен о психических больных, совершивших

незавершённые суициды (80 больных) в 2016 – 2018 годах. Проанализировано клинико-психопатологическим методом 100 историй болезни, 60 амбулаторных карт, исследование проводилось на следующих клинических базах:

- Психиатрическая больница имени Алхулаиди в г.Сана;
- Частная психиатрическая поликлиника имени Ахмедмаки в г.Сана;

Для проведения анализа собранные первичные сведения были формализованы и сведены в специально разработанную для данной работы исследовательскую карту, на основе которой была создана электронная база первичных данных: социально-демографических, клинических и суицидологических.

**Результаты исследования и их обсуждение:** Клинико-психопатологический анализ среди обследованных йеменцев показал, что в прошлом никто из обследованных к уголовной ответственности не привлекался за исключением одного йеменца, который убил жену, будучи в остром психотическом состоянии, и прошёл курс принудительного лечения по определению суда. Из общего числа обследованных 50 наблюдений (63 %) представлены мужчинами и 30 наблюдений (37 %) женщинами. Средний возраст суицидента составил  $27,9 \pm 0,47$ . В исследованной совокупности случаев суицидов преобладали арабы (95%), жители села (69%), состоящие в браке (63%), имевшие в прошлом суицидальные попытки (67 % среди женщин и 20% среди мужчин). Следует отметить, что среди суицидентов относительный риск суицидов был выше у лиц с отсутствием образования (34%). В прошлом больше суицидальные попытки среди психически больных предпринимали лица женского пола (соответственно 67% против 20% среди лиц мужского пола), возможно, это связано с тем, что мужчины обычно предпринимали более brutальные суицидальные попытки, которые завершаются летальным исходом.

Наибольшее число лиц, совершивших суицидальные попытки в Йемене, это лица без образования и лица с высшим образованием, что соответствует данным многих авторов. Нередко лица малообразованные, безграмотные, недолго раздумывая, в силу невысокого интеллекта или биологически неполноценной личности, узкого кругозора, как единственный выход из создавшейся ситуации («жена ушла к другому мужчине, нет работы, обанкротился на большую сумму, жена внезапно умерла от онкологической патологии»), будучи в депрессии или состоянии алкогольного опьянения, предпринимали суицидальные попытки. С другой стороны, лица с высшим образованием, видя многолетнюю войну, осознавая безысходность ситуации, свою невостребованность, никчемность, будучи в депрессивном состоянии принимают решение покончить с собой.

Самым распространённым способом суицида среди психически больных на первом месте стоит применение огнестрельного оружия (32%), которое беспорядочно, незаконно и в избытке имеется на руках населения в стране в настоящее время; на втором – отравление медикаментами (28%), что традиционно наблюдается во многих странах, на третьем - аутоагрессивные действия в виде саморанений и самоповреждений острыми и колющими предметами (18%); затем следуют самоповешение (14%), падение с высоты (5%) и самосожжение (3%).

Максимальная частота суицидов пришлась на весеннее время года (63%), на втором месте – осень (21%), на третьем – зима (10%), минимальная - лето (6%). Вероятно, сезонные весенне-осенние обострения психических заболеваний провоцируют совершение суицидальных действий.

Клинико-психопатологический анализ историй болезни и амбулаторных карт психически больных показал, что основным симптомом, способствующим совершению суицидов, был депрессивный синдром с суицидальными тенденциями (64%), депрессия в рамках депрессивно-галлюцинаторного, депрессивно-параноидного вариантов шизофрении (25%) и депрессивный синдром у больных алкоголизмом (11%), что подтверждает данные многих исследователей [2,4,5]. Надо отметить, что в Йемене больным шизофренией не проводится поддерживающая терапия психотропными препаратами, лекарства все платные, не существует понятие «инвалидность», большая часть больных прибегает к услугам шейхов, которые заставляют больных делать жертвоприношения либо «изгоняют из них шайтана» посредством голодной диеты, молитв и кровопускания, также низкую обращаемость больных к психиатрическим службам, нехватку врачей-психиатров в районах в связи с низкой заработной платой, малообразованность населения в вопросах психического здоровья, небольшой интерес к вопросам психического здоровья со стороны средств массовой информации. Необходимо отметить, что своевременно не распознанное психическое заболевание вполне может способствовать возникновению суицидального поведения.

**Выводы:** Таким образом, результаты исследования требуют создания специализированной суицидологической помощи населению Республики Йемен на государственном, правовом уровне. На базе Республиканской клинической психиатрической больницы Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Йемена необходимо создать суицидологический центр, а других регионах Йемена - кризисные отделения, палаты и кабинеты. Существенное значение для эффективной организации суицидологической помощи населению имеет знание социодемографических особенностей суицидального поведения - способ и время совершения самоубийства, его условия, обстоятельности и мотивация, сезонность суицидов, наличие в прошлом суицидальных попыток.

Совершенно ясно, что все эти мероприятия осуществимы с приходом мира и стабильности в стране, но вместе с тем не надо забывать, что жизнь человеку даётся один раз и мы, специалисты должны приложить усилия для решения проблемы суицида среди психически больных, самой незащищённой прослойки общества.

#### Список литературы

1. ВОЗ: Предотвращение самоубийств. Глобальный императив // Ежегодный доклад – 2014г.
2. Дмитриева, Т.Б. Социальная психиатрия / Т.Б. Дмитриева, Б.С. Положий // Очерки социальной психиатрии. - М. : Медицина, 2009 – 200 с.
3. Нургазина, А.З. Особенности лечения депрессии / А.З. Нургазина, А.Т. Каскакова, С.М. Исакова, С.Н. Бугаенко // Научно-практический журнал «Психиатрия, психотерапия и наркология». – 2013. - № 2 (35). - С.118-119.
4. Шарипов, Т.А. Клинико-психопатологические и социодемографические особенности суицидального поведения психически больных. / Т.А. Шарипов // Вестник Авиценны. - 2014. - №4. - С. 114-118.

5. Шаропова, Н.М. Омилхои худкуши дар Чумхурии Тоҷикистон / Н.М. Шаропова, З.Х. Нисанбаева, Т.А. Шарипов // Мачаллаи илми-амали «Авчи Зухал». - Душанбе, 2010. - С.76-69.

## КОМОРБИДНОСТЬ И ВЫРАЖЕННОСТЬ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

*Шарипова Х.Ё., Якубов Д.М., Абдуллоев Ф.Н., Сохибов Р.Г.*

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Наиболее важным фактором риска развития дисфункции головного мозга является артериальная гипертония (АГ) [1]. АГ не только повышает риск развития острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК), но и без развития таковых приводит к постепенному нарастанию проявлений хронического нарушения кровоснабжения мозга, т.е. гипертонической (дисциркуляторной) энцефалопатии с развитием когнитивных нарушений [2].

Существует ряд факторов риска, которые могут влиять на развитие как одного, так и нескольких заболеваний [3]. К таким общим факторам риска относятся атеросклероз, артериальная гипертония (АГ), ишемическая болезнь сердца (ИБС), сахарный диабет, - высокая распространённость которых у больных с цереброваскулярными заболеваниями (ЦВЗ) считается доказанной [2, 4]. Эти общие факторы, в отличие от специфических, этиологических факторов могут способствовать развитию коморбидности [5]. Отсутствие достаточной научной информационной базы, позволяющей лечить пациентов с множественной патологией [6], указывает на необходимость всестороннего изучения и освещения данной проблемы, в частности, у пациентов с ЦВЗ.

**Цель исследования.** Изучить степень взаимообусловленности гипертонической энцефалопатии с коморбидной патологией.

**Методы исследования.** Распространённость ГЭ изучена среди 1029 пациентов обоего пола в возрасте 40 лет и старше с ГБ, с приверженностью к лечению не менее 3 баллов (по Мориски-Грин) и длительностью наблюдения у невропатолога и кардиолога не менее 3 месяцев, госпитализированных в отделения неврологии, кардиологии и терапии ГМЦ №2 им академика К.Т. Таджиева г. Душанбе (2014-2019 гг). С учётом соответствия общепринятым критериям хронической цереброваскулярной недостаточности (МКБ-10 и модифицированные диагностические критерии по Touchon J., Petersen R., 2005; Захарова В.В. и Яхно Н.Н., 2005) и результатов скрининга когнитивных нарушений (по краткой шкале оценки психического статуса) - все пациенты с ГБ разделены на две группы: первая группа (основная) – наличие проявлений гипертонической энцефалопатии (с ГЭ, n=873) разной выраженности, в том числе на фоне перенесенных ОНМК (873 пациентов); вторая группа (контрольная) – пациенты с отсутствием клинических признаков ГЭ (n=156) и перенесенных острых нарушений мозгового кровообращения. Диагноз ИБС, ХСН и наиболее частых коморбидных с АГ заболеваний установлен при анализе данных медицинских карт, заключений специалистов и клинико-anamnestического исследования. Индекс коморбидности (ИК) определён по Чарлсон; различали следующие уровни коморбидности: низкий (ИК не более 3 баллов, ранг 1), умеренный (4-5 баллов, ранг 2) и высокий (ИК ≥ 6 баллов, ранг 3).

**Таблица 1. - Коморбидные заболевания и синдромы у с пациентов гипертонической болезнью в зависимости от наличия проявлений гипертонической энцефалопатии (ГЭ)**

	Группы пациентов с ГБ		
	ГЭ (n=873)	Нет ГЭ(n=156)	
<b>Коморбидность (степень):</b>	2,32±0,027	1,55±0,035	<b>&lt;0,02</b>
• <b>низкая, абс%</b>	182/20,8	94/60,3	<b>&lt;0,0001</b>
▪ <b>умеренная, абс%</b>	227/26,0	61/39,1	<b>&lt;0,0001</b>
▪ <b>высокая, абс%</b>	464/53,2	1/0,6	<b>&lt;0,0001</b>
<b>Сахарный диабет, абс/%</b>	183/21,0	27/17,3	<b>&gt;0,05</b>
<b>Индекс массы тела более 28 кг/м<sup>2</sup>, абс/%</b>	265/30,4	38/24,4	<b>&gt;0,05</b>
<b>ИБС (стабильная и нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда), абс/%</b>	376/43,1	3/1,9	<b>&lt;0,0001</b>
<b>ХСН, абс/%</b>	773/88,6	117/75,0	<b>&lt;0,001</b>
- <b>1-2 ФК ХСН</b>	563/64,5	117/75,0	<b>&lt;0,02</b>
- <b>3 ФК ХСН</b>	210/24,1	0	<b>&lt;0,0001</b>
<b>Депрессия, абс/%</b>	271/31,0	34/21,8	<b>&lt;0,02</b>
<b>Перенесенные острые кардиоваскулярные осложнения (всего)</b>	407/46,6	3/1,9	<b>&lt;0,0001</b>

*Примечание:* p - значимость различия показателей между 1 и 2 группами (абсолютных показателей по U-тесту Манна Уитни, относительных - по критерию  $\chi^2$ )

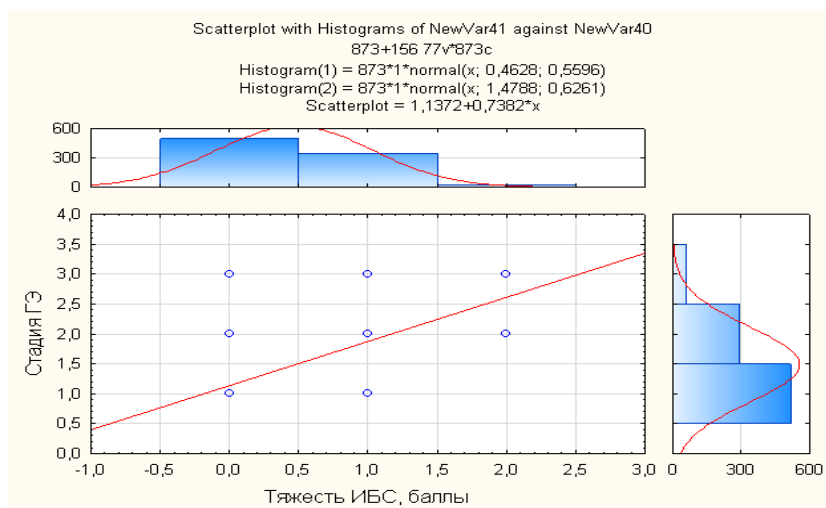
Статистическая обработка материала проведена с использованием стандартного пакета программ прикладного статистического анализа (Statistica10,0). Сравнение абсолютных показателей проводилось по U-тесту Манна Уитни, частотных показателей - по критерию  $\chi^2$ . Для оценки взаимосвязи между признаками определяли коэффициент ранговой корреляции по Спирмену. Различия полученных результатов считались статистически значимыми при значениях p<0,05.



**Результаты исследования и их обсуждение.** При изучении степени взаимообусловленности ГЭ с коморбидной патологией, этиопатогенетически связанных с сосудистыми заболеваниями мозга, установлено значительно высокое среднее значение ИК у пациентов с ГЭ (таблица 1), чем при отсутствии проявлений ГЭ ( $p < 0,02$ ).

ИБС и ХСН (особенно 3 ФК) у пациентов с ГЭ отмечается чаще ( $p < 0,001$ ), чем у пациентов 2 группы. Сочетание ИБС и ИС отмечалось у 19% пациентов с ГЭ, а у 88,6% - ХСН разной выраженности: у большинства из них ХСН была невыраженной (у 563/64,5%), а 3 ФК ХСН имело место – у 210 (24,1%).

Тяжесть ИБС взаимосвязана с выраженностью ГЭ и односторонней, умеренной (близкой к сильной) и значимой связью ( $r = 0,635769$ ;  $p < 0,05$ ; рисунок 1).

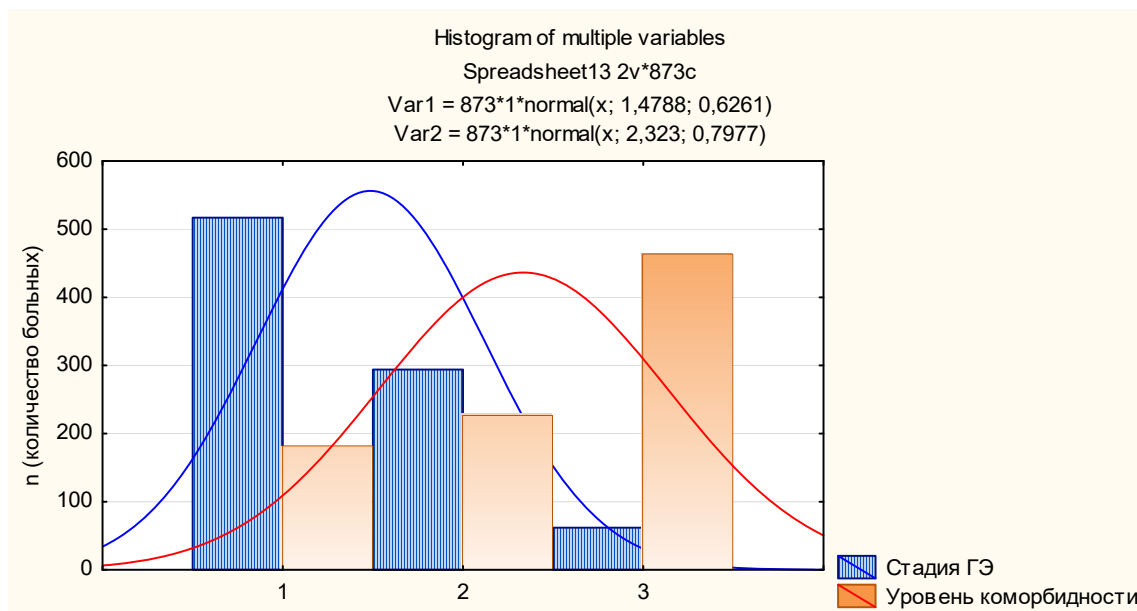


**Рисунок 1. - Взаимосвязь между выраженностью ГЭ и тяжестью ИБС ( $r = 0,635769$ ;  $p < 0,05$ )**

Взаимосвязь между выраженностью ГЭ и хронической сердечной недостаточности ( $r = 0,263940$ ;  $p < 0,05$ ), выраженностью депрессии ( $r = 0,300592$ ;  $p < 0,05$ ) и индексом коморбидности ( $r = 0,361045$ ;  $p < 0,05$ ; рисунок 2) у пациентов 1 группы – умеренная, значимая, односторонняя.

Таким образом, у пациентов с гипертонической болезнью большая частота ИБС с учащением перенесенных тяжёлых её форм (инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия) в анамнезе, сопровождается нарастанием выраженности гипертонической энцефалопатии.

Кроме того, повышение как выраженности депрессии, так и уровня коморбидности (рисунок 2) могут влиять на тяжесть ГЭ.



**Рисунок 2. - Соотношение между тяжестью ГЭ и индексом коморбидности ( $r = 0,361045$ ;  $p < 0,05$ )**

#### **Выводы:**

1. Индекс коморбидности значительно выше у пациентов с ГЭ, чем при отсутствии проявлений ГЭ ( $p < 0,02$ ).
2. Выраженность ГЭ тесно взаимосвязана с тяжестью ИБС ( $r = 0,635769$ ;  $p < 0,05$ ).
3. Повышение как выраженности депрессии ( $r = 0,300592$ ;  $p < 0,05$ ), так и уровня коморбидности ( $r = 0,361045$ ;  $p < 0,05$ ) сопряжены с тяжестью ГЭ.

## Список литературы

1. Яхно, Н.Н. Деменция / Н.Н. Яхно, В.В. Захаров, А.Б. Локшина // Руководство для врачей. 3-е издание. - М.: МЕДпресс-информ, 2011. - 272 с. ISBN 978-5-98322-723-1.
2. 2. Нейропсихологический статус пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца и факторы, на него влияющие. / О.А. Грубникова [и др.] // Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. – 2017. - №1. – С.112-121.
3. The Framingham Heart Study and the epidemiology of cardiovascular disease: a historical perspective / S. Mahmood, D. Levy, R. Vasan, T. Wang // Lancet. -2013. - N383 (9921). – P.999-1008. doi:10.1016/S0140-6736(13)61752-3.
4. Петрова, М.М. Характеристика когнитивных нарушений у больных артериальной гипертензией / М.М. Петрова, Н.А. Шнайдер, О.В. Еремина // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2008. - N7(2). – P.36-39.
5. Шальнова, С.А. Мониторинг факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в практическом здравоохранении / С.А. Шальнова, А.М. Концевая // Методические рекомендации. - М., 2012. - 27 с.
6. Шарабчиев, Ю.Т. Коморбидность – актуальная научная и научно-практическая проблема медицины XXI века / Ю.Т. Шарабчиев, В.В. Антипов, С.И. Антипова // Медицинские новости. – 2014. – №8. – С. 6–11.

## СОСУДИСТЫЕ КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И РИСК РАЗВИТИЯ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

*Шаринова Х.Ё., Абдуллоев Ф.Н., Шербалов А.А., Султонов Х.С.*

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Когнитивные расстройства (КР) являются центральным звеном клинических проявлений гипертонической энцефалопатии (ГЭ) и зачастую взаимосвязаны с объёмом церебрального поражения и могут отражать динамику и тяжесть состояния [1].

Необходимость изучения проблем хронических сосудистых КР, связана во многом с нерешённостью многих терминологических вопросов, отсутствием общепризнанных критериев диагностики гипертонической энцефалопатии [2].

Кроме того, при анализе литературы установлено отсутствие исследований, посвящённых изучению взаимосвязи выраженности КР у больных ГБ с повышением риска развития резистентности к лечению при отсутствии перенесённых острых коронарных и церебральных осложнений.

**Цель исследования.** Изучить выраженность сосудистых когнитивных расстройств у больных гипертонической болезнью в зависимости от степени риска развития резистентности к лечению.

**Материал и методы исследования.** У пациентов ГБ старше 40 лет, у которых отсутствовали указания на перенесённые острые коронарные (инфаркт миокарда) и церебральные (инсульты) осложнения, проведён скрининг 5-летнего риска развития резистентности к лечению по калькулятору баллов [3] и выделены пациенты с гипертонической болезнью, набравшие 23 и более баллов, то есть, с 5-летним PPP к лечению не менее 10%.

При диагностике когнитивных расстройств учитывали соответствие критериям МКБ-10 и модифицированным диагностическим критериям [4]. Установление соответствия клинико-неврологических проявлений болезни критериям сосудистого генеза когнитивных расстройств, проведено при использовании наиболее распространённой ишемической шкалы Хачинского (Hachinski et al., 1975).

В исследование включено 107 больных, которые разделены на 3 группы: контрольная группа (n=30) – пациенты с ГБ без активных жалоб на когнитивные нарушения, у которых PPP к лечению низкая или умеренная (ниже 30%, то есть набравшие менее 35 баллов); 2 группа пациенты с контролируемой гипертензией (КАГ, n=40), но с высоким 5-летним PPP к лечению (30% и более); 3группу составили 37 больных с резистентной артериальной гипертензией (РАГ).

Наличие и выраженность деменции изучена при помощи клинической рейтинговой шкалы оценки деменции (КРШОД; «Clinical Dementia Rating, CDR», Morris J.C., 1993) [4]. При отсутствии тяжёлой деменции, в качестве теста, более чувствительного для диагностики когнитивных расстройств сосудистого генеза, в том числе на фоне более выраженных нарушений, использована Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA).

Критерием РАГ считалось отсутствие стойкого достижения целевых уровней АД при лечении тремя антигипертензивными препаратами разных классов в полной дозе, включая тиазидные диуретики [5].

Статистическая обработка материала проведена с использованием стандартного пакета программ прикладного статистического анализа (Statistica10,0). При нормальном распределении признака, достоверность различий средних значений оценивали при помощи U – критерия Манна-Уитни для двух независимых выборок и критерия Крускала-Уоллиса для нескольких независимых выборок. Сравнение частотных показателей проводилось по критерию  $\chi^2$ . Для оценки взаимосвязи между признаками определяли коэффициент корреляции по Пирсону или ранговой корреляции по Спирмену. Количественные показатели представлены в виде  $M \pm m$ . Различия полученных результатов считались статистически значимыми при значениях  $p < 0,05$ .

**Результаты исследования и их обсуждение.** С целью исключения больных с тяжёлой деменцией и, в целом, оценки её частоты в сравниваемых группах (в зависимости от PPP к лечению) изучено функциональное состояние пациентов на фоне когнитивных расстройств при помощи клинической рейтинговой шкалы оценки деменции. Результаты исследования 107 пациентов ГБ с когнитивными нарушениями и повышением 5-летнего PPP к лечению разной выраженности, представлены в таблице 1.

**Таблица 1. - Оценка функционального состояния на фоне когнитивных расстройств пациентов контрольной (n=30), с контролируемой (КАГ; n=40) и резистентной (РАГ; n=37) к лечению гипертонической болезнью**

Показатели КРШОД (CDR)	Группы пациентов с ГБ			P
	Контрольная	КАГ	РАГ	
Нет нарушений или лёгкие КР (0 балла)	26/86,7	28/70,0	11/29,7*	<0,01
Сомнительная деменция (0,5 балла)	3/10,0	8/20,0	15/40,5*	<0,05
Деменция (всего), абс/%	1/3,3	4/10,0	11/29,7*	<0,03
В том числе: - лёгкая (1 балла)	1/3,3	3/7,5	6/18,9	>0,05
- умеренная (2 балла)	0	1/2,5	3/14,8	>0,05
- тяжёлая (3 балла)	0	0	2/5,4	>0,05
<i>Примечания:</i> КРШОД - клиническая рейтинговая шкала оценки деменции; * - отмечены статистически значимые (p<0,05) различия с контрольной группой; p – достоверность различия между 1 и 2 группой (по критерию $\chi^2$ )				

У пациентов контрольной группы, которые активно не предъявляли когнитивных жалоб, у 26 (86,7%) отсутствовала деменция или отмечались лёгкие когнитивные нарушения; у 3 (10%) имели место умеренные КР, т.е – сомнительная деменция (0,5 балла), а у одного больного (3,3%) – лёгкая деменция.

У пациентов 1 группы, при сравнении с контрольной группой, отмечается тенденция к учащению «сомнительной» деменции, т.е. незначимо учащаются умеренные КР (p>0,05); некоторое учащение деменции также не значимое.

Отсутствие деменции или легкие когнитивные нарушения (0 балла) у пациентов 1 группы установлены в 70% случаях (28 больных) и значительно реже – у больных с РАГ (11/29,7%; p<0,01).

Деменция отмечалась всего у 1 пациента контрольной группы (3,3%), 4 пациента с КАГ (10%) и 11 (29,7%) – с РАГ (p<0,05). У пациентов с РАГ учащение «сомнительной» деменции и общей частоты деменции (лёгкой, умеренной и тяжёлой) - значимо (p<0,05) при сравнении с контрольной и первой группой.

Следует отметить, что тяжёлая деменция наблюдалась у 2 пациентов с РАГ и эти пациенты были исключены из дальнейшего исследования.

Таким образом, при анализе результатов клинической шкалы оценки деменции, у пациентов с высоким РРР к лечению, но с сохранённым гипотензивным ответом (1 группа) учащение «сомнительной» деменции и общей частоты деменции, при сравнении с контрольной группой не значимое. У пациентов с резистентной артериальной гипертонией учащение умеренных когнитивных расстройств («сомнительная» деменция) и общей частоты деменции, значимо, как при сравнении с контрольной группой, так и пациентами с КАГ.

Согласно данным, приведенным в таблице 2, окончательные группы (контрольная, n=30; с КАГ, n=40; с РАГ, n=35) сопоставимы по полу, возрасту и уровню диастолического артериального давления (ДАД). Уровни систолического АД (САД), как и РРР к лечению значимо ниже у пациентов контрольной группы (p<0,01).

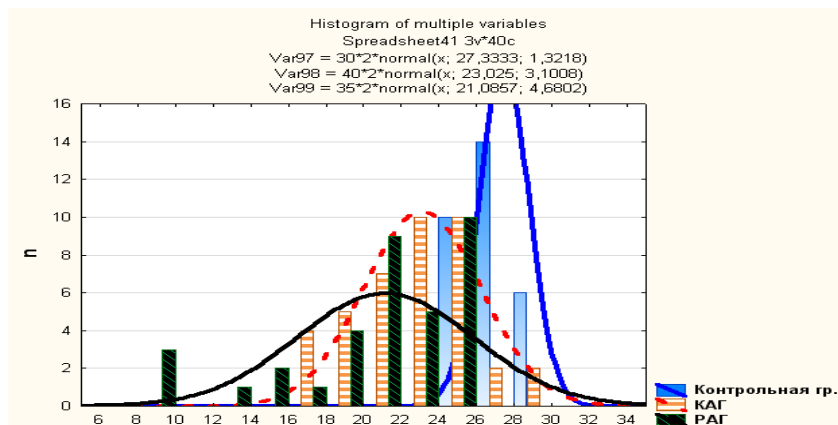
**Таблица 2 - Уровни артериального давления и нейропсихологическая симптоматика у больных контрольной группы (с низким и умеренным РРР к лечению), контролируемой (1 группа, КАГ) и резистентной (2 группа, РАГ) гипертонией**

Показатели	Группы больных с ГБ и КР			P <sub>1-2</sub>
	Контрольная (n=30)	1	2	
		КАГ (n=40)	РАГ (n=35)	
Муж/жен, (%)	50,0/50,0	55,0/45,0	57,1/42,9	>0,05
Возраст, годы	60,6±1,5	61,9±1,2	62,6±1,3	>0,05
САД, мм рт. ст.	152,8±0,9	172,0±1,7*	177,4±2,7*	>0,05
ДАД, мм рт. ст.	87,3±0,9	97,8±1,1	98,7±1,8	>0,05
5-летний РРР к лечению, ст.	0,7±0,079	2,1±0,048*	2,4±0,084*	<0,05
MoCA (общий балл)	27,1±0,2	23,0±0,5*	21,1±0,8*	<0,05
ТРЧ (общий балл)	8,2±0,226	7,1±0,265*	6,0±0,3*	<0,01
<i>Примечание:</i> MoCA - Монреальская шкала оценки когнитивных функций; ТРЧ – тест рисования часов; * - отмечены достоверные различия с контрольной группой; p – достоверность различия между 1 и 2 группой (по Kruskal-Wallis ANOVA).				

Как и следовало ожидать, у пациентов с РАГ степень повышения РРР к лечению (2 группа; 2,4±0,084) значимо выше (p<0,05), при сравнении с контрольной (0,7±0,079) и 1 группой (2,1±0,048).

При скрининге когнитивных расстройств, по шкале MoCA установлено снижение средней суммы различных доменов когнитивной деятельности ниже нормальных значений у пациентов 1 и 2 групп. При этом, общий средний балл у пациентов с РАГ ниже (21,1±0,8), чем с КАГ (23,0±0,5), и это различие было значимым (p<0,05).

У пациентов контрольной группы этот показатель выше (27,1±0,2 балла; p<0,05) при сравнении не только со второй группой, но и с первой (рисунок 1). Однако индивидуальные значения по шкале MoCA у 8 (26,7%) больных имело пограничное значение (26 баллов), а ниже 26 баллов отмечено у 4 (13,3%) больных.



**Рисунок 1.** - Выраженность сосудистых когнитивных расстройств в контрольной группе и в группах больных с контролируемой (КАГ) и резистентной (РАГ) АГ, по Монреальской шкале оценки когнитивных функций – МоСА (баллы)

Таким образом, на фоне высокого РРП к лечению у пациентов с КАГ и РАГ средний балл когнитивных функций был значимо ниже, чем в контрольной группе ( $p < 0,05$ ).

Результаты теста на рисование часов указывают на имеющие место нарушения зрительно-пространственной организации, памяти и регуляторных функций у пациентов исследованных групп, более выраженное на фоне резистентной артериальной гипертензии, так как, общая сумма баллов по ТРЧ ниже у последних ( $7,1 \pm 0,265$  и  $6,0 \pm 0,3$ , соответственно у больных с КАГ и РАГ;  $p < 0,01$ ). У 2 (5,7%) пациентов РАГ имело место нарушение расположения стрелок на готовом циферблате, что характерно для болезни Альцгеймера.

Значения ТРЧ у пациентов с низким и умеренным РРП к лечению были значимо ( $p < 0,05$ ) выше, чем в других группах у больных КАГ и РАГ, однако 5 (18,7%) больных контрольной группы имели 8 и ниже баллов.

Взаимосвязь значений ТРЧ была отрицательной, умеренной с рядом клинико-гемодинамическими показателями, в том числе с САД ( $r = -0,503324$ ;  $p < 0,05$ ), РРП к лечению ( $r = -0,478542$ ;  $p < 0,05$ ) и близка к сильной ( $r = -0,672368$ ;  $p < 0,05$ ) с возрастом.

Таким образом, обобщая полученные результаты можно отметить, что повышение выраженности КР наблюдается чаще на фоне высокого РРП к лечению. При РАГ учащение умеренных когнитивных расстройств («сомнительная» деменция) и общей частоты деменции, значимо, как при сравнении с контрольной группой, так и пациентами с КАГ. Низкие значения «теста рисования часов» и случаи нарушения расположения стрелок на готовом циферблате подтверждают учащение предметных состояний на фоне РАГ, и с другой стороны, допускают возможность сочетанного течения сосудистой ГЭ с нейродегенеративными изменениями головного мозга (болезнью Альцгеймера).

#### Список литературы

1. 60 лет концепции дисциркуляторной энцефалопатии — можно ли в старые мехи налить молодое вино? / О. С. Левин, А. Ш. Чимагомедова, Т. А. Полякова, А. В. Араблинский // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. – 2018. - N118(6). – P. 13-26
2. Калашникова, Л.А. Актуальные проблемы патологии головного мозга при церебральной микроангиопатии / Л.А. Калашникова, Т.С. Гулевская, Л.А.. Добрынина // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2018. - N118(2). – P.90-99.
3. Gupta AK, Nasothimiou EG, Chang CL et al. Baseline predictors of resistant hypertension in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcome Trial (ASCOT): a risk score to identify those at high-risk. J Hypertens. 2011;29 (10):2004–2013.
4. Захаров, В.В. Нейропсихологические тесты. Необходимость и возможность применения / В.В. Захаров // Consilium medicum. - 2012. – Т.13, № 2. - С. 82-90.
5. Resistant hypertension: diagnosis, evaluation, and treatment. A scientific statement from the American Heart Association Professional Education Committee of the Council for High Blood Pressure Research / D.A. Calhoun [et al.] // Hypertension. – 2008. - N51(6). – P.1403–1419.

#### ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В г. ДУШАНБЕ

*Шарифзода Т.М., Рахманов Дж.Э., Талбов У.С.*

Кафедра инфекционных болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Среди многих проблем современного здравоохранения, распространение ВИЧ-инфекции занимает особое место. В Республике Таджикистан в последнее время увеличивается число случаев заражения в результате незащищенного полового контакта. Это свидетельствует о том, что эпидемия ВИЧ-инфекции начинает затрагивать не только группы высокого риска, но и другие слои населения.

Согласно официальным статистическим данным по состоянию на 1 июля 2018 года общее число (кумулятивное, начиная с 1991 года) официально зарегистрированных в стране случаев вируса иммунодефицита человека составило 10675. За этот период из этого числа умерли по разным причинам 2774 человека. Число людей, живущих с вирусом иммунодефицита человека, составило в стране на 1 июля 2018 года 7951 человек [1-5].

Официальные статистические данные показывают рост в динамике числа людей, бывших в международной трудовой миграции среди новых случаев инфицирования вирусом иммунодефицита человека в Таджикистане. Основным путем передачи вируса иммунодефицита человека среди людей, бывших в трудовой миграции явился половой. Данные официальной статистики последних лет также показывают, что почти у каждой инфицированной беременной женщины муж находился в предыдущие годы в международной трудовой миграции.

Исходя из нарастающих темпов распространения инфекции, была принята Национальная Программа по противодействию эпидемии вируса иммунодефицита человека на 2017-2020 годы. Цель Национальной Программы по противодействию эпидемии вируса иммунодефицита человека в Республике Таджикистан на 2017-2020 годы – это достижение равного и всеобщего доступа населения страны к качественным услугам профилактики, лечения, ухода и поддержки в связи с вирусом иммунодефицита человека.

Серьезность данной проблемы в РТ также была неоднократно отмечена в выступлениях Лидера нации, Президента Республики Таджикистан, уважаемого Эмомали Рахмона.

**Цель исследования.** Изучить распространенность ВИЧ-инфекции среди населения г. Душанбе в зависимости от путей передачи инфекции в первом полугодии 2018 года.

**Материалы и методы исследования.** Проанализированы эпидемиологические карты новых случаев инфицирования среди жителей города Душанбе. На 01.07.2018 всего по городу Душанбе (за период 1991 года по 01.07.2018) зарегистрировано 2355 случаев ВИЧ-инфекции (294,5 на 100 тыс. населения), из которых 244 (10,6 на 100 тыс. населения) были выявлены в период 2018 года. За весь период регистрации ВИЧ-инфекции по г. Душанбе умерло 502 инфицированных.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Регистрация ВИЧ-инфекции в районах города не равномерна. Всего за 2018 год по городу Душанбе было выявлено 244 (за 2017г - 213) новых инфицированных. Мужчины – 163 (66,8%) и женщины - 81 (33,2%). Показатели распространенности ВИЧ-инфекции свидетельствуют о том, что эпидпроцесс на административных территориях города находится на различных стадиях.

Наибольшее количество инфицированных зарегистрировано в районе Сино - 110 – 45,1%, где к жителям района добавлены осужденные, которые находятся в тюрьмах города Душанбе. В районах Фирдавси - 66 - 27,0%, Шохмансур - 43 - 17,6% и И. Сомони - 25 – 10,2%. Анализ полученных данных указывает на рост новых случаев инфекции среди населения города (на 31 случай), тенденция прироста полового пути передачи (15,0%), выявления новых случаев в ранних стадиях инфицирования и эффективности ВААРТ.

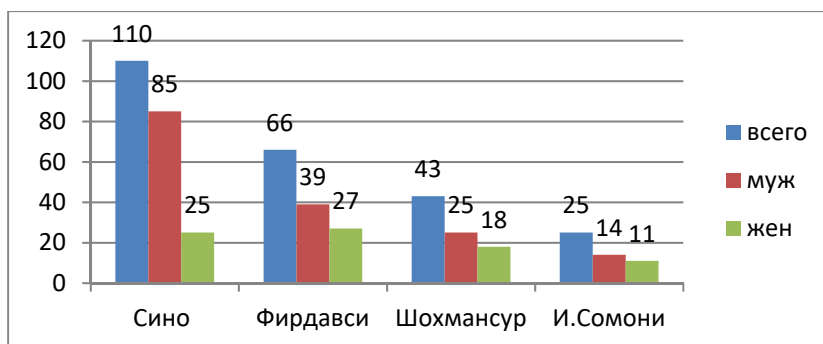


Рис.1. Число зарегистрированных новых случаев ВИЧ-инфекции по полу, по районам г. Душанбе за 2018 год

По путям передачи лиц употребляющих инъекционные наркотики, становится меньше 46 (18,9%) по сравнению с половой передачей инфекции 150 (61,5%), вследствие чего увеличивается доля вновь выявляемых случаев ВИЧ – инфекции среди женщин. Нужно отметить, что все инфицированные женщины были репродуктивного возраста от 17 до 50 лет. В связи с чем, одной из главных проблем остается проблема профилактики перинатального инфицирования детей. Увеличение женщин среди выявленных ВИЧ-инфицированных, а также возрастающее значение гетеросексуального распространения инфекции привели к увеличению случаев передачи инфекции от матери ребенку. Всего за 2018 год зарегистрировано 3 (1,2%) случая передачи ВИЧ от матери ребенку. В 45 (18,4%) случаях, где при эпидемиологическом расследовании источник инфекции не был выявлен.

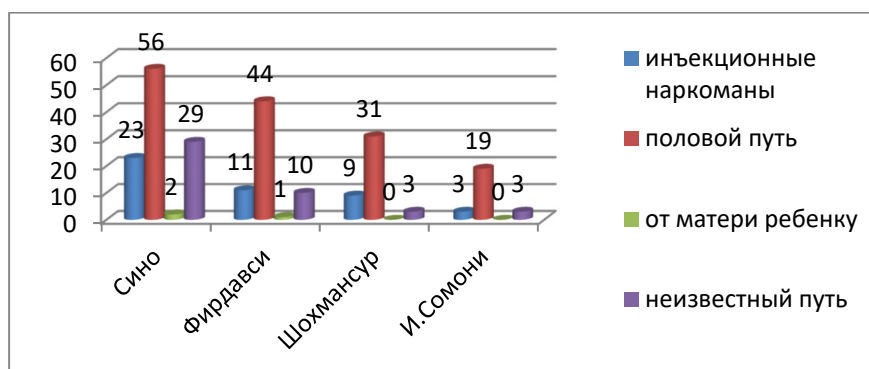


Рис.2. Число зарегистрированных новых случаев ВИЧ-инфекции по путям инфицирования, по районам г. Душанбе

При анализе заболеваемости ВИЧ-инфекции в различных возрастных группах отмечается нарастание интенсивности распространения инфекционного процесса среди молодого трудоспособного возраста от 19 до 49 лет (72,9%). Одновременно с этой тенденцией наблюдается смещение уровня заболеваемости в старших возрастных группах населения 22 – 9,0% по сравнению с этим же периодом 2017 года 12 – 5,6%.

Возрастная структура ВИЧ-инфицированных свидетельствует об интенсивной циркуляции ВИЧ в максимально активной части населения в возрасте от 19 до 49 (182-72,9%) лет.

**Выводы.** Полученные данные указывают на рост новых случаев инфекции среди населения города, тенденции прироста полового пути передачи. Возрастная структура ВИЧ-инфицированных свидетельствует об интенсивной циркуляции ВИЧ в максимально активной части населения в возрасте от 19 до 49 (182 -75,4%) лет.

#### Список литературы

1. Бартлетт ДЖ., Галант Дж., Фам П., Мазус А.И. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции. М.: Гранат. - 2013. - С. 590-592
2. ВИЧ-инфекция и СПИД/ Под ред. В.В. Покровского. 2-е изд., перераб. И доп. М.: ГЭОТАР-медиа. 2010. - С. 192 (Серия “Клинические рекомендации”).
3. Возможности современных тест-систем при подтверждении ранней ВИЧ-инфекции Текст. /Е.Н. Баранова [и др.] // Вопросы вирусологии. 2009. - № 5. - С. 37-40.
4. Цой В.Н., Рахманов Э.Р., Шарипов Т.М., Бухориев К.М. Эффективность и приверженность к терапии ВИЧ-инфекции в Республике Таджикистан. Журнал Вестник Авиценны. - том 19. - №1. - 2017. - С. 98-102
5. Pilcher CD, Ospina-Norvell C, Dasgupta A, Jones D, Hartogensis W, Torres Set al. The effect of same-day observed initiation of antiretroviral therapy on HIV viral load and treatment outcomes in a US public health setting. Journal of acquired immune deficiency syndromes. 2017; 74(1): 44-51.

### СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕЗИТЕНТНОЙ ФОРМЫ ОСТРОГО ЛИМФОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА В УСЛОВИЯХ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГУ НМЦРТ

*Шарифов М.М., Ураков КЗ., Хасанов Дж.М.*

Кафедра внутренних болезней №3 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Острые лейкозы представляют собой гетерогенную группу опухолевых заболеваний системы крови гемобластозов, которые характеризуются г первичным поражением костного мозга морфологически незрелыми кроветворными (бластными) клетками с вытеснением ими нормальных элементов и инфильтрацией различных органов и тканей. Острый лейкоз - довольно редкое заболевание и составляет 3% злокачественных опухолей человека. Однако среди гемобластозов острые лейкозы занимают одно из первых мест по частоте встречаемости. Заболеваемость острыми лейкозами составляет в среднем 5 случаев на 100 000 населения в год. В 75% случаев заболевание диагностируется у взрослых. Принадлежность бластных клеток к той или иной линии кроветворения, степень их дифференцировки обуславливают клиническое течение острого лейкоза, терапию, эффективность лечения и соответственно прогноз заболевания. Лечение острого лейкоза представляет собой многоэтапный и многокомпонентный процесс, сопровождающийся большим числом осложнений, связанных непосредственно с самим лечением. Основной целью лечения ОЛ является эрадикация лейкоемического клона, восстановление нормального кроветворения и в результате этого достижение длительной безрецидивной выживаемости больных. Несмотря на успехи в терапии острых лимфобластных лейкозов в последние десятилетия, у 60-70% пациентов развивается рецидив болезни. Резистентной формой острого лейкоза считается появление более 5 % бластных клеток в пунктате костного мозга, сопровождающееся или не сопровождающееся изменениями в анализе периферической крови (тромбоцитопения, или лейкопения, или панцитопения) или внекостномозговым поражением (нейролекемия, поражение яичек, увеличение селезенки, увеличение лимфатических узлов и т.д.) [1,4]

По данным современных исследований, в большинстве случаев, когда в период ремиссии острого лейкоза удается обнаружить в костном мозге минимальную популяцию лейкоемических клеток - минимальную резидуальную болезнь, наступает рецидив болезни. Большинство рецидивов при острых лейкозах являются результатом пролиферации исходного лейкоемического клона, пережившего цитостатическое воздействие. Очень редко в момент рецидива меняются морфологические, иммунофенотипические и цитогенетические характеристики лейкоемических клеток. Чаще всего рецидив острого лимфобластного лейкоза является результатом пролиферации того же лейкоемического клона. [2].

**Целью** нашей работы является определение эффективности программы HiDexa в лечении резистентной формой острого лимфобластного лейкоза.

**Материалы и методы исследования.** Под нашим наблюдением в условиях гематологического отделения Государственного Учреждения национального медицинского центра Республики Таджикистан (ГУ НМЦРТ) «Шифобахш» за 6 месяцев 2019г находилось 58 больных с острым лимфобластным лейкозом. Нами в исследование включены 12 ( 20,6%) больных с резистентной формой острого лимфобластного лейкоза. Из них от 15 до 30 лет - 9 (75%) больных, от 30 до 60 лет 3 (25 %): мужчин - 8 (66,7), женщин - 4 (33,3%). У 7 больных в гемограмме отмечался гиперлейкоцитоз - уровень лейкоцитов более 30-10<sup>9</sup>/л; у 3 больных нормальный уровень лейкоцитов и у 2-х уровень лейкоцитов составлял менее 2,0-10<sup>9</sup>/л. У всех больных отмечался различный уровень тромбоцитопении и анемии. В миелограмме у всех больных отмечалось увеличение бластных клеток - более 20% с отрицательной реакцией на миелопероксидазу. У наблюдавшихся больных в дебюте заболевания отмечались) геморрагический синдром различной выраженности. Диагноз острый лимфобластный лейкоз верифицирован на основании исследования гемограммы, миелограммы и цитохимической реакции костного мозга [3].

Давность заболевания у больных от 3 до 9 месяцев. Все больные предварительно получали химиотерапию по программе Хельцер (винкристин 2 мг, L- аспарагиназа 10 тыс. ед/м<sup>2</sup> 14-26, даунорубицин 45 мг/м<sup>2</sup> и преднизолон 60 мг/м<sup>2</sup>) без результатов. С первого дня диагностики заболевания они получали вспомогательную терапию: антибиотики, гепатопротекторы, гемостатики, дезинтоксикационную терапию и компоненты крови (лейкотромбоконцентрат, эритроцитарную массу и свежезамороженную плазму).

При рецидиве всем больным была назначена химиотерапия по программе HiDexa: винкристин 2 мг/м<sup>2</sup>-1-8-15-й день, доксорубицин 25 мг/м<sup>2</sup> 1-8-15-й день, дексаметазон 50 мг/м<sup>2</sup> 1-7-й день, 25 мг/м<sup>2</sup> 8-15-й день, L- аспарагиназа 15 тыс. ед/м<sup>2</sup>, 1-8-15-й день внутривенно. Профилактика нейтролейкемии проводилась по общепринятой схеме.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Из-за развития глубокой постцитостатической панцитопении у 5 (41,6%) больных полихимиотерапия была отменена в различные сроки терапии. У 5-х (41,6%) больных достигнута частичная ремиссия. У 2-х (16,6%) после 1-го курса полихимиотерапии констатирована полная клинико-гематологическая ремиссия. По результатам исследования выявлено, что у 5-и больных лечение неэффективно и только у 2-х больных мы добились полной клинико-гематологической ремиссии.

**Вывод.** Таким образом, индукционная программа полихимиотерапии HiDexa при лечении резистентных форм острых лимфобластных лейкозов за первое полугодие 2019 года в условиях Республики Таджикистан, оказалась эффективной у 7-ми (58,2%) больных с ОЛЛ, причем у 2-х (16,61%) больных удалось получить полную клинико-гематологическую ремиссию.

#### Список литературы

1. Волкова, С.А. Основы клинической гематологии / С.А. Волкова, Н.Н. Боровков. - Нижний Новгород, 2013. - С. 253-272.
2. Волковой, М.А. Клиническая онкогематология / М.А. Волковой. - М, 2007. - С.409-502, 489-497.
3. Воробьев, А.И. Руководство по гематологии / А.И. Воробьев. - М, 2006. - С. 203-215.
4. Савченко, В.Г. Алгоритмы диагностики и протоколы лечения заболеваний системы крови / В.Г. Савченко. - М, 2018. - С. 571-617., 665-703. 807.

#### ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНА ЗРЕНИЯ ПРИ ЛЕЙКОЗАХ

*Шарифов М.М., Шамсов А.Т., Ганиева М.П.*

Кафедра внутренних болезней № 3 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Острые лейкозы системное заболевание крови, которым характерна прогрессирующая клеточная гиперплазия в органах кроветворения, а также в периферической крови с резким преобладанием пролиферативных процессов над процессами нормальной дифференциации клеток крови. При острых лейкозах наблюдается первичное поражение костного мозга морфологически незрелыми кроветворными (бластными) клетками, вытеснением ими нормальных элементов и инфильтрацией различных тканей и органов. Острые лейкозы не носят локальный характер, будучи генерализованными, они оказывают существенное влияние на другие системы и органы, в том числе и органы зрения. Изменения глаз при лейкозах описаны ещё в 60-х годах XIX века, но более детально изучены в последний десятилетия и наблюдаются в 70% случаев. Наблюдается нарушение микроциркуляции в сосудах конъюнктивы глазного яблока, которое проявляется неравномерностью калибра и извитостью вен, образованием единичных аневризм, у некоторых больных выявляются микротромбы вен конъюнктивы. Клинически они проявляются кровоизлияниями различных локализаций и лейкозными инфильтрациями всех оболочек и структур глаза.[1]

Часто лейкозы сопровождаются массивной лейкоцитарной инфильтрацией радужки, опалесценцией влаги передней камеры и наличием желтого экссудата в передней камере, спонтанной гифемой и повышением внутриглазного давления. Выявляются ангиопатия в виде извитости и расширения вен сетчатки, деколорация диска зрительного нерва, ступенчатость его границ вследствие перипапиллярного отека сетчатки. По мере прогрессирования заболевания возникают различного вида кровоизлияния: преретинальные, ретинальные, субретинальные, причинами которых являются тромбоцитопения, анемическая диспротеинемия и антикоагуляционное действие глобулинов. Кровоизлияния при тяжелом течении лейкоза могут быть массивными, и тогда значительно понижается острота зрения и сужаются границы поля зрения. Кровоизлияния овальной или округлой формы, окаймленные красноватым кольцом, характерны только для лейкоза. [2]

**Цель исследования.** Изучение морфологических и функциональных изменений органов зрения при лейкозах.

**Материалы и методы исследования.** Под нашим наблюдением в гематологическом отделении Государственного учреждения Национального медицинского центра Республики Таджикистан (ГУ НМЦРТ) за шесть месяцев (январь-июнь) 2019 года находились 75 пациентов с острым лейкозом и его рецидивами в возрасте от 16 до 60 лет. Из них: 54 (74,6%) больных с лимфобластным лейкозом, 19(25,3%) больных - миелобластным лейкозом и 2 (2,6%) больных с промиелоцитарным лейкозом. Из наблюдающихся больных в возрасте от 16 до 45 лет всего 58 больных (77,3%), от 45 до 60 лет-17 больных (22,6%). Диагноз был поставлен на основании^ анамнеза, клиники, лабораторных и инструментальных исследований, пункций костного мозга.

**Результаты исследования и их обсуждение.** 75 больных с острым лейкозом, наблюдаемые нами, получали лечение по схеме Хелцера, «5+2», «7+3» и схема AIDA из них: у 11 больных были выявлены изменения со стороны органа зрения, 8 (10,6%) больных с острым лимфобластным лейкозом, 2 (2,6%) — с острым миелобластным лейкозом и 1 (1,3%) с острым промиелоцитарным лейкозом. При офтальмоскопии у всех больных сосуды со-

провожающие белыми полосами. Калибр артерий был несколько увеличен сосудистые стволы извилистые. Вены расширены и извиты, неравномерны по калибру. Диск зрительного нерва бледноват, отёчен, границы часто не определяются. На глазном дне отмечаются серовато-беловатые очаги округлой или овальной формы с окаймлённым кольцом красноватого оттенка. В центральных отделах глазного дна, а также по периферии видны кровоизлияния в сетчатке. У 3-х (27,2%) пациентов имелись жалобы на снижение остроты зрения различной степени. У 5-х (45,4%) больных определялись преретинальные кровоизлияния. У 2-х (18,1%) больных наблюдались субконъюнктивальные кровоизлияния незначительных размеров и у 1-го (9,3%) - отмечался экзофтальм.

**Выводы.** Таким образом, у наблюдавшихся нами больных, независимо от проведённой схемы полихимиотерапии, встречались различные изменения со стороны зрительного аппарата. Чаще всего эти изменения были связаны с кровоизлияниями в сетчатке, субконъюнктивальным кровоизлиянием, отёком: диска зрительного нерва.

#### Список литературы

1. Савченко, В.Г. Алгоритмы диагностики и протоколы лечения заболеваний системы крови / В.Г. Савченко. – М, 2018. - С. 449-526; 703-729.
2. Воробьев, А.И. Руководство по гематологии /А.И. Воробьев. – М., 2006. - С. 203-215.
3. Волкова, С.А. Основы клинической гематологии / С.А. Волкова, Н.Н. Боровков. - Нижний Новгород, 2013. – С. 253-272.
4. Морозов, В.И. Фармакотерапия глазных болезней / В.И. Морозов. - М.: «Медицина», 2004. - 544с.

### СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ МИОКАРДА И АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЁННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЕЙ

*Шербаталов А.А., Шарипова Х.Ё., Алимова Н.А., Турсункулов З.Д.*

Кафедра профпедевтики внутренних болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Широкая распространенность хронической сердечной недостаточности (ХСН), особенно, на фоне гипертонической болезни (ГБ), наряду с крайне неблагоприятным прогнозом, определяют данное заболевание как одну из ведущих проблем современной медицины [1].

Традиционно считается, что сердечная недостаточность и её тяжесть связаны со снижением сократительной функции сердца (т.е. снижение систолической функции), оцениваемая по величине фракции выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ). Однако результаты ряда крупномасштабных исследований показали высокую частоту ХСН, на фоне которой ФВ ЛЖ составляет более 50%, т.е. наблюдается сохранённая систолическая функция (ХСН-ССФ) ЛЖ [2]. В связи с этим, в последнее десятилетие особое внимание уделяется пациентам с ХСН-ССФ, которую рассматривают как одну из неинфекционных эпидемий XXI века [3].

В повышении функционального класса (ФК) ХСН вклад повышенного АД - наибольший. Сложность контроля АД с учащением случаев неконтролируемой (НКАГ) и резистентной (РАГ) артериальной гипертонии (АГ) может ускорить развитие структурно-функциональных нарушений сердца и сосудов [4,5] и способствовать прогрессированию сердечной недостаточности.

**Цель исследования.** Установить взаимосвязь структурно-функциональных параметров миокарда (и артерий) с выраженностью хронической сердечной недостаточности с сохранённой систолической функцией (ХСН-ССФ) у больных с исходно высоким риском развития резистентной артериальной гипертонии (АГ).

**Материал и методы исследования.** В группах пациентов гипертонической болезнью (ГБ) с высоким 5-летним риском развития резистентности к лечению (1 группа – без ХСН, 2 группа – с проявлениями ХСН-ССФ), эхокардиографически (доплер) сравнительно изучены структурно-функциональные параметры миокарда (и артерий): индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ), толщина интима-медиа (ТИМ) сонных артерий, фракции выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) и выраженность диастолической дисфункции левого желудочка (ДДЛЖ) по соотношению пиков Е/А.

Статистическая обработка материала проведена с использованием стандартного пакета программ прикладного статистического анализа (Statistica6,0). Сравнение независимых выборок проведён по U-критерию Манна-Уитни. Нулевая гипотеза отвергалась при  $p < 0,05$ .

**Результаты исследования и их обсуждение.** Результаты изучения структурно-функциональных параметров миокарда и артерий в зависимости от наличия ХСН-ССФ представлены в таблице 1.

Таблица 1. - Структурно-функциональные показатели миокарда левого желудочка и сосудов у больных ХСН с сохранённой ФВ

Показатели	нет ХСН (n=38)	ХСН (n=53)	P
ИММЛЖ, г/м <sup>2</sup>	126,5±1,5	136,0±1,7	<0,001
ТИМ, мм	1,054±0,025	1,158±0,027	<0,001
ФВ ЛЖ, %	57,3±0,6	57,2±0,4	>0,05
Е/А, усл. ед.	1,25±0,022	0,981±0,022	<0,001

Примечание: p - достоверность различий по t - критерию Стьюдента.

Установлено, что при отсутствии клинических проявлений ХСН с сохранённой ФВ у больных АГ (1 группа) как ИММЛЖ (126,5±1,5 и 136,0±1,7г/м<sup>2</sup>, соответственно у больных 1 и 2 групп;  $p < 0,001$ ) так и толщина интима-медиа (1,054±0,025 и 1,158±0,027мм, соответственно у больных 1 и 2 групп;  $p < 0,001$ ) значимо ниже, чем у больных с ХСН.



ДДЛЖ по снижению отношения Е/А, у больных 2 группы была выраженной ( $0,981 \pm 0,022$ ) и значимой при сравнении с 1 группой ( $1,25 \pm 0,022$ ;  $p < 0,001$ ). Небольшое снижение ФВ у больных 2 группы ( $57,3 \pm 0,6$  и  $57,2 \pm 0,4\%$  - соответственно у больных 1 и 2 группы) было незначимым ( $p > 0,05$ ). У 13 (34,2%) больных без проявлений ХСН и 9 (17%) больных ХСН ФВ ЛЖ была равна или выше 60%.

У больных 2 группы взаимосвязь между выраженностью ХСН-ССФ по ШОКС и: возрастом, САД, ИММЛЖ, ТИМ (рис. 1), частотой РАГ - умеренная односторонняя ( $p < 0,05$ ).

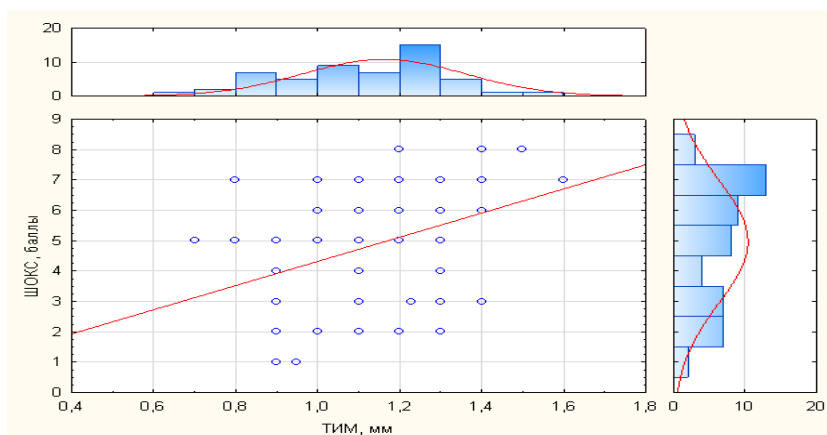


Рисунок 1. - Взаимосвязь выраженности ХСН-ССФ (по ШОКС) с толщиной интима-медиа (ТИМ) сонной артерии у больных с высоким 5-летним риском развития резистентности к лечению (по Spearman)

Взаимосвязь между снижением Е/А и: клинической выраженностью ХСН-ССФ по ШОКС ( $r = -0,366830$ ), возрастом ( $r = -0,436017$ ), САД ( $r = -0,430080$ ), ИММЛЖ ( $r = -0,521225$ ) и ТИМ ( $r = -0,468914$ ) – умеренная, отрицательная ( $p < 0,05$ ), а с частотой РАГ – слабая ( $p < 0,05$ ).

В целом, полученные результаты свидетельствуют о наличии выраженных структурно-функциональных изменений миокарда на фоне развития ХСН с сохранённой ФВ у больных ГБ с высоким 5-летним риском развития резистентности к лечению.

**Выводы:** 1. ХСН-ССФ у больных ГБ с высоким риском развития резистентности к лечению, протекает выраженными структурными изменениями миокарда левого желудочка (повышением ИММЛЖ) и атеросклерозом артерий (увеличение ТИМ сонных артерий).

2. Выраженность ХСН-ССФ по ШОКС тесно взаимосвязана как возрастом, САД, ИММЛЖ, так и выраженностью атеросклеротического поражения артерий ( $p < 0,05$ ).

#### Список литературы

1. Фомин, И.В. Эпидемиология хронической сердечной недостаточности в Российской Федерации / И.В. Фомин // В кн.: Хроническая сердечная недостаточность / Ф.Т. Агеев [и др.] - М.: ГЭОТАР- Медиа, 2010. - с. 7-77.
2. Meta-analysis Global Group in Chronic Heart Failure (MAGGIC). The survival of patients with heart failure with preserved or reduced left ventricular ejection fraction: an individual patient data meta-analysis // Eur. Heart J. — 2012. — Vol. 33. — P. 1750-1757.
3. McMurray JJ. ESC of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC / JJ McMurray [et al.] // Eur Heart J. – 2012. - N33. – P.1787–1847.
4. Шляхто, Е.В. Резистентная гипертензия / Е.В. Шляхто. - СПб.: Наука, 2011.
5. Baseline predictors of resistant hypertension in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcome Trial (ASCOT): a risk score to identify those at high-risk / A.K. Gupta [et al.] // J Hypertens. – 2011. - N29(10). – P.2004–2013.

### ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ВИТИЛИГО

*Эгамова Ш.Б., Усмонзода Х.Д., Шакирова У.С.*

Кафедра медицинской подготовки Таджикского Национального Университета

Кафедра дерматовенерологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Государственное учреждение Государственная клиническая больница кожных болезней. Таджикистан

**Актуальность.** Одной из важных проблем современной дерматологии и стоматологии является изучение патологии слизистой оболочки полости рта. Находясь под постоянным воздействием внешних факторов, под влиянием импульсов, поступающих из желудочно-кишечного тракта, нервной системы, слизистая оболочка рта является местом проявления большого числа разнообразных заболеваний, в том числе и множества дерматозов. Однако, как часто бывает с заболеваниями, находящимися на стыке нескольких специальностей, патологии слизистой оболочки полости рта уделялось мало внимания как дерматологами, так и стоматологами. Трудности изучения патологии слизистой оболочки рта заключается в многообразии заболеваний, локализующихся в этой области, различной этиологии и патогенезе этих заболеваний и в значительном сходстве их клинической картины.

Анализ имеющихся сведений в указанном аспекте свидетельствует о том, что болезни органов полости рта отличаются большой распространенностью, сочетанием с патологией других органов, что свидетельствует об актуальности этой проблемы, выходящей за рамки стоматологии и имеющий общемедицинское значение.

С учетом вышеизложенного можно заключить, что в результате длительного воздействия общесоматических патологий возникают изменения в тканях зубов и пародонта. Однако данных в литературе относительно изменений со стороны органов полости рта у больных дерматозами недостаточно для формирования концепции вза-

имосвязи между кожной патологией и стоматологической заболеваемостью [1-3]. Взаимосвязь между этими системами безусловна, что предопределяет актуальность настоящего исследования.

В настоящее время наблюдается рост числа лиц страдающих витилиго как среди взрослых, так и детей. Заболевания полости рта оказывают негативное влияние на течение заболеваний органов и систем организма [4, 5].

**Цель исследования:** изучить состояние органов полости рта у пациентов, страдающих витилиго.

**Материал и методы исследования.** Под наблюдением находилось 68 больных витилиго, из них 42 (61,8%) женщины и 26 (38,2%) мужчин. Возраст пациентов колебался от 16 до 58 лет. Процесс носил распространенный характер у 45 больных (67,2%), ограниченный - у 23 (32,8%). Контрольную группу составили 30 здоровых лиц того же возраста. Структурный анализ составляющих элементов интенсивности кариеса зубов проводился по методике А.В. Алимского. Состояние пародонтологического статуса среди обследованных регистрировали по методике ВОЗ (1998) с использованием индекса нуждаемости в лечении заболеваний пародонта (СРITN). Дополнительно фиксировали наличие патологических изменений твердых тканей зубов и мягких тканей полости рта.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Заболевания органов полости рта выявлены у 34 больных с распространенными формами и у 15 – с ограниченными формами витилиго. Основную группу составили больные в возрасте 20-36 лет.

Анализ количества пораженных зубов кариесом отдельно на нижней и верхней челюсти не показал каких-либо различий. Однако была выражена тенденция к более высокой степени поражения зубов нижней челюсти по сравнению с верхней (соответственно  $92,37 \pm 2,16\%$  и  $91,23 \pm 3,12\%$ ).

Большинство обследованных (87,6%) предъявляли жалобы на наличие кариозных зубов, дефектов зубных рядов, кровоточивость десен, извращение вкуса, неприятный запах изо рта. Кроме того, у части пациентов обнаружены трещины губ, отечность или сглаженность языка. У 25% больных отмечены признаки катарального глоссита и стоматита, у 5,3% диагностирована лейкоплакия слизистой оболочки полости рта.

При пародонтологическом осмотре в 75,5% случаев диагностирован хронический пародонтит легкой степени, в 9,8% - тяжелой степени. Не пораженными органы полости рта были лишь у 11 (16,1%) больных витилиго.

Таким образом, у пациентов страдающих витилиго, наблюдаются заболевания органов полости рта, причем в 2,5 раза чаще при распространенных формах, чем при ограниченных.

У обследованных пациентов были выявлены кариес зубов, заболевания пародонта различной степени интенсивности, зубные отложения, кровоточивость десен, дефекты зубных рядов, извращение вкуса, неприятный запах изо рта и др.

#### **Выводы:**

1. У больных с распространенными формами витилиго заболевания органов полости рта встречаются в 2,5 раза чаще, чем при ограниченных формах, что необходимо учитывать при разработке тактики лечения больных.
2. Интенсивность кариеса зубов и заболевания пародонта зависели от давности распространённости витилигинозного процесса и возрастной группы.
3. Своевременное санирование полости рта, сочетанная терапия улучшает качество жизни пациента.

#### **Список литературы**

1. Джураева, Ш.Ф. Поражение пародонта и патология верхнего отдела пищеварительного тракта в связи с бактериальной инвазией Н.руlogy: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ш.Ф. Джураева. - Душанбе, 2001.
2. Клинико-морфологические взаимосвязи потери минеральной плотности кости при заболеваниях пародонта на фоне соматической патологии / С.Д. Арутюнов [и др.] // Институт стоматологии. – 2008. - №2(39). - С. 88-90.
3. Ахмедов, К.Р. Белые пятна кожи / К.Р. Ахмедов // Наука и технология. – Ташкент, 2012.
4. Зоиров, П.Т. Лечение витилиго с учётом типа нервной системы / П.Т. Зоиров, С.И. Сабиров // Здоровоохранение Таджикистана. - 2011. - №2. - С.60.
5. Шарафудинова, Л.А. К вопросу классификации витилиго / Л.А. Шарафудинова К.М. Ломоносова // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2014. - №2. - С.37-40.

### **К ВОПРОСУ О МИЕЛОМНОЙ БОЛЕЗНИ**

*Ядгарова Н.Д.*

Кафедра пропедевтики детских болезней, гематологии.  
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт. Узбекистан

Миеломная болезнь является злокачественным заболеванием системы крови, которое выражается в накоплении и пролиферации плазматических клеток и В-лимфоцитов, продуцирующих большое количество структурно гомогенных иммуноглобулинов в различных стадиях созревания.

Наиболее тяжелым проявлением миеломной болезни является остеолитический синдром, поражающий опорно-двигательный аппарат больного и значительно отягощающий течение заболевания и ухудшающий прогноз. Он сопровождается выраженными болями в костях, нередкими патологическими переломами плоских и губчатых костей, вызывает ограничение подвижности больных.

Проблема ранней и точной диагностики поражений костей скелета при миеломной болезни является весьма актуальной и сложной во многих областях медицины, таких как гематология, лучевая диагностика, онкология, невропатология и других, поскольку миеломная болезнь (ММ) влияет на опорно-двигательную систему человека. Она выполняет чрезвычайно важные и особые функции - опорную и защитную.

Согласно данным Всемирной Организации Здравоохранения проблемы диагностики и лечения, а также профилактики недискогенных заболеваний позвоночника и заболеваний опорно-двигательного аппарата, к которым относится ММ становятся все более экономически и социально значимыми, а также приобретают все большую значимость в медицине. Это вызвано тем, что в последние годы отмечается рост частоты заболеваемости данной группой заболеваний, и в частности, миеломной болезнью, а также последующей инвалидизации лиц среднего и пожилого возраста. Это в свою очередь влечет за собой большие материальные затраты в сфере здравоохранения и социального страхования .

В настоящее время не утихают споры о выборе наиболее информативного метода диагностики костных поражений при множественной миеломе, контроля эффективности терапии и оценки динамики течения болезни, а

также разработки оптимальной схемы обследования пациентов при подозрении на ММ. Особенно важным является вопрос ранней диагностики самого заболевания, а также раннего обнаружения поражения костей при ММ и оценки объема поражения, распространенности миеломатоза. Это является одним из решающих моментов в выборе тактики лечения.

Анализ литературы показал, что ведущую роль в диагностике миеломной болезни играют лучевые методы исследования. Они позволяют вовремя выявить патологию, а, следовательно, назначить необходимое лечение, выбрать соответствующую тактику этого лечения, что приводит к снижению числа осложнений и улучшению качества жизни больных. В настоящее время самым распространенным лучевым методом для диагностики костных изменений при миеломной болезни является традиционная рентгенография, реже остеосцинтиграфия. Рентгенография позволяет хорошо визуализировать костную структуру, патологические переломы и непосредственно очаги деструкции, но она не обладает достаточной чувствительностью и специфичностью, особенно в случае с остеопоротическими проявлениями ММ, а также не позволяет оценить состояние и распространенность мягкотканного компонента опухоли. Остеосцинтиграфия позволяет оценить весь скелет за одно исследование, но, обладая несколько большей, по сравнению с рентгенографией чувствительностью, не обладает специфичностью и не позволяет адекватно оценить степень миеломатоза.

В литературе также отмечено, что в последние годы для диагностики поражений костей скелета при миеломной болезни стали использоваться такие лучевые методы как рентгеновская компьютерная томография (РКТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ). С помощью компьютерной томографии получают хорошее изображение костных элементов, матрицы минерализации и что важно не суммационные изображения, как при рентгенографии. Однако РКТ имеет значительные пространственные ограничения и несет определенную дозовую нагрузку на пациента. МРТ дает возможность прямой визуализации опухолевого компонента и соотношения его с близлежащими мягкоткаными структурами. Но исследования, касающиеся диагностики костных изменений при миеломной болезни с помощью МРТ, а также отечественные публикации, посвященные данной проблеме весьма немногочисленны.

Специалистами отмечен тот факт, что в данный момент недостаточно определена клиническая значимость современных методов лучевой диагностики, их диагностические возможности применительно к ММ. Не разработаны рациональные схемы обследования лучевого обследования больных миеломной болезнью, последовательность и целесообразность применения каждого из методов. Поэтому изучение и оценка диагностической эффективности и информативности перечисленных лучевых методов является весьма актуальным. Это необходимо для укорочения диагностического периода, соблюдения и снижения дозовой нагрузки на пациента, контроля эффективности лечения и рационального расходования средств, а также поможет избежать применения малоинформативных методов исследования и необоснованного использования дополнительных методов.

Дальнейшее изучение литературы показало, что природа миеломной болезни до сих пор неизвестна. Она относится к низкопролиферативным опухолям. Допускается, что предшественники миеломных клеток мигрируют из герминальных центров лимфатических узлов через кровь в костный мозг. Опухолевая пролиферация обусловлена клональной экспансией постгерминальных В-клеток с инвариабельным типом гипермутации генов иммуноглобулинов.

Клиницистами также отмечено, что при миеломной болезни поражаются, главным образом, плоские кости (череп, ребра, таз) и позвонки с резорбцией и остеопорозом с образованием полостей в местах разрастания миеломной ткани по типу (на рентгенограммах) гладкостенных пробоин. Такие изменения могут обнаруживаться кроме плоских костей и в других тканях.

С разрушением костной ткани и увеличением в крови концентрации кальция (гиперкальциемия) последний, в виде конкрементов откладывается в выделительных органах (почки, легкие, слизистая желудка). Важен уровень не общего, но ионизированного кальция, так как длительная бессимптомная гиперкальциемия может быть обусловлена его связыванием с парапротеином, когда уровень ионизированного кальция остается нормальным. Гиперкальциемия сопровождается полиурией, запорами, тошнотой, рвотой, может приводить к летаргии, мозговым нарушениям, коме.

Поражение почек носит название миеломной нефропатии и обусловлено в значительной мере поступлением через почечный фильтр парапротеинов. Она свидетельствует о неблагоприятном прогнозе заболевания. В ее основе, помимо протеинурии, гиперкальциемия, гиперурикемия, инфекции, амилоидоз (наиболее часто при миеломе Бенс-Джонса).

Нарушения кроветворения имеют следствием анемию и снижение неспецифической и специфической иммунологической реактивности с высоким риском бактериальных инфекций.

Таким образом, подводя итог литературного обзора можно сказать, что применение трансплантации периферических стволовых клеток крови у пациентов с множественной миеломой позволило значительно улучшить результаты лечения. Однократная или тандемная (двукратная) аутологическая трансплантация гемопоэтических клеток позволяет увеличить безрецидивную выживаемость на 20-25 месяцев и улучшить качество жизни пациентов с ММ. И в настоящее время широко применяется во многих странах. Поэтому существует насущная необходимость в определении наиболее информативных методов лучевой диагностики миеломной болезни, разработке оптимального алгоритма клинико-лучевого обследования больных ММ с целью наиболее раннего выявления заболевания и контроля изменений в ходе лечения.

#### Список литературы

1. Оптимизация режимов мобилизации гемопоэтических стволовых клеток крови у больных множественной миеломой / О.С. Покровская [и др.] //Терапевтический архив. - 2011. - Т.83, №7. - С. 50-57.
2. Чертков, И.Л. Схема кроветворения: 2005 / И.Л. Чертков, Н.И. Дризе, А.И. Воробьев // Терапевтический архив. - 2006. - Т.77, №7. - С.5-11.
3. Болезнь Каслмана и РОEMS-синдром / А.М. Михайлов, [и др. // Клиническая онкогематология. - 2010. - №3. - С. 259-269.
4. Mini-ICE effectively mobilises peripheral blood stem cells after fludarabine-based regimens in acute myeloid leukemia / A. Mele [et al.] // Eur. J. Haematol. - 2015. - Vol.74, №4. - P.277-281.
5. Montgomery, M. Mobilization and collection of autologous hematopoietic progenitor/stem cells / M. Montgomery, M. Cottier-Fox // Clin. Adv. Hematol. Oncol. - 2011. - Vol.5, №2. - P. 127-136.

## ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ И ВАЗОМОТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ТОФАЦИТИНИБОМ

Князева Л.А.<sup>1</sup>, Саидов Ё.У.<sup>2</sup>, Махмудов Х.Р.<sup>2</sup>, Князева Л.И.<sup>1</sup>,  
Мещерина Н.С.<sup>1</sup>, Степченко М.А.<sup>1</sup>, Борисова Н.А.<sup>1</sup>, Бобынцев Я.И.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Кафедра внутренних болезней №1, Курский государственный медицинский университет, Российская Федерация

<sup>2</sup>Кафедра профилактики внутренних болезней, ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Республика Таджикистан

**Актуальность.** Ревматоидный артрит (РА) характеризуется высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), связанных с ранним развитием и быстрым прогрессированием атеросклеротического поражения сосудов, определяющего до 50-60% преждевременной летальности [4]. В настоящее время чрезвычайно актуальными представляются исследования, направленные на выявление у данной категории больных не только нарушений липидного профиля, которые определяют темпы развития и прогрессирования атеросклероза, но и интегральных показателей кардиоваскулярного риска (КВР), в том числе такого субклинического сосудистого маркера ССЗ, как дисфункция эндотелия. Кроме того важную научно-практическую значимость имеет проблема изучения влияния болезнь-модифицирующих антиревматических препаратов (БМАРП) на липидный профиль и функциональное состояние эндотелия, решение которой позволит разработать дифференцированные подходы к профилактике и лечению ССЗ, создать систему динамического контроля и наблюдения за прогрессированием атеросклероза при РА [3]. В настоящее время продемонстрирован целый ряд позитивных эффектов как стандартных БМАРП (метотрексат, лефлуномид), так и генно-инженерных биологических препаратов – ингибиторов фактора некроза опухоли  $\alpha$  (ФНО- $\alpha$ ) на риск манифестации ССЗ при РА, редукцию жесткости артериальной стенки и толщины КИМ сонных артерий, в основе развития которых, по мнению авторов, лежит снижение активности системного воспаления [1,2]. При этом следует подчеркнуть, что в последние годы внедрена в клиническую практику новая группа препаратов, так называемые таргетные БМАРП, обладающие направленным действием на цитоплазматические протеинкиназы («малые молекулы»), одним из представителей которой является тофацитиниб (ТОФА), кардиоваскулярная безопасность которого остается менее изученной, что определяет актуальность проведения исследований в этом направлении.

**Цель исследования** – оценить влияние тофацитиниба на липидный спектр и вазомоторную функцию эндотелия у больных ревматоидным артритом.

**Материалы и методы исследования.** В исследовании приняло участие 26 больных с активным течением РА и неэффективностью предшествующей терапии метотрексатом или наличии противопоказаний к его применению. **Критерии включения:** возраст от 18 до 50 лет; длительность заболевания не более 2 лет; сохраняющаяся активность РА (индекс DAS<sub>28</sub> выше 3,2 балла) на фоне использования любых БМАРП в течение последних 3 мес. **Критерии исключения:** наличие коморбидных ССЗ (артериальная гипертензия, любые формы ишемической болезни сердца, хроническая сердечная недостаточность, сахарный диабет, заболевания почек (уровень креатинина – выше 133 мкмоль/л) и печени (уровень АСТ, АЛТ, билирубина, в 3 раза и более превышающие нормальные значения), ожирение (индекс массы тела – более 30 кг/м<sup>2</sup>). Системные проявления заболевания имели место у 24 (92,3%) больных, среди которых наиболее часто встречались ревматоидные узелки (n=9) и амиотрофический синдром (n=16), так же наблюдались анемия (n=5) и капиллярит (n=4). Среди пациентов, включенных в исследование, у 8 (30,7%) больных имел место отягощенный по ССЗ семейный анамнез, при оценке по модифицированной шкале SCORE определен умеренный (n=18) или низкий (n=8) КВР. До включения в исследование пациенты получали терапию БМАРП: метотрексат – 69,2% (n=18), сульфасалазин – 7,7% (n=2), лефлуномид – 23,1% (n=6), а так же нестероидные противовоспалительные препараты – 46,1% (n=12) и ГК – 31% (n=8). Концентрацию общего холестерина (ОХС) в крови исследовали колориметрически, холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) – гомогенным ферментным колориметрическим методом, холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) – количественным фотометрическим методом (Roche, Швейцария). Определение СОЭ осуществляли стандартным международным методом по Вестергрэну (норма  $\leq 30$  мм/ч). Сывороточную концентрацию СРБ оценивали иммуноферментным методом («ORGenTec Diagnostika», Германия). **Исследование эндотелиальной функции** включало проведение пробы с реактивной гиперемией на аппарате «АнгиоСкан-01» (ООО «АнгиоСкан-Электроникс», Россия) с последующим анализом индекса окклюзии по амплитуде и сдвига фаз между каналами. Оценка липидного профиля крови и вазомоторной функции эндотелия у больных РА проводили дважды: до лечения и после 6 месяцев терапии ТОФА в дозе 10 мг в сутки постоянно. Группу контроля составили 26 здоровых лиц в возрасте 38,8 [31,6;46,7] лет (из них 19 (73%) женщин и 7 (27%) мужчин). Статистическую обработку цифровых данных выполняли с применением стандартного пакета прикладных программ Microsoft Excel и Statistica 6.0.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Установлено достоверное снижение активности РА начиная с 4-й недели лечения ТОФА, с сохранением положительной динамики в течение всего периода наблюдения. К концу исследования (после 6 месяцев терапии ТОФА) на фоне достоверного снижения уровня СРБ (табл. 1) клиническое улучшение (хороший/умеренный эффект по критериям EULAR) было определено у 69,2% больных (n=18), ремиссия достигнута у 30,8% пациентов с РА (n=8). После 6 месяцев лечения ТОФА оценка влияния на липидный спектр крови показала увеличение ОХС, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП (табл. 1) и согласуется с результатами ранее выполненных исследований, указывающих на дозозависимое увеличение концентрации ОХ, ЛПНП и ЛПВП (без существенного нарастания индекса атерогенности) на фоне терапии ТОФА, которое не приводило к нарастанию частоты кардиоваскулярных катастроф [5].

Оценка параметров функционального состояния эндотелия у обследованных нами больных РА после 6 месяцев лечения ТОФА показала статистически значимое повышение индекса окклюзии по амплитуде, до величины

контроля; показатель сдвига фаз между каналами в среднем увеличился в 1,8 раза ( $p=0,008$ ) в сравнении с исходным значением (табл. 1).

Таблица 1

**Результаты исследования уровня СРБ и липидного профиля у больных РА на фоне терапии ТОФА (n=26)**

Показатель	Больные РА	
	исходно	через 6 месяцев
СРБ, мг/л, Ме	16,2 [8,1; 32,7]	10,8 [2,2; 23,3]*
ХС ЛПНП $\geq 3,5$ ммоль/л, n (%)	6 (27,4)	8 (26,3)*
ОХС, ммоль/л	5,1 [4,5; 5,8]	5,08 [4,1; 5,6]*
ХС ЛПВП, ммоль/л	3,2 [2,6; 4,0]	3,6 [2,1; 4,1]*
ХС ЛПВП, ммоль/л	1,36 [1,2; 1,6]	1,59 [1,2; 2,4]*
Индекс окклюзии по амплитуде	1,2 [1,0; 1,7]	1,9 [1,5; 2,8]**
Сдвиг фаз между каналами, мс	4,8 [3,7; 8,7]	8,6 [7,1; 12,1]**

**Примечание:** \* –  $p < 0,05$ , \*\* –  $p < 0,01$  – по сравнению с исходными значениями (по критерию Вилкоксона).

При этом важно отметить, что вазопротективное действие ТОФА было реализовано на фоне прогрессирования дислипидемии (увеличение ОХС, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП), что можно объяснить влиянием ТОФА на модификацию структуры и функции липидов и прежде всего на частицу ЛПВ путем снижения активности амилоидного SSA [5].

**Выводы.** Применение ТОФА наряду с эффективным контролем воспалительной активности у больных РА с неэффективностью предшествующей терапии метотрексатом или наличии противопоказаний к его применению, характеризуется вазопротективным действием на уровне как крупных сосудов (увеличение величины сдвига фаз между каналами), так и мелких артерий мышечного типа (увеличение индекса окклюзии по амплитуде), что позволяет его рекомендовать для более широкого использования, включая больных РА с коморбидной патологией с целью контроля и профилактики прогрессирования ССО, улучшения прогноза и качества жизни данной категории пациентов.

**Список литературы**

1. Генно-инженерные биологические препараты в лечении ревматоидного артрита / под ред. Е.Л. Насонова. – М.: ИМА-ПРЕСС, 2013. – 552 с. : ил.
2. Динамика липидных параметров крови у больных ранним ревматоидным артритом на фоне противоревматической терапии, проводимой по принципу «Лечение до достижения цели» (по данным 18-месячного наблюдения) / Е.В. Удачкина [и др.] // Научно-практическая ревматология. – 2016. – Том 54, №2. – С. 164-170.
3. Atherosclerosis is not accelerated in rheumatoid arthritis of low activity or remission, regardless of antirheumatic treatment modalities / A. Arida [et al.] // *Rheumatology (Oxford)*. – 2017. – Vol. 56, №6. – P. 934-939.
4. Cardiovascular risk factor management in patients with RA compared to matched non-RA patients / E. Alemao [et al.] // *Rheumatology*. – 2016. – Vol. 55, Issue 5 – P. 809-816.
5. Effects of tofacitinib and other DMARDs on lipid profiles in rheumatoid arthritis: implications for the rheumatologist / C. Charles-Schoeman [et al.] // *Seminars in Arthritis and Rheumatism*. – 2016. – Vol. 46, Issue 1. – P. 71-80.

**ВЛИЯНИЕ ГОЛИМУМАБА НА СИСТЕМУ ТРАНСМЕМБРАННЫХ МОЛЕКУЛ RANKL/OPG И АРТЕРИАЛЬНУЮ ЖЕСТКОСТЬ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ**

*Князева Л.А.<sup>1</sup>, Саидов Ё.У.<sup>2</sup>, Махмудов Х.Р.<sup>2</sup>, Князева Л.И.<sup>1</sup>,  
Мецгерина Н.С.<sup>1</sup>, Степченко М.А.<sup>1</sup>, Хардикова Е.М.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Кафедра внутренних болезней №1, Курский государственный медицинский университет, Российская Федерация

<sup>2</sup>Кафедра пропедевтики внутренних болезней, ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Республика Таджикистан

**Актуальность.** Ревматоидный артрит (РА) является хроническим воспалительным заболеванием, характеризующимся системным воспалением, приводящим к формированию костных эрозий с прогрессированием функциональной недостаточности суставов, развитием вторичного остеопороза. Социальные потери и экономические затраты при РА значительно возрастают при присоединении коморбидной кардиоваскулярной патологии, которая обусловлена акселерированным атеросклеротическим поражением артериального русла у данной категории больных и способствует усугублению негативного влияния на качество жизни и прогноз. Сложившаяся ситуация определяет актуальность исследований по изучению механизмов формирования сердечно-сосудистой патологии при РА. Одним из наиболее обсуждаемых аспектов этой проблемы является рассмотрение возможного взаимодействия нарушений костного метаболизма и сосудистой стенки, механизмы участия системы RANK/RANKL/OPG в атерогенезе и повышении КВР при РА [1,3-5]. Также представляет интерес оценка влияния биологических болезнь-модифицирующих антиревматических препаратов (ББМАРП), в частности ингибиторов фактора некроза опухоли- $\alpha$  (ФНО- $\alpha$ ), на процессы развития и прогрессирования субклинического поражения артериального русла при РА. Следует отметить, что до настоящего времени голимумаб остается одним из наименее изученных препаратов этой группы с позиций влияния на систему RANK/RANKL/OPG и жесткость сосудистой стенки. Поэтому выполнение данной работы позволит наиболее полно охарактеризовать терапевтический потенциал препарата, разработать дифференцированный подход в стратегии контроля КВР у больных РА, влиять на прогноз.

**Цель исследования:** оценить влияние голимумаба на систему трансмембранных молекул RANKL/OPG и артериальную ригидность у больных РА.

**Материал и методы исследования.** В исследовании приняло участие 36 больных с РФ/АЦПП-серонегативным (ревматоидный фактор/антитела к циклическому цитруллинированному пептиду) вариантом РА без кардиоваскулярной патологии. **Критерии исключения:** низкая активность РА (индекс DAS28 менее 3,2 баллов), наличие любой коморбидной патологии (АГ, ИБС, застойная сердечная недостаточность, СД), инфекционных процессов любой локализации, гепатита В или С, онкологические заболевания в течение ближайших 5 лет, демиелинизирующие заболевания центральной нервной системы, патологии почек (уровень креатинина выше 133 мкмоль/л) и печени (уровень АСТ, АЛТ, билирубина в 3 и более раза превышающие нормальные значения), проведение внутрисуставных инъекции ГК менее чем за 4 недели до рандомизации, прием преднизолона или его эквивалентов внутрь в дозе более 20 мг/сут., вакцинация живыми вакцинами менее чем за 4 нед. до начала лечения, аллергические реакции на белковые препараты в анамнезе. Все больные РА, включенные в исследование, с учетом длительности заболевания были разделены на 2 группы: 1-я группа – больные с длительностью заболевания менее 2-х лет (n=16); 2-я группа – больные с длительностью РА более 2-х лет (n=20). Обе группы были сопоставимы по всем клинико-лабораторным характеристикам ( $p > 0,05$ ) и были «наивными» по терапии ГИБП. У всех пациентов имела место неэффективность предшествовавшей терапии стандартными БМАРП (метотрексат – 61,1% (n=22), сульфасалазин – 5,5% (n=2), лефлуномид – 33,4% (n=12)) на фоне приема нестероидных противовоспалительных препаратов – 55,5% (n=20) и глюкокортикоидов (ГК) – 36,1% (n=13). Среди всех пациентов, включенных в исследование, у 13 (36,1%) больных имел место отягощенный по ССЗ семейный анамнез, при оценке по модифицированной шкале SCORE, адаптированной для больных РА, в соответствии с рекомендациями EULAR и Клиническими рекомендациями по снижению риска ССО у пациентов с хроническими воспалительными артритами определен умеренный (n=23) или низкий (n=13) суммарный КБП (<http://rheumatolog.ru/system/files/pdf/nacrec/natrec20.pdf>).

В группу контроля вошли 26 практически здоровых лиц, которые были сопоставимы по полу и возрасту с больными РА (средний возраст составил 38,8 [31,6;46,7] лет (из них 19 (73%) женщин и 7 (27%) мужчин)).

Содержание трансмембранных белков: остеопротегерина (OPG) и sRANKL в сыворотке крови оценивали методом иммуноферментного анализа («Bender Med Systems» и «Biomedica», Австрия).

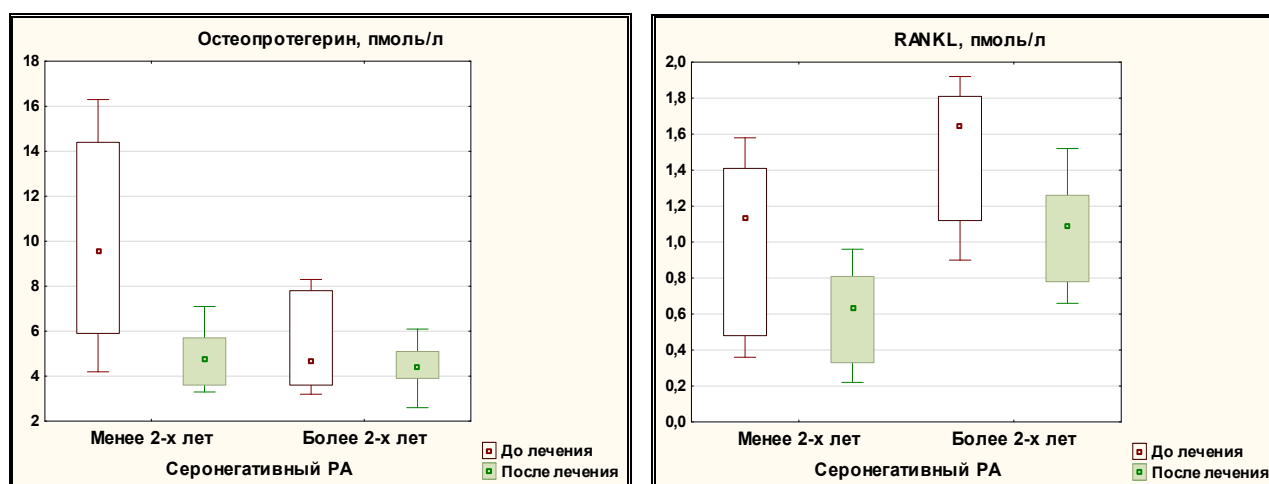
Всем больным была выполнена двуэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (DEXA) на аппарате CHALLENGER Optima Series (производитель «DMS», Франция; Ver: 1.7.6) с оценкой минеральной плотности костной ткани (МПКТ) (BMD) и T-критерия в проксимальном отделе бедра.

Исследование региональной артериальной жесткости включало оценку контурного анализа пульсовой волны на аппарате «АнгиоСкан-01» (ООО «АнгиоСкан-Электроникс», Россия) в соответствии с требованиями по подготовке испытуемого и процедуре проведения тестов [2].

Оценка эффективности терапии проводилась по критериям EULAR, основанные на динамике индекса DAS28. Оценку структурно-функциональных параметров артериального русла у больных РА проводили дважды: до лечения и после 52 недель терапии голимумабом в дозе 50 мг подкожно 1 раз в 4 недели в один и тот же день.

Статистическая обработка цифровых данных произведена с применением стандартного пакета прикладных программ Microsoft Excel и STATISTICA Base for Windows версия 6,0 (StatSoft) и включала методы как параметрического, так и непараметрического анализа.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Результаты исследования показали, что после 52 недель терапии уровень OPG в сыворотке крови больных 1-й группы снизился в 2,1 раза ( $p < 0,001$ ) при этом оставался выше контрольного (2,3 [2,0;4,2] пмоль/л) в среднем на 39,1% ( $p < 0,01$ ) (рис. 1). Статистически значимого изменения сывороточного содержания OPG во 2-й группе больных после проведенного лечения не отмечалось. Концентрация RANKL в сыворотке крови больных 1-й группы уменьшилась в 1,7 раза ( $p < 0,01$ ), но оставалась в 4 раза выше контрольной (0,18 [0,06;0,26] пмоль/л) ( $p < 0,001$ ), во 2-й группе отмечено снижение уровня RANKL после лечения в сравнении с исходным на 32,2% ( $p < 0,01$ ).



**Рис. 1.** Концентрация OPG и sRANKL в сыворотке крови больных РА на фоне терапии голимумабом.

Изменение параметров контурного анализа пульсовой волны у больных РА 1-й группы после терапии голимумабом характеризовалось снижением индексов  $Alp$ ,  $SI$ ,  $RI$  в среднем на 38,1% ( $p < 0,01$ ), 13,2% ( $p < 0,01$ ), 15,4% ( $p < 0,01$ ) соответственно, достигнутая их величина статистически значимо не отличалась от показателей контрольной группы.

ной группы (-12,1 [6,8;-18,6], 6,7 [5,9;8,2], 25,6 [20,8;36,9] соответственно). У больных 2-й группы после лечения голимумабом было выявлено уменьшение индексов Alр, SI, RI в среднем в 1,8 раза ( $p<0,01$ ), в 1,2 раза ( $p<0,01$ ) и в 1,6 раза ( $p<0,01$ ) соответственно, при этом значений контроля данные показатели не достигали ( $p<0,05$  для всех).

**Выводы.** Голимумаб, наряду с противовоспалительным действием, обладает антирезорбтивным (купирование дисбаланса системе трансмембранных молекул RANK/RANKL/OPG) и вазопротективным эффектами на крупные сосуды эластического типа (снижение индексов аугментации и жесткости) и на мелкие артерии мышечного типа (снижение индекса отражения). Достигнутое уменьшение признаков субклинического поражения артериального русла под влиянием терапии голимумабом, потенциально связано со снижением КВР на фоне контроля хронического воспаления при РА, что открывает перспективы для профилактики ССЗ, улучшения прогноза и качества жизни данной категории больных.

#### Список литературы

1. Долженко, А.Т. Клеточно-молекулярные механизмы развития остеопороза: современные концепции и будущее направление терапии / А.Т. Долженко, С. Сагаловски // Современная ревматология. – 2016. – №10(2). – С. 56-63. DOI:[10.14412/1996-7012-2016-2-56-63](https://doi.org/10.14412/1996-7012-2016-2-56-63)
2. Парфёнов, А.С. Экспресс диагностика сердечно-сосудистых заболеваний / А.С. Парфёнов // Мир измерений. – 2008. – №6. – С. 74-82.
3. Bone mineral density and cardiovascular risk factors in postmenopausal women with coronary artery disease / E.M. Alissa [et al.] // *Bonekey Rep.* – 2015. – Vol. 11, № 4. – P. 758.
4. Decreased Bone Mineral Density Is an Independent Predictor for the Development of Atherosclerosis: A Systematic Review and Meta-Analysis / C. Ye [et al.] // *PLoS One.* – 2016. – Vol. 5, №1. – P. e0154740. DOI: [10.1371/journal.pone.0154740](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0154740). eCollection 2016.
5. The RANKL/RANK/OPG signaling pathway mediates medial arterial calcification in diabetic Charcot neuroarthropathy / A. Ndiip [et al.] // *Diabetes*. – 2011. – Vol. 60, № 8. – P. 2187-96. DOI: [10.2337/db10-1220](https://doi.org/10.2337/db10-1220). Epub 2011 Jun 9.

**МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ТОНКОЙ КИШКИ ПРИ АТИПИЧНОЙ ФОРМЕ ЦЕЛИАКИИ У ДЕТЕЙ УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ**

*Абдужабарова З.М.*

Кафедра педиатрии Ташкентского института усовершенствования врачей. Узбекистан

**Актуальность.** Повышение интереса к изучению целиакии обусловлено неуклонным ростом заболеваемости с серьезными последствиями для формирования детского организма, снижением трудоспособности и ухудшением показателей продолжительности и качества жизни.

В диагностике заболеваний тонкой кишки решающее значение имеет гистологическое исследование. При подозрении на Ц обязательно следует провести эндоскопическое исследование двенадцатиперстной кишки и желательной тощей кишки со взятием биоптата слизистой оболочки с последующим гистологическим исследованием [1,2,3]. Диагноз Ц и стадия глютеновой энтеропатии устанавливаются в соответствии с классификацией М.Marsh (1995) [4,5]. Несмотря на то, что гиперрегенераторная атрофия различной степени выраженности, значительная инфильтрация стромы и многочисленные межэпителиальные лимфоциты (МЭЛ) свидетельствуют о наличии Ц, после проведения светооптического исследования в патологоанатомическом заключении все же правильнее говорить о «хроническом (атрофическом) дуодените (или еуните)» [5].

Среди нерешенных проблем целиакии до настоящего времени в числе приоритетных остается идентификация морфологического статуса, определение фенотипических особенности детей с целиакией.

**Целью исследования.** Изучить морфологические особенности атипичных форм целиакии у детей в узбекской популяции.

**Материалы и методы исследования.** Гисто-морфологическое исследование биоптатов было проведено на базе ТМА на кафедре патологической анатомии (зав. каф. проф. Исраилов Р.И.). Проведен клинико – морфологический анализ данных, полученных при обследовании 56 детей с целиакией. Выполнены статистическая обработка и сравнение показателей морфологического и морфометрического исследований прицельных биоптатов СО дистальных отделов ДПК с показателями контрольной группы. Рубрикация морфологических изменений в СОДПК проводилась по М. Marsh.

Диагноз заболевания верифицировался на основании критериев Европейской Ассоциации детских гастроэнтерологов (1999). Проведено морфологическое и морфометрическое исследование биоптатов слизистой оболочки тонкой кишки у 56 больных детей с целиакией в возрасте от 6 до 15 лет в стадии клинико-лабораторной ремиссии. Классическое течение заболевания имели 40 (71,4%), атипичное - 16 (28,6%). По соблюдению аглютеновой диеты детей распределили на 3 группы. В первую группу были включены дети, строго соблюдающие диету; во 2 группу - изредка нарушающие; в 3 группу – дети, не соблюдающие диету.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Результаты морфологического и морфометрического исследования СОТК при атипичной форме Ц у детей 1-ой группы показали, что в отличие от типичной формы, дистрофические, дисрегенераторные и атрофические изменения были менее выражены. Толщина СОТК была в пределах нормы (табл.1).

В СОТК при 1-ой группы ворсинки были значительно утолщены за счет выраженной лимфо-гистиоцитарной инфильтрации собственной соединительно-тканной оболочки. В апикальной части ворсин покровный эпителий атрофирован, местами - десквамирован. Боковые поверхности ворсин искривлены и увеличен размер энтероцитов, среди которых снизилось количество бокаловидных клеток. Собственная соединительно-тканная оболочка ворсин представлена в основном клетками лимфо-гистиоцитарной инфильтрации, гиперплазированными гладкомышечными клетками и расширенными лимфатическими сосудами. В 1-ой группе, из-за меньшей выраженности дистрофических, дисрегенераторных и атрофических нарушений СОТК, большинство детей отнесено к I стадии по Marsh (табл.2).

Таблица 1

Морфометрические показатели СОТК при атипичной форме целиакии

Показатель	Контроль	1 группа	2 группа	3 группа
		n=9	n=4	n=3
Толщина СО, мкм	764,8±21,5	725,2±19,5	604,5±12,5*	548±12,6**
Длина ворсинки, мкм	486,3±16,3	465,2±12,3	304,6±7,3*	266,5±5,2**
Ширина ворсинки, мкм	92,5±5,6	92,4±3,6	105,5±4,2*	126,2±8,3**
Глубина крипт, мкм	146,2±8,5	148,6±7,5	172,4±8,6*	242,4±9,3**
В/К	+3,3	+3,1	+1,7	+1,1
ДВ/ШВ	5,3	5,0	2,9	2,1
Кол-во энтер-в в продоль. ворсинки,шт.	124,6±6,3	129,3±8,3	98,6±4,3*	86,3±3,2**
Кол-во энтер-в в продоль.срезе крипт,	62,5±4,8	66,3±4,2	82,5±4,8*	112,4±6,1**
Кол-во бокаловидных клеток в ворсинке, шт.	54,6±4,2	48,4±2,5	37,8±1,6*	26,8±1,4**
Кол-во бокаловидных клеток в крипте, шт.	28,7±2,6	31,4±2,4	28,6±1,8*	21,4±1,7**
Кол-во межэпит. лимфоцитов, %	3,2±0,4	6,8±1,2	13,5±1,7*	18,3±3,2**

Примечание: достоверное отличие от контроля: \* - p<0,05, \*\* <0,01)



Морфологические показатели СО при атипичной форме целиакии, чел. (%)

	1 группа n=9	2 группа n=4	3 группа n=3
I -Marsh инфильтративная	5 (55,6)	- (-)	- (-)
II -Marsh гиперпластическая	2 (22,2)	- (-)	- (-)
III -Marsh деструктивная	2 (22,2)	4 (100)**	- (-)
IV-Marsh гипопластическая	- (-)	- (-)	3 (100)

Примечание: достоверное отличие от показателя 1-ой группы: \* -  $p < 0,05$ , \*\* -  $p < 0,001$ .

Во второй группе при атипичной форме заболевания ворсинки СОТК были еще больше утолщены, в собственной оболочке нарастала лимфо-гистиоцитарная инфильтрация. В апикальной части отмечалась атрофия и десквамация покровного эпителия. Боковые поверхности ворсин прижаты друг к другу и покрыты набухшими энтероцитами, цитоплазма которых из-за увеличения слизи - вакуолизированная и набухшая. Ядерные структуры отодвинуты в середину клетки и находятся в состоянии кариолизиса и кариопикноза. Выявлены значительное углубление и расширение дна крипт с повышенным содержанием ШИК- положительного вещества в бокаловидных клетках. Во 2-ой группе в СОТК детей отмечалось выраженное утолщение ворсинок за счет нарастания лимфо-гистиоцитарной инфильтрации, отека и коллагенизации собственной соединительнотканной оболочки. Поэтому у всех детей была диагностирована во всех случаях III стадия по Marsh.

В третьей группе при атипичной форме заболевания при полном несоблюдении диеты отмечалось истончение СОТК в 1,4 раза от нормы, укорочение в 2 раза длины ворсин и во столько же раз увеличение их ширины. Следует отметить, что коэффициент В/К при типичной форме изменяется в пользу крипт, а при атипичной форме он снижается в 3 раза от нормы. Мы установили, что при отсутствии аглютенной диеты количество энтероцитов в одном продольном срезе ворсин уменьшается в 1,5, а бокаловидных клеток – в 2 раза. Со стороны крипт морфологические и морфометрические изменения были аналогичными при типичной форме.

В СОТК 3-ей группы ворсинки деформированы, имеют различную форму и величину, покрыты толстой слизистой массой. Покровный эпителий за счет выраженной пролиферативной активности местами формирует очаги западения и сосочковидные выросты. Энтероциты - цилиндрической формы, их ядро так же удлинено и расположено в базальной части также имеют удлинённую форму. В базальной части покровного эпителия и в собственной соединительно-тканной строме выявляется большое количество МЭЛ, некоторые из них с энтероцитами формируют симбиоз. Отмечено значительное углубление и расширение дна крипта. Энтероциты крипт - набухшие и отекающие, из-за этого просвет крипт сужен. Среди энтероцитов крипт определяется умеренное количество бокаловидных клеток с низким содержанием ШИК-положительного вещества.

В третьей группе атипичной формы заболевания морфологические и морфометрические изменения СОТК были более выраженными и в основном проявились атрофическими изменениями, по этому во всех случаях был установлен IV стадия Marsh (табл 2).

**Таким образом,** результаты морфологического и морфометрического исследования СОТК при атипичной форме Ц показали, что, в отличие от типичной формы, в эпителиальном компоненте ворсин и крипт, дистрофические, дисрегенераторные и атрофические изменения были более выраженными. Преобладание в собственной соединительно-тканной оболочке СОТК пролиферативного инфильтрата лимфо-гистиоцитарными клетками сопровождалось значительным утолщением ворсин и подслизистого слоя. В отличие от типичной формы заболевания, при атипичной форме поверхность СОТК всегда была покрыта толстым слоем слизи, которая может быть патогенным фактором нарушения всасывания продуктов и развития заболевания.

#### Список литературы

1. Бельмер, С.В. Целиакия: исходы и новые подходы к диагностике / С.В. Бельмер, Т.В. Гасилина // Лечащий врач. – 2013. - №8. - С. 56-59.
2. Вохмянина, Н.В. Лабораторная диагностика целиакии: принципы и алгоритмы: дис. ... докт. мед. наук / Н.В. Вохмянина. - СПб., 2016. - 41 с.
3. Рабочий протокол диагностики и лечения целиакии у детей // Вопр. детской диетологии. - 2015. - № 6. - С.67-76.
4. Морфометрические показатели тонкой кишки у детей с целиакией в катамнезе / Н.А. Аверкина [и др.] //Материалы XIII Конгресса детских гастроэнтерологов России «Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей». – Москва, 2016. – С. 289 – 290.

### ПОРАЖЕНИЕ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРИ СТАФИЛОКОККОВОМ СЕПСИСЕ

*Абдуллаева Н.А., Кадирова М.Р.*

Кафедра пропедевтики детских болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Распространенность стафилококковой инфекции у детей первого года жизни является очень высокой, наряду с инфекционными заболеваниями другой этиологии. В результате широкого применения антибиотиков во всех областях медицины часто бесконтрольное и не обоснованное использование их привело к появлению и распространению устойчивости микроорганизмов, особенно стафилококков. Госпитальные штаммы стафилококков стали бичом детских и хирургических отделений, участилось носительство патогенного стафилококка. Стафилококковый сепсис имеет различные формы и варианты течения с полиморфизмом клинических симптомов.

Одним из проявлений сепсиса, нередко ухудшающих прогноз заболевания, является поражение почек. Частому вовлечению в патологический процесс почек у детей раннего возраста способствует целый ряд моментов, то есть незрелость нефронов, слабость и дисфункция мышечных структур лоханок и мочеточников, задержка созревания ферментных систем канальцев проявляется в значительном сниженной клубочковой фильтрации и уменьшении концентрационной способности почек. Следовательно, пиелонефрит у детей раннего грудного возраста часто бывает вторичным, может протекать как тяжелое общее гнойно - воспалительное заболевание, имея в своей основе три главные причины: пороки развития выделительной системы, дисфункции созревания и диспропорции роста.

**Цель работы:** изучение характера и частоты поражения почек у больных со стафилококковым сепсисом.

**Материал и методы исследования.** Проведен ретроспективный анализ 30 историй болезней с поражением мочевыделительной системы протекающее при стафилококковом сепсисе у детей раннего возраста прошедших за истекший год в оздоровительном комплексе “ Истиклол “. Диагноз основывался на основании анамнеза заболевания и на комплексе клиничко-лабораторных данных, динамика которых под влиянием проводимой терапии служила оценочным критерием эффективности лечения. Принимались во внимание: детальный акушерский анамнез, клинические показатели (характер температурной кривой), общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови, анализ мочи по Нечипоренко, УЗИ мочевыделительной системы, и на результатах бактериологических изменений, учитывая иммунологические особенности и состояния реактивности организма ребенка

**Результаты исследования и их обсуждение.** Под нашим наблюдением находились 30 детей в возрасте от 1 месяца до 2 лет со стафилококковым сепсисом. У 18 из них были выявлены изменения в моче. В этой группе в зависимости от возраста больные распределялись следующим образом: от 1 месяца до 6 месяца — 18 детей, от 6 мес. до 1 года—10, от 1 года до 2 лет — 2 . Из них мальчиков было 13, девочек — 17.

В анамнезе у 2-х отмечалась недоношенность, 22 детей были с проявлениями перинатальной энцефалопатии. Двое детей родились в состоянии гипотрофии I степени. Воспалительные заболевания в период беременности перенесли 20 матерей (фурункулез, холецистит, хронический аднексит, хронический тонзиллит, ангина, ОРВИ). У 12-и женщин был пиелонефрит, у 3 — нефропатия беременных. С ранним токсикозом беременности — 14 матери, патологические роды отмечались у 1. На искусственном вскармливании находились 13 детей, на смешанном —9. Проявления аллергического диатеза обнаружены у 10 детей. Гипотрофию I степени к моменту поступления имели 14 детей, гипотрофию II степени—10, II —III степени — 6. С рахитом I — II степени было 24 детей.

Впервые заболели и поступили на лечение по поводу стафилококковой инфекции 8 детей впервые 2 месяца жизни , 10 — после 2-х месяцев, остальные поступили повторно с обострением сепсиса в разном возрасте.

Входными воротами инфекций у 10 был омфалит, у 14—энтероколит, у 2 — стафилодермия кожа, у 4 — заболевания легких. У 13 детей были обнаружена патология мочевыделительной системы.

Диагноз сепсис был выставлен на основании анамнеза, клинических проявлений болезней и лабораторных данных. Клинические наблюдения показали, что дети раннего возраста сравнительно чаще болеют сепсисом, он протекает у них тяжело и своеобразно. Немаловажно, определяющим тяжесть течения сепсиса, являются иммунологические особенности и состояние реактивности организма ребенка. *Постоянными признаками сепсиса являлись: повышение температуры от субфебрильных до фебрильных цифр отмечалось у 25 больных. Вялость* детей с отсутствием или снижением рефлексов **сосания и глотания**, снижение аппетита, умеренные срыгивания и **рвота**, потеря в весе, нарастание токсикоза, **увеличение признаков анемии**.

Бактериологическое исследование крови дало высеивание золотистого стафилококка у 15 больного, эпидермального—у 10, у 3 больных *Klebsiella* и у 2 – *E. coli*. Однако отрицательные результаты бак посевов не исключали диагноз сепсиса при наличии характерного анамнеза и клиники заболевания. Отрицательный результат гемо культуры объяснялась проводимой ранее антибактериальной терапией, трудностью взятия большого количества крови для посева у детей или в связи с наличием гиперкоагуляции при выраженном токсикозе. Все это уменьшает вероятность выделения микрофлоры из крови.

Гематологические показатели у детей с тяжелым течением сепсиса характеризовались лейкоцитозом или лейкопенией, нейтрофилизом со сдвигом влево, уменьшением эозинофилов, анемией, ускоренной СОЭ.

По характеру изменений в моче больные были разделены на две группы. В первую группу вошло 22 больных с различными формами сепсиса, изменения мочи у которых характеризовались протеинурией (от следов до 0,066%), лейкоцитурией до 10—15, эритроцитурией — 1—3, цилиндроурией—1 — 2 в поле зрения. У 8-х больных, при наличии белка в общем анализе мочи, изменения обнаруживались только в пробе Нечипоренко (лейкоциты до 3— 6 тысяч, эритроциты 1,5 — 2 тысячи). Посев мочи, проведенный у 3 больных, дал отрицательный результат в 3 случаях, был высеян эпидермальный стафилококк, в 2-х — кишечная палочка. Бактериурия была в пределах допустимой нормы. Указанные изменения в показателях мочи держались непродолжительное время, соответствовали выраженным проявлениям токсикоза и были расценены как мочевого синдром за счет «токсической» почки. Вторую группу из 8 детей (5 мальчиков и 3 девочек) составили больные, у которых в общем анализе мочи протеинурия была от следов до 0,165%, лейкоцитурия от 10 до 60, эритроцитурия от 0— 1 до 40 в поле зрения, отмечалась цилиндрурия. Бактериологическое обследование показало обильное обсеменение стафилококком от 100 тысяч микробных тел в 1 мл и выше. У 2-х больных была высеяна кишечная палочка. Исследование функционального состояния почек (11 больных) не выявило повышения остаточного азота ни у одного больного. Изменения в моче держались продолжительное время, периодически уменьшаясь или увеличиваясь. Обнаруженные при сепсисе такого характера поражения почек рассматривались как проявления пиелонефрита в результате метастазирования из первичного очага инфекции.

У троих детей раннего возраста с обследованием на сепсис, в динамике наблюдения окончательно выставлен диагноз пиелонефрит с подозрением на аномалию мочевыделительной системы. В анамнезе у 2 детей мать страдала пиелонефритом. Все дети в последующем были переведены в нефрологическое отделение.

Проводимое лечение стафилококкового сепсиса было комплексным и включало массовую антибактериальную терапию, инфузионную с целью дезинтоксикации и коррекции метаболических нарушений, кортикостероидную, десенсибилизирующую, специфическую иммунотерапию. В позднем периоде септико-дистрофического состояния, и некоторых случаях, с целью стимуляции применяли гемотрансфузию. Для повышения неспецифического иммунитета использовались витамины В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub>, циклофероны, арбидол, бронхомунал, апилак. При дисбактериозе назначали бифидумбактерин, бифиформ бэби, бификол, калибактерии, нистатин. Проводили посиндромную терапию, профилактику и лечение диссеминированного внутрисосудистого свертывания. В питании детей, находящихся на искусственном вскармливании, предпочтение отдавалось кисломолочным смесям.

При сопутствующем сепсису пиелонефрите, при назначении антибактериальной терапии, уделяли внимание выбору препаратов с высокой активностью воздействия на возбудителя заболевания и наименьшей токсичностью. Использовали нитрофурановые производные, фурагин и фурамаг. В виде отваров больные получали зверобой, шиповник, шалфей, крапиву, толокнянку. Применение витаминов, биогенных стимуляторов, УФО должно было способствовать созреванию незрелых структур мочевыделительной системы.

С развитием гемолитико-уремического синдрома, крайне отягощающего прогноз заболевания, подключали кортикостероиды в дозе 1 — 1,5 мг на 1 кг веса, вводили гепарин по 150 — 200 ед. на 1 кг веса в сутки под контролем времени свертывания крови. По показаниям назначали ингибиторы фибринолиза (контрикал, эпсилон-аминокапроновая кислота). Инфузионная терапия включала гипертонические растворы глюкозы, реополиглюкин, гемодез. Диета была с ограничением соли, жидкости и белка. Следует отметить, что лечение больных с гемолитико-уремическим синдромом представляет большую трудность, дает высокую летальность и требует проведения лечения в реанимационном отделении. При гемолитико-уремическом синдроме возможно раннее применение гемодиализа независимо от степени уремической интоксикации. Гемодиализ с общей гепаринизацией и переливанием свежегепаринизированной крови позволяет прервать диссеминированное внутрисосудистое свертывание и гемолиз, нормализуя одновременно водноэлектролитный обмен.

**Выводы.** Таким образом, изменения в показателях мочи при стафилококковом сепсисе у детей раннего возраста встречаются довольно часто, могут быть различного происхождения и должны заслуживать пристальное внимание педиатров. Присоединение септического очага в почках отягощает течение основного заболевания и ухудшает его прогноз. Исследование мочи у больных с сепсисом следует проводить многократно, использовать пробу Нечипоренко для выявления скрытой патологии. В случае выявления пиелонефрита, особенно при упорном его течении, следует проводить рентгеноурологическое обследование для возможно раннего обнаружения аномалии развития мочевыделительной системы, поддерживающей воспалительный процесс. При необходимости, для уточнения диагноза, больные должны обследоваться в условиях нефрологического отделения.

#### Список литературы

1. Козловский, А.А. Микробно-воспалительные заболевания мочевыделительной системы у детей / А.А. Козловский, Е.П. Крот. – Гомель: ГомГМУ, 2008. - 33с.
2. Ривкин, А.М. Лечащий врач / А.М. Ривкин. – 2012. - №1. – С.60- 62.
3. Клиника, диагностика и лечение инфекции мочевой системы у детей / З.А. Станкевич [и др.]. - Мн.: Техно-принт, 2012. – 35с.
4. Nuutinen, M. [et al.] Clinical guidelines and hospital discharges of children with acute urinary tract infections / M. Nuutinen // *Pediatr Nephrol.* – 2014. - N13(1). – P.45-49.
5. Reddy, P.P. The management of childhood urinary tract infection / P.P. Reddy, J.F. Redman // *J Ark Med Soc.* – 2015. - N99(5). – P.156-158.

### КОРРЕКЦИЯ ГИПЕРКОАГУЛЯЦИОННОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ С НЕФРОТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ

*Абдурасулов Ф.П., Юлдашев Б.А., Муродова М.Д.*

Кафедра 2-педиатрии Самаркандский Государственный медицинский Институт. Узбекистан

**Актуальность.** Нефротический синдром - своеобразная патология преимущественно у детей раннего и дошкольного возраста, преобладающая в структуре гломерулонефрита (ГН). Клинически характеризуется полным симптомокомплексом чистого нефротического синдрома (НС): отсутствием артериальной гипертензии, гематурии, нарушений функции почек. У детей отличается гормоночувствительностью (нормализация анализов мочи в среднем на 8-11-й день назначения стероидов), рецидивирующим и часто рецидивирующим течением (70-80%) и в большинстве случаев благоприятным прогнозом. Гиперкоагуляционный синдром у больных с НС возникает в результате массивной протеинурии, гипоальбуминемии, гиповолемии, гиперлипидемии и как следствие изменения всех звеньев гемостаза: тромбоцитарного, коагуляционного, фибринолитического изменения в плазме, концентрация многих протеинов, включенных в регуляцию коагуляционной и фибринолитической системы, гемоконцентрацией и повышением вязкости крови. А также относительная иммобилизация (постельным режим), кортикостероидная терапия и прием диуретиков также способствует к повышению внутрисосудистого свертывания. При активации сосудистого тромбоцитарного гемостаза растёт содержание продуктов перекисного окисления липидов и падает антиоксидантная активность. В свою очередь, продукты перекисидации модифицируют структуру мембраны, что сказывается на интенсивности реакции высвобождения и выхода в кровоток коагулянтно активных тромбоцитарных факторов свертывания. В связи с этим в лечении гломерулонефрита наряду с антикоагулянтами стали широко применять антиоксиданты. Антиоксиданты блокируют развитие свободно радикальных процессов, стабилизируют структурно – функциональные свойства мембран, уменьшая их прокоагулянтную активность.

**Целью исследования** явилось изучения антикоагулянтной активности антиоксидантной терапии у больных хроническим гломерулонефритом нефротическим синдромом.

**Материалы и методы исследования:** оценка состояния гемостаза проводилась с помощью следующих тестов: 1. Определение времени свертывания по J.White. 2. Время рекальцификации крови по Bergerhof L. Roka. 3. Толерантность плазмы к гепарину по Poller L. 4. Протромбиновой активности крови по Н. Туголукову. 5. Потребление протромбина по F. Koller. 6. Концентрация фибриногена по Рутбергу Р.А. 7. Определение концентрации малонового диальдегида (МД) по И.Ю. Стальной. 8. Определение содержания фосфолипидов проводилось методом тонкослойной хроматографии на силикагеле. Для сравнения лечебного эффекта по влиянию гепарина и витамина Е на структурно – функциональное состояние мембраны были проанализированы группы больных хроническим ГН в возрасте от 3-х до 15 лет и 30 здоровых детей, 25 мальчиков и 16 девочек (ХНГ) нефротической формой (41), в стадии обострения I группа получала на фоне базисной терапии гепарин, 2 группа гепарин с антиоксидантом.

**Результаты исследования и их обсуждение.** У больных ГН до начала лечения показатель фибриногена превышал норму в 4 раза на фоне высокой активности ПОЛ, уровня лизофосфотидилхолин (ЛФ). У больных ХНГ нефротической формой установлены положительные результаты ЛФ.  $ФЭ=0,822$ ;  $P<0,01$ ; ЛФ с ФС  $\chi=0,799$ ;  $P<0,01$ : что свидетельствует о функциональной активности мембран на фоне гиперкоагуляции в период обострения ГН. Лечение гепарином проводилось в течение 3 недель, доза подбиралась индивидуально. Начальную дозу гепарина (150-200ЕД/кг) в течение 7-10 дней увеличивали до терапевтической, у 10 больных из 25-300-500ЕД/кг. Контролем служило увеличение времени свертываемости крови в 1,5-2 раза по сравнению с исходной величиной, т.е. исследованной до первой инъекции препарата. После 2-х недельной терапии гепарином в первой группе больных показатели фибриногена уменьшились до  $12,2\pm0,5$  мг, по 0,01, содержание протромбинного индекса снизилось до  $71,4\pm1,05\%$ ; увеличились показатели времени толерантности плазмы к гепарину до  $894\pm24$  сек,  $P<0,01$ , и времени рекальцификации плазмы до  $124,8\pm0,6$  сек,  $P<0,01$ . (таб1).

**Таблица 1. - Спектральная динамика липидного слоя мембран эритроцитов в результате лечения гепарином и токоферолом у больных ХНГ нефротической формой**

Показатели	Здоровые дети n=30	Гепарином n=24		Гепарином и витамином Е n=41	
		До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Лизофосфатидилхолин ммоль/л	0,2 ±0,01	0,36±0,04 P <sub>1</sub> >0,05	0,38±0,04 P <sub>2</sub> >0,05	0,42±0,02 P <sub>1</sub> <0,01	0,26±0,04 P <sub>2</sub> >0,05
Фосфотидилсерин ммоль/л	0,22±0,01	0,37±0,06 P <sub>1</sub> >0,05	0,29±0,03 P <sub>2</sub> >0,05	0,25±0,01 P <sub>1</sub> <0,01	0,4±0,04 P <sub>2</sub> >0,01
Сфингомиелин ммоль/л	0,28±0,02	0,28±0,03 P <sub>1</sub> >0,05	0,26±0,02 P <sub>2</sub> >0,05	0,26±0,01 P <sub>1</sub> <0,05	0,35±0,04 P <sub>2</sub> >0,05
Фосфотидилхолин ммоль/л	0,23±0,01 /	0,32±0,04 P <sub>1</sub> >0,05	0,35±0,07 P <sub>2</sub> >0,05	0,32±0,06 P <sub>1</sub> <0,05	0,32±0,06 P <sub>2</sub> >0,05
Фосфотидилэтаноламин ммоль/л	0,23±0,01	0,36±0,04 P <sub>1</sub> >0,05	0,42±0,04 P <sub>2</sub> >0,05	0,26±0,03 P <sub>1</sub> <0,01	0,46±0,05 P <sub>2</sub> >0,01
Малоновый диальдегид н/ммоль/мг липидов	5,8±0,32	10,6±0,04 P <sub>1</sub> >0,001	7,16±0,21 P <sub>2</sub> >0,05	9,39±0,6 P <sub>1</sub> <0,001	5,34±0,36 P <sub>2</sub> >0,05
Фибриноген, мг	13,3±0,29	55,2±2,07 P <sub>1</sub> >0,01	13,2±1,5 P <sub>2</sub> >0,01	43,7±2,27 P <sub>1</sub> >0,01	11,43±0,32 P <sub>2</sub> >0,01
Протромбиновый индекс, %	89,7±0,8	93,2±1,43 P <sub>1</sub> >0,01	65,9±0,9 P <sub>2</sub> >0,01	116,3±2,2 P <sub>1</sub> >0,01	66,7±0,85 P <sub>2</sub> >0,01
Толерантность плазмы к гепарину, сек	11,95±0,19	2,4±0,18 P <sub>1</sub> >0,01	5,4±0,14 P <sub>2</sub> >0,01	4,59±0,9 P <sub>1</sub> >0,01	16,2±0,5 P <sub>2</sub> >0,01
Время рекальцификации плазмы, сек	1,89±0,02	1,2±0,03 P <sub>1</sub> >0,01	1,9±0,02 P <sub>2</sub> >0,01	1,38±0,03 P <sub>1</sub> >0,01	2,23±0,04 P <sub>2</sub> >0,01

P<sub>1</sub> - достоверность различий в показателях до и после лечения. P<sub>2</sub> - различия в показателях больных после лечения со здоровыми

На фоне достигнутой нормализации гемостаза в результате лечения гепарином у больных данной группы сохранилась активность ПОЛ, МДА оставалось увеличенным у больных ОГН с нефротический синдромом в сравнении с показателем контрольной группы  $5,8\pm0,3$  ммоль/мг липидов,  $P<0,01$ . Сохранялись также липиды мембран фосфолипидов после лечения гепарином: показатель ЛФ увеличился до  $0,38\pm0,04$ , при нефротической форме ХНГ до  $0,29\pm0,05$  ммоль/л. Параллельно увеличению ЛФ, уменьшилось содержание ФС до  $0,29\pm0,03$  ммоль/л ( $P<0,05$ ) после лечения, а количество СФ и ФХ не изменилось. ФЭ по содержанию в мембране вдвое превысило ( $0,42\pm0,04$  ммоль/л  $P<0,01$ ) норму ( $0,23\pm0,01$  ммоль/л). Такая динамика в структуре фосфолипидов мембран эритроцитов несет патологический характер, свидетельствующий о реакции распада, т.е. на фоне высокой активности ПОЛ и увеличения ЛФ уменьшается содержание фракции ФС и неизменными остаются фракции СФ и Ф. Возможно, такое состояние мембраны является одним из пусковых факторов гиперкоагуляции и требует антирадикальной защиты, что осуществимо при использовании витамина Е [2]. С целью решения вопроса о возможной коррекции антиоксидантной терапии нами была обследована группа больных ХНГ с нефротической формой, которая получила витамин Е в дозе 3мг/кг в сутки в/м на фоне антикоагулянтной терапии гепарином. Терапевтическая доза гепарина подбиралась так же, как и в предыдущей группе под контролем свертываемости крови.

После проведенного лечения гепарином совместно с витамином Е была достигнута нормализация гемостаза: показатели фибриногена уменьшились до  $11,7\pm0,5$  мг, т.е. в 5 раз по сравнению с показателем до лечения ( $P<0,01$ ), протромбинного индекса до  $73,2\pm1,13\%$ , ( $P<0,01$ ) увеличились показатели времени толерантности плазмы к гепарину до  $122,4\pm4,8$  сек, ( $P<0,01$ ) в сравнении с исходными данными. Этому соответствовала нормализация структу-

ры фосфолипидов мембран эритроцитов. Так, содержание ЛФ уменьшилось вдвое ( $0,26 \pm 0,04$  ммоль/л). Содержание легкоокисляющихся ФС ( $0,4 \pm 0,04$  ммоль/л) и ФЭ ( $0,46 \pm 0,05$ ) увеличилось в сравнении с исходными данными у больных ХГН нефротической формой и с нормой ( $0,22 \pm 0,01$  ммоль/л и  $0,23 \pm 0,01$  ммоль/л) соответственно, а ФХ достиг уровня  $0,35 \pm 0,04$  ммоль/л ( $P < 0,05$ ). Использование витамина Е в коррекции с антикоагулянтной терапией привело к снижению активности ПОЛ. Содержание МДА после лечения уменьшилось до  $5,34 \pm 0,36$  ммоль/мг липидов у больных ХГН нефротической формой, ( $P < 0,05$ ). Следовательно, антиоксидантная терапия витамином Е привела к снижению активности ПОЛ, увеличению фракции ФХ, ФЭ, ФС, обеспечивая адаптационно-репаративный процесс в мембране для функциональной активности мембранных процессов, поддерживая определенный липидный состав и структуру мембран [1]. Включение витамина Е существенно изменило тактику антикоагулянтной терапии. На фоне положительной спектральной динамики фосфолипидов мембран эритроцитов была достигнута нормализация коагулограммы раньше на  $10 \pm 2$  дня, чем у больных, леченных только гепарином. Дозировка гепарина не превышала 150ед/кг в сутки. А в группе больных, леченных без витамина Е, для ликвидации гиперкоагуляционного синдрома дозировка гепарина достигла 200-500ед/кг в сутки. Уменьшение дозы гепарина и сроков достижения гипокоагулянтного эффекта обусловлено тем, что токоферол увеличивает фракции ФС, ФХ, СФ, осуществляющие свой эффект воздействием в взаимодействию с ФЕ и ФХ, играющих роль клеточных антикоагулянтов [3].

Таким образом, анализ проведенных исследований терапии гепарином совместно включением витамина Е показал ее преимущество, так как в мембране на фоне снижения интенсивности ПОЛ, уменьшения содержания МДА в ремиссии достоверно увеличились показатели фракции ФЭ, ФС, СФ, что свидетельствовало о регенерации структуры мембраны фоне снижения ЛФ -токсичной фракции мембраны.

**Выводы.** В патогенезе гиперкоагуляционного синдрома при обострениях нефротической формы ХГН существенную роль играет дефицит антиоксидантной системы и связанная с ней стимуляция перекисного окисления липидов эритроцитарных мембран. Комплексное лечение гиперкоагуляционного синдрома в стадии обострения нефротической формы ХГН с применением гепарина и витамина Е позволяет достичь почти двухкратного снижения дозы гепарина, что важно для профилактики нежелательных эффектов последнего. Включение витамина Е в комплексную терапию гломерулонефрита способствует нормализации перекисного окисления липидов, стабилизации фосфолипидного спектра мембраны эритроцитов. Антиоксидантный эффект с включением токоферола сокращает сроки применения и дозы гепарина.

#### Список литературы

1. Многоэтапная комплексная скрининг программа в диагностике и профилактике дисметаболических нефропатий у детей / Ф.П. Абдурасулов [и др.] // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. - 2017. - С.75-77.
2. Мовчан, Е.А. Дисфункция эндотелия и тромбоцитов при хронической болезни почек: новый взгляд на старую проблему нарушений в системе гемостаза у больных гломерулонефритом / Е.А. Мовчан // Бюллетень сибирской медицины. – 2008. – №2. - С88.
3. Муравлева, Л.Е. Гемостаз при хронической болезни почек» / Л.Е. Муравлева, В.Б. Молотов-Лучанский, Д.А. Ключев // Современные проблемы науки и образования. – 2010. - №4. – С.36-42.

### АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИСТАЛЬНЫХ ФОРМ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ

*Азизов А.А., Займуудинов Б.М., Сохибов А.А.*

Кафедра детской хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, ГУ НМИЦ «Шифобахш». Таджикистан

**Актуальность.** В мировой литературе в последние десятилетия достигнуты заметные успехи в лечении гипоспадии. Несмотря на определенные успехи оперативного лечения гипоспадии процент ближайших послеоперационных осложнений варьирует от 10 до 80%, а в отдалённом периоде неудовлетворительный результат составляет более 25% [1-4].

Наиболее непростым является формирование широкого участка искусственной уретры в ткани головки, которая не имеет запаса пластического материала, ткань ее малоподвижна и не растяжима в отличие от кожи полового члена и крайней плоти. Поэтому частота расхождения швов на головке, образование свищей и стенозов уретры достигает у некоторых авторов 20-30% [3].

Для коррекции дистальных форм гипоспадии существует множество способов оперативного вмешательства, среди которых: метод увеличения размера головки за счет продольного рассечения уретральной площадки (ТИР), модификация данного метода с имплантацией свободного лоскута слизистой щеки или лоскута препуции в зону рассеченной уретральной площадки, методика перевернутого кровоснабжаемого кожного лоскута ствола полового члена.

В настоящее время наиболее распространенной операцией у пациентов с дистальной и среднестволовой формами гипоспадии является операция Снодграсса. Тем не менее, по данным литературы, частота осложнений при выполнении первичной операции Снодграсса очень различна и составляет от 6% - 20%, тогда как при повторных вмешательствах частота возрастает от 15% до 64% [3,4].

В связи с этим, особую актуальность приобретает выбор оптимальных методов хирургического лечения детей с гипоспадией, а также индивидуальных подходов к каждому пациенту.

**Цель исследования.** Улучшение результатов хирургического лечения дистальных форм гипоспадии путем выбора оптимальных методов её коррекции.

**Материал и методы исследования.** За последние пять лет в клинике детской хирургии ТГМУ имени Абуали ибни Сино на обследовании и лечении находилось 200 (100%) детей с различными формами гипоспадии. Из 200 больных у 161 (80,5%) выявлена дистальная форма гипоспадии, из них у 74 (37%) – головчатая форма гипоспадии, у 87 (43,5%) – стволовая головчатая форма, у 25 (12,5%) – мошоночная форма, у 8 (4%) – промежностная форма и у 6 (3%) – гипоспадии типа хорды.

Возраст больных во время госпитализации колебался от 6 мес до 15 лет. В возрасте до 1 года было 10 (5%); от 1 до 4 лет – 45 (22,5%); от 5 до 7 лет – 100 (50%); от 8 до 10 лет – 35 (17,5%); от 11 до 15 лет – 10 (5%) детей. Чаще наблюдались больные в возрасте от 5 до 7 лет (50%).

Диагноз установлен на основании клинического осмотра, анамнеза больного и клинико-лабораторных исследований. При необходимости применяли дополнительные методы исследования, гормональные, ультразвуковые, рентгенологическое (экскреторная урография, цистография), компьютерную томографию и цистоскопию.

Для формирования мочеиспускательного канала до вершины головки полового члена, головка должна иметь большие размеры, округлую или плоскую форму, а также важным является наличие глубокой ладьевидной ямки.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Больные в зависимости от проведенного способа хирургической коррекции распределены на две группы – контрольную и основную. Оперативные вмешательства выполнены больным с дистальными формами гипоспадии, а уретропластика по способу Метью, MEGPI, Снодграсса.

Методика операции по способу Снодграсса в основном заключалась в параллельных разрезах на границе уретральной дорожки, где иссекли парауретральные врожденные спайки, выделили уретру, после чего круговым разрезом по дорсальной поверхности полового члена выделена кожа до его корня продольным рассечением уретры. После деривации мочи восстановили уретру узловыми швами, PDS или викрил 5/0 и 6/0.

Первую (контрольную) группу – 80 (49,6%) больных – независимо от выраженной ладьевидной ямки и размера головки полового члена всем больным первой группы сформировали дистальный отдел уретры и головку полового члена до вершины головки по способу Метью – у 15, MEGPI у 15 и у 50 больным – по Снодграссу.

Вторую (основную) группу – 81 (50,2%) пациентов при выраженной ладьевидной ямке и нормальных размерах головки полового члена сформировали дистальный отдел уретры и головку полового члена до вершины головки по способу Метью у 15, MEGPI – у 11 и у 55 больным – по Снодграссу. При невыраженной ладьевидной ямке и небольших размерах головки полового члена сформировали дистальный отдел уретры и головку до средней его трети.

В ближайшем послеоперационном периоде у 25 (15,5%) из 161 больного отмечались нагноение, расхождение швов и образование уретрального свища. В контрольной группе осложнения отмечались у 15 (9,3%) больных, а во второй группы – у 10 (6,2%) пациентов.

Осложнения в контрольной группе, в основном, у больных с гипоспадией связаны с тем, что при невыраженной ладьевидной ямке и небольших размерах головки полового члена формирование уретры приводит к натяжению линии швов, ишемии, уретриту и в последующем к несостоятельности швов.

В отдаленном послеоперационном периоде у 23 (14,2%) из 161 больного отмечались различные осложнения. У 15 (9,3%) из 80 больных контрольной группы отмечались следующие осложнения: меатостеноз у 9 (5,5%), с образованием мочевого свища у 5 (27,5%) из 9 больных и у 6 – стриктура дистального отдела уретры. В основной группе у 8 (4,9%) из 81 больного ребенка меатостеноз с образованием мочевого свища – у 5 (27,5%) и – у 3 стриктура дистального отдела уретры.

Все больные первой и второй группы, у которых отмечались меатостеноз, стриктура уретры и уретральный свищ, подвергались повторной хирургической коррекции.

В результате анализа и выбора хирургического способа лечения различных форм гипоспадии процент осложнений в послеоперационном периоде сократился до минимума.

**Выводы.** Анализ отдаленных результатов хирургической коррекции дистальных форм гипоспадии привел к выводу, что при невыраженной ладьевидной ямке и небольших размерах головки полового члена формирование дистального отдела уретры и головки до вершины необязательно или необходимо использовать свободный лоскут для его коррекции.

#### Список литературы

1. Пугачёв А.Г. Детская урология / А.Г. Пугачёв. – «Геотар-Мадиа», М.,-2009. – 608 с.
2. Ширяев Н.Д. Очерки реконструктивной хирургии наружных половых органов у детей часть -I Гипоспадия / Н.Д. Ширяев, И.М.Коганцов.- Сыктывкар -2012г. С 143.
3. Рудин Ю.Э. Пластика головки полового члена в соответствии с нормальной анатомией – ключ к успешной коррекции гипоспадии / Ю.Э. Рудин, Д.В. Марухненко, Т.Н. Гарманова // Урология. – 2013. – № 3. – С. 74-78.
4. Азизов, А.А. Гипоспадия / А.А. Азизов, К.М. Сайёдов, Ш.А. Бадалов // Метод-е рек-ции. – Душанбе, 2015. – 18с.

### ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ ЭКССУДАТИВНО-КАТАРАЛЬНОГО ДИАТЕЗА

*Алиев А.Л., Хакимова У.Р.*

Кафедра факультетской педиатрии ТашПМИ. Узбекистан

**Актуальность.** Неблагоприятным фоном для течения пневмонического процесса у детей раннего возраста является экссудативно-катаральный диатез (ЭКД). Он определяет во многом повторность пневмоний у ребенка, длительность их течения, склонность к обострениям, рецидивам и осложнениям.

Патогенез формирования патологического процесса в бронхолегочной системе сложен и включает в себя нарушения функционирования различных систем организма, среди которых ведущая роль принадлежит иммунопатологическим механизмам, как пневмоний, так и частых его обострений, тяжелого и осложненного течения.

ЭКД является причиной увеличения сроков лечения больных в специализированных клиниках, ухудшение состояния за счет развития осложнений, нередко ведущих и смерть больных [3].

В терапии больных пневмонией на фоне ЭКД многие врачи нередко сталкиваются с трудностями – традиционные средства и методы лечения оказываются недостаточно эффективными и приносят в основном кратковременное облегчение пациентам. Для восстановления дыхательной функции легких, коррекция иммунологических нарушений необходимы новые методы, улучшающие патогенетические особенности заболевания [2].

Согласно литературным данным в настоящее время отмечены определенные успехи в лечении больных пневмонией [1,2,4]. Ряд авторов указывают на эффективность применения иммуномодуляторов в терапии этих больных.

В комплексную терапию пневмоний, протекающих на фоне ЭКД, следует осторожно применять антибиотики и никотиновую кислоту.

В настоящее время разработка и применение в клинике немедикаментозных методов лечения, частности БТФ терапии, приобретает возрастающее значение.

Преимуществом методом является отсутствие вредного влияния, свойственного лекарственным веществам, простоте и доступности проведения лечения, значительная биологическая активность.

Из средств иммунотерапии в последние годы стали успешно применять предназначенный для фототерапии световой биотрансформаторный аппарат «Дюкс–Т» с пространственными распространенными инфракрасными светодиодами, разработан ЗАО «Медико-экологический центр «Дюпы»». Длина волны инфракрасного диапазона излучения 920нм, проникает на достаточную глубину, суммарная плотность 2мВт/см<sup>2</sup> площадь воздействия 10см<sup>2</sup>.

**Цель исследования.** Целью настоящей работы являлась оценка целесообразности применения БТФ – терапии в клиническом лечении при тяжелых пневмониях у детей раннего возраста на фоне ЭКД.

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 150 детей, больных с тяжелой пневмонией у детей раннего возраста на фоне ЭКД, а также 25 практически здоровых детей того же возраста. Группу сравнения составили 46 больных с традиционным методом лечения.

Оценка иммунной системы включала определение количества Т-лимфоцитов (CD3<sup>+</sup>) и субпопуляции: Т-хелперов (CD4<sup>+</sup>), Т – супрессоров (CD8<sup>+</sup>), естественных киллерных клеток (CD16<sup>+</sup>), В-лимфоцитов (CD20<sup>+</sup>) модифицированным методом Гариб Ф.Ю. (1995), а также концентрацию сывороточных иммуноглобулинов А, М, G в периферической крови – по методу Manchini G. (1965). Фагоцитарная активность нейтрофилов изучена с применением частиц латекса (Петров Р.В. 1988г)

В зависимости от вида проводимой терапии больные были разделены на 2 группы: контрольная – 40 детей, получивших общепринятую базисную терапию и основная – 50 детей, которые наряду с базисной терапией получали БТФ терапию. Сеансы точечной фототерапии проводились терапевтическим аппаратом «Дюкс – Т». Биологической активной точкой для проведения иммунокоррекции служила нижняя треть грудины. Время воздействия на точку 10-15 минут, курс лечения – 7 дней.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с применением прикладных программ для статистической обработки данных Statistica версии 6,0. Достоверность различия между сравнительными группами оценивали по критериям Стьюдента. Различия сравниваемых величин признавали статистически значимыми при P < 0,05.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Семиотика поражения органов дыхания проявлялась прежде всего в одышке смешанного характера у всех больных а также повышением сопротивления дыхательных путей на выдохе у 12 детей. При этом у 16 больных выдох был особенно затруднен и удлинен, то есть имел место выраженный обструктивный синдром. Нарушение функции внешнего дыхания проявлялось в раздувании крыльев носа у 30, западение податливых мест грудной клетки у 41 больных. Как правило диагностировались дистанционные хрипы. Пневмония у детей с ЭКД протекала чаще на фоне субфебрильной, нормальной температурой у 67% обильными катаральными явлениями со стороны носоглотки – ринит, конъюнктивит, фарингит с частым влажным кашлем. Одновременно на коже и слизистых оболочках наблюдались разные экссудативные изменения, в основной группе были следующие: эритематозные 43 (0,45), эритематозные-пупулезные высыпания 29 (0,32), струп 16 (0,25), гней и строфулюс 10 (0,10), участки мокнущей экземы 20 (0,22), географический язык 34 (0,37). Рентгенологически отмечались длительно держащиеся мелкоочаговые инфильтративные тени. Со стороны крови отмечаются часто эозинофилия, лейкоцитоз, ускорение СОЭ до 15-25мм/час.

В группе сравнения указанные симптомы имели: эритематозные 40 (0,42), эритематозные-пупулезные высыпания 24 (0,32), струп 17 (0,23), гней и строфулюс 24 (0,32), участки мокнущей экземы 20 (0,22), географический язык 30 (0,33). Эффект от антибактериальной терапии у таких детей был незначительным.

У 41 ребенка (0,4) установлено гипокалиемия и гипокальциемия у 29 детей (0,28), увеличение гемокритной величины более 0,47 г/л, отмечено у 36 детей (0,35). При поступлении в клинику больных детей определяется супрессия клеточного звена иммунитета. Наблюдается достоверное (p<0.001) снижение относительного количества Т – лимфоцитов (CD3<sup>+</sup>) 40,6 ± 0,5%, зависело от тяжести течения заболевания и было обусловлено снижением содержания относительного количества Т-хелперов (CD4<sup>+</sup>) и Т-супрессоров (CD8<sup>+</sup>) что составило 24,0 ± 0,9%; 10,5 ± 0,3% соответственно, по сравнению с показателями при поступлении. А также достоверное (p < 0.001) увеличение числа В-лимфоцитов (CD20<sup>+</sup>) до 27,4 ± 0,9% (когда у здоровых 27,4 ± 0,9%, p < 0.001).

У детей контрольной группы получивших базисную терапию, наблюдалось изменение Т-лимфоцитов (CD3<sup>+</sup>) 46,0 ± 1,0%, против показателей до лечения 43,2 ± 0,8% (P < 0,05); Т-хелперов (CD4<sup>+</sup>) 24,5 ± 0,7% - 21,4 ±

1,0% ( $P < 0,05$ ) и Т-супрессоров ( $CD8^+$ ) до  $12,4 \pm 0,9\%$ ; против  $11,1 \pm 0,8\%$  ( $P < 0,05$ ). Выявляют достоверное изменение со стороны показателей иммуноглобулинов (Ig A, IgM, IgG  $P < 0,05$ ). Содержание ЕК ( $CD16^+$ ) лимфоцитов контрольной группы было повышено, составляя  $6,5 \pm 0,6\%$  по сравнению с показателями до лечения ( $P < 0,05$ ).

Относительно заметная динамика иммунологических показателей выявлена при назначении больным основной группы БТФ – терапии, которая перед выпиской выражалась достоверным повышением Т-лимфоцитов ( $CD3^+$ ) до  $54,5 \pm 0,9\%$  ( $P < 0,001$ ), Т-хелперов ( $CD4^+$ )  $35,0 \pm 1,1\%$  ( $P < 0,001$ ) и Т-супрессоров ( $CD8^+$ ) до  $16,8 \pm 0,8\%$  ( $P < 0,001$ ). Отмечалось достоверное снижение В - лимфоцитов ( $CD20^+$ )  $20,6 \pm 0,4\%$  -  $28,5 \pm 1,0\%$  ( $P < 0,01$ ) по сравнению показателей контрольной группы.

**Выводы.** Результаты наших исследований показали, что после проведения БТФ-терапии, у детей сокращается длительность цианоза в 2,5 раза, одышки в 3,5 раза, тахикардия в 3 раза. Быстрее восстанавливается аппетит, уменьшаются проявления токсикоза, улучшается периферический кровоток, снижается температура тела. Длительность пребывания в стационаре сократилась на 4-5 дней, продолжительность заболевания у ряда больных на 1 неделю.

Включение в схему комплексного лечения тяжелой острой пневмонии на фоне ЭКД у детей раннего возраста БТФ – терапия способствует улучшению показателей иммунитета.

Таким образом, применение БТФ- терапии на фоне стандартной терапии является доступным и эффективным методом лечения детей раннего возраста с тяжелой острой пневмонией на фоне ЭКД, позволяющими сократить сроки пребывания больных в отделениях.

### Список литературы

1. Алибекова М.Б. Особенности диагностики и лечения микоплазменной пневмонии у детей раннего возраста. // Вестник экстренной медицины. Ташкент, 2011. №3. Стр. 86-89.
2. Зуфаров А.А. Эффективность иммунокорректирующей терапии при осложненной пневмонии у детей раннего возраста // Журнал Педиатрия. Ташкент, 2010. №2-3. Стр. 94-97
3. Лобзин Ю.В., Козлов В.К., Журкин А.Т., Елькин А.В., Тимченко В.Н., Смирнов М.К. Ронколейкин: иммунотерапия инфекционных заболеваний. //Иммунопатология, аллергология, инфектология, 2001. №1. Стр. 19-35
4. XXI Национальный конгресс по болезням органов дыхания. Сборник трудов Конгресса под редакцией Академика А.Г. Чучалина, г. Москва, 2015г.

## НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С ДЦП И СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ

*Артыкова М.А., Набиева Н.А.*

Кафедра неврологии БГМИ им. Абу Али ибн Сино. Узбекистан

**Актуальность.** Проблема детского церебрального паралича (ДЦП) чрезвычайно актуальна из-за высокой распространённости перинатальной патологии нервной системы, ведущей к детской инвалидности. По данным экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), количество детей (до 16 лет) с ограничением жизненных и социальных функций составляет около 10% населения Земного шара. Анализ мировой и отечественной статистики показал стабильный рост инвалидов вследствие ДЦП за последние 50 лет: в середине XX в. 0,4 случая на 1000 новорождённых, а в начале XXI в. - до 13-15 случаев, т.е. увеличение составило 35-37 раз. Развитие симптоматической эпилепсии (СЭ) при ДЦП ещё больше усугубляет болезнь[1].

Электроэнцефалографическое (ЭЭГ) исследование является основным методом тестирования эпилепсии и эпилептических синдромов [2,4]. По ЭЭГ судят о наличии эпилептического процесса, глубине его расположения и об эффективности противосудорожной терапии. Однако, следует учитывать, что картина ЭЭГ у детей значительно отличается от таковой у взрослых [4]. Созревание биоэлектрической активности (БЭА) мозга и мозговых биоритмов тесно связано с созреванием морфофункциональных структур самого головного мозга [2,5]. В этом ведущую роль играют, во-первых, завершение процесса миелинизации нервных волокон, во-вторых, становление межсистемных связей, прежде всего, кортикорегикулярных. Поэтому ЭЭГ в детском возрасте претерпевает определенную онтогенетическую эволюцию в ходе развития мозга [4,5].

**Цель исследования** - изучить клинико-диагностические особенности эпилепсии и эпилептических приступов при ДЦП методом ЭЭГ, разработать принципы прогнозирования и лечения.

**Материал и методы исследования.** Мы провели ЭЭГ-исследование у 162 пациентов с ДЦП: у 77 - с СЭ и у 85 - без неё. Всем детям выполняли рутинную ЭЭГ. Исследования проводили на энцефалографах «Энцефалан 131-03» (Россия), «Мицар» с международной системой наложения чашечковых электродов «10-20» и скоростью развёртки 30 мм/сек. Данные ЭЭГ изучали в моно- и биполярных отведениях. Применяли функциональные пробы (фотостимуляция с частотой 2-50 Гц). Оценивали ЭЭГ, свободные от артефактов. ЭЭГ-кривую обрабатывали с помощью компьютерной программы, входящей в программное обеспечение версии 4.2М прибора Энцефалан.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В визуальной оценке наличия эпилептической активности основное внимание следует обращать на характеристику фоновой ЭЭГ в покое: в меньшем числе случаев она выявляет эпилептиформную активность больных ДЦП с СЭ.

Первое, что определяется электроэнцефалограммой - характерная динамика БЭА головного мозга в функциональном состоянии. Чётко выявляются изменения, характерные для расслабленного бодрствования, а также для напряжённого бодрствования, соответствующие состоянию сна. Установлено, что выявляется в электроэнцефалограмме – постепенное появление альфа- ритма. Он определяется в диапазоне тэта-колебаний, но имеет региональное распределение, подобное альфа-ритмам в заднем отделе мозга. В дальнейшем, частота тэта-ритма постепенно



приближается к альфа- ритму, и в старшем школьном возрасте последний полностью доминирует с частотой от 8-13 Гц (средняя - около 10 Гц).

Вторая характерная динамика ЭЭГ детского возраста – постепенное снижение индекса медленно-волновой активности и её исчезновение. Первым прогрессирует дельта- ритм, затем - тэта. Начиная со старшего школьного возраста на ЭЭГ в теменно-височных отделах в норме можно зарегистрировать отдельные тэта-волны с амплитудой 35-40 мкВ и общим тэта-индексом 8-10%. Такая характерная динамика ЭЭГ, зависящая от возраста и множество индивидуальных различий характерных для детей существенно затрудняет общий групповой анализ патологии. Поэтому очень важно определить наиболее общие динамические признаки, которые укажут на патологические изменения. Прежде всего, это касается эпилепсии, особенно при таком сложном органическом заболевании, как ДЦП.

Визуальный анализ осуществляли по общепринятой методике с учетом возраста [3]. В качестве критериев оценки функционального состояния была изучена биоэлектрическая активность (БЭА) головного мозга. Для всех пациентов было выбрано 4 группы признаков: вариант нормы, умеренные дезорганизованные изменения, выраженные дезорганизованные изменения и грубые дезорганизованные изменения (табл. 1).

Таблица 1

Диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга у детей ДЦП с наличием СЭ и без неё, чел. (%)

Группа	Больные ДЦП с СЭ (n=77)		Больные ДЦП без СЭ (n=85)		$\chi^2$	P
	abc	%	abc	%		
Норма	2	2,6	5	5,9	1,05	<0,05
Умеренная дезорганизация	3	3,9	18	21,2	10,69	<0,01
Выраженная дезорганизация	25	32,5	28	32,9	0,00	<0,05
Грубая дезорганизация	47	61,0	34	40,0	7,15	<0,01

Под умеренной дезорганизацией подразумевали правильное зональное распределение возрастного альфа-ритма, но при наличии рассеянной медленно-волновой активности; под выраженной - отсутствие альфаподобного ритма, наличие его, но без четкой региональной характеристики на фоне доминирования медленно-волновой активности; под грубой дезорганизацией - тотальное доминирование тэта- и дельта- активности с единичными проблесками альфаподобного ритма, но без особого регионального распределения. Анализ диффузных изменений БЭА мозга показал, что у детей с ДЦП и СЭ грубых дезорганизованных изменений БЭА головного мозга было 1,4 раза больше, чем в группе без СЭ, умеренных же изменений было в 6 раз больше в группе без СЭ. Частота выраженных общемозговых изменений в обеих группах была примерно одинаковой.

ЭЭГ-исследование выявило, что при ДЦП в целом, по сравнению с нормой, преобладают дезорганизованные изменения. Но наиболее грубая дезорганизация оказалась характерной в группе больных ДЦП с СЭ, а у детей без СЭ достоверно преобладал вариант нормы.

Следующим критерием для общей оценки ЭЭГ у детей с ДЦП с наличием и отсутствием СЭ была оценка локальных органических изменений БЭА головного мозга (табл. 2).

Таблица 2

Органические изменения биоэлектрической активности головного мозга у детей ДЦП с наличием СЭ и без неё

Группы больных	Больные ДЦП с СЭ (n=77)		Больные ДЦП без СЭ (n=85)		$\chi^2$	P
	abc	%	abc	%		
Общая задержка созревания возрастного ритма	72	93,5	47	55,3	30,26	0,000
Фокальная медленноволновая активность	25	32,5	23	27,1	0,57	0,452
Генерализованная и фокальная эпилептическая активность	51	66,2	26	30,6	20,58	0,000
Межполушарная асимметрия	28	36,4	29	34,1	0,09	0,765

Мы установили, что общая задержка созревания возрастного ритма, альфа-подобного ритма среди больных ДЦП с СЭ оказалась в 1,5 раза больше, чем без СЭ. Фокальная медленно-волновая активность без четкой привязки к полушариям головного мозга была примерно одинаковой в обеих группах. Генерализованная фокальная активность, как и ожидалось, преобладала (более чем в 2 раза) в группе больных ДЦП с СЭ. И, наконец, межполушарная асимметрия в плане общей представленности биоритмов по амплитуде БЭА мозга оказалась характерной также для обеих групп. При этом амплитудные характеристики БЭА мозга периодически доминировали то в одном, то в другом полушариях. Т.е. динамика межполушарных различий оказалась такой же, как и у фокальной медленно-волновой активности.

Мы также проанализировали ЭЭГ больных на наличие пароксизмальной эпилептической и эпилептиформной активности. Основное внимание обращали на межприступные показатели ЭЭГ. Было установлено, что эпилептиформная пароксизмальная активность абсолютно преобладает в группе больных ДЦП с наличием СЭ, правда подобное изменение в фоновой ЭЭГ без провокационных проб выявилось лишь у 30-35% больных. При дифференциальной диагностики по ЭЭГ на наличие или отсутствие эпилепсии гипервентиляционная проба не является абсолютной. В большей степени, надо ориентироваться на фоновую картину БЭА мозга. Более специфичной оказалась динамика ЭЭГ на фоне ритмической фотостимуляции. Наиболее информативной она была в диапазоне частот 5-12 Гц. Результаты показали, что, реакция усвоения ритма в обеих группах очень слабая, но более четкой оказалась при наличии СЭ.

**Выводы.** Таким образом, анализ ЭЭГ у детей, страдающих ДЦП, в зависимости от наличия или отсутствия СЭ можно сделать следующие выводы.

1. У всех больных ДЦП значительно дезорганизуется БЭА мозга по сравнению с нормой, особенно выражено при наличии СЭ.

2. У больных ДЦП значительно замедляется созревание БЭА мозга. При наличии СЭ преобладают фокальная, редко пароксизмальная медленноволновая активность, а также генерализованная и нередко, фокальная эпипептиформная активность. Но четкой привязанности пароксизмальной медленноволновой активности к какому-либо полушарию не выявлено.

3. При правильном методологическом подходе к оценке ЭЭГ у больных ДЦП можно определить эпилептическую активность, её динамику, а также оценить эффективность противосудорожной терапии.

#### Список литературы

1. Батышева, Т.Т. Детский церебральный паралич и эпилепсия. Современные подходы к лечению / Т.Т. Батышева, С.В. Трипилец, О.Л. Бадалян // Метод. реком. - М., 2016. - №27. - 24 с.
2. Гафуров, Б.Г. Пособие по электроэнцефалографии / Б.Г. Гафуров // Метод. пособие. - Ташкент, 2010. - 67 с.
3. Евтушенко, С.К. Этиология и патогенез церебрального паралича / С.К. Евтушенко // Междунар. неврол. журн. - 2014. - №3(65). - С.121-124.
4. Фокальная эпилепсия детского возраста со структурными изменениями в мозге и доброкачественными эпипептиформными паттернами на ЭЭГ (ФЭДСИМ-РЭПД) (предварительные результаты) / К.Ю. Мухин, М.Б. Миронов, К.С. Боровиков, А.С. Петрухин // Русс. журн. детской неврологии. - 2010. - Т.5, №1. - С. 3-18.
5. Early, Accurate Diagnosis and Early Intervention in Cerebral Palsy: Advances in Diagnosis and Treatment / I. Novak [et al.] // JAMA Pediatr. - 2017. - Vol.171. - P. 897-907.

#### ПОКАЗАТЕЛИ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ МОЧИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ

*Ахмеджанова Н.И., Ахмеджанов И.А., Мелиева Г.А., Маматкулова Д.Х.*

Кафедра 3-Педиатрии и медицинской генетики, Самаркандский государственный медицинский институт. Узбекистан

**Актуальность.** У пациентов с вторичным пиелонефритом сохраняется высокий риск развития хронической почечной недостаточности (ХПН) и снижение качества жизни уже в детском возрасте. В развитии ХПН имеют значение вирулентная и достаточно массивная инфекция, биологическим свойством которой является персистенция, обуславливающая процесс длительного переживания бактерий в организме хозяина. Этот феномен вызывает нарушение уродинамики [1, 2].

Однако наблюдения ведущих нефрологов свидетельствует, что рецидивирующее течение определяется у 30-50% пациентов, причем у 90% из них первый рецидив возникает в течение ближайших трех месяцев после первого эпизода. Вероятно, единая схема лечения, несмотря на все достоинства, не всегда определяет положительный результат лечения. Эти данные свидетельствуют о необходимости применения метода лимфотропной антибиотикотерапии при хроническом пиелонефрите с учётом клинических особенностей этого заболевания [3].

Необходимо применение новых средств нормализующих стабильность мембран почечной ткани детского организма, которые непосредственно стимулируют и корректируют дефекты метаболической системы. Согласно нескольким исследованиям, дефицит витамина А вызывает увеличение заболеваемости мочевыми инфекциями, в то время как введение витамина А приводит к снижению заболеваемости ИМП [4, 5].

**Цель исследования** заключается в ранней диагностике и оценке клинико-лабораторной эффективности комплексного лечения хронического пиелонефрита у детей.

**Материал и методы исследования.** Под нашим наблюдением находились 93 больных детей с ХП в возрасте от 4 до 15 лет (в зависимости от методов лечения больные были распределены на 2 группы: 1 группу составили 48 больных с ХП, которым применялись общепринятые методы лечения. 2 группу составили 45 больных с ХП, получавших сочетанное применение региональной лимфотропной антибиотикотерапии (РЛАТ) с витамином А).

Материалом для исследования цитокинового профиля мочи служила моча, взятая утром у больных на фоне обострения хронического рецидивирующего процесса и в период ремиссии. Сбор мочи проводился на общем режиме в течение суток, забор образцов по 15 мл каждый, осуществлялся из общего объема после регистрации точного диуреза. Образцы мочи хранились при -20°C до проведения анализа. Для измерения уровней интерлейкинов- 1, 6, 8, 10 в сыворотке крови и моче у детей с хроническим пиелонефритом использовались коммерческие наборы: CYTELISA – IL-1, CYTELISA - IL-6, CYTELISA - IL-8, CYTELISA - IL-10 (CYTIMMUNE, USA). Применение их основано на «сэндвич» - методе твердофазного энзим - связанного иммуносорбентного анализа (ELISA-enzyme-linked immunosorbent assay), принцип которого заключается в качественном и количественном определении изучаемого антигена путем его послойного связывания со специфичными к нему антителами. Математическую обработку полученных результатов выполняли с использованием компьютерных статистических программ Excel.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Латентный вариант ХП сопровождался увеличением уровня ИЛ-8 в 68 раз ( $P<0,001$ ), ИЛ-1 в 10 и ИЛ-6 в 39 раз ( $P<0,001$ ). Увеличение концентрации ИЛ-8 является компенсаторным ответом на повреждение почечной ткани при воспалении мочевого тракта. Повышенная экскреция с мочой ИЛ-8 отмечалась во все периоды ХП у всех пациентов и имела тенденцию к повышению по мере увеличения дли-

тельности болезни ( $P < 0,001$ ). С увеличением длительности болезни при различных вариантах ХП обнаруживалось значимое повышение концентрации как ИЛ-1, так и ИЛ-6 ( $P < 0,001$ ) и, особенно, ИЛ-8 ( $P < 0,001$ ) в моче. Мочевые концентрации ИЛ-6 нарастали по мере увеличения длительности болезни только при рецидивирующем ХП ( $P < 0,001$ ), не изменяясь у пациентов 1 группы ( $P > 0,1$ ). По мере прогрессирования тубулоинтерстициального повреждения увеличивается дисбаланс повреждающих и протективных факторов, отражением которого, по видимому, является уменьшение выделения с мочой при нарастании изменений тубулоинтерстициальной ткани ИЛ-10, обладающего противовоспалительными свойствами.

**Выводы.** Проведённое нами исследование показало, что средняя концентрация ИЛ-1, ИЛ-6, ИЛ-8 в моче у детей 2 группы после применения РЛАТ в сочетании с витамином А имела более положительную тенденцию к снижению, по сравнению с 1 группой. После лечения 2 группы больных уровень ИЛ-10 имел более положительную тенденцию и повысился в 2,9 раз ( $P_1 < 0,01$ ;  $P_2 > 0,1$ ), по сравнению с 1 группой, где данный показатель на фоне лечения уменьшился недостоверно. После проведённой терапии в обеих группах, мы зафиксировали более положительную тенденцию к нормализации концентрации цитокинов: ИЛ-1, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10 в моче у детей 2 группы, что свидетельствует о преимуществе предлагаемой нами схемы лечения.

Всё это позволяет предполагать высокую эффективность предложенного метода терапии при ХП у детей (РЛАТ + витамин А) в отношении нормализации цитокинового профиля мочи.

#### Список литературы

1. Длин, В.В. Дисметаболические нефропатии у детей / В.В. Длин // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2012. - №5. – С.36-45.
2. Игнатова, М.С. Вопросы профилактики развития и прогрессирования хронических болезней почек у детей / М.С. Игнатова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2009. - №5. – С.6-12.
3. Ишкабулов, Д.И. Организация медицинского обслуживания детей с нефропатиями по семейному принципу / Д.И. Ишкабулов // Вестник врача. – 2015. - №4. – С.32-37.
4. Гиперкальциурия у детей с инфекцией мочевой системы / Н.М. Михеева [и др.] // Нефрология. – 2014. - №1. – С.74-79.
5. Назаров, А.В. Распространённость хронической болезни почек по данным регистра центра болезней почек и диализа городской клинической больницы №40 Екатеринбурга / А.В. Назаров, Т.В. Жданова, Ю.Р. Садыкова // Нефрология. – 2012. – Т.16, №3. – С.88-92.

### ИЗУЧЕНИЕ ПАРЦИАЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ ПОЧЕК В УСЛОВИЯХ УЗБЕКИСТАНА

*Ахмедова М.М., Расулов А.С., Расулова Н.А.*

Кафедра педиатрии и общей практики ФПДО СамМИ, Узбекистан

**Актуальность.** Широкое внедрение в клиническую нефрологию клиничко-генетических и биохимических методов исследования позволило установить изменение их нозологической структуры, учащение мультифакториально обусловленных клинических форм [3]. Так, по данным эпидемиологических исследований преобладающими в структуре нефропатии (34-40%) [1] являются нефропатии обменного генеза в т.ч. 10-19% оксалатные, 14-29% уратные нефропатии. При этом почечная патология манифестируется и устанавливается в связи с патологией органов дыхания - среди новорожденных, находящихся в отделении патологии новорожденных 34,2%, среди детей раннего возраста, находящихся на лечении по поводу различных бронхолегочных заболеваний 17-35% , а при стафилококковых инфекциях 78,6%. Более того, после ликвидации основного заболевания от 24,2 до 31,5 % детей выписываются с остаточным мочевым синдромом [2]. В свете сказанного становится ясным, что существующие представления о мочевом синдроме у детей раннего возраста, при наиболее распространенной в данном возрасте бронхолегочной патологии как о преходящем состоянии ("инфекционная почка", "токсическая почка", "токсикоинфекционная почка") таит в себе значительную угрозу здоровью растущего организма. На практике даже многократные эпизоды мочевого синдрома на фоне различных интеркуррентных заболеваний до настоящего времени продолжают оцениваться в качестве инфекционной или токсической почки. Между тем, современные методы обследования детей и родственников, широким внедрением в нефрологическую практику генетических и биохимических методов исследования позволяют уточнить метаболические нарушения, обуславливающие поражение почек с трудно дифференцируемым мочевым синдромом [4].

**Цель исследования.** На основе комплексного изучения состояния парциальных функций почек у детей раннего возраста, больных пневмонией с поражением почек разработать принципы ранней дифференциальной диагностики поражений почек обменного генеза.

**Материалы и методы исследования.** Функции клубочкового аппарата оценивались по клиренсу эндогенного на Van Slayke.

О состоянии канальцевых функций почек судили по осмолярности мочи криоскопическим методом на аппарате ОМК Щ-01, титруемых кислот по И. Годорову (1963).

Содержание мочевой кислоты в суточной моче определяли по методу Мюллера-Зейферта, основанному на колориметрическом определении мочевой кислоты с фосфорновольфрамовым реактивом Фолина.

Количественное определение оксалатов в моче проводилось по Н.В. Дмитриевой (1966), а суточное выделение уратов с мочой применяли метод Гопкинса в описании О.В. Травиной (1955).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Нами изучены парциальные функции почек у 121 больных с пневмонией, имеющих дизметаболические нефропатии (ДЗМН) и 20 больных пневмонией без дизметаболических нефропатий (ДЗМН). У всех больных с пневмонией отмечалась тенденция к снижению суточного диуреза, а у

больных пневмонией с ДЗМН нарушениями достоверно снижалось до  $0,37 \pm 0,013$  по сравнению со здоровыми детьми  $0,450 \pm 0,038$  ( $p < 0,001$ ) и у больных пневмонией без ДЗМН  $0,430 \pm 0,021$  ( $p < 0,05$ ). Снижение клубочковой фильтрации обнаружено у больных пневмонией с ДЗМН до  $0,97 \pm 0,17$  мл/сек ( $p < 0,05$ ), что, по-видимому, связано с гемодинамическими нарушениями на фоне инфекционно-токсического поражения легких, гипертермии, микроциркуляторных расстройств.

Выявлено значительное снижение экскреции аммиака у больных пневмонией с ДЗМН до  $9,0 \pm 1,18$  ммоль/с по сравнению со здоровыми детьми ( $p < 0,001$ ) и у детей с пневмонией без ДЗМН  $42,0 \pm 1,2$  ( $p < 0,05$ ).

Уменьшение экскреции титруемых кислот до  $23,37 \pm 4,25$  ммоль/с по сравнению показателями у здоровых детей  $51,0 \pm 2,8$  ммоль/с ( $p < 0,001$ ) и у детей с пневмонией без ДЗМН  $48,8 \pm 2,2$  ( $p < 0,05$ ).

Снижение показателей ацидоаммиогенеза у больных пневмонией с ДЗМН свидетельствует о канальцевых почечных дисфункциях вызывающих нарушение адаптационно-компенсаторных функций организма в условиях гипоксии, что усиливает метаболический ацидоз при пневмониях.

Значительное увеличение экскреции оксалатов с мочой выявлено у детей пневмонией с ДЗМН до  $244,0 \pm 1,8$  мкмоль/с по сравнению со здоровыми детьми  $110,0 \pm 10,5$  ( $p < 0,001$ ), и с группой детей пневмонией без ДЗМН  $130,0 \pm 11,5$  ( $p < 0,05$ ), что, возможно, носит характер вторичной оксалурии, являющейся результатом нестабильности цитомембран почечного эпителия на фоне интоксикации организма, гипоксии, электролитных нарушений, сопровождающих развитие воспалительного процесса в легких.

Учитывая, что у 2/3 больных пневмонией с мочевым синдромом отмечалась наследственная отягощенность по нарушению обмена щавелевой кислоты и мочевой кислоты, что выявлено путем изучения родословных и перекрестного опроса родственников, повышенная экскреция оксалатов и уратов наряду с уратно и оксалатно-кальциевой кристаллурией нами расценена как вторично оксалурия - уратурия, являющаяся результатом наследственной нестабильности цитомембран.

У больных пневмонией с ДЗМН отмечалось почти двухкратное возрастание экскреции уратов и мочевой кислоты, соответственно  $6,9 \pm 0,22$  ммоль/с и  $6,64 \pm 0,36$  ммоль/с по сравнению с показателями у здоровых детей ( $p < 0,001$ ) и детей с пневмонией без ДЗМН  $3,18 \pm 0,20$  ( $p < 0,05$ ) и  $5,2 \pm 0,3$  ( $p < 0,05$ ). Увеличения экскреции уратов и мочевой кислоты можно связать с усилением катаболических процессов на фоне гипертермии, гипоксии и распадом пуриновых оснований, что вызывает увеличение уровня мочевой кислоты в крови. Таким образом, функциональные нарушения почек свойственны пневмонии у больных пневмонией без ДЗМН концентрация нефротоксических метаболитов (уратов, оксалатов, МК) не достигает величин, оказывающих нефротоксическое действие и по мере проведения направленной терапии пневмонии, диеты и водного режима снижалась концентрация уратов, оксалатов, мочевой кислоты, чему соответствовало исчезновение таких клинических проявлений как пастозность век, лица, нормализация диуреза. В ряде работ показана высокая эффективность комплексного фитонирингового препарата канефрон в лечении и профилактике микробно-воспалительных и дисметаболических процессов мочевыделительной системы (3).

Следует отметить, что у больных нефропатией обменного генеза с наследственной отягощенностью при наслоении пневмонии выявляются нарушения парциальных функций почек - олигоурия, снижения показателей ацидоаммиогенеза и повышения нефротоксических метаболитов, оксалатов, уратов, мочевой кислоты, тем самым оказывает нефротоксическое действие. Это возможно объясняется нарушением процесса адаптации на клеточном уровне как следствие индивидуальной неадекватной реакции на воздействия стрессового фактора в данном случае инфекции. Повреждение мембранных структур почечных канальцев может привести к вторичным изменениям процессов секреции и реабсорбции в канальцах, вызывая развитие вторичных тубулопатий.

Изучение парциальных функций почек в зависимости от нозологических форм дисметаболических нефропатий проведено у детей больных пневмонией с обменными нарушениями.

Суточная экскреция аммиака значительно снижались при дисметаболическом ИН  $23,6 \pm 3,9$  ммоль/с ( $p < 0,05$ ) и МКБ  $29,6 \pm 3,2$  ммоль/с ( $p < 0,05$ ) и при ПН  $33,8 \pm 2,6$  ( $p < 0,05$ ), по сравнению со здоровыми детьми. Наиболее выраженное снижение экскреции титруемых кислот отмечалось при ИН  $19,2 \pm 7,9$  ммоль/с  $1,73$  м, ( $p < 0,05$ ) и при ПН и МКБ составило соответственно  $24,7 \pm 3,85$  ммоль/с и  $26,2 \pm 4,7$  ммоль/с ( $p < 0,01$ ).

Наиболее высоким показателем осмолярности мочи отмечалось у больных с МКБ  $976 \pm 62,6$  ммоль/с ( $p < П; П5$ ), ИН  $898 \pm 62,5$  ммоль/с ( $p < 0,05$ ) и ПН  $886 \pm 58,74$  ммоль/с ( $p < 0,05$ ) по сравнению со здоровыми детьми  $627 \pm 61,7$  ммоль/с.

Таким образом, снижение функции ацидоаммиогенеза выявлено в группе больных с ИН, по сравнению с больными с ПН и МКБ, что характеризует напряженность компенсаторно-адаптационных возможностей почек по поддержанию кислотно-основного состояния (КОС) организма в условиях тканевой гипоксии, дыхательного и метаболического ацидоза при пневмонии. Увеличение экскреции нефротоксических метаболитов (оксалатов отмечена при ПН  $226,0 \pm 23,0$  ммоль/с ( $p < 0,05$ ), МКБ  $262,7 \pm 49,8$  ммоль/с ( $p < 0,01$ ), и ИН  $243,2 \pm 28,4$  ммоль/с ( $p < 0,05$ ), по сравнению со здоровыми детьми. Экскреция уратов при ПН составило  $6,22 \pm 0,52$  ммоль/с, МКБ  $8,3 \pm 1,32$  ммоль/с ( $p < 0,001$ ), ИН  $6,36 \pm 0,26$  ммоль/с ( $p < 0,001$ ), по сравнению со здоровыми детьми. Экскреция мочевой кислоты наиболее высока у больных при пиелонефрите  $7,1 \pm 0,3$  ммоль/с ( $p < 0,01$ ), при МКБ  $6,26 \pm 0,53$  ммоль/с ( $p < 0,05$ ) и ИН  $6,55 \pm 0,37$  ммоль/с ( $p < 0,05$ ), по сравнению со здоровыми детьми  $4,13 \pm 0,21$  ммоль/с.

Имеющиеся изменения функции ацидоаммиогенеза, связаны с повышением экскреции нефротоксических метаболитов, на фоне наследственной отягощенности семейного анамнеза по обмену МК, оксалатов. Интоксикация, обезвоживание, дыхательная недостаточность и гипоксии на фоне пневмонии, усугубляющее обменные нарушения, приводят к расстройству гомеостатических функций почек.

Соответственно возрастает и опасность нефротоксического действия уратов и оксалатов на почки. Резкое возрастание концентрации уратов и оксалатов на фоне пневмонии у детей с обменными нарушениями создает

угрозу тубулярной обструкции с последующим ухудшением оттока мочи, вплоть до развития почечной недостаточности. Клинически у таких детей отмечались пастозность век, лица, снижения диуреза - до олигоурии.

**Выводы.** Таким образом, выраженные изменения канальцевых функций почек у детей раннего возраста, больных дизметаболическими нефропатиями, недостаточность их адаптивных реакций в условиях гипоксии и особенно при воздействии инфекции, являясь фактором, влияющим на течение пневмонии, способствуют хронизации патологического процесса в почках и увеличивают риск развития у них интерстициального нефрита, микрокристаллизации, камнеобразования. Лечение в этих случаях без дифференцированной коррекции дизметаболизма, с ориентиром преимущественно лишь на мочевого синдром может привести к стабилизации и хронизации почечного процесса, которые обретают самостоятельную важную медицинскую и социальную значимость.

#### Список литературы

1. Ахмедова, М.М. Дизметаболическая нефропатия / М.М. Ахмедова, Р.Х. Шарипов, Н.А. Расулова // Учебно-методическая рекомендация. – Самарканд, 2015. - 26 с.
2. Ишкабулов, Д.И. Наследственные заболевания почек / Д.И. Ишкабулов, Ю.М. Ахмедов // В кн. Нефроурология у детей. – Ташкент, 2008. - С. 205-207.
3. Папаян, А.В. Клиническая нефрология детского возраста / А.В. Папаян, Н.Д. Савенкова. - СПб, 2008.
4. Coe, F.L. Three Pathways for human kidney stone formation. / F.L. Coe, A.P. Evan, E.M. Worcester // Urol Res. – 2010. - №38. – P.147-160.

### НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ВЛИЯНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ НА ТЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ

*Ахмедова И.М., Мускинова Ф.Х.*

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

**Актуальность.** Болезни органов пищеварения относятся к наиболее распространенным у детей, «уступая» лишь патологии дыхательной системы. Возникнув в детском и подростковом возрасте, поражения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) не только снижают качество жизни ребенка, но и определяют его будущие здоровье и работоспособность [1].

При патологическом состоянии пищеварительного тракта могут наблюдаться нарушения функции и морфологии органов кровообращения нейrogenной природы как следствие сдвигов реактивности центральной нервной системы. Еще С. П. Боткин и А. А. Остроумов указывали на то, что для понимания разнообразных симптомов патологии сердечно-сосудистой системы у лиц, страдающих заболеваниями органов пищеварения, следует учитывать большое значение рефлекторных влияний со стороны пищеварительного тракта. [1-5].

Установлено, что, несмотря на гетерогенность патогенеза хронической патологии органов пищеварения и многих заболеваний сердечно-сосудистой системы, существует и общность ряда факторов нервно-гуморального, наследственного, инфекционного, экологического и социального характера, ответственных за их возникновение [3, 4]. Это приводит к утяжелению течения основного заболевания, к полиорганности патологии в рамках одной системы с вовлечением в процесс сопряженных органов (изолированное поражение только пищеварительного органа у детей является исключением), к возникновению сочетанной патологии других органов и систем. В доступной нами литературе немногочисленны работы по изучению состояния пищеварительной системы у детей с врожденными пороками сердца.

**Цель исследования:** Изучить аспектов влияния заболеваний органов пищеварения на течение врожденных пороков сердца у детей.

**Материалы и методы исследования.** Исследование проведено в отделениях кардиоревматологии РСНПМЦП и ТашПМИ. Под наблюдением находились 42 ребенка в возрасте от 3 до 15 лет с врожденными пороками сердца. Мальчиков - 22 (52,3%), девочек - 20 (47,7%).

Помимо базисного кардиологического обследования (ЭКГ, эхокардиография, мониторинг артериального давления и ЭКГ по Холтеру, биохимические и серологические исследования), детям проводилось обследование по поводу выявленных клинико-anamnestических методами нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы (по показаниям эзофагогастродуоденоскопия, УЗИ органов брюшной полости, бактериологические и серологические исследования, копрограмма и др.)

Всем детям проведены антропометрические измерения с оценкой физического развития по критериям ВОЗ (2006).

Все дети с ВПС по наличию цианоза и нарушению гемодинамики были разделены на следующие группы. 1 группа - ВПС бледного типа с артериовенозным шунтом: дефект межжелудочковой перегородки, открытый артериальный проток, дефект межпредсердной перегородки, открытый атриовентрикулярный канал - 25 (59,5%).

2 группа - ВПС синего типа с веноартериальным шунтом: транспозиция магистральных сосудов, тетрада Фалло, триада Фалло, атрезия трикуспидального клапана - 7 (16,6%).

3 группа - ВПС без сброса, но с препятствием на пути кровотока из желудочков (стенозы лёгочной артерии и аорты, коарктация аорты) - 10 (23,8%).

**Результаты исследования и их обсуждение.** В результате обследования симптомы поражения ЖКТ при ВПС выявлены у 28 (66,6%) больных. Спектр форм патологии системы пищеварения был широким.

В 1 группе больных (n=25), у каждого третьего ребёнка выявлены заболевания пищеварительного тракта. Хронические гастродуодениты обнаружены у 11 детей (44,0%), в том числе эрозивные - у 5 (20,0%), дуоденогастральный рефлюкс - у 2 (8,04%). Реактивные изменения в печени и в поджелудочной железе выявлены - у 8

(32,0%) соответственно. Заболевания желчного пузыря выявлены у 5 больных (20,0%), желчно-каменная болезнь - у 1 ребенка (4,0%), взвесь в желчном пузыре - у 3 пациентов (12,0%), по 2 случая (8,0%) дисбиоза кишечника и долихосигмы. Сочетанное течение заболеваний органов пищеварения в данной группе больных выявлено у 11 (44,0%) наблюдаемых.

Во 2 группе больных (n=7) заболевания пищеварительного тракта обнаружены у 3 (42,8%) случаев. Гастроудодениты наблюдались у 2 (28,5%), реактивные изменения в печени - у 1 (14,2%), застой в желчном пузыре - у 2 больных (28,5%), реактивные изменения поджелудочной железы у 6 детей (85,7%), По 1 ребёнку (14,2%) имели дуоденогастральный рефлюкс, долихосигму.

В данной группе большинство детей составляли дети в возрасте до одного года 5 (71,4%), и при кормлении отмечалось беспокойство и плач, отказ от груди матери, ухудшение аппетита, срыгивание и рвота с развитием синдрома трофологической недостаточности, что требовало назначения нутритивной поддержки. Эти симптомы заставляли врачей и родителей искать патологию пищеварительной системы, в том числе хирургическую.

В 3 группе больных (n=10) заболевания органов пищеварения имели все дети. Гастроудодениты выявлены у 5 (50,0%), в том числе у 3 (30,0%) - эрозивные процессы и аномалий желчного пузыря, реактивные изменения в печени и реактивный панкреатит - у 4 (40,0%), по 2 ребёнка (20,0%) имели долихосигму, желчнокаменную болезнь. Анализ массы тела показал, что если в первой группе больных в основном преобладали дети с весом -1 СО и -2СО, а в второй группе больных у 6 детей наблюдался дефицит веса -3 СО и у одного ребенка дефицит веса был оценен как -4 СО. В третьей группе детей только один ребенок имел массу тела равной -2СО.

В фактическом росте детей также дефицит роста оцениваемый как -3СО, был установлен у 5 (10,5%) детей второй группы. Из всех наблюдаемых детей (n=42) у 12 (28,5%) пациентов определено наличие в анамнезе в течение последних 3 лет отмечались признаки энтероколита, по поводу которого дети получали кишечные антисептики и пробиотики.

У 23 (54,7%) изменения в копрограмме свидетельствовали о наличии синдрома нарушения кишечного всасывания. Из них у 8 (19,0%) наблюдалась стеаторея 1 типа, особенно часто она присутствовала в возрасте до 1 года у 11 (26,1%) больных. Стеаторея 2 типа была зарегистрирована в более легкой форме у 2 (4,7%) больных. Амилорея легкой степени отмечалась в копрограмме каждого третьего пациента, особенно у детей старше 1 года. Креаторея встречалась гораздо реже, лишь у 9 (21,4%) детей старшего возраста также легкой степени. Среди всех групп наблюдений, по результатам копрологических, бактериологических и серологических исследований у них выявлены: лямблиоз — у 12 (28,5%) детей, амебиаз — у 1 (2,3%), энтеробиоз — у 10 (23,8%), аскаридоз — у 4 (9,5%).

**Выводы.** Таким образом, заболевания органов пищеварения выявляют на течение заболевания у большинства детей с ВПС. Медикаментозная коррекция выявленных нарушений помогла облегчить течение основной патологии и улучшить прогноз.

#### Список литературы

1. Состояние желудочно-кишечного тракта у детей с врожденными пороками сердца / О.К. Атаянц [и др.] // Успехи современного естествознания: Матер, межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 30-летию кафедры педиатрии №2 Кубанской государственной медицинской академии.- М., 2014.-№ 11 .-прилож.№ 1.- С. 13-15.
2. Состояние билиарного тракта у детей с врожденными пороками сердца / О.К. Атаянц [и др.] // Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей: Матер. XII Конгресса детских гастроэнтерологов России.- М.? 2014,- С.356-359.
3. Белозеров Ю.М., Болбиков В.В. Ультразвуковая семиотика и диагностика в кардиологии детского возраста. - М.: МЕДпресс, 2011. - 176 с.
4. Boehm G., Jelinek J., Stahl B. et al. Prebiotics in infant formulas // J. Clin. Gastroenterol. — 2010. — V. 38, № 6. — P. 76–79.
5. Bruzzese E., Volpicelli M., Salvini F. et al. Early administration of GOS/FOS prevents intestinal and respiratory infections in infants // J. Pediatr. Gastroenterol.Nutr. — 2016. — V. 42, № 5. — P. 95.

### МЕТОДИКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

*Ахтамов А., Ахтамов А.А.*

Кафедра Травматологии и ортопедии

Самаркандский государственный медицинский институт. Узбекистан

**Актуальность.** В настоящее время в структуре врожденных заболеваний опорно-двигательного аппарата у детей первого года жизни на долю дисплазии тазобедренного сустава и врожденного вывиха бедра приходится 73,24% случаев.

В основе врожденного вывиха бедра лежит дисплазия (т.е. нарушение формирования элементов тазобедренного сустава вертлужной впадины, проксимального конца бедренной кости) в эмбриональном периоде. Эти первичные нарушения обуславливают вторичные изменения: недоразвитие подвздошной кости, смещение головки бедра, антеторсию шейки бедренной кости, замедленную оссификацию костных элементов, адаптационно-компенсаторные изменения мышц и связок, окружающих суставов. (Бондарева С.Н., 2007).

В связи с этим проблема восстановления анатомической целостности и функциональной полноценности тазобедренного сустава у детей с различными формами диспластических изменений врожденной этиологии до сих пор является весьма актуальной, социально значимой и трудно разрешимой.

С другой стороны, низкий процент выявляемости заболевания в ранний неонатальный период в условиях родильного дома (32,4-46,2%) значительное количество остаточных дефектов тазобедренного сустава в отдаленные периоды развития (48,8-62,6%), заставляет искать новые способы диагностики врожденной патологии тазобедренных суставов, совершенствовать существующие и разработать более совершенные подходы к лечению. (Гафаров Х.З., 2003).

**Цель исследования.** Разработать новый эффективный способ консервативного лечения врожденного вывиха и подвывиха тазобедренных суставов у детей первого года жизни, улучшить результаты лечения и уменьшить инвалидность.

**Материалы и методы исследования.** Исследование проводилось на базе консультативной поликлиники Самаркандской областной больницы Ортопедии и последствий травм.

Для реализации поставленных задач были проведены клиничко-рентгенологические обследования 64 детей, поступивших на лечение в возрасте от 7 дней до 12 месяцев. Среди обследованных детей девочек было 48 (75,0%) и мальчиков – 16 (25,0%). Из них 40 (62,5%) детей родились в головном предлежании, 17 (26,5%) – в ягодичном и 7 (11,0%) извлечены путем кесарева сечения. Отягощенная наследственность по врожденному вывиху бедра отмечена у 19 детей (29,7%). У 11 (17,2%) детей патология тазобедренных суставов была сочетанной: с врожденной мышечной кривошеей в 4 случаях, у 3 детей с деформацией стоп, у 3 с врожденной косолапостью и у 1- с артрогриппозом.

Разработанное нами функциональная отводящее устройство (патент на полезную модель № 01285, Узбекистан) удобно и эффективно в использовании.

Функциональная отводящее устройство, состоящее из комбинезона, снабженного бретельками, проходящими над областью надплечья и соединенными с комбинезоном спереди и в нижней части наружной поверхности с помощью застежек. В нижней части комбинезона имеется карман для распорки, зафиксированной к комбинезону. Распорка снабжена валиком, внутри которой установлена пружина. В основании распорки с двух сторон установлены крючки для удержания пружины. Установленная в распорку пружина позволяет постепенно и безболезненно проводить отведение бедра у детей раннего возраста. Позволяет атравматично осуществлять вправление головки бедра и надежно удерживать ее в вертлужной впадине.

Дети грудного возраста разделили на 2 возрастные группы: 7 дней-6 месяцев; 7-12 месяцев.

Алгоритм диагностики:

- У детей до 3 месяцев клиничко-функциональное и ультрасонографическое исследования;
- У детей старше 3 месяцев клиничко-функциональное и рентгенологическое исследование тазобедренных суставов.

После установление диагноза пациент переводится на функциональную отводящую шину авторов.

До вправления конечности в шине назначаются: ЛФК для мышц аддукторов (по 6-7 мин. по 3-4 раз), укладка груза на ягодичную область и массаж. Наряду с ортопедическими мероприятиями с целью профилактики осложнений больным назначают физиотерапию: парафиновые аппликации в количестве 12-15 сеансов с интервалом между сеансами 4 месяца в течение года.

Для стимуляции обменных процессов назначают электрофорез кальция хлорида в течение 12-15 дней. Курс лечения повторяют через 2-2,5 месяца. Важное значение имеют биостимуляторы и витаминотерапия.

Назначают алоэ, стекловидное тело или ФИБС- по 1г ежедневно в течение 20-30 дней. Тиамин хлорид в виде таблеток по 0,002 г 2 раза в день, курс лечения – 1 месяц.

Цианокобаламин назначают в виде инъекций по 200 мг через сутки в течение 1 месяца. Курс лечения повторяют 1 раз в три месяца в течение года.

После достижения вправления в положении фиксации в шине выполняется контрольная рентгенография.

После достижения вправления конечности в шине выполняются: парафиновые аппликации (10-12 сеансов через день); массаж мышц и спины (10-12 сеансов); пассивная гимнастика в шине; для профилактики асептического некроза: электрофорез с тренталом на пояснично крестцовый отдел позвоночника. Через 2,5-3 месяца (без шины) назначаются массаж (15 сеансов); аппликации парафина (12-15 сеансов); электрофорез с Са и Р № 10 при замедленной оссификации головки бедра электрофорез с никотиновой кислотой, тренталам или кавинтоном.

Через 5-6 месяцев проводится контрольная рентгенография. При хорошем развитии впадины и удовлетворительной централизации головки бедра разрешаются дозированная осевая нагрузка в шине в течение 1-2 месяцев и массаж. Общий срок лечения для всех больных составляет 10-12 месяцев.

Осевая нагрузка разрешается у детей при достижении нормальных клиничко-рентгенологических показателей через 10-12 месяцев.

В зависимости от использованного ортопедического пособия при лечении дисплазии тазобедренного сустава все больные были разделены на две группы. Первую группу составили 11 детей, лечившихся стременами Павлика; 53 больным проводилось лечение с использованием разработанного нами оригинального устройства.

**Результаты исследования и их обсуждение.** При оценке отдаленных результатов учитывали следующие клинические признаки: утомляемость, боль, походку, укорочения, амплитуду движений в суставах и рентгенологические признаки: угол Виберга, ацетабулярный угол, торсию форму головки и впадины. Каждый из признаков оценивается в 5 (норма), 4 (клинический норма, рентгенологически незначительное отклонение), 3 (умеренная патология) или 1 (выраженная патология) балл. Затем полученная сумма делится на число признаков. Полученная интегральная оценка клинического и рентгенологического результата позволяет достаточно достоверно и объективно оценить эффективность лечения. Сравнение полученных результатов в динамике даёт возможность прогнозировать последующее формирование сустава.

Ближайшие результаты лечения через 1-2 года отличные – у 6 детей (9,3%) все из первой группы. Хорошие результаты у 48 (75,0%) больных.

Удовлетворительные- у 10 больных (15,7%), неудовлетворительных результатов не наблюдалась.

Результаты лечения мальчиков и девочек были примерно одинаковыми. Несколько худшие (удовлетворительные) результаты были получены у тех детей, у родственников которых отмечались врожденные вывихи бедра, а также у тех, у которых врожденный вывих бедра сочетался с другими врожденными заболеваниями. У этих больных наблюдались замедленное формирование и дистрофический процесс тазобедренного сустава.

#### **Выводы:**

1. Разработанное оригинальное устройство позволяет получить наибольшее количество хороших результатов и предотвратить развитие осложнений благодаря щадящему воздействию на костно-хрящевые и мягкотканые структуры сустава.
2. Дифференцированная физическая реабилитация (физиотерапия и ЛФК) позволяет улучшить формирование костных элементов тазобедренного сустава, а также гармоничное физическое развитие и уменьшить инвалидность.

#### **Список литературы:**

1. Бондарева С.Н. Физическая реабилитация детей раннего возраста с врожденным вывихом бедра. // Научно-теоретический журнал. “Ученые записки”, №9 (31)-2007. Казан. Стр-15-18.
2. Волошин С.Ю., Белоусова Е.А. Особенности реабилитации детей грудного возраста с врожденным вывихом бедра на этапах консервативного лечения. // Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. Том 3, Выпуск 2. 2015, Санкт-Петербург. Стр-66-70.
3. Камоско М.М., Познович М.С. Консервативное лечение дисплазии тазобедренных суставов. // Ортопедия, Травматология и восстановительная хирургия детского возраста. Том 2., Выпуск 4. 2014., Санкт-Петербург. Стр-42-49.
4. Ахтамов А., Ахтамов А.А., Жураев А.М. “Ранняя диагностика дисплазии и врожденного вывиха бедра у новорожденных и детей грудного возраста”.//Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. Научно-практический медицинский журнал. Ташкент-2017. №4. 109-115 ст

### **ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА**

*Ахтамов А., Ахтамов А.А.*

Кафедра Травматологии и ортопедии СамМИ, г.Самарканд, Узбекистан

**Актуальность.** Врожденный вывих бедра наиболее частый врожденный порок развития опорно-двигательного аппарата у детей. Несмотря на значительные успехи, достигнутые в диагностике и лечении врожденного вывиха бедра и большое количество публикаций по этой теме, она представляет сложную задачу в современной ортопедии и остаётся актуальной для всех возрастных групп. В настоящее время основополагающими принципами являются принципы ранней диагностики заболевания и его лечения с первых дней жизни ребёнка «щадящими» функциональными методами [1,2,3]. До сих пор остаются дискуссионными и разноречивыми мнения о показаниях, сроках и выборе способа оперативного лечения врожденного вывиха бедра [1]. Предложенная в 1961 году операция Солтера до сих пор остается золотым стандартом лечения врожденного вывиха бедра [4,5]. В настоящее время подавляющее большинство ортопедов используют комбинированное вмешательство, включающее открытое вправление, корригирующую остеотомию бедра и остеотомию таза по Солтеру. Многие ортопеды утверждают, что только открытое вправление или остеотомия бедра, выполненные в самостоятельном варианте, редко ведут к полноценному доразвитию сустава, особенно его тазового компонента [1,4]. Вопросы медицинской реабилитации и диспансеризации отражены лишь в единичных публикациях. После оперативного лечения коксартроз возникает в 33-62% случаев, а инвалидность у больных с коксартрозом достигает 50% [2,3].

**Цель исследования.** Целью нашего исследования является изучение результатов оперативного лечения врожденного вывиха бедра у детей младшего возраста.

**Материал и методы исследования.** В отделении детской ортопедии Самаркандской областной больницы ортопедии и последствий травм в период с 2014 до 2019 гг. было прооперировано с врожденным вывихом бедра 106 больных (143 сустава) в возрасте от 2 до 5 лет. В возрасте до 3-х лет прооперировано 32 детей (30%) - 56 суставов, в возрасте от 4 до 5 лет 74 детей (70%) - 87 суставов. Правосторонний врожденный вывих был у 22 больных (20,7%), левосторонний у 47 больных (44,3%), а двухсторонний врожденный вывих у 37 (35%) больных. Мальчиков было – 18 (17%), девочек – 88 (83%). Показания к оперативным вмешательствам ставились на основании рентгенометрических показателей и у некоторых больных на основании артрографии. При незначительных изменениях проксимального конца бедренной кости и вертлужной впадины применяли простое открытое вправление, которое применено у 41 больного. У 42 больных с изменениями проксимального конца бедренной кости в виде антеверзии и вальгизации, со скошенной вертлужной впадиной применена операция открытого вправления с корригирующей подвертельной остеотомией бедренной кости и ацетабулопластикой. У 43 больных с выраженной недостаточностью крыши вертлужной впадины применена операция открытого вправления с корригирующей подвертельной остеотомией бедренной кости и остеотомией таза по Солтеру. Начиная с 2018 года мы используем модификацию остеотомии таза предложенную Соколовским А.М. Особенность этой операции состоит в том, что не проводится отслойка надкостницы подвздошной кости, что предотвращает кровотечение из питающих сосудов. Указанная модификация намного уменьшает травматичность операции и кровопотерю.



**Результаты исследования и их обсуждение.** Для оценки результатов лечения мы использовали трёхступенную систему оценки результатов лечения. При сроках наблюдения от 2 до 10 лет результаты оценены следующим образом: хороший результат – у 75 больных (70,7%), удовлетворительный – у 17 больных (15,1%), неудовлетворительный – у 14 больных (14,2%).

Таблица №1. - Результаты оперативного лечения в зависимости от вида операции.

Вид операции	Возраст больных до операции			Исход		
	2-3	3-5	Итого	Хороший	Удовл.	Неудовл.
Открытое простое вправление вывиха (по Богданову)	14	7	21	11 (52%)	5 (24%)	5 (24%)
ОВ, КОБК +ацетабуло-пластика	10	32	42	28 (66%)	8 (19%)	6 (15%)
ОВ, КОБК +операция Солтера	8	35	43	36 (84%)	4 (9%)	3 (7%)
Итого	32	74	106	75 (70,7%)	17 (15,1%)	14 (14,2%)

Оценка результатов оперативного лечения показывает, что большой процент хороших результатов наблюдается после операции открытого вправления, корригирующей остеотомии бедренной кости и операции Солтера (84%). У 75 (70,7%) больных походка была нормальная, функциональный результат хороший, хотя не у всех больных наблюдалась отличная рентгенологическая и клиническая картина. Объём движений у больных составлял не менее 2/3 от нормы, причем чаще были ограничены ротационные движения. Рентгенологическая картина также приближалась к норме: хорошая центрация головки во впадине, ШДУ 115-130°, АИ 6-15°, впадина округлой формы, покрытие головки полное, суставные поверхности конгруэнтны. В 17 (15,1%) случаях результат оценен как удовлетворительный. Дети слегка прихрамывали, объём движений в суставе составлял 2/3 от нормы. Рентгенологически выявились различные отклонения, например инконгруэнтность суставных поверхностей из-за уплощения впадины (АИ-15-26°). У 14 (14,2%) больных наблюдались неудовлетворительные результаты, что проявлялось рентгенологически: децентрацией, остаточным подвывихом, деформациями после асептического некроза. Клинически наблюдалась хромота и усталость.

#### **Выводы:**

1. Наилучшие результаты лечения наблюдаются после операции открытого вправления с корригирующей остеотомией бедренной кости и остеотомией таза по Солтеру.
2. Использование остеотомии таза по методике, предложенной А.М.Соколовским позволяет значительно уменьшить травматичность операции и кровопотерю.
3. Соблюдение принципов этапного комплексного лечения, использование всего арсенала современных реабилитационных мероприятий и длительное диспансерное наблюдение приводят к достижению хороших результатов и обеспечивают социальную и профессиональную реабилитацию больных.
4. Представленные данные свидетельствуют о том, что хорошая адаптация к новым условиям и правильное формирование тазобедренного сустава после оперативного лечения врожденного вывиха бедра протекает благоприятно, если обеспечена центрация головки бедренной кости в истинной вертлужной впадине без повреждения суставного хряща, полностью устранена патология в суставе и компрессия головки.

#### **Список литературы**

1. Кожевников О.В., Кралина С.Э., Иванов А.В., Грибова И.В. Хирургическое лечение врожденного вывиха бедра у детей младшего возраста // Ж. Вестник травматологии и ортопедии им Н.И. Приорова. -2008. -№1. – стр. 53-58.
2. Поздникин И.Ю. Формирование тазобедренного сустава после открытого вправления бедра у детей младшего возраста // Ж. Вестник травматологии и ортопедии им Н.И.Приорова. -2011. -№1. – стр. 28-32.
3. Поздникин Ю.И., Камоско М.М., Краснов А.И. Система лечения дисплазии тазобедренного сустава и врожденного вывиха бедра как основа профилактики диспластического коксартроза // Ж. Вестник травматологии и ортопедии им Н.И.Приорова. -2007. -№3. – стр. 63-71.
4. Соколовский А.М., Соколовский О.А., Ковальчук О.В. Хирургическая триада при врожденном вывихе бедра у детей // Ж. Медицинские новости. -2008. -№7. – стр. 95-100.
5. Ахтамов А., Ахтамов А.А., Жураев А.М. “Ранняя диагностика дисплазии и врожденного вывиха бедра у новорожденных и детей грудного возраста”//Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. Научно-практический медицинский журнал. Тошкент-2017. №4. 109-115 стр.

### **КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ**

*Бабаева Л.А., Раджабов С.Ф.*

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан  
Отделение гемодиализа ГУ Комплекс Здоровья «Истиклол». Таджикистан

**Актуальность.** На рубеже XX – XXI веков мировое сообщество столкнулось с глобальной проблемой – пандемией хронических неинфекционных болезней, уносящих миллионы жизней или приводящих к тяжелым осложнениям, требующим необходимости высокотратного лечения [1,3]. Наряду с другими хроническими болезнями, настоящей эпидемией XXI века становится хроническая болезнь почек (ХБП) - одна из наиболее значимых медицинских и социально-экономических проблем современности. ХБП – неспецифический синдром, развивающийся при наследственных, врожденных и приобретенных заболеваниях почек, вследствие прогрессирующей гибели нефронов и стромы с неуклонным снижением способности почек выполнять гомеостатические функции

[5]. Традиционное представление о редкости хронических заболеваний почек сегодня полностью пересмотрено. Широкие популяционные исследования выявляют частые случаи их бессимптомного течения с клинической манифестацией только в стадии терминальной почечной недостаточности (ТПН) [1,2]. Социальная значимость ХБП заключается в продолжающемся росте ее распространенности и ранней инвалидизации больных. Количество больных с ТПН в мире на 2001 год составляло 1 479.000, на 2004 год 1 783.000 человек (прирост  $\approx 7\%$  в год). Соответственно с каждым годом непрерывно увеличивается и число больных, находящихся на диализе. Если в 1990 году заместительную почечную терапию (ЗПТ) получали 426 000, то в 2000 году – 1 065 000, в 2004 году - 1 800 000 человек, в 2010 году - 2 095 000 больных [3]. Высокая стоимость ЗПТ и, в связи с этим, недостаточная доступность в большинстве регионов мира, в которых проживает 80% человечества, делают ХБП одной из проблем не только практической нефрологии, но и практического здравоохранения в целом [4]. Решение задачи улучшения исходов у больных с ХБП требует скоординированного подхода, оценки распространенности заболевания, выявления его ранних стадий, предшествующих факторов риска, а также выявления и коррекции факторов риска неблагоприятных исходов [2]. В последние годы современная нефрология столкнулась с тремя очень важными проблемами: наблюдается фактическое увеличение количества больных с хронической почечной патологией; результаты этиологического и патогенетического лечения большинства ХБП остаются несовершенными; вышеперечисленные факторы привели к увеличению количества пациентов, которым требуется ЗПТ [1,3]. Большой процент детей развивает ХБП очень рано, в основном при врожденных аномалиях почек, являющихся ответственными почти за половину всех случаев. Альтернативой терминальной стадии ХБП является трансплантация почки, но в связи с недостаточностью средств ограничиваются ЗПТ [3]. Открытие новых диализных центров и увеличение числа трансплантаций почки в мире имеет огромное значение, однако решает проблему ТПН лишь отчасти, поскольку не обеспечивает восстановления трудоспособности и высокого качества жизни больных, не предотвращает их высокую смертность [1,5]. Преодолеть эти негативные тенденции можно только путем своевременной диагностики болезней почек, раннего назначения патогенетического и нефропротективного лечения, широких и эффективных профилактических мероприятий [4].

**Цель исследования.** Изучение клинических особенностей течения хронической болезни почек у детей.

**Материал и методы исследования.** Проведен ретроспективный анализ 48 историй болезней детей с терминальной почечной недостаточностью, находящихся на стационарном лечении в отделении гемодиализа ГУ Комплекс Здоровья «Истиклол» за период с 2016 по 2019 гг. Возраст детей составил от 1 до 17 лет. Девочки составили 25% (n=12), мальчики - 75 % (n=36). Были изучены основные проявления ХБП, выявляемые при опросе и клиническом осмотре пациентов, а также проведен комплекс лабораторно-инструментальных методов исследования. Все больные находились на заместительной почечной терапии.

**Результаты исследования и их обсуждение.** При анализе полученных данных основными факторами риска развития хронической болезни почек у обследованных нами детей являлись – врожденные 18,8% (n=9), наследственные 20,8 % (n= 10) и приобретенные 60,4 % (n= 29) заболевания почек.

Основными жалобами при поступлении в стационар являлись головная боль, тошнота, рвота, жажда, вялость, отсутствие аппетита, отеки, редкое мочеиспускание. В начальной стадии ХБП предъявляемые жалобы и клинические симптомы были связаны с основным заболеванием. Заболевание развивалось постепенно. Клиническая картина формировалась при скорости клубочковой фильтрации менее 25 мл/мин. В анамнезе заболевания у всех обследованных нами больных отмечались: продолжительная протеинурия, артериальная гипертензия, задержка физического развития, рецидивирующая инфекция мочевой системы. При осмотре кожные покровы бледные, сухие с желтушным оттенком. Отмечался «порхающий» тремор, отёчный синдром, задержка роста, дефицит массы тела, признаки анемии, повышение артериального давления (максимальные цифры достигали 220/120 мм рт ст), патология глазного дна, в 8,3% (n= 4) случаев отмечался экссудативный (уремический) перикардит. Среди лабораторных показателей, характеризующих мочевой синдром при ХБП, наибольшее значение по данным общего анализа мочи имели: протеинурия (от 1,5 до 3,3‰), лейкоцитурия, гематурия имела неустойчивый характер, которая являлась фактором риска анемии, цилиндрурия. В общем анализе крови отмечалось снижение уровня Hb и эритроцитов, ускоренное СОЭ. В биохимическом анализе крови у 100% больных отмечалось повышение уровней мочевины и креатинина, гиперкалиемия, гипокальциемия, снижение уровня сывороточного железа, метаболический ацидоз. Минимальная скорость клубочковой фильтрации составила 10 мл/мин. У всех больных была нарушена выделительная функция почек. У 79,2 % детей отмечалась олигурия, у 20,8% анурия. На УЗИ у всех детей были обнаружены явления нефросклероза, почки были уменьшены в размерах, отмечалось уплотнение и истончение паренхимы, потеря кортико-медуллярной дифференцировки. На ЭхоКГ – признаки сердечной недостаточности, гипертрофия левых отделов сердца.

Все больные находились на заместительной почечной терапии. Лечение проводилось с учетом анемии, гипертензии, водно-электролитных нарушений и кислотно-щелочного состояния. У всех обследованных нами детей отмечалась нефрогенная анемия, которая внесла значительный вклад в тяжесть симптомов ХБП, оказала существенное влияние на жизнь обследованных нами больных и возникла при снижении клиренса креатинина до 40-60 мл/мин. Подавляющему большинству больных внутривенно вводили препараты железа, с целью профилактики дефицита железа. С целью стимуляции эритропоэза использовали средства, стимулирующие эритропоэз (ССЭ), препарат рекомбинантного человеческого эритропоэтина (рчЭПО). Решение о необходимости и сроках начала терапии ССЭ у больных на диализе принималось индивидуально. Нами был использован эритропоэтин, который купировал симптомы анемии, снизил частоту ее осложнений и улучшил показатели качества жизни больных, а также снизил резко увеличенный вследствие анемии сердечный выброс. Внутривенно препараты ЭПО вводили 2-3 раза в неделю, доза ЭПО также корректировалась в соответствии с уровнем гемоглобина. Всем пациентам проводили профиль АД, особенно в начале лечения, а также на всем протяжении терапии до достижения оптимального

уровня гемоглобина. Была проведена коррекция ацидоза, гиперкалиемии и гипокальциемии, а также адекватная антигипертензивная терапия.

Из 48 обследованных нами детей, 6 пациентам провели трансплантацию донорской почки, у 4 больных отмечался летальный исход.

**Выводы.** Ранняя диагностика пороков развития мочевыводящих путей и наследственной патологии, своевременное и эффективное лечение приобретенных заболеваний и оценка факторов прогрессирования, а также своевременная хирургическая коррекция обструктивных уропатий снижают риск развития хронической болезни почек у детей. Своевременное выявление и правильная постановка диагноза способствуют разработке правильной тактики лечения, что в свою очередь существенно повлияет на качество жизни больных.

#### Список литературы

1. Warady, B.A. Chronic kidney disease in children: 8 the global perspective / B.A. Warady, V. Chadha // *Pediatr Nephrol.* - 2007. - December; 22(12). - P. 1999-2009.
2. Нефрология [Электронный ресурс] / Под ред. Н.А. Мухина–М.: ГЭОТАР - Медиа, 2009. – [http://www.Rosmedlib.ru /book/ ISBN 9785970411742.html](http://www.Rosmedlib.ru/book/ISBN_9785970411742.html)
3. Бикбов, Б.Т. Состояние заместительной терапии больных с хронической почечной недостаточностью в Российской Федерации в 1998–2009 гг. / Б.Т. Бикбов, Н.А. Томилина // *Нефрология и диализ.* – 2011. – Т. 3. – С. 152–250.
4. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney inter., Suppl.* – 2013. – №3. – P. 140–143.
5. Шило В.Ю. [и др.] Обновленные Российские Национальные рекомендации по диагностике и лечению анемии при хронической болезни почек в редакции 2014 года.

### ВЛИЯНИЕ ЗВУР НА СОСТОЯНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

*Бакоев Ф.С.*

Кафедра детских болезней №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Здравоохранение и общество в целом постоянно волнуют вопросы высокой перинатальной заболеваемости, смертности и детской инвалидности [1]. Существенный вклад в развитие хронических форм патологии и детской инвалидности вносит задержка внутриутробного развития плода (ЗВРП). Перинатальная смертность в случаях ЗВУР, согласно данным литературы в 3-5 раз превышает среднюю региональную, чем при неосложненном течении беременности [2]. Несмотря на развитие и достижения перинатологии и акушерства частота рождения детей с ЗВУР по результатам исследований последних лет остается высокой и имеет тенденции к росту. По данным ВОЗ она составляет в среднем 17%, что свидетельствует о нерешенности многих проблем в перинатологии. По мнению многих авторов, это патология оказывает влияние не только на внутриутробное состояние плода, также служит фактором, обуславливающим и предрасполагающими к развитию других заболеваний, ухудшая тем самым прогноз для здоровья[3].

**Целью исследования** явилось изучение особенностей психомоторного развития в анамнезе у детей с диспластическим вариантом ЗВУР для оценки глубины поражения центральной нервной системы при данной патологии.

**Материал и методы исследования.** Проведено обследование 153 новорожденным с признаками задержки роста и развития плода при рождении, родившимся в гестационном возрасте 38- 40 недель от одноплодной беременности. Из них у 32 (20,9 %) детей в зависимости от характерных клинических проявлений был диагностирован диспластический вариант ЗВУР. Группу сравнения составили 30 детей не имеющие ЗВУР. Степень тяжести диспластического варианта определялась не столько выраженностью дефицита антропометрических показателей, сколько наличием и характером пороков развития, количеством и тяжестью стигм дизэмбриогенеза, а также состоянием ЦНС. При рождении признаки хронической внутриутробной гипоксии были диагностированы у всех детей с ЗВУР. Дети с ЗВУР находились на стационарном лечении с 12 до 21 дня. Всем детям было проведено полное клинико-инструментальное и лабораторное обследование: осмотр глазного дна и нейросонография проводилась всем детям; УЗИ внутренних органов, рентгенография грудной клетки и брюшной полости и КТ - по показаниям. Наблюдение в анамнезе за детьми осуществлялось в центрах здоровья города Душанбе. Углубленное обследование детей проводилось в 3,6, 9 и 12 месяцев жизни с учетом оценки особенностей их психомоторного, физического развития и заболеваемости. Для определения степени тяжести задержки психомоторного развития (ЗПМР) проводили качественный и количественные методы оценки неврологических расстройств.

**Результаты исследования и их обсуждение.** У детей с диспластическим вариантом ЗВУР почти у всех детей - 40 (83,3 %) выраженность диспластических нарушений соответствовала тяжелой степени данной патологии. Состояние новорожденных с диспластическим вариантом ЗВУР при рождении как тяжелое расценивалось в четыре раза чаще - 87,5% по сравнению с детьми группы сравнения 22 (23,4%). Анализ оценки состояния детей при рождении по шкале Апгар показал, что при диспластическом варианте ЗВУР в конце 1 минуты жизни адаптационные возможности новорожденных оказались значительно ниже, чем в группе сравнения ( $p < 0,001$ ). У них тяжелая асфиксия регистрировалась у 37,5 % детей, которая на 5-й минуте оставалась ниже 5-6 баллов, что свидетельствовало о перенесенной острой гипоксии. Течение периода адаптации у новорожденных с диспластическим вариантом ЗВУР чаще осложнялось такими состояниями как - РДС - 62,5%, сердечно-сосудистая недостаточность - 66,7%, отечный - 70,8% и геморрагический синдром - 36,4%. В период новорожденности у всех детей с диспластическим вариантом ЗВУР диагностирована церебральная ишемия различной степени тяжести. Тяжесть поражения ЦНС в периоде неонатальной адаптации определялась высоким процентом выявления синдрома угнетения

(53,8%), достоверно отличалась от детей ( $p < 0,001$ ) группы сравнения. Вторым по частоте встречался гидроцефальный синдром - 29,4 %. У 65% детей наблюдалось сочетание трех синдромов поражения ЦНС, чаще всего наблюдавшееся у детей с тяжелой степенью, у 33 % – двух синдромов.

Синдром задержки психомоторного развития к году регистрировался почти у всех детей, причем у 54,5% развилась тяжелая форма и у 36,4% средне-тяжелая форма. У 18,25% детей диагностирован ранний дебют эпилептического синдрома. У 72,7% детей отмечалась различной степени задержка моторного развития, 58,3% - речевого и 54,6% - развития эмоции. Причиной отставания развития сразу по нескольким нервно-психическим функциям у детей в течение первого года является тяжелая форма ЗВУР, которая усугубляла течение энцефалопатии с имеющимися у них врожденными пороками развития со стороны различных органов и систем (52%). У 12,5% детей были диагностированы наследственные заболевания. В 34,4% случаев выявлены аномалии развития в системе кровообращения, в 15,6% - ВПР ЦНС в виде кист головного мозга и врожденной гидроцефалии, а также спинномозговой грыжи; ВПР половых органов был обнаружен у 12,5% детей; мочевыделительной системы - 12,5%; ЖКТ - 9,3% и легких - 3,12%.

**Выводы.** Детям с диспластическим вариантом ЗВУР на первом году жизни свойственна высокая частота неврологической патологии в виде отставания моторной функции и психического развития.

#### Список литературы

1. Гольдобин, Н.И. Особенности состояния здоровья детей с ЗВУР на первом году жизни / Н.И. Гольдобин // Неонатология. – 2011. - №3. – С.56-59.
2. Дементьева, Г.М. Профилактическая и превентивная неонатология. Низкая масса тела при рождении. Гипоксия плода и новорожденного: Лекция для врачей / Г.М. Дементьева. – М., 1999. – 69с.
3. Фрухт, Э.Л. Контроль за психомоторным развитием детей первого года жизни в условиях детской поликлиники / Э.Л. Фрухт // Фельдшер и акушерства. – 2012. - №7. – С.9-22.

### МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ

*Бобоева Н.Т., Абдуллаева М.Н.*

Самаркандский Государственный Медицинский институт. Узбекистан

**Актуальность.** Пролонгированная неонатальная гипербилирубинемия обычно наблюдается, когда желтизна кожи и слизистых покровов держится более 14 дней у доношенных и более 21 дня у недоношенных новорожденных [1,3]. Иногда в 15-40% случаев она наблюдается у абсолютно здоровых новорожденных, которые находятся на абсолютном грудном вскармливании на вторые недели жизни и в 9% случаев на четвертые недели жизни [4]. Причиной желтух в неонатальном периоде может быть конъюгационная или неконъюгационная гипербилирубинемия [5,6]. Различие этих желтух даёт понятие о патологическом состоянии и правильную диагностику, ведение новорожденных с гипербилирубинемией.

Высокая частота неонатальных желтух обусловлена целым рядом факторов, основными среди которых являются эпидемиологические особенности заболевания, а так же особенности иммунитета и эндокринного статуса у беременных женщин, течение беременности и родов, особенности иммунитета плодов и новорожденных детей, гестационного возраста новорожденного и морфофункциональной зрелости новорожденного [2,5].

**Цель исследования** - изучение особенности метаболического статуса при пролонгированной неонатальной гипербилирубинемии у новорожденных.

**Материалы и методы исследования.** Под наблюдением находилось 400 новорожденных с пролонгированной желтухой, из них: 133 недоношенных, 267 доношенных. Основную группу составили 50,5% новорожденные с признаками гипоксико-ишемической энцефалопатии. У подавляющего большинства детей диагностирована внутриутробное инфицирование 30,5% , задержка роста и развития 1,1%, неонатальная пневмония 7,6%, дискинезия желчевыводящих путей 1,1%, фетальный гепатит 0,5%, острый гепатохолецистит 0,5%, желтуха от материнского молока 0,5%, врожденный гипотиреоз 1,1%, стигмы дисэмбриогенеза 1,1%, новорожденные которые в анамнезе перенесли родовую травму (кефалогематома) 5,5%.

Анамнестические данные матерей новорожденных с пролонгированной гипербилирубинемией позволил выявить отягощенный анамнез беременности и родов. Установлено, что у матерей новорожденных с затяжной желтухой чаще выявлялась анемия, гестозы в первой и второй половине беременности, респираторные заболевания, перенесенные во время беременности, субклиническое йод-дефицитное состояние, TORCH- инфекция, угрозы прерывания беременности, преждевременное отхождение околоплодных вод, гинекологические заболевания (эрозия шейки матки, кольпит).

В акушерском анамнезе у 3 женщин отмечались самопроизвольные выкидыши, а также различные осложнения родов: слабость родовой деятельности (5), стремительные роды (6), использование акушерских щипцов (2), обвитие новорожденного пуповиной (10).

Исследование проводилось на базе областного многопрофильного детского медицинского центра в отделении неонатологии. Проведено клинико-лабораторное обследование новорожденных с использованием аппарата Mindray BA -88 A (Китай).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Наблюдаемые нами новорожденные были разделены на следующие группы.

I группа- доношенные дети с транзиторной гипербилирубинемией

II группа- доношенные дети с пролонгированной гипербилирубинемией

III группа- доношенные дети с пролонгированной гипербилирубинемией с отягощенным анамнезом.

В обеих группах наблюдалось повышение уровня общего билирубина и его фракций на 3-4-й день жизни ребенка. Снижение уровня билирубина в группе сравнения было медленным. В группе доношенных новорожденных с постгипоксическим синдромом наблюдается развитие гипербилирубинемии в период адаптации в первые дни стационарного лечения до  $225 \pm 10,5$  мкмоль/л, причем в динамике уровень общего билирубина продолжает нарастать против нормативных показателей от 34 до 170 мкмоль/л; в свою очередь непрямой билирубин увеличен в первые дни до  $192,6 \pm 10,1$  мкмоль/л, в процессе лечения имеется тенденция к нарастанию до  $220,8 \pm 7,8$  мкмоль/л, при нормативных цифрах 29-56 мкмоль/л. В этом случае билирубин обладающий противоксидантными свойствами при указанных случаях создает риск развития интоксикации. На фоне гипоксии, изменений гомеостаза и белково синтетической функции печени происходит проникновение непрямой фракции билирубина через гематоэнцефальный барьер и провоцирует риск развития неврологической симптоматики.

Анализ метаболического статуса в группе доношенных новорожденных с отягощенным анамнезом указывает на развитие гипофосфатемии с тенденцией к снижению, что связано ограничением участия фосфора в синтезе белка и уменьшением в составе АТФ, АДФ. Гипофосфатемия сочетается со снижением уровня белка сыворотки крови.

На фоне несовершенства белкового обмена и недостаточности синтезирующей функции печени уровень железа у больных новорожденных сохраняется на уровне нижних границ показателей у здоровых детей, но при таких метаболических сдвигах функции печени снижение содержания макроэргических соединений не обеспечит интенсивность пластических процессов для полноценного энергетического обмена.

Катаболическая направленность обмена при постгипоксическом состоянии у доношенных новорожденных выражалась в сдвигах азотистого обмена повышением уровня мочевины с медленной тенденцией к снижению на фоне проводимого лечения в динамике. Такое повышение уровня мочевины при нормальных показателях креатинина является одним из показателей биохимических сдвигов периода адаптации при мочекишечном инфаркте новорожденных, но наличие признаков нарушения функции печени не исключает риск развития постгипоксического гепаторенального синдрома.

Развитие пролонгированной неонатальной гипербилирубинемии у доношенных детей в сочетании с умеренным увеличением печеночных ферментов, а именно: АЛТ до  $0,716 \pm 0,085$  при норме от 0,1 до 0,7 ммоль/л; выраженное увеличением холестерина почти в 2 раза в начале лечения до  $5,25 \pm 1,35$  и имеющее умеренную тенденцию к снижению против нормы, увеличение щелочной фосфатазы до  $79,3 \pm 18,6$  мкмоль/л при норме 58-60 мкмоль/л указывает на тенденцию к развитию холестатической желтухи, что на фоне внутриутробной гипоксии может быть связано с незрелостью ферментных систем печени и задержкой постнатального созревания желчных протоков и их дифференцировки. Повышение уровня холестерина обычно сочетается с гипотиреозом, что настораживает в связи со сложившейся йод дефицитной экологической ситуацией.

**Выводы.** Анализируя метаболические сдвиги при пролонгированной неонатальной гипербилирубинемии можно сделать вывод, при отсутствии соответствующей клинической симптоматики наблюдаемые лабораторные феномены служат индикатором определенного патологического процесса. Эти изменения могут быть выявлены на доклинической стадии заболевания, как фактор риска и поэтому могут служить чувствительным маркером predisположенности к метаболическим изменениям при пролонгированной неонатальной гипербилирубинемии.

#### Список литературы

1. Володин Н.Н., Дегтярева А.В., Дегтярев Д.Н. Основные причины желтух у новорожденных детей и принципы дифференциальной
2. В.А.Таболлин, А.В.Иванова, Н.Н.Володин, Ю.Г.Мухина Особенности метаболизма и печеночно-кишечной циркуляции желчных кислот у плода и новорожденного // Педиатрия-1997.-№3.-С.89-94.В.
3. Яцык, Г.В.Руководство по неонатологии / Г.В. Яцык.. - М.: Медицинское информационное агентство, 1998.-400с
4. Г.В.Яцык, И.А.Беляева, Е.П.Бомбардинова. Эффективность препарата хофтиол в терапии желтух у новорожденных. //Рос.вестн.перинатол и педиатр.-2007.-№2.-С.20-22.
5. Karer F.M., Bensard D.D. Neonatal cholestasis Semin Pediat Surg 2000; 9:4:166-169.
6. Meisner M., Tschaikowsky K., Hutzler A., Schick C, and Schuttler J Postoperative plasma concentrations of procalcitonin after different types of surgery. Intensive Care Med (1998) 24:680-684.

#### КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

*Бриткова Т.А., Сафиуллина Н.А., Мартыхина Н.А.*  
Кафедра детских инфекций ГБОУ ВО ИГМА. Россия.

**Актуальность.** Острые респираторные инфекции (ОРИ) и грипп, по-прежнему, представляют наиболее актуальную проблему педиатрии. XXI век называют веком вирусных инфекций. По данным Роспотребнадзора Удмуртской республики заболеваемость детей ОРИ и гриппом остается высокой: в 2018 году показатель заболеваемости превысил среднероссийский показатель по ОРИ и гриппу – в 7,6 раза. Удельный вес детей, в общей структуре заболевших составил 69,1 %.

ОРИ – группа заболеваний респираторного тракта, различных по этиологии, но сходных по клиническим и эпидемиологическим признакам. ОРИ составляют 80-90 % всей инфекционной патологии детского возраста. Сегодня наряду с известными респираторными вирусами (грипп, парагрипп),- появились относительно новые предста-

вители респираторной группы патогенов: бокавирусы (*Human bokavirus*), коронавирусы (*SARS- MERS koronaviridae*), риновирусы (*Human rinovirus*). Несмотря на высокую заболеваемость ОРВИ, особенно, в детской популяции, можно констатировать, что улучшилась этиологическая диагностика ОРВИ, изменилось качество лечения, расширились возможности специфической и неспецифической профилактики. Совершенно очевидно, что ОРВИ способствуют формированию очагов хронической инфекции в носоглотке, способствуют сенсibilизации, являются индукторами обострений бронхиальной астмы у детей, бронхолегочной дисплазии, патологии сердечно-сосудистой системы, а также нарушают график вакцинации и представляют серьезную социальную проблему.

На современном этапе ведущая роль в этиологической структуре ОРВИ принадлежит вирусам гриппа А, В (*Human influenza A, B*), 1,4 серовариантам вирусам парагриппа (*Human parainfluenzae*), респираторно-синцитиальному вирусу РСВ (*Human respiratory syncytial virus*), бокавирусам (*human bokavirus*)

**Цель исследования:** изучение клинико – вирусологических особенностей больных с ОРВИ в эпидемические сезоны с 2014 по 2019 гг.

**Материалы и методы исследования:** исследование проводилось на базе детского инфекционного отделения городской клинической больницы №7 г. Ижевска. Был проведен ретроспективный анализ клинико-лабораторных данных 570 историй болезни детей в возрасте от 4 месяцев до 16 лет, находившихся на стационарном лечении с диагнозом ОРВИ. Было выделено 2 группы больных: 1 группа – больные с ОРВИ с вирусологическим подтверждением (n=359); 2 группа – с неverified вирусной инфекцией (n =211). Вирусологическая диагностика проводилась методом ПЦР рото- и носоглоточных смывов. Данный метод обладает высокой чувствительностью и специфичностью.

**Результаты исследования и их обсуждение:** проведенный анализ позволил констатировать, что в разные эпидемические сезоны могут доминировать различные респираторные вирусы. В 2012 /2013 гг. зарегистрирована одна из наиболее интенсивных эпидемий гриппа в УР. Циркулировали сероварианты вирусов гриппа А ( H3N2), А1 ( H1N1)-swin, В. В 2014-2015 г. преобладали вирусы парагриппа, РС-вирусы, а также, вирусы гриппа. В эпидемическом сезоне 2014-2015, 2017-2018 г. г., напротив, отмечалось снижение циркуляции вирусов гриппа, но значительный рост удельного веса *Human respiratory syncytial virus* ( 40,5 % ) и *Human parainfluenzae* ( 19,7 %). Следует отметить, что в 2018 г. возрос удельный вес риновирусной (27,8 %) и бокавирусной ( 5,3 %) инфекции. Выделение данных вирусов коррелировало с клиникой ларинготрахеита, синдрома крупа и обструктивного бронхита. Так, по резолюции всемирной встречи экспертов по респираторным вирусам (г. Вена, 2010 г.) сделаны выводы, что респираторные вирусы на современном этапе играют значительно большую роль как причина бронхообструкции и бронхиальной астмы (БА) у детей, чем считалось ранее. При этом риновирусная и РСВ-инфекция в раннем детском возрасте являются существенным фактором риска развития БА. В наших клинических наблюдениях отчетливо прослеживается связь риновирусной и РСВ - инфекции с синдромом бронхиальной обструкции. Анализируя течение заболевания, следует отметить, что у 49,1 % больных детей с ОРВИ на фоне РСВ – инфекции отмечалось затяжное течение, нисходящий процесс, присоединение синдрома бронхиальной обструкции, а также, развитие пневмонии у 32,7 % детей.

Возможности лечения и профилактики ОРВИ у детей на современном этапе очень большие. Так, анализ проводимого лечения свидетельствует об эффективности таких противовирусных препаратов как виферон, умифеновир, тамифлю, изопринозин, генферон, кагоцел. Высокая эффективность на фоне гриппа отмечается при использовании препаратов тамифлю, умифеновир, генферон.

Данные препараты в эпидемический сезон возможно использовать и в профилактическом режиме. Но, безусловно, огромная роль в специфической профилактике принадлежит вакцинации от гриппа. Общий процент вакцинированных в детской популяции остается низким ( около 30 %).

**Выводы:** Таким образом, проведенный анализ клинико-вирусологической картины больных с ОРВИ в эпидемические сезоны с 2014 по 20159 гг. свидетельствует о высокой частоте циркуляции респираторно-синцитиальной инфекции (*Humanrespiratori sincitial virus*), а также значимости риновирусной (*Human rinovirus*), бокавирусной инфекции ( *Human bokavirus*) наряду с циркуляцией вирусов гриппа в детской популяции. Среди больных с ОРВИ преобладают дети раннего возраста ( 55,8 %). Также, проведенный анализ позволил выявить, что во всех возрастных группах преобладающими синдромами являлись : бронхообструктивный (83,1 %) и кашлевой ( 94,5 %); синдром острого обструктивного ларингита встречался у 27,1 % больных.. Анализ топики поражения дыхательных путей при ОРВИ показывает, что преобладает смешанный характер поражения. Таким образом, заболеваемость ОРВИ в детской популяции остается высокой и требует целенаправленной терапии и профилактики.

#### Список литературы

1. Бронхиальная обструкция на фоне острой респираторной инфекции у детей дошкольного возраста : диагностика, дифференциальная диагностика, терапия и профилактика / Геппе Н.А. и др. - М.: Медком-Про, 2019.-80 с.
2. Союз педиатров России. Научно-практическая программа « Острые респираторные заболевания у детей. Лечение и профилактика.». - М., 2002 г.
3. Таточенко В.К. Болезни органов дыхания у детей. - М. Педиатр.2012.-244 с.

## ЧАСТОТА РЕГИСТРАЦИИ ВРОЖДЕННОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ПАТОЛОГИИ (РАСЩЕЛИН ГУБЫ И НЁБА) И ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ

*Вохидов А.В., Набиева Ш.З., Бурхонов С.Б.*

ГУ РНКЦ педиатрии и детской хирургии, НКИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии  
г. Душанбе. Таджикистан

**Актуальность.** В Республике Таджикистан, как и в других странах, врождённые аномалии развития продолжают занимать лидирующие позиции в структуре заболеваемости и смертности детей раннего возраста (Н.Н. Свиридов 2003; Н.А. Давлетшин 2009; Л.О. Исаков 2009; Е.В. Николаева 2010; О.В. Нелюбина 2012; А.В. Вохидов 2015).

К наиболее распространённым врождённым порокам развития относится врожденная челюстно-лицевая аномалия, в структуре антенатальной патологии приводящая к частичному ограничению жизнедеятельности и развивающаяся на фоне железодефицитной анемии (С.В. Дьякова 2006; Т.А. Тутуева 2006; С.В. Чуйкин 2008; А.Г. Леонов 2009).

В этиологическом аспекте данные пороки развития относятся к мультифакторной патологии, в развитии которой участвуют различные эндогенные, экзогенные, а также генетически обусловленные факторы, экстра генитальная патология в виде железодефицитной анемии (Е.Н. Силантьева 2005; В.В. Харке 2008; В.А. Зеленский 2010; Р.Н. Федотов 2010; М. Meazzini et al., 2008).

**Цель исследования.** Оценить распространённость полового различия и клинические формы проявления врождённой челюстно-лицевой аномалии среди детей раннего возраста.

**Материал и методы исследования.** Наши исследования основаны на анализе статистических данных о распространённости врождённых аномалий губы и нёба среди новорождённых по данным формы 32 «Отчёт о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам», представленных Республиканским центром медицинской статистики и информации МЗ и СЗН РТ, а также выборке историй болезни больных, госпитализированных в специализированном отделении детской челюстно-лицевой хирургии Национального медицинского центра «Шахраки Шифобахш» г. Душанбе и профильном отделении НКИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Анализу были подвергнуты статистические данные за последние 10 лет (с 2007 по 2017 гг.). В процессе работы была дана оценка половому различию распространённости ВАГН, ИСК - индексу сезонных колебаний, оценке экзогенных и эндогенных маркеров в возникновении оцениваемой врождённой патологии. Проведена статистическая обработка материала с использованием стандартных пакетов программ.

**Результаты исследования и их обсуждение.** На протяжении ряда лет среди врождённых аномалий развития, патологии зубочелюстной системы занимают достаточно лидирующие позиции и составляют более 6%. Анализируя показатели заболеваемости новорождённых врождёнными аномалиями губы и нёба (на 1000 ж/р), в зависимости от регионов было установлено, что наиболее высокие показатели заболеваемости были зарегистрированы в городе Душанбе –  $4,2 \pm 0,5$ ; в городе Бохтар Хатлонской обл. –  $3,2 \pm 0,4$ ; в городе Ходженте Согдийской области –  $3,1 \pm 0,4$ ; Исфаре –  $2,7 \pm 0,3$  и районе Айни –  $2,1 \pm 0,2$ .

Проведённый анализ показателей заболеваемости (на 1000 ж/р), демонстрирует то, что максимальное число детей с указанной аномалией были сосредоточены в г. Душанбе –  $3,2 \pm 0,5$ ; в г. Бохтаре –  $1,03 \pm 0,3$ ; в г. Ходженте –  $1,1 \pm 0,1$ ; г. Исфаре –  $0,6 \pm 0,1$ ; районе Айни –  $2,8 \pm 0,3$ .

Изучая за 10-летний период показатели распространённости аномалий развития губы и нёба, в зависимости от месяца года, было выявлено, что чаще всего больные с данной патологией рождались летом –  $29,5 \pm 2,4\%$ , тогда как весной –  $24,9 \pm 2,2\%$ , осенью –  $23,9 \pm 2,4\%$  и зимой –  $20,8 \pm 2,1\%$ . Детальный анализ по месяцам года продемонстрировал то, что максимальное число регистрации приходится на сентябрь –  $11,2 \pm 1,3$  где показатель сезонных колебаний составляет (ИСК – 118,2%), июль, август –  $8,9 \pm 1,2\%$  (ИСК – 115,0%). В зимние месяцы года частота рождения детей с аномалиями развития снижается и составляет в декабре –  $6,6 \pm 0,9\%$  (ИСК – 80,3%), ноябре и феврале –  $5,9 \pm 0,5\%$  (ИСК –  $70,6 \pm 0,2\%$ ).

Различия показателей между месяцами: сентябрь, ноябрь и февраль достоверны ( $p < 0,05$ ). Анализ даты последней менструации показал высокую вероятность срока зачатия в осенние месяцы. В указанные периоды года повышена частота заболеваемости вирусными инфекциями и приём на ранних сроках гестации лекарственных препаратов из группы не стероидных противовоспалительных препаратов, которые относятся к группе лекарственных средств, имеющих высокий тератогенный фактор. Анализ разновидностей врожденной патологии губы и нёба показал, что отдельные расщелины губы составляют ( $25,0 \pm 3,1\%$ ), нёба ( $30,2 \pm 3,6\%$ ), тогда как комбинированные варианты аномалий ( $48,9 \pm 4,1\%$ )  $p < 0,001$ . Анализ половых различий по частоте аномалий развития демонстрирует, что у девочек патология губы и нёба составляет ( $22,5 \pm 3,2\%$ ), отдельно расщелины нёба ( $16,3 \pm 2,7\%$ ), губы ( $9,1 \pm 2,1\%$ ) ( $p < 0,001$ ) соотношение РГ; РГН и РН составило – 1:2,6:1,9. Тогда как у мальчиков расщелины губы и нёба составляли ( $25,1 \pm 3,2\%$ ), однако достоверно чаще регистрировались расщелины губы ( $14,8 \pm 2,7\%$ ) и расщелины нёба ( $13,8 \pm 2,5\%$ ,  $p < 0,01$ ); соотношение РГ к РГН к РН составило 1:1,8:0,9.

Проведя оценку факторов риска, установлено, что эндогенными причинами чаще всего являются генетически обусловленные факторы, имеющие наследственный характер, далее возраст родителей. Изучая роль фактора наследственности в  $25,1 \pm 3,5\%$  случаев, отягощённую наследственность в возникновении ВРГН, по линии отца –  $9,3 \pm 2,4\%$  и по линии матери –  $14,7 \pm 2,9\%$ . Наиболее частым маркером наследственности выступает близкородственный брак, который характерен для горных районов Согдийской области. Аборты могут способствовать существенным изменениям и перестройке гормональной функции в организме беременной женщины, что повлияет на неблагоприятное течение и исход последующей беременности.

Анализ акушерского анамнеза обследованных женщин показал, что исходы предшествующих беременностей у 27,3±3,6% завершились спонтанным абортом, у 13,3±2,3% выявлено наличие 2-х и более абортов.

Прерывание беременности по медицинским показаниям выявлено в анамнезе у 13,3±2,2% женщин, частота мёртворождения составила 2,0±1,1%, чаще всего больные дети рождались у первобеременных (54,0±4,0%), чем выше число паритетов, тем меньше вероятность рождения детей с уродствами. Гестозы второй половины беременности выявлены у 26,0±3,6% женщин. Экстра генитальная патология - железодефицитная анемия установлена у 31,3±3,8% женщин. Анализ возрастного цензуса матерей показал, что период до 20 лет и старше 34 лет у женщин относится к статистически достоверным маркерам группы повышенного риска рождения детей с врождённой аномалией зубочелюстной системы.

Результаты наших исследований показали, что к группе потенциально провоцирующих возникновение ВРГН, можно отнести заболевания органов дыхания и мочеполовой систем. Причём, степень связи и величина носительского риска была выше при заболеваниях дыхательной системы.

**Вывод.** Таким образом, проведённые исследования показывают достаточно высокую распространённость ВРГН среди детей раннего возраста, из факторов риска, эндогенные наиболее часто приводят к формированию аномалий челюстно - лицевой сферы у детей.

#### Список литературы:

1. Дистель, В. А. Зубочелюстные аномалии и деформации / В.А. Дистель, В.Г. Сунцов, В.Д. Вагнер. - Н.Новгород: НГМА, 2001.- 102 с.
2. Лебеденко, И. Ю. Клинические методы диагностики функциональных нарушений зубочелюстной системы / И.Ю. Лебеденко, С.Д. Арутюнов, М.М. Антоник, А.А. Ступников. - М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 112 с. (2-е изд.)
3. Безруков, В. М. Деформации лицевого черепа / В.М. Безруков, Н.А. Рабухина. - М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2005. - 312 с.
4. Кулаков, А. А. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство / под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 928 с.
5. Balaji, S. M. Change of Lip and Occlusal Cant After Simultaneous Maxillary and Mandibular Distraction Osteogenesis in Hemifacial Microsomia / S.M. Balaji // Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. - 2010. - Vol. 9(4). - P.344–349.

### СТРУКТУРА ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ В АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

*Гаджиева Н.А.*

Азербайджанский медицинский университет г.Баку

**Актуальность.** Врожденный порок сердца - (ВПС) у детей широко распространенной патологии в мире и имеет серьезный прогноз в отношении предстоящей жизни ребенка. В настоящее время выходят на одно из первых мест в структуре сердечно - сосудистой заболеваемости, летальности и инвалидности. По данным НИЦ ССХ А.Н. Бакулева частота ВПС в России составляет 49,5% от всех пороков развития (45,0% у подростков, 30,9% у детей) (1). При обширном мета анализе ,данных в мировой литературе (2,3) ВПС регистрировались с частотой 6 на 1000 родившихся живыми детей в 1930- 1934 г. с ростом до 9,1 на 1000 после 1995 г. Последние годы большинство исследователей сходятся во мнении, что частота ВПС варьирует от 19 до 75 на 1000 родившихся живыми (3,4). При этом серьезные ВПС регистрируется с частотой 19,1 – 23,9 на 1000 рождений (2). По данным МЗ РФ в 1999 г. ВПС стали причиной инвалидности 26 тыс. детей в России в возрасте до 15 лет включительно ( 8,6 случаев на 10 тыс.) . По данной литературы (3), большинство детей родившихся с ВПС, не бывает других врожденных пороков развития , 25 -40 % случаев пороки сердца встречаются как составная часть синдрома (2). Вместе с тем известно, что 30 % детей с хромосомными аномалиями имеют ВПС (4). Указанные выше данные свидетельствуют в том, что ВПС имеют мульти факториальную природу, которые в основе их формирования лежит сочетанное воздействие наследственных факторов и факторов окружающей среды. Несмотря на многолетнюю историю изучения ВПС, многие вопросы этой проблемы еще ждут своего решения. Есть определенная причина для исследования распространенности ВПС у детей. Изучение частоты ВПС, их связь конкретной территории действием факторов помогает врачам определить причину формирования их проявления. Разработка мер профилактики и распространение знаний у них могут снизить, а иногда предотвратить формирование ВПС у ребенка. Учитывая мало изученность данного патология, отсутствует научных работ на основе эпидемиологии ВПС у детей Азербайджанской Республики, является важным и актуальным проведением исследований в этом направлении.

**Цель работы.** Определить структуры врожденного порока сердца у детей в Республике Азербайджана.

**Материалы и методы исследования.** Нами было обследовано 342 детей находившиеся в детском отделении клинике НХЦ им. акад. М.А. Топчубашова МЗ Азербайджана за период с января 2017 до января 2018 г. При исследовании медиана, возраста были от 1 суток до 15 лет. Мальчики- 183 (53,5%), девочки- 159 (46,5). Регистрировали возраст ребенка, срок и номер родов, возраст матери и отца, место проживания, было занесено в информационную карту, которую составлялась для каждого ребенка. Диагноз ВПС был подтвержден клинически, рентгенологически, эхокардиографически и ангиокардиографически. Эхокг проводили одно и двух мерном режимом, по стандартам эхокардиографии. Нами была проанализирована частота встречаемости, структура и сопутствующих врожденных пороков аномалии у детей с ВПС. При статистической обработке для качественных данных определена частота встречаемости факторов выборке (р%) и вычислены их стандартные ошибки (±mр%).

**Результаты исследования и их обсуждение.** При исследовании выявлено, что большинство (90%) женщин отмечено наличие отягощенной семейной анамнез, возраст и хронические заболевания матери, патологическое



течение беременности, факторы физической и химической природы (производственные вредности). Большинство детей родились от первой, второй, третьей и шестой беременности от первых родов. По данным исследования выявлена: дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) – перимембранозный -22,3% (у 76 детей), дефект предсердной перегородки – 20,2% (у 69 детей), открытой артериальный проток- 28,7% (у 98 детей), стеноз легочной артерии- 8,5% (у 29 детей), Тетрадо Фалло – 11,7% (у 40 детей), единственный желудочки сердца (ЕЖС) - 2,9% (у 10 детей), частичный аномальный дренаж легочных вен (ЧАДЛВ) -1,8% (у 6 детей), атрезия легочных артерий – 2,3 % (у 8 детей), коарктация аорты -2,3% (у 8 детей), стеноз аорты -2,0 % (у 7 детей), транспозиция магистральных сосудов-Д тип -3,2% (у 11 детей), аномалии Эбштейн -0,3% (у 1 ребенка). Полученные нами данные доказывает преобладание порока сердца без цианоза. В зависимости от сезона определено, что дети с врожденным пороком сердца больше встречались в весенний период -(26,6%). Кроме того, установлено в 1 случай (0,3%) семейной формы ВПС. У 1 случая (0,3%) выявлен синдром Дауна. Сердечная недостаточности выявлено- 43,3%(у 148 детей), легочная гипертензия - 5,8% (у 20 детей). Помимо этого у детей с ВПС обнаружено сопутствующие незначительные дефекты -19,9% (у 68 детей) и множественные пороки развития и аномалии других органов и систем -26,6%( у 90 детей). При этом чаще всего установлено в сочетании ВПС с аномалиями костно-суставной системы. При анализе данных исследований выявлена географическая связь распространения врожденной порока сердца, которая чаще наблюдалась среди детей проживающих в г. Баку и Сумгаита -37,4% (у 128 детей) и Куринская межгорная впадина- 35,4% (у 121 детей). Интерес вызывает и то что в этих регионах наиболее часто отмечается рост, частоты гетерогенной структуры сопутствующие аномалии и порока развития других органах и систем с ВПС. Эти дети нуждаются в длительном квалифицированном медицинском наблюдении с учетом выявленной сопутствующей патологии.

Таким образом, дальнейшее изучение данной проблемой весьма перспективно, поскольку может открыть новые возможности для более точного прогноза предрасположенности к врожденному пороку сердца, профилактике и лечебного воздействия.

**Выводы:** 1. Результат исследования свидетельствует о том, что с 2017 по 2018 годов у детей Азербайджанской Республики преобладает порок сердца без цианоза. (ДМЖП – 23,3%, ДМПП- 20,2%, ОАП – 28,7%)

2. Врожденный парок сердца больше установлен у детей проживающих в регионах г.Баку и Сумгаита - 37,4% и Куринская межгорная впадина -35.4%.

3. Встречалось чаще у мальчиков (53,5%), чем у девочек (46,5%) в весенний периоде.

#### Список литературы

1. Магомедов Ш. М. Эпидемиология ВПС у детей в различных климато-географических зонах Республике Дагестана. Автореферат; 2006; С 28.
2. Белозоров Ю.М., Брегель Л.В., Субботин В.М. Распространенность врожденных пороков сердца у детей на современном этапе // Российский вестник перинат. и педиатр.,2014,№6, том 59. С.7-11.
3. Pierpont M., Basson C., Benson D. et al. Genetik basis for congenital heart defects: current knowledge: a scientific statement from the American Heart Association Congenital Cardiac Defects Committee, Council on cardiovascular Disease in the Young: endorsed by the American Academy of Pediatrics // Circulation, 2007 ;115: 23: 3015.
4. Bhardwaj R ., Rai S., Yadav A. et al. Epidemiology of congenital Heart Disease in India // Congenit. Heart. Dis., 2014; doi: 10.1111/chd. 12220.

#### ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ У ДЕТЕЙ

*Давидович С.Г.*

Кафедра детских болезней № 2. Западно-Казахстанский медицинский университет им. Марата Оспанова.

Казахстан

**Актуальность.** Клинико-эпидемиологические данные накопленные за последние десятилетия свидетельствуют о неуклонном росте и омоложении заболеваний гастродуоденальной зоны у детей [1]. Формирование хронических воспалительных заболеваний в гастродуоденальной сфере напрямую связано с нарушением гомеостаза и барьерной функции организма [2]. Доказано, что интенсивное и длительное воздействие факторов окружающей среды вызывает перенапряжение и истощение механизмов регуляции организма, что способствует хронизации а также более тяжелому течению гастроэнтерологической патологии у детей [3].

Огромное негативное влияние имеет урбанизация, сопровождающаяся информационной и аудиовизуальной перегрузкой и гиподинамией. Из-за неуклонного роста «невротизирующих» факторов у детей все чаще выявляются нейровегетативные и психоэмоциональные нарушения. Хроническое истощение регуляторных систем организма могут быть поддерживающим фактором прогрессирования гастродуоденальной патологии [4]. Многогранность патогенетических механизмов формирования, высокий риск хронизации и утяжеления заболеваний с возрастом делает данную проблему актуальной и социально значимой.

**Цель исследования.** Целью нашего исследования было изучение клинико-морфологических особенностей гастродуоденальной патологии у детей в зависимости от возраста.

**Материалы и методы исследования.** Исследовано 116 детей с заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки, находившихся на лечении в клинической детской больнице г. Актобе за 2018 год. Детям проводились стандартные клинико-лабораторные исследования (общий анализ крови, биохимическое исследование крови, общий анализ мочи, кал на яйца глистов), фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) с определением хеликобактер – пилори биопсийным тестом, рН-метрия пищевода и желудка (для оценки степени эзофагита применялась классификация рефлюкс - эзофагита по Savary-Miller), детям проводилась оценка вегетативного статуса.

Пациенты были распределены на 2 возрастные группы: I группа (младшая возрастная) - дети до 8 лет - 35 (30,2%), II группа (старшая возрастная) - с 8 до 15 лет – 81 (69,8%).

Обработка полученного материала проводилась стандартными статистическими методами с использованием критерия Пирсона  $\chi^2$ . Статистический анализ материала проводился методом компьютерной обработки в среде Windows.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Отягощенная наследственность по заболеваемости гастродуоденальной зоны прослеживалась у подавляющего большинства пациентов, в младшей возрастной группе у 82,8% (29) обследуемых, в старшей у 90,1% (73) детей. Рецидивы заболевания наблюдались у 22,8% (8) детей – I группы, у 93,8% (76) обследуемых II группы.

При оценке вегетативного статуса у детей обеих групп (в 82,8% -I группы и 85,1% во II группе) наблюдался парадоксальный тип вегетативных реакций - ваготония в сочетании с симпатическим типом реактивности.

Хеликобактер-пилори выявлен у 77,3% (58) детей I группы и 88,8% (72) II группы, что отражает общую мировую тенденцию [4].

При оценке локализации болевого синдрома нами выявлено, что у подавляющего большинство пациентов обеих групп, соответственно у 68,5% -85,1% пациентов боли локализовались в эпигастральной области, у 17,1% - 30,8% отмечалась локализация болей за грудиной и у 14,2% - 16,0% в левом подреберье. В среднем пациенты предъявляли от двух до пяти гастроэнтерологических жалоб, которые представлены в таблице 1.

**Таблица 1. - Характер жалоб**

Жалобы	Клинические группы детей			
	I группа (n=35)		II группа (n=81)	
	n	%	n	%
нарушение аппетита	21	60,0	34	41,9
запах изо рта	7	20	54	66,6
металлический привкус во рту	0	0	8	9,8
тошнота	11	31,4	14	17,2
ночные боли	8	22,8	48	59,2
голодные боли	10	28,5	56	69,1
мойнингамовский тип болей	4	11,4	16	19,7
отрыжка	3	8,5	18	22,2
изжога	2	5,7	15	18,5
склонность к запорам	11	31,4	13	16,0
склонность к диарее	5	14,2	4	4,9
смешанный тип нарушения стула	6	17,1	6	7,4

Как видно из вышеприведенных данных, характер предъявляемых жалоб различался у пациентов I и II групп. У обследуемых в младшей возрастной группе ведущей жалобой было нарушение аппетита, ее предъявляли 60% обследуемых, в старшей возрастной группе наиболее частыми жалобами были голодные боли (69,1%) и запах изо рта (66,6%), отрыжка и изжога больше беспокоили детей старшего возраста, а жалобы на неустойчивый стул пациентов младшего возраста, изжога беспокоила чаще пациентов старшей возрастной группы (18,5%), металлический привкус во рту не выявлялся у детей I группы. Эндоскопическая картина патологии гастродуоденальной зоны, полученная в результате ФГДС, представлена в таблице 2.

**Таблица 2. - Эндоскопическая картина гастродуоденальной патологии**

Эндоскопическая картина	Клинические группы детей			
	I группа (n=35)		II группа (n=81)	
	n	%	n	%
рефлюкс-эзофагит I степени	3	11,6	14	17,3
поверхностный гастрит	24	68,5	37	45,7
гастродуоденит	8	22,8	6	7,4
эрозивный гастродуоденит	1	2,8	18	22,2*
язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки	0	0	6	7,4
Примечание: $\chi^2 = 3,96$ , $p = 0,046$				

Как видно из вышеприведенных данных, у пациентов обеих групп чаще всего диагностирован поверхностный гастрит (68,5% в I группе и 45,7% во II группе), эрозивные гастродуодениты встречаются у детей II группы достоверно чаще ( $p=0,046$ ), а язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в нашем исследовании не наблюдалась у пациентов I группы.

**Выводы.** Наши исследования показали, что у детей, страдающих, заболеваниями гастродуоденальной зоны в старшем школьном возрасте на фоне инфицированности хеликобактер-пилори резко возрастает количество эрозивных и язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки, сопровождающихся выраженным вегетативным дисбалансом, что ставит перед врачами серьезную задачу по лечению и профилактике этих заболеваний.

#### Список литературы

1. Авдеева, Т.Г. Детская гастроэнтерология [Текст] /Т.Г. Авдеева, Ю.В., Рябушкин, Л.П. Парменова.- ГОЭТАР.- Медиа, 2011.- 192с.

- Ивашкина В.Т. Пропедевтика детских болезней. Гастроэнтерология.- [Текст] /В.Т.Ивашкина, О.М. Драпкина.- ГОЭТАР.- Медиа, 2012.- 160с.
- Маев, И.В. Инфекция *Helicobacter pylori* [Текст]/ И.В. Маев, А.А.Самсонов, Д.Н. Андреев.- ГОЭТАР-Медиа, 2016.- 256 с.
- Мельникова, И.Ю. Детская гастроэнтерология: практическое руководство [Текст]/ И.Ю.Мельникова.- ГОЭТАР-Медиа, 2018.- 480 с.
- Цимерман, Я.С. Гастроэнтерология [Текст]/ Я.С. Цимерман.- ГОЭТАР- Медиа, 2012.- 816 с.

## ОСОБЕННОСТИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ МИОКАРДА ПРИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ГЕМОЛИТИЧЕСКИХ АНЕМИЯХ У ДЕТЕЙ

*Давлатова С.Н., Исмаилов К.И., Норов А.С.*

Кафедра детских болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** В настоящее время наследственные гемолитические анемии (НГА) занимают устойчивую позицию в структуре анемических состояний детского возраста. Известно более 20 наследственных энзимопатий эритроцитов, множество гемоглинопатий, более 10 вариантов наследственных дефектов мембраны эритроцитов, которые приводят к снижению продолжительности жизни красных кровяных телец и повышенному гемолизу. По данным ВОЗ, ежегодно в мире рождается около 300 тысяч детей с синдромом талассемии. Наиболее часто регистрируются большая и малая её формы [1, 5]. Гемоглинопатии часто выявляют в Закавказье, Средней Азии, Дагестане, Молдавии, Башкирии и др. [2]. Наблюдаемые при НГА гипоксемия, гипоксия и перегрузка организма железом, безусловно, оказывают негативное влияние на жизнедеятельность различных органов и систем, обуславливая тяжёлые осложнения и потерю физической работоспособности у детей. Особенно часто поражается сердце: возникают метаболические и дистрофические изменения, вплоть до развития гемосидероза сердечной мышцы [3, 4].

**Цель исследования.** Изучение особенностей центральной гемодинамики и биоэлектрической активности миокарда у детей, страдающих НГА.

**Материал и методы исследования.** Обследовано 54 пациента, страдающих НГА в возрасте от 3 до 15 лет. Средний возраст детей в момент обследования составлял  $8.6 \pm 0.45$  лет. Мальчиков было 26, девочек – 28. С ферментопатией (дефицит глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы) обследовано 20 детей (37%). Большая талассемия была диагностирована у 15 больных, малая талассемия – также у 15 (27.8%), наследственный микросфероцитоз - у 4 детей (7.4%). Контрольную группу составили 30 здоровых детей (средний возраст –  $8.81 \pm 0.84$  лет). Центральная гемодинамика была исследована методом эхокардиографии на японском ультразвуковом сканере фирмы «Toshiba». Всем детям проведено ЭКГ - исследование. В зависимости от степени тяжести, больные были разделены на 3 группы.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Анализ эхокардиографических данных показал, что в покое у больных с НГА всех трёх групп средняя величина минутного объёма кровотока (МОК) и его относительная величина – сердечный индекс (СИ) оказались достоверно выше по сравнению с таковыми показателями здоровых детей. Обнаружено увеличение величины ударного индекса (УИ) больных по сравнению с контрольной группой, что объясняется заметным снижением показателя площади поверхности тела у детей с анемией. В то же время средняя величина систолического объёма кровотока (СОК) у больных существенно не отличалась от такого же показателя здоровых детей (таб. 1).

**Таблица 1. - Центральная гемодинамика у детей с НГА в покое**

Показатели Группы	СОК мл	УИ мл/м <sup>2</sup>	МОК л/мин	СИ л/мин/ м <sup>2</sup>	ЧСС уд. в мин
I гр. лёгкой степ. P <sub>1</sub>	$49.78 \pm 3.78$ >0.05	$45.52 \pm 2.3$ <0.01	$5.09 \pm 0.32$ <0.001	$4.71 \pm 0.31$ <0.001	$103.11 \pm 2.94$ <0.001
II гр. средней тяж. P <sub>1</sub> P <sub>2</sub>	$48.13 \pm 4.45$ >0.05 >0.05	$46.22 \pm 4.27$ <0.05 >0.05	$5.21 \pm 0.49$ <0.01 >0.05	$4.99 \pm 0.46$ <0.001 >0.05	$108.25 \pm 2.37$ <0.001 >0.05
III гр. тяжёлой степ. P <sub>1</sub> P <sub>3</sub> P <sub>4</sub>	$48.75 \pm 2.63$ >0.05 >0.05 >0.05	$47.92 \pm 2.81$ <0.001 >0.05 >0.05	$5.46 \pm 0.36$ <0.001 >0.05 >0.05	$5.36 \pm 0.32$ <0.001 >0.05 >0.05	$111.69 \pm 2.12$ <0.001 <0.05 >0.05
Контрольная гр. n=30	$43.97 \pm 2.61$	$36.48 \pm 1.68$	$3.72 \pm 0.19$	$3.11 \pm 0.12$	$86.1 \pm 1.2$

**Примечание:**

P<sub>1</sub> – достоверность разницы по сравнению с нормой;

P<sub>2</sub> – достоверность разницы между I и II группами больных;

P<sub>3</sub> – достоверность разницы между I и III группами больных; P<sub>4</sub> - достоверность разницы между II и III группами больных.

Повышение величины МОК у детей с НГА было обусловлено большей частотой сердечных сокращений по сравнению с таковой у детей контрольной группы. Проведённое исследование показало, что у больных с НГА наблюдалось увеличение МОК и СИ за счёт ЧСС.

При анализе электрокардиографических данных у детей с анемией лёгкой степени (9 больных) выявились следующие отклонения: синусовая тахикардия - 44.4%, синусовая тахикардия – 33.3%. Повышенная электрическая активность миокарда левого желудочка была обнаружена у 88.9% детей и выражалась в высокой амплитуде зубца R в V<sub>5</sub> и V<sub>6</sub> отведениях и глубоком зубце S в правых грудных отведениях. Изменение зубца T в виде его уплощения в левых грудных отведениях зарегистрировано в 22.2% случаев. Смещение сегмента ST ниже изолинии

на 1.5 мм в  $V_{4,5}$  отведениях установлено у одного больного. Нарушение внутрижелудочковой проводимости, выявленное у 33.3% больных, выражалось неполной блокадой правой ножки пучка Гиса.

У больных с НГА средней тяжести (13 больных) были выявлены нижеследующие изменения: синусовая тахикардия – у 53.8%, синусовая аритмия – у 30.8% больных. В 4 случаях имело место снижение амплитуды зубца Р, главным образом в I стандартном и левых грудных отведениях. Повышение амплитуды зубца R в  $V_5$  и  $V_6$  ( $RV_{5,6} > RV_4$ ) было обнаружено у 11 больных, что в сочетании с глубоким зубцом S в правых грудных отведениях характеризует повышенную электрическую активность миокарда левого желудочка (84.6%). В ходе исследования у 2 больных (15.4%) была установлена электрическая альтернация комплекса QRS. Зубец T также претерпевал изменения. Снижение его амплитуды встречалось в 30.8% случаев, повышение – в 23.1%. Снижение зубца T регистрировалось в левых грудных отведениях. Высоким и куполообразным он был также в левых грудных отведениях, что отражало состояние гипоксии миокарда. Депрессия сегмента ST, выявленная в 23.1% случаев, выражалась в снижении его ниже изоэлектрической линии на 1.5 мм в  $V_{3,5}$  отведениях. Достаточно часто выявлялась частичная блокада правой ножки пучка Гиса (38.5%) (таб.2).

**Таблица 2. - Показатели ЭКГ у детей с НГА**

Характер изменений	Степень тяжести		
	Лёгкая N=9	Средняя N=13	Тяжёлая N=32
Синусовая тахикардия и тахиаритмия	44.4%	53.8%	75%
Повышенная электрическая активность миокарда левого желудочка	88.9%	84.6%	90.6%
Снижение амплитуды зубца Р	-	30.8%	37.5%
Снижение амплитуды зубца Т	22.2%	30.8%	62.5%
Повышение амплитуды зубца Т	-	23.1%	25%
Депрессия сегмента ST	11.1%	23.1%	34.4%
Неполная блокада правой ножки пучка Гиса	33.3%	38.5%	53.1%
Электрическая альтернация комплекса QRS	-	15.4%	9.4%
Предсердные экстрасистолы	-	7.7%	6.2%

Значительные отклонения со стороны электрокардиограммы имели место у детей с НГА тяжёлой степени (32 больных). Синусовая тахикардия наблюдалась у 62.5% больных, синусовая тахиаритмия – у 12.5%. Изменение предсердного зубца выражалось в снижении его амплитуды, в основном в левых грудных и I стандартном отведении (37.5%). Следует отметить достаточно частое выявление у детей с НГА тяжёлой степени (90.6%) повышения электрической активности миокарда левого желудочка: высокий зубец R в  $V_5$  и  $V_6$  отведениях, причём,  $RV_{5,6} > RV_4$ , глубокий зубец S в  $V_2$  и  $V_3$ . Электрическая альтернация комплекса QRS имела место у 9.4% больных детей. Снижение амплитуды зубца T обнаружено в 62.5% случаев, отрицательным он был у 12 больных. Наряду со снижением у 25% детей регистрировался так называемый «гипоксический» зубец T. Смещение сегмента ST выше изолинии на 2 мм было выявлено в 2 случаях ( $V_5$  и  $V_6$ ), ниже изолинии – у 11 больных (34.4% - на 1.5 мм в  $V_3$ ,  $V_5$  и  $V_6$ ), что косвенно указывает на гипертрофию левого желудочка. Нарушение внутрижелудочковой проводимости проявлялось неполной блокадой правой ножки пучка Гиса (53.1%) .

**Таким образом,** проведённые исследования выявили значительные негативные изменения функциональных показателей ЭхоКГ (увеличение показателей МОК, СИ, УИ и ЧСС) у больных детей, а также нарушения процессов возбудимости и сократимости сердечной мышцы на ЭКГ, которые свидетельствуют о наличии миокардиодистрофии у 96.3% обследуемых пациентов, что на наш взгляд обусловлено длительной гемической гипоксией и гемосидерозом сердечной мышцы (в том числе, из-за многочисленных гемотрансфузий).

#### Список литературы

1. Алексеев Н.А. Гематология и иммунология детского возраста / Н.А. Алексеев. - Москва, РФ: Гиппократ, 2009. - 1039 с.
2. Гемолитические анемии у детей / Н.В. Нагорная [и др.] // Симпозиум № 158. Новости медицины и фармации (специализированный портал для медработников). - 2016. – С.19-26.
3. Breda L. Modulators of erythropoiesis: emerging therapies for hemoglobino-pathies and disorders of red cell production / L. Breda, S. Rivella // Hematol Oncol Clin North Am. - 2014.-№28 - P.375-86.
4. Gallagher P.G. Hemolytic anemias / P.G. Gallagher // In: Schafer AI, eds. *Goldman's Cecil Medicine*. 25th ed. – Philadelphia, 2016. - chap 161.
5. Koralkova P. Rare hereditary red blood cell enzymopathies associated with hemolytic anemia – pathophysiology, clinical aspects, and laboratory diagnosis / P. Koralkova. van Solinge WW, van Wijk R. // Int J Lab Hematol. - 2014. - №3.- P. 388-97.

#### КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

*Джумаева Л.Ф., Исмоилов К.И., Саторов С.*

Кафедра детских болезней №2 и кафедра микробиологии, иммунологии и вирусологии

ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Болезни органов дыхания занимают лидирующее место в структуре общей заболеваемости и смертности детей раннего возраста.

По данным литературы, новорожденные дети составляют группу высокого риска неблагоприятного течения инфекции респираторного тракта, что связано с морфофункциональной незрелостью дыхательного тракта и его регуляции, неустановившимся еще микробиоцинозом слизистых верхних дыхательных путей, и несовершенством иммунной системы [1,3]

Иммунная система, наряду с ЦНС и эндокринной, участвует в поддержании гомеостаза организма ребенка и установлении оптимального баланса во взаимоотношениях с окружающей средой. В основе развития инфекционных заболеваний лежит относительная незрелость иммунной системы новорожденного ребенка. Это касается системного (гуморального, клеточного) и местного иммунитета [4,5]. Основной формой иммунологического ответа на инфекцию и введение генетически чужеродных веществ является образование неспецифических факторов защиты. Гуморальные факторы защиты новорожденного ребенка в основном представлены материнскими антителами, однако наибольшее поступление иммуноглобулина IgG через плаценту происходит после 34 недели гестации. Иммуноглобулины классов А и М в организме недоношенного практически отсутствуют [1].

Степень зрелости морфологического субстрата иммунной системы новорожденных к моменту рождения зависит от гестационного возраста ребенка, антигенной нагрузки, патологических воздействий, которым подвергается плод при осложненном течении беременности и нарушении иммунологической взаимосвязи в системе мать – плод – новорожденный [1,3,2].

Изучение особенности гуморального иммунитета при пневмонии у новорожденных детей представляет как научный, так и практический интерес, так как имеет конечной целью не только обнаружение определенных закономерностей развития иммунной системы у детей, но и дифференциальный подход к иммунокорректирующей терапии [4].

**Цель исследования.** Изучение клинико-иммунологических особенностей у новорожденных с бактериальной пневмонией.

**Материал и методы исследования.** Нами проведено комплексное, проспективное обследование 53 новорожденных с бактериальной пневмонией в условиях отделения патологии новорожденных НМЦРТ. Контрольную группу составили 20 здоровых новорожденных. Из общего числа включенных в исследование детей сформировано две группы. Всем новорожденным были проведены общеклинические, общелабораторные и инструментальные методы исследования. Иммунологическое исследование проводилось в периоды максимальных клинических проявлений и на момент выздоровления. Биологическим субстратом для исследования являлась сыворотка крови. Сывороточные иммуноглобулины (IgG, IgA, IgM) определяли методом радиальной иммунодиффузии (РИД) по Манчини (1965).

Для определения средней и стандартной ошибки показателей IgA, M, G и сравнение их в группах использовался ANOVA тест. При сравнении групп и оценки степени достоверности между собой использовался тест непараметрической статистики Mann-Whitney Test.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Первую группу составили 26 (49%) новорожденных детей с тяжелой формой пневмонией, у 5 (17,4%) новорожденных детей первой группы была диагностирована врожденная пневмония, которая развилась в первые 72 часа жизни и у 21 (39,6%) новорожденного пневмония развилась в постнатальном периоде на фоне или после перенесенной ОРВИ.

В клинической картине заболевания отмечались симптомы общей интоксикации, серость и бледность кожных покровов, периоральный цианоз и акроцианоз, пенистое отделяемое из-за рта, срыгивание, рвота, повышение температуры тела до 38,5С, изменение со стороны ЦНС чаще проявлялись в виде симптомов возбудимости, режугнетения. Со стороны органов дыхания отмечались раздувание крыльев носа, тахипноэ, частота дыхания свыше 60 в минуту, кашель был слабо выражен. Аускультативно на фоне ослабленного дыхания выслушивались сухие и влажные хрипы. У 9 (34,6%) новорожденных пневмония осложнилась ДВС синдромом, у 4 (15,4%) парезом кишечника. Рентгенологически у 8 (30,8%) новорожденных отмечалась правосторонняя очаговая пневмония. У 4 (15,4%) новорожденных отмечалась левосторонняя, а у 5 (19,2%) двусторонняя пневмония.

В общем анализе крови у 11 (42,3%) больных был выявлен лейкоцитоз (более 12x10<sup>9</sup>/л) с палочкоядерным сдвигом влево, у 6 (23,1%) больных отмечалась лейкопения (менее 5x10<sup>9</sup>/л). Снижение уровня гемоглобина ниже 100 г/л отмечалось у 7 (26,9%) больных. Вторую группу составили 27 (50,9%) новорожденных детей с очень тяжелой пневмонией. У 10 (37,0%) пневмония протекала на фоне сепсиса, у 5 (18,5%) больных она была проявлением внутриутробной инфекции, у 12 (44,4%) новорожденных пневмония развилась на фоне ОРВИ. В клинической картине отмечались нарушение гемодинамики, серо-бледная окраска кожных покровов, геморрагические проявления, желтуха, сухость и шелушение кожных покровов, распространенный цианоз, гипотония, гипорефлексия, признаки сердечнососудистой недостаточности, гепатоспленомегалия, убыль массы тела до 30% отмечалась у 6 (22,2%) новорожденных, у 23 (85,1%) новорожденных данной группы температура тела была выше 39,0С, у всех новорожденных отмечались признаки ДН III степени с частотой дыхания более 80 в 1 минуту, с выраженным участием в акте дыхания вспомогательной мускулатуры, длительное апноэ.

Мучительный приступообразный кашель был у 12 (44,4%) новорожденных. Аускультативно в легких выслушивались влажные 13 (48,1%) или крепитирующие хрипы. У 15 (55,5%) новорожденных отмечался ДВС синдром в виде гипокоагуляции, у 7 (26,9%) новорожденных отмечался парез кишечника. В 2 (7,4%) случаях пневмония осложнилась легочной деструкцией, в 1 (3,7%) случае пневмония осложнилась септическим шоком, в 1 (3,7%) отмечался летальный исход. Рентгенологически у 8 (29,6%) новорожденных отмечалась правосторонняя очаговая пневмония, у 7 (25,9%) новорожденного левосторонняя, а у 12 (44,4%) двусторонняя пневмония.

В общем анализе крови у 17 (62,9%) больных был выявлен лейкоцитоз (более 12x10<sup>9</sup>/л) с палочкоядерным сдвигом влево, у 10 (37,0 %) больных отмечалась лейкопения менее (5x10<sup>9</sup>/л). Снижение уровня гемоглобина ниже 100 г/л было у 11 (40,7%) больных.

Результаты исследования гуморального иммунитета показали, что средние значения IgA ( $0,3\pm 0,01$ ), IgM ( $0,73\pm 0,2$ ) и IgG ( $3,8\pm 0,14$ ) в сыворотке крови детей первой группы оказались достоверно ниже соответствующих показателей контрольной группы IgA ( $1,2\pm 0,06$ ), IgM ( $0,82\pm 0,2$ ) и IgG ( $10,2\pm 0,5$ ), ( $p<0,05$ ). Среднее значение IgA ( $0,09\pm 0,02$ ) и IgG ( $2,6\pm 0,09$ ) детей второй группы также было достоверно ниже соответствующих показателей контрольной группы ( $p<0,05$ ). Показатели IgM ( $2,2\pm 0,01$ ) были существенно выше аналогичных показателей контрольной группы ( $p<0,05$ ). Средние показатели иммуноглобулинов в сыворотке крови у новорожденных с пневмонией представлены в таблице 1.

**Таблица 1. - Средние показатели иммуноглобулинов в сыворотке крови у новорожденных**

Группы	IgA (г/л)	IgM (г/л)	IgG (г/л)
Контрольная группа n=20	$1,2\pm 0,06$	$0,82\pm 0,04$	$10,2\pm 0,51$
I группа (n=26)	$0,3\pm 0,01^1$	$0,73\pm 0,02^1$	$3,8\pm 0,14^1$
II группа (n=27)	$0,09\pm 0,005^{1,2}$	$2,2\pm 0,08^{1,2}$	$2,6\pm 0,09^{1,2}$

*Примечание\** - статистическая значимость различий показателей между исследуемыми группами ( $^1p<0,05$ ,  $^2p<0,05$ ).

К моменту выздоровления у детей с бактериальной пневмонией были получены следующие данные: У детей первой группы имело место умеренное повышение концентрации IgA ( $0,43\pm 0,1$ ), IgM ( $1,2\pm 0,04$ ) и IgG ( $5,9\pm 0,2$ ), результаты исследования представлены в таблице №2. У детей второй группы также отмечалось умеренное повышение концентрации IgA ( $0,16\pm 0,006$ ) и IgG ( $4,8\pm 0,1$ ), концентрация IgM ( $1,2\pm 0,04$ ) не достоверно изменилась, (таблица 3).

**Таблица 2. - Показатели гуморального иммунитета на момент выздоровления у детей с тяжелой пневмонией**

Показатели/ группа N=26	Период максимальных клинических проявлений	После проведенного комплексного лечения
IgA (г/л)	$0,3\pm 0,03$	$0,43\pm 0,01$
IgM (г/л)	$0,73\pm 0,02$	$1,2\pm 0,04$
IgG (г/л)	$3,8\pm 0,14$	$5,9\pm 0,2$

*Примечание\** - достоверные отличия средних арифметических ( $p<0,05$ ) между показателями в период максимальных клинических проявлений и на момент выздоровления у новорожденных с тяжелой пневмонией

**Таблица 3. - Показатели гуморального иммунитета на момент выздоровления у детей с очень тяжелой пневмонией**

Показатели/ группа N=27	Период максимальных клинических проявлений	После проведенного комплексного лечения
IgA (г/л)	$0,09\pm 0,02$	$0,16\pm 0,006$
IgM (г/л)	$2,2\pm 0,01$	$1,2\pm 0,04$
IgG (г/л)	$2,6\pm 0,1$	$4,8\pm 0,1$

*Примечание\** - достоверные отличия средних арифметических ( $p<0,05$ ) между показателями в период максимальных клинических проявлений и на момент выздоровления у новорожденных с очень тяжелой пневмонией.

Таким образом, полученные в результате исследования данные свидетельствуют о выраженных нарушениях гуморального звена иммунитета у новорожденных детей обеих групп с бактериальной пневмонией приводящей к вторичной иммунной недостаточности, что диктует необходимость включения в комплексную терапию препаратов иммуномодулирующего действия.

#### Список литературы

1. Яцык Г.В. и др. Руководство по неонатологии / Под ред. Г.В. Яцык. - М.: Гардарики, 2004. - С.138–144.
2. Суханова Л.П. Здоровье новорожденных детей России. - М.: Канон+РООИ «Реабилитация», 2007. - 320с.
3. Шабалов Н.П. Неонатология. - М.: МЕДпресс-информ, - 2006. - С. 17–18.
4. Воробьева В.А. и соавт. Иммунология и аллергология. Практическая медицина. Нижний Новгород, 2008. - С.72–74.
5. Показатели иммунитета плода в ранней диагностике внутриутробной инфекции / А.А. Останин [и др.] // Медицинская иммунология. - 2001. - Т.3, №4. - С.515–524.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ОСТЕОХОНДРОПАТИЕЙ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

*Ибрагимов С.Ю., Эранов Ш.Н., Усмонов О.А., Холхужаев Ф.И.*

Кафедра травматологии и ортопедии СамМИ. Узбекистан

**Актуальность.** Остеохондропатия (болезнь Легг-Кальве-Пертеса) головка бедренной кости относится к числу распространенных заболеваний и составляет 0,17-1,9% в общей структуре ортопедической патологии, среди патологии тазобедренного сустава у детей она составляет 25-30%. По нашим наблюдениям за последние 10 лет данная патология составляла 5,6% среди детей, пролеченных в стационарных условиях. Распространенность болезни Пертеса в настоящее время имеет тенденцию роста [2,4]. Успех и эффективность лечения болезни Пертеса во многом зависит от своевременной диагностики. Если не диагностировать и не лечить данную патологию на ранней стадии, болезнь приводит больного к тяжелой инвалидности. Лечение болезни Пертеса до настоящего времени остается нерешенной проблемой. Используемые консервативные методы лечения не всегда дают желаемые

результаты, несмотря на длительные сроки лечения (от 3 до 5 лет), у 40-80% больных процесс заканчивается развитием деформации головки бедренной кости и в конечном итоге коксартрозом.

В связи с этим, в последние годы наблюдается четкая тенденция к применению хирургических методов лечения данной патологии, в частности реконструктивно-восстановительных внесуставных вмешательств [1,3].

Однако до настоящего времени существуют противоречивые взгляды относительно эффективности данных методов операции.

**Цель исследования.** Оценить эффективность применяемых на практике реконструктивно-восстановительных внесуставных остеотомий тазобедренного сустава при болезни Пертеса.

**Материалы и методы исследования.** В отделениях ортопедии областного медицинского многопрофильного детского центра и детской ортопедии областной больницы ортопедии и последствий травм в период с 2009 по 2019 г. 256 больным детям с болезнью Пертеса в возрасте от 5 до 14 лет выполнены внесуставные корригирующие остеотомии в проксимальном отделе бедренной кости и надвертлужной области костей таза.

При этом были произведены следующие виды остеотомий: деторсионно-варизирующая у 125 (48,8%) больных, деторсионно-вальгизирующая у 19 (7,4%) больных. Задне-ротационная остеотомия бедра – у 70 (27,3%) больных, торсионная остеотомия в сочетании с остеотомией таза по Salter – у 42 (16,4%) пациентов. Пациенты подверглись хирургическому лечению на разных стадиях заболевания, причём на стадии импрессионного перелома было оперировано 12 (4,8%), фрагментации – 184 (73%), восстановления – 44 большинство больных прооперированы на поздних стадиях болезни.

Мальчиков было 198 (77,3%), девочек – 58 (22,7%). По возрасту пациенты распределены следующим образом: от 5 до 7 лет 106 (41,4%), от 8 до 11 лет 105 (41,0%) и 45 (17,5%) – от 12 до 14 лет. Перед операцией проводилось обследование, включающее анализ субъективных, объективных, рентгенологических признаков, данных компьютерной томографии (КТ). Наши пациенты в основном, довольно часто обращались за помощью уже при развернутой клинко-рентгенологической картине заболевания с признаками неблагоприятного течения патологии (больше 55% от общего числа больных), т.е. 75-100% площади покровного хряща головки бедра были некротизированы.

Первым проявлением заболевания являлись боли в тазобедренном, коленном суставе, иногда в паховой области, во всей нижней конечности и хромата. Эти два симптома были в разной степени выражены у всех наших больных.

Всем больным проводилась рентгенография тазобедренного сустава в передне-задней проекции, в положении Лауэнштейна, а также с отведением и приведением бедра. При изучении рентгенограмм обращали внимание на размер суставной щели, состояние большого вертела, головки бедра, наличие патологической антеверсии, локализации и размеры некротического очага, а также взаимоотношение головки бедра с суставной впадиной.

Основными задачами использованных нами реконструктивных внесуставных вмешательств являлись: выведение из под нагрузки некротического очага, коррекция шеечно-диафизарного угла (до 115-120°), устранение избыточной антеверсии (до 5-8°), снижение внесуставного давления посредством внесуставных декомпрессирующих операций (варизаций проксимального отдела бедра, дезинсерция приводящих мышц, рассечение сухожилия *m. iliopsoas* и др.). После операции проводилась иммобилизация нижних конечностей на протяжении 1,5 месяцев полуподковой тазобедренной гипсовой повязкой.

Параллельно с этим больные получали медикаментозное лечение и курсы физиотерапевтических процедур.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Проведена оценка отдаленных результатов выполненных оперативных вмешательств в сроки 5-10 лет у 184 (73%) больных, по трех бальной шкале: хорошие результаты были отмечены у 146 (79,4%), удовлетворительные у 28 (15,2%), неудовлетворительные у 10 (5,4%) пациентов.

У больных с хорошими результатами жалоб нет, они ходят правильно, у них во всех плоскостях движения в тазобедренном суставе в полном объеме, длина обеих ног одинаковая. На рентгенографии сферичность головки бедра восстановлена, шеечно-диафизарный угол с обеих сторон одинаковый. Им была произведена в основном задне-ротационная остеотомия и подвертельная деротационная остеотомия в комбинации с остеотомией таза по Salter. Задняя ротационная остеотомия позволяет изменить пространственное положение головки и шейки бедра в трех плоскостях, с их помощью возможно восстановление нормальных соотношений в тазобедренном суставе и конгруэнтности суставных поверхностей, выведение из-под нагрузки патологического сектора головки бедра, кроме этого суставная капсула «раскручиваясь» не нарушает кровоснабжения. Кроме этого в основе восстановления сферичности головки бедра лежит процесс перманентного матричного моделирования, который реализуется благодаря принципу «охвата».

Больные с удовлетворительными результатами жаловались на боли к концу дня, при перегрузке на оперированную ногу. Ходят они правильно, движения в сагиттальной плоскости в полном объеме. Абдукция бедра ограничена на 15-20°. На рентгенографии головка бедра несколько расширена, у многих из них отмечаются признаки коксартроза 1 степени. У этих больных в основном до операции диагностирована болезнь Пертеса в стадии фрагментации. Им была произведена только деторсионная остеотомия.

Пациенты с неудовлетворительными результатами жаловались на постоянные боли при ходьбе, они в разной степени хромают. Оперированная нога укорочена на 1,5-2 см., в основном за счет бедра. Движения в сагиттальной плоскости не ограничены, абдукция бедра ограничена в пределах 20-30°, а также ограничены в разной степени ротационные движения.

На рентгенографии головка бедра деформирована, отмечается подвывих головки. Наблюдаются в разной степени признаки коксартроза. Этим больным с неблагоприятным течением заболевания была применена только подвертельная деторсионная – вальгизирующая остеотомия.

### **Выводы:**

1. Болезнь Пертеса – довольно распространенное заболевание. По нашим наблюдениям данная патология составляет 5,6% среди детей с ортопедическими заболеваниями пролеченных стационарных условиях.
2. Правильно выбранная по показаниям внесуставная корригирующая остеотомия является эффективным (по нашим наблюдениям 79,4%) хирургическим методом лечения остеохондропатии головки бедра у детей.
3. При неблагоприятном течении остеохондропатии головки бедра, целесообразно внесуставную подвертельную остеотомию применять в сочетании с остеотомией костей таза по Солтеру.

### **Список литературы**

1. Барсуков, А.Б. Остеотомии таза в комплексном лечении детей с болезнью Легг-Кальве-Пертеса / А.Б. Барсуков, М.М. Камоско // Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. – 2014. - Т. II, вып. 2. - С. 29-37.
2. Современные принципы лечения болезни Легг-Кальве-Пертеса у детей / С.А. Рубашкин [и др.] // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2013. - Т.9, №4. - С. 729-734.
3. Лысыков, В.А. Хирургическое лечение болезни Легг-Кальве-Пертеса: автореферат дис. д-ра мед. наук / В.А. Лысыков. - М., 2017.
4. Щекин, О.В. Причины возникновения и ранняя диагностика болезни Легг-Кальве-Пертеса / О.В. Щекин, Н.В. Коломейчук // Запорожский мед. журнал. – 2011. - Т.13, №5. - С. 86-89.

### **СОСТОЯНИЕ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ ДЕВОЧЕК С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В**

*Иноятова Ф.И., Ахмедова А.Х., Иногамова Г.З., Валиева Н.К.,*

*Абдуллаева Ф.Г., Икрамова Н.А., Кадырходжаева Х.М.*

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Педиатрии МЗ РУз,  
Ташкент, Узбекистан

**Актуальность.** Несмотря на широкое проведение вакцинопрофилактики и достигнутые успехи в области изучения проблемы хронического гепатита В (ХГВ) у детей, она все еще является одной из самых актуальных не только в РУз, но и во всем мире. Это обусловлено неуклонным ростом заболеваемости и летальности, широкой распространенностью среди населения HBV-инфекции, развитием тяжелых осложнений как ЦП и ГЦК. По данным ВОЗ, в мире насчитывается 2 млрд людей, имеющих признаки текущей или завершившейся инфекции, вызванной HBV, в том числе более 400 млн хронических носителей вируса [1,2,3]. Доказан факт внепеченочной репликации HBV в иммунонеприкосновенных местах, каковыми являются наряду с клетками иммунной системы, эпителиальные клетки секреторных и экскреторных желез, в том числе гонад [4]. Поэтому, большое значение имеет ХГВ, который берет начало в раннем детстве и создает уязвимые условия в периоде полового созревания.

**Цель исследования:** изучить частоту и клинические проявления задержки полового развития (ЗПР), а также показатели функционального состояния гипофизарно-гонадной системы у девочек, больных ХГВ.

**Материал и методы исследования.** Обследовано 112 девочек, больных ХГВ, в возрасте от 12 до 15 лет, находившихся на лечении в отделении гепатологии РСНПМЦ Педиатрии МЗРУз. Диагноз ХГВ верифицирован на основании анамнеза, данных клинико-лабораторного и инструментального обследования, обнаружения в сыворотке крови HBV ДНК, HBsAg, HBsAb, HBcAb, также HCVAb и HDVAb для исключения сочетанных форм ХВГ. В сыворотке крови определяли базальные уровни гонадотропных (ФСГ, ЛГ) и половых гормонов -эстрадиола (Э), тестостерона (Т) методом ИФА на приборе «DELFLIA» (фирма «Wallac», Финляндия). Оценку полового развития (ПР) проводили по Таннеру (1967) - определяли выраженность лобкового (Р) и подмышечного (Ах) оволосения, рост молочных желез (Ма), изучали характер менструальной функции (Ме). Диагноз ЗПР ставился при отсутствии увеличения Ма к 13 годам и отсутствии Ме к 15 годам. Контролем ПР явились данные исследований, проведенные в нашей республике Камиловой Р.Т.[5].

**Результаты исследования и их обсуждение.** Исследования показали, что у 12-летних девочек, больных ХГВ, в основном наблюдались начальные стадии развития Ма – Ма<sub>1</sub> (19,0%) и Ма<sub>2</sub> (9,6%), а 71,4% обследованных не имели развитие данного признака (табл.) У девочек контрольной группы того же возраста только 16,7% не имеют данный вторичный половой признак (ВПП), а 35,3%, 16,7% и 2,9% находились соответственно на 2, 3 и 4 стадиях развития Ма. В 13-летнем возрасте еще у 8,1% обследуемых появилась Ма<sub>1</sub>, а у 3,2 % - Ма<sub>3</sub>, но большинство (63,3%) не имели Ма, находились все еще на начальной стадии развития Ма (13,3%) и не имели Ма<sub>4</sub> (P<0,05). Среди 14-летних пациенток 56,7% не имели развитие Ма и Ма<sub>4</sub>, только у 26,7% отмечалась Ма<sub>3</sub> (P<0,002). К 15-летнему возрасту 38,7% больных девочек все еще не имели Ма, 38,8% находились в 3 и 4 стадиях, тогда как большинство их здоровых сверстниц (88,0%) имели Ма<sub>3</sub> и Ма<sub>4</sub> (P<0,001). Обследование состояния Р показало, что в 12-летнем возрасте фиксировались начальные стадии развития в виде Р<sub>1</sub> у 14,2%, Р<sub>2</sub> у 4,8% больных (P<0,05). В 13-летнем возрасте еще у 9,6% девочек появился Р, но 26,7% находились все еще на начальных стадиях развития и только 6,6% имели Р<sub>3</sub>, что более чем в 5 раз меньше показателя контроля. 38,7% 15-летних больных все еще не имели Р и у 16,1% выявлялся Р<sub>1</sub>, тогда как все практически здоровые девочки находились во 2 и 3 стадиях развития Р. Исследование состояния Ах показало, что в 12-летнем возрасте Ах отсутствовало в 90,4% случаев, в 13-летнем – в 73,3%, в 14 лет – в 63,4% и в 15 лет – в 45,2% случаев, что указывает на замедленный темп появления данного ВПП.



Таблица.

## Степень выраженности вторичных половых признаков у девочек, больных ХГВ (%)

Стадии полового развития	Возраст (лет)			
	12	13	14	15
0	$16,7 \pm 3,7$ $71,4 \pm 8,8^{**}$	$2,0 \pm 1,4$ $63,3 \pm 8,7^{****}$	$1,0 \pm 1,0$ $56,7 \pm 9,0^{****}$	$0$ $38,7 \pm 8,7^{****}$
1	$28,4 \pm 4,4$ $19,0 \pm 8,5$	$8,1 \pm 2,7$ $13,3 \pm 6,1$	$2,0 \pm 1,4$ $10,0 \pm 5,4$	$0$ $6,4 \pm 4,3$
2	$35,3 \pm 4,7$ $9,6 \pm 6,4^*$	$42,4 \pm 4,9$ $20,0 \pm 7,3$	$13,0 \pm 3,3$ $6,6 \pm 4,5$	$11,6 \pm 3,3$ $16,1 \pm 6,6$
3	$16,7 \pm 3,7$ $0$	$38,4 \pm 4,9$ $3,3 \pm 3,2^{***}$	$56,0 \pm 5,6$ $26,7 \pm 8,0^{**}$	$56,8 \pm 5,1$ $29,0 \pm 8,1^{***}$
4	$2,9 \pm 1,6$ $0$	$9,1 \pm 2,9$ $0$	$28,0 \pm 4,5$ $0$	$31,6 \pm 4,7$ $9,8 \pm 5,3^{****}$
0	$31,4 \pm 4,6$ $76,2 \pm 9,2$	$6,1 \pm 2,4$ $66,6 \pm 8,6^{****}$	$1,0 \pm 1,0$ $56,7 \pm 9,0^*$	$0$ $38,7 \pm 8,7^{****}$
1	$36,3 \pm 4,7$ $14,2 \pm 7,6$	$31,3 \pm 4,6$ $16,7 \pm 6,8$	$7,0 \pm 2,5$ $10,0 \pm 5,4$	$0$ $16,1 \pm 6,6^{**}$
2	$19,6 \pm 3,9$ $4,8 \pm 4,6^{**}$	$23,2 \pm 2,3$ $10,0 \pm 5,4$	$19,0 \pm 3,9$ $23,3 \pm 7,3$	$11,3 \pm 3,3$ $22,6 \pm 6,7$
3	$12,7 \pm 3,3$ $0$	$39,4 \pm 4,9$ $6,6 \pm 4,5^{****}$	$73,0 \pm 4,4$ $10,0 \pm 5,4^{****}$	$88,4 \pm 3,3$ $22,6 \pm 6,7^{****}$
0	$47,0 \pm 4,9$ $90,4 \pm 6,4^{**}$	$14,2 \pm 3,5$ $73,3 \pm 8,0^{****}$	$5,0 \pm 2,1$ $63,4 \pm 8,7^{****}$	$0$ $45,2 \pm 8,9^{****}$
1	$27,5 \pm 4,4$ $9,6 \pm 6,4^{**}$	$33,3 \pm 4,7$ $16,7 \pm 6,8$	$6,0 \pm 2,3$ $26,7 \pm 8,0^{**}$	$3,2 \pm 1,8$ $19,3 \pm 7,0^{**}$
2	$19,6 \pm 3,9$ $0$	$32,3 \pm 4,7$ $10,0 \pm 5,4$	$31,0 \pm 4,6$ $6,6 \pm 4,5^{**}$	$24,2 \pm 4,4$ $19,3 \pm 7,0$
3	$5,9 \pm 2,3$ $0^*$	$20,2 \pm 4,0$ $0$	$58,0 \pm 4,9$ $3,3 \pm 3,2^{****}$	$72,6 \pm 4,6$ $16,1 \pm 6,6^{****}$
-	$80,4 \pm 3,9$ $100,0^*$	$56,6 \pm 5,0$ $86,7 \pm 6,1^{***}$	$18,0 \pm 3,8$ $63,3 \pm 8,7^{****}$	$8,4 \pm 2,8$ $45,2 \pm 8,9^{****}$
+	$19,6 \pm 3,9$ $0$	$43,4 \pm 5,0$ $13,3 \pm 6,1^{****}$	$82,0 \pm 3,8$ $36,7 \pm 8,7^{****}$	$91,6 \pm 2,3$ $54,8 \pm 8,9^{****}$

Примечание: \* -  $P < 0,05$ , \*\* -  $P < 0,02$ , \*\*\* -  $P < 0,01$ , \*\*\*\* -  $P < 0,001$  в сравнении с показателями практически здоровых детей; в числителе – показатели практически здоровых детей; в знаменателе - показатели больных детей.

У них не выявлено  $Ax_2$  и  $Ax_3$ , тогда как их практически здоровые сверстницы имели  $Ax_2$  в 19,6% и  $Ax_3$  – в 5,9% случаях. В 13-летнем возрасте у больных также отсутствовало  $Ax_3$ , 27,7% находились в 1 и 2 стадиях развития  $Ax$ . В 14 лет  $Ax_3$  отмечалось только у 3,3% обследованных девочек, тогда как большинство (58,0%) из группы сравнения имели  $Ax$ . В 15 лет сохранялась такая же закономерность – девочки, больные ХГВ, достоверно чаще не имели  $Ax_3$  и 38,6% из них находились в 1 и 2 стадиях развития ВПП. Известно, что наиболее объективным показателем ПР девочек является возраст появления менархе. В 12-летнем возрасте среди обследуемых, не выявлено лиц с наличием Ме, тогда как 19,6% практически здоровых девочек имели Ме. В 13 лет у 13,3% обследованных появилось Ме, но это в 3,2 раза меньше показателя контроля ( $P < 0,001$ ). В 14 и 15-летнем возрасте количество девочек, больных ХГВ, с наличием Ме также было достоверно меньше аналогичного показателя контроля ( $P < 0,001$ ). Средний возраст менархе в РУз составляет 12 лет 10 месяцев. В нашем исследовании он оказался равным 13 годам 8 месяцам, т.е. менархе у девочек, больных ХГВ, наступал на 10 месяцев позже, чем в контроле. Анализ характера менструального цикла показал, что среди обследованных не было ни одной девочки с установившимся менструальным циклом. Продолжительность менструаций у 26,9% составила в среднем  $1,5 \pm 0,1$  дня, у 50,0% -  $3,5 \pm 0,2$  дня, у 15,4% -  $5,5 \pm 0,03$  дня, у 7,7% -  $7,0 \pm 0,01$  дня. У половины менструирующих девочек регистрировалась альгоменорея. В целом, частота встречаемости ЗПР среди девочек, больных ХГВ, составила 42,8±4,6%.

Исследование гонадотропинов выявило, что в группах девочек как 13, так и 14-15 лет с ЗПР концентрации ФСГ и ЛГ были достоверно низкими в сравнении с нормой. Так, среднее содержание ФСГ в сыворотке крови у 13 летних девочек с ЗПР составила 1,6U/L, у 14-15 летних - 2,7U/L ( $p < 0,05$  в обоих случаях в сравнении с нормой). Значения ЛГ были также достоверно низкими и составили 2,8U/L и 6,1U/L соответственно двум группам больных. Соотношение ЛГ/ФСГ у практически здоровых подростков превышает единицу. У 24 (48,0%) девочек с ХГВ он был в пределах нормы, у 18 (36,0%) повышен и у 8 (16,0%) снижен. Данное обстоятельство позволило сделать вывод о том, что у 26 (52,0%) девочек, больных ХГВ выявлены изменения в соотношении ЛГ/ФСГ, что указывало на нарушение у них гонадотропной функции гипофиза. Исследование содержания в сыворотке крови стероидных гормонов показал, что у 13 летних девочек с ЗПР уровень Э колебалась в пределах от 67,3 до 102,7 ng/ml и составила в среднем  $87,0 \pm 3,2$  ng/ml ( $P < 0,05$  в сравнении с контролем). Средние показатели Э в группе девочек 14-15 лет ЗПР оказались достоверно выше данных контрольной группы и составило  $167,7 \pm 1,2$  ng/ml ( $P < 0,05$ ). А концентрация Т была повышенной у всех обследуемых и в среднем составила 2,5ng/ml. В группе 14-15 летних пациенток с ЗПР содержание Т колебалось в пределах от 1,42 до 6,2ng/ml и в среднем составила  $3,5 \pm 0,39$  ng/ml ( $P > 0,05$ ).

**Выводы.**

1. Среди обследованных девочек с ХГВ ЗПР установлена в 42,8% случаев. Девочки, больные ХГВ отстают от своих практически здоровых сверстниц по времени появления, по темпам и интенсивности развития ВПП и времени наступления менархе.

- У обследованных девочек выявлено снижение уровня гонадотропинов, сопровождаемое повышенными показателями стероидных гормонов, что свидетельствует о нарушении у них положительной обратной связи в системе гипофиз-гонады в силу снижения инактивации стероидов в пораженных гепатоцитах.
- ХГВ является фактором, способствующим замедлению процесса становления циклической деятельности гипофизарно-гонадной системы, что выражается у девочек в достоверном увеличении возраста менархе, длительности периода становления менструальных циклов и снижении частоты формирования овуляторных циклов.
- ХГВ как хронический инфекционный процесс отрицательно влияет на становление репродуктивного здоровья девочек, больных ХГВ, что требует проведения совместного диспансерного наблюдения данного контингента больных гепатологом, детским эндокринологом и гинекологом.

#### Список литературы

- Дмитриева Т.Г., Саввина Н.В. Принципы формирования республиканской программы «Хронические вирусные гепатиты у детей и подростков» // Эпидемиология и инфекционные болезни. актуальные вопросы. – 2012 / №3
- WHO. Hepatitis B. Fact Sheet №204. <http://old.www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/>. (accessed April 30, 2014)
- Майер К.-П. Гепатит и последствия гепатита: Практич. Рук.: Пер.с нем. / под ред.А.А. Шептулина. // М.: Гэотар медицина, 1999. – 432.
- Учайкин В.Ф., Чердниченко Т.В., Смирнов А.В. Инфекционная гепатология./ Монография, изд. ГЕОТАР-медиа, Москва.-2012.-640с.
- Камилова Р.Т. Комплексная оценка состояния здоровья детей школьного возраста в зависимости от социально-гигиенических и климатогеографических условий Узбекистана: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.–Т., 2001.–18 с.

### ИММУНОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ОРГАНИЗМА У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

*Ирбутаева Л.Т., Шарипов Р.Х., Расулова Н.А.*

Кафедра педиатрии и общей практики ФПДО СамМИ, Узбекистан

**Актуальность.** Проблема часто болеющих детей – это всеобщая клиническая проблема, одна из наиболее актуальных вопросов в современной педиатрии и находится в центре внимания врачей всех специальностей. Актуальность проблемы объясняется значительным увеличением числа больных, увеличением коечных фондов в детских стационарах, длительный уход за больными детьми, из-за которого государство имеет огромный экономический ущерб [4,5].

По данным разных авторов, ЧБД составляют от 20 до 65% детской популяции [1,3] и характеризуются частотой повторных инфекций от 6 до 12-15 раз в году. В связи с этим понятен интерес к разработке тактики ведения детей с повторными инфекциями.

В структуре заболеваемости лидирующее положение продолжают занимать заболевания органов дыхания, следом идут заболевания органов пищеварения, крови и кроветворных органов, инфекционные заболевания кожи и подкожной клетчатки, почек и мочевыделительной системы и прочие [3,4].

Известно, что при защите организма от инфекционного агента большую роль играет наряду со специфическими факторами неспецифические факторы защиты организма. К ним относятся содержание комплемента, лизоцима и бактерицидная активность сыворотки, активность и завершенность фагоцитоза и адсорбирующая способность эритроцитов. Посвященные работы к изучению данной проблемы незначительные и лишь обоснованы результатом немногочисленных наблюдений [2,5].

Таким образом, пониженное иммунное состояние организма маленьких детей приводит к формированию группы часто болеющих детей. Не требует объяснения тот факт, что при ослаблении иммунитета организм подвергается атаке условно-патогенных микробов.

**Целью работы** явилось определить иммунологическое состояние организма у часто болеющих детей и установить диагностические критерии для оценки иммунологического статуса.

**Материал и методы исследования.** Было обследовано 62 ребенка с бронхолегочными заболеваниями в возрасте от 1 месяца до 6 лет, которые входят в группу часто болеющих детей. Все дети были обследованы в ГДБ №1 г. Самарканде с 2008 – 2011 года. Из общего количества мальчиков было – 34 (54,8%), девочек – 28 (45,1%).

**Таблица 1. - Распределение больных по возрасту**

Возраст детей	Контрольная группа n = 20	Основная группа n = 42	Всего n = 62
1 мес – 1 года	5 (25%)	10 (23,8%)	15 (24,1%)
1 – 3 лет	7 (35%)	14 (33,3%)	21 (33,8%)
3 – 6 лет	8 (40%)	18 (42,8%)	26 (41,9%)

Анализ преморбидного фона показал, что у детей часто встречалась железодефицитная анемия - 56 (90,3%), рахит – 48 (77,4%), гипотрофия – 22 (35,4%), судорожный синдром – 21 (33,8%), хронический тонзиллит – 17 (27,4%), острый ринофарингит – 18 (29%) .

У всех детей в ходе клинического обследования были выявлены частые заболевания такие как ОРВИ (32,2%), очаговая пневмония (29%), острый бронхит (20,9%), обструктивный бронхит (17,7%).

При общем осмотре детей были выявлены следующие жалобы: повышение температуры тела отмечено у 62 больных (100%), кашель – 57 (91,9%), рвота – 23 (37%), беспокойство – 60 (96,7%), одышка – 18 (29%), судороги – 21 (33,8%), снижение аппетита – 58 (93,5%).

Материалом для иммунологического исследования служила кровь. Определение титра комплемента, лизоцима и бактериостатическая активность сыворотки крови проводились фотонейфелометрическим методом, которые были разработаны сотрудниками кафедры микробиологии СамМИ Сидиковой К.А.(1987). При определении бактериостатической активности сыворотки крови применяли методику, основанную на измерении оптической плотности мясоептонного бульона при росте в нем культуры стафилококка. При определении титра сывороточного лизоцима - метод основан на высокой чувствительности культуры *Micrococcus lysodeicticus* к воздействию лизоцима. Фагоцитарная активность лейкоцитов, индекс и степень завершенности фагоцитоза изучена на основании методики предложенной Е.А. Олейниковой, О.В. Миловидовой и Л.В.Новиковой в 1975 г. Реакция иммуноприлипания (РИП) использовали методику Пустоваловой Н.А. (1975). Количественное определение фракции иммуноглобулинов проводилась методом иммунодиффузии в агаровом геле по Манчини.

**Результаты исследования и их обсуждения:** у ЧБД преморбидный фон имеет широкий диапазон, среди которой очень часто встречаются хронический тонзиллит, ринофарингит, рахит I степени, гипотрофия I степени и анемия I-II степени. Среди сопутствующих синдромов особое место занимает диарея. У ЭБД ни в одном случае не зарегистрированы гипотрофия и признаки рахита.

Для изучения иммунологического статуса применен комплекс методов, отражающих состояние иммунитета (количество иммуноглобулинов А, М, G в сыворотке крови) и неспецифических факторов защиты организма (содержание комплемента, лизоцима и бактериостатическая активность сыворотки, активность, индекс и завершенности фагоцитоза и адсорбирующие способности эритроцитов). Используются нормативные данные, полученные в Институте иммунологии АН РУз. Высокие показатели IgG по сравнению нормой у ЧБД доказывают, что заболевание верхних дыхательных путей обусловлены грамположительными микроорганизмами. Во время заболевания накопление их в сыворотке крови усиливается, появляется защита. Отмечается высокие показатели IgM, что составляет 136,7,4% по сравнению нормой – 97,5+4,2%. IgA у ЧБД отмечены в меньших количествах (112,0+10,1 у ЧБД, 156,8+ 12,0 у ЭБД, 151,0 +11,0 норма у здоровых детей), что можно предполагать развитие патологического процесса со стороны ЖКТ.

В защите организма маленьких детей от инфекционного агента важную роль играют неспецифические факторы защиты. Результаты изучения клеточных факторов защиты организма, у здоровых детей, у ЭБД и ЧБД показывают иммунодефицитное состояние именно у ЧБД. Фагоцитарная активность лейкоцитов в норме у здоровых детей составляет 49,8+2,7%, у ЭБД – 52,8+3,8% и у ЧБД- 58,8+2,9%. Высокие показатели АФ показывает, что организм мобилизует все свои силы против болезнетворных микробов и количество активных лейкоцитов увеличивается. Но их переваривающая способность – индекс фагоцитоза резко падает. Если в норме у детей с месячного до 7 летнего возраста ИФ составляет 5,1+0,7 то у ЧБД – 1,6+0,6%. Каждый активный лейкоцит может поглощать только 1 микробную клетку. Соответственно ЗФ (норма -4-6 балл, ЭБД – 4-6 балл, у ЧБД – 7-8 балл).

В наших наблюдениях отмечено, что количественное изменение эритроцитов у ЧБД по сравнению нормой не происходит. Однако, их адсорбирующие способности резко снижаются. В норме прилипающие способности эритроцитов, микробных клеток составляет – 18 -20%, у ЧБД – 12 – 13%, что показывает, под действием длительной интоксикации эритроциты теряют своих рецепторов. У ЭБД показатели РИП не меняются. Низкие показатели РИП у ЧБД по сравнению со здоровыми еще раз указывают, что этот феномен является одним из факторов естественного иммунитета и активно участвует со всеми звеньями иммунитета в единой борьбе против инфекции.

Аналогичные данные были получены при изучении гуморальных факторов. Уровень комплемента у ЧБД на 50% был низким по сравнению нормой. Норма -0,62 – 0,76 ед., у ЭБД – 0,58 - 0,70 ед., у ЧБД – 0,32 – 0,38 ед. Бактериостатической активности сыворотки (БАС) в отношении культуры стафилококка выявлена у здоровых в разведениях 1:10-1:640, у ЭБД 1:10 -1:160 и у ЧБД – 1:10 – 1:80. Содержание лизоцима соответственно 1:10 - 1:160, 1:10 – 1:80 и 1:10 – 1:20.

**Выводы:** Анализируя полученные данные можно заключить, что гуморальные факторы защиты у эпизодически и часто болеющих детей подавлены. Выявленные конкретные нарушения в тех или иных звеньях иммунной системы и неспецифических факторов защиты является основой для включения иммунокорректирующих препаратов при лечении и профилактики заболевания у ЧБД.

#### Список литературы

1. Альбицкий, В.Ю. Часто болеющие дети / В.Ю. Альбицкий, А.А. Баранов. - Н. Новгород: НГМА, 2003. - С.180.
2. Современные подходы к лечению и реабилитации часто болеющих детей / Л.С. Балева [и др.] // Медицинская технология. - М., 2006. - С.48.
3. Булгакова, В.А. Острые респираторные инфекции у часто болеющих детей / В.А. Булгакова, И.И. Балоболкин, Т.Б. Сенцово // Журнал «Медицинский совет». – 2007. - №3. – С.34.
4. Даукш, И.А. Эффективность применения некоторых иммуномодуляторов у часто болеющих детей дошкольного возраста / И.А. Даукш, А.В. Муратходжаева // Педиатрия. – 2009. - №1-2. -С. 114.
5. Chambaz, H. Etude Clinique d'une immunotherapy polyvalente dans le traitement des parodontopathies / H.. Chambaz // Chir Dent France. – 2004. - N44. - p.41.

#### ПРОФИЛАКТИКА РОЖДЕНИЯ МАЛОВЕСНЫХ ДЕТЕЙ

*Исмамова М.И., Ихтиярова Г.А.*

Кафедра анатомии БухМИ им. Абу Али ибн Сино. Узбекистан

**Актуальность.** Дети, рождённые малой массой, представляют собой особую группу пациентов, для которых характерны признаки физиологической незрелости, что определяет особые условия выхаживания. В мире еже-

годно рождается около 24 млн. маловесных детей, что составляет 17% от всех новорожденных. По данным различных исследователей частота СОРП (синдром ограничения роста плода) плода варьируется в большом диапазоне: от 3% до 7% — в развитых странах, до 25% - в развивающихся. С 2000 по 2006 год в России отмечается неуклонный рост частоты встречаемости ЗВУР (задержка внутриутробного развития) с 3,5 до 5,2 % соответственно [2,3]. По данным Мультииндикаторного кластерного исследования (МИКИ), проведенного в 2006 году, в Узбекистане приблизительно 5 процентов младенцев при рождении имели вес менее 2500 грамм [1,4]. У маловесных новорожденных отмечается высокий риск долговременных патологических состояний, оказывающий широкомасштабное влияние на систему оказания медицинской помощи [3,5]. Большинство детей-инвалидов рождается морфофункционально незрелыми и недоношенными младенцами. Особенно высок риск инвалидности при рождении ребёнка с очень низкой массой тела - менее 1000 г. Наиболее тяжелыми исходами перинатального периода, характерными для маловесных, являются нарушения ЦНС в виде детских церебральных параличей-60% и органа зрения в виде слабовидения, слепоты-до 30%. [1] Эти отклонения здоровья часто сопровождаются сопутствующей патологией бронхо-легочной, сердечно-сосудистой, пищеварительной систем, основу которых составляет морфофункциональная незрелость [1,2].

**Цель исследования.** определение особенностей течения гестации и факторов рождения маловесных детей для обоснования прогнозирования и своевременной его профилактики.

**Материал и методы исследования.** Основную группу составили 51 родильницы, у которых новорождённые родились массой тела до 2499,0 граммов в сроке гестации от 37 недель и более. Контрольную группу составили 21 родильницы, у которых роды произошли своевременно и массой тела новорождённых свыше 2500,0 граммов. В сравнительном аспекте анкетно - опросным методом изучены соматический и акушерско-гинекологический анамнез, лабораторные данные и клиническое течение родов в изучаемых группах. Изучались частота, причинные факторы рождения маловесных детей.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Среди 68% обследованных новорожденных диагностирована ассиметрическая форма СОРП, а у 32% выявлена симметрическая форма отставания.

Диагностику СОРП также можно провести по клинической характеристике, родившейся маловесного ребенка.

Телосложение маловесного ребенка как правило бывает диспропорциональным, кожи и слизистые оболочки обычно бледные, сухие и шелушащая, с признаками гипотрофии и трофических нарушений. Подкожная клетчатка у маловесных детей также была недоразвита. Живот у этих детей ладьевидный, голова сравнительна со здоровым ребёнком несколько большая. При рождении у маловесных детей крик ослабленный, пискливый. Сосательный рефлекс проявился несколько позже (через 1 час), чем у здоровых детей. Тонус мышц также был гипотоничным в отношении здоровых детей. Итак, по клинической характеристике маловесными по всем параметрам отставали от здоровых детей. 9,8% детей, родились СОРП I степени, у которых МРК (массо-ростовой коэффициент) составил 56-59. У 43% выявилось II степень СОРП, МРК, у которых составил 50-55. А 47% детей имели тяжелую степень СОРП. У них МРК составил 49 и менее.

Для проведения постнатальной диагностики СОРП кроме изучения антропометрических показателей мы наблюдали за особенностями течения адаптационного периода в сравнении с детьми родившихся здоровыми. Период адаптации характеризуется рядом морфологических и функциональных изменений, возникающих в организме ребенка в связи с переходом от внутри - к вне утробной жизни. В первые дни жизни (до 4-5 суток) имеет место так называемая физиологическая потеря массы (5-8%) , потеря массы более чем на 10% расценивается как патологическая. С 7-10 суток масса начинает восстанавливаться.

Температура тела обычно в первые 2-3 недели неустойчива и во многом зависит от температуры окружающей среды. Гримасничанье, небольшие подёргивания и легкое дрожание конечностей возможны в первые сутки жизни. Иногда в первые трое суток у новорожденных наблюдается некоторое угнетение рефлексов и снижение мышечного тонуса. Обычно это связано с родовым актом и к 3-5 суткам, как правило, исчезает.

Тело новорожденного первоначально сохраняет позу с согнутыми и приведенными к туловищу конечностями (внутриутробное положение). Подкожной жировой слой расположен равномерно, что придаёт телу ребенка округлость и полноту. Мускулатура развита слабо. Кожа тонкая, легко ранимая. Высота головы составляет ¼-1/5 длины тела, туловище длинее ног, руки и ноги примерно одной длины.

В первые 2-3 суток внеутробной жизни выделяется первородный кал- меконий- темно-оливковая тягучая густая масса без запаха, состоящая из слизи, желчных пигментов и служенных клеток эпителия. Позже появляется так называемый переходный стул коричнево-зеленоватого цвета, богатый слизью, иногда водянистый и пенистый. С 5-6 суток устанавливается обычный (молочный) стул, характерным признаком которого является кислый запах. В первые 2 суток частота мочеиспусканий составляет 4-5 раз в сутки, а с третьих суток она быстро увеличивается и к концу второй недели доходит до 15-20 раз в сутки.

У 41 детей (80,4%) имеются трофические расстройства кожи (сухая, морщинистая, шелушащаяся, бледная, могут быть трещины); подкожный жировой слой истончен, а при тяжелой степени отсутствовать совсем; тургор тканей снежен значительно. У большинства 36 (70,6%) новорожденных с СОРП потеря массы тела затягивается до 7-8 дня и может достигать 10-15% от первоначальной. Восстановление первоначальной массы идет медленно до 10-14 дня. Характерно было так же длительно держащейся транзиторная желтуха, которая наблюдалась в наших исследованиях у 18(35,3%) новорожденных. У 24 (47,1%) новорожденных медленно заживляла пупочная ранка после отпадения пуповинного остатка.

Для детей с СОРП характерно было частое развитие осложнений. Почти у каждого второго новорождённого 39 (48,5%) детей отмечался гипотермия. Конечно, нарушение терморегуляции у детей с СОРП обусловлено было со сниженными запасами подкожного жирового слоя.

С первого дня жизни дети со СОРП нуждались в дифференцированном режиме вскармливания. Выбор способа вскармливания, времени первого прикладывания ребенка к груди, частоты кормлений проводился с учетом общего состояния новорожденного, наличия сосательного и глотательного рефлексов.

По возможности применялось ранее прикладывание к груди уже через 2-3 часа после рождения ( по состоянию прикладывать и как здоровых в течение первых 30 минут после рождения, в родзале).

Отмечались нарушение мышечного тонуса, снижение или отсутствие сосательного рефлекса и рефлексов периода новорожденности (Бабкина, Моро, Робинсона) в 29,4% случаев. В ряде случаев (41,2%) отмечается повышение нервно-рефлекторной возбудимости, расстройство сна, повышение внутричерепного давления.

Довольно часто наблюдаются нарушения функции мочевого тракта (МПТ), как олигурия (у 12 детей- 23,5%), у 43 (84,3%) детей нарушение функции желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) в основном проявляющемся в виде: срыгивания, рвоты, метеоризма, более длительный мекониевый характер стула (до 4-5 дня жизни).

У 17 (33,3%) детей имеются изменения и со стороны сердечно-сосудистой системы: приглушение сердечных тонов, брадикардия, систолический шум на верхушке сердца.

У 18(35,3%) детей с СОРП в первые месяцы жизни наблюдаются различные транзиторные формы - септических заболеваний, в виде омфалит, конъюнктивит, мастит, кандидозный стоматит, пелёночный дерматит и др.. Возможно это обусловлено со сниженными специфическими и неспецифическими факторами недостаточности иммунной защиты у данной категории новорождённых.

**Выводы.** При различных акушерских патологии с начальными признаками плацентарной недостаточности чаще наблюдается ассиметричная гипотрофия с нарушением функции почек, печени, ЖКТ и сердца. Для повышения эффективности диагностики нарушений функции плаценты при антенатальных патологиях рекомендуют проводить скрининг центре УЗИ с доплерографией в динамике для выявления различных патологии плода и плаценты.

#### Список литературы:

1. Ахмедова Д.И. Особенности адаптации маловесных новорожденных / Д.И. Ахмедова, П.П. Мирходжаева // Педиатрия. - 2009. - №1-2. - С. 69-72.
2. Луценко В.Д. Лечение задержки внутриутробного развития плода: традиции и перспективы / В.Д. Луценко, Ю.И. Набережнев // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: медицина. Фармация. - 2011. - Т.15.
3. Дементьева Г.М. Выхаживание глубоко недоношенных детей: современное состояние проблемы / Г.М. Дементьева // Педиатрия. - 2014. - №3. - С. 60-62.
4. Дементьева Г.М. Задержка внутриутробного роста и развития / Г.М. Дементьева, Н.П. Шабалов. - М.: МЕД пресс-инфо, 2016. - №1. - С.88-109.

### КЛИНИКО - КОАГУЛЯЦИОННЫЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ.

*Исмоилов К.И., Давлатов С.Т., Махмадалиев А.Г.*

Кафедра детских болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Пневмония является одним из самых распространённых заболеваний у детей первого года жизни среди все патологий дыхательной система, которая составляет около 80% легочных заболеваний. Несмотря на широкое внедрение прогрессирующей технологии, усовершенствования методов диагностики, открытие новых поколений антибиотиков и терапии, пневмония является частой причиной смертности.

Легкие в организме наряду с дыхательной функцией регулируют температуру тела, гемодинамику, регуляцию свертываемости крови. Кроме того, служат фильтром в организме, способствуют выведению токсинов из организма и её продуктов распада. Так как у детей первого года жизни очень низкий уровень противоинфекционной защиты, недостаточность мукоциллиарного клиренса под воздействием различных микро и макроорганизмов происходит отёк слизистой дыхательных путей, образуется густая вязкая мокрота, и нарушение дренажа легочной ткани и развитие пневмонии.

Таким образом, при пневмонии нарушаются все функции легких, непременно приводящие к качественных изменению газов крови и дыхательной недостаточности, одновременно развиваются осложнения в виде нарушения параметров свертываемости тромбогеморрагической кровоточивости.

**Цель исследования.** Изучить особенности клинико-коагуляционной параллели при пневмонии у детей первого года жизни.

**Материал и методы исследования.** Нами было обследовано 54 ребёнка первого года жизни с коагуляционной параллелью с тяжелой и очень тяжелой пневмонией. Исследуемые дети были в возрасте от 3-х месяцев жизни до 1-года жизни. Первую группу составили 31 ребенок с тяжелым течением пневмонии и проявление дыхательной недостаточности (ДН Iст), во вторую группу вошли 23 ребенка с очень тяжёлой пневмонией с проявлением дыхательной недостаточности (ДН II- IIIст). Всем наблюдаемым детям проведены общеклинические (общий анализы крови в развёрнутой форме), коагуляционные (время свёртывания крови по Ли-Уайту степень тромботеста, протромбиновый индекс, фибриноген, фибрин, фибринолитическая активность крови, антитромбин-III), паракоагуляционные (протаминасульфатный) тесты.

**Результаты исследования.** Состояние всех обследуемых детей при поступлении оценено как тяжёлое и очень тяжёлое. Тяжесть состояния обусловлена выраженной одышкой в пределах (ЧД 62-72 в минуту). Дыхательная недостаточность (ДН) сочеталась с явными симптомами интоксикации в виде гипертермии (от 37,8 до 40°C),

во всех случаях наблюдалась бледность кожных покровов с мраморным оттенком. Втяжение уступчивых мест грудной клетки и цианоз носогубного треугольника наблюдались у всех обследованных детей. Аускультативно выслушивались мелкопузырчатые влажные хрипы над пораженными участками лёгких у 23 (46%) больных.

При исследовании у 14 детей I-группы с пневмонией, наряду с перечисленными выше симптомами, наблюдалась кровавая рвота в виде кофейной гущи (45,2%).

У исследуемых больных второй группы клинические проявления пневмонического процесса с ДН II-III ст сочетались с циркуляторными изменениями со стороны кожи, кровоточивостью из мест инъекции у 16 (51,7%) детей и уменьшением суточного диуреза, которое наблюдалось у 12(38,8%) детей в пределах от 52-73%. Кровавая рвота и чёрный стул отмечались у 90% детей данной группы, у двух детей констатировано разлитое кровоизлияние в конъюнктиву глаз. Наряду с указанными клиническими синдромами отмечались циркуляторные нарушения, дыхательная недостаточность, олигоурия (<50%), геморрагические пятна на коже у 40% больных, больше всего на нижней части тела.

При исследовании свёртывающего статуса с тяжёлым течением пневмонии и проявлением ДНII-ст. выявлено незначительное укорочение времени свёртывания крови по Ли Уайту ( $3,7 \pm 0,04$ ) у больных I группы, но существенное удлинение времени свёртывания крови ( $9,7 \pm 0,15$ ) у детей II- группы по сравнению с аналогичным показателем контрольной группы.

Средние величины других показателей коагулограммы: ПТИ, степень тромботеста, фибриногена у больных I -группы имели тенденцию к снижению ( $79,4 \pm 3,8$ ;  $4,3 \pm 0,57$ ;  $2,3 \pm 0,91$ ), но у детей II –группы эти же показатели ( $41,2 \pm 2,6$ ;  $2,3 \pm 0,42$ ;  $1,15 \pm 0,04$ ) оказались достоверны ниже соответствующих показателей здоровых детей.

Фибринолитическая активность у больных I -группы находилась в пределах нормы ( $229 \pm 5,9$ ), а у больных II-группы ( $154 \pm 7,8$ ) они значительно превосходили показатели контрольной группы ( $226,4 \pm 8,35$ ). Необходимо отметить, что у больных первой группы уровень АТ-III незначительно низкий по сравнению с контрольной группой, а у детей второй группы уровень АТ-III существенно снижен по сравнению как с первой группой так и с аналогичной контрольной группой. Кроме того, во всех случаях протамин сульфатный тест оказался положительным.

Показатели свёртывающей система крови у детей с пневмонией представлены в таблице.

**Показатели свёртывающей крови у детей раннего возраста с пневмонией**

Показатели	Группы	Контрольная n=13	Первая n=31	Вторая n=23
Время свёртывания (минут)		$4,2 \pm 0,18$	$3,7 \pm 0,04^*$	$9,7 \pm 0,15^{**}$
Степень тромботеста		$4,6 \pm 0,06$	$4,3 \pm 0,57$	$2,3 \pm 0,42^{**}$
Протромбиновый индекс(%)		$83,8 \pm 5,8$	$79,4 \pm 3,8$	$41,2 \pm 2,6^{**}$
Фибриноген (г/л)		$2,55 \pm 0,11$	$2,3 \pm 0,91^*$	$1,15 \pm 0,04^{**}$
Фибринолитическая активность (мин)		$226,4 \pm 8,35$	$229,4 \pm 8,35$	$154, \pm 7,8^{**}$
Антитромбин III мг%		$86,7 \pm 3,2$	$74,5 \pm 2,4$	$59,4 \pm 1,3$
Протамин сульфатный тест		Отр	Пол	Пол

**Примечание:** \*достоверность разницы по сравнению с контрольной группой

\*\*достоверность разницы по сравнению с первой группой

**Таким образом,** проведенные нами исследования показали, что у больных с тяжёлым течением пневмонии с ДН I ст. чаще развивается нарушение гемостаза в виде ДВС -синдрома с проявлениями гиперкоагуляции, а у больных с очень тяжёлым течением пневмонии с проявлением ДНII-III ст., кроме того выявляются последующие фазы патологического процесса в виде коагулопатии потребления и тромбоцитопенического синдрома, а усиление фибринолитического процесса с развитием общего геморрагического синдрома наблюдается несколько реже

**Выводы.** При тяжёлом течении бактериальной пневмонии у детей с выраженными симптомами интоксикации и проявлением дыхательной недостаточности наблюдается гемостатический сдвиг в виде ДВС – синдрома.

При очень тяжелом течении пневмонии чаще наблюдается гемостатический сдвиг в форме начального проявления ДВС - синдрома с гиперкоагуляционными изменениями, а коагулопатия потребления встречается несколько реже, но агрессивный фибринолиз с выраженными геморрагическими проявлениями является относительно редким клинико - коагуляционным симптомокомплексом.

#### Список литературы

1. Баркаган З.С. Диагностика и контролируемая терапия нарушений гемостаза / Баркаган З.С. Мамот. А.П. - Нью-диамед, 2008. - 292 с.
2. Долгов В.В. Лабораторная диагностика нарушений гемостаза / В.В Долго, П.В. Свиринов. -М-Тверь: ООО «Издательство Триада», 2005. - 227с
3. Горячко А.Н. Геморрагические нарушения у новорожденных детей : учеб.-метод. пособие / А. Н. Горячко [и др.]. – Минск : БГМУ, 2010. – 58 с.
4. Самсыгина, А. Г. Пневмония у детей / Г.А. Самсыгина. М. ГЭОТАР-Медиа, 2018. 165.
5. Шабалов Н.П. Детские болезни .Т. I / Н.П. Шабалов.- М., 2013. - 389с.
6. Mikhalev, E.V. Ontogenetic peculiarities of hemostasis in newborn children / E.V. Mikhalev, G.P. Filippov, S.P. Ermolenko // Anestes. Reanimat. - 2003. - Vol. 1. - P. 28 -30.

# ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ВНУТРИУТРОБНЫХ МИКСТ-ИНФЕКЦИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ

*Исмоилов К.И., Юсупова М.А., Хафизов А.Х.*

Кафедра детских болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Проблема внутриутробных микст-инфекций является одной из ведущих в неонатологии, в связи с высоким уровнем инфицирования беременных, опасностью нарушения развития плода и рождения больного ребенка. В структуре перинатальной смертности по данным ВОЗ внутриутробные инфекции занимают четвертое место после асфиксии, респираторных инфекций и врожденных пороков развития. Среди причин перинатальной заболеваемости на долю внутриутробных инфекций приходится от 30 до 40% из всей структуры заболеваемости. Реализация внутриутробного инфицирования в клинически значимый инфекционный процесс зависит от многих факторов, решающими из которых являются: вид, количество и вирулентное свойство патогена, его тропизм, состояние иммунитета матери и новорожденного, так называемый преморбидный фон, а именно наличие отягчающих факторов в течении беременности и родов, необходимость использования новорожденному инвазивных методик реанимации и интенсивной терапии, состояние микробного пейзажа родовспомогательного учреждения, характер вскармливания новорожденного и другое. Трудности антенатальной и ранней неонатальной диагностики внутриутробных инфекций у новорожденных приводят к позднему началу терапии и серьезно осложняют прогноз заболеваемости у данной категории больных [1-5].

**Цель исследования.** Изучить особенности клинико-иммунологических проявлений внутриутробных микст-инфекций у новорожденных.

**Материал и методы исследования.** Изучены особенности клинико-иммунологических проявлений внутриутробных микст-инфекций у новорожденных на базе Национального Медицинского Центра Республики Таджикистан «Шифобахш», в отделении патологии новорожденных.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Нами было обследовано 80 больных (80%) с внутриутробной микст-инфекцией, что составило I группу исследования и 20 больных (20%) контрольной группы. Клиническая оценка состояния здоровья детей при поступлении в стационар проводилась по показателям физического развития (масса тела, длина, окружность груди и головы, масса-ростовый коэффициент), наличию пограничных состояний и сопутствующих заболеваний, наличие пиемических очагов инфекции, а также с учетом анамнестических данных состояния здоровья матери во время беременности и течения родов. Состояние новорожденных при поступлении в стационар расценено как тяжелое и крайне тяжелое. Заболевание у больных основной группы исследования протекало в виде генерализованного септического процесса с вовлечением в процесс всех органов и систем, с частыми осложнениями и летальным исходом 10 (12,5%). В основной исследуемой группе больных было 71 (89%) доношенных и 9 (11%) недоношенных новорожденных. Среди доношенных 16 (22,5%) новорожденных родились с признаками задержки внутриутробного развития: гипотрофический вариант 9 (56%), гипопластический вариант 4 (25%) и диспластический вариант 3 (19%) случая наблюдения. Среди недоношенных было с экстремально низкой массой тела 2 (22%) случая наблюдения, очень низкой массой тела 3 (33%) и 4 (45%) младенца с признаками низкой массы тела. Характеристика отягощенного акушерского анамнеза у матерей в виде высоких перинатальных потерь наиболее часто встречается в основной группе исследования - 59 (74%) по сравнению с контрольной - 1 (5%). Анализируя экстрагенитальные заболевания у матерей основной и контрольной групп исследования, необходимо отметить, что заболевания почек и мочевыводящих путей - 41 (51%), ОРИ - 43 (54%), инфекционные заболевания - 8 (10%) и нейроциркуляторная дистония - 4 (5%) наиболее часто встречаются в основной группе исследования. Анемия как сопутствующая патология достоверно часто встречается в обеих исследуемых группах (50 больных - 62% и 10 больных - 50% контрольной группы). При изучении гинекологического анамнеза у матерей исследуемых групп было выявлено, что урогенитальные инфекции - 38 (48%) и длительный безводный промежуток - 14 (17,5%) встречались довольно часто в основной группе исследования по сравнению с контрольной группой 1 (5%). Эмбриофетопатии в основной группе исследования отмечались всего в 24 (30%) случаях, из них: пороки развития мозга - 9 случаев (37,5%), врожденные пороки сердца - 5 случаев (21%), аномалии развития скелета - 6 (25%), аномалии развития глаза - 3 (12,5%) случаев и болезнь Дауна - 1 случай (4%) наблюдений. При комплексном обследовании новорожденных с внутриутробной микст-инфекцией были выявлены инфекционно-воспалительные очаги заболевания, среди которых преобладала пневмония (92,5%), энтероколит (93,75%), менингит (50%) и анемия (31,25%), что заметно выше показателей контрольной группы больных.

**Таблица 1. - Очаги поражения органов новорожденных с внутриутробной микст-инфекцией**

Очаги поражения	Число наблюдений, % (n=80)	Контрольная группа (n=20)	p
Менингит	40 (50%)	-	-
Конъюнктивит	16 (20%)	1 (5%)	>0,05
Эндофтальмит	1 (1,25%)	-	-
Пневмония	74 (92,5%)	11 (55%)	<0,05
Кардит	3 (3,75%)	-	-
Гепатит	19 (23,75%)	2 (10%)	>0,05
Пиелонефрит	25 (31,25%)	-	-
Энтероколит	75 (93,75%)	7 (35%)	<0,001
Омфалит	72 (90%)	9 (45%)	<0,05
Поражение кожи	7 (8,75%)	2 (10%)	>0,05
Анемия	25 (31,25%)	3 (15%)	>0,05

Наиболее часто встречающимися осложнениями новорожденных с внутриутробной микст-инфекцией явились дыхательная недостаточность - 57 (71%), гипотрофия различной степени выраженности - 31 (39%), ДВС синдром - 32 (40%), ОПН - 9 (11%) и парез кишечника - 19 (24%). Такие грозные осложнения как отёк мозга - 6 (7,5%), и надпочечниковая недостаточность - 7 (9%) встречались реже. В контрольной группе больных осложнений не было. При обследовании новорождённых с внутриутробной микст-инфекцией был выявлен ряд неврологических нарушений, которые проявлялись различными синдромами. У доношенных новорождённых наиболее часто встречался синдром внутрочерепной гипертензии - 49 (69%), затем судорожный синдром - 9 (13%), синдром угнетения ЦНС - 11 (15%) и гидроцефальный синдром - 2 случая наблюдений (3%). У недоношенных новорожденных поражение ЦНС наиболее часто встречалось в виде синдрома угнетения - 6 (67%), судорожного синдрома - 2 (22%) и гидроцефального синдрома - 1 (11%) случаев наблюдений.

**Таблица 2. - Особенности микробной контаминации новорожденных с внутриутробной микст-инфекцией**

№	Микробное сочетание	n=80	%
1	ЦМВИ+St. aureus	34	42,5%
2	ЦМВИ + Str. pyogenus	23	28,75%
3	ЦМВИ+Chlamidia pneumoniae	9	11,25%
4	ЦМВИ+Klebsiella	4	5%
5	ЦМВИ+Chlamidia+ St. aureus	4	5%
6	ЦМВИ+ВПГ+St. aureus	3	3,75%
7	ВПГ+St. aureus	2	2,5%
8	Краснуха +St.aureus	1	1,25%

Видовой состав микроорганизмов, высеянных у новорождённых с тяжелым течением внутриутробных микст-инфекций, характеризовался преобладанием St.aureus в посевах крови новорождённых в сочетании с ЦМВИ - 34 случаев (42,5%). Наряду с высоким представителем St.aureus у новорождённых с внутриутробными микст-инфекциями выражена роль Streptococcus pyogenus (23 случая - 28,75%), что свидетельствовало о высокой колонизации анаэробной микрофлорой новорождённых с внутриутробной микст-инфекцией. Из данных таблицы также необходимо отметить, что в данной группе отмечается высокая частота сочетания ЦМВИ+Chlamidia pneumoniae (9 случаев - 11,25%), затем по частоте сочетания микробной контаминации отмечается ЦМВИ+Klebsiella - 4 случая (5%), ЦМВИ+chlamidia+St. aureus- 4 случая наблюдения (5%), ЦМВИ+ ВПГ+St. aureus - 3 случая (3,75%). У одного новорождённого была диагностирована врождённая краснуха в сочетании с St. aureus, клиническими проявлениями заболевания были менингит, пневмония, конъюнктивит, энтероколит и анемия на фоне эмбриопатий в виде: врождённой верхней - затылочной мозговой грыжи, внутренней гидроцефалии, диффузной катаракты, расщелины верхней губы, незаращения твёрдого и мягкого нёба. При анализе показателей гуморального иммунитета у новорожденных с внутриутробной микст-инфекцией отмечалось повышение IgA и IgM и снижение IgG. При анализе показателей клеточного иммунитета отмечалось снижение числа зрелых Т лимфоцитов, субпопуляции Т и В лимфоцитов в периферической крови новорождённых. Также отмечено снижение фагоцитарной активности и фагоцитарного числа. Отмеченные изменения могли быть вызваны воздействием возбудителей урогенитальной инфекции матери на иммунную систему плода и новорождённого, с нарушением иммунорегуляторных механизмов и недостаточностью клеточного и гуморального звена иммунитета.

**Таким образом,** клинико-иммунологическими проявлениями антенатальных повреждений новорождённых с внутриутробными микст-инфекциями явились снижение антропометрических показателей, инфекционно-воспалительные заболевания органов, тяжелое течение инфекции и осложнения, сопутствующая патология, аномалии развития органов и систем и неврологическая симптоматика.

#### Список литературы

1. Абрамова, И.В. Клинико-лабораторные критерии диагностики внутриутробных инфекций у новорождённых: дис... канд. мед. наук / И.В. Абрамова. - Иваново, 2010. - 123 с.
2. Петрашева, Е.Е. Клинико-микробиологические и иммунологические особенности новорождённых, находящихся на ИВЛ в группах с респираторным дистресс- синдромом и внутриутробными инфекциями: дис. канд. мед. наук / Е.Е. Петрашева. - Челябинск, 2010. - 142 с.
3. Русанова, Н.Н. Клинико-иммунологические варианты патологических состояний у новорождённых, родившихся у матерей с урогенитальной инфекцией: дис... Русанова Н.Н. М., 2009. 24-58с.
4. Безнощенко, Г.Б. Внутриутробные инфекции / Г.Б. Безнощенко. - Новгород, 2006. - С.13-34.
5. Бочарова, И.И. Клинико-иммунологические варианты патологических состояний у новорождённых родившихся у матерей с урогенитальной инфекцией: дис... канд. мед. наук / И.И. Бочарова. - М., 2009. - 126 с.

### СОСТОЯНИЕ БИОАКТИВНОСТИ МИОКАРДА И НАСОСНОЙ ФУНКЦИИ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

*Исмоилов К.И., Шарипова М.М.*

Кафедра детских болезней №2, ТГМУ им. Абуали ибни Сино

**Актуальность.** К числу наиболее тяжёлых хронических и аллергических заболеваний детского возраста относится бронхиальная астма. Наиболее тяжёлое течение и увеличение частоты возникновения БА, связанное с расширением предрасполагающих к аллергическим заболеваниям факторов, отмечаются в последние годы [1, 2]. Одной из актуальных проблем современной педиатрии является изучение функциональной взаимосвязи сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Тяжёлые приступы удушья, выраженная эмфизема легких, гипоксемия и гипо-



ксия ухудшают функциональное состояние миокарда [3, 4]. Часто повторяющиеся приступы астмы нередко приводят к стойким бронхо-легочным изменениям, что также отрицательно сказывается на функции сердечно-сосудистой системы. Ю.Ф. Домбровская (1957) указывает, что у детей, страдающих частыми приступами бронхиальной астмы, появляются изменения миокарда (преимущественно правого желудочка) и постепенно формируется легочное сердце.

Состояние сердечно-сосудистой системы давно привлекало внимание исследователей (Мухарлямов Н.М., 1973; Голиков А.П., 1979; Замотаев И.П., 1989). Изменение внутрисердечного кровообращения и сократительной способности миокарда с вероятным развитием в дальнейшем легочного сердца, дистрофические трансформации, нарушение сердечного ритма – все это ухудшает прогноз БА и качество жизни больных [5]. Огромное значение имеет последовательность возникновения нарушений и степень поражения системы кровообращения [6].

Модифицированию функционального состояния сердечно-сосудистой системы при БА способствуют срыв функции внешнего дыхания, гипоксия и гипоксемия, хроническая интоксикация, нарушение функции вегетативной нервной системы. Появляющиеся расстройства сердечной деятельности не укладываются в структуру основного заболевания. Трагические исходы при БА чаще не удаётся связать с выраженностью нарушений функции внешнего дыхания. Имеется взгляд о вероятности зависимости между использованием бронхолитиков и увеличением показателей летальности [4]. Остается нерешенным целый ряд проблем, затрагивающих состояние сердечно-сосудистой системы на протяжении приступного, после- и межприступного периодов заболевания, ее динамика в процессе лечения [5].

Основными кардиальными нарушениями при БА является легочная гипертензия, главную роль в возникновении которой играет гипоксия, являющаяся следствием нарушения проходимости просвета бронхов. Повышение давления в малом круге кровообращения является немаловажным механизмом трансформации электромеханической активности сердечной мышцы центрального и периферического кровообращения диастолической функции сердца. Актуальным вопросом остается оценка состояния малого круга кровообращения, систолической и диастолической функции сердца в разные периоды и степени тяжести БА [6].

Одним из важнейших оснований развития правожелудочковой недостаточности, по данным исследователей [5], является систематическая перегрузка сердца в результате легочной гипертензии. Резервные зоны Веста, в которых возникает гипоксическая вазоконстрикция при БА, носящая защитно-адаптационный характер, являются основной причиной повышения давления в малом круге кровообращения [6].

Существенной причиной стойкой потери трудоспособности и смертности больных БА является формирование декомпенсированного хронического легочного сердца (ХЛС). Существуют две точки зрения в развитии хронического лёгочного сердца у детей с БА. Первая группа ученых утверждает, что при БА декомпенсированное ХЛС формируется редко. Вторая группа считает БА основной причиной формирования ХЛС. Самым страшным является то, что диагноз ХЛС часто ставят детям и подросткам с тяжёлой формой БА со стажем болезни более 3 лет [5].

**Цель исследования.** Состояние биоактивности миокарда и насосной функции сердца у детей с бронхиальной астмой.

**Материалы и методы исследования.** Под нашим наблюдением находились 100 детей с БА, все дети проходили стационарное лечение в отделении детской пульмонологии с 2014 по 2018 годы. Всем детям проводили исследование биоэлектрической активности миокарда - методом ЭКГ. Полученные результаты обработаны с помощью программы «Statistics 6.0» (Stat.Soft.Inc., USA). Для сравнения двух независимых групп исследования между собой использовали непараметрический критерий Манна-Уитни, для зависимых – критерий Уилкоксона.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Результаты нашего исследования показали, что имеется существенное изменение биоэлектрической активности миокарда. Изменения сердечного ритма в виде синусовой тахикардии и тахикардии обнаружены у 57 детей (57%) в межприступном периоде, у 66 детей (66%) и 97 детей (97%) постприступном и приступном периодах соответственно. Как известно, наличие синусовой аритмии – изменение, присущее и здоровым детям всех возрастных групп. Так, по данным М.К. Осколковой (1988), у здоровых детей в возрасте от 9 мес. до 16 лет синусовая аритмия встречается в 94% случаев.

Изменение показателей биоэлектрической активности миокарда по данным электрокардиограммы (ЭКГ) приведены в таблице 1.

**Таблица 1. - Электрокардиографические показатели у детей при БА**

Показатели ЭКГ	Приступный период	Пост-приступный	Межприступный
Синусовая тахикардия	96 (96%)	66 (66%)	56 (56%)
Уплотнение предсердного зубца	30 (30,0%)	16 (16%)	14 (14%)
Снижение амплитуды зубца “Т”	61 (61%)	45 (45%)	11 (11%)
Высокоамплитудный, куполообразный зубец “Т”	16 (16%)	10 (10%)	-
Смещение сегмента “S-T”	69 (69%)	44 (44%)	-
Частичная блокада правой ножки пучка Гиса	45 (45%)	40 (40%)	-

Характеризуя основные зубцы ЭКГ, следует, прежде всего, отметить деформацию и снижение амплитуды предсердного зубца. Деформация предсердного зубца регистрировалась во многих отведениях и выражалась в его зазубренности и расщепленности. На возможности расщепления зубца Р во II и III отведениях у здоровых детей указывали О.Г. Саломатина (1970), М.К. Осколкова (1988), объясняя это асинхронизмом возбуждения правого и левого предсердий.

Перегрузка правых отделов сердца была выявлена у 10 (10%) больных детей и проявлялась в виде подъема амплитуды зубца Р во II и III стандартных отведениях, avR, V1 и V2 грудных отведениях.

Уплотнение зубца Р обнаружено во все периоды БА у 14 детей (14%), у 30 детей (30%) и у 16 детей (16%). Выявленные изменения зубца Р объясняются присутствием дистрофических изменений в миокарде предсердий. Такие как гипертрофия предсердий, приводящая в дальнейшем к «Cог pulmonale».

Также обнаруживались патологические трансформации амплитуды зубца R до 35-40мм, RV5-RV6>RV4, при глубоком зубце S в отведениях V2-V3 (до 30мм) у 90 детей, что составляет (90%). В некоторых случаях выявлены нарушения атрио-вентрикулярной проводимости, которые проявляются в виде укорочения интервала P-Q, а также предсердные экстрасистолы. У многих обследованных достаточно часто обнаружены признаки неполной блокады правой ножки пучка Гиса, что проявлялось в виде зазубренности зубца S в правых грудных отведениях. Также вышеуказанные изменения регистрировались у большинства больных даже в межприступном периоде болезни у 45 детей (45%), и у 1/2 детей в приступном периоде – 50 детей (50%). Значительное отклонение также наблюдалось в конечном зубце желудочкового комплекса. В левых грудных отведениях (V4-V6) в основном наблюдается смещение амплитуды зубца Т, у 12 детей (12%), 61 ребёнка (61%) и у 45 детей (45%). Наряду со снижением у 11 детей (11%) и у 17 детей (17%) с БА в приступном и постприступном периоде наблюдался высокоамплитудный, куполообразный зубец Т, так называемого «гипоксического» характера. Подобные изменения отмечались у больных в постприступном и приступном периоде, у 23 детей (23%) и у 26 детей (26%).

Депрессия сегмента ST выявлена в постприступном у 21 ребёнка (21%) и в приступном периоде у 28 детей (28%). Выявленные изменения зубца Т и сегмента ST свидетельствуют об отклонении метаболических процессов в сердечной мышце, об исходе дистрофических изменений в нем, в то же время и о возможных вегетативных и электролитных нарушениях.

Анализ изменений ЭКГ в зависимости от периода болезни показал, что чаще встречается резкое снижение активности миокарда правого желудочка и увеличение электрической систолы, все указанное свидетельствует о развитии миокардиодистрофии.

**Выводы.** Таким образом, обнаруженные нами ЭКГ изменения подтверждают наличие миокардиодистрофии и развитие «Cог pulmonale» у 3 детей 2-й группы со стажем болезни более 5 лет и часто возникающими приступами обострения.

Депрессия сегмента ST выявлена в постприступном у 21 ребёнка (21%) и в приступном периоде у 28 детей (28%). Выявленные изменения зубца Т и сегмента ST свидетельствуют об отклонении метаболических процессов в сердечной мышце, об исходе дистрофических изменений в нем, в то же время и о возможных вегетативных и электролитных нарушениях.

#### Литература

1. Тавровская Т.В. Велоэргометрия. Практическое пособие для врачей. — СПб.-2007.-С.138.
2. Собченко С.А. Обострение неаллергической поздней астмы индуцированной респираторной инфекцией/ С.А. Собченко// Журн. Пульмонология.-2015.-№2.-С.42-45.
3. Рубан А.П. Материалы IX Российского форума с международным участием «Здоровье детей: профилактика и терапия социально-значимых заболеваний»/Рубан А.П., Василевский И.В., Ростовцев В.Н.// – СПб.:2015. – С.144–145.
4. Ильина Н.И. Формотерол при бронхиальной астме и сопутствующей сердечно-сосудистой патологии/Ильина Н.И., Романова О.В., Латышева Т.В.// Атмосфера.-2014.-№13.- С. 40-42.
5. Гаврисюк В.К. Нарушения сердечно-сосудистой системы у больных бронхиальной астмой/В.К. Гаврисюк// Укр. Пульмон. Журн.-2009.-№2.-С.31-32.
6. Белов А.А. Оценка функции внешнего дыхания/А.А. Белов., Н.А. Лакшина//М.: «Издательский дом русский врач», 2016.- 68 с.

### К ВОПРОСУ КЛЕТОЧНОГО МЕТАБОЛИЗМА У ДЕТЕЙ С ГИПОТРОФИЕЙ

*Исмоилов К.И., Расулова С.А.*

Кафедра детских болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

**Актуальность.** Дефицитные состояния до настоящего времени имеют высокий удельный вес среди патологий, встречающихся в детском возрасте. Рациональное питание детей играет важную роль в обеспечении их гармоничного роста, физического и нервно-психического развития, устойчивости к воздействию инфекций и различных неблагоприятных факторов внешней среды [3,4]. Иммунокомпрометированное состояние, развивающееся при гипотрофии свидетельствует о формировании митохондриальной дисфункции и определяет необходимость изучения ферментов цикла Кребса в лимфоцитах данной [2] категории детей. В основе функциональной активности лимфоцитов лежат их метаболические реакции. При гипотрофии нарушается клеточный метаболизм и нарушение белкового обмена отрицательно влияет на энергоёмкие процессы в лимфоцитах [1,5]. Это свидетельствует о снижении процесса энергообеспечения, синтетической и антиоксидантной функции клетки.

**Цель исследования.** Определить активность ферментов цикла Кребса (СДГ и  $\alpha$  – ГФДГ) в лимфоцитах периферической крови у детей, страдающих гипотрофией.

**Материал и методы исследования.** Для определения ферментативной активности лимфоцитов проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 103 детей с гипотрофией с 2 мес. до 2 лет, из них 46 (44,7%) девочек и 57 (55,3%) мальчиков соответственно. Все дети находились на стационарном лечении в ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». Контрольную группу составили 30 условно здоровых детей. Наряду с общеклиническими методами исследования всем детям определены активность ферментов СДГ (сукцинатдегидрогеназы) и  $\alpha$  – ГФДГ (альфа-

глицерфосфатдегидрогеназы) в лимфоцитах периферической крови. Ферментный статус лимфоцитов расценивался по показателю средней активности фермента (Q).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Исследования показали, что в группе детей с гипотрофией легкой степени тяжести обнаружено некоторое снижение активности СДГ и  $\alpha$ -ГФДГ по сравнению с соответствующими показателями контрольной группы. В группе больных с гипотрофией средней степени тяжести обнаружилось значимое снижение показателей обеих дегидрогеназ по сравнению с аналогичными показателями групп детей контрольной и легкой степени гипотрофии ( $p < 0,001$ ). В то же время у детей с гипотрофией тяжелой степени показатели обнаружили явное снижение средних значений СДГ и  $\alpha$ -ГФДГ по сравнению с аналогичными показателями здоровых детей и больных с легкой степенью гипотрофии ( $p < 0,001$ ).

**Таблица 1. - Цитохимические показатели детей с гипотрофией (n=103)**

Показатели	Контроль-ная группа (n=30)	I группа (гипотрофия легкой степени) (n=20)	II группа (гипотрофия средней тяжести) (n=22)	III группа (тяжелая степень гипотрофии) (n=30)
СДГ	17,46±0,02	14,86±0,03 $p < 0,001$	11,53±0,04 $p < 0,001$	9,51±0,05 $p < 0,001$
$\alpha$ -ГФДГ	12,78±0,02	10,68±0,03 $p < 0,001$	8,52±0,04 $p < 0,001$	6,84±0,03 $p < 0,001$

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей по сравнению с контрольной группой

При сравнении полученных результатов показателей активности ферментов цикла Кребса СДГ и  $\alpha$ -ГФДГ в лимфоцитах крови в зависимости от степени выраженности гипотрофии выявлена значимая разница в показателях ферментативной активности обеих дегидрогеназ. Корреляционный анализ показал прямую зависимость средней активности основных ферментов метаболизма СДГ и  $\alpha$ -ГФДГ с уровнем гемоглобина крови ( $r = 0,82$ ;  $0,84$  соответственно).

**Выводы.** Таким образом, нами выявлено, что по мере нарастания дефицита массы тела происходит снижение активности митохондриальных ферментов (СДГ и  $\alpha$ -ГФДГ). Выявленные изменения расцениваются как проявления снижения окислительно-восстановительных процессов в лимфоцитах, нарушения состояния клеточных мембран и усиления катаболических процессов в клетках. Это свидетельствует, о том, что интенсивность метаболических процессов, зависящих от состояния субстратного потока по циклу трикарбоновых кислот, в лимфоцитах детей с хроническим расстройством питания снижена.

Итак, результаты проведенного нами цитохимического исследования показали существенное снижение активности ключевых митохондриальных ферментов цикла Кребса (СДГ и  $\alpha$ -ГФДГ) лимфоцитов, что указывает на снижение метаболических процессов во всех органах и системах, в том числе и в иммунокомпетентных, что является свидетельством угнетения неспецифического иммунитета у детей с хроническим расстройством питания.

#### Список литературы

1. Куртасова Л.М. Активность НАД (Ф) – зависимых дегидрогеназ в лимфоцитах периферической крови у детей раннего возраста с гипертрофией глоточной миндалины / Л.М.Куртасова, А.Р.Шмидт, Т.В. Лубнина // Медицинская иммунология. – 2014. – Т.16, №2. – С. 381-384.
2. Липатова Е.С. Гипотрофия у детей: клиничко-метаболические критерии диагностики: автореф.дис. ...канд. мед.наук \ Е.С. Липатова. – Самара, 2011. – 22 с.
3. Маланичева Т.Г. Хронические расстройства питания у детей: метод. рекомендации /Т.Г. Маланичева, Н.В. Зиатдинова, А.М. Закирова. – Казань., 2012. – 47 с.
4. Национальная программа оптимизации вскармливания детей в возрасте от 1 года до 3 лет в Российской Федерации. – М. 2016. - 7-10 с.
5. Rutter J. Succinate dehydrogenase – assembly, regulation and role in human disease / J. Rutter J, D.R. Winge, J. D. Schiffman // Mitochondrion. – 2010. – V. 10, №4. – P. 393-401.

## ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

*Кабилова Б.Х.*

Кафедра детских болезней №1 ТГМУ им Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Внутрижелудочковые кровоизлияния перинатального периода занимают одно из ведущих мест в структуре перинатальной детской патологии и смертности [1,3]. Изучение причин формирования, патогенеза развития и клинического течения внутрижелудочковых кровоизлияний (ВЖК) у новорожденных является актуальной проблемой неонатологии, поскольку они составляют одну из ведущих причин тяжелых инвалидизирующих неврологических нарушений и занимают лидирующую позицию среди причин летальности [2,4,5].

**Цель исследования.** Изучить влияние факторов риска возникновения внутрижелудочковых кровоизлияний, их особенность и клинические проявления у новорожденных детей.

**Материалы и методы исследования.** Нами проведен анализ 50 историй болезни новорожденных, родившиеся в родильном доме МК Истиклол за 2017-2018 годы, и их дальнейшее наблюдение в отделении патологии новорожденных. По результатам нейросонографии (НСГ) все новорожденные в зависимости от степени ВЖК были подразделены на три группы. ВЖК (I степень) было диагностировано у новорожденных в 6,7% случаев. ВЖК средней тяжести (II степень) установлено в 83,3% случаев, тяжелое (III степень) - в 10% случаев. Всем новорож-

денным осуществлялось ежедневное клиническое и неврологическое обследование. Проводили анализ анамнестических данных о течении беременности, родов у матерей и состоянии ребенка при рождении, лабораторное исследование периферической крови, биохимическое исследование крови, по показаниям рентгенографию органов грудной клетки, изучались показатели гемограммы. Ультразвуковое сканирование головного мозга производилось по стандартной методике при помощи аппарата Samsung Medison UGEO HM70A. Исследования проводились в стандартных плоскостях сканирования (коронарная, сагиттальная, парасагиттальная, аксиальная) через большой родничок, с датчиком секторального сканирования частотой 7,5МГц.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Результаты исследования показали, что из 50 новорожденных с диагнозом ВЖК подавляющее большинство родились недоношенными, что составило 85,6%. Доношенные дети с ВЖК составили 14,4%. Диагноз ВЖК чаще был выставлен в первые сутки в 17,1% случаев и в конце первой недели в 65,6% случаев. Все дети в зависимости от степени ВЖК были разделены на три группы.

ВЖК I степени родилось 23 (46,7%) детей при сроке гестации от 32 до 36 недель и с массой тела от 1800 до 2400 граммов. Двое детей из этой группы родились в срок. У обоих доношенных детей ВЖК развились на фоне сочетанной патологии: в одном случае имел место врожденный порок сердца, в другом - синдром аспирации мекония. У 83,3% новорожденных, независимо от срока гестации, течение ВЖК легкой степени было малосимптомным. Клинически для детей этой группы было характерно наличие хронической антенатальной гипоксии и гипоксии в родах. Большинство детей этой группы 50% случаев родились в асфиксии средней степени тяжести. Тяжелое состояние с первых минут жизни отмечалось у 8 недоношенных, и 2 доношенных детей в связи с признаками незрелости и дыхательной недостаточности 1-2 степени, а так же с сопутствующей патологией (синдром аспирации мекония).

Во второй группе новорожденных с ВЖК II степени доношенными родились 65,3% и 14,7% недоношенными т.е. количество доношенных в этой группе было больше. У 26,2% доношенных и 11% недоношенных были признаки ЗВУР, что является следствием фетоплацентарной недостаточности и хронической антенатальной гипоксии. В большинстве (97,3%) случаев при ВЖК II степени неврологические проявления развивались постепенно и прогрессировали в течение нескольких дней наряду с дыхательными нарушениями. Клинически для детей этой группы было характерно: выраженная мышечная гипотония или атония, значительное угнетение врожденных рефлексов, у ряда незрелых детей исчезновение сосательного и глотательного рефлексов, периодическое двигательного возбуждение, патологические глазные симптомы, нестабильное артериальное давление с тенденцией к системной гипотонии, открытый артериальный проток и признаки легочной гипертензии (70,7%), «мраморность» кожных покровов, повторяющиеся приступы апноэ. В периоде ранней адаптации у 21,3% новорожденных отмечался судорожный синдром. С третьей недели у всех детей отмечалось прогрессирование признаков внутричерепной гипертензии. По данным лабораторных исследований отмечалось: умеренное снижение содержания гемоглобина и гематокрита, изменения метаболизма в виде гипоксемии и ацидоза, колебания уровня глюкозы и электролитные нарушения. На нейросонограмме определялись гиперэхогенные зоны в области герминативного матрикса с последующим развитием вентрикуломегалии и образованием кистозных полостей.

ВЖК III степени были диагностированы исключительно у 5 недоношенных детей, что составила 3 группу. Чем меньше масса срок гестации и масса ребенка, тем чаще ВЖК тяжелой степени диагностировался. Все дети этой группы родились в 24 - 29 недель гестации и массой тела от 760 граммов до 1340 граммов. При этом 3 (55,6%) из них имели массу тела при рождении менее 1000 граммов. Все дети антенатально развивались на фоне патологического течения беременности (гипертензии, плацентарная недостаточность, хроническая антенатальная гипоксия). 88,6% детей родились в состоянии тяжелой асфиксии, что потребовало проведения реанимационных мероприятий с применением ИВЛ, 30,7% детей находилась на ИВЛ продолжительностью от двух до 7 суток. У 2/3 детей отмечались признаки внутриутробного инфицирования. Период адаптации протекал с очень выраженной симптоматикой, как неврологической, так и соматической. С первых суток отмечалось стремительное угнетение активности с нарушением мозговых и витальных функций (патология ритма дыхания, угнетение сознания, повторные апноэ, брадикардия). В этой группе детей судороги отмечались в 2 раза чаще, чем при II степени ВЖК и носили характер повторяющихся приступов. Кроме того имели место значительные гемодинамические нарушения с развитием системных отеков, выраженные водноэлектролитные нарушения на фоне потери массы свыше 15%, пролонгированная желтуха с преимущественным повышением непрямого билирубина. У новорожденных с первых минут жизни отмечалась выраженная дыхательная недостаточность. На нейросонограмме обширные гиперэхогенные области перивентрикулярной локализации, снижение или отсутствие визуализации бокового желудочка на стороне кровоизлияния. При проведении повторного обследования через 2 - 4 недели отмечались: формирующаяся дилатация желудочковой системы с деформацией боковых желудочков, признаки формирования окклюзионной гидроцефалии.

Анализ историй болезни новорожденных, историй родов и сбор анамнеза течение беременности во всех трех групп показал, что у большинства (73,3%) женщин имелось какое-либо заболевание. Сердечно-сосудистые заболевания (гипертоническая болезнь, вегето-сосудистая гипотония, варикозная болезнь) встречались у 40,2% беременных; эндокринная патология (ожирение, диффузное увеличение щитовидной железы) у 24,4%, болезни почек (хронический гломеруло- и пиелонефрит) у 32,2%, заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический холецистит) у 12,7% соответственно. У каждой пятой женщины имелась хроническая урогенитальная инфекция (уреаплазмоз, микоплазмоз, кандидоз, трихомониаз, аднексит, сальпингит, кольпит). Акушерский анамнез в 57,8% случаев был отягощен предыдущими абортами и выкидышами. Анализ течения беременности также показал наличие разнообразной патологии: в 43,3% случаев - угроза прерывания; в 34,4% - тяжелый гестоз; в 37,8% - плацентарная недостаточность; в 25,6% - анемия; в 13,4% - маловодие или многоводие. Выявлена различная патология родов: в 40% случаев - слабость родовой дея-

тельности со стимуляцией окситоцином; в 23,4% - стремительные и быстрые роды; в 15,6% - патологическое предлежание плаценты и её преждевременная отслойка; в 13,3% - различные варианты обвития пуповины и узлы пуповины. Роды в 33,7% случаев закончены экстренным кесаревым сечением по поводу угрожающей асфиксии плода.

**Выводы.** Таким образом, результаты проведенного исследования позволяют констатировать, что тяжелые внутрижелудочковые кровоизлияния возникают в первую очередь у крайне незрелых по срокам гестации недоношенных детей с экстремально малой массой тела. Формированию ВЖК у новорожденных способствуют: хроническая антенатальная гипоксия, антенатальный инфекционный фактор и асфиксия при рождении. Среди факторов риска возникновения ВЖК у новорожденных преимущественное значение имеют: сопутствующие заболевания, патология беременности, патология родов.

#### Список литературы

1. Перинатальная патология головного мозга: предел безопасности, ближайший и отдаленный прогноз / Ю.И. Барашнев, Н.И. Бубнова, З.Х. Сорокина, О.Н. Рымарева // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - №4. - 2008. - С.6-12.
2. Доманин, Е.И. Частота пороков головного мозга у новорожденных / Е.И. Доманин, Д.К. Волосников, Н.В. Масленникова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2011. - №2. - С.28-31.
3. Чернова, Н.Г. Задержка внутриутробного развития плода / Н.Г. Чернова, Г.В. Петракова // Материалы V Российского форума «Мать и дитя». - М., 2003. - С. 173.
4. Особенности мозгового кровообращения плода в норме и при синдроме задержки его развития / А.Г. Бунин [и др.] // Вопросы охраны материнства и детства. - 2014. - №2. - С.43-47.
5. Мухамадиева, Х.Т. Клиническое значение нейросонографии в ранней диагностике гипоксически-ишемических энцефалопатий новорожденных / Х.Т. Мухамадиева, Ф.С. Шамсиев // Педиатрия. - 2000. - №2-3. - С. 161-163.

### СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ У МАТЕРЕЙ С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

*Кабилова Б.Х., Хотамова М.Н.*

Кафедра детских болезней №1 ГОУ ТГМУ им Абуали ибни Сино, Таджикистан

**Актуальность.** Одним из приоритетных направлений современной медицины является снижение перинатальной смертности в рамках достижения Целей Развития Тысячелетия.

В Республике Таджикистан перинатальные потери во многом определяют показатель детской смертности, перинатальная смертность остается стабильно на высоких уровнях [1, 2, 4]. В современном акушерстве важной задачей является доклиническая диагностика нарушений плода: СЗРП, недостаточность фетоплацентарной системы, которая позволит своевременно провести корректирующую терапию, определить тактику ведения беременности и родов, в некоторых случаях решить вопрос о досрочном родоразрешении с целью получения жизнеспособного потомства [3, 5].

**Цель исследования.** Оценка особенностей раннего течения неонатального периода и изучения перинатальных исходов новорожденных, родившихся у матерей с гипертензивными нарушениями.

**Материал и методы исследования.** Проведен ретроспективный анализ 500 историй родов и карт новорожденных у матерей с гипертензивными нарушениями. Средний возраст обследованных составил 29,2±4,4 года, жительницы города составили 61 % и села 29%. Изучение социального статуса показало, что в основном это были домохозяйки 89,4%, служащие 8,6% и рабочие 2%. По паритету 44,8% повторнородящих, 33,4%, первородящих и 21,8% многорожавших. Необходимо отметить, что 62,3% беременных не наблюдались в ж/к по месту жительства, и следовательно не получили должный и своевременный антенатальный уход. Изучение фоновой патологии показало, что у 90,8% гестационный процесс протекал на фоне экстрагенитальной патологии, причем у 83% обнаружилось сочетание нескольких фоновых заболеваний. Лидирующими экстрагенитальными заболеваниями явились: анемия 94,6%, заболевания почек 83%. Заболевания гепатобилиарной системы 40,2%. Далее, эндокринно-обменные нарушения 23,4%, гипертоническая болезнь 17%, заболевания сердечно-сосудистой системы – 13,2%. Течение беременности осложнилось ОРВИ у 89% беременных, из них 29,4% перенесли ОРВИ 2-3 раза. У 17% отмечалась угроза прерывания во время данной беременности. Из поступивших в стационар хроническая гипертензия диагностирована в 39,2%, умеренная преэклампсия в 9%, тяжелая преэклампсия 45,2% и эклампсия 6,6%. Роды через естественные родовые пути зарегистрированы у 82,2% и частота абдоминального родоразрешения составила 18,2%. Роды в срок произошли в 73,4% случаев, преждевременные роды составили 25,2% и запоздалые роды имели место в 10,6% случаев. При определении положения плода и его предлежащей части установлено, что у 91,2% беременных к моменту родов плод находился в головном предлежании, у 8,2% в тазовом и у 0,6% в поперечном. Всего родилось 432 (86%) живых новорожденных. С массой 2500-3000 гр. родилось 61,4% новорожденных (табл. 1). Оценкой 8/8 баллов по шкале Апгар оценены 58,5%, 6-7 баллов 31,3%, 10,1% на 2-5 баллов. Приложены к груди в первые трое суток 58,6% новорожденных и 19,2% в первые часы после рождения и 22,2% новорожденных не приложены к груди из-за тяжести состояния матери. В условиях хронической внутриутробной гипоксии находился каждый третий новорожденный 37,6% и прогрессирующая гипоксия отмечена у 28,1% новорожденных. Патология пуповины (обвитие пуповины вокруг шеи плода, короткая пуповина или длинная) обнаружена у 10,6% новорожденных. Плацентарная недостаточность составила 28,1%. У 63,2% новорожденных выявлен синдром задержки развития плода – СЗРП, при этом у 43,8% в числе доношенных и 19,4% в числе недоношенных. В структуре заболеваний новорожденных, родившихся у матерей с гипертензивными нарушениями, преобладающей патологией являлось поражение ЦНС гипоксического генеза в виде легкого поражения ЦНС с синдромом повышенной нервно-

рефлекторной возбудимости 58%, средне-тяжелого поражения ЦНС с гипертензивным синдромом –14% и тяжелого поражения ЦНС с синдромом угнетения – 11%. Перинатальные потери составили 16%, из них 2% выкидышей у беременных в сроках 18-19 недель, антенатальная гибель в 8%, интранатальная 3% и ранняя неонатальная смертность составила 3% (в первые 72 часа жизни). На 3-4 сутки домой выписаны 62%, 18% выписаны на 6-10 сутки жизни и 5% переведены в отделение патологии новорожденных.

**Выводы.** Таким образом, новорожденные, родившиеся у матерей с гипертензивными нарушениями относятся к группе высокого риска по перинатальной патологии.

Гипертензивные нарушения как сами по себе, так и при наличии экстрагенитальной патологии создают неблагоприятные условия для роста и развития плода и новорожденного, вызывая СЗРП, плацентарную недостаточность и нарушения кровотока в единой функциональной системе «мать-плацента-плод».

Ранняя функциональная диагностика, включающая УЗИ и доплерографию сосудов плаценты, матки и плода, а также своевременная терапия гипертензивных нарушений и экстрагенитальной патологии будут способствовать снижению риска развития осложнений при гипертензивных состояниях, что в свою очередь приведет к снижению как перинатальной, так и материнской заболеваемости и смертности.

#### Список литературы

1. Абрамченко В.В.- Беременность и роды высокого риска. СПб.: Медицина, 2003. – 431с.
2. Зозуля О.В. Течение гипертонической болезни у беременных. Механизмы развития, ранняя диагностика и профилактика осложнений: Автореф. д-ра мед. наук.– М., 1997. – С. 9
3. Савельева Г.М., Курцер М.А., Шалина Р.И. Роль интранатальной охраны плода в улучшении перинатальных исходов // Акуш. и гин. – 2014. – №5. – С. 3-8.
4. Серов В.Н. Проблемы перинатального акушерства // Акуш. и гин. – 2008.– №6. – С. 3-5.
5. Шехтман М.М.и соавт. Экстрагенитальная патология и беременность. – Москва, 2004. – С. 89-96.

### ВЛИЯНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА НА РАЗВИТИЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ И ПАТОЛОГИЮ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

*Кабилова Б.Х.*

Кафедра детских болезней №1 ГОУ ТГМУ им Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Врожденные пороки развития (ВПР) ЦНС у детей являются одним из актуальных вопросов современной медицины и составляют около 25% всех аномалий развития у детей [3]. Наиболее частыми причинами их возникновения являются неправильная закладка нервной системы или поражение ее в различные периоды эмбрионального развития [1, 2]. Церебральные нарушения головного мозга проявляются грубыми расстройствами нервно-психического развития, судорожным синдромом и детским церебральным параличом, являясь наиболее частой причиной детской неврологической инвалидности [3]. По данным ВОЗ, 20% детской заболеваемости и инвалидности, а также 15-20% детской смертности вызваны пороками развития[1].

**Цель исследования** - выявить наиболее значимые факторы риска возникновения пороков головного мозга и оценить нервно-психического развития детей.

**Материал и методы исследования.** Под наблюдением находилось 40 новорожденных детей родившихся с врожденным пороком центральной нервной системы (ВПР ЦНС) и проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование у 20 детей с (ВПР ЦНС), находившихся на лечении в неврологическом отделении МК Истиклол, а также изучен их анамнез на основании анализа амбулаторных карт, консультаций невролога, лабораторных и инструментальных методов исследований. Ретроспективно был проведен анализ 200 историй родов и развития новорожденных, для выявления возможных факторов риска развития врожденных пороков центральной нервной системы. Во всех случаях изучались медико-социальные факторы, выявляемые в различные периоды, как до зачатия ребенка, так и во время беременности женщины. Среди изучаемых групп предпочтение придавало социально-экономическим факторам, при этом определяли социальный статус женщин (возраст, образование, профессия и связанные с ней профессиональные вредности, семейное положение, жилищно-бытовые и материальные условия). Соматический статус (сведения о хронических соматических заболеваниях до беременности и острых - во время беременности, о приеме лекарственных средств, вредных привычках). Гинекологический анамнез (сведения об острых и хронических гинекологических заболеваниях воспалительного и не воспалительного характера до и во время беременности). Акушерский анамнез (сведения о предыдущих беременностях, течение данной беременности: срок постановки на учет в женской консультации и регулярность наблюдения, наличие и сроки угроз выкидыша, гестозов, результаты исследований, проводимых во время беременности, основные сведения о течении родов: длительность, применение акушерских пособий, родостимуляции; состояние в послеродовом периоде). Наследственность (сведения о наследственной патологии среди ближайших родственников: врожденные пороки развития, умственная отсталость, психоневрологические и соматические наследственные заболевания).

**Результаты исследования и их обсуждение.** В 40% случаев возраст родителей детей был более 30 лет, из них средний возраст матерей составил 38 лет, отцов –41год, Отягощенный соматический анамнез отмечен почти у всех матерей. Достоверно чаще выявлена патология эндокринной (ожирение - 40%), желудочно-кишечной (30%) и сердечно-сосудистой систем (40%). Чаще отмечались сочетание различных факторов риска. Чаще всего регистрировалась угроза прерывания в первом триместре, гинекологические заболевания (кольпиты) и острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ). Клинические проявления всех пороков головного мозга, особенно при рождении и на I году жизни была различной. У 26% детей ранний неонатальный период протекал отягощено (это пациенты с синдромом Денди-Уокера и мальформацией Арнольда-Киари). Тяжесть состояния была обусловлена внутриутроб-

ной инфекцией (71,4%) и гипоксическим поражением ЦНС (28,6%). По данным нейросонографии, проведенной в раннем неонатальном периоде и в первые месяцы жизни, аномалии развития мозга были выявлены или заподозрены только у 19 детей. Одним из ранних и частых проявлений пороков мозга являлись судороги, зарегистрированные у 56% всех обследуемых детей, сформировавшие в дальнейшем в 100% случаев фармакорезистентную эпилепсию. После возникновения судорог, чаще всего проводилась МРТ, установившая окончательный диагноз дисгенезии мозга. Развитие детей и этапы формирования моторных навыков зависели от типа порока, локализации и распространенности повреждений структуры мозга, и возраста начала судорог. Почти все наблюдаемые нами дети отставали в психомоторном развитии, держать голову своевременно стал только каждый третий ребенок, выраженная задержка моторного развития выявлена у 25% детей, причём после второго полугодия жизни отставание в развитии от сверстников усиливалось. Вовремя сидеть и ходить смогли лишь 8% детей.

**Выводы.** Таким образом, профилактика рождения детей с ВПР ЦНС должна складываться из ряда медико-биологических и социально-гигиенических мероприятий, организуемых до зачатия и в период беременности. К их числу относятся следующие: повышение уровня санитарной культуры и медицинской активности женщин, формирование у них убежденности в необходимости раннего обращения в медико-генетическую консультацию и планирование беременности, проведение обследования и при необходимости лечения при бактериальной и вирусной отягощенности обоих родителей на этапе планирования беременности, улучшение качества питания беременной женщины, улучшение социально-бытовых и производственных условий, контроль за развитием плода и ранняя пренатальная диагностика.

#### Список литературы

1. Баранов, В.С. Современные алгоритмы и новые возможности пренатальной диагностики наследственных и врождённых заболеваний / В.С. Баранов, Т.В. Кузнецова, Т.К. Кашеева // Методические рекомендации. - СПб.: Изд-во Н-Л, 2013. - 156 с.
2. Зыков, В.П. Диагностика и лечение заболеваний нервной системы у детей / В.П. Зыков.-Триада-Х, 2013.- 432 с.
3. Шевченко, А.А. Врождённые пороки развития центральной нервной системы (ЦНС): клинико-неврологические аспекты и проблемы пренатальной диагностики / А.А. Шевченко // Международные обзоры: клиническая практика и здоровье. - 2014. - С.35-37.

### ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

*Н.К. Кузibaева, З.А.Таджибаева*

Кафедра педиатрии Хатлонского государственного медицинского университета, Таджикистан  
Кафедра детских болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

**Актуальность.** Актуальность проблемы ВПС обусловлена не только большой их распространенностью. В настоящее время с ростом частоты отмечается также тенденция к увеличению удельного веса более тяжелых, комбинированных ВПС с частым неблагоприятным исходом уже в первые месяцы жизни. По данным рандомизированных исследований, проведенных в США и Великобритании, при естественном течении ВПС к концу 1-го года жизни погибают более 70 % детей. Следует отметить, что врожденные пороки сердца являются причиной половины всех смертей, обусловленных аномалиями развития.

Анализ статистических данных за последние годы в Республике Таджикистан свидетельствует об увеличении в детской популяции количества детей с врожденными пороками развития, среди которых 1-ое место занимают ВПС. Прогноз жизни детей с ВПС зависит от характера порока сердца, сопутствующих заболеваний, тяжести нарушения кровообращения, сроков оперативной коррекции и послеоперационных осложнений [1-5].

**Цель исследования:** изучить характер ВПС, структуру, стадии нарушения кровообращения, сопутствующие заболевания у детей раннего возраста с ВПС.

**Материалы и методы исследования.** Под наблюдением находилось 100 детей раннего возраста с ВПС в возрасте от 1 года до 5 лет, находившихся на стационарном лечении на базе детского кардиоревматологического отделения НМЦ в течении 5 лет. Из них мальчиков было – 62, девочек – 38. Всем больным проведено клиническое и инструментальное исследование. Целенаправленный сбор анамнеза, электрокардиография сердца (ЭКГ), рентгенография органов грудной полости, эхокардиография (ЭХОКГ), доплерэхокардиография. Клинические и биохимические анализы крови, мочи и другие исследования по показаниям.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В структуре ВПС у детей преобладали пороки бледного типа, среди них: ДМПП – у 45, ДМЖП – у 35; и среди всех синих пороков преобладал тетрада Фалло – у 20.

Анализ анамнеза жизни детей показал, что у 60 детей наблюдались частые ОРВИ, более 8-9 раз в год, пневмонии – у 30 больных.

Среди сопутствующих заболеваний чаще всего встречаются перинатальная энцефалопатия – у 80, рахит – у 75, гипотрофия – у 60, анемия – у 55, дисплазия тазобедренного сустава – у 25, болезнь Дауна – у 30 детей.

При объективном осмотре был выявлен ограниченный цианоз у 25 детей, диффузный цианоз при беспокойстве – у 15, акроцианоз – у 10, отеки коленных и голеностопных суставов – 10 детей.

Чаще всего встречалось расположение дефекта в мембранозной части перегородки - у 60. Расположение в мышечной части наблюдалось - у 40 детей.

При пальпации определяется разлитой сердечный толчок установлен у – 30 детей (ДМЖП, ДМПП), усиленный – 25 (тетрада Фалло), систолическое дрожание сердца – у 20, а у 6 детей – грубое, границы сердца увеличены вправо в пределах 0,5-1 см (ДМЖП, ДМПП) – у 15.

При аускультации выслушивалось усиление или ослабление тонов сердца, систолический или систолодиастолический шум разной интенсивности.

На ЭКГ наблюдались признаки гипертрофии миокарда предсердий и желудочков.

На рентгенограмме органов грудной полости были выявлены застой или снижение кровенаполнения малого круга кровообращения.

При обследовании ЭхоКГ сердца у детей имеется возможность более точно диагностировать анатомическое расположение пороков и при неосложненных пороках (ДМПП, ДМЖП) выполнение операций без катетеризации и ангиографии.

В начальной стадии декомпенсации у детей наблюдались одышка (45) при физической нагрузке, умеренный цианоз (55), увеличение печени на 1,5 см (53). При декомпенсации кровообращения (НЦД) – одышка и цианоз были выражены в покое (30), усиливались при физической нагрузке (35), застойные явления в малом круге кровообращения (65), увеличение печени до 2-3 см (35), край печени более плотный (15).

Хирургическая коррекция ВПС была проведена 20 больным. Оперативная коррекция ВПС оказало значительное положительное влияние на функциональное состояние детей. У всех детей отмечалось улучшение самочувствия, прибавка в массе тела, не было одышки и тахикардии, уменьшение интенсивности или полное исчезновение шума.

Все дети находятся на диспансерном наблюдении кардиолога и кардиохирургов. Кратность наблюдения устанавливается индивидуально в зависимости от характера порока сердца и стадии декомпенсации.

**Вывод.** Таким образом, результаты проведенных исследований показали, что у детей раннего возраста ВПС имеют различный характер, сочетания, стадии нарушения кровообращения, послеоперационные осложнения. Прогноз жизни больных с ВПС зависит от характера порока сердца, сроков оперативной коррекции, послеоперационных осложнений.

### Список литературы

1. Белозеров, О.М. Детская кардиология / О.М. Белозеров. – Москва, 2004. - 297 с.
2. Страхова, О.С. Врожденные пороки сердца / О.С. Страхова. – Москва, 2004. - С.54-167.
3. Белоконь, Н.А. Болезни сердца и сосудов у детей / Н.А. Белоконь, М.Б. Кубергер // Руководство для врачей В 2 т. - М. Медицина, 1987. – 121 с.
4. Белоконь, Н.А. Врожденные пороки сердца / Н.А. Белоконь, В.П. Подзолков. - М.: Медицина, 1991. – 94с.
5. Dipchand A.J. Handbook of pediatrics 8-th ed. Toronto: Mosby-Vear Book Ink., 1997.

## МОЗГОВАЯ ГЕМОДИНАМИКА У ДЕТЕЙ С АНОМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННЫМИ ХОРДАМИ

*Кулешов А.В.*

Кафедра пропедевтики детских болезней и ухода за больными детьми ВНМУ им. Н.И. Пирогова, Украина

**Вступление.** На сегодняшний день количество дефекты развития соединительной ткани имеют частоту – от 26 до 80 % [1]. Известно, что дисплазия соединительной ткани (ДСТ) является благоприятным фоном для развития многих заболеваний, таких как нарушение ритма сердца, инфекционный эндокардит, острые нарушения мозгового кровообращения. К важнейшим висцеральным фенотипическим проявлениям ДСТ относят пролапс митрального и других клапанов сердца, аномально расположенные хорды желудочков и ряд других проявлений [2].

Церебральная гемодинамика обеспечивает полноценное кровоснабжение головного мозга. Диагностировать ее нарушения у детей сегодня можно с помощью реоэнцефалографии (РЭГ), показатели которой и сейчас актуальны. [3].

Учитывая, что особенности церебральной гемодинамики при ДСТ являются дискуссионными, поэтому мы решили провести собственное исследование.

**Цель работы.** Изучить мозговую гемодинамику у детей с аномально расположенными хордами в левом желудочке сердца

**Материалы и методы исследования.** Работа была выполнена на базе Винницкой городской больницы “Центр Матери и Ребенка” города Винницы, Украина. Критериями включения в исследование были дети с недифференцированной дисплазией соединительной ткани (НДСТ) и с наличием АРХ в левом желудочке сердца, как кардиальных ее проявлений. Под наблюдением находилось 64 пациента в возрасте от 13 до 17 лет. Среди них было 40 мальчиков и 24 девочки. В контрольную группу вошли 23 ребенка, которые были практически здоровы и аналогичного возраста с исследуемой группой детей.

Церебральная гемодинамика изучалась при помощи РЭГ. Нами исследовались основные ее количественные показатели с помощью аппаратно-программного реографического комплекса DX-NT РЕГИНА. Было проанализировано: 1) показатель - реографический систолический индекс (РСИ), который отображает пульсовое кровонаполнение и кровоток в целом организме; 2) дикротический индекс (Дикр.И), который показывает состояние тонуса мелких сосудов; 3) диастолический индекс (Диаст.И) – показывает тонус вен; 4) состояние (тонус) сосудов среднего и крупного калибра анализировался с помощью параметра А/Т (отношение длительности восходящей фазы к длительности всей пульсовой волны); 5) эластичность сосудов определялась временем продолжительности анакроды.

**Обработка данных.** Оценивались средние величины, которые приводятся в виде  $M \pm m$ , где  $M$  — среднее арифметическое,  $m$  — стандартная ошибка среднего. Отличия между результатами двух выборок мы оценивали за параметрическим критерием Стьюдента ( $t$ ). Все расчеты проводились за специальной программой типа Microsoft Excel на компьютере типа IBM PC/AT.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Анализ церебральной гемодинамики мы начали с оценки состояния бассейна а.Саротис у детей из исследуемой группы. В первую очередь нами определялась величина пульсо-



вого кровенаполнения, а именно – кровоток. Это в целом проводилось с помощью показателя РЭГ РСИ, который был достоверно повышенным в левом бассейне а.Carotis ( $1,88 \pm 0,06$  против  $1,65 \pm 0,03$ ,  $p < 0,05$ ) и в правом бассейне ( $1,83 \pm 0,07$  против  $1,66 \pm 0,03$ ,  $p < 0,05$ ), соответственно. Данные показатели характеризуют кровоток в бассейне а.Carotis как гиперводемический. Состояние микроциркулярного русла у пациентов оставалось неизменным, с небольшой тенденцией к увеличению тонуса в мелких сосудах с обеих сторон (недостоверное повышение показателя Дикр.И.). Венозный отток в обоих полушариях в целом был удовлетворительным, согласно средним значениям Диаст.И. Другая картина была зафиксирована с тонусом сосудов крупного калибра. Соответственно к результатам средних значений А/Т, у детей с АРХ отмечалась гипотония сосудистого тонуса в крупно- и среднекалиберных сосудах с обеих сторон, в сравнении с данными контрольной группы ( $13,75 \pm 0,33$  против  $14,67 \pm 0,36$ ,  $p < 0,05$ ) с левой стороны и ( $13,75 \pm 0,31$  против  $14,64 \pm 0,3$ ,  $p < 0,05$ ) с правой стороны, соответственно. Эластичность стенки всех сосудов у детей с АРХ была в целом удовлетворительная, соответственно к показателю длительности анакроты (Таблица. 1).

**Таблица 1. - Состояние церебральной гемодинамики в бассейне а.Carotis у детей с АРХ**

Показатель РЭГ	Дети с АРХ, n=64		Контрольная группа, n=23	
	Бассейн а.Carotis			
	Левая сторона	Правая сторона	Левая сторона	Правая сторона
РСИ	$1,88 \pm 0,06^*$	$1,83 \pm 0,07^*$	$1,65 \pm 0,03$	$1,66 \pm 0,03$
Дикр.И	$66,5 \pm 2$	$67,74 \pm 1,72$	$63,79 \pm 1,75$	$63,46 \pm 1,84$
Диаст.И	$72,86 \pm 1,98$	$74,4 \pm 1,75$	$71,73 \pm 1,29$	$71,57 \pm 1,21$
А/Т	$13,75 \pm 0,33^*$	$13,75 \pm 0,31^*$	$14,67 \pm 0,36$	$14,64 \pm 0,3$
Анакрота	$0,1 \pm 0,004$	$0,1 \pm 0,004$	$0,1 \pm 0,002$	$0,09 \pm 0,002$

Примечание: Звездочкой (\*) обозначено достоверные отличия относительно группы контроля ( $p < 0,05$ )

Согласно средним значениям показателей церебрального кровотока, в бассейне а.Vertebalis достоверных отклонений, относительно группы контроля, нами не было получено. Зато была отмечена тенденция к увеличению РСИ (пульсового кровотока), повышению тонуса сосудов мелкого калибра, но к уменьшению тонуса в крупного и среднего калибров, согласно с результатами Дикр.И., Диаст.И. и А/Т. Эластичность стенки всех сосудов у детей с АРХ была повышена в обоих полушариях ( $0,1 \pm 0,004$  против  $0,09 \pm 0,003$ ,  $p < 0,05$ ) слева и справа ( $0,1 \pm 0,004$  против  $0,09 \pm 0,002$ ,  $p < 0,05$ ), соответственно (Таблица 2).

**Таблица 2. - Состояние церебральной гемодинамики в бассейне а.Vertebalis у детей с АРХ**

Показатель РЭГ	Дети с АРХ, n=64		Контрольная группа, n=23	
	Бассейн а.Vertebalis			
	Левая сторона	Правая сторона	Левая сторона	Правая сторона
РСИ	$1,68 \pm 0,18$	$1,62 \pm 0,17$	$1,46 \pm 0,06$	$1,46 \pm 0,05$
Дикр.И	$69,4 \pm 1,91$	$68,73 \pm 1,8$	$65,88 \pm 1,85$	$65,83 \pm 1,34$
Диаст.И	$75,8 \pm 3,42$	$74,8 \pm 2,92$	$72,5 \pm 1,19$	$73,1 \pm 1,71$
А/Т	$13,88 \pm 0,56$	$13,95 \pm 0,56$	$14,72 \pm 0,25$	$14,74 \pm 0,29$
Анакрота	$0,1 \pm 0,004^*$	$0,1 \pm 0,004$	$0,09 \pm 0,003^*$	$0,09 \pm 0,002$

Примечание: Звездочкой (\*) обозначено достоверные отличия относительно группы контроля ( $p < 0,05$ )

**Заключение.** Таким образом, у детей с АРХ имеет место вариативность и разносторонность результатов РЭГ исследования. Гиперводемический тип кровотока в бассейне каротидной артерии, гипотония в крупно- и среднекалиберных сосудах с обеих сторон. Эластичность стенки всех сосудов у детей с АРХ в бассейне позвоночной артерии была повышена в обоих полушариях.

#### Список литературы

1. Бен Салха М. Бен. Клиническая диагностика недифференцированной дисплазии соединительной ткани [текст] / Н.Б. Репина Р//оссийский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2016. - №24(4). – С. 164-172.
2. Галактинова М.Ю., Нарушение ритма сердца у детей с дисплазией соединительной ткани: клинические и гемодинамические параметры [текст] / Д.А. Маисенко // Вестник Северного Кавказа. – 2016. - № 11(2). – С. 283-286.
3. Алексеева Т.Н., Особенности церебральной гемодинамики в зависимости от вегетативной реактивности у подростков с нормальным артериальным давлением [текст] / М.А. Тихомирова, Ф.В. Алиева и соавт // Смоленский медицинский альманах. – 2017. – №3. – С.67-74

#### ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА И ОСЛОЖНЕНИЙ

*Латинова Г.Г., Иргашева Н.Д.*

Кафедра неонатологии ТашиУВ, Узбекистан

**Актуальность.** Некротический энтероколит (НЭК) — тяжелое заболевание периода новорожденности, которое представляет собой воспаление кишечной стенки с последующим ее некрозом. Долгое время в качестве синонимов НЭК фигурировали такие патологические состояния, как функциональная кишечная непроходимость, внутрибрюшной абсцесс, спонтанная перфорация подвздошной кишки, постипоксический парез кишечника, энте-

роколит, флегмона кишечника, ЯНЭК. Таким образом, почти до второй половины прошлого века данное патологическое состояние не было очерчено как нозологическая форма. В настоящее время НЭК имеет свой код в МКБ-10. НЭК представляет собой широкий спектр вариантов течения заболевания: от случаев, заканчивающихся благополучно, без каких-либо последствий, до тяжелых форм, осложняющихся некрозом кишечника, перфорацией, перитонитом и сепсисом, приводящим, как правило, к летальному исходу. Некротический энтероколит является одной из главных причин смерти (15–30%) среди пациентов с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) отделений интенсивной терапии. Заболеваемость составляет 1–5 случаев на 1000 новорожденных. Обычно НЭК развивается у недоношенных детей и детей с низкой массой тела при рождении. Несмотря на разработанные критерии ранней диагностики, принципы консервативной терапии заболевания, часто наблюдается осложненное течение [1]. Хирургические стадии НЭК встречаются в среднем у 50% заболевших детей. Летальность в таком случае, по данным разных авторов, достигает 20%, а при обширных некрозах кишечника может достигать 80–100%. Высокий уровень летальности при НЭК является причиной активного изучения данного заболевания [2].

К поражению кишечника ведут ишемические факторы: хроническая фетоплацентарная недостаточность, респираторный дистресс, синдром новорожденного, наркотическая интоксикация, полицитемия, гипоксическое / ишемическое поражение центральной нервной системы, врожденные пороки сердца «синего» типа, анемия / гемотрансфузия. Немалое значение имеет и характеристика энтерального кормления. Кормление гиперосмолярными смесями, мальабсорбция, форсированные объемы питания могут привести к поражению слизистой кишечника. Бактериальная флора: эндотоксины, патологическая контаминация кишечника, тяжелые инфекции матери, катетеризация пупочной вены более семи суток — оказывает патогенное действие [3]. Большое значение имеет восприимчивость организма: мужской пол, преждевременные роды, НМТ, ОНМТ, ЭНМТ, незрелые барьерные функции слизистой оболочки. В настоящее время выделяются три клинические формы НЭК: первично-некротизирующая (возникает в результате нарушения кровообращения в стенке кишки, а из-за нарушения притока крови наступает интестинальная ишемия (гиповолемия, централизация кровообращения, пороки сердца)); инфильтративная (у детей имеется воспалительный процесс, в результате контаминации кишечника происходит образование воспалительных инфильтратов); обтурационная (характерна для детей со ЗВУР, наиболее частой причиной бывает идеопатический илеус недоношенных детей) [4]. Сроки манифестации заболевания варьируются широко: от рождения до трех месяцев. Для глубоко недоношенных детей более характерны позднее начало заболевания (на 2–3-й неделе жизни), торпидное течение, генерализация процесса и превалирование системных признаков. Подозрение на манифестацию некротического энтероколита устанавливается у пациентов из группы риска при сочетании одного неспецифического системного признака и одного симптома со стороны ЖКТ [5]. До настоящего времени не существует так называемого «золотого» маркера или предиктора этого тяжелого недуга. Диагноз складывается из целого ряда клинических и лабораторных признаков, оцениваемых в динамике.

**Цель исследования:** анализ различных факторов риска некротического энтероколита у новорожденных детей различного гестационного возраста.

**Материал и методы исследования.** На базе ГКДБ №1 г. Ташкента проведен ретроспективный анализ историй болезни детей с НЭК за 2010–2018 гг., которые лежали в ОРИТ и отделении детской хирургии - 110 новорожденных с НЭК: 69 (63%) мальчика и 38 (37%) девочек, причем 33 (34%) недоношенные новорожденные поступили с массой тела 700–2150 г и сроком гестации 28–35 недель. Диагноз НЭК установлен на основании клинического, рентгенологического, ультразвукового и лабораторных исследований. УЗИ выполняли с помощью аппарата экспертного класса «Sim-7000 elenge» (Италия) с линейным (частота 7 МГц) и секторальным (частота 7,5 МГц) датчиками.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В ходе работы выявлено, что у всех матерей, вошедших в исследование, имелся отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Наиболее часто отмечались хроническая фетоплацентарная недостаточность, токсикоз и гестоз, а также анемия беременных. У 65% матерей имелась информация об инфекции в анамнезе (пиелонефрит, TORCH-комплексит.д.). Гестационный возраст, при котором наиболее часто фиксировался НЭК: 27–32 недель гестации, процент летальности в данной группе детей был самым высоким; часто НЭК отмечался и у детей, родившиеся на 33–35-й неделе гестации. У 42% детей наблюдались интранатальная асфиксия и гипоксия. Оценка по шкале Апгар 3–4 балла встречалась наиболее часто. Большинство детей были мужского пола. Более половины новорожденных имели экстремально низкую массу тела при рождении. РДСН в анамнезе зафиксирован у 80% детей. У четверти недоношенных новорожденных имелась малая масса к сроку гестации, а у 37% детей отмечалась гемотрансфузия в анамнезе. В медицинской документации в равных соотношениях зафиксированы диагнозы: НЭК 1, 2А, Б, 3 стадии НЭК.

Манифестация заболевания отмечалась на 5–10-е сутки жизни. По данным анализа медицинской документации, из 110 новорожденных с НЭК прооперировано 45 (50,0%), в послеоперационном периоде общая летальность отмечена в 14 (15,5%) случаях, хирургическая летальность составила 31,1% случаев.

НЭК в настоящее время является одной из первостепенных проблем на всей территории Республики Узбекистан. НЭК у новорожденных детей требует более детального изучения. Сотрудничество неонатологов и акушеров гинекологов должно быть неотъемлемой частью в решении этой проблемы.

**Выводы.** 1. При анализе различных факторов риска некротического энтероколита у новорожденных младенцев различного гестационного возраста выявлено имевшееся у всех пациентов сочетание процессов, ведущих к спазму сосудов кишечной стенки, обусловивших ишемию слизистой оболочки и ее некроз, а также установлена контаминация кишечника патогенной микрофлорой, которая послужила причиной повреждения слизистой оболочки кишечника. 2. Гестационный возраст, при котором наиболее часто фиксировался НЭК: 27–32 недель гестации, процент летальности в данной группе детей был самым высоким; часто НЭК отмечался и у детей, родившиеся на 33–35-й неделе гестации. 3. В целях предупреждения развития НЭК важно учитывать наличие у новорожденных

факторов риска развития заболевания, для чего необходим анализ течения настоящей беременности, родов и раннего неонатального периода. Подозрение на НЭК требует незамедлительного изменения тактики ведения новорожденного (объема и состава энтерального питания; коррекция в антибактериальной терапии и т.д.).

#### Список литературы

1. Голофеевский, В.Ю. Трудные вопросы стандартной (базисной) терапии воспалительных заболеваний кишечника / В.Ю. Голофеевский, С.И. Ситкин // Эффективная фармакотерапия. – 2011. - №(1). – С.15–17.
2. Van de Logt, F. S100A12: a noninvasive marker of inflammation in inflammatory bowel disease / F. Van de Logt, A.S. Day // Journal of Digestive Diseases. – 2013. - №14(2). – P.62–67.
3. Van Leerdam, M.E. Epidemiology of acute upper gastrointestinal bleeding / M.E. Van Leerdam // Best Pract Res Clin Gastroenterol. – 2010. - №(22). – P.209–224.
4. Многоэтапная система диагностики воспалительных и опухолевых заболеваний толстой кишки / Д.В. Бурцев [и др.] // Фундаментальные исследования. – 2012. - №7(1). – С.54–57.
5. Monoclonal antibody testing for fecal calprotectin is superior to polyclonal testing of fecal calprotectin and lactoferrin to identify organic intestinal disease in patients with abdominal discomfort / E. Burri [et al] // Clin Chim Acta.–2013.–41.

### КРИТЕРИИ ПРОГНОЗА ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ НА ОСНОВЕ МАТЕМАТИЧЕСКОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ

*Латинова Г.Г.*

Кафедра неонатологии, Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

**Актуальность.** В структуре младенческой и детской заболеваемости и смертности среди детей раннего возраста в Республике Узбекистан заболевания органов дыхания занимают первое место, на втором месте стоят патологические состояния перинатального периода. Это обуславливает актуальность решения проблем заболеваний органов дыхания, особенно пневмоний у детей с перинатальным поражением ЦНС [107, 111].

Учитывая иммунокомпроментированность детей с церебральной ишемией, важен своевременный прогноз неблагоприятного течения пневмонии. Результаты клинических и иммунологических исследований выявили некоторые достоверные показатели у детей с пневмонией и перинатальным поражением нервной системы.

**Цель исследования** изучить прогностическое значение цитокинов и маркера апоптоза у детей с острой пневмонией при перинатальном поражении нервной системы.

**Материалы и методы исследования.** Клинические исследования детей проводились на базе городской клинической детской больницы № 1 Юнус-Абадского района г. Ташкента: в отделении реанимации и интенсивной терапии, отделении патологии новорожденных, соматических отделениях. Иммунологические исследования были проведены в Институте иммунологии АН РУз.

Наряду с клиническим обследованием, у детей был изучен иммунный статус, включающий показатели как клеточного, так и гуморального звена иммунитета и уровни провоспалительных цитокинов (ФНО- $\alpha$ , ИЛ-18). Иммунологические исследования проводились на базе лаборатории иммуноцитокринов Института иммунологии Академии Наук Республики Узбекистан. Основные параметры иммунологического статуса (фенотип иммунокомпетентных клеток, экспрессирующих CD3+CD4+, CD8+, CD16+, CD20+, CD25+ (рецептора к интерлейкину-2), CD95+ (фактора апоптоза) маркеры) определялись методом непрямого розеткообразования с использованием моноклональных антител (Производства института Иммунологии, Москва, Россия) по методу Залялиевой М.В. [42]. Лимфоциты выделяли на градиенте плотности в фиковерографине. Определение жизнеспособности лимфоцитов проводилось по методу Брондз Б.Д. (1973).

Изучение уровня цитокинов (ФНО- $\alpha$ , ИЛ-18) методом иммуноферментного анализа проводилось с применением тест-системы «Вектор-Бест», (Россия).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Результаты статистических исследований, описывающие взаимосвязь количественных признаков свидетельствуют о наличии многочисленных корреляционных межклеточных и цитокиновых связей, что подтверждает тесное взаимодействие всех звеньев иммунной системы, обеспечивающее регуляторную функцию и поддержание иммунного гомеостаза на должном уровне.

Рассмотрим наиболее значимые корреляционные показатели. Содержание CD95+ имеет отрицательную корреляционную связь средней силы с частотой встречаемости пневмонии с проявлением бронхиальной обструкции ( $r=-0,457$ ;  $p<0,05$ ) (табл.5.1), что нельзя сказать о содержании провоспалительного цитокина ФНО- $\alpha$  имеет с данной нозологией положительную корреляционную связь средней силы ( $r=0,507$ ;  $p<0,05$ ), что свидетельствует об активации запрограммированной смерти лимфоцитов при пневмонии и перинатальном поражении нервной системы с проявлением бронхиальной обструкции.

**Таблица 1. - Корреляционный анализ иммунологических показателей и клинических проявлений**

Наиболее значимые иммунологические показатели	Пневмония с проявлением бронхиальной обструкции (в баллах)
CD 95+	- 0, 457
ФНО- $\alpha$	0,507
ИРИ	-0,402
CD 16+	0,401

Обратная корреляция средней силы уровня ИРИ (иммунорегуляторного индекса) отмечена с частотой встречаемости пневмонии с проявлением бронхиальной обструкции. Снижение ИРИ при проявлении бронхиальной обструкции связана со снижением эффективности иммунологической защиты – уменьшение CD4+ и активацией цитотоксических Т - клеток (CD8+), которое наблюдается при развитии повреждающего иммунного процесса в ответ на инфекционный агент. При повышенном содержании CD8+ развивается иммунная реакция, поддерживающая воспалительный процесс длительно и с тяжелым течением, что характерно при пневмонии, протекающей с проявлением бронхиальной обструкции.

Отмечается корреляционная связь средней силы между уровнем CD16+ и частотой встречаемости пневмонии с проявлением бронхиальной обструкции, что свидетельствует об индукции апоптоза, так как CD16+ вызывает гибель клеток-мишеней и тем самым индуцирует апоптоз.

Полученные нами результаты свидетельствуют о средней корреляции значений ФНО- $\alpha$  и уровнями ИЛ-18 ( $r=0,339$ ;  $p<0,05$ ) (табл.2) и CD16+ ( $r=0,402$ ;  $p<0,05$ ), что объясняется тем, что ФНО- $\alpha$  вызывает активацию CD16+ (натуральных киллеров), которые, в свою очередь, вызывают гибель клеток-мишеней и активируют процессы апоптоза. Также отмечается обратная корреляция значений ФНО- $\alpha$  и ИРИ ( $r= - 0,319$ ;  $p<0,05$ ) в сыворотке крови.

**Таблица 2. - Корреляционный анализ между иммунологическими показателями**

Иммунологические показатели	ФНО- $\alpha$
ИЛ-18	0,339
ИРИ	-0,319
CD16+	0,401

### Выводы

Таким образом, применение и оценка результатов корреляционного анализа позволили сделать обоснованные заключения о характере взаимосвязей элиминационных механизмов в ходе иммунных реакций, а также гуморальных, клеточных факторов иммунитета друг с другом.

Вероятным объяснением обнаруженных закономерностей является следующее:

- Понижение показателей CD95+ при пневмонии с проявлением бронхиальной обструкции вероятно связано с замедлением созревания лимфоцитов, что ведет к недостаточному противоиному иммунному ответу.

- Снижение ИРИ при пневмонии с проявлениями бронхиальной обструкции связано со снижением эффективности иммунологической защиты – уменьшение CD4+ и активацией цитотоксических Т-клеток (CD8+), которое наблюдается при развитии иммунного ответа на вирусы. При повышенном содержании CD8+ развивается иммунная реакция, поддерживающая воспалительный процесс длительно и с тяжелым течением, что характерно при пневмонии вирусной этиологии, протекающей с проявлениями бронхиальной обструкции.

- Повышение ФНО- $\alpha$  у детей с пневмонией с проявлением бронхиальной обструкции связано с интенсивностью воспаления иммунного ответа, то есть в группе с пневмонией с проявлениями бронхиальной обструкции на фоне ППНС воспалительная реакция более выражена. По-видимому, это связано с тем, что у детей перенесших перинатальную патологию, отмечается дисфункция иммунной системы, вторичная иммунная недостаточность, так как избыточный апоптоз является важным фактором развития иммунодефицитов.

### Список литературы

1. Чакалоклар ривожланиш хусусиятларини асоратланган хомиладорлиқга боғлиқ оқибатларини баҳолаш / А.В. Алимов и [др.] // Педиатрия. - Ташкент, 2012. - № 3-4. – С. 95-97
2. Прогнозирование повреждений нервной системы у новорожденных и их предупреждение / А.В. Алимов [и др.] // Педиатрия. – Ташкент, 2011. - № 1. – С. 5-9.

## КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИМИ СОЕДИНЕНИЯМИ У ДЕТЕЙ

*Мазитов С.А., Шамсзода Х.А., Тешаева З.И.*

Кафедра детской хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, ГУ НМЦ «Шифобахш». Таджикистан

**Актуальность.** Отравления фосфорорганическими соединениями (ФОС) занимают в общем числе экзотоксикозов одно из ведущих мест. Значимость этой патологии определяется тяжестью интоксикации и высокой летальностью. Острые отравления у детей протекают очень своеобразно, так как вследствие анатомо-физиологических особенностей нервной и сердечно-сосудистой систем яд более быстро проникает в организм ребенка [3,4].

Число отравлений инсектицидами сравнительно велико и в последние годы имеет тенденцию к росту. Наиболее часто отравлению подвергаются дети в возрасте 3-7 лет. Причиной отравления обычно является небрежное хранение препарата. Поскольку все ФОС хорошо растворимы в жирах и способны проникать через неповрежденную кожу, не вызывая на ней явлений раздражения, то возможны отравления в результате простого контакта с ядом. Это, прежде всего, фосфорорганические инсектициды (хлорофос, дихлофос, метафос, карбофос и др.) и фосфорорганические лекарственные средства (пирофос, фосфакол, армин, нибуфин и др.), а также фосфорорганические полимеры [2,3].

Бытовые отравления пестицидами имеют ряд существенных особенностей, в первую очередь это касается путей поступления яда в организм и дозы вещества. Несмотря на решение многих вопросов, эффективность лечения таких больных остается невысокой [1-5].

Поэтому детальное изучение и анализ каждого случая интоксикации ФОС у детей являются актуальной проблемой, решение которой должно способствовать выбору наиболее эффективной тактики лечения.

**Цель исследования.** Улучшить результаты лечения детей с отравлениями фосфорорганическими соединениями путем дозированной антидотной, симптоматической терапии и профилактики развития осложнений.

**Материал и методы исследования.** За 2015-2019 годы в клинику детской хирургии ТГМУ им. Абуали ибни Сино поступило 32 (100%) ребенка с отравлениями ФОС из группы пестицидов. Возраст детей составлял от 1 до 3 лет – 5 (15,6 %), от 3 до 7 лет – 15 (46,9%) и от 7 до 15 лет – 12 (37,5%). При этом сельских было 20 детей (62,5 %), а городских 12 (37,5 %). Наиболее часто отравления ФОС встречались у девочек – 17 (53,1 %), частота у мальчиков составила 15 (46,9 %).

В исследование включены 32 ребёнка с отравлениями ФОС, которые были распределены на три группы в зависимости от тяжести состояния. Для купирования мускариноподобного действия ФОС вводили атропина сульфат внутримышечно (в/м) и внутривенно (в/в) до умеренной гиператропинизации. Выполнялись общеклинические анализы крови, показатели свёртывающей системы и мочи. Определяли наличие ФОС в биологических жидкостях, активность холинэстеразы и эритроцитов в крови.

**Результаты исследования и их обсуждение.** При поступлении в организм ребёнка даже в очень малых количествах пестициды оказывают влияние на течение биологических процессов, нарушая их обычный ход и вызывая изменения различных физиологических функций, что проявляется в многообразии клинических форм отравлений.

Мускариноподобное действие проявляется стимуляцией пищеварительных желез (слюноотечением, тошнотой, рвотой, поносом), бронхиальных желез (бронхореей). Как результат воздействия ФОС на гладкие мышцы развивается бронхоспазм, усиливается моторика пищеварительного канала и других внутренних органов. Отмечается стойкий миоз. Большие потери жидкости приводят к гиповолемии и шоку. Также при отравлении ФОС характерна брадикардия.

При отравлении через рот проводилось промывание желудка раствором гидрокарбоната натрия, окисью магния или любым другим щелочным раствором (все ФОС в щелочной среде быстро гидролизуются). По окончании промывания вводили в желудок раствор сульфата магния и взвеси активированного угля. При попадании ФОС на кожу удаляли одежду и капли ФОС с кожи сухим тампоном, а затем обтирали загрязненные места 10—15% раствором нашатырного спирта и обмывали всё тело теплой водой с мылом, раствором гидрокарбоната натрия или стирального порошка. При попадании ФОС в глаза промывали раствором гидрокарбоната натрия. При резком миозе со светобоязнью, нарушением зрения и болью в глазах закапывали 1 % раствор сульфата атропина.

Основное значение в терапии отравлений ФОС имеет применение антидотов. Выбор симптома для оценки степени атропинизации зависит от исходного состояния ребёнка — наличия миоза, глотательного рефлекса и брадикардии.

При отравлениях легкой степени тяжести общая доза атропина сульфата составила в 1-й группе вначале 0,05 мг/кг в/м, повторные введения проводили каждые 30 мин, поддерживая в таком состоянии в течение суток.

Во 2-й группе при отравлениях средней степени тяжести вначале 0,1 мг/кг в/м, повторные введения проводили каждые 15 мин. Состояние атропинизации поддерживали повторением инъекций через 3—4 ч. в течение 2 суток.

В 3-й группе при отравлениях тяжелой степени в первую очередь необходимо было нормализовать функции внешнего дыхания (санация ротовой части глотки, интубация трахеи, санация трахеобронхиального дерева, искусственная вентиляция легких (ИВЛ)). Атропин вводили вначале 0,2 мг/кг в/м, а затем производили подкожные или внутримышечные введения удвоенных доз с интервалом 5—8 мин, необходимых для элиминации яда. Терапию проводили в течение 2-х суток.

Даже при высокой эффективности холиноблокаторов лечение дополнялось применением реактиваторов холинэстеразы, которые при отсутствии выраженной гипоксии вводили одновременно или сразу вслед за холинолитиками.

Дипироксим вводили в зависимости от тяжести состояния по 1—3 мг/кг повторно до исчезновения фасцикуляций или до прояснения сознания, но только при наличии эффекта от первого введения.

Симптоматическая терапия направлена была на устранение гиповолемии и борьбу с шоком. Назначали растворы кристаллоидов, коллоидов, при необходимости - в сочетании с кортикостероидами и симпатомиметиками. Для устранения судорожного синдрома использовали бензодиазепины и барбитураты. В целях профилактики и лечения гнойно-воспалительных осложнений назначали антибиотики широкого спектра действия. Во всех случаях прогноз был благоприятный.

### **Выводы.**

1. Наибольшее число отравлений ФОС у детей связано с непреднамеренным энтеральным приемом фосфорорганических пестицидов.
2. ФОС абсорбируются через ЖКТ, легкие и кожу. Они ингибируют холинэстеразу плазмы и эритроцитов, предотвращая распад ацетилхолина, который в связи с этим накапливается в синапсах. что приводит к возбуждению, а в последствии к истощению и стойкому параличу холинергических структур.
3. Наиболее эффективными антидотами при отравлении ФОС остается сульфат атропина, обладающий сильным периферическим и центральным М-холинолитическим действием, а также реактиватор холинэстераз - дипироксим.
4. Успех в лечении острых отравлений ФОС зависит от дозированной антидотной терапии, а также количества отравляющего вещества попавшего в организм, наличия или отсутствия пищи в желудке и времени прошедшего от момента попадания яда в желудок до начала оказания помощи.

## Список литературы

1. Андросов Н.С. Влияние дипироксима на мембранотоксические эффекты карбофоса / Н.С. Андросов, Э.П. Зацепин // Мат. Российской науч. конф. «Медицинские аспекты радиационной и химической безопасности». – СПб, 2001. – С. 415.
2. Бадюгин И.С. Экстремальная токсикология: руководство для врачей / И.С. Бадюгин, Ш.С. Каратай, Т.К. Константинова; под ред. Е.А. Лужникова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 416 с.
3. Зайчик А.Ш. Основы патохимии / А.Ш. Зайчик, Л.П. Чурилов. – СПб.: ООО «ЭЛБИ-СПб», 2001. 688 с.
4. Лужников Е.А. Острые отравления у взрослых и детей / Е.А. Лужников, Г.Н. Суходолова. М.: Эксмо, 2009. – 556 с.
5. Петров А.Н. Антидоты фосфорорганических отравляющих веществ / А.Н. Петров и др. // Российский химический журнал. 2004. – Т. XLVIII, № 2. – С. 110-116.

## ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

*Мамаджанова Г.С., З.К. Умарова*

Кафедра детских болезней №1 и семейной медицины №2 ТГМУ им Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Развитие пищевой аллергии может вызвать практически любой пищевой продукт. В настоящее время установлено более 160 пищевых аллергенов, вызывающих IgE - опосредованные аллергические реакции у детей. В «большую восьмерку» продуктов, обладающих наибольшей аллергенностью, входят молоко, яйцо, рыба, пшеница, арахис, соя, ракообразные (креветки, крабы, лобстеры и др.), орехи (лесные, миндаль, грецкие). К широко распространенным аллергенам относятся также какао и шоколад, цитрусовые, клубника, земляника, мед, мясо животных и птиц, икра и другие морепродукты, злаки.

*Коровье молоко* — наиболее частая причина развития пищевой аллергии у детей раннего возраста, и прежде всего первого года жизни [1, 3]. Коровье молоко содержит более 20 антигенов, среди них наибольшей аллергенной активностью обладают β-лактоглобулин и казеин. Некоторые белки молочной сыворотки (α-лактоальбумин, бычий иммуноглобулин, сывороточный бычий альбумин) разрушаются при кипячении, в то время как β-лактоглобулин термостабилен. Казеин также незначительно изменяется при термической обработке, а при закисании выпадает в осадок, поэтому его особенно много в сырах. Известно, что среди детей первого года жизни аллергия к белкам коровьего молока (БКМ) чаще встречается у детей находясь на искусственном вскармливании (2-7%) [4]. Развитию молочной аллергии у них способствует необоснованно раннее введение различных молочных смесей, в том числе неадаптированных, а также преждевременное (в 2-3 месяца и ранее) назначение молочных каш, особенно детям, генетически предрасположенным к атопии. Существенное значение в развитии аллергических реакций

у детей имеют и пищевые продукты растительного происхождения. Белки зерен злаков, в первую очередь пшеницы и ржи, реже риса, овса, гречихи, обладают выраженной аллергенной активностью. У детей первого года жизни причиной возникновения или обострения атопического дерматита и гастроинтестинальных проявлений аллергии могут быть соевые продукты.

**Цель исследования.** Определить частоту развития пищевой аллергии, особенности ее этиопатогенетической структуры у детей страдающих хронической патологией.

**Материалы и методы исследования.** Число обследованных включало 177 больных детей страдающие хроническим течением заболевания. 125 детей (70,6%) страдали атопическим дерматитом, 13 (7,3%) – бронхиальной астмой, 39(22%) - аллергическим ринитом. У 125 детей сочеталось с хроническим гастритом, ночным энурезом. Всем детям проводили кожные аллергологические пробы, МРТ головного мозга (20 детям). Иммунологическое обследование с определением Ig A,G,M. Наряду с кожными пробами в специфической диагностике пищевой аллергии большое значение имеют лабораторные тесты, среди них определение в сыворотке специфических иммуноглобулинов класса E к пищевым аллергенам радио- иммунологическим или иммуноферментным методом.

**Результаты исследования и их обсуждение.** У всех детей была наследственная отягощенность в структуре этиологических факторов. Определены пищевые ингредиенты: куриное яйцо –79,0%, цитрусовые –42,0%, рыбные изделия –45,0%, молоко коровье –78,0%, злаки –69%. Анализируя структуру этиологических факторов пищевой сенсибилизации выявлены, что при всех формах болезни практически с одинаковой частотой определялась сенсибилизация в большей степени к яйцу до 90,0%. У больных с атопическим дерматитом к молоку –68,0%, к цитрусовым –72,0%, и к яйцу – 79,0%.

У больных детей с бронхиальной астмой –цитрусовые составили 70,0%, к яйцу 79,0% к рыбе –60,1%. У больных с аллергическим ринитом отмечалась сенсибилизация к яйцу и молоку –72,5%, к рыбе –26,0%. У детей страдающих хроническим гастритом сенсибилизация составила : к злакам –29,6%, к яйцу–65,5%, к рыбе – 37,0%. Учитывая что данные продукты относятся к продуктам ежедневного употребления установить четкую связь обострений с приемом в большинстве случаев не представлялась возможным.

Специфическая диагностика пищевой аллергии у детей основывается на оценке данных аллергологического анамнеза, клинической картины, результатов аллергологического и лабораторного исследования. Наиболее значимым методом диагностики пищевой аллергии является анамнез.

Аллергоанамнез позволяет уточнить спектр подозреваемых пищевых аллергенов, их связь с возникновением определенных клинических проявлений, длительность временного промежутка между приемом продуктов и возникновением клинических симптомов. Учитывая возможность внутриутробной сенсибилизации и сенсибилизации через грудное молоко, выясняются особенности питания беременной и кормящей матери, наличие нарушений в диете, особенно избыточное употребление каких-либо пищевых продуктов. Важно изучить пищевой режим ребенка: установить сроки введения пищевых продуктов (соков, прикорма), время перехода на смешанное и искус-

ственное вскармливание и сопоставить их со сроками появления симптомов со стороны кожи или других органов (желудочно-кишечного тракта, органов дыхания, ЛОР-органов), что позволяет в большинстве случаев выявить «виновный» пищевой продукт.

В связи с этим пищевая аллергия подтверждалась элиминационными и провокационными пробами и по результатам которых у 65, 0% обследованных больных выявлена пищевая аллергия. Положительные результаты кожных проб через 24 часа, 48 и 72 часа доказало высокую сенсибилизированность детей. В случаях выявления пищевой аллергии у детей, находящихся на естественном вскармливании, учитывая уникальные свойства грудного молока, необходимо сохранить его в питании ребенка как можно дольше, желательнее не менее чем до 6-месячного возраста. Кормящей женщине назначают гипоаллергенную диету, при этом степень ограничений и набор элиминированных продуктов достаточно индивидуальны и зависят в первую очередь от спектра причинно-значимых аллергенов и тяжести клинических проявлений аллергии у ребенка. Рекомендуется исключить из питания кормящей матери высокоаллергенные продукты: яйца, орехи, мед, шоколад, кофе, какао, а также бульоны, острые приправы, консерванты, газированные напитки. При наличии у ребенка аллергии к белкам коровьего молока из рациона кормящей матери полностью исключаются молоко и молочные продукты.

**Выводы.** В развитии пищевой аллергии участвуют различные типы аллергических реакций вызывая сенсибилизацию организма. И это позволяет рекомендовать детям страдающим хроническими заболеваниями проводить аллергологические пробы во избежание развития пищевой аллергии и его осложнений. При назначении прикорма больным с пищевой аллергией необходимо учитывать остроту, тяжесть и форму аллергического заболевания и хронических заболеваний, возраст ребенка, его нутритивный статус, выявленные причинно-значимые пищевые аллергены, сопутствующие заболевания. Необходимо строго индивидуально подбирать продукты и блюда прикорма, начинать прикорм с продуктов с низкой алергизирующей активностью, соблюдать национальные традиции в питании. Сроки назначения продуктов и блюд прикорма больным, страдающим пищевой аллергией с хроническими заболеваниями, несколько отличаются от таковых у здоровых детей.

#### Список литературы

1. Балаболкин, И.И. Пищевая аллергия у детей / И.И. Балаболкин // Аллергология и иммунология в педиатрии. – 2016. - №4 (15). – С.7-15.
2. Лечебное питание детей с atopическим дерматитом (под ред. В.А. Ревякиной, Т.Э. Боровик): пособие для врачей. - М., 2012. - 36 с.
3. Макарова, И.В. Новое в лечении и профилактике пищевой аллергии у детей / И.В. Макарова // Педиатрия. – 2008. - №2. – С.2-7.
4. Опыт диетологической коррекции аллергии к белку коровьего молока у детей первого года жизни / Т.Э. Боровик [и др.] // Вопросы диетологии. – 2015. - №3(1). – С.41-47.

#### СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ С ДЕФИЦИТОМ ВИТАМИНА D

*Мамаджанова Г.С., Умарова З.К.*

Кафедра детских болезней №1 и семейной медицины №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** В настоящее время в научной литературе возрос интерес к витамину D. Признано, что для обеспечения всех вне костных эффектов витамина D на организм человека необходимо поддержание концентрации его основного метаболита — 25(OH)D — выше 30 нг/мл [1,2]. В настоящее время известно, что 30–50% населения, проживающего как в Европе, так и в Таджикистане, находится в состоянии недостаточности витамина D [3]. Это состояние широко распространено у детей, поскольку в современных условиях велико число факторов риска его развития. К основным факторам, определяющим развитие недостаточности витамина D у детей и подростков, можно отнести следующие: снижение потребления или синтеза витамина D; рождение от матери с дефицитным статусом витамина D; недоношенность; длительное исключительно грудное вскармливание; темный цвет кожи; уменьшение солнечной инсоляции; хронические болезни или частые госпитализации; низкое потребление продуктов, содержащих витамин D [1,4], нарушение переваривания и всасывания компонентов пищи и поступления витамина D в организм ребенка. Другим важным фактором, отражающимся на обеспеченности витамином D в грудном возрасте, является характер вскармливания детей. Общеизвестно, что материнское молоко содержит незначительное количество витамина D, тогда как одним из важных принципов адаптации заменителей женского молока является их обогащение этим витамином. Очевидно, что вид вскармливания (естественное или искусственное) на первом году жизни определяет обеспеченность витамином D, а наши усилия по увеличению числа детей, находящихся на грудном вскармливании при отсутствии рациона питания препаратами витамина D, могут повышать риск формирования его недостаточности или дефицита [5]. Актуальной остается проблема обеспеченности витамином D детей 2–3-го года жизни, рацион которых может не содержать его в достаточном количестве, а эндогенный синтез витамина под влиянием инсоляции недостаточен. Перевод ребенка на общий стол, как правило, снижает его обеспеченность витамином D, и это может повлиять на любую систему организма ребенка в любом возрасте [5].

**Цель исследования.** Влияние дефицита витамина «D» на различные органы и системы организма у детей.

**Материал и методы исследования.** Нами было обследовано 387 здоровых детей в возрасте от 5 до 15 лет, у которых ранее выявлялся дефицит витамина «D» и которые представляли общие жалобы на приеме у врача педиатра. Лабораторные исследования включали в себя общий анализ крови, мочи, биохимический анализ на кальций, фосфор, витамин «д», щелочная фосфатаза.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Единственным дополнительным источником витамина D у младенцев, находящихся на грудном вскармливании, служит молоко матери. Однако содержание холекальциферо-

ла в женском молоке составляет от 15 до 100 МЕ/л, что не может удовлетворить потребность в нем растущего ребенка. Кроме того, содержание витамина D в грудном молоке зависит от обеспеченности им женщины во время беременности. В настоящее время все большее число исследований свидетельствует о роли дефицита витамина D в развитии заболеваний сердечно-сосудистой системы у детей более старшего возраста. По результатам обследования у 336 (86,0%) детей отмечалась апатия, жаловались на высокую утомляемость в школе, общую слабость и снижение работоспособности у 297 детей (76,9%), изменение настроения и раздражительность у 278 (71,8%), низкую успеваемость, частые простудные заболевания особенно у ЧБД, на мышечные судороги в ногах в ночное время и боли в суставах у 321 (82,9%), снижение веса 74,1%.

По результатам неврологического осмотра было выявлено только резкое повышение или снижение давления, выраженная нервозность, особенно в группе с выраженным дефицитом витамина «Д».

Одним из клинических признаков дефицита витамина D у детей явилась остеопения. Остеопения у 45 (34,9%) детей протекала бессимптомно и у 35,5% проявлялась изолированными или генерализованными болями в мышцах и суставах. У 23 (12,7%) детей в возрасте 13-14 лет низкий уровень витамина D в сыворотке крови ассоциировался с развитием артериальной гипертензии, гипергликемией, метаболическим синдромом, низкой физической активностью.

А также нами было установлено, что у 56 (48,9%) детей низкий уровень обеспеченности витамином D был ассоциирован с риском развития инфекционных (острые респираторные вирусные инфекции), хронических воспалительных, аллергических (бронхиальная астма, пищевая аллергия) заболеваний.

Также по данным объективного осмотра со стороны сердечно-сосудистой системы у 114 (22,0%) больных было смещение границ сердца влево на 1,5 см, выслушивался систолический шум на верхушке у 191 (50,1%), раздвоение II тона отмечена на ЭКГ гипотрофия левого желудочка, акцент II тона -80 (20,4%). ЭХОКГ-грамме - снижение сократительной способности миокарда. После проведенного исследования уровня  $CH_{25}$  в сыворотке крови у подростков был выявлен умеренный дефицит в 315 (80,8%) и выраженный дефицит у 137 (35,6%) ( $4,2 \pm 2,8$ ). Глюкоза крови  $7,2 \pm 0,8$  ммоль/л у 92 (23,8%) больных, общий белок  $-55 \pm 2,8$  г/л у 88 (22,77%), щелочная фосфатаза  $15,8 \pm 4,8$  у 105 (27,1%) больных, общий кальций  $1,8 \pm 0,3$  у 300 (77,5%) больных, фосфор  $40 \pm 4,8$  Ед (л) у 130 (33,5%). Следует отметить, что водные формы, в отличие от масляных, лучше всасывались при наличии у ребенка сопутствующей патологии: нарушенного кишечного всасывания в тонкой кишке (пищевая аллергия); синдрома холестаза.

Всем детям назначена была комплексная терапия в состав которой вошел же препарат Линда Д<sub>3</sub> 2000-4000 1 раз в сутки в зависимости от степени выраженности дефицита витамина D. Продолжительность курса составили 3-4 месяца после приема препарата. После проведенного лечения состояние улучшилось у 210 (54,2%) детей повысилась успеваемость в школе в связи со снижением утомляемости, купировалась слабость у 30 (77,7%), повысилось настроение у 200 (51,6%), около 189 (48,8%) родители отметили, что дети стали меньше предъявлять жалобы на мышечные судороги в ногах в ночное время и боли в суставах.

**Выводы.** Недостаток витамина D у детей влияет на состояние различных органов и систем не только у детей раннего возраста, но и детей старшего возраста вызывая отклонения в работе сердечно-сосудистой системы, костной, а также ребенок становится лобильным к развитию различных инфекционных заболеваний. В связи с чем рекомендуем принятие витамина D всем детям не зависимо от возраста тем самым снижая риск частой заболеваемости.

#### Список литературы

1. Захарова, И.Н. Роль метаболитов витамина D при рахите у детей / И.Н. Захарова, Н.А. Коровина, Ю.А. Дмитриева // Педиатрия. – 2013. - №89(3). – С.68-73.
2. Plum, L.A. The functional metabolism and molecular biology of vitamin D action / L.A. Plum, H.F. DeLuca // In: M. F. Holick, ed. Vitamin D: Physiology, Molecular Biology, and Clinical Applications. 2nd edn. - N.-Y: Humana Press, 2012. - P. 61-97.
3. Коровина, Н.А. Современные представления о физиологической роли витамина D у здоровых и больных детей / Н.А. Коровина, И.Н. Захарова, Ю.А. Дмитриева // Педиатрия. – 2018. - №87(4). – С.124-129.
4. The association of serum 25-hydroxyvitamin D3 and D2 with depressive symptoms in childhood — a prospective cohort study / A.-M. Tolppanen [et al.] // J Child Psychol Psychiatry. – 2012. - N53(7). – P.757-766.
5. Shellhaas, R.A. Prevalence and risk factors for vitamin D insufficiency among children with epilepsy / R.A. Shellhaas, A.K. Barks, S.M. Joshi Pediatr // Neurol. – 2014. - N42(6). – P.422-426.

#### ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Мамаджанова Г.С.

Кафедра детских болезней №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Удельный вес часто болеющих детей (ЧБД) среди всех детей составляет от 15 до 50%, что зависит эпидемиологических и социальных условий. За прошедший 30-летний период времени значительно изменилось как само значение, так и влияние многих факторов [2]. Сейчас большинство детей проживают в социально благополучных семьях, с хорошим материальным достатком, имеют няню, несколько раз в год выезжают на отдых в страны с жарким климатом, практически полностью вакцинированы по графику [1]. Однако, за последние годы, несмотря на улучшение жилищных условий в целом, а также материального положения граждан, количество ЧБД не уменьшилось [3]. Известно, что повышенная мобильность, существенно резкое изменение климатических условий способствует возникновению новых эпизодов ОРИ, а также заводу новых штаммов вирусов [4].



**Цель исследования.** Определить влияние различных социальных факторов у часто болеющих детей.

**Материалы и методы исследования.** Проводился ретроспективный анализ 600 выявленных часто болеющих детей. Тщательно изучались истории развития ребенка (ф. № 112, ф. № 26, ф.63, ф.30) и заполнялась ранее разработанная специальная карта с целью выявления ЧБД и их факторов риска (263 дети города и 337-села) включающая следующие параметры: паспортная часть, условия проживания семьи исследуемого, анамнез матери во время беременности, течение родов и после родового периода (период, новорожденности и ранний период); вредные привычки родителей; наличие хронических очагов инфекции; фоновые состояния ребёнка; перенесенные заболевания и клинические проявления в разные возрастные периоды; сезонность основного заболевания; эффективность лечения; оздоровительные мероприятия; консультации специалистов.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Нами проведен анализ влияния ряда факторов на проявления и клиническое течение заболеваемости ЧБД. Нас интересовали социально-биологические факторы, которые, несомненно, являлись одной из причин развития частых заболеваний .

**Таблица 1**

**Социально-биологические факторы у ЧБД**

№	Факторы	Обращаемость		Целевой мед.осмотр	
		город n=200	село n=175	город n=63	село n=162
1.	Стрессовые ситуации	9,0±2,0% (18)	18,9±3,0%** (33)	3,2±2,2% (2)	15,4±2,8%* (25)
2.	Возраст матери 40 лет и старше	3,5±1,3% (7)	16,9±1,9% (12)	1,58±1,6% (1)	7,4±2,1% (12)
3.	Возраст матери до 18 лет	6,0±1,7% (12)	18,9±3,0%*** (33)	3,2±2,2% (2)	14,2±2,7%* (23)
4.	Родственный брак	4,5±1,5% (9)	12,6±2,5%** (22)	6,3±3,1% (4)	14,8±2,8% (24)
5.	Большая ,многодетная семья	10,0±2,1% (20)	26,3±3,3%*** (46)	4,8±2,7% (3)	24,1±3,3%*** (39)
6.	Неполная семья	10,0±2,1% (20)	21,7±3,1%** (38)	4,8±2,7% (3)	17,3±3,0%* (28)
7.	Вредные привычки родителей	9,0±2,0% (18)	21,7±3,1%*** (38)	6,3±3,1% (4)	19,7±3,1%* (32)

Примечание :-\*p<0,05; \*\* p<0,01; -\*\*\*p<0,001 статистическая значимость различий показателей как по данным обращаемости, так и целевому осмотру села по сравнению с городом (по критерию  $\chi^2$ ).

Анализ социально-биологических факторов выявил статистически значимо высокую частоту всех факторов, но более выражены возраст матери до 18 лет (p<0,001), большая многодетная семья(p<0,001), вредные привычки родителей (p<0,001), как по данным обращаемости, так и целевого медицинского осмотра преобладали на селе, что способствовало высокой заболеваемости детей.

Большое значение в развитии заболевания играли социально-экономические факторы в семье.

Неудовлетворительные материальные условия по данным обращаемости больше (p<0,001) на селе, чем в городе. Недостаточное питание до и во время беременности способствовало рождению детей с врожденной гипотрофией (p<0,01). Этот контингент в последующем составил группу часто болеющих детей. Установлено высокая частота такого фактора, как недостаточность питания в детстве и в подростковом возрасте, особенно на селе (p<0,001), которая способствовала снижению резистентности организма ребёнка и формированием хронических очагов инфекции (хронический ринит, отит, тонзиллит), развитию фоновых заболеваний (рахит, гипотрофия, анемия).

**Таблица 2**

**Социально-экономические факторы у ЧБД**

№	Факторы	Обращаемость		Целевой мед.осмотр	
		город n=200	село n=175	город n=63	село n=162
1.	Низкая социально-экономическая профессия отца и неадекватная финансовая опора для семьи	20,0±2,8% (40)	34,3±3,6%** (60)	39,7±6,2% (25)	53,1±3,9% (86)
2.	Неудовлетворительные материальные условия	25,0±3,1% (50)	50,3±3,8%*** (88)	47,6±6,3% (30)	54,3±3,9% (88)
3.	Недостаточное питание в детстве в подростковом возрасте	20,0±2,8% (40)	40,0±3,7%*** (70)	63,5±6,1% (40)	63,0±3,8% (102)
4.	Недостаточное питание до и во время беременности	30,0±3,2% (60)	45,7±3,8%** (80)	63,5±6,1% (40)	69,1±3,6% (112)

Примечание: \*\*p< 0,01; \*\*\*p<0,001 статистическая значимость различий показателей по данным обращаемости села по сравнению с городом (по критерию  $\chi^2$ )

Определенный интерес представляет выяснение связи между частотой заболевания и социально-бытовыми условиями.

## Социально-бытовые факторы у ЧБД

№	Факторы	Обращаемость		Целевой мед.осмотр	
		город n=200	село n=175	город n=63	село n=162
1.	Неудовлетворительные санитарно-бытовые условия	29,0±3,2% (58)	67,1±3,5%*** (107)	76,2±5,4% (48)	67,3±3,7% (109)
2.	Холодное, сырое помещение	16,9±2,6% (32)	75,4±3,3%*** (132)	50,8±6,3% (32)	73,4±3,5%** (119)
3.	Неудовлетворительное санитарно-гигиеническое содержание квартиры	27,0±3,1% (54)	76,5±3,2%*** (134)	69,8±5,8% (44)	71,0±3,6% (115)
4.	Ребенок спит в «говоре» и на полу	35,0±3,4% (70)	90,8±2,2%*** (159)	88,9±4,0% (56)	87,6±2,6% (142)

Примечание :- \*\*p<0,01\*\*\*p<0,001 статистическая значимость различий показателей по данным обращаемости, так и целевого медицинского осмотра села по сравнению с городом (по критерию  $\chi^2$ )

Как видно из таблицы 3, примерно у 1/3 часто болеющих детей из города и более 70,0% детей из села проживали в неудовлетворительных материально-бытовых условиях (p<0,01), что как правило, способствовало частым заболеваниям респираторного и желудочно-кишечного тракта.

Большое научно-практическое значение представляет влияние характера вскармливания на частоту заболеваемости.

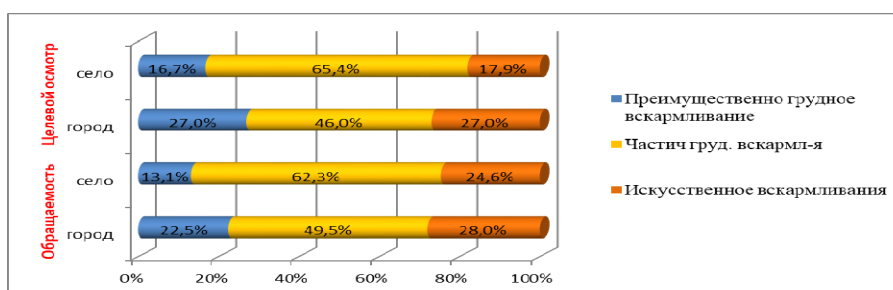


Рисунок 1. - Влияние характера вскармливания на развитие ЧБД по данным обращаемости, так и данным целевого медицинского осмотра

Число ЧБД по обращаемости составляли те, которые находились преимущественно на искусственном и частично-грудном вскармливании и полученные данные были статистически значимы (p<0,05). В анамнезе этих детей отмечено, что практически у всех на первом и втором году жизни проводилось нерациональное, беспорядочное вскармливание. Не назначалась коррекция минеральными веществами и витаминами, прикормы вводились несвоевременно или вообще не вводились. Многие дети, особенно на селе, в качестве докорма получали цельное коровье молоко (62,3%) или питались с общего стола. Всё это приводило к снижению резистентности организма и частым заболеваниям. Необходимо отметить, что течение патологических состояний у ЧБД, сочетающихся с отягощенным преморбидным фоном, особенно у детей раннего возраста имело свои особенности. Поэтому изучение данного вопроса представляет определённый практический интерес.

**Выводы.** Результаты анализа показали, что наличие неблагоприятных медико-социальных факторов выявленных как по обращаемости, так и по целевому медицинскому осмотру были констатированы как в городе, но в большей степени на селе. Все вышеописанные факторы отрицательно сказывались на состоянии здоровья беременных женщин, способствовало развитию анемии -92,0%, частые ОРИ осложненные бронхитами, воспалительным заболеваниями почек и женских половых органов -75,0%, патологии беременности и родов -45,5%, что определяло состояние плода и его адаптивные возможности. Нерациональное вскармливание детей, развитие неблагоприятного фона (рахит, гипотрофия, анемия) и наличие хронических очагов инфекции приводило к запаздыванию развития иммунной системы, к нарушению анатомо-физиологических особенностей респираторного аппарата, желудочно-кишечного тракта у детей и других органов и систем. Поэтому требуется проведение рационального лечения и профилактики как беременных женщин, так и их детей в антенатальном и постнатальном периодах развития.

## Список литературы

1. Кусельман, А.И. Часто болеющие дети-возможно ли решение проблемы? / А.И. Кусельман // Ремедиум Приволжье. – 2010. - №10. – С.43-47.
2. Куприна, Н.П. Влияние экологических факторов на состояние здоровья часто болеющих детей и особенности их иммунного ответа / Н.П. Куприна, С.П. Кокорева, Е.В. Аралова // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2018. - №4. – С.32-35.
3. Авезова, Г. С. Часто болеющие дети: распространенность и факторы риска / Г. С. Авезова // Медицина и здравоохранение. – 2017. - №4. – С.56-60.
4. Жураева, З.Е. Заболеваемость детей раннего возраста, находящихся на различных видах вскармливания / З.Е. Жураева, А.Р. Исраилов // Педиатрия. – 2014. - №1. – С.1-4.

## СПОСОБЫ УЛУЧШЕНИЯ УРОДИНАМИКИ ПРИ НЕПОЛНЫХ УДВОЕНИЯХ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

*Махмаджонов Д.М. Бобоев З.А.*

Кафедра детской хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, ГУ НМЦ «Шифобахш». Таджикистан

**Актуальность.** Аномалии или порок развития мочеполовой системы занимают ведущее место среди врожденных заболеваний всех органов. Примерно каждый пятый новорожденный страдает пороком развития мочеполовой системы, который по частоте занимает второе место после пороков развития ЖКТ и составляет от 35 до 40%. Удвоение почки характеризуется наличием двух лоханок в одном массиве почечной паренхимы. По данным литературы, удвоение почки считается самым частым аномалием и встречается у 1 из 150 новорожденных. Возникновение аномалии связано с расщеплением мочеточникового зачатка в самом начале или на пути перед вращением его в нефрогенную бластему [1,2,3].

**Цель исследования.** Улучшение уродинамики и профилактики уролитиаза при неполных удвоениях почек у детей.

**Материал и методы исследования.** За 2015-2018 годы в отделении детской урологии клиники детской хирургии ТГМУ им. Абуали ибн Сино было 24 больных (18 девочек и 6 мальчиков) с удвоенной почкой, в том числе односторонних удвоений было 20, а двусторонних- 4. Из них у 7 детей, у которых наряду с камнями почки была диагностирована и разделенная почечная лоханка, что служило причиной нарушения уродинамики и образования камней и вторичного гидронефроза. В 9 случаях имело место развитие гидронефроза верхней удвоенной почки при разновидности удвоения, когда разделенная почечная лоханка с расщепленным мочеточником – два мочеточника соединяются в один и открываются в мочевой пузырь одним устьем. Причиной уретерогидронефроза при полных удвоениях почек служили у 4 детей уретероцеле, а у остальных 4-х больных диагностирован сужения интрамурального отдела мочеточников.

**Результаты исследования и их обсуждение.** По данным литературы, существуют следующие разновидности удвоения верхних мочевых путей: удвоенная почка с двумя отдельными лоханками и двумя отдельными мочеточниками; разделенная почечная лоханка с расщепленным мочеточником – два мочеточника соединяются в один и открываются в мочевой пузырь одним устьем; разделенная внепочечная лоханка с одним мочеточником, когда между верхней и нижней почками существует бороздка, которая продолжается в общую лоханку в виде перегородки, разделяя лоханку на две половины. Верхняя часть почки меньше нижней, и соответственно этому, верхняя лоханка у таких больных имела меньшие размеры, и обычно имеет только две или одну чашечку. Такой вариант разделения лоханки чаще способствует застою мочи, нарушению уродинамики и развитию различных приобретенных заболеваний, образованию камней, гидронефроза, пиелонефрита, из которых на первом месте стоит пиелонефрит. Последний наиболее часто поражает верхний пиелон, быстро разрушая его и вызывая вторичное сморщивание паренхимы.

При указанных пороках развития известны многочисленные методы оперативной коррекции. Так, при неполных удвоениях почек и мочеточника, когда развивается гидронефроз или образуется вторичный камень, применяется операция - термино-латеральный или латеро-латеральный анастомоз с удалением камней. С целью коррекции указанного порока нами предложен и применен способ улучшения уродинамики (Рацпредложение №3632/R683. Утв. ВОИР ТГМУ им. Абуали ибни Сино от 26.02.2019 г.). Предлагаемый способ осуществляется следующим образом. Остро и тупо обнажается задняя поверхность почки и лоханки. Производится санация почки от камней путём пиелолитотомии. После санации с помощью лоханочных крючков задняя стенка лоханки приподнимается, затем рассекается межлоханочная перегородка, разделяющая лоханку на две половины. Производится гемостаз, и накладываются швы на рассеченную перегородку. Лоханка дренируется двумя тонкими полиэтиленовыми катетерами, один из которых проводится до средней трети мочеточника. Лоханка ушивается непрерывным рассасывающим швом. В забрюшинное пространство на сутки ставится резиновый выпускник. Применение данного метода у 7 больных показало хорошие непосредственные и отдаленные результаты лечения.

При разновидности, когда разделенная почечная лоханка с расщепленным мочеточником – два мочеточника соединяются в один и открываются в мочевой пузырь одним устьем, и у 9 больных с целью коррекции указанного порока, нами был предложен и применён атравматический способ улучшения уродинамики (Рацпредложение №3630/R681. Утв. ВОИР ТГМУ им. Абуали ибни Сино от 12.02.2019 г.). Предлагаемый способ осуществляется следующим образом. Остро и тупо обнажаются мочеточники. Мобилизуются удвоенные мочеточники и U-образным разрезом у верхушки фиссуса вскрывается полость фиссуса и мочеточников. После удаления камней производится ушивание стенок обоих мочеточников между собой сзади и спереди отдельно, так чтобы объём фиссуса стал в два раза больше чем до операции. Вновь образующийся фиссус не препятствует току мочи и уродинамика восстанавливается полностью. Данная операция легко выполняема и является простым способом ликвидации нарушений уродинамики при удвоениях мочеточника.

**Выводы.** 1. Современные методы исследования позволяют объективно оценить структурно - функциональное состояние почек и верхних мочевыводящих путей у больных мочекаменной болезнью, осложненной поздними стадиями гидронефроза и уретерогидронефроза. 2. Предлагаемые методы операции, направленные на улучшение уродинамики легко выполнимы, не представляют трудностей и являются простыми способами ликвидации нарушений уродинамики при неполных удвоениях почек. 3. Наш опыт свидетельствует о высокой эффективности применения современных методов диагностики и органосохраняющих реконструктивно - пластических методов оперативного лечения больных с пороками развития мочевых путей осложненных мочекаменной болезнью и различными стадиями гидронефроза и уретерогидронефроза.

## Список литературы

1. Азизов, А.А. Диагностика и тактика хирургического лечения аномалий развития мочеполовых органов у детей / А.А. Азизов, Б.М. Займудинов. – Душанбе: «Сухан», 2017. - 247с.
2. Пугачев, А.Г. Детская урология / А.Г. Пугачев. – Москва: Медицина, 2009. -580 с.
3. Emad-Eldin S. Diagnostic value of combined static-excretory MR Urography in children with hydronephrosis / S. Emad-Eldin, Abdelaziz, EL-Diastry // J. Adv Res. - 2015.- V.6(2). - P 145-153.

## ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ИНЦИЗИОННАЯ БИОПСИЯ ПОЧЕК В КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НЕФРОЛИТИАЗА, ОСЛОЖНЕННОГО ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ У ДЕТЕЙ

*Махмаджонов Д.М., Султонов Ш.Р., Атоев И.К.*

Кафедра детской хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино», ГУ НМЦ «Шифобахш». Таджикистан

**Актуальность.** Одним из частых и тяжелых осложнений нефролитиаза является хроническая почечная недостаточность (ХПН). Проблема оценки степени морфофункциональных изменений почек при ХПН калькулезной этиологии находится в центре внимания урологов, ими постоянно проводится поиск путей улучшения результатов послеоперационного лечения [1-5].

**Целью исследования** является улучшение результатов хирургического лечения и функциональной реабилитации больных с нефролитиазом, осложненным ХПН.

**Материал и методы исследования.** Представленная работа основана на исследовании и лечении 115 детей с нефролитиазом, осложненным ХПН, поступивших за последние 10 лет в клинику детской хирургии ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Диагноз устанавливался на основании результатов клинико-лабораторных, ультразвуковых, морфологических и компьютерно-томографических исследований. Сравнительную группу составили 15 детей с нефролитиазом без ХПН. У всех 115 больных выявлены коралловидные-множественные камни и множественные камни обеих почек, реже множественные камни единственной почки.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Особой ценностью в заключительном этапе диагностики ХПН калькулезной этиологии является интраоперационная инцизионная биопсия почек. Из 115 больных с ХПН калькулезной этиологии интраоперационная инцизионная биопсия ткани почек производилась 34 (29,5%) больным. Во всех случаях биоптат брали из корково-мозгового слоя почки при нефротомии, а при пиелотомии из места нефростомической трубки. Исследования биопсийных материалов проводились в лабораториях при кафедрах гистологии и онкологии на световом микроскопе фирмы «OLIMPUS». Гистологическая диагностика проводилась в соответствии с классификацией А.В. Куркина (1974), согласно которой различают 4 варианта течения хронического калькулезного пиелонефрита у детей: с минимальными изменениями, с очаговыми изменениями, с очагово-сливными изменениями, с нефросклерозом. В процессе исследования нами использовалась наиболее приемлемая с клинической точки зрения классификация, предложенная Н. А. Лопаткиным (1996), согласно данной классификации выделяют 4 стадии ХПН: латентную, компенсированную, интермиттирующую и терминальную.

При хроническом калькулезном пиелонефрите с минимальными изменениями, который изучен у 4 (3,4%) больных, внешний вид почки не изменён. Воспалительные изменения выражались в незначительной инфильтрации стромы лимфоцитами, сопровождающиеся пролиферацией гистиоцитов. Площадь, занимаемая воспалительным инфильтратом, была малая. Часто воспалительная инфильтрация располагалась в мозговом веществе почки. В стадии обострения присоединяется ещё экссудативное воспаление. Среди клеток инфильтрата преобладали нейтрофильные лейкоциты. Во время ремиссии, в основном канальцевый и клубочковый аппарат почки остается интактным, а при обострении калькулезного пиелонефрита дистальные и в меньшей степени проксимальные канальцы были расширены, их просветы выполнялись слущенными клетками эпителия и массами лейкоцитов.

При хроническом калькулезном пиелонефрите с очаговыми изменениями, который изучен у 12 (10,4%) больных, внешний вид почки практически не отличается от нормальной почки. Но местами могут иметься фибролипomatозные изменения, в основном в области лоханочно-мочеточникового сегмента (невыраженный педункулит). Микроскопически имеются очаги хронического продуктивного или экссудативного воспаления при обострении калькулезного пиелонефрита. В основном поражаются дистальные канальцы, в некоторых участках имеются склеротические изменения нефронов. При этом в интактных от воспаления участках почечной паренхимы структура нефронов не нарушалась, только имелась некоторая гипертрофия нефронов.

При хроническом пиелонефрите с очагово-сливными изменениями, который изучен у 11 (9,5%) больных, макроскопически почки несколько уменьшены в размерах или имеют нормальные размеры. Поверхность почек неровная, в большинстве случаев фиброзная капсула почки спаяна с паранефральной клетчаткой, то есть выражено фибро-липomatозное разрастание. В большинстве случаев в лоханочно-мочеточниковом сегменте выражены педункулит, перинефрит. При разрезе выражены склеротические изменения паренхимы почки, просвет лоханки расширен, истончен, при извлечении камня имеется фибролипomatозное разрастание внутри почки, которое в большинстве случаев охватывает камни. Микроскопически имеются склеротические изменения в основном мозгового вещества почки. Толщина паренхимы истончена за счет атрофии почечной ткани. Среди клеток инфильтрата преобладали лимфоциты, встречались плазматические клетки и макрофаги, наблюдалась пролиферация фибробластов. При обострении калькулезного пиелонефрита отмечаются очаги экссудативного воспаления, т.е. на очаг склероза наслаивается инфильтрация нейтрофильными лейкоцитами, которые усиливают процессы склерозирования в состоянии структуры нефронов. Расширяется просвет проксимальных и дистальных канальцев, просвет заложен воспалительной жидкостью, клубочки, которые расположены в мозговом слое почки, склерозируются. Почки функционируют за счет интактных нефронов.

Больные нефролитиазом, осложнённым ХПН, в интермиттирующей стадии относятся к категории больных с высоким операционным риском. При данной стадии ХПН организм самостоятельно не может компенсировать возникшие нарушения, так как имеется полиорганная недостаточность. Учитывая вышеизложенное, предоперационная подготовка включала: антибиотикотерапию, спазмолитики, витаминотерапию, иммуномодуляторы, коррекцию водно-электролитного и кислотно-щелочного равновесия, коррекцию анемии и гипопропротеинемии. В среднем предоперационная подготовка продолжается 12-15 дней. Проведенные нами исследования показали, что ХПН встречается в 113 (98,2%) случаях у детей с двусторонним нефролитиазом (ДН).

#### **Выводы:**

1. Морфофункциональные изменения почек у детей калькулёзной этиологии имеют прямую корреляционную зависимость от стадии ХПН, т.е. тем тяжелее стадии ХПН, чем больше выявлено воспалительное деструктивное изменения ткани почки.

2. Наблюдения показали, что после устранения причин, при латентной и компенсированной стадиях ХПН, «интактные и резервные нефроны» по своим функциональным возможностям приближаются к нефронам здоровой почки.

#### **Список литературы**

1. Азизов А.А. Хроническая почечная недостаточность у детей Таджикистана / А.А.Азизов, А.Ш. Шаханов // Сб. науч. статей 52-й годичной научно-практич. конф. ТГМУ с международным участием -Душанбе. -2004. -С.110 – 111.
2. Аляев Ю.Г. Современные аспекты диагностики и лечения мочекаменной болезни / Ю.Г. Аляев, и др // Урология.- 2006. -№2. -С. 7-11.
3. Акулин С.М. Анализ осложнений оперативного лечения больших коралловидным нефролитиазом / С.М. Акулин, Э.К. Яненко, О.В. Константинова // Урология.-2009. -№ 6, -С.7-11.
4. Архипов В.В. Оценка сохранности функционирующей паренхимы почки / В.В. Архипов // Нефрология. -2002. - №2. -С. 63-66.
5. Ванюков Д.А. Мочекаменная болезнь / Д.А. Ванюков // Урология и нефрология. -2004. - №5. - С. 1- 3.

### **ЧАСТО БОЛЕЮЩИЕ ДЕТИ РАННЕГО ВОЗРАСТА СО СКЛОННОСТЬЮ К РЕСПИРАТОРНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ**

*Махмудова М.М.*

Кафедра детских болезней №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Проблема часто и длительно болеющих респираторными заболеваниями детей (ЧДБД) в настоящее время сохраняет значимость. Повторные респираторные заболевания у детей этой диспансерной группы характеризуются не только высокой кратностью, но и негладким, осложненным течением. У одних пациентов респираторные инфекции протекают с поражением только верхних дыхательных путей. В то же время у других детей наблюдается склонность к распространению воспалительного процесса ниже голосовой щели с развитием различных форм бронхита.

Склонность детей к возникновению повторных острых респираторных заболеваний (ОРЗ) и длительному их течению формируется в раннем возрасте, в результате воздействия различных неблагоприятных факторов, нарушающих развитие детского организма и истощающих резервные возможности его иммунной системы и других адаптационных систем [1].

**Цель исследования.** Изучение состояния микробиоты толстого кишечника у ЧДБД раннего возраста со склонностью к ОРЗ.

**Материалы и методы исследования.** На базе госучреждения «Комплекса Здоровья Истиклол» проводилось наблюдение и обследование 47 ЧДБД раннего возраста со склонностью к ОРЗ с развитием простого или обструктивного бронхита. В соответствии с целью работы у всех детей было выполнено исследование кала и ротоглотки через 3 и более недель после последнего эпизода ОРЗ.

**Результаты исследования и их обсуждение.** При проведении объективного исследования у 95,7% пациентов выявлены нарушения физического развития. При этом у большей части детей отмечалось дисгармоничное развитие за счет дефицита массы тела I степени (55,3%), реже II степени (25,5%). С гораздо меньшей частотой (14,9%) регистрировали избыток массы тела I степени. У всех детей обнаружена лимфоаденопатия, с преимущественным увеличением шейной группы лимфатических узлов (до IV степени). В 21,3% случаев выявлена гипертрофия небных миндалин I степени, в остальных случаях - II степени. Гипертрофия небных миндалин у 14,9% детей сочеталась с увеличением носоглоточной миндалины II степени. Клинические проявления кишечной дисфункции регистрировалась у 80,9% пациентов. При этом в 55,3% случаев выявлена склонность к диарейному синдрому. Реже (в 25,5% случаев) наблюдалась склонность к запорам спастического характера.

Пациенты за год, предшествовавший обследованию, перенесли от 7 до 10 эпизодов ОРЗ. У 16 (34%) пациентов в анамнезе имелись указания на перенесенные ОРЗ с развитием острого обструктивного бронхита. Все дети перенесли не более двух эпизодов бронхообструкции. Обструктивный синдром у них развивался на 3-4 сутки болезни, сохранялся длительно, сопровождался малопродуктивным кашлем, умеренно выраженной одышкой экспираторного характера. При лабораторном обследовании в интерморбидном периоде у всех детей были выявлены специфические антитела класса G к микоплазмам и хламидиям в диагностически значимом титре, в общем анализе крови – эозинофилия, у 62,5 % пациентов - нейтрофилез со сдвигом вправо, у 31,3% - лимфоцитоз. У 66% ЧДБД, по данным анамнеза, развивался острый простой бронхит от 1 до 5 раз в течение жизни ребенка. ОРЗ с поражением верхних дыхательных путей протекали у этих детей с выраженными симптомами интоксикации. В 48,4% случаев в

анамнезе пациентов имелись указания на перенесенный острый простой бронхит с особенностями клинической картины в виде длительного, малопродуктивного, коклюшеподобного кашля. При лабораторном обследовании методом иммуноферментного анализа у этих детей обнаружены в крови специфические антитела класса G к хламидиям – в 35,5% случаев и микоплазмам – в 12,9% случаев. Необходимость в применении антибактериальных препаратов возникла от 2 до 5 раз в год.

В микробиологической системе кишечника ЧДБД отмечалась высокая частота обнаружения различных условно-патогенных микроорганизмов (УПМ). Наиболее часто (в 68,1% случаев) регистрировали присутствие клебсиелл в количестве  $lg\ 7-9$  КОЕ/г (в норме  $<lg\ 4$  КОЕ/г). Дрожжеподобные грибы рода *Candida* в небольших титрах ( $lg\ 2-3$  КОЕ/г) (в норме  $\leq lg\ 3$  КОЕ/г) обнаружены у 34% ЧДБД. Однако у 46,8% детей они колонизировали толстый кишечник в более высоких титрах ( $lg\ 4-8$  КОЕ/г). В 27,7% случаев регистрировали золотистый стафилококк. Клостридии обнаружены в составе кишечной микрофлоры ЧДБД в 34% случаев, причем у 17% пациентов их количество превышало  $lg\ 5$  КОЕ/г. Протей и синегнойную палочку выделяли с практически одинаковой частотой (14,9-17%) в количестве  $lg\ 4,1$  КОЕ/г и  $lg\ 3,7$  КОЕ/г соответственно (в норме *Proteus* -  $<lg\ 4$  КОЕ/г, *Ps. aeruginosa* -  $\leq lg\ 3$  КОЕ/г).

У 61,7% ЧДБД в ротоглотке присутствовали пептострептококки (в норме 89-97%) в количестве  $lg\ 5-7$  КОЕ/мл.  $\alpha$ -гемолитические и негемолитические стрептококки, которым принадлежит ключевая роль в формировании колонизационной резистентности биотопа, обнаруживали с наименьшей частотой (31,9%) (в норме 76-90%). Однако их количество было в пределах нормальных значений ( $lg\ 5-6$  КОЕ/мл). У детей также выделяли золотистый стафилококк (87,2%). Частота встречаемости *S. aureus* в составе микробиоты ротоглотки ЧДБД значительно превышала аналогичные показатели у здоровых детей (18,9-28%). Высокий уровень ( $>lg\ 3$  КОЕ/мл) золотистого стафилококка регистрировали в 66% случаев. Коринеформные бактерии колонизировали слизистую ротоглотки ЧДБД раннего возраста в 63,8% случаев (в норме 20-24%,  $lg\ 3-4$  КОЕ/мл). Несколько реже встречался *S. pyogenes* (51,1%) в значительном количестве ( $lg\ 5,4\pm 0,9$  КОЕ/мл) (в норме до 21%,  $lg\ 2-3$  КОЕ/мл). Частота встречаемости грибов рода *Candida* составила 17% (в норме до 21%,  $lg\ 2-3$  КОЕ/мл). При этом уровень колонизации кандидами слизистой оболочки ротоглотки значительно отличался от нормы ( $lg\ 4,0\pm 0,5$  КОЕ/мл).

Особо следует отметить высокую частоту обнаружения на слизистой оболочке ротоглотки обследованных детей энтеробактерий. Слизистую ротоглотки у них колонизировали эшерихии (в 51% случаев) и клебсиеллы (14,9%) в количестве  $lg\ 2-3$  КОЕ/мл. Кроме того, у 14,9% пациентов в составе микрофлоры биотопа присутствовали неферментирующие грамотрицательные бактерии (*Ps. aeruginosa*) в количестве  $lg\ 4-6$  КОЕ/мл (в норме до 5%,  $lg\ 1-2$  КОЕ/мл), а у 12,8% детей - гемофильные палочки в титре  $lg\ 3-5$  КОЕ/мл.

Следовательно, микрофлора ротоглотки у ЧДБД со склонностью к развитию бронхита также характеризовалась высокой частотой обнаружения грамотрицательных УПМ (эшерихии, клебсиеллы, гемофильные бактерии, синегнойная палочка) на фоне высокого удельного веса и частоты встречаемости *S. aureus*, *S. pyogenes*, обладающих выраженным патогенным и персистентным потенциалом. Причем концентрация антигенов аденовирусов на слизистой ротоглотки было наиболее высокой у ЧДБД, перенесших 1-2 эпизода острого обструктивного бронхита, что имеет важное патогенетическое значение. Активация аденовирусов на фоне ОРЗ сопровождается развитием воспаления слизистой оболочки дыхательного тракта с выраженным экссудативным компонентом.

Таким образом, описанные дисбиотические сдвиги в микробиологической системе детей несомненно приводили к выраженной системной эндотоксинемию и развитию хронической интоксикации, тканевой гипоксии, активации процессов перекисного окисления липидов, цитокинового каскада, которые повлекли за собой дисфункцию адаптационных систем детского организма, их истощение и дезинтеграцию, а также наиболее значительное снижение адаптационных возможностей детей. Возникающие на этом фоне глубокие нарушения в функционировании системы местного иммунитета респираторного тракта клинически выражались в склонности детей к тяжелому течению ОРЗ с развитием бронхитов.

**Выводы.** У ЧДБД раннего возраста со склонностью к ОРЗ с развитием бронхита выявлены выраженные отклонения в состоянии здоровья и высокая частота обнаружения маркеров инфицированности хламидиями, микоплазмами. Тяжесть течения ОРЗ у ЧДБД со склонностью к развитию бронхита была обусловлена доминированием в кишечнике условно-патогенных грамотрицательных бактерий и дрожжеподобных грибов рода *Candida*, увеличением частоты обнаружения и спектра энтеробактерий и других грамотрицательных микробов на слизистой ротоглотки, репродукцией всех исследуемых вирусов в обоих биотопах на фоне значительного уменьшения уровня представителей резидентной микрофлоры кишечника и ротоглотки.

С целью повышения адаптационных возможностей и уровня резистентности ЧДБД раннего возраста со склонностью к ОРЗ с развитием бронхита можно рекомендовать применение индивидуальных лечебно-реабилитационных программ с коррекцией бактериальной, грибковой и вирусной составляющих микробиоты толстого кишечника и ротоглотки.

#### Список литературы

1. Шовкун, В.А. Новые подходы к оценке адаптационных механизмов у часто болеющих респираторными заболеваниями детей раннего возраста / В.А. Шовкун // Вопросы современной педиатрии. - 2004. - Т.3, №1. - С. 471.
2. Хавкин, А.И. Микрофлора пищеварительного тракта / А.И. Хавкин - М.: Фонд социальной педиатрии, 2006. - 416 с.
3. Бондаренко, В.М. Дисбактериоз кишечника как клинико-лабораторный синдром: современное состояние проблемы / В.М. Бондаренко. - М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2007. - 300 с.
4. Нетребенко, О.К. Обзор новых статей и материалов по механизмам действия и роли пробиотиков у детей (2007-2008 гг.) / О.К. Нетребенко // Педиатрия. - 2009. - Т. 87, № 2. - С. 130-136.

5. Шендеров, Б.А. Медицинская микробная экология: некоторые итоги и перспективы исследований / Б.А. Шендеров // Вестник РАМН. - 2005. - № 12. - С. 13-17.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГИПОКСИЧЕСКИ - ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

*Махмудова М.М., Бакоев Ф.С.*

Кафедра детских болезней №1 ГОУ ТГМУ им Абуали ибни Сино, Таджикистан

**Актуальность.** Церебральные поражения центральной нервной системы у недоношенных новорожденных связаны непосредственно с антенатальными факторами, такими как анемия, плацентарная недостаточность, гипертензией беременных и почечной патологией[1]. Хроническая внутриутробная гипоксия и ишемия приводят к отечно-геморрагическим изменениям в головном мозге в 30-40% случаев[3,5]. Прогресс современной перинатологии привел к необходимости решения новых проблем, связанных с гестационным процессом и антенатальной охраной плода[4]. Среди них ведущее место принадлежит хронической плацентарной недостаточности. Последняя, будучи частым осложнением беременности (по данным разных авторов, от 4 до 22%), сопровождается гипоксией, задержкой внутриутробного развития и является одной из основных причин перинатальной заболеваемости и смертности (до 60%) [3,4].

**Целью исследования** явилось изучение неврологической адаптации у недоношенных новорожденных с ГИЭ.

**Материал и методы исследования.** Обследовано 64 новорожденных недоношенных с церебральной ишемией. Гестационный возраст (ГВ) составил от 28 до 37 недель. Масса тела при рождении колебалась от 1299,0 до 2500,0 грамм, длина тела от 38,4см до 45,0см.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Церебральная ишемия определена антенатальными факторами: анемия 55% (35), плацентарная недостаточность 52% (33), почечной патологией 13%(9), угроза прерывания 45% (29)). Аномалия родовой деятельности отмечена у 27% (17) преждевременное излитие околоплодных вод, обвитие пуповины вокруг шеи плода 28% (18), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты в 2,5% случаев. Акушерские пособия в виде вакуум экстракции плода применялись в 8 случаев. Все дети с перинатальным поражением ЦНС были разделены на 3 группы: 1-я группа (основная группа) – 22 (36,7%) недоношенных ребенка с церебральной ишемией I степени. У 38 (63,3%) детей - 2-я группа (группа сравнения) заболевание сочеталось с тяжелым и среднетяжелым поражением ЦНС, из них с ЗВУР 2-3 ст было у 13 новорожденных, третью группу (контрольная группа) составили недоношенные дети без поражения ЦНС, родившиеся с показателями физического развития, соответствующие гестационному возрасту (масса тела от 2299 до 2500г, гестационный возраст от 34 до 36 нед). Показатели этих детей были использованы в качестве условной «нормы» для оценки показателей у детей 1-й группы.

Анамнез матерей детей был значительно отягощен, в большей степени в 1-й группе детей. Так, осложненное течение беременности (угроза прерывания, ОРВИ, нефропатия, хориоамнионит, кольпит, пневмония, обострение хронической инфекции) регистрировалось у всех матерей детей 1-й группы и у 1/2 матерей детей 2-й группы. Неблагоприятные факторы родов (длительный безводный период, температура, многоводие, тазовое предлежание, двойня) наблюдались у 13 из 22 матерей детей 1-й группы и у 20 матерей детей 2-й группы. Состояние всех детей 1-й группы при рождении было тяжелым. Оценка по шкале Апгар менее 5 баллов наблюдалась у них в 2,5 раза чаще, чем у детей группы сравнения. Все недоношенные дети имели признаки незрелости как по уровню физического развития, так и по состоянию функциональных систем. Они характеризовались низкой оценкой по шкале Ballard (не более 20 баллов, что соответствует менее 32 неделям гестации), были неспособны поддерживать температуру тела, самостоятельно сосать, при дыхании атмосферным воздухом и различных манипуляциях, у них наблюдалось снижение парциального напряжения кислорода в крови и апноэ.

Все дети находились на специальном режиме выхаживания с использованием кувезов, оксигенотерапии, парентерального питания, расчета вводимой жидкости, зондового вскармливания, ограничением манипуляций. Из 64 детей у 4 (6,7%) было выявлено внутрижелудочковое кровоизлияние (ВЖК) I степени, у 2 (3,3%) детей – II степени, перивентрикулярное кровоизлияние (ПВК) у 1 (1,7%) ребенка в сочетании с анемическим синдромом. Необходимо отметить, что из 64 детей, находившихся под наблюдением, диагностирована задержка внутриутробного развития (ЗВУР) у 13 (21,7%) детей, синдрома дыхательных расстройств (СДР) I и II степени у 14 (23,3) детей и 12 (20%) детей выделены в группу риска по реализации внутриутробной инфекции (ВУИ).

Церебральная ишемия у всех детей наблюдалась в виде синдрома дезадаптации и характеризовалась значительной длительностью (до 26 дней) острого периода - синдромом угнетения, снижением рефлексов врожденного автоматизма, стойкими нарушениями периферического кровообращения, выраженным синдромом дыхательных расстройств (СДР) I и II степени, длительным (до 25-27 дней) лейкоцитозом (до  $24 \cdot 10^9/\text{л}$ ) и смешанным ацидозом, выраженным отечным синдромом, нарушением функции желудочно-кишечного тракта, метеоризмом. У всех детей к концу 1-го месяца жизни наблюдалось снижение количества эритроцитов и содержания гемоглобина (менее 110 г/л). Заболевание носило волнообразный характер - после некоторой стабилизации через 7-10 дней от его начала наступало ухудшение до 23-25-го дня, далее состояние опять стабилизировалось. Максимальная потеря массы достигала 18% и приходилась на  $7 \pm 1,1$  день жизни. Масса при рождении у 6 детей восстановилась к  $23 \pm 1,6$  дню жизни, у 1 ребенка - к 1 месяцу жизни.

У 22 детей церебральная ишемия I степени (умеренные мышечная гипотония и гипорефлексия, синдром угнетения) возникли в первые 7 дней жизни и характеризовались превалированием симптомов нарушения общего состояния и незрелости над местными проявлениями, отсутствием воспалительных изменений в периферической

крови, частым и ранним развитием анемии. У 37 детей отмечено раннее (на 2-3-й день жизни) проявление неврологических нарушений среднетяжелой - 2 степени. При этом у всех детей с ВЖК ее возникновению предшествовал синдром угнетения. Основными клиническими признаками церебральной ишемии 2 степени были тяжелое и длительное угнетение ЦНС, судорожная готовность, гиперестезия, внутричерепная гипертензия, сопровождавшаяся вегетативно-висцеральными нарушениями, изменениями со стороны сердечно-сосудистой системы. Наблюдались цианоз носогубного треугольника, «мраморность» кожных покровов с серым оттенком кожи, западение грудины, одышка, физикальные изменения в легких, приступы апноэ на фоне СДР. На рентгенограммах легких отмечались характерные изменения для СДР. Средняя продолжительность заболевания составила  $22 \pm 1,8$  дня.

У всех детей церебральная ишемия подтверждалась морфологическими изменениями при ультразвуковом исследовании (у 12 детей из 22). Основной патологией были внутрижелудочковые кровоизлияния I-II степени (у 6 детей). У каждого 3-го ребенка при наблюдении в динамике отмечено развитие дисбактериоза кишечника.

**Выводы.** Таким образом, сочетание внутриутробной гипоксии и ишемии приводят к отечно-геморрагическим изменениям в головном мозге, в виде интравентрикулярных кровоизлияний в 30-40% случаев на нейросонографии. В неврологической симптоматике неблагоприятным прогностически является синдром угнетения, вследствие отека мозга в 5,8%-11,4%, внутричерепная гипертензия 26,6%. У недоношенных новорожденных с церебральной ишемией в неонатальном периоде по результатам клинико-лабораторных данных и иммунного статуса развивается срыв адаптации, который требует своевременной диагностики и терапии.

#### Список литературы

1. Стрижаков, А.Н. Фетоплацентарная недостаточность: патогенез, диагностика и лечение / А.Н. Стрижаков, Т.Ф. Тимохина. - Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2003. - №2(2). - С.53-64.
2. Тишин, С.Э. Характеристика неврологического статуса у детей с внутриутробной инфекцией / С.Э. Тишин, К.Ю. Ванин, Б.Б. Фишман // Клиническая медицина. - В.Новгород, 2008. - Т.15. - С.178-184.
3. Сидельникова, В.М. Преждевременные роды – современный взгляд на проблему Пальчик / В.М. Сидельникова // Материалы Ежегодного конгресса специалистов перинатальной медицины «Новые технологии в перинатологии». - Москва, 2006. - С. 55-56.
4. Пальчик, А.Б. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных. - 2-е изд., испр. и доп / А.Б. Пальчик, Н.П. Шабалов. - М.: МЕД пресс-информ, 2009. - 256 с.

#### ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ У ДЕТЕЙ С АНОМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННЫМИ ХОРДАМИ И ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

*Медражевская Я.А., Фик Л.А.*

Кафедра пропедевтики детских болезней и уходу за детьми  
Винницкого национального медицинского университета Н.И. Пирогова. Украина

**Актуальность.** На сегодняшний день дисплазия соединительной ткани образует строму всех органов, систем и тканей организма. Уникальность структуры и функции соединительной дисплазии ткани создает условия для возникновения большого числа ее аномалий. Одним из важных висцеральных фенотипических проявлений недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) - это пролапс митрального клапана (ПМК) и других клапанов, аномально расположенные хорды (АРХ), и другие изменения, которые на самом деле привлекают внимание исследователей в связи с высокой частотой их встречаемости, высоким риском развития осложнений и внезапной смерти [1]. ПМК - наиболее частое проявление НДСТ, особенно среди молодежи. Его частота колеблется от 5 до 10% [2]. Внимание к ПМК увеличивается из-за полиморфизма и разнообразия проявлений его клинической картины. В то же время дети предъявляют жалобы кардиального, соматического и психо-эмоционального характера, однако, у 20-60% из них могут отсутствовать какие-либо симптомы [3]. Клиническая картина ПМК часто сопровождается синдромом вегетативной дисфункции, жалобами на сердцебиение, также может возникнуть сердечная недостаточность, как проявление нарушений вегетативной регуляции сердечного ритма [4, 5]. Среди других синдромов у больных с ПМК часто есть синдром сосудистых нарушений, геморрагический и психосоматический. Синдром сосудистых нарушений включает состояния синкопе - обморок (обморок в душливом помещении, в вертикальном положении и др.) ортостатический [1, 5]. Среди других наиболее ярких проявлений ПМК известны вегетативные пароксизмы (кризы), в зарубежной литературе называемые паническими атаками [5], которые могут быть ведущими симптомами ПМК [2]. Следовательно, клиническая картина с небольшими пороками сердца неоднородна и требует дальнейшего изучения.

**Цель исследования.** изучить особенности клинических проявлений ПМК и АРХ у подростков на основе анализа их жалоб.

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 106 детей с ПМК (62 мальчика и 44 девочки) и 64 ребенка с АРХ (40 мальчиков и 24 девочки) в возрасте от 13 до 17 лет. Исследование проводилось на базе городской клинической больницы "Центр матери и ребенка", которая является клинической базой кафедры. Все дети прошли общее клиническое обследование, ультразвуковое исследование сердца и внутренних органов. Все дети были проконсультированы узкими специалистами по мере необходимости.

**Результаты исследований и их обсуждение.** Анализ жалоб у детей с ПМК и АРХ выявил их разнообразие и большое количество. Так, чаще всего среди жалоб у детей с ПМК были боли в области сердца (63,55%). Другими частыми жалобами были: повышенная утомляемость (60,6%), головная боль (52,4%), головокружение (38,8%) и сердцебиение (31,2%). Мы также обнаружили тенденцию к большой частоте появлений основных жалоб у детей с первичным ПМК, чем с АРХ. Было отмечено, что боли в области сердца встречались у (74,5% и 45,3%,  $p < 0,01$ ),



головокружение (50,9% и 18,8%,  $p < 0,01$ ), обмороки (19,8% и 7,8%,  $p < 0,01$ ). Несколько чаще, по сравнению с группой детей с АРХ, у исследуемых с ПМК также встречались жалобы на головную боль (64,2% и 32,8%,  $p < 0,01$ ). Быстрая утомляемость детей в обеих группах отмечалась неоднократно (69,8% и 45,3% соответственно); сердцебиение - 35,8 и 34,3% соответственно. Непереносимость к транспорту обычно наблюдалась больше у пациентов с ПМК. Боль в животе имели почти одинаковое количество детей в каждой подгруппе, которое составило 19,4% в целом. Одышка не была распространена, а также чаще встречалась у детей с ПМК, в то время как у детей с АРХ она почти отсутствовала (14,2 и 3,1% соответственно). Очень редко детей обеих групп беспокоили боли в ногах.

Как известно, так называемые вегетативные пароксизмы или «приступы паники» характеризуют детей с небольшими сердечными аномалиями. Среди исследуемой группы детей было два основных типа вегетативных кризов: симпато-адреналовый (14,7%) и ваго-инсулярный (14,1%). Они были спровоцированы эмоциональной или физической перегрузкой. Продолжительность пароксизмов составляла от 5 минут до 2 часов.

Симпато-адреналовые вегетативные пароксизмы чаще встречались у детей с ПМК, чем с АРХ (у 17,9% пациентов с ПМК и у 9,4% с АРХ). Они сопровождалась головной болью, повышением артериального давления, сильной тахикардией, гипертермией, полиурией и беспокойством. Ваго-инсулярные кризы возникали чаще, чем симпато-адреналовые, у детей с ПМК и реже при АРХ. Они протекали с повышенным потоотделением, болями в животе, тошнотой, а иногда даже рвотой. Кроме того, была выраженная головная боль, которая иногда была похожа на мигрень; снижение артериального давления, брадикардия или тахикардия.

**Выводы.** Таким образом, в основной группе детей с ПМК и АРХ выявлено много разнообразных жалоб, имеющих ярко выраженный характер. У детей с ПМК было выявлено более высокое проявление жалоб (боль в области сердца, головная боль, головокружение, сердцебиение, повышенная утомляемость), чем у детей с АРХ. Вегетативные пароксизмы были более характерны для пациентов с ПМК, чем для АРХ. Среди кризов преобладали ваго-инсулярные. Выявленные у детей с ПМК и АРХ различные сердечно-сосудистые симптомы, такие как боль в сердце, учащенное сердцебиение, одышка, которые беспокоили детей не только из-за болезней сердца, требуют более глубокого изучения состояния сердца в основной группе пациентов. Все дети с небольшими сердечными нарушениями нуждаются в тщательном наблюдении семейных врачей и медицинских работников, чтобы предотвратить в будущем ухудшение и прогрессирование их клинических симптомов.

#### Список литературы

1. Галактинова М.Ю., Майсеенко Д.А. Нарушение ритма сердца у детей с дисплазией соединительной ткани: клинико-гемодинамические показатели. Медицинский Вестник Северного Кавказа, 2016; 2 (11): 283-286.
2. Остроумова О.Д., Степура О.Б., Мельник О.О. Проллабирование митрального клапана - норма или патология? Российский медицинский журнал, 2002; 28: 1314-1317.
3. Кульнязов Г.М., Давыдович С.А., Сайпинова А.А., Саулеева Ф. Оптимизация диагностики пролапса митрального клапана и его особенности в детском возрасте. Архив внутренних болезней, 2015; 3 (23): 14-17.
4. Мартынов А.И., Акатова Е.В., Николин О.П., Урлаева И.В. Опыт длительного применения магния у пациентов с пролапсом митрального клапана. Медицинский Вестник Северного Кавказа, 2016; 2 (11): 298-302.
5. Осовская Н.Ю. Клиническое значение аномальной хорды левого желудочка. Экспериментальная и клиническая медицина, 2013; 3 (60): 56-63.

#### НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛАЗМЕННОГО ЗВЕНА СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ СО СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

*Музаффаров Ш.С., Исмоилова М.А., Зокирова Ф.Ф.,*  
Кафедра детских болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

**Актуальность.** Гемостаз - биологическая система в организме, функция которой заключается в сохранении жидкого состояния крови, остановке кровотечений при повреждении стенок сосудов и растворении тромбов, реализовавших свою функцию [1-3].

Нарушение гемостаза нередко в педиатрической практике и проявляется кардинальными патологическими процессами как геморрагия, ДВС-синдром, микротромбоваскулит и тромбозы. Нарушения функции системы свертывания крови в основном развиваются на фоне инфекции, асфиксии тяжелой степени, синдрома дыхательных расстройств и являются одной из основных причин смерти и инвалидности недоношенных и доношенных детей [3, 4].

Проявлением нарушения гемостаза могут быть как повышенная кровоточивость, так и тромбозы, которые анализируются как наиболее грозные осложнения периода новорожденности. С максимальной частотой они встречаются при вирусемии, тяжелых бактериальных инфекциях и заражении крови, гемолизе, цитоллизе и других неотложных состояниях [1-4].

Несмотря на успехи по профилактике и лечению врожденных инфекций в структуре заболеваемости и показателей смертности недоношенных и доношенных новорожденных дети они занимают особое место [2-4].

На сегодняшние дни определение гемостаза является чрезвычайно актуальным аспектом диагностики неотложных состояний, востребованным в первую очередь, в неонатологии и педиатрии [1, 3, 4].

**Цель исследования.** Изучение некоторых особенностей плазменного звена системы гемостаза у новорожденных детей со специфической внутриутробной инфекцией.

**Материал и методы исследования.** Обследовали 40 детей со специфической внутриутробной инфекцией, госпитализированных в отделение патологии новорожденных ГУ НМЦ - «Шахраки Шифобахш», отделение ре-

анимации и в дальнейшем в отделении второго этапа выхаживания недоношенных новорожденных ГУ НИИ Акушерства, Гинекологии и Перинатологии. Общее число доношенных детей было 27 (67,5%), недоношенных детей-13 (32,5%). Первую группу составили 12 (30%) доношенных и недоношенных детей с изолированной инфекцией, и вторая группа включала в себя 28(70%) доношенных и недоношенных детей с сочетанной внутриутробной инфекцией. Во вторую группу входили дети с сепсисом, пневмонией и другими фоновыми заболеваниями, у которых определены путем исключения других врожденных инфекций.

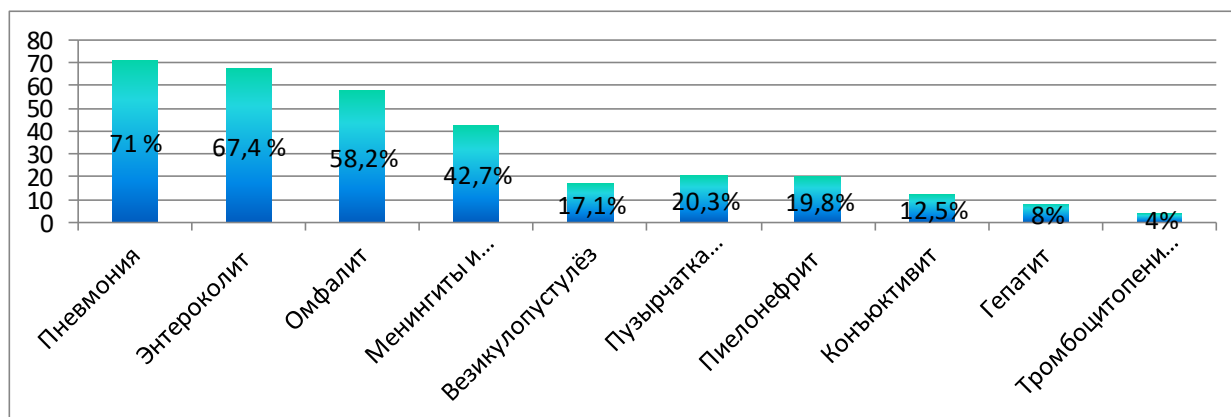
У всех детей проводился ряд анамнестических и клинико-лабораторных исследований, включая данные анамнеза жизни матери и ребенка, результаты осмотра, оценку физического развития, анализ результатов микробиологических исследований крови, определение маркеров TORCH-инфекций, биохимические показатели сыворотки крови, гемостазиограмма, посев крови и кала на микрофлору.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Матери наблюдаемых детей имели отягощенный акушерский, соматический и гинекологический анамнезы. Из анамнеза жизни у 9 женщин отмечались гинекологические заболевания – кольпит, эрозия шейки матки, метроэндометрит, аднексит. 11 матерей страдали хроническими и острыми заболеваниями, в том числе хронический тонзиллит у 7 женщин и у 12 женщин хронический пиелонефрит на стадии обострения. В ранних сроках беременности 25 женщин перенесли ранние токсикозы, 18-угрозу прерывания беременности в II и III триместрах, 13-гестационную гипертензию. Патологические роды наблюдались у 9 женщин. У 2 родильниц роды не имели осложненного течения, но тяжесть состояния их детей была обусловлена патологией в процессе родов.

Среди недоношенных новорожденных детей 4 (10%) родились со сроком гестации менее 33 недель, масса тела при рождении составила  $1950 \pm 210$  гр, длина тела  $42,4 \pm 0,8$  см. Со сроком гестации 34-37 недель родились 9 (22,5%) недоношенных новорожденных, средняя масса тела при рождении  $2500 \pm 150$  гр, средняя длина тела  $45 \pm 1,0$  см. 26 (65%) доношенных детей родились при сроке гестации 37-40 недель и у этих детей масса тела составила  $3420 \pm 260,4$  гр, средняя длина тела  $50,7 \pm 2,3$  см. Задержка внутриутробного развития по гипотрофическому типу отмечалась у 11 (27,5%), по гипопластическому типу у 8 (20%) и диспластическому типу у 4 (10%) новорожденных детей. От первой беременности были 7 (17,5%), от 2-й 11 (27,5%), от 3-й 13(32,5%) новорожденных детей. Оценку по шкале Апгар 7-8 баллов получили 18 (45%) новорожденных детей, 4-6 баллов 14 (35%) новорожденных и 1-3 балла 9 (22,5%) новорожденных детей.

Клиника ВУИ у наблюдаемых больных детей имела разнообразную симптоматику. Наряду с основными клиническими проявлениями у наблюдаемых новорожденных детей имела место сопутствующая инфекционно-воспалительная патология, среди которой преобладали пневмония (71,0%), энтероколит (67,4%), омфалит (58,2%), менингит и менингоэнцефалит (42,7%), везикулопустулёз (17,1%), пузырчатка новорожденных (20,3%), пиелонефрит (19,8%) и конъюнктивит (12,5%). В 2 (5%) случаях был обнаружен гепатит и 1 (4%) случаев наблюдался тромбоцитопеническая пурпура с различными геморрагическими высыпаниями (таблица №1).

**Таблица 1. - Частота встречаемости сочетанных форм ВУИ у наблюдаемых новорождённых детей**

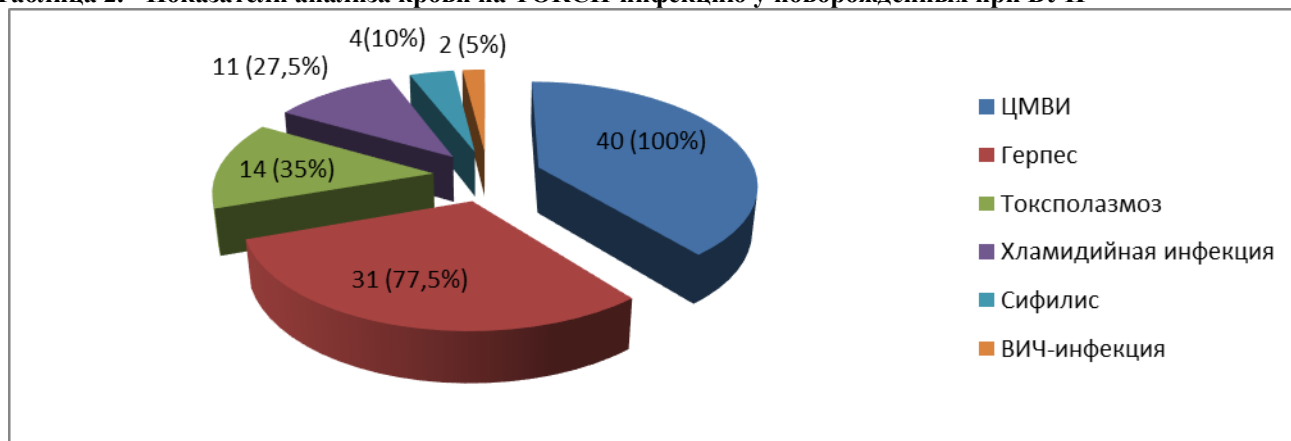


При исследовании крови на TORCH-инфекцию у 40 (100%) исследуемых новорожденных обнаружались положительные титры (более 1:400) цитомегаловирусной инфекции (ЦМВИ), у 31 (77,5 %) - обнаружались маркеры герпеса, у 14 (35 %) - маркеры токсоплазмоза, у 11 (27,5 %) пациентов маркеры к хламидийной инфекции, у 4 (10 %) - маркеры сифилиса, у 2 (5 %) пациентов маркеры к ВИЧ-инфекции. У 15 (37,5%) новорожденных обнаружилась сочетанная форма ЦМВ + герпес инфекции + хламидии и у 7 (17,5 %) наблюдаемых больных диагностировали ЦМВ + токсоплазмоз + хламидии (таблица №2).

На 3-7 сутки жизни у 5 (12,5%) недоношенных новорожденных наблюдался геморрагический синдром в виде меленой у 9 (22,5%), геморрагическими высыпаниями на коже у 5 (12,5%) и рвотой «кофейной гущи» у 11 (27,5%).

У 9 (22,5%) детей первой группы наблюдалось укорочение времени кровотечения по Ли-Уайту ( $2,0 \pm 1,0$ ) и по методу Дьюке ( $1,5 \pm 0,8$ ). У 3 (7,5%) детей отмечалось относительное укорочение времени кровотечения по методу Ли-Уайту ( $5,0 \pm 1,7$ ) и по методу Дьюке ( $3,5 \pm 0,4$ ) с аналогичным показателем контрольной группы. АЧТВ у детей второй группы (n=28) имело длительное течение ( $86,5 \pm 2,43$ ). Показатели фибриногена у этих же детей были несколько выше ( $488,3 \pm 4,0$ ), чем у детей контрольной группы. У этих детей протромбиновое время тоже имело тенденцию к повышению ( $43,4 \pm 1,7$ ).

**Таблица 2. - Показатели анализа крови на TORCH-инфекцию у новорожденных при ВУИ**



У 13 (32,5%) детей во второй группе при анализе свертываемости крови отмечалось заметное удлинение времени кровотечения по методу Ли – Уайта ( $8,1 \pm 0,4$ ) и по методу Дьюке ( $7,0 \pm 0,8$ ) по сравнению с аналогичными показателями контрольной группы ( $5,3 \pm 1,2$  и  $4,1 \pm 0,9$ ). У этих детей показатели АЧТВ было немного ниже ( $40,3 \pm 2,0$ ) по сравнению с этим же показателем группы относительно здоровых детей ( $46,6 \pm 1,2$ ). Уровень фибриногена у этих же детей имел явную тенденцию к уменьшению ( $166,2 \pm 1,0$ ), чем показатели контрольной группы ( $333,1 \pm 4,0$ ). Протромбиновое время у детей первой группы имело более краткое течение ( $16,1 \pm 2,1$ ), чем у детей контрольной группы ( $24,3 \pm 1,3$ ).

**Выводы.** В раннем неонатальном периоде новорожденные склонены к геморрагическим осложнениям, степень выраженности чего зависит от показателя анамнестических данных матери, степени доношенности и зрелости функции органов и систем у новорожденных, микробного и вирусного пейзажа крови у новорожденных и в то же время зависит от сопутствующей инфекционной патологии. При ВУИ система гомеостаза, и в частности система, гемостаза изменяет свою функцию чаще по гипокоагуляционному типу и реже по гиперкоагуляционному направлению.

Нарушение системы гемостаза как следствие изменения функции свертываемости крови при ВУИ может появиться первично на фоне функциональной недостаточности функции свертываемости крови, функционального нарушения печени и вторично в результате присоединения бактериальной инфекции.

Степень выраженности нарушения системы гемостаза при ВУИ зависит от течения беременности и родов, вида инфекционного возбудителя, степени доношенности и зрелости функции органов и систем, и кроме этого, от уровня выраженности синдромов холестаза, цитолиза и системного воспалительного ответа, что от практического неонатолога требует адекватное и своевременное корригирующей терапией.

#### Список литературы

1. Шабалов Н. П. Неонатология / Н.П. Шабалов. – М., 2009. – Т. 1. – С. 567-581с.
2. Петрашева Е. Е. Клинико-микробиологические и иммунологические особенности новорожденных, находящихся на искусственной вентиляции легких: авторефер. дис. ...канд. мед. наук / Е. Е. Петрашева. -Челябинск, 2010 г.
3. Хазанов А. И. Клиническая неонатология / А.И. Хазанов. - Спб: Гиппократ, 2009.- 424 с.
4. Multiple organ failure syndrome in the newborn: morphological and immunohistochemical data / G.Faa [et al.] // J.Matern Fetal Neonatal Med. – 2012. - №25(1 5).
5. Кудратова С. Н. Особенности некоторых параметров гомеостаза при бактериальной пневмонии у детей раннего возраста: дис. ....канд. мед. наук / С.Н. Кудратова. - Душанбе, 2013.-103 с.

### ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПОСТВАКЦИНАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА К УПРАВЛЯЕМЫМ ИНФЕКЦИЯМ У ДЕТЕЙ С МАЛЫМ ВЕСОМ ПРИ РОЖДЕНИИ

*Муллаева Л.Д., Шамсиева Ш.Ф.*

Кафедра Педиатрии, Ташкентский институт усовершенствования врачей. Узбекистан

**Актуальность исследования** состоит в том, что формирование иммунологической компетенции в раннем возрасте имеет большие индивидуальные различия не только по интенсивности иммунного ответа, но и по срокам его появления. Эти различия обусловлены действием многочисленных факторов, которые определяют тип иммунореактивности, скорость иммунологического созревания и, следовательно, эффективность вакцинации детей раннего возраста [1,4]. Одним из факторов, оказывающих влияние на иммунологическую реактивность и скорость иммунного созревания в раннем постнатальном периоде, является степень физиологической зрелости ребенка к моменту его рождения. У детей с малым весом при рождении до 3-х месяцев жизни показатели неспецифической резистентности, клеточные и гуморальные факторы, участвующие в антиинфекционной защите отличаются незрелостью, и нормализация их наступает гораздо позже. [3,5]. Следовательно, наличие задержки внутриутробного развития должно учитываться при проведении ввакцинации, с целью эффективности иммунного ответа.

**Целью исследования** явилось изучение особенностей формирования поствакцинального иммунитета к управляемым инфекциям у детей с малым весом при рождении, вакцинированных в рамках национального календаря профилактических прививок.

**Материалы и методы исследования.** Исследования проводились на базе отделения недоношенных детей, консультативной поликлиники центра Педиатрии, семейных поликлиник г.Ташкента. В работе проанализированы результаты ретроспективного обследования 85 детей в возрасте от 2-х месяцев до 2-х лет с малым весом при рождении (основная группа), иммунизированных против коклюша, дифтерии, столбняка согласно национальному календарю профилактических прививок (СанПиН). Критерии включения в исследование: дети с малым весом при рождении. Критерии исключения: - дети с внутриутробным инфицированием; с наличием генетических заболеваний, врожденных аномалий и пороков развития. Контрольная группа - условно здоровые дети (n=45) получившие вакцинацию против коклюша, дифтерии, столбняка согласно национальному календарю профилактических прививок (СанПиН).

Для изучения механизмов ответа иммунокомпетентных клеток на антигенный раздражитель и формирования специфического иммунитета у всех детей, привитых согласно календарю профилактических прививок, были проведены серологические исследования – определение уровня антител против дифтерийного и столбнячного токсинов, антител против коклюша в сыворотке крови с помощью реакции пассивной гемагглютинации с дифтерийным, столбнячным, коклюшным антигенами. Для прогнозирования неадекватного ответа на вакцинацию, а также изучения вклада каждого фактора риска или их комплекса в развитие того или иного неадекватного ответа использовалось системное прогнозирование, являющееся методом математико-статистического анализа [2]. Были вычислены частота в группах, а затем оценена статистическая оценка различий между отдельными признаками.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Анализ результатов серологического исследования показал, что у детей основной группы достоверно чаще отмечалась низкая напряженность антитоксического иммунитета к коклюшу, дифтерии и столбняку, и реже высокая. Детей с низкими титрами антител против коклюша оказалось в 2,4 раза больше, чем в контрольной группе ( $p < 0,05$ ). В наблюдаемой основной группе защищенность от коклюша составила 68,3%, от дифтерии – 48,2%, от столбняка – 54,1%. Среднегеометрические титры при этом были равны 1:20,6 1:45,8 и 1:78,4 соответственно (таблица 1).

Таблица 1. - Уровень антител к управляемым инфекциям у детей с малым весом при рождении

Титры антител	Основная группа, n=85		Контрольная группа, n=45	
	абс	M±m	абс	M±m
Коклюш				
Серонегативные	27	31,7±4,1**	5	11,1
Условно-защитные	38	44,7±4,4	15	33,3
Средние	18	21,2±3,7*	22	48,9
Высокие	2	2,4±1,4**	3	6,7
X геометрическое	1:20,6±5,9		1:82,9±5,67	
Дифтерия				
Серонегативные	19	22,4±3,7**	3	6,7±3,7
Низкие	25	29,4±4,1	8	17,8±5,7
Средние	33	38,8±4,4	24	53,3±7,4
Высокие	8	9,4±2,5*	10	22,2±6,2
X геометрическое	1:45,8±7,9		1:153,7±13,7	
Столбняк				
Серонегативные	16	18,8±3,5*	3	6,7±3,7
Низкие	23	27,1±4,0**	5	11,1±4,7
Средние	31	36,5±4,3	24	53,3±7,4
Высокие	15	17,6±3,4	13	28,9±6,8
X геометрическое	1:78,4±7,4		1:310,7±2,7	

Примечание: \*- различия относительно данных контрольной группы значимы (\*- $p < 0,05$ , \*\*- $p < 0,01$ )

На основании ретроспективного анализа (случай - контроль) анте-интранатальных и постнатальных факторов нами была проведена статистическая оценка относительного шанса и риска неадекватного иммунного ответа. В результате анализа определены наиболее значимые факторы риска, влияющие на выработку поствакцинального иммунитета против коклюша у детей основной группы, так как на данную инфекцию выявлен наибольший процент детей с серонегативными результатами 31,7%. С этой целью обследуемые дети были разделены на две подгруппы: с незащитными титрами антител - подгруппа 1 (n=58) и с защитными титрами антител - подгруппа 2 (n=27). У детей 1 подгруппы относительный шанс (OR) и риск (RR) развития низкого иммунного ответа повышался при гестозе у матерей во время беременности: в первой половине беременности в 10,3 раз и в 3,03 раз соответственно, во второй половине беременности в 3,9 и 1,99 соответственно. Безконтрольный прием медикаментов во время беременности регистрировались в 2 раза чаще у беременных детей с малым весом при рождении 1 подгруппы (OR 2,6 и RR 2,0). Гипоксия плода наблюдалась у 46,3% матерей основной подгруппы 1 (OR 2,3 и RR 1,74) У детей с малым весом при рождении относительный шанс (в 2,29 раз) и риск (в 1,75 раз) выработки серонегативных результатов и низких титров антител против коклюша повышался при перенесении матери ОПИ во время беременности. Из постнатальных факторов у детей основной подгруппы 1 относительный шанс и риск развития незащитного иммунного ответа наибольшее значение имели следующие: отставание в психомоторном развитии (OR в 23,3 раз и RR в 3,43 раз); белково-энергетическая недостаточность (OR в 12,8 раз и RR в 4,98 раз); анемия (OR в 9,12 раз и RR в 2,95 раза); тимомегалия (OR в 9,39 раза и RR в 3,92 раз); функциональные нарушения со стороны дыхательной системы (OR в 6,52 раз и RR в 4,77 раза); искусственное вскармливание (OR в 5,52 раза и RR в 2,89 раз).

Таким образом, дети с малым весом при рождении не способны адекватно реагировать на вакцинацию, при использовании стандартных подходов. Определение «неадекватная реакция» включает наряду с поствакцинальными реакциями и осложнениями, иммунный ответ, не обеспечивающий защиту от инфекционного заболевания, с целью профилактики которого применяется данная вакцина. Вакцинация детей ограничена рамками требований календаря прививок, различных положений и инструкций. Календарь прививок с усредненными дозами вакцин и жесткими рамками прививок уравнивает условия иммунизации большинства прививаемых и рассчитан на среднего по иммунологической активности ребенка. Оценка состояния иммунитета против управляемых инфекций выявила неадекватность иммунного ответа, на вводимые антигены у детей с малым весом при рождении, выражающиеся в высокой частоте низких титров и серонегативных результатов. И как следствие этого данная категория детей может составить группу риска по заболеваемости данными инфекциями, нарушая благополучную эпидемиологическую ситуацию в популяции. Эффективность вакцинации детей с малым весом при рождении обусловлена действием многочисленных факторов – анте-интранатальных и постнатальных, учет которых необходим для выбора рациональной дальнейшей тактики иммунизации различными антигенами.

Иммунологическая индивидуализация вакцинации — это коррекция иммунного ответа на вакцины с помощью разных средств и методов вакцинации с целью создания достаточного иммунитета у каждого прививаемого ребенка.

#### Список литературы

1. Алексеева, Е.А. Показатели противодифтерийного антигтоксического иммунитета у детей и совершенствование тактики контроля дифтерии: автореф. дис. канд. мед. наук / Е.А. Алексеева. - СПб, 2012. - 27с.
2. Бабич, П.Н. Применение современных статистических методов в практике клинических исследований Сообщение третье. Отношение шансов: понятие, вычисление и интерпретация / П.Н. Бабич, А.В. Чубенко, С.Н. Лапач // Медицинский часопис. – 2005. - №2. - С.113-119.
3. Курносов, Ю.В. Состояние здоровья детей, рожденных с очень низкой и экстремально низкой массой тела, в постнатальный период: автореф. ... канд. мед. наук / Ю.В. Курносов. – Пермь, 2013. - 25с.
4. Онищенко, Г.Г. Актуальные проблемы профилактики инфекционных болезней на современном этапе / Г.Г. Онищенко //Журнал микробиол., эпидемиол. и иммунобиол. – 2010. - №4. - С.13-22.
5. Сенькевич, О.А. Оценка клеточного иммунитета новорожденных с очень низкой массой тела при рождении при выборе метода лечения ранней анемии недоношенных / О.А. Сенькевич, Е.А. Сметанина, Р.Ф. Езерский // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2012. - №4. - С.48 – 50.

### ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО И ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕВОЧЕК, БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПЕРВОГО ТИПА

*Муродова М.Д., Юлдашев Б.А., Тураева Н.Ю., Абдурашулов Ф.П.*

Кафедра 2-педиатрии, Самаркандский Государственный медицинский Институт. Узбекистан

**Актуальность.** Сахарный диабет 1-го типа - наиболее распространенное эндокринологическое заболевание детского и юношеского возраста, число больных ежегодно увеличивается на 5-7%, а каждые 12-15 лет удваивается. Метаболические изменения обусловленные СД 1 типа приводят к нарушениям развития физического и особенно репродуктивных органов. Безусловно формируется эндокринологический статус не соответствующий нормальному развитию подростка. Среди нарушений репродуктивного здоровья у больных СД 1 девочек встречаются в 3 раза чаще олиго- и аменорея, чем у здоровых девушек, у 77% больных выявляются поликистоз яичников. В периоде пубертата гипоталамус подает сигнал гипофизу, который в свою очередь начинает вырабатывать гонадотропные гормоны-ФСГ и ЛГ. В организме девочки циклическое выделение ФСГ и ЛГ приводит к формированию менструального цикла, характеризующегося появлением первой менструации (менархе) и вторичных половых признаков.

Таким образом, актуально уточнение особенностей физического развития, механизмов нарушений репродуктивного здоровья, изменения эндокринных показателей у девушек, больных СД 1 типа и в соответствии с выявленными изменениями показателей физического, полового и эндокринного статуса разработать алгоритм реабилитации в зависимости от тяжести, длительности и возраста дебюта заболевания.

**Цель исследования.** Выявить особенности физического и полового развития у девочек СД 1, с определением гормонального статуса репродуктивной системы.

**Материалы и методы исследования.** Нами были проведены полное клинические, лабораторные и инструментальные обследования 90 больных СД1 в Самаркандском областном детском многопрофильном медицинском центре отделения эндокринологии.

Средний возраст пациенток составил  $15,5 \pm 2,6$  лет. В фазе компенсации наблюдали 40 человек (44%), субкомпенсации — 20 (22%), декомпенсации — 30 (34%). Длительность заболевания составляла от 1 года до 10 лет. Средняя продолжительность течения СД составила  $5,3 \pm 2,5$  лет.

Установлено, что средний уровень гликемии у обследуемых больных составил натощак  $7.1 \pm 0.01$  ммоль/л, гликированный гемоглобин (HbA<sub>1c</sub>) исследовался иммуноферментным методом на аппарате IMX фирмы «АВБОТ LABORATORIES» составил  $9.6 \pm 0.36\%$ . Определение концентрации лютеинизирующего гормона (ЛГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), эстрогена проводилось с помощью радио иммунологических наборов «Диалс» с использованием анализатора «Бета-2». Ультразвуковое исследование проводилось аппаратом фирмы «CHISON Q5».

**Результаты исследования и их обсуждение** Установлено, что у девушек с СД 1 типа отставание в физическом и половом развитии начинается с 10 лет и в дальнейшем прогрессирует. 1-группа контрольная 45 девушек имеющие близкие по значению изучаемые параметры с опытной группой, но без диабета. Больные СД были разде-

лены на 2 группы: 2-группа 60 человек (66.6%) с нормальным физическим развитием, 3- группа 40 (33.4%) с отставанием в половом и физическом развитии. Средний возраст менархе у них - 14,2±0,24 лет, что достоверно превышает таковой у девушек без эндокринной патологии (11,4±0,033 лет, p<0,001). (рис.1)



Рис.1 - Сравнение роста исследуемых по группам в зависимости от стажа болезни и возраста

В результате проведенного нами исследования факторов риска развития нарушений полового, физического развития и менструальной функции у больных СД 1 оказалось, что особое значение имеет возраст дебюта заболевания СД, а именно препубертатный период (7–11 лет). При этом половое созревание у больных с манифестацией СД именно в этот период значительно отстает по сравнению с контрольной группой, дебют заболевания у которых пришелся на ранний период (3–7 лет), на пубертатный период (11–14 лет) или постпубертатный период (старше 15 лет). Доля больных с выраженной задержкой полового и физического развития с дебютом СД 1 в препубертатном периоде составляет 53.3%, в раннем периоде — 13,6%, в активном пубертатном периоде — 16,8% и в постпубертатном периоде — 16,3%. [2]

У девушек показатели физического развития было ниже 3 центилей по росту у 36(40%) больных, а по массе 48(78%), а у 2(3%) больных была избыточная масса тела, у 63(70%) больных дисгармоничное развитие. Начало пубертата у девочек с СД 1 достоверно ассоциируется с уровнем индекса массы тела (ИМТ). Возраст менархе находится в обратной зависимости от индекса массы тела. При этом менструации начинают раньше у девочек с более высоким ИМТ по сравнению с девочками с более низким ИМТ [4]. У девушек с СД 1, имеющих регулярный менструальный цикл и соответствующее возрасту половое и физическое развитие (2-я группа), а также у больных с дисгармоничным развитием и дисфункцией яичников выявляется тот же уровень концентрации фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормона. У больных СД с выраженной задержкой полового и физического развития (3-я группа) содержание в плазме ЛГ до овуляции от 2 до 6.6 нмоль/л и ФСГ- от 3.2 до 4.5 нмоль/л значительно снижено по сравнению с контрольной и 2-й группой p=0.04. Уровень эстрогенов 192±25.5 нмоль/л определялось с учетом фаз менструального цикла (на 5–9-й день цикла) или на фоне аменореи в утренние часы, натощак и оказалось в 1.5 раза ниже контрольной группы. [3]

Таблица 1. - Характеристика показателей состояния репродуктивной системы в зависимости от возраста дебюта СД.

Показатель	Возраст	До 8 лет	8-12 лет	13-17 лет	P
	10-14 лет	16.6±1.9	20.5±1.8	20.5±1.8	0.95
	15-17 лет	23.2±1.3	24.3±0.9	24.0±1.7	0.96
	10-14 лет	25.3±2.8	31.7±2.7	27.5±8.4	0.97
	15-17 лет	31.5±2.3	34.4±1.6	40.8±3.1	0.96
	10-14 лет	13.6±1.7	17.6±1.6	15.5±5 Л	0.95
	15-17 лет	18.8±1.6	21.3±1.1	24.8±2.2	0.99
	10-14 лет	23.9±2.3	29.1±2.2	28.0±7Л	0.99
	15-17 лет	31.2±1.6	35.0±1.1	39.5±2.2	0.95
	10-14 лет	1.8±0.4	3.4±0.3	2.9±1.2	0.99
	15-17 лет	3.7±0.6	3.4±0.4	4.4±0.8	0.96
	10-14 лет	2.1±0.1	3±0.3	0.8±0.4	0.95
	15-17 лет	3.6±0.2	3.3±0.3	6.3±0.2	0.95
	10-14 лет	26.0±2.3	58.2±6.6	88.0±9.0	0.99
	15-17 лет	27.8±5.7	30.5±3.9	84.0±8.1	0.99
	15-17 лет	1.6±0.2	1.7±0.3	1.6±0.3	0.95

Начало пубертата при СД1 задерживается в среднем на 0.51 года для телархе (вторая стадия по Tanner) и на 0.08 года для пубархе (вторая стадия по Tanner) по сравнению с общей популяцией. При этом дети с СД1 достигают половой зрелости одновременно со своими здоровыми сверстниками, догоняя их к пятой стадии полового развития по Tanner. [1]

У девочек с сахарным диабетом нарушено функциональное состояние репродуктивной системы: позднее менархе (14,2±0,24 лет); высокая частота гипоменструального синдрома (в 60 % случаях); длительное становление менструального цикла (у 33,8% пациенток); гиподисфункция гипофизарно-яичниковой системы, что проявляется в достоверном снижении (в сравнении с физиологическими показателями у здоровых подростков уровней ЛГ, ФСГ, эстрогена ( $p=0,005$ )). В отличие от пациенток без эндокринной патологии у девушек с СД в 12 лет в 2 раза снижен суммарный балл полового развития.  $P<0.001$  Этот разрыв со временем увеличивается, достигая максимума к 17 годам.

У девушек, больных сахарным диабетом, происходит отставание в росте размеров матки и объема яичников, в большей степени выраженное в возрасте 12-14 лет.  $P<0.001$

**Вывод.** Девушки, страдающие сахарным диабетом 1 типа, являются группой риска по развитию нарушений функции репродуктивной системы, в связи с чем должны находиться под наблюдением детского гинеколога. При наличии отклонений в физическом и половом развитии девушки, больные СД1 должны проходить ультразвуковое исследование органов малого таза с целью определения размеров матки (длина, ширина, передне-задний размер) и объема яичников, определить гормональный статус (ФСГ, ЛГ, эстроген), что дает возможность ранней диагностики и прогнозированию нарушений полового развития и менструальной функции, которая в свою очередь позволит своевременно начинать проведение комплексной патогенетической терапии, включая коррекцию овариальных нарушений, что необходимо для сохранения у данной категории девушек способности к деторождению.

#### Список литературы

1. Мамутова, Э.С. Школа здоровья для пациентов с сахарным диабетом 1 типа / Э.С. Мамутова, Х.Н. Шадиева // Здоровье, дермография, экология Финно-угорских народов. –2017, №4. – С. 36.
2. Гарифулина, Л. Степень метаболических нарушений у детей и подростков с ожирением и артериальной гипертензией / Л. Гарифулина, Г.Н. Кудратова, Н.С. Гойибова // Актуальные вопросы современной науки. – 2016. – №4. – С.19.
3. Дедов, И.И. Сахарный диабет у детей и подростков / И.И. Дедов, Т.Л. Кураева, В.А. Петеркова // Руководство для врачей. - Издательская группа ГЭОТАР-Медиа, 2008.
4. Исмоилова, З.А. Хронический пиелонефрит у детей на фоне нарушенного обмена мочевой кислоты: особенности анамнеза и клинико-лабораторная характеристика / З.А. Исмоилова, Б.А. Юлдашев, А.А. Ахматов // Вопросы науки и образования. – 2019. – №.4 (49).

#### ЭФФЕКТИВНАЯ СХЕМА ПРОТИВОЯЗВЕННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЭРАДИКАЦИИ ИНФЕКЦИИ *H. PYLORI*

*Мухаммадова Х.Х., Умурова Н.М.*

Кафедра факультетской и госпитальной терапии, Бухарский государственный медицинский институт. Узбекистан

**Актуальность.** Эрадикация *H. pylori* позволяет достичь заживления дуоденальных язв без необходимости применения дальнейшей поддерживающей антисекреторной терапии, практически полностью предотвращает рецидивирование язв и возникновение осложнений, улучшает качество жизни больных [1,2]. К сожалению, довольно часто врачи назначают неадекватные схемы лечения. Например, назначают двухкомпонентную терапию, включающую один антибактериальный препарат и один ингибитор протонного насоса [3]. Согласно современной стратегии лечения, антихеликобактерная терапия первой линии должна включать ингибитор протонного насоса или ранитидин, висмут цитрат, кларитромицин и амоксициллин или метронидазол. Недавно спектр антибактериальных средств, действующим веществом которых является кларитромицин, пополнился препаратом фромилит. За последние 4 мес. в нашей клинике накоплен определенный опыт применения этого препарата. По данным проведенных нами исследований, эффективность эрадикационной терапии, оцененная через 1 мес. после окончания курса лечения, составила около 90%, что сопоставимо с результатами лечения, которые мы получаем при включении в схему лечения препаратов кларитромицина других компаний-производителей. Следует отметить удобство его применения, поскольку для курса лечения необходимо именно 14 таблеток, содержащихся в 1 упаковке фромилита. Оптимальное соотношение цена/качество является весомым аргументом в пользу включения этих препаратов в схему антихеликобактерной терапии. Благодаря появлению фромилита, а также антисекреторного средства нольпаза у врачей расширились возможности при выборе схемы противоязвенной терапии и значительно уменьшились ограничения этого выбора, связанные с финансовыми возможностями пациента [4,5].

**Цель исследования** - изучить эффективность нольпаза и фромилита при дуоденальной язве у подростков.

**Материалы и методы исследования.** Под наблюдением находились 36 больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, средний возраст (21±1года), размеры язвенного дефекта у обследованных больных от 0,5 до 1,2 см. Для выявления *Helicobacter pylori* использовали ИФА крови. В зависимости от характера проводимой терапии больные были разделены на 2 группы; пациенты 1-й (основной) группы (N=26) получали нольпаза 40 мг один раз в сутки в течение 6 недель, фромилита 500мг x 2 раза в сутки в течение

7 дней, *азит 500мг x 1 раза в сутки в течение 3 дней*. Группу сравнения (2-ю) составили 10 больных, получивших трёхкомпонентную терапию (омепразол 20мг x 2 раза, метронидазол 250мг по 1 т x 3 раза и амоксициллин 1000 мг x 2 раза в сутки) 7 дней.

**Результаты исследования и их обсуждение.** При поступлении в стационар болевой синдром различной выраженности, диспепсические явления в виде тошноты, рвоты, отрыжки воздухом или пищей, изжога, горечь во рту у больных 1 -й и 2-й групп определялись с одинаковой частотой. Средний срок купирования болей в 1 з (n = 26) группе  $7,2 \pm 0,2$ Г во 2 з (n = 10) группе  $9,8 \pm 0,2$ , средний срок исчезновения локальной пальпаторной болезненности в 1 з (n = 16) группе  $8,0 \pm 0,2$ , во 2 з (n = 10) группе  $10 \pm 0,2$ , средний срок купирования диспепсического синдрома в 1 з (n = 16) группе  $6,0 \pm 0,1$ , во 2 з (n = 10) группе  $9 \pm 0,1$ , число больных с зарубцевавшейся язвой к 16 дню Лечения (%) в 1 з (n = 16) группе 26 (100,0), во 2 з (n = 10) группе 6 (60,0), эрадикация  $H.pylori$  к 16 дню лечения в 1 з (n = 26) группе 15 (92,5), во 2 з (n = 10) группе 9 (90,0).

**Выводы:** Эрадикационная терапия была и остается не только действенным средством лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, но и эффективным способом профилактики рецидивов, что имеет большое значение для сокращения общественных расходов. Использование нольпаза 40 мг + фромилда 500 мг 2 раза, *азит 500мг x 1 раза в сутки в течение 3 дней* при дуоденальной язве эффективно, безопасно, экономически оправдано.

#### Список литературы

1. Недостаточность питания в клинике внутренних болезней: учеб. пособие / О.П. Алексеев, Д.В. Пикулев; ин-т ФСБ России (мед. фак-т).- Н.Новгород: НГМА, 2008. – 104с.
2. Болезни органов пищеварения: руководство по гастроэнтерологии для врачей / Л.Н. Валенкевич, О.И. Яхонтова. – СПб.: Издательство ДЭАН, 2006. – 655с.
3. Гастроэнтерология: национальное руководство / под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 700с.
4. Гастроэнтерология: справ. практ. врача / А.В. Калинин, И.В. Маев, С.И. Рапопорт; под общ. ред. С.И. Рапопорта. – М.: Медпресс-информ, 2009. – 312с.
5. Наглядная гастроэнтерология / С. Кешав; пер. с англ. С.В.Демичева; под ред. В.Т. Ивашкина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 135с.

### КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ СВЯЗИ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ НОВОРОЖДЕННЫХ С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

*Мухитдинова Х.Н., Турдиева Д.Э., Абдусалиева Т.М.*

Кафедра детской анестезиологии, реаниматологии и госпитальной педиатрии №1 ТашПМИ. Узбекистан

**Актуальность.** Смертность и летальность от инсульта у детей демонстрирует высокую заболеваемость инсультом у детей первого месяца жизни: 24,7 случая перинатального инсульта на 100 тыс. новорожденных, родившихся в срок более 31-й недели гестационного возраста, и около 28,6 случая – среди детей, родившихся в срок до 31-й недели гестационного возраста [1,2, 3].

**Цель исследования.** Дать оценку эффективности консервативной терапии новорожденных с геморрагическим инсультом.

**Материал и методы исследования.** В ОРИТ РНЦЭМП за период с 2013 по 2015 годы поступили 32 новорожденных с нетравматическим кровоизлиянием в головной мозг. После улучшения состояния выписаны 24 новорожденных, из них после операции удаления гематомы –16, состояние улучшилось и выписаны без хирургического вмешательства 8 пациентов. Умерли 8 больных, причем 4 в первые сутки, 1- на вторые, 1- на 5, и 1- на 9 сутки после операции, выполненной на 2 сутки пребывания в клинике, 1 ребенок умер на 160 сутки ИВЛ после 2 операций, выполненных в 1 и 3 сутки лечения. Эти новорожденные отличались при поступлении крайне тяжелым состоянием. Летальность в группе новорожденных с геморрагическим инсультом составила 25%. С целью сравнительной оценки особенностей интенсивной терапии при хирургическом удалении гематомы относительно показателей, полученных у новорожденных с консервативной терапией и предоперационной медикаментозной подготовкой больные рассматривались в двух группах: 1 – неоперированные (16 новорожденных); 2 группу составили больные в послеоперационном периоде на протяжении 10 суток мониторинга показателей систолического (САД), диастолического (ДАД), пульсового (ПД), среднего (СрАД) артериального давления, частоты сердечных сокращений (ЧСС), частоты дыхания (ЧД), показателя сатурации кислорода, температуры тела (Т°). В 1 группе неоперированных у 5 диагностирована субдуральная гематома лобно-теменно-затылочной области + САК с преимущественной локализацией в левом полушарии, у 2 внутримозговая с прорывом в желудочки, 1 – внутрижелудочковое кровоизлияние. В данной группе выявлено преобладание повреждения левого полушария головного мозга. Плотность гематомы составила  $67,3 \pm 4,7$  ед. Смещение вправо составило в среднем  $8,5 \pm 1,5$  мм. Новорожденные 2 группы поступили в связи у 7 новорожденных – субдуральной гематомой лобно – теменно - височной области +САК, 8- паренхиматозным кровоизлиянием, в 5 случаях с прорывом в желудочки, в 9 – субарахноидальным кровоизлиянием, 1- гидроцефалией с рубцовоатрофическими изменениями. Выявлена также у 1 больного - внутримозговая с прорывом в желудочки (оперирован на 4 сутки), 2-х - субдуральная гематома левой теменно-височной области+САК, оперированы на 5 сутки, 1 больной - субдуральной лобно-теменно-височно-затылочной гематомой+САК шириной 14 мм. Связи продолжительности ИВЛ с локализацией, обширностью кровоизлияния, длительностью подготовки, степенью дислокации выявить не удалось. Сопутствующая инфекция - герпес, ЦМВ, хламидиоз, пневмония выявлены у 5 новорожденных, у 5 отрицательный результат обследования, остальные 6 на предмет TORCH инфицирования не обследовались. Функциональная незрелость печени выявлена у 6 новорожденных.



Консервативная терапия состояла из противовоспалительной, противоотечной, мембранотропной и ноотропной терапии, а также стресслимитирующей (направленной на уменьшение повреждающего действия стрессовой реакции на мозг) терапии.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В 1 группе новорожденных обнаружена сильная прямая зависимость продолжительности пребывания в ОРИТ от плотности гематомы (0,7977) при поступлении (в среднем  $71 \pm 4,5$  ед), то есть чем острее геморрагический инсульт, тем продолжительнее наблюдалось восстановление регулирующих функций головного мозга. Эту связь можно объяснить во-первых возрастной незрелостью гемостатических функций, во-вторых сравнительно большей травмируемостью ткани мозга при сохраняющемся очаге деструктурированной мозговой ткани при консервативной терапии, в-третьих - высокой ранимостью окружающей гематому ишемизированной рыхлой, гидрофильной мозговой ткани, подверженной острой воспалительной реакции неповрежденного кровоизлиянием головного мозга, что негативно отражалось на восстановлении функции мозга, эффективности лечения в целом. У новорожденных 2 группы (15 мальчиков, 8 девочек) плотность острой гематомы до операции составила  $64,9 \pm 3,4$  ед, смещение составило в среднем  $8,1 \pm 1,9$  мм, обнаружена противоположная тенденция к уменьшению пребывания в ОРИТ и степени плотности сгустка ( $-0,6802$ ). То есть, чем раньше от начала кровоизлияния оперировали детей, тем быстрее происходило восстановление функции мозга в послеоперационном периоде. Это подтверждается обратной зависимостью длительности послеоперационного периода от плотности внутримозговой гематомы ( $-0,7217$ ). Таким образом, более раннее оперативное вмешательство сокращением продолжительности предоперационной подготовки до минимального времени, необходимого для восполнения кровопотери, коррекции нарушений систем гомеостаза (не менее 3 - 4 суток) позволяло улучшить результаты хирургического лечения, соответственно, повышая эффективность лечения новорожденных с геморрагическим инсультом. АД (32-38 мм ртст), СрАД (40-46 мм ртст), ЧСС (136-143 в минуту), ЧД (39-42 в минуту), температура тела ( $36,9-37,1^\circ$ ), ЦВД (48-60 см вод ст) существенно не отличались от таковых в первой группе. Однако, после оперативного вмешательства выявлена склонность к гипертермии на 2 - 4 сутки до  $37,2 \pm 0,2^\circ$ , с последующей нормализацией и повторной тенденцией к повышению на 9 сутки.

В то время как амплитуда колебаний температуры до операции не превышала  $0,2^\circ$ , изменения среднесуточного показателя температурной реакции после операции отличались от показателей первой группы сравнительно большим размахом колебаний на 2,3,4,5 сутки, снижаясь до нормальных значений на 6 сутки. Выявленные отличия данных температуры новорожденных - увеличение размаха колебаний суточной температуры до  $0,4^\circ$  в связи с гипертермией на 2-5 сутки были обусловлены острой воспалительной реакцией организма новорожденного на хирургическую травму. Таким образом, в период новорожденности при геморрагическом инсульте несмотря на анатомическую и функциональную незрелость систем гомеостаза, в ответ на хирургическую травму наблюдалась ответная стрессовая мобилизация адаптивных систем, характерная для системного воспалительного ответа на хирургическое удаление мозговой гематомы. Среднесуточные значения параметров гемодинамики в 1 группе новорожденных на протяжении 10 суток характеризовались незначительной тенденцией к росту показателей САД от  $72 \pm 7,8$  мм РТ ст в 1 сутки до  $82,9 \pm 4,2$  мм РТ ст на 10-е сутки. Повышение до физиологического уровня САД достигалось возмещением постгеморрагического дефицита объема циркулирующей крови (ОЦК), эффективной гемостатической терапией в первые же сутки наблюдения. У детей 2 группы выявленная тенденция к повышению САД на 4 и 8 сутки была обусловлена стрессовой реакцией гемодинамики на операционную травму. На 4 сутки проводилась противовоспалительная, противоотечная терапия с включением маннитола, лидокаина, не отличавшаяся от терапии в 1 группе новорожденных. Таким образом, при отсутствии существенных различий в объеме интенсивной терапии в пред- и послеоперационном периоде у новорожденных 2 группы на 4 и 8 сутки наблюдалась тенденция к стрессовой мобилизации гемодинамики, характерной для адаптивной мобилизации компенсаторных механизмов в постоперационном периоде. Возможно, эти дни следует считать критическими, то есть днями высокого риска развития декомпенсации систем, участвующих в адаптивных процессах к новым условиям существования оперированных новорожденных. По-видимому, усиление противовоспалительной терапии, оказывающей также антиагрегантное влияние, в условиях продолжения всего объема лечения, улучшит капиллярную перфузию воспаленной ишемизированной ткани головного мозга, а также сосудов, участвующих в стрессовой централизации кровообращения (о чем свидетельствует повышение системного ДАД в указанные дни), повысит стресслимитирующий эффект и в целом положительный результат лечения новорожденных с геморрагическим инсультом.

Таким образом, в отличие от данных полученных в 1 группе больных хирургическое удаление внутримозговой гематомы при отсутствии видимых функциональных, клинических различий до операции и в послеоперационном периоде вызывало статистически значимую мобилизацию компенсаторных механизмов гемодинамики, дыхания в первые 5 суток после операции. Выявленные различия являются показанием целесообразности дальнейшего совершенствования методов интенсивной терапии. Возможно перспективным является наряду с более щадящим хирургическим удалением внутримозговой гематомы более широкое применение принципов, основанных на мультимодальном принципе интенсивной терапии новорожденных после операции удаления внутримозговой гематомы.

**Выводы.** Выявленные корреляционные связи эффективности консервативной терапии новорожденных с геморрагическим инсультом свидетельствуют о том, что в период новорожденности при нетравматическом кровоизлиянии в головной мозг наблюдается ответная стрессовая мобилизация адаптивных систем, характерная для системного воспалительного ответа на мозговую гематому. Более раннее оперативное вмешательство позволяет улучшить результаты лечения. Днями высокого риска развития декомпенсации систем, участвующих в адаптивных процессах к новым условиям существования оперированных новорожденных оказались четвертые и восьмые сутки после операции.

## Список литературы

1. Чуйко З., Хитро С. Геморрагический инсульт у детей первых месяцев жизни // Медицинский вестник. Конспект врача.- № 40 (1187).- 2 октября 2014 г. ([www.medvestnik.by/ru/issues/a\\_10918.html](http://www.medvestnik.by/ru/issues/a_10918.html))
2. Широков, Е. А. Инсульт, инфаркт, внезапная смерть. Теория сосудистых катастроф / - М.: Кворум, 2010. - 244 с.
3. Inamasu J., Ichikizaki K., Matsumoto S. et al. Mild hypothermia for hemispheric cerebral infarction after evacuation of an acute subdural hematoma in an infant // Child Nerv Syst. – 2002. – Vol. 18. – Vol. 175-178.

## ПОРОКИ РАЗВИТИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ, СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ ОПИ И АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ У ДЕТЕЙ

*Одинаев А.А., Набиев З.Н.*

ГУ «Городской научный центр реанимации и детоксикации». Таджикистан

**Актуальность.** Болевая импульсация, исходящая из операционной раны и достигающая супраспинальных структур центральной нервной системы, является основной причиной развития у оперируемых пациентов ряда эндокринных и метаболических изменений, активации симпатoadреналовой системы, системного воспаления, гемостаза, сопровождающих любое оперативное вмешательство. Данные изменения, происходящие в организме пациента, объединяются в общее понятие «хирургический стресс-ответ», выраженность которого определяется, с одной стороны, травматичностью операции и адекватностью периоперационного анестезиологического пособия-с другой [1, 2]. Учитывая выше изложенное выбор метода анестезии (общей и/или регионарной), обеспечивающего полноценную ноцицептивную защиту пациента от хирургического стресс ответа, является весьма актуальной проблемой современной анестезиологии. Успехи современной детской урологии в оперативном лечении заболеваний почек и мочевыделительных органов в значительной степени связаны с совершенствованием принципов предоперационной подготовки и методов обезбоживания

Больные с пороками развития мочевыделительной системы имеют нарушения со стороны сердечнососудистой и дыхательной системы, явления метаболических изменений, ацидоз, анемию, уремическую интоксикацию. Адекватное обезбоживание и хорошие условия обеспечивают, как эпидуральная, так и спинномозговая анестезия.

Целью современной анестезиологии является не только обезбоживание хирургического вмешательства, создание благоприятных условий для оперирующего, но и управление жизненно важных функций органов пациента в период преднаркозной подготовки, во время наркоза, операции и послеоперационного периода [2,3]. Для благоприятного течения обезбоживания, операции и послеоперационного периода необходим наиболее благоприятный ход физиологических процессов перед началом операции. Оптимальный ход физиологических процессов в организме достигается в основном двумя путями; воздействием лечебных мероприятий на нервно-соматический статус. Для возможного устранения патологических явлений, вызванных в основном сопутствующими заболеваниями, психопрофилактической и медикаментозной подготовкой больных, столь важной для устранения отрицательных эмоций и благоприятного течения жизненных процессов организма больного, помогающих противостоять внешним воздействиям [2,4].

**Цель исследования.** Оценка качества проведения комбинированного наркоза с использованием перидуральной анестезии у детей.

**Материалы и методы исследования.** Нами проведены анализы клинического течения наркоза 61 детей, возраста от 2 до 14 лет, которым проводились плановые хирургические вмешательства по поводу пороков развития мочевыводящих путей за 2011- 2015 годы, в НМЦ РТ, клинике детской хирургии.

Из оперированных больных 38 детей с двусторонними врожденными обструктивными заболеваниями верхних мочевых путей. Из них, с дисплазией пузырно-мочеточникового сегмента – 21, с дисплазией ЛМС – 13. Всем детям проводился мониторинг оценки адекватности анестезии по показателям центральной гемодинамики (ЧСС, SpO<sub>2</sub>, C-A\Д, УО, ОПСС, СИ), вегетативного статуса, а также газового состава крови на разных этапах анестезии и операции, до операции, во время оперативного этапа и в конце вмешательства.

Методика анестезиологического пособия различалась между группами и включала следующие компоненты: премедикации: атропин 0,1 % в дозе 0,01 мг/кг, внутримышечно за 30 минут до операции; вводное наркоз оксифурат натрия из расчет 80-100 мг/кг превышающим минутный объем дыхания пациента (МОД), далее выполнялась установка ларингеальной маски либо после введения фентанила в дозе 2 мкг/кг и ардуан в дозе 0,5 мг/кг выполнялась интубация трахеи. Подбор ларингеальной маски и эндотрахеальной трубки осуществлялся по массе тела и возраста. Катетеризация перидурального пространства осуществлялась на T<sub>12</sub>- L<sub>1</sub> предварительным в/в введением кетамин 1-1, 5 мг/кг. Интра-операционный седативный эффект достигался дробным внутривенным введением кетамин из расчёта 1мг/кг. Перидуральная анестезия осуществлялась лидокаином в дозе 6-8 мг/кг. Интра-операционный мониторинг состояния пациента включал электрокардиографию, ЧСС, неинвазивное измерение АД, пульсоксиметрию, термометрию, контроль газового состава (концентрации кислорода) во вдыхаемой и выдыхаемой смеси, определение минимальной альвеолярной концентрации. Нами также производилась регистрация параметров вентиляции: дыхательного объема, минутного объема дыхания, пикового давления на вдохе (Pmax), сопротивления дыхательных путей, комплайнса. Для оценки уровня глубины анестезии контролировали биспектральный индекс (BIS). С учетом всех вышеперечисленных параметров оценивали адекватность течения анестезии.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В послеоперационном периоде регистрировали минимальный расход препаратов, с улучшением показателей гемодинамики, насыщением артериальной крови кислородом, ранним восстановлением пассажа кишечника. В зависимости от вариантов послеоперационной аналгезии, больные были распределены на 2 группы. В 1 - ой группе-31 больным послеоперационное обезбоживание проводилось продленной перидуральной аналгезией + промедол (0,1 мл/кг). В 2 - ой группе 30 больным проводилась продленная

перидуральная аналгезия раствором лидокаина. Продолжительность аналгезии составляла 3-4 суток. Объем проведенной инфузионной терапии и кровопотери во время оперативного вмешательства достоверно не отмечался в обеих группах. У 4 из 61 больных во время и после обезболивания отмечались осложнения: угнетение и снижение А/Д (3), нарушение микроциркуляции (1), аллергические реакции на введение анальгетика после введения тест-дозы лидокаина. Наблюдалось у 7 из 61 больных, послеоперационные осложнения (пневмония-3, нагноение-2, непроходимость кишечника-2). Проведение послеоперационной ПА не зарегистрированы осложнения, связанные с пункцией перидурального пространства и введения препаратов. В отделении реанимации и интенсивной терапии больные получили комплексную инфузионную терапию с учетом имеющейся патологии, и проводилась коррекция кислотно – основного состояния и электролитного баланса. Необходимо отметить, что во 1-ой группе в перидуральное пространство вводился раствор лидокаина 2% и фентанила, а во 2-ой группе только лидокаин.

Первые и вторые послеоперационные сутки достоверного различия в дополнительном парентеральном введении промедола не отмечалось. У 7 больных из 2 –ой группы на 3 сутки дополнительно введен парентерально баралгин 1 раз в сутки. Продолжительность послеоперационной аналгезии составила при перидуральной анестезии  $180 \pm 85$  мин. Учитывая относительную простоту выполнения, более короткий латентный период и более выраженную аналгезию послеоперационного течения, дозировка местного анестезина, при оперативных вмешательствах продолжительности более 1,5 часов, а также при необходимости поддержания постоянного уровня анестезии в интра и послеоперационном периоде, целесообразно использовать сбалансированную перидуральную анестезию с катетеризацией в послеоперационном периоде.

Методы комбинированной анестезии с перидуральной анестезией в детской урологии позволяют отказаться от использования наркотических анальгетиков, миорелаксантов, или значительно снизить дозировки, обеспечивают надежную аналгезию, быстрое восстановление сознания и благоприятный эмоциональный фон в раннем послеоперационном периоде.

**Вывод.** Таким образом, из полученных результатов следует, что продленная перидуральная аналгезия лидокаина с промедолом обеспечивает более качественное обезболивание после травматичных операций, по сравнению с парентеральным введением опиоидов. В послеоперационном периоде больным 1-ой группы (ПА+промедол) обезболивание проводилось двукратно, а больным 2-ой группы (ПА), после определения всех параметров гемодинамики, аналгезия проводилась каждые 6 часов.

#### Список литературы

1. Александрович Ю.С. Оценочные и прогностические шкалы в медицине критических состояний / Ю.С. Александрович, В.И. Гордеев. – СПб: СОТИС, 2007. - 139с.
2. Гранки, В.И. Острая почечная недостаточность. Патогенез, диагностика и лечение / В.И. Гранки // Национальный медицинский каталог. - М.: ЗАО Концерн «БДЦ», 2016. - №1 (8). - С.63-67.
3. Epidemiology and outcomes of acute renal failure in hospitalized patients: a national survey / O. Lanugos [et al.] // Clin. J. Am. Soc. Nephrol. - 2013. - Vol.1. - P. 4351.
4. Исмаилов, К.И. Особенности течения острой почечной недостаточности у детей раннего возраста при анемии / К.И. Исмаилов // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. - 2013. - №2 – С.18-21

### НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

*Одинаев А.А., Рахматова А.А*

ГУ «Городской научный центр реанимации и детоксикации». Таджикистан

**Актуальность исследования.** Целесообразная диагностики болезней почек у детей, рекаминдация основной лечения, проведение восстановительных мероприятий способствуют профилактике развития тяжёлых осложнений [1,3], в том числе и острого повреждения почек.

Несмотря на громкое развитие содержательных методов лабораторной, ультразвуковой, рентгенологических, радиоизотопных, иммунологических, методов исследования [5] с целесообразным является использованные только тех способов, которые необходимы для постановки диагноза и проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями [2].

Среди заболеваний мочевыводительной системы у детей превалирующее место занимает острое нарушение функции почек, которое встречается с частотой 84 га 1000 детей [4]

По данным Республиканской центра медицинской статистики и информации Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан [5] за 2014 распространённость по острого повреждения почек составляет 1,19 на 100000 населения, наиболее часто и встречается в детской возрасте, по причине возникновения прогрессирующего патологического процесса или влияние различных вирулентных факторов на фоне большого лавирования водно - электролитного обмена, мальформации почек 4 мочевыводительных путей, неудовлетворительной морфо-функциональной зрелости почек. Провалирующей причиной среди заболеваний мочевыводительной системы у новорожденных осложненной. острым почечным повреждением является преренальная функциональная форма 60% ренальная 30% постренальная 10% формы. У детей в возрасте до 7 лет развитие острого повреждения почек характеризуется следующим формами: Преренальная 20%, ренальная 70% и постренальная 10%.

Пренальное ОПП у детей носить переходит в ренальную форму повреждений. Постренальные причины в структуре острого почечного повреждения встречается у детей до 50% это связано в основном с блоком мочеточника и мочевого пузыря [2,6]

Необходимо отметить, что у детей раннего возраста при развитии патологического процесса, особенно со стороны желудочно – кишечного тракта в первую очередь вовлекаются почки а это в дальнейшем благоприятствует развитию явлений полиорганной недостаточности [3]

Острое почечное повреждение осложняют различные критические состояния, при которых расстройство физиологических функций и нарушения деятельности отдельных систем и органов не могут спонтанно корректироваться путем саморегуляции. В этой же структуре наиболее часто встречается и напряжено протекает гемолитико – уретический синдром [4]. Несравнимо реже причинами ОПП у детей является острый гломерулонефрит 6 % мочекаменная болезнь в 19% сочетанные у 8% и хирургический сепсис у 12% больных детей [3]

Несмотря на внедрение новых методов диагностики и лечения у детей с острым почечным повреждением летальность остается высокой от 45% до- 65 % случаев .

На использованы современные методы исследования для постановки диагноза, дифференциальной диагностики и правильного подбора лечения в зависимости от состояния и причин возникновения ОПП у детей.

**Цель исследования.** Улучшение методов диагностики и лечения у детей с острым почечным повреждением в зависимости от этиологического фактора возникновения болезни.

**Материал и методы исследования.** Нами проанализированы результаты диагностики и лечения 144 детей, с острым почечным повреждением, поступивших в отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии ГУ Национального медицинского центра Республики Таджикистан, и отделение диализа областной клинической больницы г. Курган-Тюбе (табл.).

Таблица 1

Распределение больных по возрасту и полу

Возраст	Мальчики		Девочки		Всего	
	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
0 – 3	12	7,6	10	7,6	22	15,2
4 – 7	15	11,1	12	9	29	20,1
8 – 11	18	22,2	15	14,8	53	36,8
12 – 15	12	19,4	9	8,3	40	27,8
<b>Всего</b>	<b>57</b>	<b>60,4</b>	<b>46</b>	<b>39,6</b>	<b>113</b>	<b>100</b>

Основную группу исследуемых больных составляли мальчики 60,4%. Больным проводили стандартное клинико-лабораторное и инструментальные методы обследования. В работе выполнен анализ лабораторных показателей при поступлении больных в стационар, до и после проведения операции экстракорпоральной детоксикацию.

Многокомпонентный неинвазивный мониторинг состояния больного включал динамическое наблюдение за параметрами центральной гемодинамики, балансом водных секторов.

Кислотно-щелочное состояние (КЩС) и газы крови определяли аппаратом ABL - 300 (Radiometer, Дания).

С целью контроля температурного баланса во время гемодиализа использовали дополнительный модуль ВТМ аппарата «Искусственная почка» Fresenius 4008 Н, который позволяет оценить температуру крови в выходящей и входящей магистрали аппарата «Искусственная почка», а также суммарную потерю энергии в процессе гемодиализа (в кДж). Статистическая обработка полученных данных проводилась на персональном компьютере посредством электронных таблиц. Microsoft Excel (WindowsXP) пакета прикладных программ MedCalcfor (Windows) (версия 7.2) с использованием соответствующих статистических критериев и программИ «Биостатистика». По результатам исследования, нами выделены следующие варианты развития ОПН (Рис. 1).

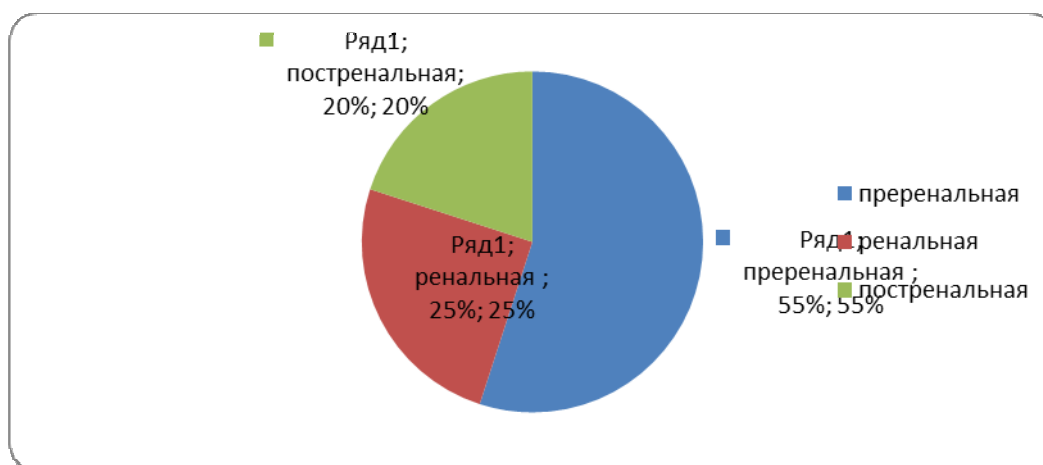


Рисунок 1. - Варианты развития ОПН

Результаты проведенного исследования показали, что одним из лидирующих факторов ОПН у детей, которые составили 79 (55%), является преренальный механизм.

В данную группу вошли те больные, которые имели клинику септического шока, кишечной инфекции, гиповолемии. Из них, на фоне септического шока, перитонита – 27 больных, гиповолемии – 21 и нейроинфекция – 31 больных. Больные поступали на фоне сепсиса, обусловленное тяжелой степенью эндогенной интоксикации с вы-

раженным нарушением проявлений периферической микроциркуляции, с различной степенью дыхательной и сердечной недостаточности.

Со стороны лабораторных данных анемия выражена у 28 больных (50,9%), гемоглобин ниже 7,8 г/л, эритроциты – 2,6·10<sup>12</sup>/л, креатинин – 1,8-2,2 мг/дл, мочевины – 8,1 ммол/л, со стороны биохимических показателей крови: билирубин – 22, 1 ммол/л, АлАт – 1,4 ЕД, АсАт – 1,9 ЕД. Учитывая выраженные нарушения дыхания на фоне ОПН 31 больным была проведена ИВЛ от 1 до 5 суток.

В результате комплексного интенсивного лечения (детоксикацию, энтеросорбция, коррекция метаболических нарушений, своевременных хирургических манипуляций) при преренальной ОПН, летальность снизилась до 24% (из 79 больных умерло 19).

У 36 больных диагностика ОПН послужило ренальное повреждение (аллергическая реакция на медикаментозные препараты, повреждение паренхимы инфекцией, почечный блок, уретеро- и нефролитиаз, приводящие к внутриканальцевой обструкции). При этом у 16 – тяжелые медикаментозные отравления, 11 – кишечные инфекции и у 9 больных на фоне нефролитиаза и их осложнений развитие ОПН.

Удовлетворительные результаты получены в результате комплексной интенсивной терапии, методов детоксикацию, под наблюдением лабораторных показателей отмечены у большей части больных, 6 умерших (16,7%) из 36.

Необходимо отметить, что неблагоприятные результаты лечения у 6 больных послужили дисфункцией органов и систем. При прогрессировании основного заболевания у 3 после проведение 2-х люмботомии, удаления множественных камней, прогрессировала клиника пиелонефрита, уросепсиса и явления ДВС синдрома. В 2 случаях на фоне кишечной инфекции, выраженного токсикоза нарастала клиника гемато-уремического синдрома и ОПН, комплексная терапия не показало полноценного результата.

У групп больных входивших в постренальной повреждение, ОПН наблюдалось у 29 (20,2%). На фоне МКБ и их осложнений, проведена комплексная инфузионно-трансфузионная терапия с целью предоперационной подготовки и выполнения хирургического вмешательства. При терминальном состоянии в 5 случаях произведена пункционная нефростомия с целью декомпрессии почек. У этой группы больных на фоне своевременной диагностики и хирургической тактики снижен летальный исход на 10,3 % (из 29 больных умерло 3).

Часто встречающейся причиной развития преренальной острой почечным повреждением в 55 % случаев было нарушение системной микроциркуляции жизненно важных органов.

Ренальную (паренхиматозную) острую почечную недостаточность наблюдали у 23% больных.

Постренальную острую почечным повреждением наблюдали у 20 % больных, причиной, которой стала двусторонняя обструкция конкrementами, сдавление мочеточников извне осуществляемые опухолью забрюшинной клетчатки.

**Выводы.** Таким образом, своевременное проведение комплексных клиничко-лабораторных и инструментальных методов исследования с использованием современных технологий являются информативными для ранней диагностики острой почечным повреждением. Это способствует повышению эффективности проводимой терапии, выживаемости больных, снижению летальности при преренальной до 19 при ренальной до 6 и постренальной до 3 соответственно.

#### Список литературы

1. Ливанов, Г.А. Острая почечная недостаточность при критических состояниях / Г.А. Ливанов, М.А. Михальчук, М.Л. Кальмансон. - СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2005. - 204с.
2. Миронов П.И. Оптимизация подходов к ранней диагностике сепсиса у детей / П.И. Миронов // Вестник интенсивной терапии. - 2016. - №3. - С.73-76.
3. Набиев, З.Н. Острая почечная недостаточность у детей / З.Н. Набиев // Методические рекомендации. – Душанбе: Импульс медиа групп, 2014. - 160с.
4. Prognosis for long-term survival and renal recovery in critically ill patients with severe acute renal failure: a population-based study / S. Bagshaw [et al.] // Crit. Care. - 2015. - Vol.9. - P. 700-709.
5. Basile. J. Novel Approaches in the Investigation of Acute Kidney Injury / J. Basile // J. Am SocNephrol. - 2017. - Vol. 18. - P.7-9.
6. Исмаилов, К.И. Особенности лечения острой почечной недостаточности у детей раннего возраста с пневмонией // К.И. Исмаилов, С.Т. Давлятов // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. - 2014. - №1. – С. 54-59.

#### КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНФИЦИРОВАНИЯ HELICOBACTER PYLORI

<sup>1</sup>Пазилова С.А., <sup>2</sup>Абдужабарова З.М., <sup>3</sup>Шодиева М.С.

<sup>1</sup> Отдел гастроэнтерологии Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра педиатрии, <sup>2-3</sup>Кафедра педиатрии Ташкентского института усовершенствование врачей, Узбекистан

**Актуальность.** В детской гастроэнтерологии основной удельный вес имеют хронические воспалительные заболевания, ассоциированные с *Helicobacterpylori* (*H. pylori*). В настоящее время общепризнано, что *H. pylori* является главной причиной развития и ведущим фактором патогенеза хронического гастрита, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки [1, 2, 3, 4]. По данным ряда авторов, в детском возрасте с *H.pylori* инфекцией ассоциировано 60-80% случаев гастрита и 88-100% случаев язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. В России уровень инфицированности детей хеликобактериями находится в пределах 60-70% и увеличивается с возрастом [5]. Но распространенность НР-инфекции может варьировать в зависимости от региональных особенностей, этнической принадлежности, социо-экономического статуса и возраста детей.

Высокая распространенность данной патологии среди детского населения с учетом региональных особенностей диктует необходимость усовершенствования методов ранней диагностики и лечения заболевания с учетом особенностей его клинического течения детского населения.

**Цель исследования.** Изучить течение гастродуоденальной патологии в зависимости от инфицирования *helicobacter pylori*.

**Материал и методы исследования.** Клинико-лабораторные наблюдения за больными с НР ассоциированной патологией гастродуоденальной зоны проводились в отделении гастроэнтерологии РСНПМЦП (руководитель отдела проф. А.Т. Камилова). Возраст больных составлял от 7 до 15 лет. Диагноз заболеваний основывался на характерной клинической картине, результатах ЭГДС, показателях фракционного желудочного зондирования.

Во время эндоскопического исследования 144 детям, из них 38 в динамике, с участков пилороантрального отдела желудка производили прицельную биопсию СО для проведения гистоморфологического исследования и определения ее обсемененности НР. При оценке морфологических изменений СО руководствовались критериями Сиднейской классификации (1990). Наличие НР подтверждали также серологические исследования сыворотки крови (определение антител IgG к НР).

Кислото- и секретообразующая функция желудка изучена у 267 (86,7%) больных. Полученные данные сравнивали с результатами здоровых детей. Исследовали среднее напряжение базальной и последовательной секреции, показатели общей кислотности, свободной соляной кислоты и дебит-час двух фаз пищеварения.

Бактериологический метод определения НР в желудочном соке с выявлением чувствительности выявленных микробов к антибиотикам проведен в лаборатории Научного Центра Хирургии (зав. лаб. проф. Баженов Л. Г.).

У всех больных определена уреазная активность слюны на специальном диске, за положительный результат считали приобретение диском розового цвета в течение первого часа исследования (Баженов Л.Г., 1998).

Для выявления НР ассоциированной патологии гастродуоденальной зоны осмотрено 615 детей младшего (7-11 лет) и 615 (12-15 лет) старшего школьного возраста, проживающих в городе Ташкенте. Объем выборки осуществлялся по формуле предельной ошибки выборки при условии 4% размера неточности (А.М. Мерков, Поляков, 1977). Обследуемые отбирались из 3 районов г.Ташкента методом случайной выборки по определенным буквам алфавита классных журналов.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Среди 308 обследованных детей 188 (61,1%) имели НР (+) и 120 (38,9%) НР «-» патологию гастродуоденальной зоны. Отличительной чертой изменений структуры заболеваний явилось нарастание с увеличением возраста детей удельного веса ЯБДПК. Число больных с ЯБДПК в возрасте 12-15 лет увеличивалось по сравнению с возрастным периодом 7-11 лет. Среди больных с ХГД число больных детей в возрасте 7-11 лет в два раза меньше, чем в возрасте 12-15 лет.

При разделении по полу в группе больных с ЯБДПК преобладали мальчики – 29 (72,5%), а при ХГД – наоборот, девочки – 186 (69,4%).

Боли в животе являлись ведущим симптомом клинической картины гастродуоденальной патологии у детей. Анализ болевого синдрома показал его зависимость от этиологии заболевания. Пальпаторная болезненность определялась у всех больных, спонтанные боли носили приступообразный характер у 98 (52,1%) и ноющие у 78 (41,5%) больных с НР ассоциированной гастродуоденальной патологией. При НР «-» патологии приступообразные боли отмечались 2,3 раза реже, а ноющие боли – почти у каждого второго больного, 23 (19,2%) и 61 (50,8%) соответственно. У 64 (34,1%) больных с НР ассоциированной гастродуоденальной патологией боли носили сочетанный характер, у 55 (29,2%) – возникали в ночное время.

Характерный для ЯБДПК «мойнигановский» ритм болей: голод – боль – облегчение после приема пищи – голод – боль, у детей с НР ассоциированной патологией гастродуоденальной зоны наблюдался в 48 (25,5%) случаях, тогда как у больных с НР «-» гастродуоденальной патологией ни в одном случае подобные боли не обнаруживались.

У 34 (18,1%) детей с НР ассоциированной патологией гастродуоденальной зоны имела место иррадиация болей в левое подреберье, у 18 (9,6%) – в левую и правую подлопаточную область. При НР «-» патологии гастродуоденальной зоны иррадиации болей не отмечено. Локализация болей у большинства детей с НР ассоциированной патологией – 181 (96,3%) и у 93 (77,5%) с НР «-» патологией гастродуоденальной зоны наблюдалась в эпигастриальной зоне, у 75 (39,9%) и 18 (15,0%) соответственно – вокруг пупка. Кратковременные боли (продолжительность болей до 30 минут) наблюдались у 63 (33,5%) больных с НР ассоциированной и у 27 (22,5%) с НР «-» гастродуоденальной патологией, длительные боли (до 60 минут) наблюдались у 125 (66,5%) и 93 (77,5%) больных соответственно. Среди диспепсических явлений у детей с НР ассоциированной патологией гастродуоденальной зоны на первом месте по частоте встречаемости стоит изжога – 127 (67,5%), у больных с НР «-» патологией гастродуоденальной зоны этот показатель наблюдается почти 3 раза реже – 21 (17,5%) случаев, ( $p < 0,001$ ). Изжога в первую очередь связана с функциональными и двигательными нарушениями желудка и ДПК, с наличием недостаточности кардии и рефлюкс-эзофагитом пищевода. Несколько реже больных с НР ассоциированной патологией беспокоила отрыжка – 42 (22,3%), тогда как у НР негативных больных данный признак отмечен только в 5 (4,2%) случаях ( $p < 0,05$ ). Другие диспепсических проявления: тошнота, горечь во рту, дисфагия, склонность к запорам, также чаще отмечены у НР позитивных пациентов.

Исследование функционального состояния желудка выявило повышенную кислотность у 175 (93,1%) больных с НР ассоциированной патологией и у 74 (61,7%) детей с НР «-» патологией гастродуоденальной зоны. Нормальная кислотность желудочного сока установлена у 4,3% больных с НР ассоциированной и у 31,7% больных с НР негативной гастродуоденальной патологией.

При объективном осмотре дефицит веса, указывающий на нарушение питания у детей с НР ассоциированной патологией гастродуоденальной зоны, отмечался примерно в каждом 5 случае, тогда как у НР негативных боль-

ных отставание в физическом развитии констатировано значительно реже. Такая же ситуация прослеживалась с ретардацией роста, у НР позитивных пациентов низкий рост отмечен в 5 раз чаще. Синдром хронической интоксикации, выраженность которого мы разделили на три степени, выявлен у всех больных: к первой степени мы отнесли 45 (23,9%) больных с жалобами на непродолжительные головные боли, повышенную утомляемость, слабость, бледность кожных покровов. При второй степени (39,9% больных) к вышеизложенным симптомам присоединялись: умеренное снижение аппетита, орбитальный цианоз, раздражительность, эмоциональная лабильность. К третьей степени (36,2% детей) добавлялись: серость кожных покровов, снижение тургора и эластичности кожных покровов, похудание, приглушенность сердечных тонов. Сравнение между группами показало существенное различие в 1-ой и 3-ей степенях эндогенной интоксикации, так 1-ая степень более чем в 2 раза чаще отмечалась среди НР негативных пациентов, тогда как 3-я - в 7 раз чаще у НР позитивных,  $p < 0,001$ .

Клинические признаки анемии были выражены почти у всех больных с НР ассоциированной и у 53 (49,2%) с НР «-» патологией гастродуоденальной зоны, которые проявились: бледностью кожных покровов, ушных раковин, извращенным вкусом, слабостью, апатией, снижением аппетита.

Таким образом, сравнительный анализ показал, что для НР ассоциированной патологии гастродуоденальной зоны у детей свойственен более интенсивный характер болей, ночные боли и иррадиация болей, выраженность диспепсических явлений и синдром хронической интоксикации.

### Список литературы

1. Александрова, В.А. Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей / В.А. Александрова. - Санкт-Петербург, 2012. - С.44.
2. Антихеликобактерная терапия при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной пилородуоденальным стенозом / Г.К. Мироджов [и др.] // Клинич.мед. - 2014. - № 5. - С.51-54.
3. Балаховский, И.С. Статистический контроль качества клинических лабораторных анализов с помощью критерия (опыт компьютерного моделирования) / И.С. Балаховский // Клинич. лаб. диагностика. - 2011. - №2. - С.38-45.
4. Кильдиярова, Р.Р. Клинико-морфологические сопоставления хронического гастрита, гастродуоденита и язвенной болезни / Р.Р. Кильдиярова, Е.Л. Баженов // Рос.педиатрич.журн. - 2010. - №2. - С. 15-19.
5. Куршин, М.А. Диспансеризация детей с хроническими заболеваниями органов пищеварения / М.А. Куршин // Метод.рекомендации. - Новокузнецк, 2013.- С32.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ОБСТРУКТИВНЫХ БРОНХИТОВ У ДЕТЕЙ

*Расулов А.С., Кудратова М.П., Кобилова З.А.*

Кафедра Педиатрии СамГосМИ. Узбекистан

**Актуальность.** Бронхиальная астма - широко распространенное заболевание у детей, в основе которого лежит хроническое аллергическое воспаление бронхов, ведущее при длительном персистирующем течении и структурным изменениям бронхов. Известно, что наиболее широко для лечения БА в качестве базисной терапии используют (и ГКС), однако при неправильном использовании их назначение полностью затрудняет их использование для базисной терапии. При этом доза получаемая пациентом не всегда соответствует величине необходимой для эффективного фармакологического контроля симптомов астмы. Исходя из выше сказанного, в клинической практике возникла необходимость использования нового вида препаратов для базисного лечения БА, которые были бы эффективны, безопасными и удобными в приеме, и являлись бы во многих случаях альтернативой и ГКС. В настоящее время в качестве лечения БА наиболее эффективными являются антагонисты лейкотриеновых рецепторов которые позволят повысить эффективность лечения БА как у детей и подростков, так и у взрослых.

Известно, что в период обострения БА в слизистой оболочке бронхов обнаруживается повышенное количество клеток, участвующих в развитии воспаления: эозинофилов, тучных клеток, макрофагов и лимфоцитов. Эти клетки продуцируют целый ряд медиаторов, участвующих в аллергическом воспалении. Взаимодействие воспалительных клеток друг с другом и выделение ими медиаторов приводит к вовлечению в патологический процесс невоспалительных клеток дыхательных путей, выделяющих в свою очередь цитокины и адгезивные молекулы.

Существенная роль в поддержании хронического аллергического воспаления, бронхиальной гиперреактивности принадлежит ЛТ, которые представляют собой продукты метаболизма арахидоновой кислоты. Доказано, что способность ЛТ повышать тонус бронхиальной мускулатуры человека в несколько раз сильнее, чем у ацетилхолина и гистамина. Основные биологические свойства ЛТ: бронхоконстрикторное действие, хемотоксический эффект, способность резко стимулировать секрецию слизи, вызывать отек слизистой оболочки бронхов, снижать активность мерцательного эпителия - позволяют выделить их в группу наиболее важных клеточных медиаторов, обуславливающих формирование основных компонентов патофизиологического процесса при БА.

По данным документа научно-практической программы по астме педиатров России имеются данные, что образование цистаналовых ЛТ в дыхательных путях не ингибируется ГКС, а назначение антагонистов лейкотриеновых рецепторов дает положительный эффект, их сочетание с иГКС при лечении больных с тяжелой БА позволяет снизить дозу стероидов.

**Цель исследования:** сравнительное изучение эффективности монтелукаста в комплексе с препаратами небуфлюзон, небутамол (иГК).

**Материалы и методы исследования:** 25 истории болезни детей находящихся на лечении в 1-ой детской городской больнице с января по май 2019г с обструктивным бронхитом и бронхиальной астмой. Возраст наблюдаемых больных варьировал от 7 до 14 лет. Все наблюдаемые больные были разделены на 2 группы. В первую груп-

пу вошли 11 детей с тяжелым течением БА получавших мектелукаст и иГКС (испытуемая группа). Во вторую группу вошли 14 детей получавших иГКС (контрольная группа). Обследование больных включало: анамнез, динамику аускультативных данных, общий анализ крови и мочи, рентгенография грудной клетки, потребность в В2-агонистах, результаты пикфлоуметрии.

Больные получали монтелукаст в виде жевательных таблеток в дозе 10 мг двукратно утром и вечером после снятия обструкции с 1го дня пребывания в стационаре. Дозы иГКС до момента выписки из стационара соответствовали тяжести БА и возрасту больных в соответствии с принятыми протоколами лечения.

**Результаты исследования и их обсуждение:** из анамнеза все дети поступали на 2-3 день от начала заболевания. У всех больных при поступлении отмечался выраженный обструктивный синдром, одышка, свистящее дыхание, кашель, сухие и влажные хрипы на выдохе. В анамнезе у всех больных отмечались частые ОРВИ, хронический тонзиллит и фарингит, анемия и дискинезия желчевыводящих путей. Показатели ОАК варьировали: гемоглобин  $100 \pm 0,8$  г/л, эритроциты  $3,7 \cdot 10^{12} \pm 0,6$ , лейкоциты  $5,45 \cdot 10^9 \pm 0,6$ , лимфоциты  $5 \pm 0,4\%$ , сегментоядерные  $46 \pm 1,2\%$ , эозинофилы  $7 \pm 0,7\%$ , СОЭ  $5 \pm 1,3$  мм/час. Почти у всех больных в ОАМ имело место повышение уровня мочевой кислоты, наличие солей уратов, наличие пециломецисса (грибков) в крови. Больным проводился анализ крови на иммуноглобулин Е, который варьировал в пределах от 118 до 782 МЕ/мл (норма до 10 лет 0-90 МЕ/мл, 10-16 лет до 200 МЕ/мл). Имелась зависимость показателей иммуноглобулина Е со сроком давности заболевания. Чем больше была давность заболевания, тем выше показатели, а показатели крови на грибки варьировали от 10 до 20 тысяч.

На рентгенографии грудной клетки имелось воздушность легочной ткани, усиление легочного рисунка в прикорневой зоне, деформации корней, уплотнение лимфатических узлов, снижение пневмотизации.

Больным проводилась пикфлоуметрия – исследование ПСВ (пиковой скорости выдоха) в динамике. При поступлении показатели ПСВ варьировали от  $130 \pm 5,3$  л/мин.

В остром периоде заболевания при поступлении в первой неделе все больные получали 1-3 дня стандартное лечение в виде ингаляции салбутамолом, иГКС, небутамолом, небуфлюзоном в течении 15-20 минут, эуфиллин, дексаметазон. Больным в испытуемой группе подключался препарат монтелукаст в дозе 10 мг/сут (1/2 таб 2 раза в день) от начала заболевания до момента выписки. Продолжительность пребывания в стационаре испытуемой группы составило  $8 \pm 2,8$  дней, а контрольной -  $10 \pm 3,1$  койко-дней.

Сравнительное исследование динамики содержания эозинофилов в периферической крови в группах детей получавших иГКС (небуфлюзон, небутамол), монтелукаст показано в группах детей следующим образом: С монтелукастом 11 детей до лечения  $8,3 \pm 0,5$ ; через неделю  $6,5 \pm 0,6$  ( $P_{1,2} \leq 0,05$ ); через 2 недели  $6,5 \pm 0,6$  ( $P_{1,2} \leq 0,05$ ). В контрольной группе с 14 детьми до лечения  $7,8 \pm 1,1$ ; через неделю  $7,5 \pm 0,7$ ; через 2 недели  $8,4 \pm 0,98$ .

В проведенном исследовании мы проанализировали влияние приема монтелукаста на содержание эозинофилов крови у больных с БА и больных обструктивных бронхитов с рекуррентным течением, у которых бронхообструктивный синдром затягивался.

У детей 1 группы нами получено достоверное снижение количества эозинофилов через 1 неделю на 22%. У группы детей получавших иГКС статистически достоверного уменьшения уровня эозинофилов не произошло.

Результаты проведенных исследований позволили отметить, что данный препарат оказывает хороший терапевтический эффект в качестве монотерапии у детей с бронхообструктивным синдромом как при БА, так и бронхитами с рекуррентным течением. Субъективное улучшение отмечалось при анализе клинических симптомов - улучшения дыхания, уменьшения кашля, улучшения аускультативных данных в легких, уменьшения хрипов, увеличения объема физических нагрузок, снижения потребности в приеме В2-агонистов, улучшения показателей пиковой скорости выдоха (ПСВ) до 200, тогда как норма составляет 300 л/мин и выше ни в одном случае показатели ПСВ не достигли нормы.

**Выводы.** Таким образом, наши исследования показали, что монтелукаст является эффективным и хорошо переносимым, удобным в применении препаратом для базисной терапии БА тяжелого течения, а также, для лечения обструктивных бронхитов с рекуррентным течением. Использование препарата способствовало препятствию возникновения новых приступов удушья, скорейшему улучшению общего состояния больного, что уменьшило пребывание койко-дней в стационаре. Из всех наблюдаемых больных лишь одна больная поступила с повторным приступом удушья через 3 месяца со средней тяжести заболевания. Прием монтелукаста приводил у больных к улучшению (ПСВ), повышал толерантность к физической нагрузке, отчетливо уменьшал количество эозинофилов в общем анализе крови, облегчал состояние дыхания больных, приводил к снижению потребности в приеме В2-агонистов, уменьшал проявления аллергического ринита и конъюнктивита. Применение монтелукаста способствовало легкому течению заболевания и уменьшению пребывания койко-дней в стационаре.

#### Список литературы

1. Уманец Т.Р. Бронхиальная астма и аллергический ринит: пути оптимизации комплайенс и эффективности лечения / Т.Р. Уманец // Астма и аллергия. - 2015. - №1. – С.61-64.
2. Wahn U. Обзор современных данных о результате применение монтелукаста при монотерапии легкой астмы у детей/ Wahn U.//клиническая иммунология. Аллергология -2010. Спецвып-3. - С. 78-82.
3. Mastalerz L. Антилейкотриеновые препараты в лечении бронхиальной астмы / L. Mastalerz, J. Kumik // Лекарства Украины. – 2012. - №3-4(1). - С.21-24
4. Романюк Л.И. аллергический ринит как коморбидное состояние бронхиальной астмы/ Романюк Л.И.//Астма и аллергия. - 2013. - №2. - С. 62-65.



## ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ 25(ОН)D НА ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ РАХИТА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

*Расулова Н.А., Шарипов Р.Х., Расулов А.С.*

Кафедра педиатрии и общей практики ФПДО СамМИ, Узбекистан

**Актуальность.** Рахит известен с глубокой древности и был ликвидирован практически во 2-ой половине 20 века в развитых странах, но в последнее десятилетие [1], наблюдается возрождение этого заболевания в развитых странах, в то время как болезнь остается эндемической проблемой во многих развивающихся странах. Предполагается, что дефицит витамина D может привести в последующем к развитию онкозаболеваний, некоторых видов рака, неврологических расстройств, сахарному диабету 2 типа, гипертонической болезни и снижению иммунитета [5]. Так, по данным исследования авторов [1,2], наибольшая распространенность рахита отмечалась среди недоношенных детей (77,4%) и с весом до 3000г (71,4%), а также находящихся на смешанном (64,9%) и искусственном вскармливании (70,8%). Непосредственным фактором вызывающий рахит является недостаток витамина D [3,4]. Однако его дефицит всегда определялся косвенно по содержанию Са и Р. В тоже время содержание Са и Р не всегда точно отражает степень тяжести и клинические проявления рахита, поэтому проявления рахита могут быть и при нормальном содержании Са и Р в крови.

**Цель исследования** - изучить влияние факторов риска развития рахита у детей 1-го года жизни при контроле уровня 25(ОН)D<sub>3</sub> в сыворотке крови.

**Материал и методы исследования.** Под наблюдением находилось 466 детей, в возрасте от 1 до 12 месяцев, которых родители считали практически здоровыми и не получали витамин D в течение месяца до забора крови. Детей в возрасте до 6 месяцев было 166 (35,6%), до 12 месяцев - 204 (43,7%), до 3-х месяцев - 96 (20,6%). Отмечено преобладание мальчиков - 258 детей (55,3±2,3%), тогда как количество девочек составило 208 (44,6±2,3). Было проведено анкетирование у матерей, и вопросник включал такие темы как этнический фон, история болезни, обеспеченность солнечным светом, развитие ребенка и беременность. Определение 25(ОН)D<sub>3</sub> в сыворотке крови проводилось в лаборатории госпиталя Санта Клара города Роттердам Голландия радиоиммунным методом. У каждого ребенка брали по 2 мл венозной крови. Сыворотку отделяли путем центрифугирования при 3000 об./мин в течение 10 мин. и хранили при температуре -20<sup>0</sup>С. Дети с 25(ОН)D<sub>3</sub> менее 30 ммоль/л рассматривались как имеющийся биохимический дефицит. Для вычисления факторов риска использовали критерий  $\chi^2$  для таблиц сопряженности с поправкой Йетса на непрерывность (степень свободы в каждом из случаев равна  $\nu=1$ ).

**Результаты исследования и их обсуждение.** В зависимости от уровня 25(ОН)D<sub>3</sub> в сыворотке крови все обследованные дети были разделены на 2 группы: 1 группа - дети с нормальным уровнем 25(ОН)D<sub>3</sub> в сыворотке крови; 2 группа - дети с пониженным уровнем 25(ОН)D<sub>3</sub> в сыворотке крови. В 1 группу вошли 84 (18,7%) ребенка, во 2 группу - 365 (81,2%). Патологическое течение беременности было выявлено у 73,4% обследованных матерей. Токсикозы 1-й половины беременности отмечены у 11,4%, угроза прерывания - у 1,1%, нефропатии - у 1,5% женщин. У 47,9% течение родов было патологическим. В основном это проявлялось ранним отхождением вод (4,7%), оперативными вмешательствами (3,2%). Рахит выявлен у 28,9% детей, последствия перинатального поражения нервной системы - 16,2%, гипотрофия - 4,8%, паратрофия - 0,6%, ОРВИ - 51,2%, клинически железодефицитная анемия легкой степени выявлялась у 25,8% обследованных детей.

Для определения значимости каждого фактора нами были проанализированы значения  $\chi^2$ . У матерей, детей с клиническими признаками рахита были следующие: отсутствие приема витамина D в период беременности - 40,059 ( $P<0,0001$ ), несбалансированное питание в период беременности - 10,064 ( $P<0,002$ ), железодефицитная анемия у матери во время беременности - 4,096 ( $P<0,043$ ) и возраст матери при 1 беременности (до 20 лет) - 0,418 ( $P<0,518$ ). Со стороны ребенка: низкий уровень 25(ОН)D<sub>3</sub> в сыворотке крови - 13,217 ( $P<0,0001$ ), низкий уровень фосфора в крови - 13,150 ( $P<0,0001$ ), недостаточное пребывание на свежем воздухе (менее 20 мин) - 9,395 ( $P<0,002$ ), перинатальные факторы - 8,516 ( $P<0,004$ ), железодефицитная анемия у ребенка - 7,083 ( $P<0,008$ ), время рождения ребенка (осенне-зимний период) - 5,14 ( $P<0,025$ ), низкий уровень кальция в крови - 4,960 ( $P<0,026$ ) и отсутствие профилактики рахита витамином D на 1-ом году жизни - 4,334 ( $P<0,037$ ).

Для глубокого анализа роли, различных факторов риска развития латентного дефицита витамина D, дети в зависимости от уровня 25(ОН)D<sub>3</sub> в сыворотке крови были разделены на 2 группы: 1 группа - дети с нормальным уровнем 22,7% ( $n=106$ ); 2 группа - дети с пониженным уровнем 77,2% ( $n=360$ ). Основными причинами развития рахита со стороны ребенка на первом месте с низким уровнем 25(ОН)D<sub>3</sub> в сыворотке крови выходят отсутствие приема витамина D на первом году жизни - 73,6% (при нормальном уровне - 52,8%), перенесенные ОРВИ у ребенка - 45,5% (при нормальном уровне - 62,2%), недостаточное пребывание на свежем воздухе (до 20 минут) - 36,3% (при нормальном - 46,2%). Из факторов риска со стороны матери на первый план можно вынести отсутствие приема витамина D во время беременности при низком уровне - 84,1% (при нормальном - 88,6%), железодефицитная анемия во время беременности - 56,1% (при нормальном - 82%), несбалансированное питание во время беременности - 53,3% (при нормальном - 78,3%).

Таким образом, установлено, что из большого числа факторов риска наибольшее значение имеют такие факторы как отсутствие специфической профилактики, недостаточное пребывание на свежем воздухе, осенне-зимний период рождения ребенка, недоношенность, железодефицитная анемия. Низкий уровень 25(ОН)D<sub>3</sub> в сыворотке крови является основным фактором риска развития рахита, что может быть прогностическим критерием.

При сопоставлении показателей с нормальным и со сниженным уровнем 25(ОН)D<sub>3</sub> в сыворотке крови мы использовали критерий оценок долей. Достоверность определялась с помощью таблицы критических значений критерий Стьюдента. Из указанных факторов риска со стороны матери определены 4 значимых факторов: железодефицитная анемия во время беременности  $Z=3,12$   $P<0,002$ ; осложненные роды  $Z=1,46$   $P<0,2$ ; домохозяйка  $Z=1,2$   $P<0,5$ ; токсикозы у матери во время беременности  $Z=1,8$   $P<0,1$ .

Со стороны ребенка определены 6 значимых факторов риска: отсутствие профилактики витамином D на первом году жизни  $Z=6,9$   $P<0,00001$ ; ОРВИ у ребенка  $Z=1,5$   $P<0,02$ ; время рождения (осеннее-зимний период)  $Z=1,6$   $P<0,2$ ; недостаточное пребывание на свежем воздухе (менее 20 минут в день)  $Z=1,5$   $P<0,2$ ; железодефицитная анемия у ребенка  $Z=16$   $P<0,01$ . из указанных факторов риска со стороны ребенка с помощью статистических технологий определены наиболее значимые факторы: отсутствие профилактики витамином D на первом году жизни  $P<0,00001$ ; железодефицитная анемия у ребенка  $P<0,01$ .

#### **Выводы:**

1. установлено, что из большого числа факторов риска наибольшее значение имеют такие факторы как отсутствие специфической профилактики, недостаточное пребывание на свежем воздухе, осенне-зимний период рождения ребенка, недоношенность, железодефицитная анемия.

2. низкий уровень 25(OH)D<sub>3</sub> в сыворотке крови является основным фактором риска развития рахита, что может быть прогностическим критерием.

3. оценка обеспеченности должна проводится не косвенным путем - по определению в крови содержания Са и Р, а методом прямого определения в крови метаболитов витамина D.

4. надежным методом оценки экзогенной обеспеченности витамином D в настоящее время является определение в крови содержания 25-оксихолекальциферола (25-ОН-D).

#### **Список литературы**

1. Захарова, И.Н. Роль метаболитов витамина D при рахите у детей / И.Н. Захарова, А.Н. Коровина, Ю.А. Дмитриева // Педиатрия. - 2010. - Т.89, №3.-С. 68-73.
2. Коровина, А.Н. Современные представления о физиологической роли витамина D у здоровых и больных детей / А.Н. Коровина, И.Н. Захарова, Ю.А. Дмитриева // Педиатрия. - 2008. - Т.87, №4. - С.124-130.
3. Расулова, Н.А. Многофакторная оценка нарушений фосфорно-кальциевого обмена в прогнозировании и предупреждении последствий рахита: автореферат дисс....канд мед. наук / Н.А. Расулова. – Ташкент, 2010. - С. 19.
4. Роль и значение новой программы по профилактике рахита и анемии у детей первого года жизни в оптимизации последилового образования педиатров / А.С. Расулов [и др.] // Педиатрия. – Ташкент, 2002. - №2. - С.77-81.
5. Pettifor J.M. Ind. J Med Pts 127: 2008:245-249.

### **ОСОБЕННОСТИ ПРИНЦИПОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА**

*Рахманова Г.А., Ходжаева О.Т., Бобоева Х.А.*

Кафедра пропедевтики детских болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** В силу своей полиэтиологичности и разнообразия клинической картины болезней органов дыхания у детей, особенно детей грудного возраста, сопровождающиеся нередко различными степенями дыхательной недостаточности, побуждают к поиску более адекватных методов терапии и профилактики данной патологии [1,2,4,5]. Особое место отведено детям грудного возраста, т.к. именно в этом возрасте в структуре заболеваемости, в связи с анатомо-физиологическими особенностями органов дыхания, у детей наиболее часто регистрируются заболевания органов дыхания, протекающие на неблагоприятном преморбидном фоне таких как рахит, гипотрофия, анемия, патология сердечно-сосудистой системы, поражения ЦНС [3].

**Цель исследования.** Целью данного исследования явилась демонстрация особенностей принципов лечения острых пневмоний у детей грудного возраста.

**Материал и методы исследования.** Проведён ретроспективный анализ 75 историй болезни детей в возрасте от 1 месяца до 2 лет, находящихся на стационарном лечении детского пульмонологического отделения Государственного учреждения «Комплекса здоровья «Истиклол» с 2017 по 2019 гг. Детей до 1 года было 41,3%(31 больной), старше 1 года 58,7%(44 больных). Явления рахита (II-III степени) выявлены у 52 больных (39%), анемия различной степени тяжести у 42 (56%) детей, а гипотрофия II-III степени наблюдалась у 37 больных (49,3%). Изменения со стороны ЦНС в виде гипоксически-ишемических изменений, подтвержденные невропатологами, отмечены у 48% (36 детей) больных.

**Результаты исследования и их обсуждение.** У всех детей при поступлении в стационар отмечалось тяжёлое состояние, связанное с выраженными явлениями токсикоза, ярко выраженной дыхательной недостаточностью II-III степени и умеренной сердечно-сосудистой недостаточностью. Диагноз пневмонии во всех случаях подтверждён рентгенологически. У детей до 1 года чаще выявлялась полисегментарная пневмония, а в возрасте от 1 года до 2 лет – чаще очаговая пневмония. Все дети нуждались в поредении коррекции питания, интенсивной посиндромной терапии, включая борьбу с дыхательной недостаточностью.

Для восстановления проходимости дыхательных путей этим детям проводилась:

- а) оксигенотерапия увлажнённым O<sub>2</sub> через носовые катетеры в течение от 1 до 4 дней;
- б) искусственная вентиляция лёгких проводилась 4 детям до 6 месяцев (12,%) в течение 1-2 дней;
- в) ингаляция препаратами муколитического действия (отвар трав, АЦЦ, 2% Лазолван, раствор соды), бронхолитического действия (небутамол) в течение 5-7 дней;
- г) для снятия бронхоспазма использовался препарат эуфиллин 2,4 % из расчёта 3-5-10 мг/кг массы тела в/в капельно; гормоны дексаметазон 0,6 мг/кг массы тела в/в.

При назначении антибиотиков предпочтение отдавалось препаратам широкого спектра действия, но начинали с пенициллина натриевой соли из расчёта 50-100 тыс ед/кг массы тела каждые 6 часов в/в в сутки, затем ампициллин по 50 тыс ед/кг массы тела каждые 6 часов в/в, цефтриаксон по 80 мг/кг массы тела в сутки в/в, цефазолин

по 80 мг/кг массы тела сутки в/в гентамицин 7,5 мг/кг в/в в сутки. В 20% случаев (15 больных) назначались 2 антибиотика в комбинации, а продолжительность антибиотикотерапии составляла в среднем 10-12 дней.

С дезинтоксикационной целью мы применяли:

а) оральную регидратацию всем детям;

б) в/в капельное введение раствора глюкозы 5% + калий хлор 4 %, реосорбилакт из расчета 20-30 мл/кг массы тела.

Сердечно-сосудистая недостаточность нивелировалась введением сердечных гликозидов: строфантин 0,05% 0,1 мл на год жизни, коргликон 0,06% 0,1 мл на год жизни, дигоксин 0,075 мкг/кг массы тела в сутки в течение 3 дней (доза насыщения), затем поддерживающая доза 1/5 от дозы насыщения в 2 приёма. Допамин 5 мкг/кг массы тела в час в/в капельно.

Для борьбы с нейротоксикозом применялись противосудорожные препараты такие как диазепам (седуксен, реланиум) 0,25-0,5 мг/кг массы тела в/в, ГОМК 20% - 100-150 мг/кг массы тела в/в. Для снижения внутричерепной гипертензии и повышения диуреза назначался магния сульфат 25% - 0,2мл/кг массы тела в/в.

Для борьбы с отёком мозга и лёгких проводилась оксигенотерапия при сатурации кислорода крови ниже 90% со скоростью 2 литра в минуту, оксигенотерапия с 30% спиртом, диуретики (лазикс из расчёта 1-3 мг/кг массы тела), а также магния сульфат 25% - 0,2 мл/кг массы тела в/в.

С целью защиты клеточных мембран больные получали препарат с антиоксидантным действием актовегин 2 мл, в/в Мексидол (мексилейд) по 2 мл 2 раза в день.

Коррекция кислотно-щелочного равновесия проводилась путём назначения больным раствора натрия бикарбоната 4% из расчёта 2-4 мл/кг массы тела дробно 2 раза в сутки в/в капельно. Метаболический ацидоз устраняли путём введения аскорбиновой кислоты 5% в/в, а при алкалозе применялись препараты калия 4% в/в капельно и кокарбоксилаза по 50-100 мг в/в струйно.

В результате проведенной комплексной терапии состояние больных детей улучшилось: явления острой дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности исчезли на 3-5 сутки, вместе с тем уменьшились проявления нейротоксикоза, токсикоза. Со стороны лёгких мы наблюдали положительную динамику: уменьшилась одышка, в лёгких стало лучше проводиться дыхание, количество и характер хрипов изменились в сторону уменьшения.

**Выводы.** Таким образом, тяжесть течения острых пневмоний у детей грудного возраста напрямую зависят не только от возраста ребёнка, но и от наличия при этом ряда сопутствующих заболеваний, таких как гипотрофия, рахит, анемия, изменения со стороны ЦНС в виде гипоксически-ишемических состояний, которые усугубляют течение основного заболевания и могут отрицательно повлиять на течение пневмонии. Своевременно правильно выбранная тактика лечения с учётом сопутствующих заболеваний ведёт к более быстрому улучшению состояния и дальнейшему выздоровлению.

#### Список литературы

1. Шабалов, Н.П. Детские болезни / Н.П. Шабалов. // Изд. 6. - 2011. - Том 1. – С. 399-474.
2. Малахов, А.Б. Показания для применения и выбор антибактериальной терапии при пневмонии у детей / А.Б. Малахов, И.А. Дронов // Вопросы практической педиатрии. - Москва. Изд. 4. – 2016. - С. 79-84.
3. Абдуллаева, Н.А. О предрасполагающих факторах тяжёлого течения пневмонии у детей с раннего возраста с врождёнными пороками сердца / Н.А. Абдуллаева, Н.К. Кузибаева // Материалы конгресса кардиологов и терапевтов стран Азии и содружества независимых государств. – Душанбе, 2019. - С. 230.
4. Lassi, Z.S. Systematic review on antibiotic therapy for community – acquired pneumonia in children / Z.S. Lassi, J.K. Das // Dis. Child. – 2017. - N99(7). - P. 687-693.
5. Eber, E. ERS Handbook – Pediatrics Respiratory Medicine / E. Eber, F. Midulla. – 2017. - P. 719.

#### КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА «А» У ДЕТЕЙ

*Рахматов Н.А., Джонибеки Р.И.*

Кафедра детских инфекционных болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** В настоящее время вирусные гепатиты в нашей республике занимает 3 местосреди детских инфекционных болезней после респираторно-вирусной и кишечной инфекции. Из числа вирусных гепатитов среди детей часто встречается гепатит «А» (ВГА). Гепатит «А» имеет выраженную сезонность (сентябрь-декабрь). Основной механизм передачи возбудителя – фекально-оральный, пути его реализации водный, пищевой и контактно-бытовой. Источником заражения ВГ-А является больной человек. Выделяется вирус от больного только с фекалиями, начиная со 2-й недели инкубационного периода, и достигает максимума в конце инкубационного – в начале преджелтушного периода. ВГА болеют дети всех возрастных групп, но преимущественно наблюдается среди детей дошкольного возраста. Среди детей школьного возраста этот гепатит наблюдается около 30%. Вирус исключительно устойчив к действию неблагоприятных факторов внешней среды. В эпидемиологическом аспекте дети чаще заболевают при контакте с больными детьми вирусным гепатитом и в ряде случаев при несоблюдении правил личной гигиены (грязные руки, игрушки, не кипяченая вода и соски, невымытые и не- очищенные фрукты).

**Цель исследования.** Изучить клинические особенности течения ВГ «А» у детей, находившихся на стационарном лечении в детской клинической инфекционной больницы (ДКИБ).

**Материал и методы исследования.** Нами изучены клинические особенности и течение вирусного гепатита «А» у 71 больного, среди них 37 детей дошкольного и 34 - школьного возраста, поступивших на стационарное лечение в данную больницу. Всем больным проводились клинические, биохимические печеночные тесты (билирубин, ферменты и тимоловая проба, ИФА).

У всех обследованных больных диагноз вирус гепатита «А» был верифицирован методом иммуноферментного анализа (ИФА)-анти HAVIgM. Детей от 1-3 лет было 27,1% и от 3-7 лет - 72,9%. Дети школьного возраста от 7 до 15 лет. Среди них детей от 7-10 лет было 67,6%, и от 11-15 лет - 32,4%. Инфицирование больных происходило преимущественно алиментарным и контактно-бытовым способом.

**Результаты исследования и их обсуждение.** У больных как дошкольного, так и школьного возраста при обращении в приёмное отделение имелись следующие жалобы: вялость, слабость, снижение аппетита, тошнота, рвота, адинамия, повышение температуры тела, сонливость. Из эпидемиологического анамнеза выяснилось, что дети не соблюдали правила личной гигиены, употребляли некипяченную воду, немытые и неочищенные фрукты, имели контакт с больными ВГ-А. Дети дошкольного возраста обратились за медицинской помощью в первые 3 дня болезни 27,1%, на 4-7 день болезни - 45,8%, и позже 7-10 дней - 27,1%. Дети школьного возраста обратились в приёмное отделение в первые 3 суток болезни 58,8%, до 5-7 суток 35,3% и позже 7-10 дней - 5,9%.

Так, среди детей дошкольного возраста 70,5% больных состояние, которых оценивалось как лёгкое, а 23,8% - средне-тяжелое и 5,8% - тяжелая форма. Аналогичные показатели тяжести имелись и у детей школьного возраста (70,2%-24,4%-5,4%). Признаки общей интоксикации (адинамия, тошнота, рвота, вялость, слабость, сонливость) отмечались у 35,1%, снижение аппетита, повышение температуры тела наблюдались в 59,4% случаев, боли в правом подреберье отмечены у всех детей, носовое кровотечение у 13,5% больных дошкольного возраста. Желтушность склер и кожных покровов имели разную интенсивность в зависимости от степени тяжести.

Увеличение размеров печени как у детей дошкольного, так и школьного возраста составило: до 3 см отмечено среди больных с легкой формой заболевания у 70% детей со средней тяжестью гепатомегалии наблюдалось у 24,4% а среди больных тяжелой формой отмечено увеличение печени более 5 см около 6%. Показатели печёночных биохимических тестов у больных дошкольного возраста с лёгкой формой - уровень общего билирубина - не превышал 80 мкмоль/л, средне-тяжелой формой этот уровень достигал до 180 мкмоль/л, и у больных с тяжелой формой этот показатель достигал 200 мкмоль/л и больше.

Среди детей школьного возраста заболевание проявлялось объективными признаками гепатита - желтухой склер и кожных покровов, обесцвечиванием окраски стула, тёмной мочой. Гепатомегалия среди детей старшей возрастной группы имела в пределах тех же показателей, как у детей дошкольного возраста (70,2%-24,4%-5,4%). У больных школьного возраста с легкой формой заболевания уровень общего билирубина достигал всего до 50 мкмоль/л в 70,2% случаях, у 24,4% больных средне-тяжелой формой уровень билирубина составлял 100 мкмоль/л, а у 5,8% больных показатели общего билирубина были более 180 мкмоль/л. За период пребывания в стационаре желтуха у детей с легкой формой сохранялась в течение 5-7 дней, при средней тяжести более 7-10 дней, а при тяжелой форме более 15 дней. В отделении все дети с легкой и средней формой тяжести болезни без выраженных признаков интоксикации получали базисную терапию. А больные как дошкольного, так и школьного возраста средне-тяжелой и тяжелой формами получали инфузионную терапию (глюкоза, реосорбилакт, гепатопротекторы: эссенциале, фосфоглив, витамины, стол №5). Тяжелым больным добавлялись коротким курсом кортикостероиды. На фоне проведённой терапии наблюдалась положительная динамика (улучшение самочувствия больного и отсутствие жалоб, нивелировалась желтуха, стул и моча приобрели естественный вид). Больные выписывались с легкой и средне-тяжелой формой без выраженных признаков интоксикации на 14-15 день - 73,5%, больные средне-тяжелой и тяжелой формой с проявлением интоксикации выписывались в сроки от 19 до 23 дней в 26,5% случаях.

**Выводы.** ВГ «А» у детей дошкольного и школьного возраста имел доброкачественный характер течения. Из эпидемиологического анамнеза большая часть детей инфицировалась при несоблюдении правил личной гигиены - 67,5%, а 32,4% детей были в контакте с больными вирусным гепатитом. ВГ «А» сохранил свою сезонность осень-зима. Признаки интоксикации у заболевших продолжались в зависимости от степени тяжести гепатита в течение 5 - 10 дней. Желтушность склер и кожных покровов у большинства больных имела тенденцию к исчезновению после 7-10 дней пребывания в стационаре. Сроки выписки больных из отделения в большинстве случаев составляли от 15 до 23 дней.

Затяжное течение и тенденция к хроническому течению ВГ «А» у данной группы больных не отмечены.

#### Список литературы

1. Учайкин, В.Ф. Шамшева Инфекционные болезни и вакцинопрофилактика у детей / В.Ф. Учайкин, Н.И. Нисевич, О.В. Шамшева. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - №84. - 104с.
2. Иванова, В.В. Инфекционные болезни у детей / В.В. Иванова. - М.: МИА, 2009. - С. 445-453.
3. Файзуллоев, Н.Ф. Справочник по детским инфекционным болезням / Н.Ф. Файзуллоев. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. - С.37-38.
4. Тимченко, В.Н. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение детских инфекций / В.Н. Тимченко, В.В. Леванович, И.Б. Михайлов // Издание 2-е дополненное и переработанное. - СПб.: «ЭЛБИ - СПб», 2007. - С.101-109.
5. Инфекционные болезни и эпидемиология / В.И. Покровский, С.Г. Пак, Н.И. Брико, Б.К. Данилкин. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. - С. 277-286.

## КЛИНИКА ГИМЕНОЛЕПИДОЗА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

*Рахматов Н.А., Умарова Г.А.*

Кафедра детских инфекционных болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Гименолепидоз – гельминтоз из группы цестодозов. Заболевание, вызываемое карликовым цепнем, паразитирующим в нижнем отделе тонкой кишки человека. Дети болеют в 4-5 раз чаще, чем взрослые. Инвазия контактная. Цепень длиной 1,5-3 см, имеет подвижную головку (сколекс) с 4 присосками и втягивающимся хоботком с венчиком хитиновых крючьев. Паразит имеет до 200-300 члеников. Членики очень нежные и в кишечнике быстро разрушаются. Заражение гименолепидозом происходит от больного человека, инвазированным данным гельминтом. При заглатывании человеком инвазионных яиц *Hymenolepis nana*, они попадая через рот в пищеварительный тракт онкосферы освобождаются от яйцевых оболочек и активно внедряются в ворсинки, где в течение 5-7 дней превращаются в ларвоцист – цистицеркоидов. Затем цистицеркоид выходит в просвет кишечника, прикрепляется в слизистую оболочку нижних отделов тонкой кишки и в течение 2-2,5 недель развивается в половозрелую особь. Затем зародыши внедряются в стенку тонкой кишки и через 2- недели превращаются во взрослого паразита. Весь цикл развития занимает около 1 месяца. Срок жизни *Hymenolepis nana* составляет около 30 дней. Яйца карликового цепня, относительно нестойки к воздействию факторов окружающей среды. Особенно чувствительны они к высушиванию и действию высоких температур. Содержащиеся зрелые зародыши выделяются с фекалиями больного, становятся заразными после завершения цикла развития. Инвазия данным гельминтом происходит при несоблюдении правил личной гигиены, от загрязненных игрушек и продуктов питания, которые могут содержать яйца данного паразита [1-5].

**Цель исследования.** Изучение клинических проявлений гименолепидоза у детей дошкольного возраста по материалам детской клинической инфекционной больницы (ДКИБ) г. Душанбе.

**Материал и методы исследования.** Обследовано 32 больных ребенка в возрасте от 3 до 7 лет, госпитализированных в отделение паразитологии ДКИБ в период с апреля месяца по август 2019 г. Для верификации диагноза были использованы общеклинические и лабораторные методы исследования. Диагноз был подтвержден обнаружением яиц гименолепидоза в анализе кала.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Дети в клинику обращались со следующими жалобами: вялость -50%, слабость -56,2%, потеря аппетита - 68,7%, головные боли -66,6 %, головокружение -34,4%, неустойчивый стул-62,5%, раздражительность-87,5%, безпокойный сон-37,5%, плаксивость- 25%, тошнота- 56,2% , рвота- 40,6 % , боли в животе - 90,6%, слюнотечение и скрежетание зубами - 93,8%. Начало заболевания было постепенным и проявлялось вялостью, слабостью, головной болью, болями в животе, неустойчивым стулом. Больные обратились за стационарной помощью в поздние сроки – на 25-28 день болезни. При пальпации живота у больных отмечалось боли вокруг пупка. В плане терапии все больные получали никлозамид (фенасал) 1,0г/кг 4 раза каждые 2 часа 4 дня 2 курса лечения с 4 дневным интервалом, панкреатин 1/3 таблетки - 3 раза в день, пре- и пробиотики (линекс по 1 капсуле – 3 раза в день), спазмолитики ( нош-па), а также проводилась очистительная клизма перед назначением противогельминтных препаратов. На фоне проведенной терапии прослежена положительная динамика, т.е. у больных отсутствовали основные признаки данного гельминтоза; вялость, слабость, головная боль, головокружение, снижение аппетита, тошнота, рвота, боли в животе, неустойчивый стул. Основная масса больных в удовлетворительном состоянии были выписаны на 12 -14 день пребывания в стационаре, после получения повторного отрицательного результаты копрограммы на яйца гименолепидоза.

С рекомендацией последующего диспансерного наблюдения.

**Выводы.** Таким образом, среди детей дошкольного возраста отмечено позднее поступление в стационар. Причиной обращения в стационар явилось прогрессирование основных симптомов болезни. Гименолепидоз у детей дошкольного возраста часто протекал симптомами интоксикации - в66,6% случаях, а также неустойчивого стула-62,5%. Проведенной курстерапии привёл к нивелированию симптомов заболевания в 70 % случаев. После лечения больные оставались под диспансерным наблюдением.

### Список литературы

1. Талабов, М.С. Бемориҳои сирояти / М.С. Талабов. - Душанбе: Нашриёти Меъргон. – С.241-247.
2. Раъмонов, Э.Р. Бемориҳои сирояти / Э.Р. Раъмонов. – Душанбе: Шарқи Озод, 2017. – С. 402- 462.
3. Инфекционные болезни и эпидемиология / В.И. Покровский, С.Г. Пак, Н.И. Брико, Б.К. Данилкин. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – С.784-787.

## КЛИНИКА КЛЕБСИЕЛЛЕЗНОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

*Рахматов Н.А., Умарова Г.А., Джонибеки Р.И.*

Кафедра детских инфекционных болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Клебсиеллы при определенных условиях могут вызывать воспалительные проявления со стороны желудочно-кишечного тракта. Клебсиеллы в основном продуцируют эндотоксин, а некоторые штаммы и экзотоксин. Энтеротоксин обладает ангиоэндотелиотропным действием и способствует развитию ДВС-синдрома. Инфицирования детей происходит фекально-оральным механизмом. Клебсиеллезная инфекция чаще поражает детей раннего возраста. Возникновению клебсиеллезной инфекции предрасполагают недоношенность, преморбидные состояния, перенесенные ОРВИ.

**Целью исследования** явилось изучение клинических проявлений клебсиеллезной кишечной инфекции у детей раннего возраста

**Материалы и методы исследования:** обследовано 37 детей с ОКИ до 2 лет клебсиеллезной этиологии. Детей до 6-ти месяцев было 13,5%, до 9-ти месяцев 27,1%, до 1-го года 29,7%, от 12 мес. до 18 мес. 16,2% и от 18 до 24 мес. больных 13,5%. Детей на естественном вскармливании находилось - 37,8%, а 24,4% - на искусственном вскармливании, а 37,8% детей из числа заболевших получали смешанное вскармливание. Лабораторно при посеве испражнений на патогенную и условно-патогенную флору у больных высеваны клебсиеллы.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Дети обращались со следующими жалобами: повышение температуры тела, вялость, слабость, потеря аппетита и жидкий стул. Рвота и срыгивание прослежено у 71,9% больных. Беспокойство, раздражительность прослежено у 97,3 % детей. Из числа прослеженных больных 59,5% поступили в стационар в первые 3 дня начала заболевания 16,2% детей до 5-го дня - 18,9% позже 5-7 дня болезни, а 5,4% позже 10-го дня болезни. Начало заболевания было острым и проявлялись лихорадкой, вялостью, слабостью, снижением или отсутствием аппетита и частым жидким стулом. У 71,9% детей отмечалось срыгивание и рвота. А у 62,2% больных за последние 6 месяцев констатирована перенесенная инфекция как ОРВИ, пневмонию и ряд преморбидных состояний. В момент поступления у 72,9% больных детей состояние оценивалось как тяжелое, а у 27,1% - средне-тяжелое состояние. У всех наблюдаемых больных в отделении отмечены ярко выраженные признаки интоксикации (повышение температуры тела, беспокойство, вялость, раздражительность, снижение аппетита) и признаки обезвоживания (сухость слизистых оболочек и кожных покровов, снижения тургора кожи, сухость языка, запавшие глаза) отмечались у всех больных детей. При пальпации живота отмечалось беспокойство. Стул у большинства обильный водянистый жидкий со слизью желто-зеленого цвета с неперевавшими частицами пищи. Частота стула до 5 раз за сутки отмечено у 51,3% больных, до 10 раз у 24,3% и более 10 раз у 24,4% детей. В плане терапии все больные получали орально-регидратационные растворы по схеме ВОЗ, ферментные препараты, пре- и пробиотики и антибиотики. На фоне проведенной терапии прослежено положительная динамика в течение заболевания и основная масса больных были выписаны на 7-10 день пребывания в стационаре, после получения повторного отрицательного бактериологического посева на клебсиеллезную инфекцию.

**Выводы.** Клебсиеллезная инфекция часто встречается среди детей первого года жизни – 70,3%. 40, 5% больных поступали позже 4-5-го дня заболевания. У 72,9% детей констатировано явные признаки интоксикации, обезвоживания и при этом состояние этих детей соответственно оценивалось как тяжелое. Частота стула в 75,6% случаях было до 10 раз и более за сутки. Стул у большинства больных обильный водянистый жидкий со слизью желто-зеленого цвета с неперевавшими частицами пищи. На фоне проведенной терапии заболевание у всех больных имел благоприятный исход.

## **ПОВЫШЕНИЕ РАННЕЙ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ У ДЕТЕЙ**

*Рыков М.Ю.<sup>1</sup>, Манерова О.А.<sup>2</sup>, Козлов В.В.<sup>2</sup>, Турабов И.А.<sup>3</sup>, Решетников В.А.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Кафедра онкологии Института клинической медицины Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, Россия

<sup>2</sup> Кафедра общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А. Семашко Института общественного здоровья Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, Россия

<sup>3</sup> Кафедра детской хирургии лечебного факультета Северного государственного медицинского университета, Россия

**Актуальность.** На современном этапе развития здравоохранения наиболее важными являются проблемы увеличения продолжительности жизни и сокращения смертности, в том числе детской [1, 2]. В этой связи особенно актуальными являются проблемы детской онкологии, поскольку злокачественные новообразования во всем мире до настоящего времени лидируют в структуре смертности детей, уступая лишь внешним причинам (дорожно-транспортные происшествия, отравления, несчастные случаи) [3]. За последние десятилетия продолжается неуклонный рост числа онкологических заболеваний у детей, большая часть из которых выявляется на распространенных стадиях [4]. Это определяет особую актуальность совершенствования системы организации медицинской помощи.

**Цель исследования.** Повышение ранней выявляемости злокачественных новообразований у детей.

**Материалы и методы исследования.** В медицинских организациях Архангельской области («пилотный» регион) в клиническую практику врачей-участковых педиатров в 2016 г. внедрен «Алгоритм определения целесообразности направления пациента на консультацию к врачу-детскому онкологу», направленный на повышение ранней выявляемости злокачественных новообразований у детей.

В рамках оценки эффективности «Алгоритма» и результатов его внедрения проведено сравнение двух групп пациентов с гистологически верифицированными солидными злокачественными новообразованиями (за исключением опухолей головного и спинного мозга):

1. Первая группа – 49 пациентов, получавших медицинскую помощь в Архангельской области в 2011 – 2015 гг. (до проведения организационного эксперимента, далее – группа 2011 – 2015 гг.);
2. Вторая группа – 51 пациент, получавший медицинскую помощь в отделении детской онкологии Архангельской области в 2016 – 2018 гг. (контрольная группа, далее – группа 2016 – 2018 гг.).

Среди пациентов группы 2011 – 2015 гг. и группы 2016 – 2018 гг. преобладали мальчики – 26 (53,1%) и 29 (56,9%) соответственно. В каждой из групп наблюдения диапазон возраста пациентов характеризовался значительным разбросом: средний возраст детей в группе 2011 – 2015 гг. составил 4,2 года (1,7; 11,5), в группе 2016 – 2018 гг. – 3,0 года (1,2; 11,3),  $p = 0,412$ . В обеих группах преобладали пациенты с локализованными стадиями – 29 (59,2%) и 37 (72,5%) соответственно. Таким образом, по возрасту, полу и стадиям заболеваний в сравниваемых группах статистически значимых различий отмечено не было.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Среди группы 2011 – 2015 гг. умерло 20 (40,8%) пациентов, рецидивы развились у 14 (28,6%), нарушение протоколов лечения отмечено у 16 (32,7%), достигли ремиссии 20 (40,8%). Среди пациентов группы 2016 – 2018 гг. умерло – 11 (21,6%) пациентов, рецидивы развились у 11 (21,6%), нарушение протоколов лечения отмечено у 6 (11,8%), достигло ремиссии – 11 (21,6%).

С целью оценки «Алгоритма» проводилось сравнение выживаемости пациентов после установления диагноза злокачественного новообразования, а также оценивалось время от момента обращения к врачу-детскому онкологу до верификации диагноза; время от момента обращения к врачу-детскому онкологу до начала специализированного лечения; время от верификации диагноза до начала специализированного лечения; время от момента обращения к врачу-участковому педиатру до направления к врачу-детскому онкологу; время от момента обращения к врачу-участковому педиатру до начала специализированного лечения (таблица 1).

**Таблица 1** – Сравнительная оценка временных параметров этапов, предшествовавших началу лечения в группах наблюдения

Показатели	Группы наблюдения		p
	2011-2015 гг. (n=49)	2016-2018 гг. (n=51)	
Время от момента обращения к врачу-детскому онкологу до верификации диагноза	9,0 (7,0; 14,0)	7,0 (5,0; 9,0)	p<0,001
Время от верификации диагноза до начала специализированного лечения	1,0 (1,0; 5,0)	1,0 (1,0; 2,0)	p=0,55
Время от момента обращения к врачу-детскому онкологу до начала специализированного лечения	12,0 (8,0; 16,0)	8,0 (6,0; 10,0)	p<0,001
Время от момента обращения к врачу-участковому педиатру до направления к врачу-детскому онкологу	11,0 (6,0; 17,0)	2,0 (1,0; 3,0)	p<0,001
Время от момента обращения к врачу-участковому педиатру до начала специализированного лечения	23,0 (17,0; 32,0)	9,0 (8,0; 12,0)	p<0,001

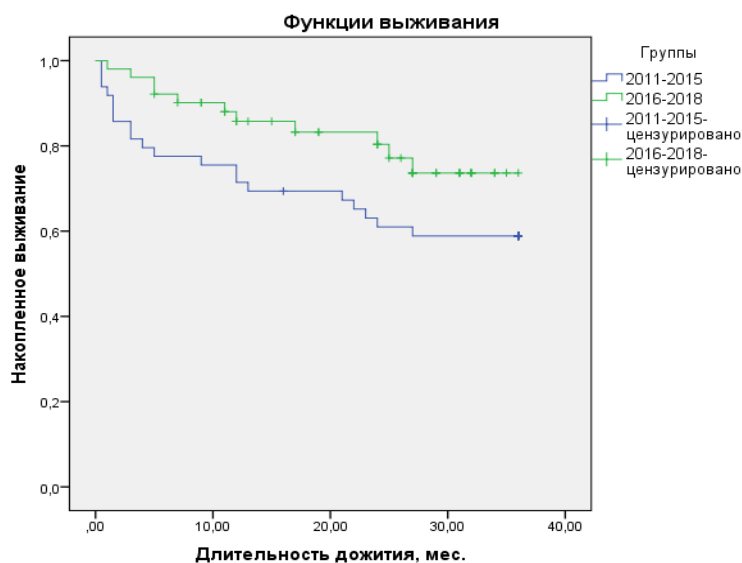
При помощи метода Каплана-Мейера произведено сравнение времени дожития 100 пациентов в зависимости от периода лечения: 2011 – 2015 гг. и 2016 – 2018 гг. (таблица 2).

При этом доля цензурированных случаев (дожитие пациентов до 36 мес. после установления диагноза) в группе 2011 – 2015 гг. составила 59,2%, в группе 2016 – 2018 гг. – 78,4%.

**Таблица 2** – Оценка времени дожития (в месяцах) пациентов в группах наблюдения по методу Каплана-Мейера после установления диагноза злокачественного новообразования в зависимости от периода наблюдения

Группы	Среднее время дожития			p по Бреслау
	Оценка	Ст. ошибка	95% ДИ	
2011-2015 гг.	25,04	2,05	21,02-29,07	
2016-2018 гг.	30,30	1,57	27,23-33,37	
Все	27,68	1,31	25,10-30,25	

Выявляются статистически значимые различия выживаемости в группах наблюдения. Среднее время дожития в группе 2016 – 2018 гг. статистически значимо увеличилось по сравнению с временем дожития пациентов, получавших лечение в 2011 – 2015 гг. – 30,3±1,57 мес. против 25,04±2,05 мес. (p=0,045) (рисунок 1).



**Рисунок 1** – Кривые Каплана-Мейера оценки функции дожития пациентов в группах наблюдения после установления диагноза злокачественного новообразования в зависимости от периода наблюдения

**Выводы.** Введение «Алгоритма определения целесообразности направления пациента на консультацию к врачу-детскому онкологу» позволило увеличить выживаемость пациентов после установления диагноза злокачественного новообразования (при трехлетнем сроке наблюдения) с  $25,04 \pm 2,05$  мес. до  $30,3 \pm 1,57$  мес. ( $p=0,045$ ).

Статистически значимо сократились временные параметры различных этапов, предшествовавших началу специализированного лечения: время от момента обращения к врачу-детскому онкологу до верификации диагноза сократилось с 9,0 (7,0; 14,0) до 7,0 (5,0; 9,0) дней ( $p<0,001$ ); время от верификации диагноза до начала специализированного лечения сократилось с 12,0 (8,0; 16,0) до 8,0 (6,0; 10,0) дней ( $p<0,001$ ); время от момента обращения к врачу-участковому педиатру до направления к врачу-детскому онкологу - с 11,0 (6,0; 17,0) до 2,0 (1,0; 3,0) дней ( $p<0,001$ ); время от момента обращения к врачу-участковому педиатру до начала специализированного лечения - с 23,0 (17,0; 32,0) до 9,0 (8,0; 12,0) дней ( $p<0,001$ ).

С введением «Алгоритма определения целесообразности направления пациента на консультацию к врачу-детскому онкологу» перечисленные параметры начали оказывать статистически значимое влияние на время дожития пациентов, что подтверждается построением регрессионных моделей Кокса и оценкой их прогностической значимости по методу ROC-кривых.

Таким образом, в рамках организационного эксперимента показана результативность внедрения структурно-функциональной модели организации медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями в Российской Федерации.

#### Список литературы:

1. Выступление Министра здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцовой на заседании Президиума Государственного совета 30 июля 2013 г. // Вестник Росздравнадзора. — 2013. — № 4. — С. 7–9.
2. Детская онкология. Национальное руководство / под ред. М.Д. Алиева, В.Г. Полякова, Г.Л. Менткевича, С.А. Маяковой. — М.: Практическая медицина, 2012. — 684 с.
3. Злокачественные новообразования в нозологической структуре заболеваний детей, нуждающихся в паллиативной помощи / Н.Н. Савва, И.В. Винярская, Н.В. Устинова, В.Ю. Альбицкий // Онкопедиатрия. — 2015. — № 2 (3). — С. 334.
4. Аксель, Е.М. Злокачественные новообразования у детей: статистика заболеваемости и смертности детей в России и странах бывшего СССР в 2015 г. / Е.М. Аксель // Евразийский онкологический журнал — 2017. — № 5 (2). — С. 349–357.

### ДИАГНОСТИКА ПЕРВИЧНОГО ГИПОГОНАДИЗМА У МАЛЬЧИКОВ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

*Камалов Т.М., Сабирова Д.Ш., Мухамдиева Л.А*

Самаркандский Государственный Медицинский Институт. Узбекистан

**Актуальность проблемы.** Среди патологии половых желёз особое место занимает нарушение полового развития, в первую очередь у мальчиков, которое не редко является причиной гипогонадизма взрослых, приводящего к прекращению или снижению половой и генеративной функции, к различным соматическим, неврнопсихическим заболеваниям. [1] Гипофункция половых желёз у детей неблагоприятно сказывается на показателях их физического и психического развития. Недостаточное знание причин гипогонадизма, неумение дифференцировать нарушения полового развития как явления физиологического, конституционального с патологией, ранее, необоснованное применение гормонов для коррекции выявленных нарушений может привести в ряде случаев к необратимым отрицательным последствиям, глубокому нарушению в дальнейшем функции половых желёз. [2] Гипогонадизм причина бесплодия у мужчин. Однако четких клинических и лабораторных критериев диагностики и лечения недостаточно для решения какой метод лечения оправдан. Наследственные нарушения репродуктивной системы встречаются с частотой 1 мальчика из 1000. Примерно 60 % патологических состояний, определяющих копулятивную (импотенция) и репродуктивную (бесплодия) не состоятельность мужчины, связано с неправильной диагностикой и лечением. [3] Особую роль играют генетические особенности, факторы питания, эмоциональные, физические нагрузки, наличие хронической болезни. Таким образом, определение гормонального фона у мальчиков в соответствии с функциональными исследованиями является актуальной проблемой. [5]

**Цель исследования.** Улучшение диагностики первичного гипогонадизма у мальчиков дошкольного возраста.

**Материалы и методы обследования:** Обследованы 30 мальчиков дошкольного возраста в детском саду №72 города Самарканда. Лабораторные методы являлись определением гормонов (тестостерон, фолликулостимулирующего гормона, лютеинизирующего гормона, пролактина и ТТГ). Функциональные методы исследования ультразвуковая орхиметрия.

Материалы исследования: Исследование проведено на базе детской эндокринологии СОЭД. Объект исследования – 30 мальчиков в возрасте  $3,0 \pm 3,5$  лет. Критерии включения в исследование:

- мужской пол;
- возраст >7 лет;
- объем гонад <3 см

Обследование включало оценку семейного анамнеза ( $n=86$ ), антропометрических показателей ( $n=86$ ), костного возраста ( $n=86$ ), стадии полового развития по шкале Таннер ( $n=86$ ), объема гонад ( $n=86$ ), длины кавернозных тел ( $n=86$ ), содержания в сыворотке крови ТТГ ( $n=86$ ), св Т4 ( $n=86$ ), пролактина ( $n=80$ ), кортизола ( $n=67$ ), ДГЭА-с ( $n=67$ ), ИФР-1 ( $n=72$ ), инсулина ( $n=67$ ), ингибина В ( $n=84$ ), антимюллерова гормона ( $n=84$ ), ЛГ ( $n=86$ ), ФСГ ( $n=86$ ), общего тестостерона ( $n=86$ ), ГСПГ ( $n=56$ ), индекса свободного тестостерона ( $n=56$ ), эстрадиола ( $n=40$ ), результатов стимуляционных тестов с аналогом ГнРГ ( $n=86$ ) и с хорионическим гонадотропином ( $n=73$ ).



Результаты и их обсуждения: Проведен анализ гормональных показателей в группе мальчиков с КЗПР с дефицитом массы тела и с КЗПР с нормальной массой тела. Обе группы были сопоставимы по содержанию в сыворотке крови гормонов щитовидной железы (ТТГ, свТ4), пролактин, а также половых гормонов (ЛГ, ФСГ, тестостерон, индекс свободного тестостерона,). При проведении стимуляционных тестов получены сопоставимые значения тах ЛГ, коэффициента тах ЛГ/тах ФСГ на тесте с аналогом ГнРГ и  $\Delta$  тестостерона на тесте с хорионическим гонадотропином. Однако мальчики с КЗПР с дефицитом массы тела имели значимо больше концентрацию ГСПГ в сыворотке крови, в отличие от мальчиков с КЗПР с нормальной массой тела (Ме 127,4 vs 93,8 нмоль/л,  $p=0,03$ ) (Таблица 1)

Показатели Ме [25;75]	КЗПР с дефицитом массы тела (n= 9)	КЗПР с нормальной массой тела (n= 38)	p
ТТГ, мМЕ/л	1,3 [1,2; 1,5]	1,6 [1,0; 2,9]	0,7
СвТ4, пмоль/л	14,4 [13,4; 16,1]	12,7 [11,5; 14,8]	0,06
Пролактин, мМЕ/л	139 [96; 154]	158 [108; 206]	0,6
ИФР-1, нг/мл	196,6 [147,8; 234,9]	187,6 [172,8; 223,9]	0,8
Кортизол, нмоль/л	350 [225; 549]	351 [266; 432]	0,7
ДГЭА-с, мкмоль/л	2,6 [1,4; 4,6]	3,3 [2,8; 4,5]	0,2
Инсулин, мкЕд/мл	3,8 [3,2; 6,2]	4,0 [3,2; 5,3]	0,9
Ингибин В, пг/мл	122,8 [104,9; 145,5]	139,5 [118,9; 152,5]	0,5
Антимюллеров гормон, нг/мл	38,5 [17,6; 60,6]	46,3 [23; 129,4]	0,4
ЛГ, мМЕ/мл	1,0 [0,5; 1,3]	1,3 [0,8; 1,8]	0,07
ФСГ, МЕ/л	2,7 [1,4; 3,3]	2 [1,5; 3,1]	0,5
Тестостерон, нмоль/л	0,8 [0,6; 1,2]	1,9 [0,7; 3,6]	0,09
Эстрадиол, пмоль/л	73 [49; 75]	51 [27; 77,5]	0,5
Индекс свободного тестостерона, %	0,6 [0,6; 0,7]	1,6 [0,9; 4,6]	0,06
ГСПГ, нмоль/л	127,4 [98,6; 144,2]	93,8 [67,4; 115,7]	0,03
тах ЛГ на тесте с аналогом ГнРГ, мМЕ/мл	17,1 [14,5; 18,7]	18,8 [15,4; 25,0]	0,2
тах ЛГ/тах ФСГ на тесте с аналогом ГнРГ	1,9 [1,5; 2,5]	2,3 [1,5; 3,7]	0,4
$\Delta$ тестостерона на тесте с Хорионическим гонадотропином, нмоль/л	13,7 [12,1; 15,9]	15,1 [10,4; 19,3]	0,7

**Выводы:** 1. Доказано, что мальчики с конституциональной задержкой пубертата с избыточной массой тела/ожирением имеют нормальные показатели роста в 92 %, костного возраста в 84 % случаев и в 1,7 раза меньше ответ тестостерона на тесте с хорионическим гонадотропином, в противоположность мальчикам с конституциональной задержкой пубертата с нормальной массой тела, которые чаще имеют патологическую задержку роста (39,5 %), костного возраста (65,8 %) и более высокий ответ тестостерона на стимуляцию хорионическим гонадотропином (Ме 8,9 vs 15,1 нмоль/л соответственно). 2. Установлено, что такая комбинация, как объем гонад  $\geq 1,7$  см<sup>3</sup> в сочетании с концентрацией ингибина В  $\geq 143$  пг/мл в сыворотке крови имеет наилучшую чувствительность (88 %) и специфичность (100 %) в прогнозировании старта полового развития в течение года наблюдения у мальчиков с конституциональной задержкой пубертата. 3. Установлено, что как тах ответ ЛГ  $\geq 3,5$  мМЕ/мл, коэффициент тах ЛГ/тахФСГ  $\geq 1$  на тесте с аналогом гонадотропин-релизинг гормона и  $\Delta$  тестостерона  $\geq 2,7$  нмоль/л на тесте с хорионическим гонадотропином, так и базальная концентрация ингибина В  $\geq 58$  пг/мл, ФСГ  $\geq 0,5$  МЕ/л, ЛГ  $\geq 0,3$  мМЕ/мл в сыворотке крови имеют наилучшую чувствительность и специфичность в диагностике конституциональной задержки пубертата у мальчиков.

#### Список литературы

- Аметов А.С. Влияние снижения массы тела на эректильную функцию и качество жизни у мужчин с ожирением/ А.С. Аметов, Е.В. Доскина, М.В. Стельмах// Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 2014. - №4 (17). - С. 49-52.
- Аметов А.С. Эректильная дисфункция и ожирение/ А.С. Аметов, М.В Стельмах// Терапевтический архив. - 2013. - № 10. - С. 88-93.
- Бородина О.А. Ожирение у детей и подростков (факторы риска метаболического синдрома): автореферат дис. кандидата мед. наук: 14.00.03/ Бородина Ольга Валерьевна - Москва, 2004. - 24 с.
- Витязева И.И. Влияние нарушений жирового обмена на фертильность мужчин репродуктивного возраста и эффективность программ ЭКО/ Витязева И.И., Алташина М.В., Трошина Е.А.// Проблемы эндокринологии. - 2014. - Т. 60. - № 5. - С. 34-42.
- Дедов И.И. Диагностика и лечение гипогонадизма у детей и подростков И.И. Дедов, Петеркова В.А.// в кн.: Федеральные клинические рекомендации (протоколы) по ведению детей с эндокринными заболеваниями. -М.: Практика, 2014. - С. 253- 277.

# КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ НЕЙРОТОКСИКОЗА ПРИ СТАФИЛАКОККОВОМ СЕПСИСЕ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

*Саидмурадова Г.М., Джонибеки Рустамбек, Комилов И.*

Кафедра детских инфекционных болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Сепсис с острой органной дисфункцией остается одной из сложных проблем современной медицины, актуальность которой определяется ростом количества пациентов и госпитальной летальностью среди пациентов и в частности детей раннего возраста, а также большими экономическими затратами, связанными с лечением и реабилитацией. Согласно очередного (третьего) Международного консенсуса по сепсису и септическому шоку, который состоялся в 2016 г., сепсис — это угрожающая жизни дисфункция различных органов вследствие нарушения регуляции ответа организма человека на инфекцию, при котором повреждаются собственные ткани и органы и имеет два клинических варианта: собственно сепсис и септический шок.

Ежегодно в мире регистрируется 18 млн случаев сепсиса. Частота сепсиса в развитых странах составляет от 50 до 100 случаев на 100 тыс. населения, а средняя летальность колеблется в пределах 25–50 % у взрослых и 2–10 % у детей.

Несмотря на достижения медицины критических состояний, тяжелый сепсис продолжает ассоциироваться с уровнем летальности от 28 до 50 %, а ежегодный прирост частоты сепсиса составляет 8,7 %.

Одной из причин учащения случаев сепсиса считается изменение этиологической структуры нозокомиальных инфекций, при котором отмечаются возрастание роли грамположительной флоры, прежде всего *St. aureus*, энтеробактерий, особенно синегнойной флоры, обладающих устойчивостью к широкому спектру современных антибактериальных препаратов и обуславливающих высокую летальность.

Физиологической особенностью новорожденных и детей раннего возраста является склонность к генерализованной реакции организма на повышенное воздействие повреждающих факторов, в частности инфекции, поэтому сепсис всегда протекает с синдромом полиорганной дисфункции (СПОД).

Клинические проявления со стороны ЦНС при сепсисе могут протекать в различной степени угнетения сознания: от сомноленции до комы. При септической энцефалопатии (нейротоксикозе) происходят токсические, и метаболические изменения, а также обширное повреждение церебральной перфузии.

Нейротоксикоз — это специфическая острая реакция детского организма на внедрение в кровяное русло микробных и/или вирусных токсинов, при котором мобилизуются биологически активные вещества, повреждающие эндотелий сосудов и в конечном итоге приводят к развитию токсического отека мозга, гипертермии, судорог и нейрогенного нарушения функции лёгких и сердца. Диагноз нейротоксикоза устанавливается только у детей раннего возраста.

Известно, что после перенесенного нейротоксикоза у детей при сепсисе отмечаются осложнения и снижается в три - пять раз выживаемость, по сравнению с детьми перенесших сепсис без нарушений со стороны ЦНС, когнитивных расстройств, нарушения памяти, а также качества жизни.

Недостаточное число исследований, посвященных проблеме влияния системного воспаления на центральную нервную систему, а также неоднозначность клинических проявлений со стороны ЦНС при сепсисе у детей раннего возраста подтверждают актуальность данной проблемы.

**Целью исследования** является изучение клинического течения нейротоксикоза при стафилококковом сепсисе у детей раннего возраста.

**Материалы и методы исследования.** Под нашим наблюдением находилось 35 детей раннего возраста, госпитализированные в детское реанимационное отделение ГМЦ г. Душанбе №1 имени Ахмедова Карима за 2017-2018 годы с клиническими синдромами, ассоциированными с высокой вероятностью наличием инфекций (дисфункцией со стороны ЦНС, ЖКТ, органов дыхания, почек, печени), а также клинически сопровождающиеся тяжёлым нарушением питания, иммунодефицитом и анемией. Микробиологическая диагностика сепсиса была проведена до назначения антибактериальной терапии исследованием периферической крови с выделением *S. Aureus* и *S. Epidermidis*. По показаниям, при наличии первично других гнойно-воспалительных очагов, также для исследования были использованы и другие биологические жидкости (ликвор, моча, фекалии, а также гнойные выделения со слизистых оболочек конъюнктивы, носа, полости рта и кожи). Кроме того, всем госпитализированным детям с сепсисом было проведено исследование активности гомеостаза, рентгенологическое исследование лёгких и при наличии дыхательной и сердечной недостаточности при помощи пульсоксиметрии (SaO<sub>2</sub>) степень насыщения кислородом артериальной крови и ЭКГ сердца.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Из числа всех госпитализированных детей раннего возраста с сепсисом и нейротоксикозом, у 28(80%) одномоментно диагностирована пневмония с признаками тяжёлой дыхательной недостаточности 2 и 3 степени, у 20(57,1%) инфекционно-токсический шок, у 8(22,8%) диарея с гиповолемическим шоком, у 7(20,2%) детей ДВС. Поздняя госпитализация была отмечена 23(65,7%) детей.

Из анамнеза жизни детей с сепсисом установлено, что впервые данный диагноз был выставлен в периоде новорожденности у 6 (17,1%), в течении 3 месяцев у 7 (20%), до 2 лет 22 (62,8%) детей. В большинстве случаев 26(74,3%) в крови был обнаружен типичный патогенный микроорганизм *S. aureus*, а у 9(25,7%) детей условно патогенный микроб *S. epidermidis*.

Известно, что при диагностике сепсиса необходимо наличие как минимум двух из следующих четырех критериев, как оценка температуры, частоты сердечных сокращений (ЧСС), частоты дыхания (ЧД) и количества лейкоцитов. Исходя из этого было выявлено, что у большинства 32 (91,4%) наблюдаемых нами детей с сепсисом центральная температура поднималась выше >38,5 °С, а у 3 (8,6%) новорожденных детей наоборот была ниже <36,0 °С. Тахикардия более 180 ударов, определяемая как средняя ЧСС, превышающая в два и более раза от возрастной

нормы в течение более чем от 30 мин до 4 часов была отмечена у 23 (65,7%) детей, у 12 (34,3%) детей младше 2 месяцев отмечена брадикардия ниже 90 ударов в минуту.

Было установлено, что большинство 21(60%) детей раннего возраста с сепсисом поступили в ДРО в начальной стадии нейротоксикоза, без нарушения сознания, причём у всех детей отмечалось возбуждение и повышение температуры тела от 38,5°C до 39,5°C. У 13(61,9%) детей в анамнезе были отмечены наличие судорог, по поводу чего они неоднократно получали стационарное лечение, а также находились на учёте у врача невролога.

Менингеальные симптомы диагностированы у 7(33,3%) детей, причём в виде ригидности мышц затылочной области у 4(19%), симптома Кернига у 3(14,3%).

У 17(80,9%) детей с сепсисом и нейротоксикозом в начальном периоде диагностирована пневмония с дыхательной недостаточностью 2 степень, у 11(52,4%) детей инфекционно-токсический шок, у 7(21%) диарея с гиповолемическим шоком.

В периферической крови детей определялись изменения в виде умеренного лейкоцитоза и эозинофилии почти в два раза ускоренного СОЭ до 15-25 мл/в час. В биохимических анализах крови отмечены уменьшение общего белка до 50 г/л, повышение креатинина до 120 Мкмоль/л, мочевины до 14-14,7 Мкмоль/л. У детей с пневмонией была установлена гипоксемическая дыхательная недостаточность, так как уровень PaO<sub>2</sub> был в пределах 80-90%.

Из числа госпитализированных в ДРО детей с сепсисом, у 10(28,6%) был установлен нейротоксикоз второй степени. У детей данной группы состояние было тяжёлым и отмечалось soporозное сознание со стойкой высокой лихорадкой более 39,5 °С. У 6 (60%) детей были отмечены сочетанные тяжёлые признаки отёка мозга и пневмонии. Кроме того, степень поражения ЦНС у детей данной группы оценивалось критериям шкалы Глазго от 9 до 12 баллов, причём все дети были неактивными, вялыми, с гипертонусом мышц в конечностях, а также повторными судорогами. В анамнезе детей с судорогами также отмечались неоднократные госпитализации в соматических и инфекционных отделениях. Менингеальные симптомы были отмечены у всех детей, причём у 5(50%) детей в виде ригидности мышц затылочной области, у 3(30%) симптомов верхнего и среднего Брудзинского. С диагностической и лечебной целью только 3-м детям была произведена люмбальная пункция, при котором в ликворе уровень белка повышался почти в 2 раза, в сочетании с нейтрофильным плеоцитозом до 1300 клеток. У 2 –х(20%) детей в течение 4-5 суток усилился синдром нейрогенной тахикардии с учащением сердечной деятельности до 120-150 за минуту и стали выраженными признаки отёка мозга и тяжёлой дыхательной недостаточности, в последующем дети были подключены к аппарату искусственного дыхания (ИВЛ) РO-6. Из числа детей находившихся на ИВЛ состояние одного ребёнка улучшилось, с восстановлением самостоятельного дыхания и исчезновением признаков отёка мозга на 4 сутки, у второго ребёнка была констатирована смерть на 2 сутки. В периферической крови детей определялись изменения в виде лейкоцитоза и эозинофилии почти в три раза и ускоренного СОЭ до 20-25 мл/в час. В биохимических анализах крови было выявлено уменьшение общего белка до 40 г/л, повышение креатинина до 220 Мкмоль/л, мочевины до 15-20,7 Мкмоль/л. У детей с пневмонией была установлена гипоксемическая дыхательная недостаточность, так как уровень PaO<sub>2</sub> был в пределах ниже 80%.

Из числа госпитализированных больных с сепсисом, 4 (11,2%) детей поступили в третей (терминальной) стадии нейротоксикоза в состоянии комы, с диффузным цианозом, адинамией, гипотонусом мышц, с гипотермией <36,5°C. Общее состояние всех тяжёлых детей оценивалось по шкале Глазго ниже 8 баллов. В первые часы с момента поступления 1 (25%) ребёнок по причине дисстресс- синдрома с выраженными признаками тяжёлой дыхательной недостаточности был переведен на ИВЛ и с прохождением первых суток экзотировал. У 3 (75%) детей с нейротоксикозом и признаками отёка мозга были выявлены стойкая высокая лихорадка, признаки ДВС с кровоточивостью из вен пищевода в виде кофейной гущи, а также отмечены повторные судороги, которые не купировались противосудорожными препаратами. В периферической крови детей определялись изменения в виде лейкоцитоза и эозинофилии более трёх раз и ускоренного СОЭ до 30-35 мл/в час. В биохимических анализах крови установлено уменьшение общего белка до 40 г/л, повышение креатинина более 220 Мкмоль/л, мочевины до 21 Мкмоль/л. У детей с пневмонией была установлена гипоксемическая тяжёлая дыхательная недостаточность, так как уровень PaO<sub>2</sub> был ниже 60%.

Лечение детей с сепсисом и нейротоксическим синдромом проводилось в соответствии с протоколами.

Таким образом, нами было установлено, что клиническое течение сепсиса у детей раннего возраста зависело от стадии нейротоксикоза и тяжести основных синдромов. Так, из числа детей с сепсисом большинство (60%) детей с сепсисом поступили в ДРО в начальной стадии, 28,6% детей во второй стадии и 11,2% детей в третей стадии нейротоксикоза. Причём, у 80% детей одновременно была диагностирована пневмония с признаками тяжёлой дыхательной недостаточности 2 и 3 степени, у 57,1% ИТШ, у 22,8% диарея с гиповолемическим шоком, у 20,2% детей ДВС.

#### Список литературы

1. Александрович Ю.С., Интенсивная терапия инфекционных заболеваний у детей /Ю.С.Александрович, В.И.Гордеева, К.В.Пшениснов/Санкт-Петербург, 2010 г., с.33-41.
2. Антонов А.Г., Объединенные диагностические критерии сепсиса у новорожденных / А.Г. Антонов, Е.Н.Байбарина, Ю.В.Соколовская/ Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2005; 4: 5-6: 113-115.
3. Баранов А.А. Детские болезни. М./ А.А. Баранов /Гэотар, 2008. 720 с.
4. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sep-sis-3) / M. Singer [etal.] // JAMA. 2016. № 315 (8). P. 801–810.
5. Самаль Т.Н., Сепсис и синдром системного воспалительного ответа у детей /Т.Н.Самаль, А.П.Кудин/, учебно-методическое пособие, БГМУ, 2017 г., 52 С.

## ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

*Сафаров А.С., Сафаров Б.А., Асомова У.И.*

Кафедра детской хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, ГУ НМЦ «Шифобахш». Таджикистан

**Актуальность.** Развитие хронического гематогенного остеомиелита чаще всего обусловлено диагностической и лечебно-тактическими ошибками допущенными на разных этапах. Это позднее обращение, поздняя диагностика в остром периоде, неполноценная санация гнойного очага, неадекватное антибактериальное лечение, иммунорекоррекция и другие [2, 4, 5].

В силу анатомо-физиологических особенностей и кровоснабжения большеберцовой кости, отсутствие мышечного слоя по передне-внутренней его поверхности, которое способствуют формированию параосальных флегмон в указанных местах и межосальном пространстве, скопившийся экссудат отслаивает надкостницу на большом протяжении, что приводит к ухудшению кровообращения в кости и прогрессированию гнойно-некротического процесса [1, 3, 5].

Вскрытие остеомиелитической флегмоны в указанных местах особенно в случае позднего поступления, приводит к оголению кости и в послеоперационном периоде к дефекту мягких тканей [2, 5].

В случае перехода острого процесса в хроническую стадию нет единого мнения о сроках секвестрэктомии и способах ликвидации полости и дефектов мягких тканей и кости.

**Цель исследования.** Улучшить результаты лечения хронического гематогенного остеомиелита большеберцовой кости у детей.

**Материал и методы исследования.** В клинику детской хирургии ТГМУ имени Абуали ибни Сино за период с 2000 по 2018гг. были госпитализированы 49 детей с хроническим гематогенным остеомиелитом большеберцовой кости. Из них в возрасте до 3 лет было двое детей (4,1%), от 3 до 7 лет – 9 (18,4%), от 7 до 10 лет – 15 (30,6%), от 10 до 15 лет – 23 (46,9%). В срок до 3 месяцев от начала острого периода поступили 5 (10,2%) больных, до 6 месяцев – 21 (42,8%), более 6 месяцев – 23 (47%) детей. Больным проводилось общее и местное лечение. Местное лечение было направлено на санацию гнойных очагов инфекции, устранение мацерации кожи и вокруг свищей гноем. При местном лечении с целью уменьшения дефектов мягких тканей и пломбировки остаточной полости применяется способ внесвищевоего доступа с созданием единого кожно-надкостничного лоскута с пломбировкой костной полости сухими порошками антибиотиков, подобранной заранее после посева гноя и определения чувствительности. В случаях образования дефектов костей применяется метод дробной distraction и компрессии с помощью аппарата Илизарова.

Суть применяемого метода заключается в следующем: разрез следует проводить медиально или латерально от свищевых ходов, одномоментно до кости с последующей препаровкой кожно-надкостничного лоскута, что является важным для его последующего приживления. При необходимости секвестральная капсула экономно резецируется, что расширяет доступ к очагу. Затем удаляются секвестры, тщательно выскабливаются все грануляционные и некротические ткани, и формируют костную полость с тупыми краями. Свищевые ходы также тщательно выскабливаются и удаляются все измененные ткани. Образовавшаяся полость тщательно промывается перекисью водорода, антисептиками и засыпают сухими порошками антибиотиков. Затем кожно-надкостничный лоскут укладывается над дефектом костной ткани таким образом, чтобы он частично заменял образовавшуюся полость. Рана зашивается наглухо, чтобы образовалась гемопломба с антибиотиком. Конечность иммобилизуется задней гипсовой лангетой.

Наряду с этим больным проводился комплекс терапии, состоящий из общеукрепляющей, десенсибилизирующей, иммуностимулирующей и антибактериальной терапии с учетом чувствительности микроорганизмов. С целью ускорения процессов регенерации костной ткани больным назначили препараты «Остеогенон» и «Кальций Д3 никомед форте». Физиотерапия и ЛФК назначались после снятия швов.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Наиболее часто секвестеры были кортикальными и в 29 (59,2%) случаях имели краевое расположение, центральное расположение секвестеров обнаружено у 16 (32,7%) детей. Из них у 2 (4,1%) больных, которые поступили позже 10 суток от начала острого периода наблюдалась тотальная секвестрация костной ткани в зоне поражения, после удаления которой образовались дефекты кости от 1 до 2 см с формированием ложного сустава.

Этим больным с целью восстановления дефекта костей применялся метод дробной distraction и компрессии с помощью аппарата Илизарова. Оперативное вмешательство проводилось им спустя 6 месяцев после полной ликвидации гнойно-воспалительного процесса. В послеоперационном периоде дробную distraction фрагментов костной ткани начали проводить с 8-х суток с разовой величиной до 0,25 мм 2-3 раза в сутки. Процесс distraction продолжался в сроки от 3 до 4 месяцев. При консолидации фрагментов кости и хорошего формирования регенератов, которые определялись на рентгеновских снимках, аппарат Илизарова снимали и конечность переводили на гипсовые лангеты. Одновременно дети получали восстановительную терапию, ЛФК, физиотерапию. Постепенно, спустя 40 дней, конечность переводили на специально заготовленный фиксатор, изготовленный в ортопедическом заводе по размеру. В последующем дети постепенно начали ходить с помощью родителей и по мере укрепления мышечно-связочного аппарата, хорошей консолидации костной ткани детям разрешалось ходить свободно.

Изучение ближайших и отдалённых результатов лечения больных показало эффективность применяемого способа. Раны в послеоперационном периоде у 45 (91,1%) больных зажили без расхождения краёв раны. В 4-х (8,2%) случаях наблюдались нагноение и расхождение краёв раны, особенно при наличии дефектов мягких тканей, которые закрылись в срок до одного месяца.

В отдалённые сроки наблюдения до 5 лет непрерывность костной ткани полностью восстановилась. Обострение хронического остеомиелита большеберцовой кости наблюдалось у троих больных, у которых имелось тотальное поражение костей с формированием центральных секвестеров. У всех больных функции конечности полностью восстановились.

В сравнительной группе, которая состояла из 37 больных, хирургическое лечение было осуществлено обычным способом, с иссечением свищевого хода. Осложнение в виде нагноения раны, расхождения краёв и образования дефектов кожи с длительным течением гнойного процесса наблюдалось у 9 (24,3%). Обострение хронического гематогенного остеомиелита большеберцовой кости у этой группы больных наблюдалось в 7 (19%) случаях из них в 3 (6,2%) случаях проводилась секвестерэктомия.

**Выводы.** 1. Анализируя результаты лечения детей с ХГО большеберцовой кости, мы пришли к выводу, что самым оптимальным сроком для проведения секвестеро-некрэктомии является время четкого отделения секвестера и формирования секвестральной капсулы, которое совпадает 3-6 месяцев от начала заболевания. 2. Наиболее рациональным и малотравматичным доступом, обеспечивающим улучшение регенеративных процессов в костной ткани и заживление раны в послеоперационном периоде является внесвищевой доступ с созданием кожно-надкостничного лоскута. 3. При тщательной предоперационной подготовке проведение комплексной целенаправленной терапии, пломбировки образовавшейся полости после секвестерэктомии порошками антибиотиков с кровяным сгустком является наиболее эффективным и исключает применение различных пломбирующих материалов у детей при ХГО. 4. В случаях образования дефектов костной ткани наиболее эффективным методом восстановления непрерывности костной ткани и ликвидации ложных суставов является способ дистракции и компрессии с помощью аппарата Илизарова.

#### Список литературы

1. Султонов, Ш.Р. Способ лечения хронического гематогенного остеомиелита у детей / Ш.Р. Султонов А.Е., Машков, В.Г. Цуман // Российский педиатрический журнал. - 2011. - №6. - С. 53-55.
2. Острый гематогенный остеомиелит у детей. / Р.Ф. Акберов, Д.А. Льюров, В.Г. Сварии // Детская хирургия. – 2016. - №20(4). – С.200-203.
3. Острый гематогенный остеомиелит / Г.Н. Румянцева [и др.] // В кн: Современные технологии в педиатрии и детской хирургии: Материалы 5-го российского конгресса. – Москва, 2006. - С.416.
4. Аспириационное дренирование и морфологический контроль хронического гематогенного остеомиелита у детей / А.А. Цыбин [и др.] // Детская хирургия. – 2015. - №5. - С. 41-46.
5. Chronic haematogenous osteomyelitis in children: an unsolved problem. / H.W. Jones [et al.] / J. Bone J. Surg. B – 2011. - N 93(8). – P.1005 -10.

### ИММУНОПРОФИЛАКТИКА ЧАСТЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ФОНЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

*Таджибаева З.А., Кузибаева Н.К., Файзуллоев Ф.А.*

Кафедра детских болезней № 2 ТГМУ им Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Рецидивирующие респираторные заболевания на фоне врожденных пороков сердца (ВПС) протекающие с обогащением малого круга кровообращения привлекают к себе большое внимание педиатров, кардиологов в связи с их распространенностью и сложностью течения и лечения. При ограниченной емкости сосудов малого круга кровообращения у детей раннего возраста быстро развивается легочная гипертензия. Застойные явления создают благоприятные условия для бактериальной флоры и возникновения воспалительного процесса в бронхолегочной системе. Несмотря на имеющийся широкий арсенал современных антибактериальных, противовирусных, противогрибковых препаратов лечение частых респираторных заболеваний на фоне ВПС не всегда успешно. В тоже время, массивная антибактериальная терапия обладая иммуносепрессивным действием, может способствовать хронизации заболевания и активации условно-патогенной грибковой флоры и наконец, на фоне сниженного иммунитета возникновение вторичного бактериального эндокардита на фоне ВПС

**Цель исследования:** Изучение клинической эффективности иммуномодулятора (Рибомунил) у часто болеющих детей с респираторными заболеваниями на фоне некоторых ВПС.

**Материалы и методы исследования :** Проведено обследование 70 детей с ВПС госпитализированных по поводу респираторных заболеваний в возрасте от 1 года до 3 –х лет в детское кардиоревматологическое отделение Национального медицинского центра РТ. 30 детей было с дефектом межжелудочной перегородки (ДМЖП), 20 - с дефектом межпредсердной перегородки (ДМПП), 12 - сочетание ДМПП и ДМЖП, 8 с открытым артериальным протоком (ОАП). Клиническое обследование предусматривало сбор анамнестических данных, оценка общего состояния. Диагноз ставился на основании жалоб, объективного осмотра, лабораторных, рентгенологических методов исследования, данных ЭКГ и Эхо-кг.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Основные жалобы были на кашель, повышение температуры, одышку, слабость. Среди наблюдаемых детей в анамнезе были частые респираторные заболевания (ларинготрахеиты, бронхиты, пневмонии) их число достигало 8-10 раз в год. Обращало на себя внимание неблагоприятный преморбидный фон у обследуемых детей (гипотрофия, рахит, лимфатикогипопластический диатез). Почти у всех детей при всех пороках отмечались признаки нарушения кровообращения (НК 2 А ст).

При обследовании детей с ВПС наряду с общими клиническими исследованиями крови, у 35 больных определялись иммунологические: Т и В -лимфоциты, сывороточные иммуноглобулины. Почти у всех детей определялось Т и В лимфопения, при этом содержания Т –лимфоцитов колебалось в пределах 45,64± 3,63 при норме 55,00-69,00%. Содержание В лимфоцитов составило 16,00±1,35% при норме, 18,00-30,00%. Наряду с этим у них опре-

делялся повышенный уровень Ig M составляющий  $0,22 \pm 0,05$  г\л при норме  $0,19-1,46$  г\л отмечалось тенденция к снижению Ig G до  $3,05 \pm 0,61$  г\л при норме  $4,53-9,16$  г\л и Ig A до  $0,18 \pm 0,04$  г\л при норме  $0,20-1,00$  г\л .

Всем больным проводилась антибиотикотерапия, сердечные гликозиды, диуретики , метоболитая терапия, препараты калия . Всем детям с первых суток поступления в стационар назначали дополнительно гранулят Рибомунила 1 пакетика ( $0,75$  мг) один раз утром натошак , 4 дня подряд, затем после выписки , дети продолжали получать до 3 –х месяцев ( по 4 дня подряд каждого месяца ) .

Рибомунил комплексный иммуномодулятор, обладающий как вакцинальным эффектом против наиболее частых возбудителей инфекции дыхательных путей : пневмококка, пиогенного стрептококка, гемофильной палочки, клебсиеллы, и неспецифическим иммуностимулирующим эффектом .( Н. Binz . АМ. Remacher 1990)

В случаях возникновения очередного рецидива респираторного заболевания на фоне назначения Рибомунила лечение этим препаратом не прерывали и продолжали его по указанной схеме ( 4 дня каждого месяца по  $0,75$  мг). Детей осматривали ежеквартально. Эффективность лечения Рибомунилом оценивали по следующим показателям: среднее количество эпизодов респираторной инфекции за год и средняя длительность течения заболевания, количество курсов антибактериальной терапия в год. Среднее количество эпизодов респираторной инфекции за год уменьшилось в 3-4 раза, а средняя длительность течения рецидивов уменьшилось в 2 раза. Соответственно уменьшилось длительность и количество антибактериальной терапии.

Контрольные иммунологические исследования проведенные через 2-3 мес. после окончания курса лечения Рибомунилом 15 больным, показали тенденцию к повышению Т лимфоцитов , которая составила  $55 \pm 5,86$  % . Более заметная динамика наблюдалось в показателях В лимфоцитов  $18 \pm 5,49$  % , что касается содержания иммуноглобулинов, то уровень Ig M оставался повышенным, составляя  $0,22 \pm 0,05$  г\л. Уровень Ig G и Ig A имели выраженную тенденцию к повышению и колебались в пределах  $4,56 \pm 2,60$  г\л и  $0,22 \pm 0,4$  г\л соответственно.

### Выводы

1. Назначение Рибомунила позволяет уменьшить частоту и длительность респираторных заболеваний у детей раннего возраста на фоне ВПС.
2. Урежение рецидивов респираторных заболеваний влечет за собой уменьшение потребности в назначении антибиотикотерапии , уменьшение осложнений ВПС и тем самым способствует более быстрой хирургической коррекции порока сердца .
3. Рибомунил оказывает отчетливо выраженное положительное влияние на клинико- иммунологические показатели у детей раннего возраста на фоне ВПС
4. Рибомунил рекомендуется к использованию с целью иммунопрофилактики рецидивирующих респираторных заболеваний у детей раннего возраста с ВПС

### Список литературы

1. Иваницкий, А.В. Оценка показателей гемодинамики у больных с ВПС и легочной гипертензией / А.В. Иваницкий, В.М. Константинова, А.И. Косеню. – 2001. – С.132-137.
2. Иммунокорегурующая терапии часто и длительно болеющих детей / Н.А. Коровина [и др.]. – Москва, 1998. – 44 с.
3. Мутафьян, О.А. Врожденные пороки сердца у детей / О.А. Мутафьян. - М.: BINON publishers, 2002. - С. 11-21.
4. Романюк, Ф.П. Часто болеющие дети / Ф.П. Романюк, Т.А. Сидирова, В.П. Алферов. - Санкт-Петербург, 2000.
5. Стефани Д.В. Вельтищев Ю.Е Иммунология и иммунопатология детского возраста / Д.В. Стефани, Ю.Е. Вельтищев. – Медицина, 1996. - 384с.
6. .Banz, K. Economic evaluation of immunoprophylaxis in children with recurrent ear nose and throat infection / K. Banz, D. Schwicher, A.M. Tomas // Pharmacoeconomic. – 1994. - N 6(5). – P. 464-477.

## ЦИТОКИНЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

*Турдиева Д.Э., Алиева Н.Р.*

Кафедра госпитальной педиатрии №1 ТашПМИ. Узбекистан

**Актуальность.** Заболевания органов дыхания являются серьезной проблемой для здравоохранения в связи с их широкой распространенностью (особенно среди детей раннего возраста) и наносит экономический ущерб.

Пневмония остается распространенным заболеванием детского возраста с разнообразными клиническими особенностями, возможными осложнениями и риском развития неблагоприятного исхода [1,2].

Согласно статистическим данным лечебно-профилактических учреждений нашей республики на долю острых респираторных заболеваний и пневмоний приходится 45-60% от всей заболеваемости детей.

Трудности в изучении и оценке роли клеточного и гуморального звеньев иммунитета в педиатрии связаны с многофакторностью генеза многих заболеваний, неоднородностью клинико-патогенетических синдромов на разных этапах одной и той же нозологической формы [1], а также с особенностью иммунной реактивности у детей, в зависимости от возраста, перинатального анамнеза, преморбидного фона и других факторов. Большая роль в возникновении этих заболеваний у детей раннего возраста принадлежит патологии иммунитета, влияния провоспалительных цитокинов IL-6 и IL-8. Совокупность свойств IL-6 как фактора дифференцировки ставит его в единый ряд с наиболее важными эндогенными регуляторами иммунных и воспалительных процессов в организме. В то же время иммунологическая толерантность к возбудителю может привести к длительной персистенции и развитию медленной инфекции.

**Цель исследования** изучить показатели цитокиновой системы IL-6 и IL-8 у детей раннего возраста для подтверждения наличия инфекции при внебольничной пневмонии.

**Материалы и методы исследования.** Нами проведено обследование детей раннего возраста с пневмонией, госпитализированных в клинические отделения ГКДБ № 1 города Ташкента. Было обследовано 40 детей раннего возраста, из них 18 поступили в клинику из других стационаров, остальные 22 детей раннего возраста поступили из дома.

При обследовании детей раннего возраста ежедневно оценивались соматический, клинический и неврологический статус, еженедельно проводились клинические анализы крови, мочи, кала, бактериологические исследования, рентгенологическая диагностика патологических процессов и специального метода исследования цитокинов IL-6 и IL-8.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Результаты проведенных исследований показали, что 98,6% госпитализированных с пневмонией дети – жители города.

Анализ акушерско-гинекологического анамнеза у матерей исследуемых детей показал: матери обследованных детей во время беременности и родов имели высокую частоту острых инфекционных заболеваний (26,7%) и носительство TORCH инфекции (18,9%); медицинские аборт и самопроизвольные выкидыши наблюдались у (3,3%). У 53,3% матерей отмечалось отягощенное течение беременности: в виде гестоза у 17,7%, у 14,4% в виде угрозы прерывания, у 21,2% наблюдался синдром задержки внутриутробного развития плода на фоне хронической гипоксии и фето-плацентарной недостаточности. В 21,2% случаев беременность протекала на фоне анемии и 2,2% многоводия. В 18,9% случаях роды разрешены путем кесарева сечения, из них 2,2% по поводу отслойки плаценты, 1,3% крупный плод, 1,8% ягодичное предлежание.

Клинические проявления пневмонии, характеризовались комплексом неспецифических, а также специфических симптомов и синдромов поражения органов дыхания. Данные изменения складывались из проявлений интоксикации дыхательной недостаточности, дисметаболических нарушений и расстройства микроциркуляции.

При анализе клинической картины исследуемых детей выявлено, что дети поступали из педиатрических участков в подавляющем большинстве случаев в среднетяжелом состоянии. Тяжелое состояние регистрировалось лишь в 8,9% случаев. Пневмония в 16,6% случаев имела острое начало, клинически проявлялась влажным кашлем и жестким дыханием (55%), симптомами интоксикации (72%). Наличие фебрильной лихорадки в первые дни заболевания отмечалось в 16,6% случаев, а в 83% случаев заболевание протекало без повышения температуры тела. Тахипноэ и дыхание с участием вспомогательной мускулатуры грудной клетки выявлено у 53,3% заболевших дома. В 55% случаев был выражен цианоз кожных покровов и цианоз носогубного треугольника. У 32% детей имела сочетанная инфекционная патология в виде острой респираторно-вирусной инфекции, конъюнктивита, катарального среднего отита. У 41,4% детей выявлена сопутствующая патология со стороны центральной нервной системы в виде перинатальных поражений ЦНС. У 32,3% в виде синдрома возбуждения, у 1,5% синдрома угнетения, а у 7,6% в виде судорожного синдрома.

Оценка характера питания детей показала, что на момент заболевания на грудном вскармливании находилось 67% детей, на смешанном - 29%, а 4% детей получали искусственное вскармливание с момента рождения. Также нами отмечено, что у 6,7% детей выявлен отягощенный преморбидный фон – в виде тимомегалии.

Изменения со стороны показателей крови отражали не только инфекционный процесс (лейкоцитоз, нейтрофилёз со сдвигом влево, повышение нейтрофильного индекса -71% случаев), но и отражал иммуносупрессию у части детей (лимфопения, нейтропения), а также с первых дней заболевания отмечались следующие изменения: анемия (15,5%), тромбоцитопения (6,7%), эозинофилия (7,8%).

Изучение механизмов цитокиновой регуляции способствует глубокому пониманию иммунопатогенеза заболеваний, позволяет получить информацию о функциональной активности различных типов иммунокомпетентных клеток, о тяжести воспалительного процесса, а также позволяет подойти к изучению состояния иммунной системы организма в клинической практике.

Проведенное исследование показало, что наличие инфекционно воспалительного заболевания у женщин во время беременности определяло своеобразие иммунного статуса их детей. Гиперпродукция IL-6 была характерна для детей поступивших в клинику из других стационаров ( $88,4 \pm 22,8$  пг/мл). Эти данные свидетельствуют об антигенной стимуляции плода во время беременности и стимуляции иммунорегуляторных механизмов, следовательно IL-6 участвует в развитии воспалительно-иммунных реакций и обладает провоспалительной активностью. Концентрация IL-8 была снижена в обеих группах и составила ( $2,17 \pm 0,05$  пг/мл).

Эти данные свидетельствуют о том, что формирование внебольничной пневмонии у детей происходит на фоне низких показателей провоспалительных (IL-8) цитокинов и о несовершенстве процессов иммунорегуляции. Анализируя полученные данные, следует подчеркнуть, что локализация внебольничной пневмонии происходит при адекватной иммунной реакции детей раннего возраста, которая проявляется в виде гиперпродукции IL-6 и снижения уровня IL-8.

Таким образом, внебольничные пневмонии у детей раннего возраста протекают на фоне изменений показателей цитокиновой системы, которые зависят, очевидно, от состояния здоровья матерей, характера течения беременности и родов, что отражает их адаптационные возможности в раннем детском возрасте. Использование показателей цитокинового статуса ИЛ-6, ИЛ-8 дает возможность прогнозирования течения в раннем детском возрасте.

#### **Выводы:**

1. Внебольничные пневмонии у детей раннего возраста протекают на фоне изменений показателей цитокиновой системы, которые зависят, очевидно, от состояния здоровья матерей, характера течения беременности и родов.
2. Использование показателей цитокинового статуса IL-6, IL-8 позволяет прогнозировать течение раннего детского возраста.

## Список литературы

1. Камалов, З. С., Рахманкулова, З. Ж. Особенности становления иммунной системы у новорожденных в норме и при внутриутробных инфекциях в раннем неонатальном периоде /З. С. Камалов, З. Ж. Рахманкулова //Методические рекомендации – Ташкент, 2011. – С.1-13.
2. Оказание стационарной помощи детям: Приложение №1 к приказу МЗ РУз от 10.07.2013. №225 //Руководство по ведению наиболее распространенных заболеваний для врачей детских стационаров. ВОЗ. –С.72–83.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ В САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ

*Умарова С.С., Кудратова З.Э., Ибрагимова Н.С.*

Кафедра Клинической лабораторной диагностики, Самаркандский Государственный Медицинский институт.  
Узбекистан

**Актуальность** проблемы кишечных инфекций вирусной этиологии определяется их повсеместным распространением, высокой заболеваемостью и значительным социально-экономическим ущербом.

Среди инфекционных заболеваний у детей раннего возраста диареи занимают второе место после острых респираторных вирусных инфекций, а в развивающихся странах они являются одной из наиболее частых причин детской смертности.

До настоящего времени даже и за рубежом при применении бактериологических и серологических методов диагностики удавалось установить этиологию острых кишечных заболеваний только у 20-50% больных.

**Цель исследования:** Выявление вклада ротавирусов в структуру заболеваемости, оптимизация диагностики и определение клинико-эпидемиологических особенностей ротавирусных кишечных инфекций у детей.

**Материалы и методы исследования:** Нами проведено клиническое и лабораторное обследование 945 больных (из них 93 с РВИ) находившихся на лечении в инфекционном клиническом стационаре города Самарканда № 1 спорадическими кишечными инфекциями в возрасте от 1 месяца до 3 лет на основе разработанных критериев включения.

Для выполнения поставленных задач и уточнения диагноза наряду с общеклиническими, бактериологическими, копрологическими методами исследования, проведен диагностический алгоритм наряду со стандартной процедурой обследования больных включал в себя исследование образцов фекалий с применением комплекса диагностических тестов на основе полимеразной цепной реакции (ПЦР) и копрологию.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Обследовано 945 больных с кишечными инфекциями из них 93 больных выявлена ротавирусная инфекция

По возрасту дети были разделены на 3 группы:

I группа: от 0 до 1 года - 48 детей (51,6%);

II группа: от 1 года до 3 лет - 41 детей (40%);

III группа: старше 3-х лет -4 детей (4,3%).

У детей отмечено такие осложнения в виде токсикоз-эксикоза, умеренная гепатомегалия. Явления эксикоза I ст. чаще отмечались у детей до года (21%) по сравнению с детьми от 1 года до 3-х лет (12,5%) и в 3 раза чаще, чем у более старших детей (7,7%). Эксикоз II ст. в наших исследованиях встречался у единичных больных: у 1 ребенка до 1 года (5,3%) и у 5 больных от 1 года до 3-х лет (10,4%). У больных старшей возрастной группы явлений тяжелого обезвоживания не отмечалось.

Наиболее часто при РВИ у детей встречался изотонический тип эксикоза с явлениями гипокалиемии (K<sup>+</sup> в сыворотке крови снижался до 3,3-3,0 ммоль/л). У 5 детей от 1 года до 3-х лет были установлены явления метаболического ацидоза.

Небольшое увеличение печени до 1-2 см встречалось у 34% детей, увеличения селезенки не выявлено ни одного ребенка.

РВИ при спорадической заболеваемости имеет осенне-зимнюю сезонность. Удельный вес ее достигает в ноябре-феврале 24-37,5% от всех ОКИ, снижаясь в летний период года до единичных заболеваний.

**Выводы:** РВИ занимает значительное место в этиологической структуре ОКИ, составляя 16,6% в общей сумме этих заболеваний. Частота выявления РВИ зависит от возраста детей, наиболее часто это заболевание встречается у детей от 1 года до 3-х лет. Неравномерность возрастной заболеваемости связана с особенностями формирования коллективного иммунитета у детей: Рв обнаруживается у 80% детей от 1 года, затем число детей, в группе детей с ОКИ, снижается до 20 % в ясельном.

Данные показатели подтверждает предположение о том, что в группу «риска» по заражению кишечной инфекцией входят лица от 6 месяцев до 1 года. Кроме этого, в группу «риска» по заражению кишечной инфекцией относятся сельские жители, дети, находившиеся в искусственном вскармливании.

## Список литературы

1. Пробиотики и ротавирусная инфекция // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 2005. - №4. - С. 48-51.
2. Острые кишечные заболевания. Ротавирусы и ротавирусная инфекция / Б.Я. Васильев, Р.И. Васильева, Ю.А. Лобзин.- СПб.: Лань, 2000. - 268 с.
3. Иммунопатогенез инфекционной болезни у детей / В.В. Иванова, Г.Ф. Железникова, И. В. Шилова // Детские инфекции. - 2005. - Т.4, №1. - С. 6-11.



## УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЗАКРЫТОЙ РЕПОЗИЦИИ ЧРЕЗМЫШЦЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Уринбаев П.У., Гафуров Ф.А., Эранов Н.Ф., Норбадалов Ф.Х.  
Кафедра травматологии и ортопедии СамМИ. Узбекистан

**Актуальность.** Среди методов лечения чрезмыщелковых переломов плечевой кости у детей одной из распространенной методикой является закрытая репозиция костных фрагментов. Однако, процент неудач при ней достаточно велик, иногда достигает до 35% [1]. Некоторым автором после ручной репозиции удалось получить в 25% случаев положительных результатов [2,4]. Имеются данные о том, что наиболее часто безуспешные результаты закрытой репозиции-78% имели место у детей со смещением дистального отломка в локтевую сторону [3].

Среди недостатков лечения больных в гипсовой иммобилизации после закрытой ручной репозиции имеет место вторичное смещение костных фрагментов, которое наблюдалось не очень редко 9,3-24% по Mazda R.,(2001); и еще больше до 1/3 случаев по Г.М.Тер-Егизарову(1984). Выходом из подобного положения в свое время считалось применение скелетного вытяжения за метафиз локтевой кости, в вертикальном положении плеча [3,4].

**Цель работы:** описание самых частых направлений смещений дистального отломка чрезмыщелковых переломов плечевой кости. Описание нами применяемой методики закрытой репозиции с последующим дистракционным остеосинтезом.

**Материалы и методы:** Наше сообщение основано на анализе результатов лечения у 61 детей, лечившихся за 2019 г. Мальчиков было 42 (69%), девочек -19 (31%). По возрасту больные распределялись: до 4г.-16 (26%) от 5 до 8л. -28 (46%), от 9 до 17 л.-17(28%) детей. Дети поступили в стационар от 1 до 7 дней после получения травмы.

Наш анализ частоты и направления смещения дистального отломка показало, что по данным показателями больные дети распределяются на следующие группы:

1) больные с наличием углового (сгибательного, разгибательного) смещения; 2) больные с наличием ротационного и аддукционно углового смещения; 3) больные с несколько смещением в нескольких направлениях. Смещение дистального отломка чаще всего имело направление в ульнарную сторону-ульнарное смещение-у 67% детей, смещение кзади-49%, ротационное смещение -45%, аддукционно-угловое у 44% детей.

Нами применяющаяся методика закрытой ручной репозиции основана на изучение направление смещения дистального отломка, на изучение частоты направления смещения дистального отломка. На основании полученных данных определено понятия: плоскость смещения отломков чрезмыщелкового перелома, самые частые направления смещения дистального отломка, дополнительные рентгенологические признаки ротации дистального отломка. Плоскость смещения костных отломков чрезмыщелковых переломов- эта пространственное представление о смещенном положении отломков чрезмыщелкового перелома. Это не увиденное врачом смещение отломков во фронтальной или сагиттальных плоскостях, как при чтении рентгенограмм, а мысленное представление о третьей косо повернутой во внутрь (от фронтальной) плоскости –в которой находятся смещенные отломки.

Ротационное смещение дистального отломка определяется в боковой проекции рентгенографии локтевого сустава по выступающему краю центрального отломка. Следующий рентгенологический признак: в переднее задней проекции дистальный отломок имеет обычный рисунок, характерный для здорового сустава, а проксимальный отломок уже, чем обычный. Третий рентгенологический признак: на передне -задней проекции рентгенограммы с радиальной стороны перерыва кортикального слоя незаметно, с ульнарной стороны конец центрального отломка наслаивается на дистальный, и аддукция дистального отломка.

Методика закрытой репозиции основана на научном анализе патогенеза смещений дистального отломка, включающей мысли о роли возникновения смещения дистального отломка в силу положения предплечья, прижатое к груди ребенка; о роли спазма двухставных мышц (m.biceps. m.triceps brachii), о роли удержании центрального отломка в определенном положении среднефизиологической ротации мышцами ротаторами проксимального конца плеча.

**Методика закрытой репозиции.** Обезболивание общее. Положение ребенка лежащее на спине. Рука отводится от туловища на 45-50°, предплечье, кисть супинировано. Тракция по оси (устраняется смещение по длине); не ослабляя тракции рука сгибается под углом 90°; плечо придается вертикальное положение; для сопоставления ротационной оси дистального отломка к ротационной оси проксимального отломка, дистальный отломок ротируется кнаружи, при этом продольная ось предплечья расположенного перед груди, пересекает противоположной ключицы, в области ее средней трети.

Помощник не ослабляет тракции по оси, врач пальцами выводит дистального отломка из ульнарного смещения, аддукционно-углового смещения, ориентируюсь на среднее положение локтевого отростка, восстановления треугольника Гютера. Осуществляется дистракционный остеосинтез. Аппарат собран из двух полуколец аппарата Илизарова, спицы проводятся через метафиз локтевого отростка и средней трети плеча во фронтальной плоскости; в аппарате даётся дистракция. В нашей методике лечения мы придаём большое значение дистракции и удерживанию отломков в достигнутом дистракционном состоянии. Вытягивание по длине устраняет смещения по длине и угловое (сгибательное, разгибательное) смещение. Смещение по ширине также легко сопоставляется после устранения смещения по длине, путем пальцевого прижатия. А ротационное смещение возможно будет устранить в результате сопоставления по ротационной оси центрального отломка, исходящей от среднефизиологического ротационного положения плеча. Нужное ротационное положение дистального отломка для сопоставления с центральным отломком придается по выявленному положению предплечья, согнутого под углом 90°, расположенного спереди груди, направлением оси предплечья к середине противоположной ключицы.

Дистракционный остеосинтез благоприятствует к спадению отека, нет опасности вторичного смещения, так как пресечено спазм и натяжение двух, одно-суставных мышц плеча, причиняющие к вторичному смещению.

Методом предупреждается угловое аддукционное – варусное смещение отломков, что является профилактикой cubitus varus.

**Результаты лечения:** Оценка результатов закрытой репозиции с последующим дистракционным остеосинтезом проводили на основе полного устранения смещения дистального отломка чрезмышечкового перелома. Оценка результатов у большинства детей колебалась ниже чем «5», но больше чем «4». У них мы оценивали как «вполне хорошо». Сюда включили результаты лечения: полное сопоставление, но с наличием остаточного углового сгибательного, разгибательного смещения до 5°.

Аддукционное-угловое смещение до 5° (без учета физиологического вальгуса), которое может являться причиной cubitus rectus (прямая локоть) оценивали как «хорошо». Смещение в передне-заднем направлении на 1/3 поперечника у детей с верхними чрезмышечковыми переломами также оценивали как «хорошо»

Наш анализ показал что, у 60% больных был достигнут «вполне хороший» результат. У 40% детей мы получили «хорошие» результаты. Удовлетворительных, неудовлетворительных результатов не было.

**Выводы:** Таким образом, самыми частыми направлениями смещения дистального отломка чрезмышечковых переломов являются: смещение в ульнарную сторону-ульнарное (67%), смещение кзади-49%, ротационное смещение -45%, аддукционно-угловое у 44% детей.

Для устранения ротации дистального отломка его надо совоставить к центральному, ротационная ось которого удерживается мышцами ротаторами проксимального конца плеча венному ему среднефизиологическом положении. Методика закрытой репозиции с учетом самых частых направлений смещений, плоскости смещения отломков, среднефизиологическое положение центрального отломка, с последующим применением дистракционного остеосинтеза благоприятствует достижению высоких положительных результатов лечения.

### Список литературы

1. Меркулов В.Н. Лечение переломов области локтевого сустава у детей и подростков. /В.Н.Меркулов (и.др.)// Вести травматологии и ортопедии. -2011-№2.-С.38-45.
2. Проценко Я.Н., Н.А.Овсянкин, Н.А.Поздеева «Методы лечения детей с травмами области локтевого сустава». Травматология и ортопедия Россия 2011. 4(62)
3. Уринбаев П.У., Умаров А.А., Тураев Б.Т. Рентгенфункциональные исследования при застарелых переломах дистального конца плечевой кости у детей. Проблемы биологии и медицины. Международный научный журнал. №4 (85) 2015 йил. С.136-137.
4. Шамсиев А.М., Уринбаев П.У. Лечение застарелых переломов дистального конца плечевой кости у детей. Изд.мед.лит. имени Абу Али Ибн Сино, Ташкент, 2010. 162.

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПЕРКУТАННОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

*Уринбаев П.У., Холхужаев Ф.И., Эранов Ш.Н., Амонов Г.Т.*  
Кафедра травматологии и ортопедии СамМИ. Узбекистан

**Актуальность.** Анатомо-функциональные особенности скелетов ребенка в периоде его роста диктуют особые требования к выбору метода остеосинтеза. Следует учитывать незавершенность окостенения эпифиза, использовать атравматические фиксаторы для реализации идеи стабильно-функционального остеосинтеза без угрозы повреждения зоны роста кости [1,2].

Дети с переломами бедра составляют 16,6% от общего числа больных, госпитализированных по поводу повреждений различных отделов скелета. Переломы шейки бедренной кости составляют 0,5% от общего числа всех переломов у детей [3,4]. Они встречаются одинаково часто у мальчиков и девочек. Указанные переломы наиболее часты в возрасте от 5 до 14 лет и значительно реже встречаются в возрасте от 2 до 4 лет.

**Цель исследования.** Изучить результаты лечения переломов шейки бедра, описать методику перкутанного остеосинтеза переломов шейки бедра.

**Материал и методы исследования.** Под нашим наблюдением находились 62 больных ребенка, которые получили лечение за 2010-2019гг.

По возрасту, больные распределялись: 7-11 лет-25 детей, 12-17 лет-37. Мальчиков было 33 (53,3%), девочек 29 (46,7%).

У большинства детей травма возникла в быту – 80,8% , у 19,2% - в результате дорожно-транспортного происшествия. 58 (93,58%) детей поступила со свежей травмой, 4 в (6,4%) застарелом периоде. У всех больных мы выявили явные клинические симптомы, характерные для данной локализации и смещение костных отломков на рентгенограммах.

Лечение проводилось оперативным путем. Они распределились на 2 группы.

- 1- группа – открытое сопоставление костных отломков, у 3 детей с фиксацией спицами; у 2 больных – шурупами. Данный способ показан у больных с застарелыми переломами.
- 2- группа – перкутанный остеосинтез (четырьмя, пятью спицами) шейки бедра, с последующей гипсовой иммобилизацией.

Лечение в стационаре начали с обезболивания места перелома и наложения скелетного вытяжения на стандартной шине, со средним отведением конечности. Убедившись на сопоставление костных отломков на скелетном вытяжении по результатам контрольных рентгенограмм, готовились к проведению перкутанного остеосинтеза.

**Методика.** Перкутанный остеосинтез выполняется под общим внутривенным обезболиванием. На коже передней поверхности тазобедренного сустава определяется точка, соответствующая проекции шейки бедра. Эта

точка определяется путем нанесения прерывистой линии раствором бриллиантовой зелени по ходу паховой связки и по пульсации бедренной артерии. На 2-3 см ниже и латеральнее, снаружи на 3 см от пульсации артерии определяют точку. Это точка соответствует проекции шейки бедра.

По этой точке вертикально вонзается спица Киршнера концом которой «прощупывается» медиальный и латеральные края шейки. Определенная точка служит ориентиром для закрытого проведения спиц через шейки бедра. Надколенник устанавливается в середине, через подвертельной области чрескожно, с учетом анатомии шейки бедра (15° от горизонтальной плоскости) вводит спицы, количеством 2.

Примерная длина спицы, вводимой наружной поверхности в толщу метафиза, шейки бедра, в сторону головки бедра определяется от вертикально введенной спицы в шейку бедра до наружной поверхности подвертельной области, ниже большого вертела, который прощупывается путем пальпации.

Делается рентген контроль регулируется глубина спиц. Затем вводится еще 3 спицы. Вводится всего 5 спиц. Загнутые концы под углом 90° погружаются под кожу. Наружная иммобилизация тазобедренной гипсовой повязкой, со сроком на 1-1,5 месяца, иногда она продолжается гипсовой лонгетой. Через 2-2,5 месяцев назначается физиофункциональное лечение. Разрешается ходьба на костылях, сроком до 4-5 месяцев от начала лечения, с постепенной нагрузкой на оперированную конечность.

**Результаты лечения.** Описанная методика нами применена у 41 больных детей успешно, костные отломки стабильно удерживаются до костного сращения спицами (у 16 детей - консервативное лечение).

Осложнений по течению репаративной регенерации, по нахождении спиц в кости мы не наблюдали. Длительность пребывания больных в стационаре составила в среднем 10-12 дней.

**Выводы:** В отдаленном периоде спустя более 1 года, на фоне сросшего перелома шейки бедра у 1 девочки, подростка развился асептический некроз головки бедра. Причину которого мы не связываем с применением спиц, так, как у 2 детей после скрепления отломков шурупами открытым путем, подобная дистрофия головки бедра не наблюдалось. У 36 (87,9) детей результаты лечения нами было оценены как «хороший», у 5 (12,1%) – «удовлетворительные».

#### Список литературы

1. Кузьмин И.И., Кислицын М.А. Последствия лечения медиальных переломов шейки бедра// Тезисы докладов II съезда травматологов-ортопедов УрФО. Курган, 2008. С. 188-189. 1 эл. опт. диск.
2. Курьянов С.Н. Комплексная система профилактики несращений и нарушений кровоснабжения при остеосинтезе переломов шейки бедренной кости // Вестн. травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. 2008. № 1. С. 19-23.
3. Лазарев А.Ф., Солод Э.И. Оперативное лечение переломов проксимального отдела бедренной кости // Актуальные вопросы травматологии и ортопедии: материалы VIII съезда травматологов-ортопедов Узбекистана. Ташкент, 2012. С. 153-154.
4. Уринбаев П.У., Жураев И.Г., Абдурахмонов Ш.Б. Лечение переломов шейки бедренной кости у детей перкутанном остеосинтезом: материалы I Всерос. конф. "Неотложная детская хирургия и травматология" // Актуальные проблемы педиатрии: материалы XVII съезда педиатров России. М., 2013. С. 153.1эл.опт.диск.

### ПРИЧИНЫ И ЛЕЧЕНИЕ НЕСРОСШИХСЯ ПЕРЕЛОМОВ И ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ ГОЛОВКИ МЫШЦЕЛКА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

*Уринбаев И.П., Уринбаев П.У., Норбадалов Ф.Х., Салеев Б.В.*

Кафедра травматологии и ортопедии СамМИ и Республиканский Специализированный Научно Практический Медицинский Центр Травматологии и Ортопедии, Самаркандский Филиал. Узбекистан

**Актуальность.** Переломы дистального метаэпифиза плечевой кости у детей составляют 70-90% всех переломов костей, образующих локтевой сустав [1,3] и 25-30% в общей структуре всех переломов костей конечностей в детском возрасте. Тяжелыми внутрисуставными переломами дистального метаэпифиза плечевой кости являются переломы головки мышцелка плечевой кости (далее ГМПК) и, по данным ряда авторов [2], составляют от 3,5 до 20% всех переломов в области локтевого сустава у детей.

Частота осложнений переломов ГМПК у детей, по данным разных авторов, составляет от 3,3 % до 54,8 % [1,3]. Особую тревогу вызывают результаты лечения несросшихся переломов ГМПК. После оперативного лечения несросшихся переломов ГМПК, по данным ряда авторов [4], частота неудовлетворительных результатов составляет от 26,6% до 50%, тогда как исходы оперативного лечения ложных суставов были хорошие и удовлетворительные. Одной из значительных проблем при диагностике и лечении переломов ГМПК с осложненным течением является недостаточная изученность причин нарушения консолидации, отсутствие комплексного обследования. В настоящее время при обследовании детей с переломами и их последствиями основным методом диагностики является рентгенологический метод, также используются наиболее перспективные методы диагностики, такие как компьютерная томография, термография, лазерная доплеровская флоуметрия, ультрасонография [3].

Приведенные данные позволяют отнести изучение переломов ГМПК и их последствий к одной из важных и актуальных проблем в детской травматологии, далекой от своего окончательного разрешения. Подобное положение требует дальнейшего изучения этой актуальной проблемы.

**Цель исследования** - улучшение результатов лечения несросшихся переломов головки мышцелка плечевой кости и их последствий у детей, описание способов хирургического лечения.

**Материалы и методы исследования** – В работе проанализированы результаты обследования и лечения 116 детей с несросшими переломами и псевдоартрозами головки мышцелка плечевой кости у детей, лечившиеся за 2009-2017 гг. в Областной больнице ортопедии и последствий травмы, на базе кафедры травматологии и ортопедии.

дии Самаркандского медицинского института. Распределение больных по полу, возрасту и по давности травмы представлены на таблице №1.

Таблица №1

Распределение больных по полу, возрасту и по давности травмы

	Пол		Возраст				Давность травмы, дни			
	М	Д	2-5 лет	6-8 лет	9-14 лет	15-17 лет	14-21	22-30	до 60	более 60
	86	30	24	46	32	14	28	12	20	56
100%	74,1%	25,8%	20,6%	39,6%	27,5%	12%	24,1%	10,3%	17,2%	48,2%

Как видно из данных таблицы №1, часто несросшие переломы наблюдались у мальчиков, чем у девочек, часто в возрасте от 6 до 14 лет, и почти у половины больных давность травмы составляла 60 дней и более после травмы.

В результате анализа предшествовавшего лечения выяснилось, что 22 больным помощь была оказана медицинскими специалистами; 84 больным медицинская помощь была оказана врачами районной больницы (66), травмпункта (10) и стационара (8); 10 больных по поводу свежего перелома за медицинскую помощь, своевременно не обращались ни кому. Эти данные, в частности объясняя причину несросшихся переломов головки мыщелка плечевой кости у детей, также свидетельствуют о допущенной ошибке диагностики и лечения свежих переломов врачами практической деятельности.

У детей с несросшими переломами клинически выявляются деформация сустава, нарушение треугольника Гюнтера, вальгусное отклонение предплечья, поздний неврит локтевого нерва. Выраженность клинических признаков соответствуют давности травмы, прошедшей после получения повреждения, тяжести патологического состояния.

У 10 больных мы обнаружили полный объем движения, у остальных имелась контрактура в суставе: у 18 незначительное ограничение амплитуда движения в суставе - до 120° (при норме 140°), у 34 детей на половину объема движения (70°-90°), у 54 больных объем движения менее чем половины нормального объема движения.

Нарушение оси руки в виде вальгусной деформации (у 11 больных) было характерно для несросшихся переломов псевдоартрозов с нарушением артикуляции с головкой луча, а варусная деформация (у 6 больных) для стабильных псевдоартрозов.

Представляет большой интерес в практической медицине анализ причины несращения головки мыщелка. Среди 99 больных с несросшимися переломами у 23 рентгенологически имелось большое латеральное смещение с поворотом отломка более, чем на 90°, с отсутствием контакта смежных поверхностей излома, с нарушением артикуляции с головкой луча (подвывихом, вывихом отломка). При наличии описанных видов смещения отломков, образующийся регенерат на плоскости излома не может обеспечить консолидацию из-за обращения плоскостей в разные стороны. Среди 76 больных, у 12 перелом был по типу эпифизеолиза, у остальных эпиметафизарный перелом: линия излома брала начала в борозде блока, пересекая зону роста, проходила по метафизу и заканчивалась над надмыщелком; это означало, что поверхность излома представляла собой разнородную ткань: хрящевую, костную. Для них смещение отломков было типичное: латеральное + проксимальное смещение, в результате чего между отломками образовался диастаз, на 2-3-4 мм и более, а величина латерального смещения превосходила 4-5 мм.

Причины несращений у наших больных мы видим в наличии смещения отломка латерально+ проксимальное, в результате чего разнородная ткань (хрящевая и костная) будет находится против друг-друга, иначе, соприкасается друг-другом неоднородная ткань.

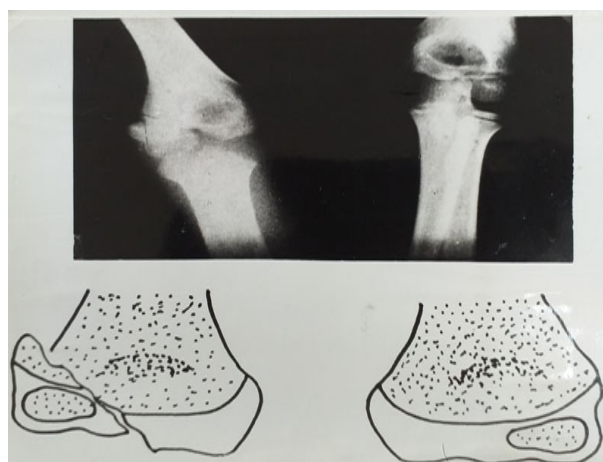


Рис 1. Фото рентгенограмм, и схема перелома со смещением латерально –проксимальное, объяснение в тексте.

Вследствие чего процессы регенерации будут протекать полициклическим путём, и за обычный срок: 2-3 недели костная мозоль образующая между отломками не успеет созреть. Требуется длительный срок иммобилизации. Врачи же практики, из-за боязни развития контрактуры сустава, иммобилизацию прерывают по прохождении 2-3 недели, назначают движения в суставе, с целью лечебной гимнастики, увеличение объема движения в суставе.

Что, по видимому, является одной из причины прерывание регенерации и развития несращения перелома. И так в связи с особенностями хода линии излома и локализации отломка при небольшом (до 3-5 мм) смещении отломка кнаружи, кверху суставная поверхность ступенообразно деформируется и можно полагать, что хрящевая поверхность излома в области эпифиза относительно, частично противостоит костной поверхности излома в области метафиза. Происходит соприкосновение разнородных тканей, что, по-видимому, замедляет образование регенерата, и за обычный срок иммобилизации сустава он оказывается непрочным. В этих случаях при ранних занятиях лечебной гимнастикой может наблюдаться несращение.

Лечение несросшихся переломов головки мыщелка. У 12 больных во возрасте от 2г.2 мес. до 6-7 лет (у одного 13 лет) лечение проводили длительной иммобилизацией, путем наложения циркулярной гипсовой повязки. Переломы срослись за сроком от 3 недели до 2 месяцев (в зависимости от возраста ребенка и давности травмы - от 2 до 6 недель).

Открытый металлоостеосинтез несросшихся переломов головки мыщелка, плечевой кости проводился у 85 больных детей, после очищения от фиброзных наслоений поверхностей излома, сопоставление, фиксация осуществляли 2-мя, 3-мя спицами Киршнера.

Методика операции. Методика отличается тем, что первая спица направляется от сопоставленного, уложенного на свое ложе отломка в сторону, противоположного надмыщелка. При таком направлении спицы угол, образуемый между ней и направлением мышц, прикрепляемых к отломку, становится прямым,  $90^{\circ}$  и рефлекторный спазм мышц не может вызвать диастаза между отломками.

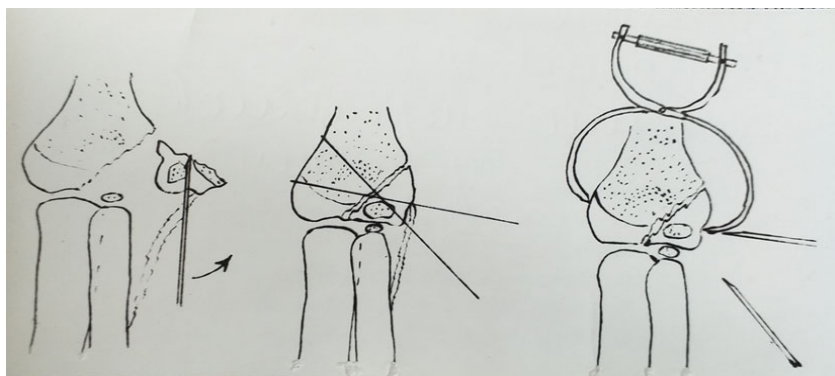


Рис. 2. Схема сопоставление отломка и фиксация спицами. Направление одной спицы от отломка к внутреннему надмыщелку, другой спицы под углом  $30^{\circ}$  и более к первой спицы. Фиксатор- цапка удерживающая отломка до фиксации спицами.

Хирургическое лечение псевдоартрозов головки мыщелка плечевой кости с применением костной пластики: мы усовершенствовали методику хирургического лечения псевдоартрозов головки мыщелка путем применения диафизарного трансплантата, взятых из собственной малоберцовой кости больного.



Рис. 3. Фото рентгенограммы локтевого сустава. А. Костная пластика трансплантатами из диафиза малоберцовой кости. Б. Псевдоартроз сросся. Рентгенограмма перед удалением спиц. В. После удаления спиц.

Техника операции: Разрез кожи латеральным доступом. Рассекают и иссекается фиброзная, рубцовая ткань между метафизом и головкой мыщелка и метафиза. На метафизе подготавливается площадка для размещения трансплантата. Рука на операционном столе разгибается, выводится из вальгусного положения, в этот момент образуется диастаз между метафизом и головкой мыщелка. Измеряется величина диастаза. Взятие костного трансплантата из малоберцовой кости ребенка: в области средне-нижней трети голени, после разреза кожи, отодвигание мышц, поднадкостнично, при помощи пилой Джигли берется трансплантат необходимой длины. Накладываются послойные швы, шов на кожу. Трансплантат рассекается на 2 половины. Один более длинный, чем другой. Во вре-

мя укладки трансплантатов надо иметь ввиду физиологический угол между диафизом и головкой мыщелка. Для этого суставу придается согнутое положение (под углом 130-140°). Уложенные трансплантаты фиксируются, вначале возможно проведение через костные каналы, обязательно через фрагментарно. Еще одна-две спица проводятся от головки мыщелка к блоку (ориентир внутренний надмыщелок). Эта спица является осевой, в случаях наложения аппарата Илизарова. В тех случаях, когда стабильность фиксации спицами считается достаточным, наружная иммобилизация проводится гипсовой лонгетой.

**Результаты обсуждения.** Результаты лечения мы изучали на основе критерии оценки отдаленного результата, где учитывали сращение перелома, функции сустава, ось руки, состояние зоны роста.

12 больных с несросшимися переломами головки мыщелка, которым было проведено лечение способом длительной иммобилизации сустава. Они находились под диспансерным наблюдением. Среди них у 1 у больного, спустя 8 недель после травмы сращение не наступило, ему было установлено показание к операции, и после операции получено сращение. У остальных у 2 результаты оценены как «отлично», у 7 хорошо; у 2 удовлетворительно, неудовлетворительных результатов не было.

Отдаленные результаты оперативного лечения несросшихся переломов и псевдоартрозов головки мыщелка нами изучены у 78 больных, в сроках от 6 месяцев до 6 лет. Отличные результаты наблюдались у 34(43,3%) хорошие- у 36(46,1%), удовлетворительные у 4(5,3%), неудовлетворительные- у 4(5,3%) больных.

#### **Выводы.**

1. Лечение переломов головки мыщелка остаётся трудной задачей, череватыми тяжелыми последствиями, нарушение функции сустава, нарушения оси руки, позднего неврита локтевого нерва.
2. Причинами несращения следует считать ошибки диагностики и тактики лечения, в том числе короткий срок иммобилизации гипсовой повязкой у тех больных, у которых смещение отломков оценено как незначительной.
3. Среди причинных факторов развития несращения и ложного сустава следует отметить внутрисуставной характер перелома, состояние отломанного фрагмента из хрящевой ткани и из костной ткани, сопоставление разнородных тканей при наличии латерально-проксимальное небольшое (4-5мм) смещение костного отломка, приводящее к образованию мозоли с удлинённым сроком, выходящее за пределом принятого срока иммобилизации сустава.
4. Хирургическое лечение несросшихся переломов с фиксацией костных отломков спицами, в методике нашей модификации и лечение псевдоартрозов головки мыщелка костной пластикой трансплантатом из диафиза собственный малоберцовой кости у большинства больных (94,7%) обеспечивает успешные результаты.

#### **Список литературы**

1. Азизов М.Ж., Ходжанов И.Ю., Умаров Ф.Х. Хирургическое лечение застарелых повреждений и ложных суставов головки мыщелка плечевой кости у детей. Практическое медицина. 2016 г. август том 1. С 24-28.
2. Купцова О.А., Баиндурашвили А.Г., Никитин М.С. Причины неудовлетворительных результатов лечения детей с переломами головки мыщелка плечевой кости. Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. Том №4 Выпуск 1. 2016г. С 11-15.
3. Уринбаев П.У., Эранов Н.Ф., Уринбаев И.П. Хирургическое лечение псевдоартрозов головки мыщелка плечевой кости с применением костной пластики// Материалы IX съезда травматологов-ортопедов Узбекистана актуальные проблемы травматологии и ортопедии. Ташкент, 2017 г., С. 96-97.
4. Чибиров Г.М., Солдатов Ю.П. Лечение больных с нарушением функции локтевого сустава, сопровождающимся посттравматическим псевдоартрозом мыщелка плечевой кости. Гений ортопедии №3, 2013 г. С 80-81

### **НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭКГ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРИ РАЗНЫХ ФОРМАХ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА**

*Файзуллоев Ф.А., Тоджибоева З.А., Аминов Х.Дж., Шамсов Б.А.*

Государственное учреждение «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии»  
МЗиСЗНРТ

**Актуальность.** Среди врожденных пороков развития удельный вес врожденных пороков сердца (ВПС) в Таджикистане достигает до 38%. Частота встречаемости новорожденных и родившихся живыми с ВПС составляет среднем 3-5 на 1000 .ВПС являются причиной летальных исходов (около 30-40% ) всех случаев смерти, ассоциирующихся с пороком развития, не менее 4-10% младенческих смертей.

ВПС являются одной из причин высокой смертности среди детей раннего возраста, это патология формирующаяся в процессе эмбрионального развития, при которой нарушается гемодинамика , постепенно приводит с сердечной недостаточности и дистрофическим изменениям организма. ВПС могут привести к нагрузке сердца или объемом или сопротивлением , или к тому или другому вместе . Перегрузка тех или других отделов сердца вызывают гиперфункцию и гипертрофию миокарда, дилатацию полостей сердца дистрофию сердечной мышцы. Все эти процессы находят свои отражения на электрокардиограмме (ЭКГ). В настоящее время ЭКГ является неотъемлемой частью клинического обследования каждого больного с ВПС .

**Цель исследования:** оценка особенности ЭКГ при различных форма ВПС у детей раннего возраста

**Материалы и методы исследования.** Обследованы 30 детей с ВПС в возрасте от 0 до 3 лет за 2016 год. В детском кардиоревматологическом отделении Национального медицинского центра Республики Таджикистан проводилось научное исследование по оценке ЭКГ детей раннего возраста с ВПС. Всем больным проведены клинические, инструментальные методы исследования в том числе и ЭКГ. При исследовании больных с дефектом меж-

предсердной перегородки (ДМПП) было 14 что составляло 37%, с дефектом межжелудочковой перегородки (ДМЖП) было 18 что составляло 42 %, стеноз легочной артерии - 2 что составляло 4%, тетрада Фалло - 4 соответственно 13%, Атрио-вентрикулярная коммуникация - 2 что соответственно 4%.

При исследовании было использовано ЭКГ аппарат «Сопес ТМ» с 12 стандартными отведениями при скорости 25мм/сек. ЭКГ записывали в состоянии покоя в положения больного лежа на спине.

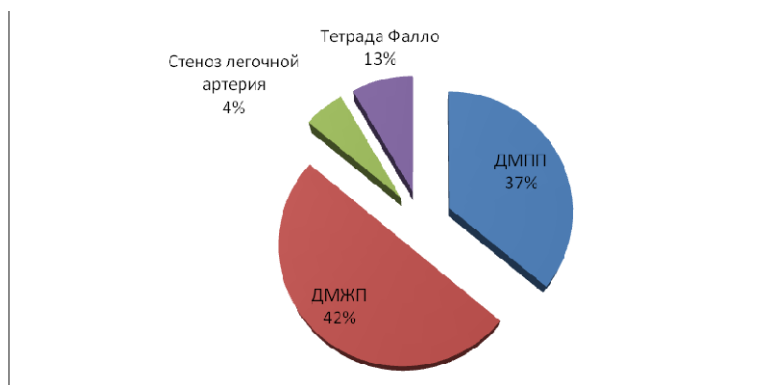


Рисунок 1. - Частота ВПС у детей

**Результаты исследования и их обсуждение.** Состояние у всех обследуемых детей расценено, как тяжёлое, связанное с основным заболеванием. У них отмечались: выраженная одышка (ЧД 35-55 в минуту), тахикардия (130-160 ударов в минуту), цианоз носогубного треугольника, беспокойство и снижение аппетита, которые сочетались с выраженными симптомами интоксикации. При аускультации выслушивался систолический шум. У всех больных диагноз обоснован с ультразвуковым исследованием сердца с доплерографией.



Рисунок 2. - ДМЖП

У больных с ВПС при ДМЖП тяжесть клинических проявлений и ЭКГ изменения зависело от размеров дефекта , при незначительных размерах дефекта ЭКГ-изменения отсутствовали , при больших размерах дефекта более 0,7 см наблюдались: отклонение ЭОС вправо у 70% больных (угол альфа =+ 90 +150), гипертрофия правого желудочка (30%), гипертрофия левого желудочка (20) блокада правой ножки Пучка Гиса у 15 % больных и тахикардией у всех больных.

У больных с ДМПП электрокардиографически характеризовалось отклонением отклонение ЭОС вправо у 70% (угол альфа =+ 90 +120°) и тахикардией у всех больных. Признаки гипертрофии правого предсердия (20%), правого желудочка (20%) неполная блокада пучка Гисса виде rSR V1 (15%). По мере увлечения давления в лёгочной артерии и перегрузки правого желудочка амплитуда R нарастает. Обнаруживается и признаки перегрузка правого предсердия .

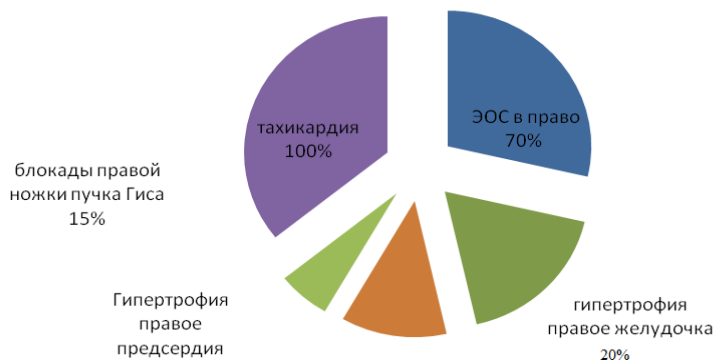


Рисунок 3. - ДМПП

ЭКГ изменения при Тетраде Фалло проявлялось отклонение ЭОС вправо 80% (+100–180°); признаки гипертрофии правого желудочка 50% ; гипертрофия правого предсердия 30%; нарушение проводимости по типу блокады правой ножки пучка Гиса 15% и тахикардией у всех больных.

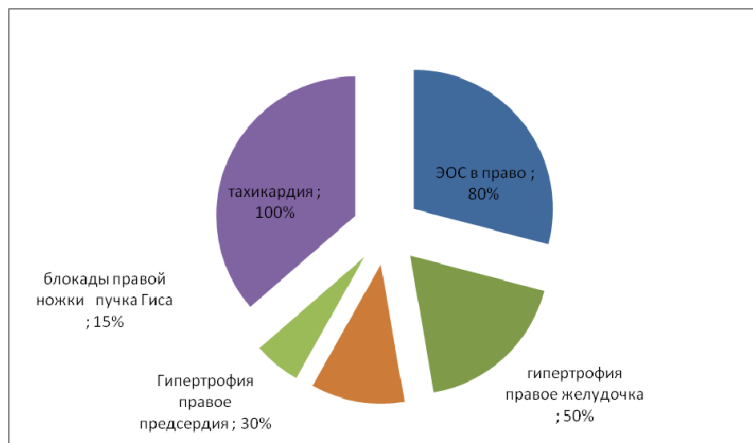


Рисунок 4. - Тетрада Фалло

ЭКГ- изменения были отмечены при стенозе легочной артерии в виде - признаков гипертрофии правого желудочка 60%, иногда с его систолической перегрузкой в виде изменения сегмента ST; ЭКГ- признаки гипертрофии правого предсердия 60% , блокада правой ножки пучка Гиса до 20%; смещение ЭОС вправо 80% и тахикардией у всех больных.



Рисунок 5. - Стеноз легочной артерии

При частичной форме АВК выявлялись отклонение электрической оси влево(0-150°) у 60% больных, в том числе и у новорожденных. Левограмма чаще всего сочеталась с признаками перегрузки правого желудочка и неполной блокады правой ножки пучка Гисса. В случае значительной недостаточности митрального клапана отмечалось преобладание признаков перегрузки левого предсердия 10% и левого желудочка 15% и неполной блокады правой пучок Гисса. При полной форме АВК обнаруживались отклонение электрической оси сердца в лево у 70% больных в сочетании с выраженной перегрузкой обоих желудочков (10%) и левого предсердия (10%) и тахикардией у всех больных.

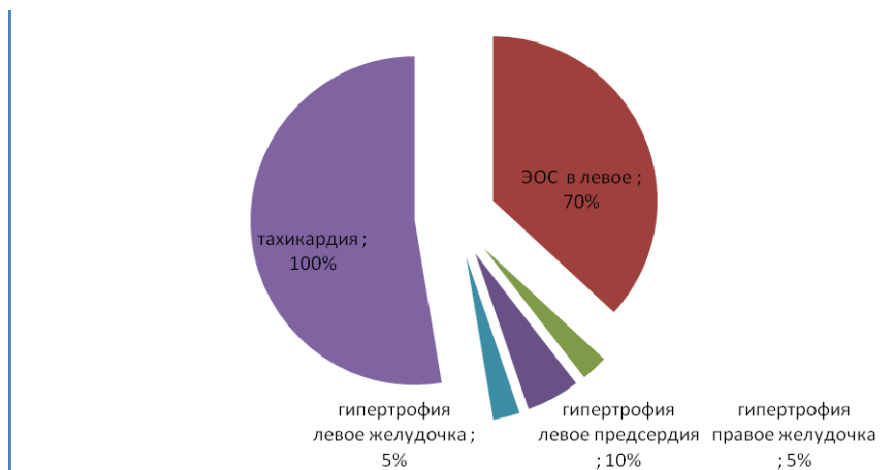


Рисунок 6. - Полная форма ав комуникации



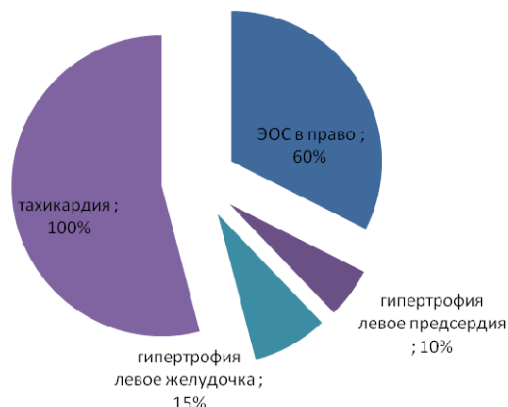


Рисунок 7 - Неполная форма ав коммуникации

**Заключение.** Таким образом ЭКГ является ценным помощником при исследовании ВПС у детей. Изменения ЭКГ при каждом из известных видов пороков сердца зависят от гемодинамической ситуации характерной для данного порока. Они выражаются в изменении положения электрической ос сердца, появления признаков гипертрофии миокарда, систолической или диастолической перегрузки того или иного отдела сердца. Нередко имеют место изменения сегмента ST и T, обусловленный дистрофией миокарда. Как показали наши наблюдения, нередко встречаются нарушения функции автоматизма и проводимости.

#### Список литературы

1. Task force 1: the changing profile of congenital heart disease in adult life / C.A. Warnes [et al.] // J Am Coll Cardiol. – 2001. - №37. – P.1170-5.
2. Congenital heart disease / R.Y. Friday [et al.] // Philadelphia: Elsevier. – Mosby, 2005. - P. 238-52.
3. Врожденные пороки сердца / В.И. Бураковский [и др.] // В кн.: Частная хирургия болезней сердца и сосудов / Под ред. В.И.Бураковского и С.А.Колесникова. - М.: Медицина, 1967. - С. 315–323.
4. Амосов, Н.М. Терапевтические аспекты кардиохирургии / Н.М. Амосов, Я.А. Бендет - Киев: Здоровье, 1983. - С. 33–96.
5. Педиатрия: национальная руководство в 2-х томах. – М.:Гэотар Медиа, 2009. – Т.2 - 341 с.

### ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ИНСУЛЬТА У ДЕТЕЙ

*Хамедова Ф.С., Джурабекова А.Т.*

Кафедра неврологии. Самаркандский Государственный Медицинский Институт. Узбекистан

**Актуальность.** Этиологические факторы острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) у детей и подростков по типу церебрального инсульта (ЦИ) в сравнении с взрослыми чрезвычайно многообразны, в связи с чем систематизация причин инсульта в детском возрасте вызывает большие затруднения. В 20% случаев причина верифицированного (по данным рентгено-компьютерной или магнитно-резонансной томографий) ЦИ у детей остается не установленной.

С позиций возрастной эволюции можно рационально подойти к разработке научных основ профилактики сосудистых заболеваний нервной системы. Существенную роль в формировании ОНМК приобретают «критические» периоды развития детского организма. [4] Несомненен вклад перинатальной патологии мозга в развитие острых сосудисто-мозговых катастроф у новорожденных и детей раннего возраста, дошкольников и старшекласников.

**Цель исследования** – выявить возрастные особенности этиологических факторов ЦИ у детей и подростков.

**Материал и методы исследования.** Анализ причин ЦИ проведен у 66 детей. Наблюдали 10 (15,38%) детей с ЦИ в возрасте до 1 года; 6 (9,23%) – раннего детского возраста; 15 (23,07%) – дошкольников; 17 (26,15%) детей младшего школьного возраста и 18 (27,69%) подростков. Средняя частота ЦИ в течение одного года каждого возрастного периода достоверно не различалась. Этот показатель составил 10 случаев на первом году жизни,  $2 \pm 0,57$  – в раннем детском возрасте,  $2 \pm 0,51$  – в дошкольном,  $2 \pm 0,66$  – в младшем школьном и  $3 \pm 0,68$  случаев у подростков в год. Преобладали ЦИ у мальчиков в 40 (60,61%) случаях. У девочек ЦИ регистрировались в 26 (39,39%) наблюдениях. У 34 (51,51%) детей ЦИ протекали по геморрагическому типу и в 32 (48,49%) случаях ЦИ верифицированы как ишемические. Отмечено преобладание геморрагических ЦИ в периоде новорожденности и раннем детском возрасте в соотношении 3:1, в дошкольном – 2:1, в старших возрастных группах это соотношение было равным – 1:1. Повторные ЦИ по геморрагическому варианту зарегистрированы у 4 (6,06%) детей. Правополушарные ЦИ были у 26 (39,39%), левополушарные – у 24 (36,36%), двусторонние (все геморрагические) – у 2 (3,03%) детей. Стволово-мозжечковые ЦИ верифицированы у 5 (7,57%) пациентов. Субарахноидальные кровоизлияния развивались у 7 (10,60%), внутрижелудочковые – у 2 (3,03%) детей. Летальный исход был в 8 (12,12%) случаях и только при геморрагических ЦИ, без достоверных различий по возрастным группам.

Все этиологические факторы ЦИ объединили в 2 группы I и II порядка. К этиологическим факторам I порядка отнесли церебральные и экстрацеребральные причины – органическую патологию ЦНС и соматической сфе-

ры. Ведущими церебральными факторами были врожденные аномалии мозговых сосудов (аневризмы артерий, вен, артерио-венозные мальформации), краниальные и экстракраниальные артерииты, нейроинфекционные и нейроонкологические причины [2]. Среди экстрацеребральных этиологических факторов выделили: кардиальные, гематологические (геморрагические диатезы, тромбоцитопения, анапластическая анемия); ренальные (острый гломерулонефрит); эндокринные (врожденная дисфункция коры надпочечников). К этиологическим факторам II порядка отнесли резидуальные состояния с неполноценностью сосудисто-мозговой, соматической реактивности, несостоятельностью нейро- и ликвородинамики. В этой группе причинных факторов особое место заняли остаточные явления перинатальной патологии (гипоксически-ишемическая энцефалопатия, незрелость ЦНС недоношенных детей, оперативные роды), легкая черепно-мозговая травма, транзиторная артериальная гипертензия, бронхиальная астма, физическое перенапряжение (в т.ч. натуживание и плач) [1]. Вычисляли пропорционально-этиологические коэффициенты (ПЭК). ПЭК1 равен соотношению абсолютного количества выявленных этиологических факторов и общего количества детей с ЦИ, ПЭК2 – соотношению абсолютного количества церебральных факторов и экстрацеребральных, а ПЭК3 – соотношению этиологических факторов I порядка и этиологических факторов II порядка.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Анализ причин ЦИ у 66 обследуемых детей показал, что у 14 (21,21%) из них определялись экстрацеребральные, у 31 (46,93%) – церебральные факторы, т.е. у 45 (68,14%) обследуемых были верифицированы этиологические факторы I порядка. Этиологические факторы II порядка выявлялись у чуть большего количества (48; 72,72%) детей. Следует полагать, что более чем у 50 % детей с инсультами имели место конstellляции факторов обеих групп, поскольку факторы II порядка в большей степени представляли собой патогенетические механизмы развития ОНМК. Например, возникновение ЦИ вследствие разрыва аномально развитого внутримозгового сосуда (мешотчатой аневризмы) на фоне интенсивной физической нагрузки, во время которой увеличивается системное артериальное давление и гемодинамическая перфузия в церебральных артериях. С другой стороны, у 6 пациентов не была установлена непосредственная причина инсульта (как при геморрагическом, так и при ишемическом вариантах), например при спонтанных субарахноидальных кровоизлияниях. Однако у 2 из них в анамнезе имелись указания на перенесенные (в периоде новорожденности у одного и в раннем возрасте у другого) менингиты (серозного и гнойного). Среди экстрацеребральных факторов наибольший удельный вес (7 детей; 10,6%) составили кардиальные причины (врожденные пороки сердца, преимущественно «синего» типа, диагностические исследования и оперативные вмешательства в этой связи с использованием аппарата искусственного кровообращения). У 5 (7,57%) детей выявлены гематологические факторы, такие как геморрагические диатезы, идеопатическая тромбоцитопения, анапластическая анемия, ДВС-синдром. По 1 (3,03%) случаю определялись ренальный (острый гломерулонефрит) и эндокринный (врожденная дисфункция коры надпочечников) факторы, сопровождавшиеся артериальной гипертензией.

Кардиальные экстрацеребральные факторы имели преимущественное значение в развитии ЦИ у детей дошкольного возраста, гематологические – у детей первого года жизни. Ренальный и эндокринный факторы регистрировались в дошкольном и раннем детском возрасте. Ведущими церебральными факторами были врожденные аномалии мозговых сосудов (аневризмы артерий, вен, артериовенозные мальформации, ангиоматоз) у 19 (28,78%) детей. Врожденные аномалии структуры мозга (синдром Арнольда – Киари, ретроцеребеллярная арахноидальная киста) верифицированы у 3 (3,54%) детей. В 3 (3,54%) случаях выявили вирусные геморрагические энцефалиты. Неспецифические инфекционно-аллергические церебральные (первичные и вторичные) артерииты и аортоартериит были причинами ЦИ у 5 (7,57%) детей. Ангиоретикулема мозговой ткани – у 1 ребенка.

Анализ возрастных особенностей церебральных факторов выявил следующее: артерио-венозные и артериальные аневризмы и артерииты нейровизуализировались чаще у детей школьного и дошкольного возраста и не являлись причинами ЦИ на первом году жизни и в раннем детском возрасте. Но аневризмы вен, венозный ангиоматоз, нейроинфекции и аномалии мозга проявлялись ОНМК и (или) сопутствовали ему главным образом на первом году жизни и в раннем детском возрасте.

Среди этиологических факторов II порядка выявлены анамнестические данные о неблагоприятии перинатального периода у 17 (25,75%) лиц, т.е. у каждого четвертого ребенка. Если принять во внимание факт, что врожденные дефекты развития мозговых сосудов и мозга имеют дизонтогенетическое происхождение, то удельный вес перинатальных факторов в развитии ЦИ увеличится как минимум вдвое. Наиболее частым фактором была гипоксически-ишемическая энцефалопатия – 8 (12,12%) случаев и недоношенность – 5 (7,57%) случаев. Оперативное родоразрешение (путем кесарева сечения) и гидроцефалия составили 4 (6,06%) и 7 (10,65%) наблюдений. Абсолютное число перинатальных факторов значительно преобладало на первом году жизни, реже – в дошкольном возрасте. Еще реже эти анамнестические данные были у детей с ЦИ в других возрастных группах. Отмечено 2 случая «позднего ребенка» и 1 случай многоплодной беременности. Артериальная гипертензия зарегистрирована у 11 (16,66%) лиц с преобладанием у детей школьного возраста в сравнении с младшими возрастными группами. То же распределение отмечено по физическому перенапряжению (6 случаев).

**Выводы.** Анализ ПЭК1 говорит о том, что абсолютное количество этиологических факторов ЦИ преобладает у новорожденных (ПЭК1=1,9 условных единиц), а по мере увеличения возраста детей имеется общая тенденция к их уменьшению, т.е. при всем многообразии причин ЦИ у ряда детей, главным образом, старшего возраста установление этиологического диагноза даже при использовании высокоинформативных параклинических методов исследования – таких, как церебральная ангиография, не было возможным. Поэтому ПЭК1 у старших школьников составил 0,9 условных единиц. ПЭК2, показывающий отношение церебральных этиологических факторов к экстрацеребральным в групповом сравнении имел тенденцию к максимальному росту у дошкольников (ПЭК2 = 12,0 условных единиц) и в меньшей степени – у старшеклассников (ПЭК2=4,0 условных единиц). Исключением являлись показатели ПЭК2 у детей раннего возраста (0,33) и дошкольников (1,16). Соотношение этиологических факторов I порядка и этиологических факторов II порядка (ПЭК3) было приблизительно одинаковым у детей ран-

него возраста и младших школьников (1,33 и 1,30 условных единиц соответственно), первого года жизни и дошкольников (0,9 и 1,0 условных единиц). У подростков этот показатель составил 0,45 условных единиц за счет преобладания этиологических факторов II порядка.

С увеличением возраста детей отмечалось уменьшение абсолютного количества причин, приводящих к развитию ЦИ, и возрастало количество инсультов с неустановленным этиологическим фактором. Критическими возрастными периодами по значимости церебральных факторов явились подростковый и в большей степени – младший школьный возраст, экстрацеребральных факторов – ранний детский и дошкольный возраст.

Большее значение в развитии ЦИ у детей имели этиологические факторы II порядка, чаще в грудном возрасте, дошкольном и старшем школьном. У новорожденных ведущими были перинатальные факторы (гипоксически-ишемическая энцефалопатия, недоношенность, гидроцефалия), а в подростковом возрасте – артериальная гипертензия, физическое перенапряжение, в дошкольном возрасте чаще, чем в других возрастных группах причиной ЦИ были легкие черепно-мозговые повреждения.

#### Список литературы

1. Быков, Ю.Н. Дифференцированная восстановительно-медикаментозная терапия больных ишемическим инсультом: Автореф. .к.м.н. / Быков Ю.Н.. - Иваново, 2000. - 24 с.
2. Назаренко Г.И., Кишкун А.А. Гомоцистеин в сыворотке // Клиническая оценка результатов лабораторных исследований.- Москва.-2000.-С. 136.
3. Факторы риска инфаркта мозга, исход заболевания в зависимости от сроков госпитализации//Журнал неврол. и псих.-2003.- Т.8.- С. 16-20.
4. Практическая неврология. Клинические разборы и наблюдения /Под ред. Н. Н. Яхно, Д. 5. Штульмана, И. В. Дамулина. М., 2001. – 94 с.
5. Трошин В. Д., Густов А. В., Трошин О. В. Острые нарушения мозгового кровообращения. Ниж. Новгород, 2000. – 112с.
6. Широков Е.А. Проблемы и перспективы превентивной ангионеврологии. // Ж.неврологии и психиатр. - 2004.- №7. - С. 4-9.

#### КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНДУКТОРОВ ИНТЕРФЕРОНА В ТЕРАПИИ КОКЛЮША У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

*Ходжаева Н.М., Маджонова М.Дж.*

Кафедра детских инфекционных болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** В настоящее время проблема коклюша вновь актуальна для практического здравоохранения всех стран мира. Несмотря на проводимую вакцинопрофилактику этого заболевания, интенсивность эпидемического процесса и показатели заболеваемости неуклонно растут, в связи с этим коклюш остаётся значимой причиной детской морбидности, летальности и серьёзной проблемой общественного здравоохранения во всём мире. Ежегодно в мире регистрируется около 60 млн случаев и умирает около 1 млн детей, преимущественно, в возрасте до 1 года [1-5].

**Цель исследования.** Изучение клинических особенностей, а также терапия коклюша у детей раннего возраста на современном этапе.

**Материал и методы исследования.** Под нашим наблюдением находилось 30 детей с коклюшем в возрасте от 1 года до 3 лет, находившихся на стационарном лечении в инфекционном отделении ГМЦ №1 имени К. Ахмедова г.Душанбе в период 2017-2018гг. Диагноз заболевания верифицирован клиническими, эпидемиологическими и лабораторными методами диагностики (обнаружение возбудителя коклюша в гортанно-глоточных смывах и серологические исследования) и проведением рентгенографии органов грудной клетки по показаниям.

Касаясь форм тяжести болезни следует отметить, что больные данного возраста поступали в стационар со среднетяжёлой и тяжёлой формой коклюша. Так со среднетяжёлой формой коклюша было зарегистрировано-24 (80%) больных, и с тяжелой формой – 6 (20%).

Как видно из приведённых данных, среди этой возрастной группы коклюш характеризуется, преимущественно, преобладанием среднетяжёлого течения болезни. Так как целью нашего исследования является также изучение эффективности индуктора интерферона в терапии коклюша, всем больным со среднетяжёлой формой, наряду с базисной терапией, был подключён анаферон детский (в каплях). Анаферон детский назначался по 10 капель на приём. В первые сутки лечения: первые 2 часа по 10 капель каждые 30 минут, затем в оставшееся время ещё 3 раза через равные промежутки времени. Со 2-х по 5-е сутки - по 10 капель 3 раза в день.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Результаты проведённых исследований свидетельствуют, что продолжительность инкубационного периода при коклюше в среднем составляла 7-8 дней. Длительность предсудорожного периода колебалась от 3 до 14 дней. Основным симптомом предсудорожного периода у всех больных был сухой навязчивый кашель с постепенным его усилением и приобретением характера спазматического на 2-3-й неделе заболевания, особенно в ночное время суток. Температура тела у большинства больных (94,6%) оставалась нормальной. Кратковременный субфебрилитет у детей был связан с присоединением ОРВИ.

Следует подчеркнуть, что длительность предсудорожного периода зависела от тяжести коклюша. У детей раннего возраста в связи с длительным предсудорожным периодом заболевание чаще протекало в среднетяжёлой форме. Основной клинический симптом коклюша-это приступообразный судорожный кашель, который отмечался у всех наблюдаемых нами больных. Максимальная частота приступов кашля колебалась от 7 до 30 раз в сутки и напрямую зависела от тяжести коклюша. Кашель нарастал по частоте в течение 1-й недели судорожного периода,

достигая максимальных значений на 2-й неделе. Длительность приступов кашля у детей раннего возраста в среднем составляла от 2 до 4 минут в зависимости от тяжести заболевания. С 3-й недели частота кашля снижалась.

У 24 (80%) наблюдаемых детей кашель сопровождался репризами. В разгар заболевания репризы отмечались при каждом приступе кашля, к концу судорожного периода на фоне ослабления кашля репризы становились менее выраженными и постепенно исчезали. Выделение вязкой слизистой мокроты после кашля наблюдалось у всех 30 (100%) детей. Наибольшее количество слизи отделялось в разгар болезни, при ослаблении приступов выделение её прекращалось. Рвота после кашля наблюдалась у 13 (43,3%) больных. Она не имела постоянного характера, была не чаще 1-4 раз в сутки и отмечалась, преимущественно, после окончания кашля. У всех детей отмечались симптомы кислородной недостаточности различной степени выраженности: от бледности кожи до цианоза во время нарушения ритма дыхания. Цианоз губ и носогубного треугольника отмечался у 22 (73,3%) больных. Задержки дыхания (апноэ) наблюдались в основном у 24 детей. Расстройства дыхания среди детей данного возраста наблюдались в основном на 1-2 неделе судорожного периода.

Судорожный синдром в данной возрастной группе был зарегистрирован только у одного больного. Судороги были зарегистрированы на 1-2 неделе судорожного кашля. Геморрагический синдром встречался нечасто и проявлялся в основном носовыми кровотечениями у 4 детей (13,3%).

Анализ гематологических данных показал, что для коклюша характерны изменения со стороны крови (лейкоцитоз, лимфоцитоз), которые наблюдались у 96,6% детей. У 28,8% больных в гемограмме отмечались нейтрофилез, повышенная СОЭ. У 25,6% больных гематологические показатели существенно не отклонялись от возрастной нормы.

Осложнения констатированы у 84% больных (бронхиты, очаговые пневмонии, энцефалопатии).

На фоне проводимой терапии отмечалось клиническое улучшение состояния. Включение в терапию противовирусного и иммуномодулирующего средства приводило к более существенному уменьшению продолжительности и выраженности основных клинических симптомов коклюша: частоты и продолжительности спазматического кашля, репризов, рвоты после кашля. На 7 день проводимой терапии у половины больных уменьшился лейкоцитоз, нормализовалась СОЭ. Клинико-лабораторное улучшение наблюдалось на  $5,1 \pm 0,1$  день лечения ( $p < 0,05$ ). Среднее количество койко-дней у больных составило  $12,1 \pm 0,4$  ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Анализируя данные клинического течения коклюша, нужно отметить, что коклюш у детей сохраняет свою типичность, среди детей раннего возраста чаще протекая в среднетяжёлой форме, характеризуясь удлинённым предсудорожным периодом, кашель имеет спазматический характер с репризами, апноэ, рвоты после кашля и тяжёлые осложнения в виде гипоксической энцефалопатии, пневмоний, носовых кровотечений.

Таким образом, препарат анаферон детский в терапии больных коклюшем позволяет добиться более раннего купирования основных клинических симптомов заболевания, улучшить лабораторные показатели, снизить частоту осложнений, сократить сроки госпитализации.

#### Список литературы

1. Тимченко, В.Н. Эволюция коклюшной инфекции у детей / В.Н. Тимченко, И.В. Бабаченко, Г.Я. Ценева. – 2005. - 105 с.
2. Попова, О.П. Современные аспекты коклюша у детей / О.П. Попова, А.В. Горелов – 2017. - 80 с.
3. Александрова, О.К. Клинико-эпидемиологическая характеристика коклюша у детей Кубани / О.К. Александрова, Т.Н. Перепелкина, Л.В. Гусакова // Материалы IV ежегодного Всероссийского конгресса по инфекционным болезням. - М., 2012. – С.14.
4. Бабаченко, И.В. Клинико-лабораторные особенности коклюшной инфекции у детей в современных условиях / И.В. Бабаченко. – 2006. - С. 22-26.
5. Учайкин, В.Ф. Руководство по детским инфекционным болезням / В.Ф. Учайкин. – 2002. - С. 576.

#### ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СКАРЛАТИНЫ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА *Ходжаева Н.М., Бобоева З.Р.*

Кафедра детских инфекционных болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Стрептококковые заболевания среди воздушно-капельных бактериальных инфекций занимают ведущее место. Доминирующее положение в патологии человека имеют стрептококки группы А (СГА) [1,2,4,5]. Распространенность СГА как респираторного патогена, множество его серотипов и легкость передачи предопределяют повсеместную распространенность стрептококковой инфекции у детей, особенно в организованных коллективах. Клинические варианты стрептококковых инфекций многообразны, но среди детей дошкольного возраста, а также младшего школьного возраста преобладает скарлатина. Это единственная форма инфекции, ответственная за массивную, вспышечную заболеваемость среди детей и развивается у лиц, не имеющих антитоксического иммунитета. В наше время, несмотря на стабильно невысокую заболеваемость, скарлатина остается актуальной капельной инфекцией в связи с развитием осложнений со стороны ЛОР-органов (ангины, фарингиты, отиты и др.) и кожи (импетиго и др.), а также возникновением выраженных аутоиммунных заболеваний (ревматизм, гломерулонефрит, васкулиты) и различных генерализованных форм (пневмония, сепсис, остеомиелит, менингит, синдром инфекционно-токсического шока) [3,4,5].

**Цель исследования.** Изучить клинические особенности скарлатины у детей школьного возраста.

**Материал и методы исследования.** Под нашим наблюдением находился 21 ребёнок с диагнозом «Скарлатина» в возрасте от 7 до 14 лет, находившиеся на стационарном лечении в детских инфекционных отделениях Городского Медицинского Центра г.Душанбе в 2018-2019 гг. Больные были разделены по тяжести болезни- сред-

нетяжелая форма у 15 (71,4%) детей и у 6 (28,6%) обследованных - тяжелая форма заболевания. Были госпитализированы в стационар на 3-4 день болезни- 14 (66,7%) детей, а остальные на 5 и более день болезни. В среднем больные дети провели в стационаре- 6-8 суток.

Диагноз был выставлен на основании клинической картины и лабораторных методов исследования – бактериологического посева из зева на группу стрептококков. Кроме того, всем больным проводилось рутинное исследование, по показаниям - биохимические методы исследования, ЭКГ.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В результате проведенного исследования установлено, что заболевание во всех случаях имело типичное течение. Острое начало болезни с повышением температуры тела до 38°C наблюдалось у 33,3 % больных, до 39°C - у 38% больных детей, и до 40°C – у 28,7 % больных. Длительность лихорадочного периода в среднем составила - 7-10 дней. Симптомы интоксикации проявлялись в виде нарушения аппетита, слабости, вялости, тошноты, головной боли, сонливости у 86% больных, рвота- у 38% детей. Период высыпания начинался с появления на коже мелкоочечной сыпи с типичной локализацией на гиперемизированном фоне кожи. Белый дермографизм был положительным. Линии Пастиа в местах естественных складок наблюдались у 52,4% больных детей. Бледный носогубной треугольник (симптом Филатова) отмечен у большинства больных детей. Высыпания сопровождалась зудом кожи. Кожа сухая, теплая, шероховатая. Длительность периода высыпаний составила в среднем 7-10 дней. Первичный аффект проявлялся синдромом острого тонзиллита, который характеризовался болями в горле, яркой отграниченной гиперемией зева, а также увеличением подчелюстных и тонзиллярных лимфатических узлов. У большинства больных была выявлена гнойная ангина. Длительность этих изменений в среднем составила 7-9 суток. У большинства больных в среднем на 4-5 день болезни отмечался малиновый язык. Шелушение кожи отмечалось в среднем на 8-12 день болезни.

**Выводы.** Таким образом, скарлатина у детей школьного возраста имела типичное течение, преимущественно, заболевание протекало в среднетяжелой форме. Все клинические симптомы скарлатины – симптомы интоксикации, сыпи, ангины с регионарным лимфаденитом были ярко выражены.

### Список литературы

1. Современные представления о *Streptococcus pyogenes* и вызываемой им патологии / А.А. Тотольян [и др.] // Эволюция стрептококковой инфекции: руководство для врачей. - СПб, 2015. - С. 32-49.
2. Хаертынов Х.С. Случай синдрома токсического шока у больного скарлатиной / Хаертынов Х.С., В.А. Анохин., Исмагилова М.Г. - Вестник современной клинической медицины.-2013. Том-6, №3, ст. 32-35.
3. Кокорева С.П. Современные подходы к терапии острых тонзиллитов у детей / Кокорева С.П., А.С. Макарова, Л.М.Илунина, В.Б. Котлова, А.В. Доценко- Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке» 2011, том 13, №2, ст.284-285.
4. Краснова Е.И. Стрептококковая инфекция: монография / Краснова Е.И.- Новосибирск, Сибмедицдат. НГМУ-2015г. Ст. 61-70.
5. Тимченко В.Н.-Клиническая характеристика скарлатины у детей /В.В. Леванович, В.Н. Тимченко, Е.Б. Павлова, Н.Б. Павлова // Эволюция стрептококковой инфекции: руководство для врачей.- СПб, 2015 г, ст. 66-80.

## К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКСИДЖАДА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПЕРЕГРУЗКОЙ ЖЕЛЕЗОМ

*Ходжаева Н.Н., Исмаилов К.И.*

Кафедра детских болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Наследственные гемолитические анемии (НГА) будучи хорошо изученными с позиций трансфузиологии и гематологии привлекают всё больше внимания специалистов и других отраслей медицины, в том числе педиатрии. Из-за постоянной миграции населения в мире нет государства, где не регистрировались бы наследственные гемолитические анемии (НГА). По данным ВОЗ, в мире насчитывается около 100млн человек с дефицитом активности Г-6-ФДГ и более 300 млн носителей с нарушенным гемоглобином и большинство из них проживают в Юго-Восточной Азии, в том числе и в Республике Таджикистан.

Заслуживает внимание то, что гемолитический процесс при НГА делает носителей аномальных генов чрезвычайно чувствительными к действию средовых факторов и восприимчивыми к частым инфекционным заболеваниям и осложнениям, причина которых остаётся невыясненной. Кроме того хроническая перегрузка железом приводит к ранней инвалидизации детства и большие погибают в раннем возрасте [1-4].

**Цель исследования.** Оценить эффективность применения эксиджада у пациентов с хронической перегрузкой железом.

**Материал и методы исследования.** Мы изучили результаты лечения 25 больных со средней и тяжелой степенью НГА, из них 13 (43%) мальчиков и 12 (57%) девочек в возрасте от 2 до 15 лет, в комплексную терапию которых был включен курс эксиджада. Препарат применялся во внутрь из расчета 10 мг/кг веса в течение года.

Комплексное обследование детей включало следующие методы: клинико-анамнестические и лабораторные данные, а также морфологический анализ крови и костного мозга, железо сыворотки и ферриттина.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Клинически у больных первой группы отмечались бледность кожи с восковидным оттенком, вялость, умеренная гепатоспленомегалия (увеличение селезенки до 2-3 из-под края реберной дуги). Изменения со стороны костной системы в виде склонности к образованию башенного черепа.

У больных второй группы кожа была бледно-желтушная с землистым оттенком. Отмечалась деформация черепа (35,5%), увеличение верхней челюсти и готическое небо (72,6%) западание переносицы (83,9%). Гепатоспленомегалия (увеличение селезенки до 4-6см).

Клинически у детей третьей группы исследования отмечалась бледно-желтушная кожа с землистым оттенком и иктеричность слизистых оболочек. Характерны были деформация черепа, западение переносицы (85,9%) отдаление глазниц и монголоидный разрез глаз, выступание скул, резцов и клыков с нарушением прикуса, аномалии зубов (26,2%). Выраженная гепатоспленомегалия (увеличение селезёнки более 6 см имело место у 9 (36%) больных.

**Таблица 1. - Жалобы больных НГА**

Жалобы	абс. Число	%
Слабость, вялость	25	100
Быстрая утомляемость при нагрузке	23	92
Головокружение	22	88
Головные боли	20	80
Мелькание мушек перед глазами	22	88
Шум в ушах	24	96
Снижение аппетита	25	100
Побледнение кожи	23	92
Желтушность кожи	19	76
Одышка в покое	23	92
Сердцебиение	18	72
Повышение температуры тела	13	52
Тяжесть в подреберье	18	72
Увеличение размеров живота	22	88
Кровотечения и синяки	4	16
Боли в животе	8	32
Жидкий стул	3	12

Как видно из таблицы 1, среди жалоб, предъявляемых больными, доминировали слабость (у всех детей), быстрая утомляемость при нагрузке (92%), снижение аппетита (100%). Изменения со стороны ЦНС проявлялись головокружением (88%), цефалгией (80%), шумом в ушах (96%) и мельканием мушек перед глазами (88%). Жалобы на бледность и желтушность кожи предъявляли 92% и 76% больных детей соответственно.

Среди жалоб, характеризующих поражение ССС у детей с НГА, ведущими явились одышка в покое (92%), сердцебиение (72%), неприятные ощущения в области сердца (28%).

Немаловажное значение имели такие жалобы, как увеличение объема живота и тяжесть в подреберье, встречающиеся у 88% обследованных. Кровотечения различного происхождения (носовые, десневые, кишечные) и синяки на коже нами выявлены в 16% случаев.

Расстройства желудочно-кишечного тракта проявлялись в виде болей в животе (32%) и жидкого стула (12%). Повышение температуры тела было отмечено у 13 (52%) больных, вероятной причиной которого являлся интенсивный процесс гемолиза (гемолитический криз).

Исследование объективных данных показало, что общее состояние больных с НГА при поступлении было тяжелым (93,8%), обусловленным глубокими метаболическими нарушениями, гемосидерозом внутренних органов. Дети резко отставали в физическом и половом развитии, в большинстве случаев отмечались снижение тургора тканей и истончение подкожно-жировой клетчатки (65,7%).

Дети были бледными, вялыми, неохотно вступали в контакт. У детей с талассемией на первый план выступали характерные для НГА стигмы: деформация черепа, приводящая к формированию «лица больного анемией Кули» - башенный череп (36,3%), увеличение верхней челюсти и готическое нёбо (81,2%), западение переносицы (84,8%), отдаление глазниц и монголоидный разрез глаз, выступание скул, резцов и клыков с нарушением прикуса, аномалии зубов (крошение, частое поражение кариесом) – 26,9%

Кожа была бледной у всех обследуемых детей, бледной с восковидным оттенком у 18,2%, бледно-желтушной с землистым оттенком - у 62,4% больных. У 81,3% детей слизистые оболочки были бледными, а в 24,0% случаев - иктеричными.

Наибольшее практическое значение имеет также исследование печени и селезенки, которые претерпевают значительные изменения при НГА. Нарушение гомеостаза железа и гемосидероз данных органов обуславливают нарастание их размеров, значительное увеличение объема живота, что нами было выявлено у 25 (44,6%) детей. Характеристика основных синдромов у детей с НГА представлена в таблице 2.

**Таблица 2. - Основные синдромы детей с НГА**

Показатели	Количество больных	
	абс. число	%
Анемический синдром	23	92
Желтушный синдром	19	76
Гепатомегалия (см)		
1-5	9	36
>5	16	64
Спленомегалия (см)		
у края реберной дуги	3	12
1-5	10	40
> 5	12	48

Среди обследованных детей значительная гепатомегалия обнаружена у 16 (28,5%), спленомегалия - у 22 (39,3%). Печень выступала на 6-11 см из-под края реберной дуги, в части случаев была плотной и умеренно болезненной; селезенка увеличена на 8-12 см и при пальпации также была плотной консистенции. Наши данные согласуются с работами ряда авторов, отмечающих, что уплотнение печени связано с гемосидерозом органа, что в сочетании с фиброзом приводит к циррозу. Из исследованных нами больных с гемолитическими анемиями 5 детям была произведена спленэктомия.

В комплексную терапию пациентов нами был включен препарат Эксиджад. Ранее проведенные мультицентральные исследования показали высокую клиническую эффективность использования Эксиджада у детей с наследственными гемолитическими анемиями.

Клинический наблюдения за больными с наследственными гемолитическими анемиями продемонстрировали положительную динамику, состоящую не только в достоверном уменьшении клинических проявлений анемического синдрома, но и в снижении частоты гемотрансфузий.

Применение Эксиджада было изучено у детей старше  $\geq 2$  лет с хронической посттрансфузионной перегрузкой железом.

Ежедневное применение Эксиджада в течение одного года у детей с  $\beta$ -талассемией на фоне продолжающихся гемотрансфузий привело к уменьшению запасов общего железа в печени, (СЖП) снизилось в среднем на 0,4 мг/Fe/г сухого вещества печени, концентрация ферритина в сыворотке крови уменьшилась в среднем почти на 36 мкг/л. При применении препарата в тех же дозах соотношение экскреции железа к поступлению железа в организм составляло 1,02, что являлось показателем нормального баланса железа.

Терапия препаратом эксиджада в дозе 10 мг/кг массы тела в течение одного года привела к снижению концентрации ферритина сыворотки на 222,0 мкг/ от исходных значений, а у пациентов, получающих плацебо, концентрация ферритина в сыворотке крови увеличилась на 114,5 мкг/л.

**Выводы.** Поскольку концентрация ферритина в сыворотке крови определялась ежемесячно, отражая изменения содержания железа в печени, динамика концентрации ферритина в сыворотке крови может являться критерием для оценки эффективности терапии и, соответственно, качества жизни пациента.

#### Список литературы

1. Алексеев, Н.А. Гематология детского возраста / Н.А. Алексеев. - М. Гиппократ, 2009. - 1039 с.
2. Жарова, М.А. Определение вторичной иммунной недостаточности, ассоциированной инфекцией при хронических инфекционно-воспалительных заболеваниях и синдроме хронической усталости / М.А. Жарова // Эфферентная физико-химическая медицина. - 2012. - №4. - С. 24-38.
3. Малашенкова, И.К. Роль лимфотропных вирусов в патогенезе синдрома хронической усталости и иммунной дисфункции / И.К. Малашенкова, О.Г. Гурская, И.А. Зуйков // Российский аллергологический журнал. - 2012. - №4, Вып 1. - С. 193-195.
4. Руководство по лабораторной гематологии / Под. общ. Ред. А.Н. Воробьева. - М.: Практическая медицина, 2011. - 352 с.

### ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИМАТИЧЕСКИХ И КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ СДВИГОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ГИЭ В ГОРОДЕ ДУШАНБЕ

*Хотамова М.Н.*

Кафедра детских болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Проблема глобальных и региональных изменений окружающей среды и климата становится в настоящее время актуальной в связи с усиливающимся влиянием антропогенных факторов, в частности, с продолжающимся ростом концентрации CO<sub>2</sub> и других парниковых газов в атмосфере [1,2]. В XXI веке научное сообщество пришло к консенсусу в оценке причин глобального потепления: повышение уровня моря, изменение количества и характера осадков, увеличение пустынь.

Глобальная средняя приземная температура в Таджикистане, согласно прогнозам, повысится в период с 1990 г. по 2100 г. на 1,4-5,8°C.

Колебания свертывающей системы крови весьма чувствительны к различным факторам внешней и внутренней агрессии и имеют особенности, зависящие как от возраста, так и климатических условий. Некоторые авторы отмечают [3,5], что функциональное состояние свертывающей системы подвержено сезонным колебаниям и влиянию солнечной активности [4,8]. Однако работ по влиянию климатических изменений, связанных с глобальным потеплением, недостаточно.

Поэтому **целью** настоящей работы было исследование свертывающей системы крови у новорожденных детей, перенесших ГИЭ в зимний и летний период, когда температуры достигают своих минимумов и максимумов.

**Материал и методы исследования.** Проведено сравнительное исследование основных показателей свертывающей системы крови у 240 новорожденных с ГИЭ в раннем и позднем неонатальном периоде в Городском центре здоровья г. Душанбе в зависимости от средней температуры летом и зимой за период 2010-2013гг.

С целью выявления характера и степени выраженности нарушений гемостаза проведены исследования, определяющие стадии свертывания крови и фибринолиза у доношенных новорожденных с ГИЭ до месячного возраста. Для определения сезонных колебаний изучаемых показателей, исследование крови новорожденных проведено как летом, так и зимой.

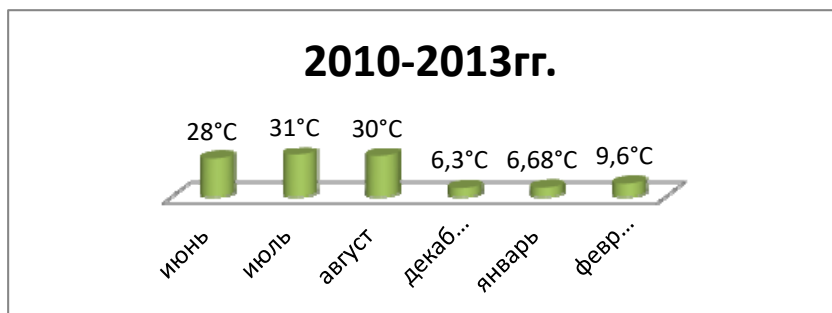


Рисунок 1. - Наиболее жаркие и холодные дни за 4-года

**Результаты исследования и их обсуждение.** В промежуток времени с 2010 по 2013 гг. наиболее холодными месяцами оказались декабрь /+6°/ и январь /+7°, а наиболее жаркие - июль /31°, август /30°/ (Рисунок 1).

У новорожденных с ГИЭ, родившихся в зимние месяцы, в конце раннего неонатального периода большинство показателей свёртывающей системы по годам имеют явные изменения, за исключением двух показателей – протромбиновый индекс и АЧТВ.

При этом, изменения времени кровотечения имеет явную динамику за счёт разницы между показателями 2011 (+8,2°С) и 2013 (+6,8°С) годов, наиболее длительное кровотечение наблюдались в 2012 и 2013 гг. (+5,5°; +6,8°) (<0,001), т.е. чем ниже температура окружающей среды в холодное время, тем выше время кровотечения. На рисунке 2 указана средняя температура в Душанбе зимой за 2010-2013года.

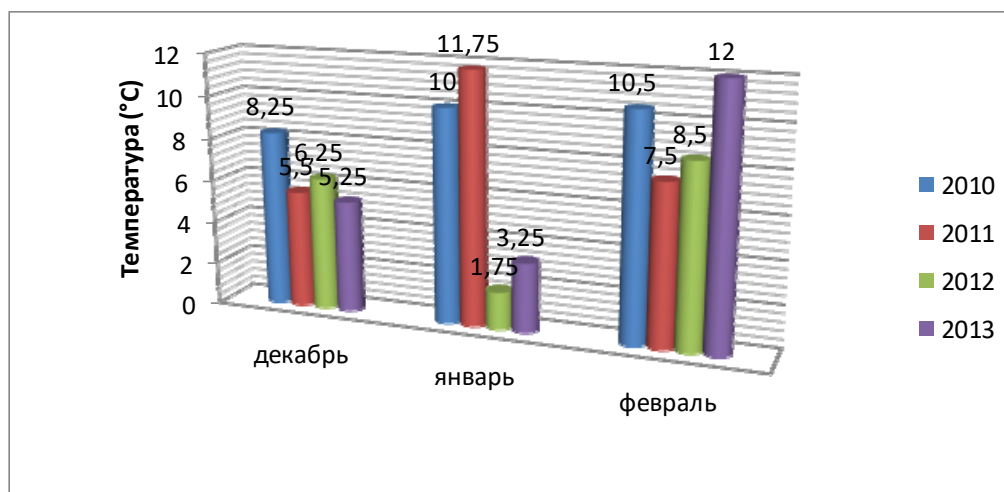


Рисунок 2. - Средняя температура в Душанбе зимой за 4-года (по месяцам)

Уровень фибрина и фибриногена прямо пропорционально температуре окружающей среды, т.е. чем выше температура в холодный период времени, тем быстрее кровь сворачивается, и в тоже время чем выше температура окружающей среды, тем выше уровень фибрина и фибриногена (<0,001). Самая высокая температура воздуха в зимний период – 2010 и 2011 гг. ( среднее значение +9,6°С; +8,2°С). Тромботест, время рекальцификации и толерантность плазмы к гепарину тоже в зависимости от температуры окружающей среды имеют явную динамику (<0,001), т.е. чем ниже температура в зимний период, тем выше тромботест, время рекальцификации и толерантность. Показатель МНО тоже незначительно изменяется, т.е. чем ниже температура, тем низкий её показатель (<0,001). Остальные показатели свёртывающей системы (протромбиновый индекс и АЧТВ) в холодный период времени оказались стабильными и показали колебания в пределах статистической ошибки (>0,05), что подтверждает устойчивость гомеостатических систем.

У новорождённых с ГИЭ в конце раннего неонатального периода в летнее время имеется достоверное удлинение времени кровотечения, снижение толерантности плазмы к гепарину, укорочение времени рекальцификации (<0,001).

Показатель фибриногена тоже имеет явную динамику, т.е. чем выше температура, тем выше фибриноген (<0,001). Показатели МНО и АЧТВ также изменяются в зависимости от температуры окружающей среды (<0,001; <0,01). Остальные показатели (фибрин, тромботест, протромбиновое время и протромбиновый индекс) не меняются (>0,05).

В летнее время, чем выше была средняя температура лета, тем ниже были показатели уровня фибриногена. При этом, если в зимнее время зависимости времени кровотечения от фибриногена не было выявлено, то в летнее время обнаружена прямая корреляционная связь, т.е. чем ниже уровень фибриногена, тем короче время кровотечения. На рисунке 3 указана средняя температура в Душанбе зимой за 2010-2013года.



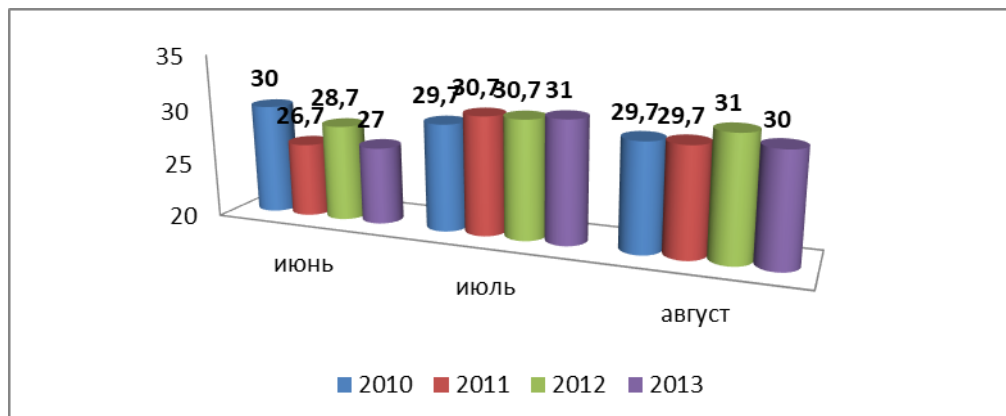


Рисунок 3. - Средняя температура в Душанбе летом за 4-года (по месяцам)

Наши исследования выявили, что продолжительность кровотечения может увеличиваться как при низких температурах окружающей среды, так и при значительном повышении температуры в летний период времени. В тоже время уровень фибриногена имеет всегда положительную динамику при повышении температуры.

У детей с гипоксически ишемической энцефалопатией в позднем неонатальном периоде в 2012 -2013 годах, где наблюдался самый холодный пик температуры воздуха ( $5,5^0; 6,8^0$ ) по сравнению с другими годами, имели явные изменения в свёртывающей системе крови: это время кровотечения, фибриноген, время рекальцификации, тромбиновое время и протромбиновый индекс ( $<0,001$ ), которые имели тенденцию к увеличению. Что касается фибрина, толерантность плазмы к гепарину, МНО и АЧТВ в холодный период года оказались стабильными ( $>0,05$ ), что подтверждает устойчивость гомеостатических систем.

Анализ результатов исследования свёртывающей системы у новорождённых с ГИЭ, родившихся в жаркие месяцы (июнь-август 2012-2013), по годам, показали явную динамику изменений, где пик солнечной активности составил ( $30,2^0; 29,8^0$ ) в отличие от других годов.

У новорождённых в раннем и позднем неонатальном периоде в летнее время отмечалось гиперкоагуляция по АЧТВ ( $35-36,8с.$ ), которая превышала возрастную норму. Протромбиновое время у всех новорождённых тоже превышала возрастную норму ( $25-25,6с.$  при норме  $15-18с.$ ). Фибриноген тоже превышал возрастную норму ( $3,8-4,9г/л$  при норме  $1,25-3,0г/л$ ). Наличие гиперкоагуляции свидетельствует о том, что у новорождённых в позднем неонатальном периоде имеется напряженность систем гемостаза с компенсированным внутрисосудистым свёртыванием крови.

Таким образом, полученные нами результаты указывают на то, что у новорождённых с ГИЭ в ранний и поздний неонатальный период имеется напряженность системы гемостаза с компенсированным внутрисосудистым свёртыванием крови, что может привести к первой фазе ДВС синдрома, которая до определённого момента может быть мало выражена клинически.

Анализ сравнения между зимним и летним периодом показал, что большинство показателей свёртывающей системы крови меняются. Время кровотечения в 2010 и 2011 годы между зимним и летним периодом был наименьшим ( $<0,01$ ;  $<0,05$ ). Что касается фибрина, фибриногена, время рекальцификации, МНО и АЧТВ, то в 2011, 2012 и 2013 гг. показали максимальные отличия между зимним и летним периодом ( $<0,001$ ). Протромбиновое время и протромбиновый индекс в 2010 году по сравнению с другими годами показали свои максимальные отличия ( $<0,001$ ), ( $<0,01$ ), Тромботест показал значительное отличие в 2011 году ( $<0,01$ ). Максимальное отличие толерантности плазмы к гепарину был в 2012 и 2013 годы ( $<0,001$ ), по сравнению с 2011г. ( $<0,05$ ).

Таким образом, по всем компонентам свёртывающей системы крови имеются динамика изменений по годам. Проведённый анализ подтвердил наличие зависимости некоторых параметров свёртывающей системы крови от температурных колебаний. Поэтому можно констатировать, что глобальное потепление будет оказывать влияние на свёртывающую систему крови у новорождённых с гипоксически ишемической энцефалопатией.

#### Список литературы

1. Изменения глобального климата. Роль антропогенных воздействий / Ю.А. Израэль, Г.В. Груза, В.М. Катцов, В.П. Мелешко // Метеорология и гидрология. - 2001. - № 5. - С. 5-21
2. Логинов В. Глобальные и региональные изменения климата. Причины и следствия. – М.: Тетрасистемс, 2008.
3. Показатели системы гемостаза и морфологического состава крови у доноров клеток крови при изменении солнечной активности в течение года / В.И. Ващенко [и др.] // Вестник гематологии. - 2013. - Т.9, №2. -С.70-74.
4. Скипетров, В.П. Сезонная динамика гемостаза и фибринолиза в средней полосе России / Скипетров В.П. // Гематология и трансфузиология. – 1993. – Т. 38, № 3. – С. 28-30.
5. Сезонная динамика некоторых показателей гемостаза у здоровых людей старших возрастов / Н.Х. Хамидов [и др.] // Здравоохранение Таджикистана. – 1991. - № 2. - С. 40-43.

# ИЗУЧЕНИЕ ПИЩЕВОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

*Худайбергана Н.Х., Йулдошева Д.Ш., Абзалова Д.А., Рашидова М.А.*

Кафедра пропаганды внутренних болезней №2 Ташкентской медицинской академии

**Актуальность.** Питание является одним из важнейших факторов, определяющих здоровье населения. Правильное питание обеспечивает рост и развитие детей, способствует профилактике заболеваний, продлению жизни, повышению работоспособности и создает условия для адекватной адаптации к окружающей среде. Обеспечение здорового питания подрастающего поколения является важнейшим направлением государственной политики (постановление Правительства РФ от 10.08.98г. № 917 «Концепция государственной политики в области здорового питания населения Российской Федерации на период до 2005 года»). В школьном возрасте выделяют два этапа развития, рассматриваемых в качестве критических - младший школьный возраст и период полового созревания [3]. Дети 6-8 лет характеризуются одновременным изменением базовых механизмов организации всех высших психических функций, усилением метаболических процессов мозга, высокой степенью напряжения гомеостатических механизмов адаптации на фоне резкой смены динамического стереотипа социальных условий среды, воспитания и питания [1-2]. Серьезные трудности возникли в последние годы в организации школьного питания. Изменение правового положения школьных столовых, прогрессивный рост цен на продукты питания привели к дезорганизации системы школьного питания и значительному сокращению числа учащихся получающих горячее питание. Это определило серьезные нарушения пищевого статуса младших школьников вследствие изменений в структуре и режиме питания, культуре здорового образа жизни [5]. Необходимость разработки региональных, с учетом сложившегося потребительского рынка, научно-обоснованных гигиенических рекомендаций по рационализации питания детей в условиях общеобразовательной школы обусловили проведение проспективных исследований с комплексным изучением показателей пищевого статуса учащихся младших классов [4-5]

**Цель работы:** с целью определения алиментарно-зависимой микронутриентной недостаточности среди детей школьного возраста с избыточной массой тела, изучить статуса питания указанной группы детей.

**Материалы и методы исследования.** 130 школьников были разделены на 2 возрастные группы: дети 8 лет 6 месяцев – младший школьный возраст (подгруппа А) и дети 14 лет 6 месяцев – средний школьный возраст (подгруппа Б). В результате антропометрии в 1А (относительно здоровая группа) включили детей с ростом и массой тела на уровне медианы, или в пределах  $\pm 1$  стандартного отклонения (1СО) по стандартам антропометрических показателей (ВОЗ, 2007). Во 2А группу вошли дети с увеличением веса и индекса массы тела (ИМТ) по отношению к возрасту в пределах  $+2СО$  от медианы по стандартам (дети с избыточной массой тела) (ВОЗ, 2007). Подразделение группы среднего школьного возраста была проведена идентично на 1Б и 2Б. Клинические признаки микронутриентной недостаточности выявлены у учащихся группы 1А и 1Б соответственно 34,2% - 37,3%, тогда как среди представителей группы 2А и 2Б показатель был 51,3% - 53,7%. Клинические признаки микронутриентной недостаточности отмечены как в группе младшего школьного возраста, так и в группе среднего школьного возраста. Режим питания не соответствующий возрастным особенностям отмечалось как среди школьников с избыточным весом так, и среди школьников с весом в пределах нормы соответственно: (32,4% - 51,4%). Изменения отмечены также в понижении кратности питания (43,7% - 63,7%) перерывов между приемами пищи 5-8 часов и более (23,7% - 49,3%), пропуск приемов пищи (29,3% - 33,3%), что приводит к понижению частоты потребления основных продуктов и блюд и снижению уровня пищевого статуса. Установлена сопряженность показателей режима питания с показателями физического развития школьников.

Дефицит потребления калорий выявлен у 59,5-74,8% учащихся, белков - у 62,8-74,6%, жиров - у 21,1-37,2%, витамина С - у 89,5-96,3%, витамина В - у 47,3-52,5%, что характерно для недостаточного пищевого статуса детей. Установлена статистически достоверная сопряженность частоты потребления биологически ценных продуктов и блюд с показателями распространенности клинических признаков микронутриентной недостаточности у детей школьного возраста.

**Выводы.** Клинические признаки микронутриентной недостаточности выявлены у 54% учащихся младших и средних классов с большим распространением признаков у детей с избыточной массой тела 51,3% - 53,7%. Режим питания не соответствующий возрастным особенностям на 39% чаще отмечалось среди школьников с избыточным весом (32,4% - 51,4%). Нутриентный дефицит отмечен в обеих возрастных группах с более частым проявлением у детей с избыточным весом 36% - 57%. Использование методов биологического тестирования по показателям пищевого статуса, включение в систему социально-гигиенического мониторинга факторов питания обеспечивают выявление на ранней стадии признаков микронутриентной недостаточности, позволяют своевременно разрабатывать предложения по коррекции питания, объективно оценивать эффективность и результативность проведенных мероприятий.

## Список литературы

1. Баранов, А.А. Федеральная целевая программа "Здоровый ребенок" / А.А. Баранов, Л.А. Щеплягина, Л.М. Сухарева // Российский педиатрический журнал. 2011. - № 1. — С. 5-8.
2. Беляев, Е.Н. Характеристика фактического питания и здоровья детей в регионах Российской Федерации / Е.Н. Беляев, В.И. Чибураев, А.А. Иванов и др. // Вопросы питания. 2010. - № 6. - С 3-7.
3. Васильев, А.В. Методические подходы к оценке пищевого статуса / А.В. Васильев, Ю.В. Хрущева // Клиническая диетология. 2014. - Т.1. -№ 1.-С. 4-13.
4. Вишневецкая, Т.Ю. Взаимосвязь физического развития и уровня минерализации костной ткани в детском и подростковом возрасте / Т.Ю. Вишневецкая, В.В. Черпасов // Вестн. СПбГМА им. И.И. Мечникова. 2012. - № 1-2. - С. 61-62.

5. Иванов, А.А. Нормативные и методологические основы создания и развития социально-гигиенического мониторинга за состоянием здоровья и питанием населения Российской Федерации / А.А. Иванов // Вестн. СПбГ-МА им. И.И.Мечникова. 2009. -№ 1-2. - С. 58-62.

## ФЕБРИЛЬНЫЙ СУДОРОЖНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

*Худойдодова С.Г., Фарманова М.А.*

Бухарский Государственный Медицинский институт. Узбекистан

**Актуальность.** Несмотря на определенные успехи перинатологии, частота поражений ЦНС у детей снижается незначительно. Основными патогенетическими факторами повреждения мозга являются гипоксия-ишемия, травматическое воздействие и внутриутробное инфицирование. У беременных женщин при положительных ответах на антител TORCH-инфекции имело место неблагоприятное воздействие на беременность, а также на все органы и системы плода, особенно на его ЦНС [3,4].

В структуре детской инвалидности, поражения нервной системы, составляют около 50%, а заболевания нервной системы, приводящие к инвалидизации и дезадаптации детей, в 70-80% случаев обусловлены перинатальными факторами. Судорожные состояния встречаются у 2-3% детей в различном возрасте. Как правило, наличие судорог у ребенка требует от врача решения широкого спектра задач - определение причины возникновения судорог, возможной их взаимосвязи с другими заболеваниями, в том числе генетически детерминированными, определение риска повторных эпизодов судорог, трансформации их в эпилепсию, установление возможных предикторов прогноза, выбора тактики терапии и методов профилактики. Клиническая практика показывает, что при неправильной интерпретации природы судорог, недостаточном учете факторов риска, несвоевременной или неадекватной терапии возможно, развитие резистентных к антиконвульсантам, форм эпилепсии с выраженными нарушениями нервно-психических функций и последующим формированием стойких изменений, приводящих к инвалидности [2].

Диагностика и лечение судорожного синдрома наиболее сложны в детском возрасте, так как спектр клинических проявлений судорог у детей чрезвычайно широк от неонатальных и фебрильных судорог до эпилепсии. Эпилептические синдромы и формы эпилепсии с началом приступов в детском возрасте чрезвычайно разнообразны по этиологии и клиническим проявлениям. В настоящее время их насчитывается более сорока. Среди них имеются доброкачественные с неотяжелым течением, практически полным выздоровлением, а также более злокачественные формы, которые часто сопровождаются умственной отсталостью, двигательными нарушениями и с трудом поддаются терапии.

В современной медицинской практике наметилась тенденция ограничения использования термина «судорожный синдром» как характеристика универсальной реакции организма на разные патогенные воздействия. Этот термин применим у новорожденных и у детей раннего возраста при первых судорожных состояниях неясного генеза. В дальнейшем удается установить причины, вызывающие припадки. Основными патогенетическими факторами повреждения мозга являются гипоксия-ишемия, травматическое воздействие и внутриутробное инфицирование [2,4]. Внутриутробные инфекции (ВУИ) как с восходящим, так и гематогенным инфицированием относятся к числу важнейших патологических процессов. ВУИ как причину перинатального поражения нервной системы (ППНС) принято диагностировать при наличии у новорожденного выраженной клинической картины заболевания, протекающего с вовлечением центральной нервной системы (ЦНС). При таких ВУИ, как хламидии, микоплазмы, вирусы семейства *Herpesviridae* и другие возбудители маломанифестные инфекции, часто не описывают яркой симптоматики в период новорожденности, что позволяет обозначить их как маломанифестные инфекции (ММИ). Вялотекущий воспалительный процесс вызванный хламидиями, микоплазмами и вирусами герпеса, может не быть ведущим фактором тяжелого инвалидизирующего поражения ЦНС, а играть роль дополнительного фактора [1]. Однако при этих инфекциях на первом году жизни часто диагностируют задержку психомоторного развития, респираторные и кишечные инфекции.

**Целью** нашего исследования было изучение причин фебрильного судорожного синдрома с перинатально поражением нервной системы у детей раннего возраста.

**Материал и методы исследования.** Комплексно обследованы 60 детей в возрасте от 1 месяца до 1 года с судорожным синдромом на фоне повышения температуры тела, поступившие в отделение интенсивной терапии. Детей находившиеся под наблюдением распределили на 3 группы: 1-я – детей с судорожным синдромом, перенесшие перинатально церебральную ишемию и гипоксию родившиеся в срок. Во 2-ю группу вошли недоношенные дети, перенесшие перинатально церебральную ишемию-гипоксию родившиеся с оценкой по шкале Апгар ниже 6 баллов, 3-ю группу включили детей без патологии в перинатальном периоде с фебрильным судорожным синдромом. В 1-ю группу включили 24 (40%) детей, во 2-ю 6 (10%) на сроке гестации от 29 до 33 недель 10 (16,7%) на сроке гестации от 34-37 недель. В 3-ю группу включили 20 (33,3%) детей.

Комплексное неврологическое обследование включало: сбор и анализ данных анамнеза, оценка неврологического статуса пациентов, электроэнцефалографию (ЭЭГ), клиничко-лабораторные исследования. Клинически выделили следующие синдромы, изменения со стороны центральной нервной системы, расстройства вегетативной нервной системы, синдром гипервозбудимости, нарушения моторного развития, сочетанные формы задержки. Расстройства вегетативной нервной системы проявлялись в виде изменения со стороны кожных покровов («мраморность», периорбитальный и периоральный цианоз, гипергидроз общий и ладоней), желудочно-кишечных дискинезий (метеоризм, срыгивания, неустойчивый стул). Синдром гипервозбудимости диагностировали при наличии эмоциональной лабильности, чрезмерной двигательной активности, тремора, неустойчивости концентрации внимания, при трудностях засыпания, дефиците сна в течение суток и нарушениях сна.

Наличие маркеров цитомегаловируса и вируса простого герпеса (JgM, JgG) в образцах сыворотка крови определяли методом ИФА. Изучено анамнестические данные матерей во время беременности.

**Результаты исследования и их обсуждение.** У больных детей, 1-й группы на момент обследования по данным субъективной оценки и клинического наблюдения. Были выявлены нарушение моторного развития, в виде мышечной дистонии или гипотонии у 34,5% больных детей, у 35% детей в клиническом статусе отмечался синдром гипервозбудимости, у 41% больных детей регистрировались расстройства вегетативной нервной системы (эмоциональная неустойчивость, капризность, расстройства сна). Лишь у 3% больных в исходах болезни на фоне перинатального поражения ЦНС отмечены очаговые нарушения. У 22,5% больных детей этой группы в психоневрологическом статусе отмечена задержка психомоторного развития. У детей 2-й группы выявлены повышенную частоту очаговых поражений центральной нервной системы, по сравнению с таковой у больных 1-й группы (33%), что указывает на тяжесть перенесенной гипоксии-ишемии мозга. У 64,5% больных детей были установлены нарушения моторного развития, а у 65% - расстройства вегетативной нервной системы такие как эмоциональная неустойчивость, капризность, расстройства сна, адинамия, апатия, повышенная раздражительность, плаксивость, тремор век подбородка, пальцев рук, похолодание конечностей, снижение аппетита, диспептическое нарушение, повышенная потливость. Подавляющее большинство детей наблюдалось задержка психомоторного развития (58%) по сравнению с 1-й группы. Из анамнестических данных женщин во время беременности, также лабораторных данных крови детей выявлена JgG у 22% детей 1-й группы, 48% детей 2-й группы цитомегаловирусная инфекция, у 8% 1-й группы, 12% 2-й группы – инфицирование вирусом простого герпеса 1-го и 2- типа, 41% детей 2-й группы выявили микст-инфекцию цитомегаловирусная и вирус простого герпеса 1-го типа. На фоне гипоксически-ишемических поражений центральной нервной системы у детей 2-й группы фебрильный судорожный синдром имел рецидивирующий характер, а у детей 1-й и 3-й судорожный синдром имел эпизодический характер.

**Выводы.** К группе риска по возникновению тяжелых поражений ЦНС относятся недоношенные дети, дети с аномалиями конституции, внутриутробным инфицированием, дети, рожденные женщинами с отягощенным течением беременности и родов. Патологическое действие на организм инфекционных агентов, усугубляет ишемическо-гипоксические поражение центральной нервной системы.

Все дети с перинатальным поражением центральной нервной системы должны находиться под наблюдением лечебно-профилактической учреждении.

С целью предотвращения и снижения перинатального поражения ЦНС у детей раннего возраста обязательно исследовать женщин планирующих беременность и беременных женщин на ММИ (ЦМВ, ВПГ и др.). Только своевременная диспансеризация, наблюдение и соответствующая терапия в большинстве случаев способствуют обратному развитию патологических симптомов и восстановлению нарушенных функций, а также предотвратить отягощения и осложнения различных патологий у детей раннего возраста.

#### Список литературы:

1. Маломанифестные инфекции перинатального периода и их клинико-неврологические проявления у детей и подростков / Ю.И. Вайншенкер [и др.] // Инфекционные болезни. - 2013. №1(11). - С.44
2. Пальчик, А.Б. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных / А.Б. Пальчик, Н.П. Шабалова. - М., 2009. – С.39-43.
3. Шавази, Н.Н. Беременность при TORCH инфекции / Н.Н. Шавази, Н.И. Закирова // Проблемы биологии и медицины. - 2014. - №3 (79). – С. 185.
4. Цинзерлинг, В.А. Инфекционные поражения нервной системы: Вопросы этиологии, патогенеза и диагностики / В.А. Цинзерлинг, М.Л. Чухловина. - СПб:Элби-СПб, 2011. –584 с.

### ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ОППОРТУНИСТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ

*Шамсиев Ф.С., Ким О.В., Гафарова Ф.М., Абдужабарова З.М.*

Кафедра педиатрии Ташкентского института усовершенствования врачей. Узбекистан

**Актуальность работы.** Изучение ВИЧ-инфекции определяется её повсеместной встречаемостью, высокими темпами распространения, невероятной изменчивостью вируса, длительной активностью источника инфекции, существенным влиянием на эпидемиологическое развитие других социально значимых заболеваний, дорогостоящим лечением, отсутствием до настоящего времени средств специфической профилактики, крайне высокой летальностью и тяжелейшими социально-экономическими последствиями [1, 2, 4].

Естественный рост числа ВИЧ-инфицированных детей требует оказания специализированной медицинской помощи, включающей наблюдение за клиническим состоянием и мониторинг иммунного статуса, профилактику и лечение оппортунистических инфекций (ОИ), а также антиретровирусную терапию (АРВТ), которая позволяет существенно продлить жизнь ВИЧ-инфицированного пациента [3]. Однако многие аспекты патогенеза и клинического течения ВИЧ-инфекции у детей в зависимости от различных факторов нуждаются в дальнейшем углубленном изучении. Неясна роль различных ОИ в степени угнетения иммунной системы и развитии неблагоприятных исходов.

**Цель исследования.** Изучить спектр наиболее часто встречающихся ОИ у ВИЧ-инфицированных.

**Материал и методы исследования.** Объектом исследования были 1017 детей с перинатальным контактом с ВИЧ и детей с подтвержденным ВИЧ- статусом. Изучено анамнез жизни и заболевания, объективный осмотр, общие анализы крови и мочи, биохимические анализы крови, серологические, скрининговые и инструментальные методы исследования.

Скрининговые лабораторные методы исследования, включающие полный клинический анализ крови, развернутые биохимические исследования сыворотки крови, определение сывороточных антител к вирусам гепатитов В и С, Herpes simplex, Cytomegalovirus, Toxoplasma gondii, Chlamidia trachomatis, Ureaplasma urealyticum и Mycoplasma, проводились на базе клинико-биохимической и радиоиммунологической лаборатории РСНПМЦ педиатрии (зав. лаб. – профессор А.Н. Арипов) унифицированными методами на биохимическом анализаторе “Optima” (Финляндия) набором реактивов “Kone” и “Hospitex”.

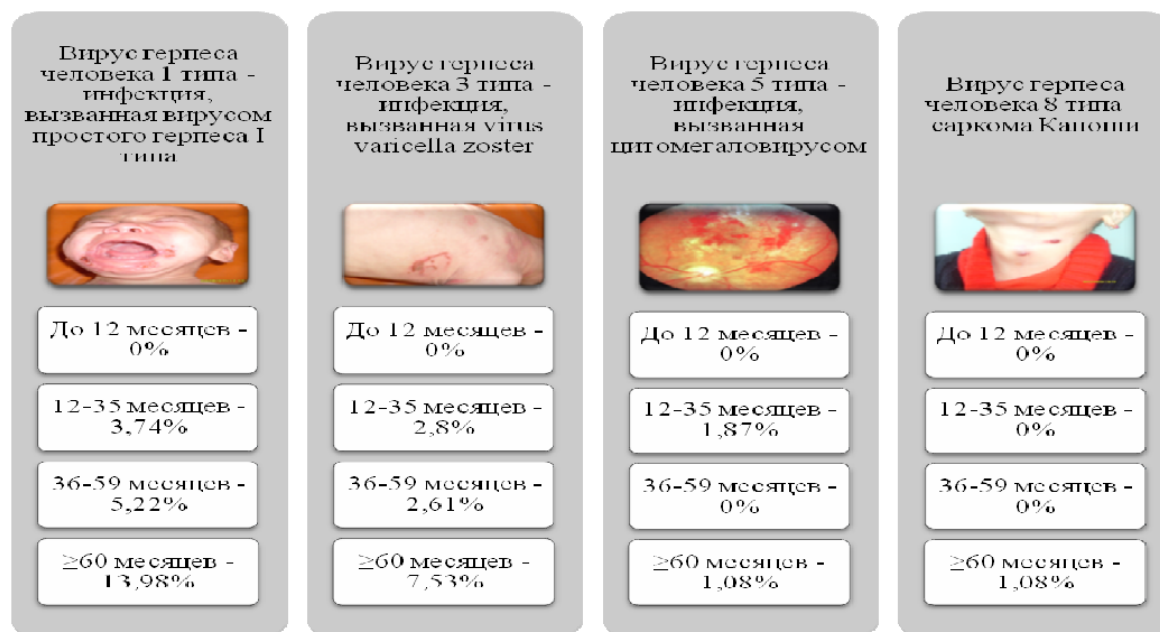
**Результаты исследования и их обсуждение.** Поскольку ОИ являются маркерами иммунологического неблагополучия иммунокомпрометированных лиц, а их развитие и течение в немалой степени определяются эпидемиологической обстановкой, чрезвычайно важно изучение их характерного спектра для оптимального использования ресурсов и реалистичного подхода к разработке медико-социальных программ в этой области.

Т.к. главной особенностью ОИ является возможность существования их в активной и «спящей» (латентной) форме, для изучения их спектра, помимо изучения клинических проявлений, использовалось определение антител к их возбудителям. При этом обнаружены высокие титры к вирусам (virusherpessimplex-1, cytomegalovirus) и бактериям (Chlamidia trachomatis, Mycoplasma pneumoniae, Ureaplasma urealyticum).

Отмечается схожесть картин детей в возрастных группах <12 месяцев и 12-35 месяцев, а также у детей в возрасте 36-59 месяцев и ≥60 месяцев, за исключением показателя ОП Mycoplasma pneumoniae IgG, который достоверен при сравнении внутри группы детей старше 60 месяцев, в отличие от данных детей в возрастной группе 36-59 месяцев, где этот показатель практически не отличается от данных контрольной группы. В отличие от высокой частоты токсоплазменной инвазии в развитии ОИ в других регионах мира, как среди взрослых [5], так и среди детей [6], ни антител к возбудителю, ни клинически выраженных форм, в данном исследовании выявить не удалось, что объясняется редким содержанием в семьях кошек, которые являются окончательным хозяином токсоплазмы и главным резервуаром инфекции для человека.

У детей всех возрастных групп отмечаются высокие титры антител IgG к ЦМВ, ВПГ-1, Ureaplasma urealyticum и Mycoplasma pneumoniae (за исключением детей 36-59 месяцев), что еще раз доказывает факт персистенции в организме ребенка большого числа возбудителей ОИ и высокого риска их реактивации на фоне выраженной иммуносупрессии, что также является фактором высокого риска неблагоприятного исхода.

В отношении клинических проявлений инфекций, вызванных герпесвирусами, было обнаружено, что наиболее актуальными у ВИЧ-инфицированных детей являются инфекции, вызванные ВПГ-1 и ВВЗ (рис. 1.).



**Рис. 1. Наиболее актуальные инфекции, вызванные вирусами группы герпес, в зависимости от возраста детей**

Следует обратить внимание, что у детей в возрасте <12 месяцев не отмечалось клинически выраженных форм герпетических инфекций, в то время как уровни антител IgG класса G к ВПГ-1 и ЦМВ были предельно высокими, что является, скорее всего, свидетельством вирусемии матерей во время беременности, обусловленной бессимптомной реактивацией латентного вируса (вторичная инфекция) или экзогенным заражением женщин, не имевших раннеконтакта с ЦМВ (первичная инфекция). Тем не менее, отсутствие клинически выраженных форм у детей указанной возрастной группы при наличии высоких титров антител к вышеуказанным возбудителям свидетельствует о высоком риске их реактивации. Обращает на себя внимание увеличение частоты регистрации с возрастом клинически выраженных (активных) форм ОИ, что еще раз демонстрирует правильность вышеизложенного утверждения.

Т.о., для ОИ характерен «айсберговый» тип существования, при котором большинство возбудителей присутствует в организме в неактивной форме, как подводная невидимая часть айсберга, в то время как клинически выраженные активные формы, которые «видит» специалист, регистрируются значительно реже.

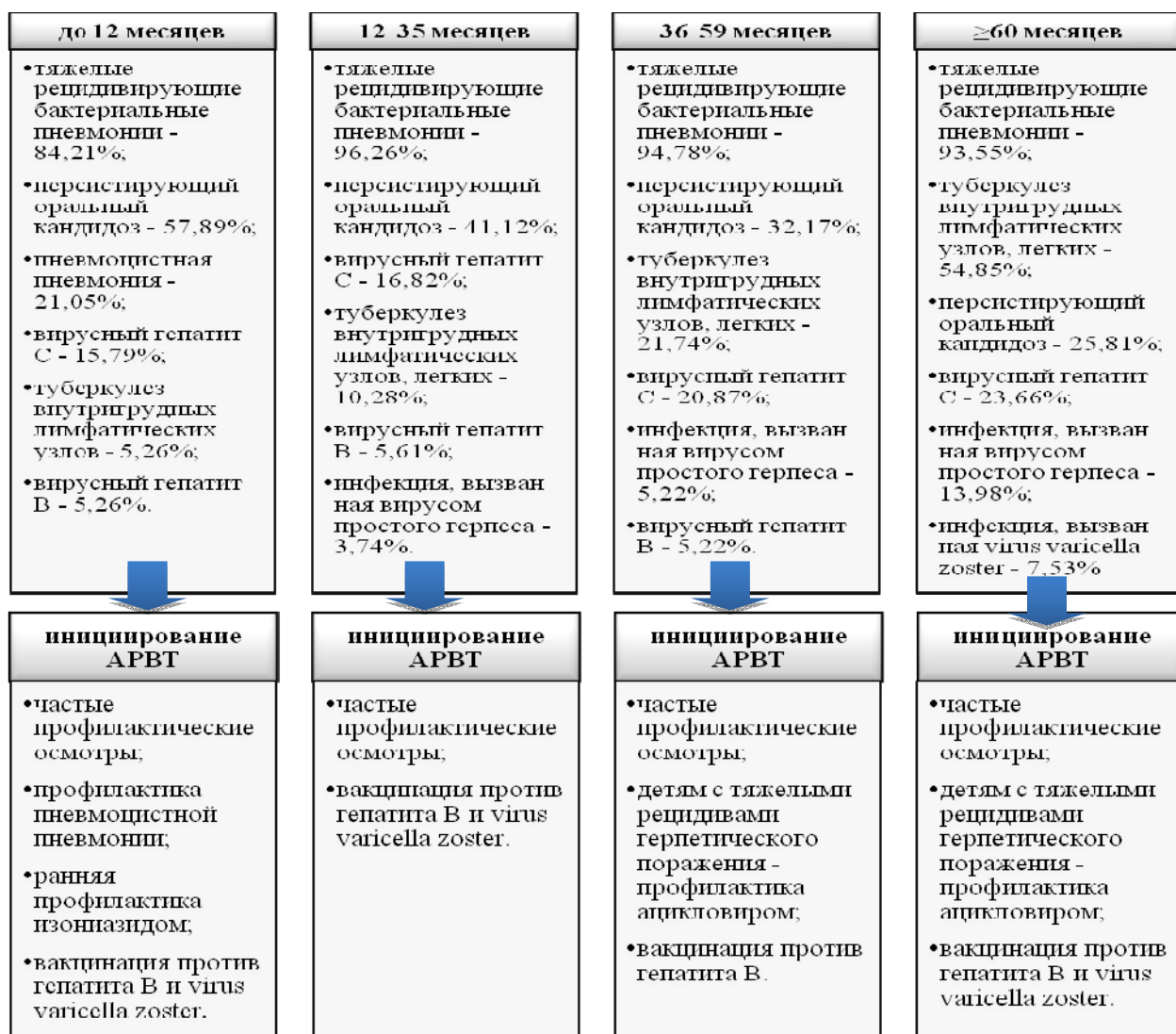
В отношении клинических проявлений инфекций, вызванных Ureaplasma urealyticum и Mycoplasma pneumoniae, то заболевания у обследованных детей часто протекали в острой или хронической форме и проявлялись пора-

жением органов дыхательной системы - бронхитами, очаговыми пневмониями, и подтверждались наличием анти-тел к возбудителям.

Особую актуальность в детской популяции приобретает инфицированность детей с ВИЧ *Mycobacterium tuberculosis*, которая вносит значительный вклад в структуру заболеваемости и летальности ВИЧ-инфицированных детей. При этом число детей с сочетанной проблематикой ВИЧ+ТБ с возрастом увеличивается, что свидетельствует о необходимости поиска актуальных стратегий по раннему выявлению, лечению и профилактике ТБ у ВИЧ-инфицированных пациентов. Наиболее часто встречающейся нозологической единицей, вызванной грибковой инфекцией у детей всех возрастных групп, был персистирующий оральный кандидоз.

Не менее актуальной является проблема ко-инфицирования детей с ВИЧ парентеральными гепатитами В и С, которые вносят особый вклад в развитие неблагоприятных исходов. Учитывая общность путей передачи вирусных гепатитов и ВИЧ, неудивительна высокая их частота в изученной популяции ВИЧ-инфицированных детей.

Исходя из выше изложенного, спектр наиболее часто встречающихся ОИ и ко-инфекций у ВИЧ-инфицированных детей разных возрастных групп и вытекающий из него комплекс реализуемых мероприятий выглядит следующим образом (рис. 2.).



**Рис. 2. Спектр наиболее часто встречающихся ОИ у детей различных возрастных групп и комплекс реализуемых мероприятий**

**Выводы.** Спектр ОИ у детей с ВИЧ/СПИД характеризуется «айсберговым» типом носительства и определяется возрастом и неблагоприятной эпидемиологической ситуацией, особенно в отношении социально значимых заболеваний (ТБ), а также доказывает целесообразность выработки стратегий, направленных на максимально раннее их выявление и профилактику, в том числе вакцинацию как ВИЧ-инфицированных взрослых [5, 6], так и детей, против заболеваний, вероятность заражения которыми повышена у иммунокомпрометированных пациентов.

#### Список литературы

1. Атабеков, Н.С. Возрастные особенности ВИЧ-инфекции в Республике Узбекистан / Н.С. Атабеков, Б.Д. Маткаримов, М.М. Газиева // Сборник материалов научно-практической конференции «Современные подходы в диагностике, профилактике и лечении ВИЧ-инфекции». – Ташкент, 1-2 декабря 2010. – С.21.
2. Вартамян, Ф.Е. Туберкулез, ассоциированный с ВИЧ-инфекцией, в странах мира / Ф.Е. Вартамян, К.П. Шаховский // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 2017. - № 4. - С.42-44.

3. Life expectancy after HIV diagnosis based on national surveillance data from 25 states, United States / K. Harrison [et al.] // J Acquir Immune Defic Syndr. – 2010. – Vol. 53. - Issue 1. – P.124-130.
4. Antiretroviral Treatment of Adult HIV Infection / M. Thompson [et al.] // JAMA. – 2010. – Vol.304, N3. – P.321-333.
5. Opportunistic Disease and Mortality in Patients Coinfected with Hepatitis B or C Virus in the Strategic Management of Antiretroviral Therapy (SMART) Study / E. Tedaldi [et al.] // Clinical Infectious Diseases. – 2018. - N47. – P.1468–75.
6. World Health Organization. Hepatitis B. Geneva, WHO, 2002 ([http://www.who.int/csr/disease/hepatitis/Hepatitis\\_B\\_whodscsrlyo2002\\_2.pdf](http://www.who.int/csr/disease/hepatitis/Hepatitis_B_whodscsrlyo2002_2.pdf), accessed 29 March 2006).

## **ОЦЕНКА ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ В ЛЕЧЕНИИ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ**

*Шарипов Р.Х., Ахмедова М.М., Ирбутаева Л.Т.*

Кафедра педиатрии и общей практики ФПДО СамМИ, Узбекистан

**Актуальность.** В последнее время появился ряд исследований, свидетельствующих о благоприятном влиянии ингаляционной терапии небутамолом на обструкцию дыхательных путей [2,5]. Однако, недостаточно работ, в которых изучалось бы влияние перорального назначения препарата у детей раннего возраста.

Известно, что эуфиллин является одним из наиболее популярных препаратов, применяемых при лечении бронхообструктивного синдрома [3]. Вместе с тем, он требует определенной осторожности при применении, поскольку имеет небольшую терапевтическую широту, длительный период полураспада и вызывает ряд побочных эффектов со стороны ЦНС, сердечно-сосудистой системы и других органов [1,4].

Все выше указанное диктует необходимость поиска наиболее эффективных и удобных при применении у детей грудного возраста препаратов, снимающих бронхообструкцию с наименьшим побочным влиянием.

**Целью исследования** явилось сравнение клинической эффективности бронходилататоров у детей раннего возраста.

**Материалы и методы исследования.** Для достижения указанной цели был проведен анализ клинических данных у 48 больных. Дети были разделены на 2 группы в соответствии с применением небутамола и эуфиллина. С целью контроля эффективности проводимых лечебных мероприятий осуществляли ЭКГ исследование до и после лечения бронходилататорами у всех наблюдаемых больных.

Чрезкожное определение насыщения гемоглобина артериальной крови кислородом осуществлялся с помощью аппарата пульсоксиметр NELLCOR до применения препаратов и в динамике через 60 мин., 24 ч., 48 ч., 72 ч. после введения небутамола и эуфиллина.

**Результаты исследований и их обсуждение.** Общее состояние наблюдаемых больных было средне - тяжелым в 81,2% (n-39) случаях, тяжелым в 18,8% (n-9). При осмотре отмечено: бледность кожных покровов, цианоз носогубного треугольника, раздувание крыльев носа почти у всех больных. При аускультации легких у всех наблюдаемых больных выслушивались сухие, средне-, крупнопузырчатые, а также единичные мелкопузырчатые хрипы. Со стороны сердечно-сосудистой системы у всех больных тоны сердца были приглушены.

Больные I-й группы (n-24) в составе комплексной терапии получали небутамол внутрь (1 мг/кг 3 раза в день). Во II-ю группу также были включены 24 ребенка, которым в составе комплексной терапии 3 раза в сутки перорально был назначен эуфиллин в стартовой дозе 4-6 мг на 1 кг массы с последующим переходом на поддерживающую дозу 3 мг/кг.

Полученные результаты показали, что у больных I-й группы значительно быстрее наступало клиническое улучшение: уже на 10-й минуте после введения небутамола отмечалось уменьшение выраженности тахипноэ, у 22 больных на 2-3 й день выявлено улучшение состояния, уменьшение цианоза носогубного треугольника, кашля и одышки, исчезновение симптомов бронхообструкции. У детей II-й группы положительная динамика отмечена у 17 больных: полное снятие бронхообструктивного синдрома наблюдалось у 11 больных на 3 день лечения; кашель с мокротой исчезали на 5-6 день лечения. У 6 больных было достигнуто лишь незначительное улучшение: мокрота стала слизистой, количество ее уменьшилось. Результаты наших исследований показали, что у больных, получавших небутамол, исчезновение симптомов интоксикации происходило на 2-3 день у 91,6% больных, а во II-й группе этот показатель составил 79,1%. Особый интерес представляет купирование бронхообструктивного синдрома: так, на 2-3 день лечения больных эуфиллином купирование обструкции отмечалось лишь у 66,6% больных, при применении небутамола полное снятие бронхообструктивного синдрома отмечалось у 91% больных. Кашель с выделением мокроты у больных, получавших небутамол, исчезал на 7 день у 91,6% больных, а в группе сравнения – на 7 день у 66,6% больных.

Происходила нормализация оксигенации крови у детей I-й группы, причем статистически достоверно увеличение насыщения крови кислородом было выявлено уже на 60-й минуте наблюдения (55%). Увеличение насыщения крови кислородом параллельно отмечалось и во II-й группе, но было менее выраженным (35%).

У детей I-й группы мы наблюдали снижение частоты сердечных сокращений, что может быть объяснено уменьшением выраженности бронхиальной обструкции и нагрузки на аппарат дыхания, снижением сосудистого сопротивления в большом и малом кругах кровообращения. Тогда как у больных II-й группы отмечалась тахикардия к 60-й минуте после введения препарата, причем различия по этому показателю между группами оставались достоверными на протяжении всего периода исследования.

У больных I-й группы наблюдалось уменьшение выраженности симптомов гипервозбудимости со стороны ЦНС, которые имели место до начала терапии, это могло быть связано, в том числе, с улучшением дыхательной функции легких. У 2 (8,3%) детей из II-й группы наблюдалось увеличение выраженности симптомов гипервозбудимости со стороны ЦНС, что могло быть связано с развитием побочных эффектов эуфиллина. Однако в целом эти

явления были нестойкими и быстро исчезали на фоне отмены препарата. Еще одним из важных показателей клинической эффективности небутамолла является сокращение пребывания больных в стационаре на 2,6 дней по сравнению терапией эуфиллином, что в среднем составило  $7,4 \pm 0,6$  койко-дней против  $10,0 \pm 0,6$ .

Таким образом, хорошая переносимость, легкая дозируемость, отсутствие необходимости в обучении правильной технике приема, достоверное улучшение клинического состояния больных и отсутствие серьезных побочных эффектов со стороны сердечно-сосудистой системы позволяют рекомендовать небутамолл при лечении бронхообструкции. Особенно это касается детей раннего возраста, у которых могут быть сложности в проведении ингаляционной терапии.

#### **Выводы:**

1. Пероральная терапия небутамолом у детей наиболее предпочтительна в связи с хорошей переносимостью, отсутствием побочных эффектов и необходимости в обучении правильной технике приема.
2. Применение перорально вводимого небутамолла обеспечивает более быстрый и стойкий эффект, чем эуфиллин при бронхиальной обструкции у детей раннего возраста.
3. Исследования основных витальных показателей и чрезкожного насыщения гемоглобина кислородом методом пульсоксиметрии желательнее проводить через 60 минут, 24 ч, 48 ч, 72 часа после приема бронхорасширяющих препаратов. Такая последовательность дает возможность широкого их использования не только с целью диагностики, но и контроля эффективности проводимого лечения.

#### **Список литературы**

1. Зубаренко, А.В. Основные принципы этиопатогенеза, диагностики и дифференциальной диагностики бронхообструктивного состояния у детей / А.В. Зубаренко, О.А. Портнова, Т.В. Стоева // Здоровье ребенка. - 2007. - №4(7). - С.95-99.
2. Факторы риска развития обструктивного бронхита у детей раннего возраста / С.Н. Недельская [и др.] // Здоровье ребенка. - 2007. - №3(6). - С.14-17.
3. Охотникова, Е.М. Синдром бронхиальной обструкции и аллергического генеза у детей раннего возраста и муколитическая терапия / Е.М. Охотникова // Здоровье ребенка. - 2007. - С.82-86.
4. Алгоритм оказания неотложной помощи детям раннего возраста с бронхообструктивным синдромом / Ю.А. Сорока [и др.] // Педиатрия на пороге третьего тысячелетия: Сб. науч. трудов, посвященный 85 летию профессора Е.М. Витебского. - Донецк, 2007. - С. 82-86.
5. Особенности терапии рецидивирующего обструктивного бронхита у детей раннего возраста, инфицированными внутриклеточными патогенами / Е.И. Юлиш [и др.] // Современная педиатрия. - 2007. - №3. - С.175-178.

### **ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

*Шаринова А.Б., Ахмедова И.М.*

Кафедра педиатрии и питания детей, Ташкентский Институт Усовершенствования Врачей, Узбекистан

**Актуальность.** В последние годы отмечается неуклонный рост гастроэнтерологических заболеваний в детском возрасте. Параллельно указанной тенденции нарастает и частота патологических состояний поджелудочной железы. Как правило, панкреатопатии детского возраста носят вторичный характер на фоне гастроэнтерологических и других заболеваний. Чаще речь идет о патологии поджелудочной железы реактивного характера по отношению к заболеваниям гастродуоденальной зоны и связанной с расстройствами панкреатической секреции, кровообращения, повышением давления в протоковой системе, дуоденостазом [1-5].

По мнению детских гастроэнтерологов, типичный для взрослых симптомокомплекс панкреатита в педиатрической практике встречается достаточно редко и является наименее изученными.

**Цель исследования.** Изучить особенностей формирования панкреатической патологии у детей.

**Материалы и методы исследования.** Нами обследовано 63 больных детей с хронической панкреатической патологией в возрасте от 7 до 15 лет в отделении гастроэнтерологии РСНПМЦП МЗ РУз.

Исследование больных включало клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования: изучение анамнеза жизни и заболевания ребенка, объективных данных, фракционное дуоденальное зондирование; биохимическое исследование крови, эхографию печени и желчевыводящих путей холецистография, эзофагогастродуоденоскопия, биохимические исследования включающие исследование эластазы-1 в сыворотке крови.

При диагностике патологии поджелудочной железы учитывалось рекомендации по МКБ 10 и III Римских критериев. Диагноз верифицировался как «хронический панкреатит» (ХП) и «дисфункция сфинктера Одди по панкреатическому типу» (ДСО).

**Результаты исследования и обсуждение.** При целенаправленном обследовании всех 63 детей на панкреатическую патологию, у 22 установлен хронический панкреатит и у 41 дисфункция сфинктера Одди по панкреатическому типу. У 6 детей панкреатит сочетался с патологией желчевыводящих путей. Панкреатит как основное заболевание диагностирован лишь у пятерых детей.

Болевой синдром характеризовался по времени появления с высокой частотой встречаемостью болей после еды в обеих группах наблюдения 39,0% и 54,4% соответственно.

Для всех больных были характерны схваткообразные боли по всему животу. Боли усиливающийся в положении на спине, несколько стихающий при наклоне вперед или положении на боку отмечен у 2 детей с подозрением на панкреатическую патологию. По локализации болевой синдром установлен в околопупочной или в эпигастриальной области у 10 детей, в пилородуоденальной зоне у 7 больных.



У всех детей обострение заболевания были спровоцированы чаще нарушением режима питания или погрешностью в диете (употребление жирной, жареной пищи). Боли в правом подреберье с иррадиацией в спину и правую лопатку наблюдались у 7 больных при панкреатической патологии при сопряжении с билиарной патологией. Усиление после физической нагрузки констатирована в 5 случаях. Из диспепсических синдромов на тошноту жаловались 13 детей, горечь во рту установлен у 16 больных. Рвота отмечалась в 11 случаях. Снижение аппетита выявлен у 6, избирательный аппетит у 10 больных. Запоры наблюдались у половины обследованных детей, на неустойчивый стул жаловались 9 больных. Отрыжка кислым выявлен у 7, вздутием 9 больных.

Изжога выявлена всего у 3 детей. Из пузырных симптомов : наличие симптома Мерфи установлен у 4 случаях, Кера -2, Ортнера-3, Боаса-5, Мюсси-2.

При пальпации поджелудочной железы установлено наличие болезненности в точке Шоффара у двоих детей, в точке Мейо-Робсона у троих, в зоне Шоффара у одного больного. Симптом Кача проявляющийся кожной гиперестезией на месте иннервации VIII грудного сегмента выявлен у одного ребенка, симптом Каменского болезненность под мечевидным отростком выявлен у двоих детей.

При анализе анамнестических данных установлено, что антенатальный и пренатальный периоды жизни наблюдаемых больных без существенных различий были отягощены наличием хронических заболеваний у отца и матери, анемией у беременной женщины, отрицательными психоэмоциональными воздействиями во время беременности. Наряду с этим статистически значимо ( $p < 0,05$ ), чаще выявлялся отягощенный акушерский анамнез. Только в отдельных наблюдениях у родителей не выявлялись хронические заболевания органов пищеварения.

Характер вскармливания детей первом году жизни определенным образом влиял на развитие панкреатической патологии. Искусственное вскармливание с первых месяцев жизни было наиболее весомым для развития хронического панкреатита, чем в других группах исследования ( $p < 0,05$ ), а вскармливание неадаптированными молочными смесями оказалось наиболее неблагоприятным для развития обеих форм заболеваний. Неблагоприятный преморбидный фон увеличивал риск развития заболеваний поджелудочной железы. В случаях повторных ОРВИ (в 3 и более раз), при частом использовании антибиотикотерапии, повышался риск развития заболевания, что имеет возможное значение в формировании заболевания, являясь одним из этиологических факторов. Из перенесенных в прошлом заболеваний, примерно с одинаковой частотой констатировано наличие ОВГ «А» обеих групп больных 2(20%) и 4(14,4%) соответственно. Наличие железодефицитной анемии являлось отрицательным преморбидным фактором для развития заболеваний. Дети с нарушением питания имели наибольшую встречаемость среди детей с хроническим панкреатитом. Обратил на себя внимание такой преморбидный фактор, как повышенная бактериальная обсемененность тонкого и толстого кишечника: он выявлялся почти у всех детей с патологией поджелудочной железы (84,5% и 85,8% соответственно).

У школьников преобладало (93%) сухоедение, редкие приемы пищи, так называемое «кафетерийное» питание. Употребление пищи, не соответствующее физиологическим нормам и потребностям, приводило к возникновению периодической абдоминальной боли, но почти у всех больных (86,3%) врачебное наблюдение и соответствующее обследование отсутствовали.

Пристального внимания со стороны врачей-педиатров требует оценка психосоциальных факторов, окружающих ребенка, имеющих непосредственное отношение к возникновению заболеваний поджелудочной железы. Как было установлено проводимыми исследованиями, психотравмирующие ситуации отмечались у большинства обследуемых больных ( 40,0% больных с ХП и 74,0 % при ДСО ). Наиболее весомыми оказались психотравмирующая ситуация в семье, воспитание по типу повышенной моральной ответственности и обучение в специализированных школах. У детей с ДСО, чем ХП часто наблюдались психотравмирующая ситуация в семье, обратили на себя внимание указание родителей на острую психотравму, развод родителей, алкоголизм в семье, длительное время пребывания у телевизора (более 2 ч в день). Наиболее значимым оказался такой негативный фактор, как наказание ребенка.

**Выводы.** Таким образом, заболевания поджелудочной железы у детей школьного возраста формируется на фоне неблагоприятных антен- и перинатального периодов, семейной предрасположенности, нерационального питания, частой заболеваемости, рецидивирующих глистно-паразитарной инвазии, неполноценного питания и неблагоприятного психосоциального окружения - в школьном возрасте.

#### Список литературы

1. Бельмер. С.В., Гасилина Т.В. «Панкреатиты у детей». Лечащий врач 2009 №1 с 22-27.
2. Надинская М.Ю «Методы исследования функции поджелудочной железы» Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии 3/2009 с 24-29
3. Римарчук Г.В., Тюрина Т.К. «Особенности диагностики и терапевтической тактики при хронических панкреатитах у детей » Российский вестник перинатологии и педиатрии 3, 2010 с 61-67.
4. Осадчук М.А., Кашкина Е.И. «Динамика формирования этиологических форм хронического панкреатита» Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 5/2000. с 39-42.
5. Римарчук Г.В. «Распознавание хронического панкреатита у детей» Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 1/2014. с 90-94.

## ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

*Шаринова О.А., Рустамова Г.Р., Бахранов Ш.С*

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Узбекистан

**Актуальность.** Заболевания органов дыхания являются одной из наиболее важных проблем медицины, занимая одно из первых мест в структуре заболеваемости населения [1]. К числу основных факторов патогенеза воспалительных респираторных заболеваний относится нарушение механизма мукоцилиарного транспорта, что чаще всего связано с избыточным образованием и/или повышением вязкости бронхиального секрета [2]. Застой бронхиального содержимого приводит к нарушению вентиляционно-респираторной функции легких, а неизбежное инфицирование – к развитию эндобронхиального или бронхогенного воспаления.

Кроме того, у больных с острыми и хроническими болезнями органов дыхания продуцируемый вязкий секрет, помимо угнетения цилиарной активности, может вызвать бронхиальную обструкцию вследствие скопления слизи в дыхательных путях [3]. В тяжелых случаях вентиляционные нарушения сопровождаются развитием ателектазов. Мукоцилиарный транспорт является важнейшим механизмом, обеспечивающим санацию дыхательных путей, одним из основных механизмов системы местной защиты и обеспечивает необходимый потенциал барьерной, иммунной и очистительной функции респираторного тракта [4]. При воспалительных заболеваниях дыхательных путей, характерно изменение реологических свойств мокроты и снижение мукоцилиарного клиренса [5].

**Цель работы.** Изучить факторы риска развития бронхообструктивного синдрома (БОС) у детей раннего возраста.

**Материалы и методы исследования.** Нами был проведен анализ анамнестических данных 36 детей от 3 мес. до 3 лет, находившихся на стационарном лечении по поводу острого обструктивного бронхита в детском отделении клиники №1 СамМИ. Всем детям проводили оценку анамнестических данных, общее клиническое обследование. Уровень общего IgE определяли с помощью радиоиммунного анализа. Содержание основных классов иммуноглобулинов А, М, G в сыворотке крови методом радиальной диффузии в агаре по Manchini et.all., (1965).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Результаты исследования по изучению факторов риска развития БОС показали, что у 8 (22,2%) детей острый обструктивный бронхит выявлен впервые, у 28 (77,8%) детей в анамнезе уже регистрировался эпизод бронхообструктивного синдрома. В зависимости от повторения БОС, больных распределяли на две группы I – группа 10(35,7%) детей с эпизодическим БОС, у которых эпизоды наблюдались 2-3 раза. II – группа 18(64,3%) детей с повторными эпизодами БОС, у которых было более трех эпизодов в первые 3 лет жизни. При изучении факторов, способствующих развитию бронхообструктивного синдрома, были выделены искусственное вскармливание детей в 15(41,6%) случаев. Отягощенный преморбидный фон наблюдался у 21(58,3%) случаев. У этих детей отмечались проявления экссудативно-катарального диатеза 11(30,5%), у которых имелись данные о наличии аллергических заболеваний у ближайших родственников. Лимфатико-гипопластический диатез у 6(16,6%) и рахит у 4(11,1%) больных с бронхообструктивным синдромом. У больных, у которых БОС развилась на фоне экссудативно-катарального диатеза в клинике доминировала шумное громкое дыхание, хрипы, которые выслушивались на расстоянии, эмфизематозное вздутие грудной клетки. У больных с лимфатико-гипопластическим диатезом в клинике доминировала отек и гиперсекреция бронхов, которая сопровождалась влажными приступообразными кашлями, шумным дыханием с удлинённым выдохом. На фоне рахита у больных отмечалось рассеянные крупно- и среднепузырчатые влажные, реже – сухие хрипы на фоне жесткого или ослабленного дыхания. Результаты исследования в отношении содержания иммуноглобулинов А,М,G сравнимых группах показало достоверное снижения уровня иммуноглобулинов А, М, G у детей II – группа ( $P<0,05$ ). У 11(30,5%) больных II – группы выявлена повышение уровня IgE  $126\pm 13,8$  Е/л по сравнению с группой контроля  $64\pm 23,4$ Е/л( $P<0,05$ ).

**Вывод.** Таким образом, независимо от этиологии заболевания значимыми факторами риска формирования БОС в раннем детском возрасте является преморбидный фон организма детей, отягощенный, генеалогический по атопии анамнез и наличие аллергических заболеваний у ребенка или кровных родственников.

### Список литературы

1. Зайцева О.В. Инфекции респираторного тракта у детей раннего возраста / под ред. Самсыгиной Г.А. – М., 2006. – с. 142-182.
2. Нечаева Г.И., Викторова И.А., Друк И.В. с соавт. Дифференциальная диагностика хронической обструктивной болезни легких при дисплазии соединительной ткани. / Тезисы докладов X Национального конгресса по болезням органов дыхания. – М., 2000: 338, 1250.
3. Немцов В.И., Щемелина Т.И. Роль воспалительных изменений бронхов в развитии и клинической реализации их гиперчувствительности и гиперреактивности / Кн: Федосеев Г.Б. (ред.) механизмы воспаления бронхов и легких и противовоспалительная терапия. СПб., 1998, с. 141-156.
4. Скиба В.П. Трахеобронхиальная дискинезия (экспираторный пролапс мембранозной стенки трахеи и бронхов) / Пульмонология, 1996, №2, с. 54-57
5. Котлуков В.К., Блохин Б.М., Румянцев А.Г., Делягин В.М., Мельникова М.А. Синдром бронхиальной обструкции у детей раннего возраста с респираторными инфекциями различной этиологии: особенности клинических проявлений и иммунного ответа / Педиатрия №3, 2006, с. 14-21.

## ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

*Шерназаров И.Б., Султонов Ш.Р., Рахмонов Ш.Дж.*

Кафедра детской хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, ГУ НМЦ «Шифобахш». Таджикистан

**Актуальность.** Развитие пилоростеноза связано с пороком развития всех слоёв пилорического отдела желудка, выражающимся большим развитием соединительной ткани, представленной мощными тяжами, пронизывающими всю толщу мышечного слоя [1, 2]. Ежегодно в отделении хирургии новорождённых и детей грудного возраста ГУ НМЦ «Шифобахш» РТ наблюдается от 10 до 20 детей с пилоростенозом. Клиническая картина при типичном заболевании довольно характерна. Первые признаки болезни как правило возникают в возрасте от 10 дней до 1 мес. [3, 4]. Основным симптомом пилоростеноза является рвота «фонтаном», начинающаяся внезапно, среди полного здоровья. Рвотные массы не содержат желчи, их количество превышает количество молока, высосанного при последнем кормлении больного [1, 3, 4].

**Цель исследования.** Улучшение результатов лечения врожденного пилоростеноза у новорождённых и детей грудного возраста.

**Материал и методы исследования.** За последние 10 лет (2009 – 2019 гг.) в клинику детской хирургии ТГМУ поступило 94 ребёнка с врождённым пилоростенозом. Мальчиков было 72 (76,5%), девочек -22 (23,4%), 64 (68,1%) ребенка составляли малыши родившиеся в срок от первой беременности. Масса тела детей в основном была свыше 3500 грамм. Из 94 детей на грудном вскармливании были 44 (46,8%), на смешанном 26 (27,6%) и на искусственном -24 (25,5%). Поступили в стадии компенсации -21 (22,3%) ребенок, - субкомпенсации -51 (54,2%) и декомпенсации - 22 (23,4%). С эксикозом I степени было 19 (20,2%) детей, II степени -25 (26,5%) детей и III степени 50 (53,1%). Между тем, степень гипотрофии у больных с пилоростенозом прямо пропорциональна длительности заболевания: при длительном заболевании до 15 дней гипотрофия III степени отмечалась у 12 (12,7%) поступивших, 1 мес. – у 30 (31,9%) детей, до полутора месяцев. – у 52 (55,3%) детей, больше, чем у половины детей. Всего с гипотрофией I ст. было 24 (25,5%) ребёнка, II степени - 32 (34,1%) ребёнка, III степени - 37 (39,3%) детей. Следовательно, подавляющее большинство больных детей поступили в клинику в запоздалые сроки с выраженной степенью гипотрофии. В последнее время можно отметить положительный сдвиг уменьшения числа крайне истощённых детей.

У 62 (65,9%) детей имел место тяжёлый соматоневрологический статус, и они лечились в детском соматическом отделении. Наши наблюдения, касающиеся симптоматики пилоростеноза с тяжёлым соматическим фоном позволяют уточнить, что основными симптомами, характеризующими это заболевание, являлись: рвота «фонтаном» после кормления, падение веса тела, видимая перистальтика желудка вида песочных часов, задержка стула, снижение числа мочеиспусканий и количества мочи. Причинами задержки перевода больных детей из детских терапевтических отделений послужило стремление к полному излечению сопутствующих заболеваний, позднее уточнение диагноза, а также длительное ожидание эффектов от консервативных мероприятий.

**Результаты исследования и их обсуждение.** У 73 (77,6%) детей были диагностированы воспалительные очаги; пневмония - 24 (25,5%), омфалит - 20 (21,2%), энтероколит - 35 (37,2%), у 14 (14,8%) детей - перинатальная энцефалопатия. При наличии тяжёлого соматоневрологического статуса и типичной клиники врождённого пилоростеноза диагноз был установлен на основании анамнеза, жалоб, клинических проявлений и обзорной рентгенограммы органов брюшной полости в вертикальном положении. Рентгеноконтрастное исследование выполняли при необходимости. Если клиническая картина пилоростеноза вызывает сомнения, то выполняли рентгеноконтрастное исследование. На обзорной рентгенограмме брюшной полости в вертикальном положении обнаруживают большой газовый пузырь и уровень жидкости в растянутом желудке. В петлях кишечника гипопневматоз или он полностью отсутствует. Затем приступают к контрастному исследованию. У новорождённых детей до 10 - дневного возраста в качестве контраста применяют йодолипол (5мл), наблюдая за его прохождением по желудочно - кишечному тракту. Отсутствие эвакуации из желудка более 24 часов указывает на препятствие в пилорическом отделе. Если через 4 часа в желудке осталось больше половины контрастного вещества, то имеется подозрение стеноза привратника.

Для обследования детей на подозрение пилоростеноза старше 2-4 недель жизни пользовались 20-30% взвесью бария в 10% растворе глюкозы или грудного молока, подогретого до 37°C. После отсасывания желудочного содержимого при помощи зонда в желудок вводят 30-35 мл контрастной взвеси. После этого зонд подтягивают до начального отдела пищевода и медленно вводят остаток бариевой взвеси (15 мл). Детям больше 3 кг при рождении вводят всего 50-60 мл бария. Недоношенным новорождённым и до 3 кг массой тела общее количество вводимого контраста не должно превышать более 20-30 мл. Первый рентген производят через 5-10 минут после введения последней порции контраста. При этом больного ребёнка на рентгеновском столе необходимо держать лицом вниз с приподнятым левым боком. В последующие сроки проводят обычное кормление ребёнка. Второй снимок делают через 2 часа после введения контраста. Для пилоростеноза характерны симптомы: «клюва», «усиков», или «плечиков».

Всем больным были использованы клиничко - лабораторные методы, УЗИ и ФЭГДС. В последние 7 лет при диагностике пилоростеноза рентгеноконтрастное исследование нами не применялось, но широко применялось ультразвуковое исследование (УЗИ) желудка как современный, менее инвазивный и информативный метод. УЗИ позволяет видеть пилорическую оливу в продольном срезе, определяет характер перистальтики желудка и проводит наблюдение за продвижением желудочного содержимого через узкий суженный пилорический канал. При гипертрофическом пилоростенозе натошак в желудке обнаруживается большое количество жидкого содержимого, перистальтика которой глубокая и «перетягивающая». Пилорический канал при прохождении перистальтической волны трудно раскрывается. Размеры узкого пилорического канала на УЗИ варьирует от 1-2 мм до 3 мм в зависимости

от степени пилоростеноза. Длина канала составляет в среднем 21 мм (от 18-25 мм), наружный диаметр привратника 14 мм (в среднем от 11 до 16 мм). Циркулярная мышца представлена на продольном разрезе двумя параллельными гипоезогенными полосками, между которыми располагается экзогенная полоска слизистой оболочки. На поперечном срезе циркулярная мышца визуализируется в виде гипоезогенного кольца вокруг экзогенного кружка слизистой оболочки. Толщина мышцы составляет в среднем 5 мм (от 3-6 мм).

УЗИ, как приоритетный метод, почти полностью вытеснил рентгеноконтрастное исследование из плана обследования детей с подозрением на врождённый пилоростеноз. Эндоскопическое исследование (ФГЭДС), даёт представление о состоянии слизистой оболочки пищевода, желудка и пилорического канала, при котором в 62 (65,9%) случаях у детей, наряду с пилоростенозом, были обнаружены признаки рефлюкс-эзофагита.

У детей с наличием инфекции был лабораторно подтверждён лейкоцитоз со сдвигом лейко формулы влево, наличие смежной инфекции (золотистого стафилококка, клебсиеллы, энтеропатогенной кишечной палочки) в посевах из зева, кала и пупочной ранки. Учитывая то, что большинство 66(70,1%) детей поступило в тяжёлом состоянии, то им с момента поступления была проведена комплексная терапия, включающая в себя инфузию белковых (растворы альбумина 10%, альвезина, реосорбилакта, и т. п.), солевых растворов, витаминов, метаболитов, десенсибилизирующих, гормонов, иммуностимуляторов (циклоферон, тактивин, иммуноглобулин человеческий донорский), гемотрансфузию, оральную регидратацию и посиндромную терапию. Оперативное вмешательство произведено на 2 и 4 сутки от момента поступления. Послеоперационный период протекал без осложнений.

**Выводы.** Объективная оценка состояния больного и проведение своевременной ранней диагностики, наличие сопутствующего соматического фона, операционно - анестезиологического риска, проведение индивидуальной предоперационной подготовки с учетом соматического статуса, биохимических, гемодинамических нарушений у новорожденных, детей грудного возраста даёт возможность провести оперативное вмешательство с оптимальными показателями гемодинамики, позволяющее снизить процент послеоперационных осложнений и летальность. Благодаря правильному диагностическому и лечебному подходу ко всем детям удалось оперировать на 2-4 сутки по общепринятой методике – пилоромиотомии по Фреде- Рамштедту.

#### Список литературы

1. Григович, И.Н. Пилоромиотомия при врождённом гипертрофическом пилоростенозе / И.Н. Григович, Ю.Г. Пяттоев // Детская хирургия. - 2007. - № 5. - С. 44-46.
2. Пулатов, А.Т. Диагностика и оральная регидратация в предоперационной подготовке детей с врождённым пилоростенозом / А.Т. Пулатов, И.Б Шерназаров // Сборник научно-практических работ «30 лет детской хирургии Таджикистана» - Душанбе, 1994. - С. 113-117.
3. Шерназаров, И.Б. Диагностика и лечение врождённого пилоростеноза у детей / И.Б. Шерназаров, Ш.С. Машидов, Г.К. Гарибшоев // Современные технологии в детской хирургии и педиатрии. – Москва, 2003. - С.140-141.

#### ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПЛОСКОСТОПИЯ У ДЕТЕЙ

*Эранов Н.Ф., Эранов Ш.Н., Гафуров Ф.А.*

Кафедра травматологии и ортопедии СамМИ. Узбекистан

**Актуальность работы** – стопа является дистальным сегментом нижней конечности и точки зрения биомеханики имеет функционально целесообразное анатомическое строение. Только у человека имеется сводчатое строение стопы. Стопы способствуют трансформированию вертикальных нагрузок, передаваемых нижней конечностью, в горизонтальные и последующей передаче их на опору [2,3]. Плоскостопием страдают до 50% населения земли. Женщины подвержены этому заболеванию в 4 раза больше чем мужчины. В 3% случаев плоскостопие регистрируется с самого рождения, к 2-ум годам у 24% детей, к 4-ем у 32% детей, к семи годам у 40% детей, уже после 11 лет половина подростков страдает плоскостопием [4].

Статистика утверждает, что всего 3% случаев плоскостопия оказывается врожденным. А вот остальные 97% происходят вовсе не по вине природных аномалий и прочих факторов. Причины развития плоскостопия у детей: неокрепший костный, мышечный и связочный аппарат; наследственная предрасположенность и неправильная обувь. Одной из главных причин плоскостопия некоторые специалисты называют ношение неправильной обуви с ранних лет. Если верить исследованиям, то те дети, которым довелось провести детство в деревни и не заботиться об обуви (проще говоря – бегать босиком), не страдают от плоскостопия. А вот маленькие жители больших городов более подвержены этому недугу[4].

С анатомической точки зрения выделяют плоскостопие продольное, поперечное и смешанное [1,3]. Причиной развития продольного плоскостопия служит слабость мышц стопы и голени, играющие роль в снижении внутреннего продольного свода стопы. Клинически данный вид плоскостопия характеризуется ротацией пяточной кости вовнутрь с одновременным смещением сухожилия кнаружи, сухожильные концы малоберцовых и большеберцовых мышц растягиваются. При осмотре стопы выявляются ее удлинение с одновременным расширением ее передней части, на внутренней поверхности контурируются ладьевидные кости. Изменение анатомии стоп ведет к нарушению походки, которая становится неуклюжей с сильным разведением в стороны носков. Поперечное плоскостопие характеризуется уплощением ее поперечного свода. В норме передний отдел стопы опирается на головки I и V плюсневых костей, при поперечном плоскостопии опора идет на головки всех 5 плюсневых костей, что ведет к их веерообразному расхождению, отклонению I пальца кнаружи, молоткообразной деформации среднего пальца и уменьшению длины стопы. Передний отдел стопы увеличивается в ширину за счет перераспределения нагрузки. Комбинированное, или продольно-поперечное плоскостопие имеет одновременное уплощение продольного и поперечного свода, консервативные методы лечения которого значительно ограничены [4].

**Цель работы:** изучить результаты диагностики и консервативного лечения больных детей с плоскостопиями.

**Материалы и методы исследования:** под нашим наблюдением были 120 детей от 3 мес. возраста до 12 лет. Мы этих 120 детей разделили на две группы: 1-группа профилактическая и 2-группа лечебная. На первой группы были 52 детей, а на второй 68 детей. Для 1-группы детей, мы с самого раннего возраста весь период интенсивного роста организма осматривали по следующему порядку: в 3-х и 6-месячном возрасте, когда можно было выявить рахит; в 1 год – когда ребенок самостоятельно сидит, ползает, ходит; в 3 и 5 лет – проверяли осанку, походку, измеряли длину конечностей, исследовали состояние стоп. А во 2-группы детям мы использовали плантографию и рентгенологические методы исследования.

Качественные отпечатки стопы получают в случае использования компьютерного плантографа. Для расчета индекса Чижина необходимо на полученном отпечатке стопы провести соответствующие линии и обозначить их: линия АВ — касательная к краю отпечатка стопы со стороны большого пальца; линия СД — от основания второго пальца до середины следа пятки; линия ЕФ — перпендикуляр к середине линии СД. На линии ЕФ помечают ширину затемненного участка — АВ и ширину светлого участка подошвы стопы — БВ. Индекс Чижина = АВ, мм/ БВ, мм. Оценка индекса: 0—1 — стопа нормальная; 1—2 — стопа уплощенная; 2 и более — стопа плоская.

По рентгенограммам в прямой и тыльно-подошвенной проекциях определяли положение пяточной и таранной костей и их взаимоотношение. Измеряли таранно-большеберцовый и таранно-пяточный углы. В боковой поверхности определяли: ось таранной и пяточной костей, пяточно-опорной, таранно-опорный, пяточно-таранный углы, угол наклона первой плюсневой кости. О высоте свода стопы судили по размерам таранной, ладьевидной и кубовидной костей. Результаты исследования оценивали в индексах – процентном отношении высоты к продольной длине стопы. Измерения углов отклонения и индексов стопы в норме и у детей с плоскостопием приведены в табл. 1. Результаты исследования показывают, что рентгенологическое строение стопы у детей с плоскостопием имеет несколько отличий от стопы здоровых детей, выражающееся в уменьшении значений пяточно-опорного, таранно-опорного и таранно-опорного углов и угла наклона первой плюсневой кости. Индексы таранной и ладьевидной костей у детей с плоскостопием меньше, чем в норме.

**Таблица 1. - Показатели углов отклонения стопы в норме и при плоскостопии**

Углы отклонения стопы	В норме, в градусах	При плоскостопии
Пяточно-опорный угол	25-28	23,4±0,05
Таранно-опорный угол	21-26	20,6±0,06
Пяточно-таранный угол	40	39,5±0,08
Угол наклона пяточной кости	15-20	17,9±0,18
Угол наклона первой плюсневой кости	20-25	18,1±0,41
Индекс таранной кости	37-41	36,3±0,12
Индекс кубовидной кости	3-7	6,8±0,05
Индекс ладьевидной кости	13-18	11,2±0,07

При выявлении детей с плоскостопий 1-группы и у всех детей 2-группы провели консервативное лечение с этапными наложениями гипсовых лонгет, затем циркулярные гипсовые повязки с гиперкоррекцией деформации. Коррекция в гипсовой повязке от 3 до 6 мес.

В профилактике плоскостопия ведущее место отводится физическому труду и занятиям лечебной физкультурой. Спортивные занятия должны быть ежедневными и интенсивными, только тогда восстановительные процессы соряняют высокий функциональный потенциал органа. Для обеспечения нормальной деятельности стопы определенные требования предъявляются и к обуви: она обязательно должна быть по размеру; быть по сезону. Необходим и рациональный режим нагрузки на стопы: полезно ходить босиком по песку, рыхлой почве, песчанному берегу водоема, гальке. Не рекомендуется стоять длительное время, особенно с разведенными стопами и значительным грузом.

**Результаты исследования:** после консервативного лечения в гипсовой повязке достигнуты хороших результатов у всех детей 1-группы и у 56 больных 2-группы, удовлетворительные у 12 больных.

**Выводы:** раннее посещение детей к ортопеду по выше указанному порядку и раннее консервативное лечение, наложение этапных гипсовых повязок, ношение спецобуви со супинаторами и физиотерапевтические процедуры дали положительный эффект.

#### Список литературы

1. Левина Л.И., Куликов А.М. Подростковая медицина: руководство, 2-е издание – СПб.: Питер, 2008. – 228 с.
2. Мелихов, Я.П. Актуальные вопросы развития плоскостопия и методы ее коррекции / Я.П. Мелихов // Психология и образование: электрон. научн. журн. - 2017. - № 6(36). - 110-111 с.
3. Эранов, Н.Ф. Профилактика и раннее лечение плоскостопия у детей / Н.Ф. Эранов, Ш.М. Уралов // Современная педиатрия: актуальные задачи и пути их решения. – Ташкент, 2015. - 309-310 с.
4. Эранов, Н.Ф. Консервативное лечение деформаций стоп и их реабилитация / Н.Ф. Эранов, Ш.Н. Эранов // методическая рек. для мед. вузов. – Ташкент, 2017. - 15 с.

# АУТОПЛАСТИКА КОЛЬЦЕВИДНОЙ СВЯЗКИ ПРИ ЗАСТАРЕЛЫХ ВЫВИХАХ ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

*Эранов Ш.Н., Эранов Н.Ф.*

Кафедра травматологии и ортопедии СамМИ. Узбекистан

**Актуальность.** В настоящее время известны различные методики, позволяющие восстановить поврежденные связочные структуры и обеспечить стабильность в локтевом суставе. Однако в подавляющем своем большинстве они являются травматичными, в особенности те, которые предлагают пластику кольцевидной связки аутосухожилиями. Описан в литературе способ открытого вправления головки лучевой кости с пластикой кольцевидной связки лавсановой лентой [1,2]. Недостатком способа является истончение шейки лучевой кости в отдаленном периоде вследствие механического воздействия неэластичной лавсанной лентой, а также отсутствие ротационных движений предплечья.

Известен способ оперативного вправления головки луча и формирования кольцевидной связки из полоски глубокой фасции предплечья [3,4]. Недостатком этого способа является, то, что сформированная таким образом кольцевидная связка не удерживает головку лучевой кости от подвывиха, поэтому необходимо ее дополнительно фиксировать спицей Киршнера трансартикулярно.

Есть способ лечения застарелого изолированного вывиха головки лучевой кости у детей путем открытого вправления головки лучевой кости с иссечением рубцов плечелучевого сустава с последующей фиксацией конечности и разработкой движений в суставе, отличающийся тем, что, с целью сокращения срока лечения с предупреждением рецидива вывиха, производят остеотомию локтевой кости, устанавливают фрагменты под углом, открытым в лучевую сторону, фиксируют аппаратом внешней фиксации, дозированно разводят фрагменты до формирования регенерата с углом, открытым в лучевую сторону, головку лучевой кости разворачивают до натяжения межкостной мембраны, недостатком данного способа является отсутствие восстановления кольцевидной связки [3,5].

**Целью** является создание связочного аппарата головки лучевой кости из собственной капсулы сустава больного для достижения стабильности локтевого сустава, а именно удержания правильных внутрисуставных взаимоотношений плечелучевого сочленения и тем самым улучшения функции локтевого сустава.

**Материалы и методы исследования.** Наше сообщение основано на изучении результатов лечения у 47 детей, которые находились в стационаре с 2014 по 2019 гг. Мальчиков было – 32 (68,1%), девочек – 15 (31,9%). Повреждения локализовались справа у 28, слева у – 19. По возрасту: до 3 лет – 12 больных, 4-5 лет – 14 больные, 6-7 лет – 21 больные.

Среди изолированных вывихов головки лучевой кости у детей частным являются пронационные подвывихи, что связано с возрастными особенностями анатомического строения локтевого сустава. Пронационные подвывихи чаще всего возникают у детей дошкольного возраста, преимущественно у девочек, что также связано с некоторыми анатомо-био-механическими особенностями локтевого сустава.

Больным предприняты следующие оперативные методы лечения:

- остеотомия локтевой кости, открытое вправление головки лучевой кости – у 13 больных;
- открытое вправление головки лучевой кости, с воссозданием кольцевидной связки – у 34 больных;

При выполнении открытого вправления головки лучевой кости у детей, с застарелой травмой мы считаем целесообразным, обратить внимания на следующие моменты:

- воссоздание кольцевидной связки лучевой кости из передней капсулы локтевого сустава;
- иссечение рубцовой ткани из лучевой вырезки локтевой кости.

**Техника операции:** доступ латеральный, 2 см выше наружного надмыщелка через сустава, на 4 см в область предплечья. Подкожная клетчатка отсепааровывается. Мышцы, прикрепляемые к наружному надмыщелку рассекается спереди, снизу, сзади надмыщелка. Виднеется головка мыщелка плеча. Латерально, продольно рассекается сухожильно-капсульная мягкая ткань на 1-1,5 см, чтобы обнажить головки лучевой кости. Когда выполняется подобное рассечение, пока еще можно не опасаться повреждение *г. profundus* ветви лучевого нерва. Поверхностный слой мышцы области шейки луча тупо отодвигается медиально, в толще мышцы супинатора находят глубокую ветвь лучевого нерва. Его обнажает до передней капсулы сустава – это необходимо, чтобы безопасно выкроит из капсулы лоскута, чтобы воссоздать кольцевидную связку.

Обычно места луче-локтевого сочленения будет заполнено рубцовыми тканями. Ее остро отделяют от локтевой кости, начиная от центра к периферии, в сторону остатка кольцевидной связки, у заднего края локтевой вырезки. Головка смещается в родное место, придерживается, прижимая кзади новообразованной связкой (лоскутом из капсулы), проверяют степени фиксации головки луча при сгибании, разгибании, ротации предплечья. Выкраивается лоскут, для создания кольцевидной связки из передней поверхности капсулы сустава. Направление разреза до внутренней границы головки лучевой кости идет горизонтально, затем меняет направление в дистальную сторону, в сторону к переднему краю лучевой вырезки локтевой кости, где, обычно, естественно прикрепляется кольцевидная связка. Таким образом, в толще образованного лоскута находится и собственно кольцевидная связка. Лоскут укладывается на область шейки лучевой кости и прикрепляется путем сшивания к плотной фиброзной ткани у заднего края лучевой вырезки локтевой кости. Головка лучевой кости после вправления продолжает сохранять тенденцию к переднему, медиальному смещению, что создает нагрузку на сформированное подобие кольцевидной связки. Поэтому для предотвращения ее растяжения и возможного рецидива вывиха проводится дополнительная временная иммобилизация спицей Киршнера, проведенной через головчатое возвышение плеча и головку лучевой кости. Послойные швы. В послеоперационном периоде иммобилизация гипсовой лонгетой продлилась до 3 недель в положении супинации. Затем больные получали курс электрофореза йодистым калием, лечебную гимнастику, массаж.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В изучении результатов лечения учитывали анатомическое восстановление плечелучевого сустава, формы и функции сустава. Отдаленные результаты известны у всех больных, среди них мы у 35 (74,4%) отметили хорошие результаты у 10 (21,2%) удовлетворительные результаты. Рецидив в виде подвывиха наблюдался у 2 ребенка. Так, при изменении плечелучевого сустава во время оперативного вмешательства показало нахождения прослойки капсулы сустава между головкой лучевой кости и суставным концом плеча. Подобные изменения наблюдались у 80% и более больных. Такие изменения освящаются по новому патологии застарелых вывихов головки луча и обосновывают предложенную тактику оперативного лечения больных.

#### **Выводы:**

1. Причины застарелых вывихов головки луча объясняются ошибками диагностики, несвоевременной медицинской помощи из-за обращения пациентов, когда родители больных расценивали травму не серьезной.
2. В патогенезе застарелых вывихов, которое проявляется нарушением биомеханики локтевого сустава, играют роль: как травматические вывихи и подвывихи, так и укорочение локтевой кости по поводу болезни и травмы вследствие фиброзно-хрящевого экзостоза и оссификата в области проксимального лучелоктевого сочленения. В связи с этим во время операции обнаруживаются разрыв кольцевидной связки, и интерпозиция головки лучевой кости капсулой сустава.
3. Для усовершенствования методики воссоздания кольцевидной связки, мы использовали самой капсулы сустава и отрезки кольцевидной связки, которая является более анатомо-физиологическим по отношению локтевого сустава.
4. Хирургическое лечение детей с застарелыми вывихами головки лучевой кости, воссозданием кольцевидной связки, трансартрикулярной фиксацией головки луча, позволила нам добиться хороших и удовлетворительных функциональных результатов в 96,4% случаев, а анатомических – в 94,7% случаев.

#### **Список литературы**

1. Афаунов, А.И. Лечение застарелых вывихов головки лучевой кости / А.И. Афаунов, А.А. Афаунов, СИ. Косырев // Человек и его здоровье: / 7-й Российский национальный конгресс: Материалы. - СПб., 2008. - С. 92-93.
2. Бойко, И.В. Особенности медицинской реабилитации больных с последствиями травм локтевого сустава / И.В. Бойко, А.Н. Кондрашова // Скорая мед. помощь. - 2009. - Спец. выпуск. - С. 24-25.
3. Кондрашова, А.Н. Застарелые переломо-вывихи локтевого сустава / А.Н. Кондрашова, И.И. Жердев, А.В. Гаак, А.М. Бойко // Ортопед., травматол. - 2013. - № 1.-С. 190.
4. Меркулов, В.Н. Актуальные вопросы детской травматологии и ортопедии / В.Н. Меркулов, В.Т. Стужина, Д.З. Шарадзе // Материалы научно-практической конференции детских травматологов и ортопедов России. - 2010. - С. 160-161.
5. Овсянкин, Н.А. Основные принципы обследования и лечения больных с посттравматическими гетеротопическими оссификатами в области локтевого сустава / Н.А. Овсянкин // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. - 2009. - №3. - С. 8-12.

### **КРИТЕРИИ ПРОГНОЗА ВОССТАНОВЛЕНИЯ ХОДЬБЫ У ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ ДЕМЬЕЛИНИЗИРУЮЩЕЙ ПОЛИНЕВРОПАТИЕЙ**

*Юсунов А.М., Джурабекова А.Т., Шмырина К.В.*

Самаркандский Государственный Медицинский Институт. Республика Узбекистан, Самарканд

**Актуальность.** Распространённость демиелинизирующего процесса при ОВДП определяет выраженность вялых парезов и нарушения чувствительности, в результате нарушения невральная проводимости. У детей невральная проводимость снижена и имеет возрастные особенности в результате процесса миелинизации, который продолжается до 10-летнего возраста ребенка [1,6]. При стимуляционной ЭНМГ в 30% случаев в период нарастания симптоматики (1-2 неделя болезни) показатели невральная проводимости, включая длительность М-ответа, скорость проведения импульса (СПИ) на среднем и проксимальном участке нерва, могут достоверно не отличаться от нормы. [4,5]. В этой связи отсутствие изменений максимальной СПИ в период клинической манифестации симптомов при ОВДП, а также высокая межиндивидуальная вариабельность показателей СПИ в детском возрасте, требует поиска новых дополнительных ЭНМГ показателей для оценки проводящих свойств периферических нервов. [1,4] С этой целью может использоваться изучение влияния кратковременной локальной ишемии периферических нервов, так называемой турникетной пробы, на проводимость и возбудимость аксонов. Кратковременная локальная ишемия конечности используется как провокационный тест при туннельных синдромах. При полиневропатии дисметаболического генеза нейродегенеративных заболеваниях, таких как боковой амиотрофический склероз. [2,3]

У детей, влияние кратковременной локальной ишемии на невральную проводимость не изучена, это явилось основание для изучения.

**Цель исследования.** Изучить прогноз восстановления ходьбы у детей с острой воспалительной демиелинизирующей полинейропатией.

**Материалы и методы исследования.** Всего было обследовано 20 детей от 7 до 17 лет с диагнозом острая демиелинизирующая полинейропатия (ОДПН) и 15 детей группы сравнения (здоровые дети). Диагноз у детей устанавливался в соответствии с критериями ВОЗ (1993) и нейрофизиологическими критериями R. Hadden (1998). Комплексное клиничко-неврологическое обследование всех детей с ПН проводилось с момента госпитализации больных в 1-клинику СамМИ с последующим ежедневным динамическим осмотром в стационаре в течение всего периода госпитализации. Всем детям с ПН проводился общий клинический осмотр по стандартной методике с оценкой черепной иннервации, поверхностной и глубокой чувствительности, глубоких и поверхностных рефлексов, патологических рефлексов, оценкой мышечной силы конечностей по 5-ти балльной шкале.

Детям основной группы проводилась стимуляционная ЭНМГ в остром периоде (1 неделя) и в период ранней реконвалесценции (2 неделя). ЭНМГ обследование проводилось на аппарате «МИОРИТМ 040»

**Результаты исследования и их обсуждение.** При анализе проведенного исследования было установлено, что такие нейрофизиологические параметры, как резидуальная латентность (РЛ) дМ-ответов, СПИ сенсорная, СПИ моторная, полученные в остром периоде у детей (n=46) ОДПН при исследовании всех анализируемых нервов не имеют положительной корреляции с тяжелой степенью тяжести заболевания ( $\geq 3$  баллов по шкале функциональной активности) (таблица 1). При тяжелой степени тяжести заболевания дети не могли перемещаться ни самостоятельно, ни с поддержкой

**Таблица 1**  
**Корреляционная зависимость ЭНМГ показателей у детей (n=22), полученных в острый период ОДПН с развитием тяжелой степени тяжести  $\geq 3$  балла по шкале функциональной активности.**

	Коэффициент корреляции, r	p
РНП	-,8351	p=,000
n. ulnaris дМ-ответ	,6405	p=,000
n. medianus дМ-ответ	,4503	p=,006
n. medianus S-ответ	,1159	p=,501
n. peroneus prof. дМ-ответ	,2389	p=,161
n. tibialis дМ-ответ	,1953	p=,254
n. ulnaris СПИ моторная	-,1853	p=,279
n. medianus СПИ моторная	-,1196	p=,487
n. peroneus prof СПИ моторная	,1357	p=,430
n. tibialis СПИ моторная	,0979	p=,570
n. ulnaris РЛ	-,0352	p=,838
n. medianus РЛ	-,0688	p=,690
n. peroneus prof. РЛ	-,3060	p=,070
n. tibialis РЛ	-,3152	p=,061
n. ulnaris S-ответ	,0748	p=,665
n. radialis S-ответ	,0221	p=,898
n. peroneus sup S-ответ	,0080	p=,963
n. suralis S-ответ	,0996	p=,563
n. ulnaris СПИ сенсорная	,0615	p=,721
n. medianus СПИ сенсорная	,0097	p=,955
n. radialis СПИ сенсорная	,2229	p=,191
n. peroneus sup СПИ сенсорная	,1848	p=,281
n. suralis СПИ сенсорная	-,0154	p=,929

Проведенный анализ динамики невралной проводимости на ишемию показал, что реактивность невралной проводимости (РНП) достоверно коррелирует с тяжелой степенью тяжести ОДПН (рисунок 1). При тяжелой степени тяжести заболевания реактивность невралной проводимости (РНП) двигательных волокон локтевого нерва на 10 минуте ишемии в среднем составляла  $3,8 \pm 1,6\%$ .

При анализе корреляционных связей отмечено также, что амплитуда дМ-ответа локтевого нерва имеет положительную связь с тяжелой степенью тяжести ОДПН. При тяжелой степени тяжести заболевания амплитуда дМ-ответа локтевого нерва в среднем составляет  $3,4 \pm 1,7$  мВ.

Установлено, что амплитуда дМ-ответа срединного нерва достоверно коррелирует с тяжелой степенью тяжести заболевания в остром периоде с ОДПН. При тяжелой степени тяжести заболевания амплитуда дМ-ответа срединного нерва в среднем составляла  $4,2 \pm 3,4$  мВ.

**Таблица 2.**  
**Результаты ROC-анализа предсказательной способности дМ-ответов и РНП в отношении длительного периода (> 1 месяца) восстановления ходьбы после начала ОДПН.**

Показатель	Площадь под кривой (AUROC)	p	Значимый порог показателя	Чувствительность, %	Специфичность, %
РНП	0,897	0,001	$\leq 2,5$	85,7	89,6
n. ulnaris дМ-ответ	0,805	0,005	$\leq 1,1$	86,4	75,9
n. medianus дМ-ответ	0,808	0,01	$\leq 1,6$	82,5	86,2
n. peroneus prof. дМ-ответ	0,655	0,1	$\leq 0$	98,2	48,3
n. tibialis дМ-ответ	0,739	0,01	$\leq 0,8$	98,6	44,8

Таким образом, при сопоставлении клинической картины тяжести заболевания в остром периоде ОДПН и нейрофизиологических параметров функционального состояния периферических нервов выявлено, что с клинической картиной тяжелой степени тяжести имеется положительная корреляционная связь с амплитудой М-ответа срединного и локтевого нервов, а также РНП на 10 минуте локальной ишемии.

Проведенный ROC-анализ прогностической значимости стандартных ЭНМГ показателей и РНП, полученных в острый период заболевания, в отношении затяжного периода восстановления ходьбы >1 месяца после начала заболевания показал достоверную связь значений амплитуд дМ-ответов локтевого, срединного, большеберцового нервов и РНП.

При этом значения амплитуд дМ-ответов  $\leq 1,1$  мВ локтевого нерва, дМ-ответов  $\leq 1,6$  мВ срединного нерва и РНП  $\leq 2,5\%$  оказались моделями с очень хорошей предсказательной способностью (AUROC > 0,8) (таблица 9). В меньшей степени затяжной период восстановления ходьбы оказался связан со значениями амплитуд дМ-ответа



малоберцового и большеберцового нервов. РЛ дМ-ответов и СПИ моторная по данным ROC-анализа обладали неудовлетворительной и средней предсказательной способностью (AUROC < 0,7). В таблице №2 представлены пороговые значения амплитуд дМ-ответов, полученные в остром периоде ОДПН, которые можно рассматривать в качестве ЭНМГ-критериев в отношении затяжного периода восстановления ходьбы, более 1 месяца после начала заболевания.

**Выводы.** Установлено, что прогностическими критериями исхода заболевания у детей от 7 до 17 лет с острой воспалительной демиелинизирующей полиневропатией являются: реактивность невралной проводимости двигательных волокон локтевого нерва на 10 минуте локальной ишемии  $\leq 2,5\%$ , амплитуда дистального М-ответа локтевого нерва  $\leq 1,1$  мВ и дистального М-ответа срединного нерва  $\leq 1,6$  мВ, оценка которых в остром периоде позволяет прогнозировать период восстановления ходьбы более 1 месяца.

#### Список литературы

1. Гайбиев А.А. Болаларда уткир полирадикулоневритларда кузатиладиган иммунологик курсаткичлар тахлили ва такомиллаштирилган давоси. Автореферат на соискание учёной степени кандидата медицинских наук / Самаркандский Государственный медицинский институт. Ташкент, 2019
2. Климкин А.В., Войтенков В.Б., Скрипченко Н.В. Резистентность к ишемии двигательных аксонов у детей при серозном менингите и синдроме Гийена-Барре. Физиология человека. 2015; 41 (2): 85.
3. Климкин А.В., Войтенков В.Б., Скрипченко Н.В. Воспалительные демиелинизирующие полиневропатии у детей. Российский педиатрический журнал. 2016; 19 (3): 183-191. doi 10.18821/1560-9561-2016-19(3)-183-191
4. Климкин, А.В. Локальная ишемия нерва в оценке невралной моторной проводимости у детей. / Климкин А.В., Команцев В.Н., Скрипченко Н.В., Войтенков В.Б. // Современные проблемы науки и образования. – 2013. -№5, С. 309-318
5. Супонева, Н.А. Синдром Гийена-Барре: нейрофизиологическое катamnестическое исследование. / Супонева Н.А., Гришина Д.А., Пирадов М.А. // Неврологический журнал. 2013. Т. 18. № 5. С. 13-20
6. Dash, S. Pathophysiology and diagnosis of Guillain-Barre syndrome -challenges and needs. / Dash S, R Pai A, Kamath U, Rao P. Int J Neurosci. 2014 May 27.

### КЛИНИКО – ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАДЕРЖКИ РОСТА У ДЕТЕЙ

*Якубова З.Х.*

Кафедра пропедевтики детских болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Задержка роста (ЗР) – наиболее актуальная проблема социальной педиатрии. Рост является одним из основных параметров физического развития детей в различные возрастные периоды. В последние годы наблюдаются нарастающие частоты различных форм ЗР (низкоростлость), способствующие снижению качества жизни и ранней инвалидизации [2,3]. Рост растущего организма находится под контролем разнообразных факторов, определяющих широкий диапазон различных нозологических структур ЗР у детей и подростков. Среди гормональных регуляторов ведущее место занимает соматотропный гормон (СТГ) во взаимодействии с эндокринными (тиреоидные, половые гормоны соматомедины) и неэндокринными (соматические заболевания, социальные неблагоприятные, дефекты питания) факторами, которые определяют широкий комплекс патогенетически различных форм ЗР [1,2,4]. В связи с чем, причиной отставания в росте могут быть не только генетические дефекты эндокринной регуляции, но и соматические хронические заболевания, ряд социальных факторов и т.д.

Следует отметить, что высокая частота различных форм ЗР является одной из частых причин консультаций в педиатрической эндокринологии и представляют определенный интерес в детской клинической практике.

**Цель исследования:** изучить клинко – диагностические параметры задержки роста у детей.

**Материал и методы исследования.** Под наблюдением находились 40 детей с различными формами ЗР в возрастном диапазоне от 6 месяцев до 18 лет. Мальчиков – 24, девочек – 16. Нозологическую структуру составили: 20 – больных с эндокринной формой, 16 – соматогенным нанизмом на фоне хронической нефропатологии и 4 – детей с конституциональной формой ЗР. Во всех группах изучены факторы риска, анамнестические и клинко – диагностические показатели во взаимосвязи с патогенетической формой ЗР. Оценка физического развития (Рост, масса тела) проведена с учетом возрастн – половых нормативов на основе антропометрии центильным методом (SD отклонения), с определением коэффициента, скорости роста и костного возраста. Лабораторное тестирование включало гормональное обследование методом ИФА (СТГ, ТТГ, Т4 Т3, пролактин, кортизол, половые гормоны) и биохимические показатели сыворотки крови (кальций, фосфор, почечные пробы). Использованы МРТ, УЗИ и рентгенологические методы исследования.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Эндокринная форма нанизма (I группа) представлена следующими заболеваниями: гипофизарный нанизм (соматотропная недостаточность) - у 6, тиреогенный нанизм (врожденный гипотиреоз) – у 10 детей и синдром Шерешевского – Тернера - у 4 девочек. Среди факторов риска в данной группе преобладали социально – генетические факторы (низкоростлость у членов семьи, родственный брак), а также осложненное течение беременности, энцефалопатия с внутричерепной гипертензией, экстрагенитальные заболевания у матерей (ИДЗ, анемия) и краниофарингеома у 1 больного.

Соматотропная недостаточность (гипофизарный нанизм) выставлена на основе клинко – диагностических параметров. Анамнестический возраст начала ЗР при дефиците СТГ колебался в пределах 2,4 + 3,2 лет в отличие от группы больных с тиреогенным нанизмом, у которых первые признаки тиреоидной недостаточности отмечены, начиная с первого полугодия жизни.

Степень ЗР при СТГ недостаточности базировалась на основе антропометрических данных, проявляющиеся отставанием роста от хронологического возраста на 25 – 50 % от на фоне пропорционального телосложения. Коэффициент стандартного отклонения роста был ниже 2–3 SD, средняя скорость роста равнялась 1–2 см в году с дефицитом оссификации (по костному возрасту)  $\geq 50$  %. Для данных больных наиболее характерным была поздняя смена молочных зубов на постоянные (10-12 лет). Диагностические позиции дополнены снижением уровня СТГ, ИФР 1 при нормальных значениях ТТГ. Дифференциальная диагностика СТГ недостаточности проводилась с конституциональной формой ЗР (4 мальчика) на фоне позднего пубертата с нормальным гормональным фоном.

Врожденный (первичный) гипотиреоз (ВГ) как вариант тиреоидной формы нанизма выявлен у 10 детей в возрасте от 6 месяцев до 3-х лет. Ведущими предикторами были: напряженный регион по ЙД, патология щитовидной железы у матери и родственные браки. Наиболее характерные клинические симптомы: осложненное течение неонатального периода (продолжительная физиологическая желтуха, позднее отпадение пуповины и закрытие родничков). Отставание в росте чаще отмечалось, начиная с 3–4 месяцев жизни и сочеталось отставанием в умственном развитии, поздним формированием психомоторных, статических функций и прорезывания молочных зубов (в возрасте  $\geq 1 - 2$  лет).

Оценка антропометрических данных показала значительное отставание в росте (на 1–2 SD), скорости роста 1–2 см. в году и костного возраста сравнительно с возрастными нормативами. Диагностические позиции с характерными гормональными сдвигами: повышение ТТГ, снижение Т4, Т3, значительно облегчали диагностику тиреоидной недостаточности у больных с первичным гипотиреозом. Наиболее неблагоприятными диагностическими маркерами были поздние сроки диагностики и начало заместительной гормональной терапии.

Синдром Шерешевского–Тернера (дисгинезия гонад по типу 45X0) диагностирован у 4 девочек. Отставание в росте чаще выявлялось в допубертатном возрасте (8 – 10 лет) и сочеталось с половым инфантилизмом: недоразвитие наружных гениталий, отсутствие вторичных половых признаков, аменорея. В клинической картине преобладали множественные стигмы дисэмбриогенеза в сочетании с врожденными пороками сердца и органов мочевой системы, указывающие на участие генетических факторов. Диагностические позиции основывались данными хромосомного анализа, УЗИ внутренних гениталий (недоразвитие или их отсутствие) и осмотром детского гинеколога. Соматогенный нанизм (II группа) выявлена у 16 детей на фоне нефропатологии, структуру которого составили: хронический гломерулонефрит (10 больных) и фосфат – диабет (6 больных) с длительностью заболевания  $\geq 3 - 5$  лет. Отставание в росте колебалось от 18 до 25 % с коэффициентом отклонения на 3–4 SD, скоростью роста 3–4 см. в году, преимущественно у больных допубертатного и пубертатного возраста. Диагноз верифицирован на основе наличия почечного анамнеза, длительной хронической нефропатологии и клинико – метаболических маркеров почечной недостаточности.

**Выводы.** Задержка роста у детей – распространенная и социально значимая проблема. Широкий диапазон предикторов и соответственно нозологических заболеваний с отставанием роста в клинической симптоматике, сложность дифференцированных методов диагностики и терапевтических подходов подчеркивают высокую медико – социальную значимость данной проблемы.

#### Список литературы

1. Дедов, И.И. Гормон роста в современной клинической практике / И.И. Дедов, В.А. Петеркова, Е.В. Начаева // Лечащий врач. – 2007. - №2. - С. 22 – 27.
2. Петеркова, В.А. Гипофизарная карликовость: диагностика и лечение / В.А. Петеркова // Педиатрия. – 2009. - Т. 87, № 2. - С.104 – 110.
3. Шарова, А.А. Низкорослость у детей: причины, дифференциальная диагностика и возможности лечения / А.А. Шарова, Н.Н. Волевода, В.А. Петеркова // Репродуктивное здоровье детей и подростков.–2016.–№3.–С. 53-63.
4. The effect of growth hormone treatment on height in children with idiopathic short stature / H.R. Jeong, Y.S. Shim, H.S. Lee, J.S. Hwang // J. Pediatric Endocrinology Metab. – 2014. - Vol. 27 (7-8). - P.629 – 633.

#### ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТАМИ ИММУНОГЛОБУЛИНА G У ПАЦИЕНТОВ С ОБЩЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОЙ ИММУННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

*Шнайдер К.В., Моренко М.А., Ковзель Е.Ф.*

Кафедра детских болезней I НАО «Медицинский университет Астана». Казахстан

**Актуальность.** Общая вариабельная иммунная недостаточность - врожденный иммунодефицит, манифестирующий не только в детском, но и взрослом возрасте. В основе данного заболевания лежат множественные генетические дефекты, большинство из которых до сих пор не известны, иммунологически проявляющиеся выраженной гипогаммаглобулинемией [1].

Ранняя диагностика и своевременное назначение лечения позволяет значительно увеличить выживаемость пациентов с ОВИН, предотвратить хронизацию тяжелых инфекций, снизить число онкологических и аутоиммунных осложнений данной патологии [2]. На сегодняшний день единственным методом лечения ОВИН является пожизненная заместительная терапия препаратами иммуноглобулина G. Внутривенное введение препаратов иммуноглобулина G у пациентов с первичными иммунодефицитами применяется с 80-х годов прошлого столетия в дозе 0,3-0,4 г/кг каждые 3-4 недели. Установлено, что 10-летняя выживаемость больного с ОВИН при регулярном внутривенном введении IgG в дозе 0,4 г/кг/мес. составляет 78%, в общей популяции 97% [3].

Препараты ВВИГ вводятся в условиях дневного стационара или в стационаре круглосуточного пребывания. Также внутривенное введение препаратов иммуноглобулина может быть проблематичным и существенно ограниченным у некоторых пациентов из-за плохого венозного доступа, особенно в детском возрасте [4].

Применение препаратов иммуноглобулина G для подкожного введения (ПКИГ) позволяет преодолеть эти ограничения. Многочисленными исследованиями доказана одинаковая эффективность в предотвращении инфекций у пациентов с врожденным нарушением образования антител препаратами иммуноглобулина для подкожного и для внутривенного введения. Подкожное введение иммуноглобулина G позволяет поддерживать стабильные уровни иммуноглобулина в сыворотке крови пациента. Более высокая концентрация иммуноглобулина в препарате (16,5%) по сравнению с препаратами ВВИГ (5-10%) позволяет уменьшить время проведения инфузии и сократить объем вводимой жидкости. [5].

В Республике Казахстан зарегистрирован и разрешен к применению у детей только один препарат «Иммуноглобулин человека нормальный» для подкожного введения – **Гамманорм**, производства «Octapharma AB» (Швеция). Частота системных побочных реакций у пациентов с ПИД при введении ПКИГ реже, чем при введении ВВИГ (0,1-0,9 и 2,5-27% соответственно) [6].

**Цель исследования.** Изучить особенности течения общей вариабельной иммунной недостаточности у пациентов различной возрастной категории, провести анализ иммунологических и клинических проявлений после применения заместительной терапии человеческими иммуноглобулинами.

**Материалы и методы исследования.** В наше исследование были включены 31 пациент с установленным диагнозом ОВИН в возрасте от 2 до 55 лет, 19 женского и 12 мужского пола, все пациенты внесены в Республиканский регистр первичных иммунодефицитов. Диагноз был верифицирован на базе КФ «УМС» РДЦ.

Общая вариабельная иммунная недостаточность составила 38,75% от общего числа первичных иммунодефицитов, зарегистрированных в национальном реестре РК. Срок между первыми клиническими проявлениями заболевания и выставленным окончательным диагнозом колебался в диапазоне от 1 года до 16 лет.

Всем пациентам с диагнозом ОВИН показана заместительная терапия человеческими иммуноглобулинами. Длительность наблюдения за пациентами продолжалась в течение года, пациенты получали Октагам (Octagam 10%, OSTARPHARMA Pharmazeutika Produktionsges m.b.H. (Австрия)), из расчета 0,5 мг/кг каждые 3 недели весь период наблюдения. Затем пациенты этой группы были переведены на подкожное введение препарата иммуноглобулина Гамманорм (OSTARPHARMA Pharmazeutika Produktionsges m.b.H. (Австрия)) из расчета 0,1 г/кг каждую неделю весь период наблюдения. Анализ эффективности терапии оценивали через 0, 6, 12 месяцев.

У пациентов с ОВИН ведущим является инфекционный синдром, т.к. частота встречаемости заболеваний органов верхних и нижних дыхательных путей составила от 10 до 90% (хронический синусит – 90,0%, хронические отиты – 70,0%, хронический пансинусит – 60,0%, хронический ринит – 73,3%, бронхоэктатическая болезнь – 33,3%) ( $p < 0,05$ ). Распространенность других клинических симптомов, как ОЛЛ, ревматоидный артрит, НЯК, диссеминированная форма туберкулеза легких составила от 3,33 до 30%. ( $p < 0,05$ ). Наиболее распространенными осложнениями явились: пневмофиброз – 66,67%, плеврит – 40%, нейросенсорная тугоухость – 23,3%, ателектаз – 16,7%, гнойный эндофтальмит и кишечные кровотечения наблюдались реже, 3,3% и 6,7% соответственно ( $p < 0,05$ ).

**Результаты исследования и их обсуждение.** При ОВИН инфекционный синдром встречается в 100% случаях. При анализе симптомов обострения инфекционного синдрома после проведения заместительной терапии ВВИГ через 12 месяцев у пациентов с ОВИН отмечается улучшение состояния, так потребность в длительной терапии антибактериальными препаратами снизилась в 2,8 раз ( $p < 0,05$ ), необходимость внутривенного введения антибиотиков для лечения инфекций снизилась на 2,8 раз ( $p < 0,05$ ), обострения хронических заболеваний уменьшились в 2,7 раз ( $p < 0,05$ ), грибковые поражения кожи и слизистых, бактериальные инфекции кожи и п/ж клетчатки в 2,6 раз ( $p < 0,05$ ), ОРВИ более 6 раз в год сократились в 2,3 раза ( $p < 0,05$ ), вирусные рецидивирующие генерализованные инфекции в 3 раза ( $p < 0,05$ ), подтвержденные пневмонии (более 2 раз в год) снизились в 2,5 раза ( $p < 0,05$ ), частые отиты (6 и более раз в год) уменьшились в 2,5 раза ( $p < 0,05$ ).

Затем пациенты были переведены на заместительную терапию подкожным иммуноглобулином G с использованием портативной помпы и введением препарата 1 раз в неделю. Через 12 месяцев терапии отмечается стабильное улучшение состояния пациентов: потребность в длительной терапии антибактериальными препаратами снизилась в 7,01 раз ( $p < 0,05$ ), необходимость внутривенного введения антибиотиков для лечения инфекций снизилась в 7,01 раз ( $p < 0,05$ ), обострения хронических заболеваний в 7,6 раз ( $p < 0,05$ ), уменьшились грибковые поражения кожи и слизистых, бактериальные инфекции кожи и п/ж клетчатки в 7,9 раз ( $p < 0,05$ ), ОРВИ более 6 раз в год сократились в 10 раз ( $p < 0,05$ ), вирусные рецидивирующие генерализованные инфекции в 5 раз ( $p < 0,05$ ), подтвержденные пневмонии (более 2 раз в год) снизились до 0 ( $p < 0,05$ ), частые отиты (6 и более раз в год) уменьшились в 4 раза ( $p < 0,05$ ) по сравнению с применением иммуноглобулина G для внутривенного применения, это объясняется регулярным введением препарата в домашних условиях ( $p < 0,05$ ).

При анализе показателей иммунограммы после проведения заместительной терапии Октагамом через 0,6,12 мес., было установлено достоверное различие ( $p < 0,05$ ) показателей до проведения лечения и через 12 месяцев терапии: содержание CD3+ увеличилось в 1,2 раза, NK+ уменьшилось в 1,3 раза, содержание Т-лимф в раза ( $p < 0,05$ ), уровень Ig G увеличился в 1,8 раза ( $p < 0,05$ ). После перевода пациентов на заместительную терапию Гамманормом и 12 месяцев терапии, отмечается значительное улучшение показателей иммунограммы: содержание CD3+ увеличилось в 1,1 раза ++, NK+ уменьшилось в 1,4 раза, содержание Т-лимф в 1,4 раза ( $p < 0,05$ ), уровень Ig G увеличился в 1,2 раза в сравнении с применением Октагама ( $p < 0,05$ ). Основным критерием эффективности заместительной терапии являлся уровень IgG в сыворотке крови. Через 3 месяца терапии ПКИГ уровень IgG составил  $6,8 \pm 0,5$  г/л, в дальнейшем не отмечается снижение уровня IgG в сыворотке крови ниже возрастных значений. Отмечается более высокий уровень IgG в 1,4 раза после терапии Гамманормом по сравнению с Октагамом ( $p < 0,05$ ), это объясняется регулярным введением препарата в домашних условиях.

**Выводы.** Таким образом, использование препарата иммуноглобулина человека нормального для подкожного введения (Гамманорм) для заместительной терапии у пациентов с первичным иммунодефицитом позволило добиться значительных результатов в лечении основного заболевания. Легкость и простота использования, непрерывность лечебного процесса, высокий профиль безопасности и отличная переносимость также являются преимуществами подкожного введения иммуноглобулина.

#### Список литературы:

1. Myers L.A. Hematopoietic stem cell transplantation for severe combined immunodeficiency in the neonatal period leads to superior thymic output and improved survival / L.A. Myers, D.D. Patel, J.M. Puck, R.H. Buckley // *Blood*. – 2002. – Vol. 99, №3. – P. 872-878.
2. Fischer A. Gene therapy of primary T cell immunodeficiencies / A. Fischer, S. Hacein-Bey-Abina, M. Cavazzana-Calvo // *Gene*. – 2013. – Vol. 525. - №2. – P. 170-173.
3. Alachkar H. Memory switched B cell percentage and not serum immunoglobulin concentration is associated with clinical complications in children and adults with specific antibody deficiency and common variable immunodeficiency / H. Alachkar, N. Taubenheim, M.R. Haeneey, A. Durandy, P.D. Arkwright // *Clin Immunol*. – 2006. – Vol. 120. - №3. – P. 310-318.
4. Quinti I. Effectiveness of immunoglobulin replacement therapy on clinical outcome in patients with primary antibody deficiencies: results from a multicenter prospective cohort study / I. Quinti, A. Soresina, A. Guerra // *J. Clin. Immunol*. – 2011. – Vol. 31. – P. 315-322.
5. Chapel H. Update in understanding common variable immunodeficiency disorders (CVIDs) and the management of patients with these conditions / H. Chapel, C. Cunningham-Rundles // *Br. J. Haematol*. – 2009. – Vol. 45. – P. 709-727.
6. Conley M.E. Diagnostic criteria for primary immunodeficiencies / M.E. Conley, L.D. Notarangelo, A. Etzioni // *Clin. Immunol*. – 1999. – Vol. 93. – P. 190-197.

**ХУСУСИЯТҲОИ ИНКИШОФИ БЕМОРИҲОИ ИЛТИҲОБИИ КОВОКИИ ДАҲОН ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ БЕМОРИҲОИ БИСЁРУЗВӢ**

*Азизов Х.Д., Убайдуллоева Н.А., Хакимова З.С.*

Кафедраи стоматологияи муолиҷавии ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино.  
Тоҷикистон

**Муҳимият.** Пайдо шудани манбаҳои музмини сирояти одонтогенӣ ва бемориҳои узвҳои дарунӣ умумияти амиқи патогенезӣ дошта, асоси дучонибаи сабабӣ-натичавии мутақобила дорад, ки ифодагари ҳалалёбии мувозинати ғайримустақими масуният, ҳалалёбии танзими интерлейкинӣ ва номукаммалии муковиматнокии ғайрихоссаи орагнизм мебошад [1,2].

Натиҷаи назорату таҳқиқоти бисёрсолаи мо (аз давраи солҳои 2000 то имрӯз) робитаи дучонибаи иллатҳои илтиҳобии ковокии даҳонро, дар беморон бо мавҷудияти бемориҳои бисёрӯзвӣ тасдиқ намуд [3,4].

Таҳқиқоти мазкур бо мақсади нигаронидани таваччуҳои табибони стоматолог, ба хусусиятҳои ҷараёни инкишофи бемориҳои илтиҳобии ковокии даҳон дар заминаи иллатҳои соматикӣ гузаронида шудааст, зеро дар амалияи мо бештар ҳодисаҳои таъйини номувофиқи муолиҷаи бисёрқаратаи зиддиилтиҳобии категорияи мазури беморон бе назардошти мақоми умумисоматикӣ ба назар мерасанд.

**Мақсади таҳқиқот.** Омӯхтани хусусиятҳои ҷараёни клиникӣ бемориҳои илтиҳобии ковокии даҳон, дар мавриди беморони гирифтори иллатҳои бисёрӯзвӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар маркази таълимӣ-клиникӣ «Стоматология»-и ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино 245 бемор дар синни аз 25 то 60 сола (126 мард, 119 зан) муоина карда шуд, ки онҳоро ба ду гурӯҳ ҷудо намудем. Шумораи гурӯҳи аввал 123 нафарро ташкил меод, ки гирифтори бемориҳои илтиҳобии ковокии даҳон (гингвит, пародонтит) бо мавҷудияти патологияи соматикӣ буданд. Шумоми гурӯҳи дуюм 122 нафар буд ва онҳо низ гирифтори иллатҳои илтиҳобии ковокии даҳон буда, амалан патсиентҳои солим (гурӯҳи санҷишӣ) буданд. Ҳолати бофтаҳои пародонт тавассути усулҳои клиникӣ-абзорӣ муайян карда шуд. Аз индекси мухталиф дар таҳқиқоти худ мо индекси пародонталӣ, индекси беҳдошти ковокии даҳон тибқи Фёдоров-Володкинаро афзалтар донистем. Нишондиҳандаҳои индексро таҳлил намуда, муҳимияти муқоисавии нишонаҳои раванди илтиҳобии ковокии даҳонро бо мавҷудият ва бе мавҷудияти бемориҳои соматикӣ амалӣ намудем.

**Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо.** Индекси пародонталӣ муҳокимаи дараҷаи инкишофи раванди илтиҳобӣ дар бофтаҳоро имконпазир намуда, нишондиҳандаҳои зеринро дорост: 0-0,2 бал – гингвит; 0,3-1,4 бал – пародонтити дараҷаи вазниниаш сабук; 1,5-4,4 пародонтити дараҷаи вазниниаш миёна ва 4,5-5,0 бал бошад, пародонтити дараҷаи вазнин.

Натиҷаи таҳқиқот нишон дод, ки (ҷадвали 1) дар байни беморони гурӯҳи I 1,5-4,4 балаҳо афзалият доштанд, ки тақрибан 56,2%ро ташкил меоданд, дар ҳолат, ки зимни гурӯҳи II маълумоти балҳо ба миқдори камтарини ҳодисаҳо ба қайд гирифта шуд ва саҳаҳан 20,8%-ро ташкил меод.

Инчунин қиматҳои кутрии муқобиле, ки мо ба даст овардем, меъёрҳои баҳодихии он хангоми таҳлили натиҷаҳои индекси пародонталӣ 0,3-1,4 балро ташкил меод. Шумораи бештари беморони муоинашуда зимни гурӯҳи дуюм ба таври аниқ ошкор гардид, ки гирифтори бемориҳои соматикӣ нестанд ва онҳо 47,9%-ро ташкил меоданд. Дар мавриди гурӯҳи аввал бошад, беморони бо чунин диапазони балҳо ҳамагӣ 4,2%-ро ташкил дод.

**Ҷадвали 1. - Нишондиҳандаҳои индекси пародонталӣ дар миёни патсиентҳои гирифтोर ва бе мавҷудияти бемориҳои соматикӣ**

Меъёрҳои баҳодихии индекс (балҳо)	Гурӯҳи I (n=123 нафар)	Гурӯҳи II (n=122 нафар)
0,1-0,2	-	31,3%
0,3-1,4	4,2%	47,9%
1,5-4,4	56,2%	20,8%
4,5-5,0	39,6%	-

Пародонтити дараҷаи вазнин, ки миқдори бали максимали (4,5-5,0)-ро ташкил меод, танҳо дар беморони гурӯҳи аввал ошкор карда шуд, ки он ҳам 39,6%-ро ташкил меод. Аммо дар миёни ашхоси муоинашудаи гурӯҳи дуюм шумораи беморони афзалиятдошта (31,3%) қимати индекси дар ҳудуди 0,1-0,2 балро доштанд, ки ба марҳилаи ибтидоии инкишофи равандҳои илтиҳобӣ дар пародонти бофтаҳо мувофиқат менамуд.

**Ҷадвали 2. - Нишондиҳандаи индекси беҳдошт дар миёни беморони гирифтори патологияи соматикӣ ва бе он**

Меъёрҳои баҳодихии индекс (балҳо)	Гурӯҳи I (n=123 нафар)	Гурӯҳи II (n=122 нафар)
1,1-1,5	-	4,6%
1,6-2	-	33,9%
2,1-2,5	26,0%	41,7%
2,6-3,4	42,8%	19,8%
3,5-5,0	31,2%	-

Нишондиҳандаи индекси беҳдошти Фёдоров-Володкин мустақиман бо натиҷаи индекси пародонталӣ, яъне бо вазнинии беморӣ (чадвали 2) ҳамбастагӣ дошт. Дар миёни патсиентҳои гурӯҳи аввал меъёрҳои баҳодиҳии индекс, ки ба сатҳи беҳдошти бад ва хеле бад мувофиқ буд, дар мувофиқан 42,8% ва дар 31,2% ҳодиса зоҳир гардид. Дар мавриди патсиентҳои гурӯҳи II бошад, натиҷаҳои хеле хуб ба қайд гирифта шуд. Мувофиқи меъёрҳои баҳодиҳии индекси беҳдошти қаноатбахш дар 33,9% ҳодисаҳо, беҳдошти гайриқаноатбахш саҳеҳан дар 41,7% ҳодисаҳо ба мушоҳида расид.

Новобаста аз он ки дар мавриди ҳар ду гурӯҳи муоинагардида беҳдошти бади ковокии даҳон ба назар мерасид, дар гурӯҳи дуум бошад, шумораи патсиентҳо аниқ 2,2 маротиба камтар (42,8% ва 19,8%) буд.

**Хулоса.** Дар намунаи арзёбии индекси ҳолати бофтаҳои пародонт манзараи нисбатан зоҳиршудаи клиниқии равандҳои илтиҳобии ковокии даҳони бемороне нишон дода шуд, ки гирифтори патологияи бисёрҷунҷӣ буданд. Робитаи мустақими ҳамбаста байни беҳдошти ковокии даҳон ва вазнинии беморӣ, бо назардошти бемориҳои ҳамроҳи соматикӣ, зарурати ба маҷмӯи чорабиниҳои ташхисӣ, муолиҷавӣ ва пешгирикунанда ворид кардани назорати ҳатмии ҳолати умумии беморонро дар табибон-интернистҳо тақозо мекунад, ки натиҷаи он барои ба таври саҳеҳан боло бурдани самаранокии муолиҷаи пародонтологӣ мусоидат менамояд.

#### Адабиёт

1. Грудянов, А.И. Диагностика в пародонтологии/ А.И.Грудянов, А.С.Григорьян, О.А.Фролова// Медицинское информационное агентство, М.: ООО, 2004. – 104 с.
2. Заболевания пародонта / Н.Ф. Данилевский. - Киев: Здоровье, 2000. – 461с.

### ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫХ ПРОЦЕССОВ КОСТЕЙ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА

*Аминов П.О., Базаров Н.И., Шарипов С.М.*

Кафедра ортопедической стоматологии и онкологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Доброкачественные опухоли и опухолеподобные процессы костей лицевого скелета (ДООППКЛС) составляют от 10% до 65% всех опухолей тела человека, а от числа новообразований области головы и шеи составляют 5- 20%, причем в большинстве случаев от 70-80% они имеют доброкачественную и от 20 до 30% злокачественную природу [1,2,3,4,5]. Одним из актуальных вопросов челюстно-лицевой хирургии является профилактика, совершенствование ранней диагностики, лечения ДООППКЛС, как основного элемента своевременной хирургической, ортопедической реабилитации и вторичной профилактики рака. Нередко возникают рецидивы ДООППКЛС, которые составляют от 10 до 50% клинических наблюдений [1,2,3,4,5]. Лечение ДООППКЛС сопряжено с определёнными трудностями, они обусловлены распространённостью опухолевого процесса, наличием патогенной нос ротовой инфекции, перифокального воспаления, нередко появляются рецидивы и по другим причинам. Вышесказанное предопределяет сложности выполнения радикального оперативного вмешательства на костях лицевого скелета, когда выполняются различные виды частичной и полной резекции и пути предупреждения развития рецидивов ДООППКЛС. Учитывая рецидивы при лечении ДООППКЛС, мы предлагаем способ комбинированной обработки ложи удаленной опухоли химиопрепаратами – циклофосфаном, относящимся к алкилирующим цитостатикам из группы хлорэтиламинов и метотрексатом (антиметаболитом, относящимся к группе аналогов фолиевой кислоты).

**Цель исследования.** Разработка способа комбинированной профилактики рецидива после оперативного лечения у больных с доброкачественными опухолями, опухолеподобными процессами костей лицевого скелета.

**Материал и методы исследования.** Клиническим материалом послужил 61 больной. Из них 34 (56%) мужчины, 27 (44%) женщин с ДООППКЛС, лечившихся в Республиканском онкологическом научном центре (РОНЦ), в университетской клинике ТГМУ им. Авиценны, клинике Алюминиевого завода ТАЛКО г. Турсунзаде в период с 1994 г. по 2016 г., в возрасте от 10 до 70 лет. Морфологически доброкачественные опухоли костей лицевого скелета были диагностированы у 40 (66%) больных, а опухолеподобные процессы костей лицевого скелета – у 21 (44%) человека. У всех больных с ДООППКЛС характеры объемы оперативных вмешательств, варьировали от краевой резекции до сегментарной, половинной и полной резекции костей лицевого скелета. Среди них: а) у 31 больного ДООППКЛС после резекции костей лицевого скелета размеры дефектов в диаметре составили от 4 см. до 6 см и более, б) у 15 - после частичной резекции размеры дефектов в диаметре составили от 5см. до 7см и более, в) у 10 больных после блоковидных резекций размеры дефектов в диаметре составили от 6 см. до 9 см и более, у 5 больных после расширенно-комбинированных резекций размеры дефектов в диаметре составили от 8 см до 12 см и более, а образовавшиеся дефекты костей лицевого скелета восполнялись аутоотрансплантатами и ксенотрансплантатом из ребра телёнка, которые были консервированы в 0,5% растворе формалина, а также пропитаны флаваноидами и другими консервантами. У 23(38%) больных после выполнения резекции костей лицевого скелета по поводу доброкачественных опухолей, опухолеподобных процессов образовавшиеся дефекты восполнялись циклофосфаном в одноразовой дозе от 200 мг до 300 мг и метотрексатом (в таблетках по 5мг, 6 или 8 штук измельчались до состояния порошка) в одноразовой дозе от 30 мг до 40 мг. Чтобы химиопрепараты не воздействовали на окружающие тканевые структуры, производилась сверху порошков циклофосфана и метотрексата герметичная обработка (укрытие их) воском.

Среди 61 больного ДООППКЛС, подвергнувшегося различным по характеру, объёму и тяжести оперативным вмешательствам, у 15 больных наблюдался перифокальный воспалительный процесс и заживление после операционной раны почти у всех пациентов происходило первичным натяжением, только лишь у одного пациента отмечено посттравматическое нагноение ксенотрансплантата, которое было удалено, после чего заживление послеопе-

рациональной раны у пациента происходило вторичным натяжением. В наших клинических наблюдениях рецидивы ДООППКЛС наблюдались лишь у 2 (5%) больных. Получены отменные результаты профилактики продолженного роста, рецидивов после оперативного лечения у больных с доброкачественными опухолями, опухолеподобными процессами костей лицевого скелета. При клиническом наблюдении за пациентами с ДООППКЛС отмечался более 5-летний период ремиссии без продолженного роста и рецидива. Применение данной методики комбинированной профилактики продолженного роста рецидивов после оперативного лечения больных с доброкачественными опухолями, опухолеподобными процессами костей лицевого скелета привело к усовершенствованию способов хирургической реабилитации. Это предопределило успех операции на костях лицевого скелета по поводу доброкачественных опухолей, опухолеподобных процессов, поэтому этот способ профилактики можно широко использовать в клинической практике отделения челюстно-лицевых клиник, занимающихся оперативным лечением больных с доброкачественными опухолями, опухолеподобными процессами костей лицевого скелета, и других клиник онкологического профиля.

#### Список литературы

1. К вопросу изучения опухолей и опухолеподобных процессов костей скелета человека / Н.И. Базаров [и др.] // Ж. Вестник Авиценны. – 2010. - №4. - С.34-40.
2. Опухоли и опухолеподобные процессы костей скелета по данным обращаемости в ГУ ОНЦ МЗ РТ / Н.И. Базаров [и др.] // Руководство по клинической онкологии. – 2012. - С.208-220.
3. Опухоли и опухолеподобные процессы костей скелета по данным обращаемости в ГУ ОНЦ МЗ РТ / Н.И. Базаров [и др.] // Руководство по клинической онкологии. Часть-1. Опухоли челюстно-лицевой области и шеи. - Душанбе, 2013. - С.362-396.
4. Бернадский, Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Ю.И. Бернадский. – М.: Медицина, 2003. – 345с.
5. Пачес, А.И. Опухоли головы и шеи / А.И. Пачес // 4-е изд. - М, Медицина, 2000. - 479 с.

#### ВЛИЯНИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ НА ПОСТУРАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ

*Бастанжиева А.А., Меженцева У.А.*

Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский университет)

**Актуальность.** На сегодняшний день влияние зубочелюстной системы на баланс тела в вертикальном положении довольно широко обсуждается в литературе. При нарушении осанки нагрузка, приходящаяся на мышцы шеи, увеличивается, при этом сохранение правильного положения головы и горизонтального направления взгляда возможно лишь при дальнейшем усилении их действия. В результате функциональной перегрузки у большинства больных с аномалиями прикуса наблюдают наклон головы вперед, западение грудной клетки, уменьшение ее переднезаднего размера, изменение угла наклона ребер, выступание лопаток, выпячивание живота, искривление голеней, плоскостопие.

Ориентируясь на постуральный статус пациента, можно выявить причины низкой эффективности лечения болевых синдромов краниоцервикальной области, обусловленных нарушениями прикуса, а также неэффективной коррекции дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, ассоциированной с нарушениями осанки.

**Целью** данного обзора является освещение современных постурологических концепций для объединения усилий специалистов различных областей медицины в лечении больных.

Согласно современному общепринятому определению, постуральный контроль – регуляция положения тела в пространстве – определяется двумя компонентами:

1) постуральная устойчивость, которая означает способность поддерживать вертикальное положение тела и, особенно, центра давления тела внутри границ площади опоры;

2) постуральная ориентация, под которой подразумевается способность поддерживать соответствующую взаимосвязь между отдельными структурами тела, между телом и окружающим пространством.

**Материалы исследования.** Liley доказал, что организм постоянно приспосабливается, меняя положение структур таким образом, чтобы голова все время оказывалась в правильном положении относительно горизонтали. Именно из-за этой взаимосвязи структур расположение верхней и нижней зубных дуг, а также окклюзионной плоскости, так важно для оптимального функционирования организма.

По мнению Delaire, положение верхней и нижней челюстей относительно друг друга определяется взаимодействием двух основных факторов: тонуса задней группы мышц шеи и массы черепа. Этот определяет прямую взаимосвязь позиции челюстей и тонуса мышц шеи.

Kraus установил, что положение головы и шеи оказывает воздействие на положение нижней челюсти в состоянии покоя.

По данным Guzaу результирующая мышечных сил, определяющих и контролирующая движения нижней челюсти, расположена у основания первого шейного позвонка, поэтому любое отклонение нижней челюсти сказывается на расположении первых двух шейных позвонков и на позвоночном столбе в целом.

Fonder, Makofsky, Rocabado в своих работах также пришли к выводу, что положение челюсти влияет на пространственное положение головы, а это, в свою очередь, на расположение других структур организма.

Pflaum и Pflaum обсуждают негативное влияние на позу заднего положения языка в ротовой полости, которое приводит к дистальному смещению нижней челюсти.

В работах Е. Я. Худоговой была выявлена взаимосвязь положения центра давления у пациента в зависимости от типа окклюзии зубных рядов: при мезиальной окклюзии центр давления смещается кзади, а при дистальной -кпереди. В результате ортодонтического лечения дистальной окклюзии выявлялось улучшение стабилметрических показателей.

Смаглюк Л. В. В своих исследованиях сделала вывод, что аномалии прикуса приводят к нарушениям функций опорно-двигательного аппарата человека. При дистальной окклюзии отклонения от центра равновесия вправо, влево, вперед и назад были больше, чем у пациентов без нарушений. Причиной изменений является также повышение прикуса за счет снижения вестибулярной реакции тела. При дистальной окклюзии зубных рядов центр тяжести головы нередко располагается впереди, в результате чего происходит изменение осанки и увеличение нагрузки подзатылочные, лестничные грудино-ключично-сосцевидные мышцы. При запрокинутом положении головы увеличивается высота лицевой части черепа, происходит уменьшение размера челюстей в сагиттальной плоскости и обычно наблюдается менее глубокая инклинация нижней челюсти.

Также на основании проведенных клинических исследований кандидата медицинских наук Бирюковой Оксаны Павловны в области влияния функционального состояния мышц челюстно-лицевой области и осанки на формирование у детей 6-12 лет дистальной окклюзии было доказано, что у детей с выраженными нарушениями опорно-двигательного аппарата выявлены аномалии окклюзии. В периоде прикуса молочных зубов (3-5 лет) преобладают вертикальные нарушения окклюзии (более 38%), в периоде смены зубов (6-12 лет) - сагиттальные аномалии окклюзии (до 40%). У 22% детей с дистальной окклюзией зубных рядов изменение осанки проявляется выраженным поясничным лордозом и грудным кифозом. У 19% лиц диагностированы сколиозы различной степени (предсколиозное состояние, сколиоз I, II степени). У 37% обследованных имеются сочетанные нарушения осанки и деформации позвоночника во фронтальной и сагиттальной плоскостях. 78% обследованных пациентов с дистальной окклюзией нуждаются в коррекции осанки. У детей 6-12 лет с дистальной окклюзией зубных рядов осанка и деформация позвоночника оказывают влияние на размеры лицевого отдела черепа. На размер тела верхней челюсти влияет выраженность грудного кифоза ( $r = 0,61$ ) и поясничного лордоза ( $r = 0,55$ ). Длина тела нижней челюсти (Pg-Go) находится в обратной зависимости с наклоном тела в состоянии покоя (8T) ( $r=0,44$ ) и угловым положением вершины трудного кифоза (SN) ( $r=0,47$ ). Положения апикальных базисов верхней (<SNA) ( $r=0,38$ ) и нижней челюстей (<SNB) ( $r=0,43$ ) связаны со степенью выраженности грудного кифоза. Степень выраженности дистальной окклюзии взаимосвязана с выраженностью поясничного лордоза ( $r=0,58$ ) и грудного кифоза ( $r=0,39$ ). Направление роста челюстей зависит от выраженности поясничного лордоза ( $r=-0,44$ ), грудного кифоза ( $r=-0,53$ ) и сколиоза ( $r=-0,40$ ). Степень грудного кифоза взаимосвязана с трансверсальными и сагиттальными параметрами обеих челюстей, поясничного лордоза - с трансверсальными величинами нижней челюсти. Параметры, характерные для сколиоза, связаны с сагиттальными размерами верхней челюсти, а также с трансверсальными и сагиттальными показателями нижней.

В. В. Иванов, Е.Е. Ачкасов, Н.М. Марков, д.м.н., проф. Е.К. Кречина исследовали закономерности изменения статодинамических функциональных показателей системы постурального баланса в ответ на изменение положения нижней челюсти при ортодонтическом лечении пациентов с нарушением прикуса. В исследование были включены 20 пациентов в возрасте от 14 до 30 лет с нарушениями прикуса в виде выдвигания верхнего зубного ряда вперед по отношению к нижнему при сомкнутых челюстях (II тип окклюзии зубных рядов по Энгля). Всем пациентам выполняли поверхностную электромиографию жевательных мышц *mm. temporalis*, *mm. masseter* в состоянии покоя и максимального сжатия челюстей. Баланс тела изучали на стабилметрической платформе: проводили 2 исследования, состоящих из 2 проб с открытыми и закрытыми глазами — в расслабленном состоянии и со сжатыми челюстями. Для оценки взаиморасположения регионов тела выполняли компьютерную оптическую топографию. Изменение позиции нижней челюсти проводили в зависимости от ортодонтических показаний при помощи окклюзионных шин, окклюзионных накладок, либо аппарата TwinForce. Выполняли 2 диагностические сессии: до выдвигания нижней челюсти вперед и спустя 1 месяц после начала ортодонтического лечения. В результате у большинства пациентов после выдвигания нижней челюсти вперед происходило увеличение биопотенциала жевательных мышц с одной из сторон в процессе ортодонтического лечения. Таким образом, пришли к выводу, что асимметричная работа жевательных мышц при коррекции прикуса способна спровоцировать нарушение баланса в отдаленных регионах тела, что диктует необходимость мониторинга состояния постуральной системы в процессе ортодонтического лечения.

Д.м.н., проф. Е. Н. Жулев, к.м.н. П.Э. Ершов, О. А. Ершова изучали взаимосвязи дистального смещения головок нижней челюсти в височно-нижнечелюстном суставе с постуральной патологией. Были обследованы 20 человек из контрольной группы (возраст 18—25 лет) и 70 пациентов того же возраста с мышечно-суставной дисфункцией, осложненной зубочелюстными аномалиями (дистальный прикус — 27 человек, ортогнатический с аномалиями положения отдельных зубов — 18, глубокий — 16, мезиальный — 4, прямой — 2, открытый — 2, перекрестный — 1), до и после лечения окклюзионными шинами. Всем обследованным были сделаны конусно-лучевая компьютерная томография височно-нижнечелюстного сустава и фотометрический анализ. Таким образом, в результате исследования у лиц с мышечно-суставной дисфункцией, осложненной зубочелюстными аномалиями, было выявлено достоверное смещение нижней челюсти кзади и кверху, а также наличие постуральных нарушений как во фронтальной плоскости (изменение положения головы относительно плеч и горизонтали, нарушение конфигурации лица в виде асимметрии расположения линий глаз, углов рта и плеч), так и в сагиттальной (переднее смещение головы и наклон вертикальной оси тела вперед). Лечение пациентов проходило с применением окклюзионных шин позволило нормализовать положение головок нижней челюсти и осанку.

Е.Г. Перова, А.А. Левенец, Д.А. Россиев выявили прямо пропорциональную зависимость распространения зубочелюстных аномалий и деформаций у детей с разным состоянием опорно-двигательного аппарата от степени тяжести нарушений позвоночного столба – минимальная у физически здоровых детей и максимальная у детей со сколиозом III – IV степени. У обследованных детей, страдающих сколиотической болезнью, распространенность зубочелюстных аномалий и деформаций значительно выше по сравнению с физически здоровыми и имеющими нарушения осанки детьми. Сравнивая тяжесть нарушений опорно-двигательного аппарата при сколиозе и нарушенной осанке, необходимо отметить, что нарушение осанки предполагает изменения на уровне мышечного компонента, тогда как при сколиотической болезни имеют место органические поражения костных структур позвоночника (ротация и торсия позвонков). Эти данные дают возможность провести параллель относительно нарушений зубочелюстной системы и предположить вероятность изменения костных структур челюстно-лицевой области у детей со сколиозом. Анализ данных распространенности зубочелюстных аномалий и деформаций у детей с различной степенью тяжести нарушений опорно-двигательного аппарата выявил устойчивую тенденцию к увеличению распространенности зубочелюстных аномалий и деформаций с возрастанием степени тяжести сколиоза. Таким образом, распространенность дистальной окклюзии увеличивается практически в 2,5 раза: от  $14,67 \pm 2,71\%$  у детей с нарушением осанки до  $40,00 \pm 8,94\%$  у детей со сколиозом III-IV степени.

**Выводы.** Любые изменения в зубочелюстной системе будут вызывать компенсаторный ответ со стороны всего организма. При выявлении нарушений осанки, сколиоза различной степени тяжести и локализации необходим междисциплинарный подход, который должен реализовываться при участии стоматолога-ортодонта, невролога, мануального терапевта, врача ортопеда. Междисциплинарный подход – надежный способ установки правильного диагноза и назначения адекватного лечения.

#### Список литературы

1. Иванов В.В., Ачкасов Е.Е., Марков Н.М., Кречина Е.К. Изменение постурального статуса при ортодонтическом лечении нарушений прикуса. *Стоматология*. – 2018. - №97(1). – С.50-53. <https://doi.org/10.17116/stomat.201897150-53>
2. Смаглюк, Л.В. Оцінка взаємозв'язку між патологією оклюзії та стабільністю положення тіла людини у просторі/ Л.В. Смаглюк, К.О. Соловей // Вісник проблем біології і медицини.- 2014. – Вип. 2, т. 2. – С. 148-151.

### ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЁБА

*Бессонов С.Н.*

Кафедра клинической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии №2 ФГБОУ ВО Ярославский ГМУ Минздрава России

**Актуальность.** Частота рождения детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба в различных регионах России составляет от 1:500 до 1:1000 новорожденных [4]. Деформации костных, хрящевых и мышечных структур средней зоны лица при врожденных расщелинах верхней губы, альвеолярного отростка и нёба формируются в первом триместре беременности. При рождении такого ребенка отмечается нарушение размеров верхней челюсти, имеется дефект верхней губы, альвеолярного отростка и нёба. При этом костная и хрящевая части перегородки искривлены, хрящи носа деформированы, круговая мышца расщеплена, изменены места ее прикрепления. В постнатальном периоде дисфункция мимических мышц при врожденных расщелинах верхней губы, альвеолярного отростка и нёба усиливает деформацию средней зоны лица. Сопутствующая врожденная расщелина неба сопровождается нарушением речи, дыхания, приема пищи. У детей с такой патологией имеется сообщение полости рта с полостью носа, укорочение мягкого неба, расширение среднего отдела глотки, изменение положения и мест прикрепления мышц мягкого неба. Реабилитация таких пациентов является одной из важнейших проблем современной челюстно-лицевой хирургии и стоматологии [1].

**Цель исследования.** Целью исследования является совершенствование методов лечения пациентов с врожденными расщелинами верхней губы, альвеолярного отростка и нёба, анализ отдаленных результатов лечения, прослеженных в сроки до 20 лет и модернизация методов коррекции остаточных и вторичных деформаций средней зоны лица.

**Материал и методы исследования.** Проведена антропометрическая оценка результатов оперативного лечения врожденных расщелин верхней губы и неба через месяц после операции у 100 детей. Отдаленные результаты в сроки от 5 до 7 лет прослежены у 87 детей. Эффективность хирургического лечения определяли единой оценкой, включающей характеристики формы восстановленной губы, носа и верхней челюсти. Использовали бальную систему оценки, определяя результат по сумме баллов [2].

**Результаты исследования и их обсуждение.** Проведенный анализ показал, что часть результатов довольно устойчива, однако в целом отмечается тенденция ухудшения результатов с ростом ребенка. Форма верхней губы оставалась приемлемой у 88,9% пациентов, однако заметно увеличилось количество деформаций носа. Анализ отдаленных результатов лечения, прослеженных у 18 пациентов в более отдаленные сроки (14-18 лет после операции), показал, что с дальнейшим ростом ребенка деформации средней зоны лица усиливаются. У  $11,1 \pm 5,56\%$  результаты были расценены как «неудовлетворительные». 44,4% имели выраженную асимметрию кончика и крыльев носа. У 38,8% отмечалась верхняя ретро- и микрогнатия, которая в большинстве случаев устранялись после проведенного ортодонтического лечения. Тем не менее, 8,6 % пациентов нуждались в ортогнатических операциях.

В последние годы отмечается тенденция снижения возрастных сроков оперативного лечения врожденных расщелин неба. Большинство хирургов стараются выполнить уранопластику или велоластику у детей первого



года жизни. Однако, способы, направленные на закрытие дефекта и не предусматривающие достаточного удлинения мягкого неба, приводят к тому, что в последующем до 34% пациентов нуждаются в «речеулучшающих» операциях [5]. Использование методик, включающих мобилизацию лоскутов на твердом небе и ретротранспозицию неба в раннем детском возрасте, приводит к сужению верхней челюсти в области премоляров и фронтальной группы зубов из-за рубцовых процессов в переднем отделе твердого после выкраивания и смещения назад слизисто-надкостничных лоскутов в области твердого неба. Мы выполняем первым этапом велопластику, которая позволяет удлинить мягкое небо, восстановить функцию небо-глоточного кольца и избежать формирования деформирующих рубцов в области твердого неба. Расщелина твердого неба закрывается вторым этапом в возрасте 3 года.

Выполнения костной пластики расщепленного альвеолярного отростка в сроки 9-11 лет приводит к тому, что многие пациенты к этому возрасту утрачивают латеральные резцы из-за их небного прорезывания, недостаточно тщательной гигиены, связанной со скученным положением зубов, возникновения кариозного процесса и воспалительных явлений в пародонте. Более 10 лет назад мы начали выполнять костную пластику альвеолярного отростка в возрасте 6 лет перед прорезыванием латерального резца. Цель такого вмешательства – достичь оптимального прорезывания резцов и их перемещения в костный регенерат.

У пациентов со значительно смещенной вниз премаксиллой, которую не удавалось переместить в пределы зубного ряда ортодонтически, проводили хирургическую репозицию межчелюстной кости путем остеотомии сошника за челюстно-сошниковым швом с обязательной костной пластикой альвеолярного отростка в области дефектов. Коррекция верхней микрогнатии у пациентов старше 16 лет осуществлялась путем остеотомии верхней челюсти. При сопутствующей нижней макрогнатии проводилась двусторонняя сагитальная остеотомия нижней челюсти. Устранение деформации носа может быть выполнено в дошкольном возрасте (5–6 лет) или предпубертатном периоде (10–12 лет). Коррекция формы носа позволяет улучшить внешний вид пациентов, способствует их лучшей социальной адаптации в обществе и уменьшает вероятность психологической травмы в детском возрасте, когда психика ребенка неустойчива и очень ранима.

Если формирование лица еще не закончено, не рекомендуется отслаивать и выделять нижние латеральные хрящи носа по внутренней поверхности, рассекать или иссекать фрагменты медиальных и латеральных ножек, накладывать «стягивающие» матрацные швы. Проводили разрез кожи по краю уплощенной ноздри на уровне симметричном здоровой стороне, переводили избыток кожи, нависающей над краем ноздри на стороне расщелины, в полость носа для восполнения дефицита носовой слизистой оболочки, перемещали медиальную или латеральную ножку большого хряща крыла носа, фиксируя купола в симметричном положении.

Окончательную коррекцию всех измененных структур носа с использованием приемов эстетической пластической хирургии (osteotомии носовых костей, шовных технологий и скрытых хрящевых трансплантатов) проводили после завершения роста лицевого скелета (16 лет и старше).

При выраженной деформации носа следует выполнять открытую ринопластику, позволяющую получить лучший обзор операционного поля и провести манипуляции на хрящевом отделе в полном объеме [3]. Септопластика, выполняемая через тыльный доступ, обеспечивала оптимальный подход и возможность формирования искривленной перегородки. Максимально использовали собственные хрящевые структуры, которые перераспределяли и фиксировали постоянными швами. В качестве дополнительного опорного материала служил аутохрящ из перегородки носа. Мобилизованные нижние латеральные хрящи фиксировали в симметричном положении с помощью трансплантата, сформированного из удаленной части искривленного четырехугольного хряща. При гипоплазии НЛХ на стороне расщелины его укрепляли хрящевой «стропилкой». Наложение межкупольного шва и швов, сужающих купола больших хрящей крыльев носа, способствовало "акцентированию" кончика носа за счет его сужения и ротации кверху, а также обеспечивало адекватную профилю проекцию. Размягченные хрящевые трансплантаты в области кончика носа были призваны обеспечить его проекцию и камуфлировать недостатки симметрии. При необходимости удлиняли колумеллу лоскутом с верхней губы.

После иссечения рубцово-измененных тканей губы, проводили тщательное сшивание пучков круговой мышцы рта, формируя отсутствующую колонку филтрума. Для восстановления правильной анатомической формы губы добивались точного сопоставления линии перехода кожи в красную кайму и белого валика над ней.

Отдаленные результаты лечения, прослеженные у 101 пациента с деформациями средней зоны лица, показали, что в 82,4% удалось получить стабильные функциональные и эстетические результаты лечения.

**Выводы.** Современные методы оперативного лечения врожденных расщелин верхней губы и неба позволяют получить хорошие непосредственные эстетические результаты и способствуют более правильному развитию средней зоны лица, уменьшают вероятность психологической травмы в детском возрасте. Однако с ростом лица деформации носа и верхней челюсти усиливаются. Комплексная реабилитация пациентов с участием различных специалистов (хирургов, ортодонт, логопедов), своевременная коррекция имеющихся деформаций верхней челюсти, носа и верхней губы позволяет достичь хороших эстетических и функциональных результатов, улучшить психо-эмоциональное состояние пациентов и способствует их социальной реабилитации.

#### Список литературы

1. Бессонов С.Н., Давыдов Б.Н. Врожденные расщелины верхней губы, альвеолярного отростка и неба // Курс пластической хирургии: Руководство для врачей / Под. ред. К.П. Пшениснова. – Ярославль, Рыбинск: Изд-во ОАО «Рыбинский Дом печати», 2010. – Т. 1, Гл. 3.2. – С. 375-416.
2. Давыдов Б.Н. Хирургическое лечение врожденных пороков развития лица. – Тверь: РИЦ ТГМА, 2000. – 222 с.
3. Топольницкий О.З., Давыдов Б.Н., Бессонов С.Н., Чуйкин С.В. и др. Врожденные расщелины верхней губы, твердого и мягкого неба // Челюстно-лицевая хирургия: Национальное руководство / Под. ред. А.А. Кулакова.- М., ГОЭТАР-Медиа, 2019. – С.388-442.

4. Стоматология детского возраста: учебник в 3 ч. / О.З. Топольницкий [и др.]. – М. ГОЭТАР-Медиа, 2016. – Ч. 2. Хирургия. – 320 с.
5. Gosman A/A Cleft lip and palate II: surgical management // Selected Readings in Plast. Surg. – 2007. – Vol. 10. – N 16, Part 2. – 92 p.

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОЧАГОВОЙ АЛОПЕЦИЕЙ, ПРИ ТЕРАПИИ АДАПТОГЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

*Валиев А.А.*

Кафедра дермато-венерологии, детской дермато-венерологии и СПИДа Ташкентского педиатрического медицинского института, Узбекистан

**Актуальность.** Проблема лечения очаговой алопеции всегда была одним из актуальных проблем современной детской дерматологии. Очаговая алопеция (ОА) является одной из наиболее актуальных патологий кожи и её придатков в детском возрасте и встречается у 0,1%-0,2% населения [1,5]. Несмотря на то, что смертность от этой болезни отсутствует, заболеваемость от психологических последствий выпадения волос может быть разрушительной. Начало ОА у пациентов до 40 лет составляет 70%-80% [3], однако у значительной доли (48%) пациентов клинические признаки проявляются в течение их первого и второго десятилетия жизни, что делает ОА актуальной для всех слоёв населения [4]. В последние годы оценка качества жизни становится предметом клинического интереса, научных исследований, критерием назначения или коррекции применения лекарственных препаратов [2]. Психологические последствия для некоторых пациентов детского возраста с ОА были хорошо документированы в научной литературе, включая повышенный риск тревоги, депрессии, социальных фобий, параноидных расстройств, проблем с самооценкой, уменьшенного изображения тела и снижения качества жизни [3]. Следовательно, изучение качества жизни пациентов детского возраста с различными дерматологическими заболеваниями остаётся актуальным и требует дальнейшего изучения.

**Целью** нашего исследования являлось изучение качества жизни детей и подростков с очаговой алопецией, на фоне комплексной терапии с использованием препарата Адаптол.

**Материалы и методы исследования.** Всего были обследованы 54 больных детей и подростков от 2 до 15 лет, страдающих различными клиническими формами ОА. Диагноз устанавливался на основании анамнестических данных, клинических проявлений заболевания, характерных для различных стадий диагностических клинических симптомов. Для оценки качества жизни пациентов был использован опросник CDLQI (Children's Dermatology Life Quality Index, M.S.Lewis-Jones, A.Y.Finlay, 1993). Опросник содержал 10 вопросов, касающихся влияния ОА на социальную, бытовую сферу жизнедеятельности и на досуг пациента. К вопросам предлагалось по 4 варианта ответа, каждый из которых оценивался в баллах. Минимальное влияние заболевания на качество указанного аспекта жизнедеятельности оценивался в 0 баллов, максимальное – в 3 балла. Наибольшее возможное количество баллов, набранных по опроснику – 30, что указывает на значительное негативное влияние болезни на качество жизни; наименьшее – 0 баллов, что свидетельствует об отсутствии влияния заболевания на качество жизни ребенка и семьи. Перед началом исследования было получено письменное разрешение родителей или опекунов пациентов на проведение клинико-лабораторного исследования.

В зависимости от проводимой терапии исследуемые пациенты были распределены на 2 исследуемые группы: 1-я группа – n=26 (48,1%) пациентов, получали традиционную стандартную терапию по лечению ОА, 2-я группа – n=28 (51,9%) пациентов, которым проводилась стандартная терапия с включением препарата «Адаптол».

**Результаты исследования и их обсуждение.** Определение качества жизни (КЖ) у детей и подростков базируется на двух ключевых и неразрывно связанных логических конструкциях. Первая относится к предмету исследования, вторая — к основному методу его изучения. В частности, предметом исследования являлись три основные функции ребенка: физическая, психическая и социальная; методом их изучения — оценка, основанная на субъективном восприятии ребенка и/или его родителей. При изучении КЖ наших пациентов строго соблюдали следующие этапы исследования: разработка протокола; обследование детей; сбор данных; формирование базы данных; калибрование данных опросника; статистическая обработка данных; анализ и интерпретация результатов. В ходе анализа полученных результатов было выявлено, что у детей с ОА средний показатель КЖ до лечения составил 22,3 балла. При субъективной оценке степени влияния ОА на качество жизни пациентов были получены следующие результаты: данная патология «очень сильно» влияет на качество жизни у 5,77% (n=3), «значительно» влияет – 59,62% (n=31), «незначительно» влияет – 21,15% (n=11), «не влияет» – 13,46% (n=7). При детальном исследовании различных сфер жизнедеятельности пациентов было определено, что 89,5±3,2% детей испытывали огорчение и стеснение из-за косметических проблем с кожей, 72,1±5,3% опрошенных испытывали неловкость в обращении с друзьями и сверстниками (P>0,05). Все пациенты отметили вынужденную необходимость в использовании из-за состояния кожи одежду с определенными покровами, с целью максимального скрытия участков поражения кожи. Самая большая проблема при этом заключалась в общении со сверстниками, их беспокоило то, что из-за проблем с кожей их обзывали, дразнили, спрашивали о болезни или избегали – 80,77% (n=42).

Основываясь на изначально полученных результатах по изучению качества жизни и психосоматического состояния пациентов, нами был разработан метод лечения данных пациентов, включающий в себя стандартное этиопатогенетическое лечение больных детей с ОА в сочетании с комплексной фармакотерапией психосоматических нарушений (нейротропный, психотропный и соматотропный компоненты медикаментозной терапии). Препаратом выбора в терапии возникших психопатологических состояний являлся препарат «Адаптол» (мебикар), воздействующий на разнообразные причинные механизмы формирования психосоматических нарушений, оказывающий многостороннее комплексное влияние на организм, ведущим из которых является нейротропное действие.

Следовательно, пациентам из 2-й группы помимо традиционного лечения назначали Адаптол (мебикар) в возрастной дозировке: детям до 12 лет – по 300 мг, старше 12 лет - по 500 мг дважды в течение суток, длительностью 30 дней. Длительность лечения составляла 3 месяца.

Эффективность включения Адаптола в комплекс медикаментозной терапии оценивалась на основании изучения качества жизни и психосоматического состояния пациентов. В частности, при оценке качества жизни пациентов было отмечено, что, суммарный показатель КЖ после 3 месяцев лечения, в первой группе составило – 13,8 баллов, указывающее на улучшение КЖ пациентов в среднем на 8,6 баллов или на 38,6% от первоначального состояния. При этом, аналогичный показатель у пациентов из второй группы составил – 9,6 баллов, что указывает на улучшение КЖ на 12,7 баллов или на 43,1%. При сравнении КЖ по итогам лечения, при применении препарата «Адаптол» отмечается улучшение КЖ на 69,6% по отношению к пациентам которым не применяли препарат «Адаптол».

Результаты изучения КЖ пациентов с ОА, доказали у всех пациентов динамическое улучшение психологического состояния, настроения, поведения детей, после перехода заболевания в период ремиссии, рассасывания элементов сыпи, исчезновения субъективных симптомов, избавления от косметически неприятных проявлений заболевания во всех группах терапии, однако значимые результаты достигнуты у больных получавших комплексное лечение с включением препарата Адаптол, что подтверждает необходимость его использования при терапии ОА.

Взаимоотношения больного ребенка с членами семьи, отношение к семье, положение, которое он занимает в семье, отражались в симптомокомплексах рисунков проективного теста КРС. «Благоприятная семейная ситуация» была отражена до начала лечения у 37,04% (n=20) больных, результаты после терапии указали на увеличение количества детей с данным симптомокомплексом, особенно во 2-й группе, где его значения увеличились до 50,0% (n=14), тогда как при стандартном методе терапии позитивная динамика отмечена у 42,3% (n=11) пациентов.

**Вывод.** Использование в комплексном лечении препарата «Адаптола» (мебикар) совместно с общепринятым стандартом лечения ОА у детей, способствует улучшению качества жизни пациентов в среднем на 69,6%, что указывает на необходимость включения его в комплекс медикаментозной терапии пациентов с очаговой алопецией.

#### Список литературы

1. Николаева Т.В. Микроэлементный статус пациентов с очаговыми формами гнездовой алопеции // Российский журнал кожных и венерических болезней. - 2016.- №3. – С.148-151.
2. Маннанов А.М., Шахабиддинов Т.Т., Хаитов К.Н. Адаптол в комплексной терапии псориаза у детей// Педиатрия. Журнал имени Г.Н. Сперанского. 2010. – Т. 89(6). – С. 127-130.
3. Юсупова Л. А., Бильдюк Е. В. Изучение качества жизни дерматовенерологических больных, получавших лечение в условиях стационара // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. - 2014.- № 9. - С. 107–108.
4. McElwee K. J., Gilhar A., Tobin D. J., Ramot Y., Sundberg J. P., Nakamura M., Bertolini M., Inui S., Tokura Y., King Jr. L. E., Duque-Estrada B., Tosti A., Keren A., Itami S., Shoenfeld Y., Zlotogorski A., Paus R. What causes alopecia areata? //Exp Dermatol. 2013 Sep; 22(9): 609–626. doi: 10.1111/exd.12209
5. Xu L., Liu K.X., Senna M.M. A Practical Approach to the Diagnosis and Management of Hair Loss in Children and Adolescents. //Front Med (Lausanne) 2017; 4: 112. doi: 10.3389/fmed.2017.00112

### ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЗУБОЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ АНОМАЛИЙ СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ

*Газал Орзу, З.Х. Якубова*

Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность исследования.** Изучение распространенности зубочелюстно-лицевых аномалий, занимающих одно из первых мест в структуре стоматологических заболеваний у детей и подростков, является актуальной проблемой ортодонтии [3, 6]. По литературным данным распространенность зубочелюстно-лицевых аномалий у детей в России не имеет тенденции к снижению и регистрируется на уровне 60% [4]. По данным Икрамовой Г.Д. (2008) распространенность зубочелюстных аномалий среди детей и подростков Республики Таджикистан колеблется от 33,1% до 54,4% и в среднем составляет 41,7% [5]. Самая высокая распространенность ЗЧА установлена в Турсун-задевском районе (54,4%). По данным Шамсидинова А.Т. (2015) распространенность зубочелюстных аномалий и деформаций у детей и подростков г. Душанбе составляет 62,48% [1].

**Цель исследования.** Изучить распространенность зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций среди школьников г. Душанбе.

**Материал и методы исследования.** Стоматологический осмотр детей двух «ключевых» возрастных групп 6-8 лет, 10-12 лет проведен среди 100 школьников в стандартных условиях с использованием карт, разработанных на кафедре стоматологии детского возраста и ортодонтии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Для обследования была выбрана типичная школа г. Душанбе, в которой были получены согласие администрации и родителей школьников. Из общего количества обследуемых девочки составили 36, а мальчики 64 человека.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Стоматологическое обследование выявило высокую распространенность зубочелюстно-лицевых аномалий у обеих «ключевых» групп школьников – 78,2%. Количество обследованных детей в возрастной группе 6-8 лет составило 58 (37 мальчиков и 21 девочка), из которых 40 (73%) детей имели ЗЧЛ аномалии. Возрастную группу 10-12 лет составили 42 школьника (32 мальчиков и 10 девочек),

ЗЧЛ аномалии имели 35 (83.3%) школьников. Пейзаж ЗЧЛ аномалий и деформаций был очень разнообразен. Самой распространенной по частоте была аномалия положения зубов (78%).

#### **Выводы.**

1. Изученные нами данные говорят о высокой доле распространенности ЗЧЛ аномалий (78.2%) среди школьников г. Душанбе, который превышает среднестатистический показатель, установленный на территории Таджикистана в 2015 году (62,48%).
2. В структуре зубочелюстных аномалий среди всех обследованных детей преобладают аномалии положения зубов (78%).
3. Для практического здравоохранения предлагается использование данных о распространенности и интенсивности стоматологических заболеваний у детей при планировании объема лечебно-профилактических мероприятий и оценки их эффективности.

#### **Список литературы**

1. Распространенность и структура зубочелюстной патологии у детей и подростков г. Душанбе и необходимость в их коррекции / А.Т. Шамсидинов, А. Ахмедов, У.Х. Танжихолов, М.Д. Рахимов // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - 2015. - № 4. - С. 49-52.
2. Гуненкова, И.В. Ортодонтическая помощь как один из факторов улучшения качества жизни / И.В. Гуненкова // Стоматология. - 2005. - №5. - С. 63-66.
3. Персин, Л.С. Диагностика, виды зубочелюстных аномалий / Л.С. Персин. - М.: Ортодент-Инфо, 1999. - 271 с.
4. Хорошилкина, Ф.Я. Диагностика зубочелюстно-лицевых аномалий с учетом морфологических, эстетических, этиопатогенетических и общих нарушений организма / Ф.Я. Хорошилкина // Ортодонтия. - 2005. - № 1. - С. 3-9.
5. Икрамова, Г.Д. Распространенность зубочелюстных аномалий среди детей и подростков Республики Таджикистан: автореф. дис. канд. мед. наук / Г.Д. Икрамова. - Душанбе, 2007. - 22 с.
6. Гуненкова, И.В. Использование эстетического индекса ВОЗ для определения нуждаемости детей и подростков в ортодонтическом лечении / И.В. Гуненкова, Е.С. Смолина // Институт стоматологии. - 2007. - № 2. - С. 24-26.

### **АНАЛИЗ ЛОГИСТИКИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ОЦЕНКА ТЕНДЕНЦИЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ**

*Гафарова Ф.М., Кахарова К. А.*

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

**Актуальность.** Как известно, вследствие нарушения схемы диспансерного наблюдения, несвоевременных консультаций специалистов могут пропускаться благоприятные сроки для коррекции как серьезной патологии (перинатальные поражения мозга, ретинопатия, бронхолегочная дисплазия, врожденная дисплазия тазобедренных суставов и т.п), так и пограничных (функциональных) расстройств у новорожденных, что способствует отрицательной динамике уровня здоровья ребенка к концу первого года жизни и росту риска инвалидизации [1].

Это обуславливает необходимость использования влияния на результирующий признак медико-социологических методов для анализа эффективности работы. Одна из главных задач таких исследований – формирование мониторинга качества амбулаторно - поликлинической помощи ставит данные исследования в ряд весьма актуальных, т.к. данная форма контроля качества первичного звена позволяет в определенной мере управлять этим качеством [2].

Учитывая вышеизложенное, **цель исследования** явилось изучение динамики обращаемости новорожденных в стационар и анализ влияния на результирующий признак медико-социальных факторов для разработки организационных мероприятий, направленных на предотвращение смерти детей на первом году жизни.

**Материал и методы исследования.** При изучении обращаемости новорожденных в стационар использованы данные ретроспективного анализа историй болезни, госпитализированных детей в отделении неонатологии и раннего возраста 4 городской клинической больницы им И. Иргашева г. Ташкента за период 2015-2016гг.

Нами изучено 1880 историй болезни вылеченных и 61 умерших новорожденных. Во всех историях болезней умерших новорожденных клинические диагнозы соответствовали патологоанатомическим диагнозам.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Установлено, что в анализируемом периоде по обращаемости, стационарные услуги в 5,4 % случаев занимали место недоношенные новорожденные, переведенные из родильного дома для второго этапа выхаживания.

Анализ данных историй болезни показал, что первое место в общей заболеваемости детей занимали болезни органов дыхания (52,44%). Вызывает тревогу факт того, что рост частоты перинатальных повреждений нервной системы (ППНС/ВЖК- 18,7%) и острое нарушения мозгового кровообращения (0,32%) имеет достоверный характер. У новорожденных пролонгированная гипербилирубинемия имела место в 18% случаев. Следует отметить, что распространенность функциональных нарушений ЖКТ составила 4,8%, входящих в указанные классы болезней. На последних местах находились младенцы с диагнозом кардиомиопатия – 0,48%.

По определению ВОЗ, показатель младенческой смертности признан интегральным индикатором качества жизни, социального и экономического благополучия общества [3].

Показатель младенческой смертности рассматривается как оперативный критерий оценки общего благополучия населения, уровня и качества медико-социальной помощи, эффективности работы акушерской и педиатрической службы [4].

Наши исследования по анализу смертности в анализируемом периоде показали, что 46% случаев младенческой смертности выявляется еще в неонатальном периоде (таблица 1). Как видно из таблицы, из них, по раннему и позднему периодам приходится 46,4% и 53,6% соответственно.

Показатель старшего неонатального возраста зарегистрирован как 54%. Из них, смертность новорожденных до 1го месяца оказалась самой высокой и составила почти 15%, самый низкий показатель у детей старше 6 месяцев (9,8%).

Таблица 1.

Возраст	Абс. кол-во	%
Неонатальный период	28	46
ранний	13	46,4
поздний	14	53,6
Старше неонатального возраста	33	54
До 1-го мес	9	14,8
1-3 мес.	11	18
3-6 мес.	7	11,5
Старше 6 мес.	6	9,8
<b>Всего</b>	<b>61</b>	

В структуре заболеваний новорожденных, умерших в анализируемом периоде (таблица 2), преобладали болезни органов дыхания (29,5%). Ведущее ранговое место занимала недоношенность, осложненная сепсисом и ВУИ - 24,6%. По нашим данным, ВПС и ОНМК составили 21,3%, кардиомиопатия – 5%.

Таблица 2.

Нозология	Полученные данные	Данные Гос.комитета РУз по статистике	Литературные данные
Болезни органов дыхания	29,5%	Нет данных	31,6% [6]
Недоношенные	24,6%	Нет данных	61,3% [6]
ВПС	21,3%	Нет данных	8% [5]
ОНМК	21,3%	Нет данных	18% [5]-16% [6]
Кардиомиопатия	5%	Нет данных	10% [5]

Как видно из таблицы, в государственных статистических отчетах мы не обнаружили данных по этим индикаторам. Хотя в сравнении с литературными данными, наши показатели в разы меньше.

Наше исследование показало, что в настоящее время нормативными документами Министерства здравоохранения Республики Узбекистан не предусмотрено участие кардиолога в профилактическом осмотре всех новорожденных, равно как и рутинное проведение ЭКГ и в роддоме, и первичном звене здравоохранения. Учитывая этот факт, значительный рост частоты врожденных пороков сердца - по нашим данным умерших от ВПС 21,3% и кардиомиопатии 5% - диктует настоятельную необходимость введения ЭКГ как обязательного компонента диспансерного наблюдения для всех детей при выписке из родильного дома и до одного года жизни [5]. Это в свою очередь, позволит выявить детей с субклиническими (латентными) нарушениями функции сердечнососудистой системы.

В ходе исследования отмечен рост неонатальной смертности от ОНМК не только по нашим, но и по литературным данным. К сожалению 35—40% детей-инвалидов — это инвалиды вследствие перинатальных поражений центральной нервной системы (ППЦНС) [5,6,7].

В настоящее время в отчетах Государственного комитета Республики Узбекистан по статистике (Постановления 3-мб, приложение 72. 1 ноября 2016 г.), в разделе I. Число детей, состоящих на учет – не указано смертности по нозологиям. В разделе IV. Заболеваемость детей первого года жизни – не предусмотрены нозологии заболеваемости неонатального возраста или до одного месяца. В нормативных документах института Здоровья и медицинской статистики структура заболеваемости и смертности детей неонатального возраста или до одного месяца по нозологиям не предусмотрены.

Анализируя данные историй болезни новорожденных, нас интересовал вопрос маршрутизации новорожденных детей, т.е. каким путем родители новорожденного обращались в стационар (Таблица 3).

Таблица 3.

Маршрутизация	Вылеченные (n=1880)	Умершие (n=61)
Перевод из другого ЛПУ	22,13%	31,14%
По вызову «103»	29,41%	40,98%
По направлению поликлиники	21,59%	0
Самотёк	26,86%	27,86%

Как видно из таблицы 3., из 1880 поступивших в стационар детей, из числа вылеченных были доставлен переводом из другого ЛПУ 22,13%. По направлению поликлиники 21,56%. Почти каждый третий ребенок был доставлен машиной «Скорой помощи», а самотёком 27%.

Исследования историй болезней умерших младенцев показали, что 28% были доставлены из дома в стационар самими родителями, 41% по вызову машины «Скорой помощи», перевод из другого ЛПУ составил 31,14%. Характерно, что ни один процент умерших младенцев не были отправлены в стационар по направлению поликлиники.

Таким образом, несмотря на высокий процент охвата детей первого года жизни профилактическими осмотрами, качество его проведения находится на недостаточном уровне.

**Выводы.** Эффективность работы по профилактике и раннему выявлению заболеваний в первичном звене здравоохранения, слабость системы амбулаторного долечивания и патронажа, приводят к тому, что дорогостоящая стационарная помощь выступает в качестве основного уровня в системе охраны здоровья детей.

Возраст ребенка от 5-7-го до 29-го дня жизни является крайне важным периодом для выявления наследственной, врожденной и перинатальной патологии с целью ее своевременного лечения. В связи с этим целесообразно проанализировать успешность ее реализации и выявить произошедшие изменения в состоянии здоровья детей, что позволит предложить комплекс организационных мероприятий по совершенствованию медицинской помощи в первичном звене здравоохранения. Для дальнейшего повышения качества оказания медицинской помощи новорожденным и детям раннего возраста необходимо усовершенствовать единые стандарты в первичном звене здравоохранения.

#### Список литературы

1. Яцък Г.В., Беляева И.А. соавт. Диспансеризация новорожденных и детей грудного возраста//Российский педиатрический журнал. 2012. №2. С. 22-25.
2. Куликов О.В. Муратова М.В. Оказание медико- социальной помощи детям и семьям в условиях детской поликлиники // Рос. Педиатр. Журн. 2013.(6): 11-5.
3. Альбицкий В.Ю., Байбарина Е.Н. Смертность новорожденных с экстремально низкой массой тела при рождении. //Общественное здоровье и здравоохранение. 2010.(2): 16-21.
4. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Ильин А.Г. Научные исследования в педиатрии: направления, достижения, перспективы. //Рос. Педиатр. Журн. 2013.(5): 4-14.
5. Ковтун О.П. Российская педиатрия: первоочередные задачи// Здравоохранение 2013 №1. С 32-39.
6. Богза О.Г., Голева О.П. медико-социальная оценка причин и факторов риска младенческой смертности (на примере Омской области)// Рос. Педиатр. Журн. 2017.20(2): 94-98.
7. Стасевич, С.М. Медицинские и социальные аспекты, обуславливающие развитие перинатальной патологии // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. — 2014. — № 4 (34). — С.123.

### РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ИНТЕНСИВНОСТЬ КАРИЕСА ЗУБОВ СРЕДИ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

*Дабилова Н.М., Хасанова Б.К.*

Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Кариез зубов следует отнести к социальной проблеме. В первую очередь следует указать на его высокую распространенность в мире. Кариез — самое распространённое заболевание человека (свыше 93 % людей). В детском возрасте он занимает первое место среди хронических заболеваний и встречается в 5-8 раз чаще, чем заболевание, занимающее второе место по распространённости, — бронхиальная астма. По данным разных авторов от 80 до 90 % детей с молочным прикусом, около 80 % подростков на момент окончания школы имеют кариозные полости, а 95-98 % взрослых имеют запломбированные зубы.

Статистические данные показывают, что в экваториальных регионах (Африка, Азия) кариез менее распространён, чем в приполярных областях (Скандинавия, Северная Америка). В развивающихся странах также отмечен более высокий уровень распространения кариеза.

За всю историю изучения кариеза были сформулированы более 415 теорий его развития. На сегодняшний день некоторые оказались несостоятельными, но большая часть имеет право на существование. Так, например, теория Миллера легла в основу объяснения механизма развития кариеза: под действием молочной и пировиноградной кислоты, которую выделяют бактерии полости рта (теория не уточняет какие именно), происходит выход минералов из кристаллической решетки эмали. В итоге она становится хрупкой, неполноценной и разрушается. Дентин — нижележащее вещество зуба, также поддается химическому расплавлению под действием протеолитических ферментов и продуктов жизнедеятельности бактерий.

Теория Лукомского связывает кариез с дефицитом некоторых веществ в организме: витаминов D, группы B, а также некоторых минералов: кальция, фосфора, фтора.

Согласно рекомендациям ВОЗ, для оценки эпидемиологии кариеза зубов используются следующие показатели: распространенность, заболеваемость и интенсивность [1-3].

**Цель исследования.** Изучить заболеваемость кариезом зубов школьников школы –интерната №4 г. Душанбе и общеобразовательной школы №36 р.Рудаки.

**Материал и методы исследования.** Исследование проведено путем объективного осмотра полости рта детей школьного возраста, учащихся с 5-го по 9 классы. Обследование проводилось в средней школе №36 р.Рудаки и школа-интернат №4 города Душанбе. Общее количество обследованных школьников составило 170, из них 70 (30-девочек и 40-мальчиков) – учатся в школе-интернате № 4 г. Душанбе и 100 (38-девочек и 62-мальчиков) – учатся в средней школе №36 р.Рудаки. Полученные данные были внесены в лист анкетирования, который был составлен нами для данного обследования.

Стоматологическое обследование проводилось по стандартной схеме. Изучали наличие кариеза зубов по показателям его распространенности и интенсивность кариеза с помощью индекса КПУ.

**Результаты исследования и их обсуждение.** По результатам проведенного нами обследования у 121 – школьников выявлено кариез зубов, из них 47 из школы интерната: 16 девочек и 31 мальчика, 74 в школе № 36 из них 30 девочек и 44 мальчика . Среди обследованных школьников кариозные зубы имели 121 – школьников, что

составило 71,1% от общего количества обследованных. Из школьников имеющих кариес зубов, у 26 – установлено поверхностный кариес, у 26 - средний кариес и у 69 – глубокий кариес.

**Выводы.** Полученные данные указывают на очень высокую распространенность кариеса среди школьников, несоблюдение гигиены полости рта школьниками приводит к кариесу и потери зубов у детей.

Необходимо проводить просветительные занятия с школьниками по профилактике кариеса, и гигиены полости как многие школьники не знают элементарных знаний по гигиене полости рта. Рекомендация стоматологов : коррекции питания, лечения болезней внутренних органов, гигиенических навыков, приема дополнительных препаратов и лечебно-профилактические мероприятия в стоматологическом кресле.

#### Список литературы

1. Боровский, Е.В. Кариес зубов / Е.В. Боровский, П.А. Леус. - М.: Медицина, 2010. - 255 с.
2. Современная реставрация зубов : пер. с англ. / Э. Дж. Э. Куалтроу [и др.] ; ред. : Т. Г. Робустова ; пер. : А. А. Титова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 208 с. - Пер.изд.: Principles of Operative Dentistry / Qualtrough A. J. E., Satterthwaite J. D., Morrow L. A. – Munksgaard
3. Николаев, А.И. Практическая терапевтическая стоматология : учебное пособие для системы послевузовского профессионального образования врачей стоматологов / А. И. Николаев, Л. М. Цепов. - 6-е изд., перераб. и доп. - М. : МедПресс-информ, 2007. - 928 с.

### ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТОВ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

*Джонибекова Р.Н., Абдурахимов А.Х., Рахимов Н.М.*

Кафедра челюстно-лицевой хирургии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Дефекты твердого и мягкого неба и альвеолярного отростка верхней челюсти возникают вследствие ранее проведенных оперативных вмешательств по поводу травматических повреждений огнестрельного и неогнестрельного происхождения, гнойно воспалительных и специфических заболеваний [1,2,3]. Основную массу больных с наличием дефектов твердого и мягкого неба и альвеолярного отростка составляют дети, которым ранее проводились хирургические вмешательства по поводу врожденных расщелин неба [1,2]. Следует отметить, что в реабилитации указанной категории больных ключевую роль отводят методам их пластического устранения, которые непосредственно влияют на его конечный результат. Однако, у некоторых пациентов в послеоперационном периоде в силу несостоятельности швов вызванными различными причинами в области твердого и мягкого неба и альвеолярного отростка образуются дефекты [2,5]. В настоящее время для закрытия этих дефектов используют хирургические методы лечения предусматривающие использование местных тканей, их комбинации со свободным кожным лоскутом, слизисто-мышечными лоскутами, сформированными из языка, щеки, носогубных складок и др. Следует отметить, что не все из предложенных методик ввиду недостаточной их эффективности позволяют достигнуть желаемых результатов. В последние годы рядом авторов [1,3,4,5] для устранения дефектов неба и альвеолярного отростка была успешно разработана технология устранения дефектов неба с использованием сетчатого никелида-титана в комбинации с лоскутом на ножке, изъятый из языка, и были отмечены хорошие результаты. Однако, дополнительная травма, наносимая пациенту при изъятии лоскута языка, невозможность полноценного гигиенического ухода за полостью рта в послеоперационном периоде делают его неудобным, а этап отсечение ножки язычного лоскута удлиняет сроки лечения и реабилитации. Основываясь на этих данных, нами разработан видоизмененный вариант устранения дефектов неба и альвеолярного отростка с использованием сетчатого никелида титана.

**Цель исследования.** Повышение эффективности хирургического лечения больных с дефектами альвеолярного отростка верхней челюсти.

**Материал и методы исследования.** В отделении челюстно-лицевой хирургии Национального медицинского центра Республики Таджикистан за период 2012 по 2015 гг. на обследовании и лечении находились 12 пациентов с дефектами альвеолярного отростка верхней челюсти, переднего отдела твердого неба, возраст больных варьировал от 10 до 25 лет. Из общего количества больных мужчины составили 5 (41,5%), женщины 7(58,3%). У 3 больных были обнаружены дефекты альвеолярного отростка верхней челюсти, причиной которых явились несостоятельность швов в области операционной раны после их пластики. Размеры дефектов были различными и варьировали от 0,3х0,5см ширины и 2,0х3,0 длины, доходили до 2,0х 3,0 см ширины и 3,0х4,0см длины. Причем их конфигурации были различными и были представлены от щелевидно-овальных до круглых. Всем больным обследование проводилось по традиционной схеме и заключались в проведении общеклинических и клинко-лабораторных методов исследования.

Для устранения дефектов альвеолярного отростка в качестве основного опорного материала был использован тонко профильный сетчатый никелид титан, толщина нитей которых составляет 40 мкм с размером ячеек 3х3-5х5 мм.

**Техника операции.** В зависимости от размера и формы дефекта альвеолярного отростка освежающий разрез проводился, отступая от его краев на 0,5 - 1,5 см в сторону слизистой неба и альвеолярного отростка. При больших круглых дефектах такой разрез проводился с учетом выкраивания одного адекватного по объему дефекта слизисто-надкостничного лоскута на не травмированной половине неба. Начиная от линии проведенных разрезов, проводилось отслоение слизисто-надкостничного лоскута, которое впоследствии разворачивали на 180 градусов и далее продолжали как можно глубже в сторону носовой поверхности. Края отслоенного лоскута подвергали дэпителизации на расстояние, позволяющее ему свободно вступить в контакт с тканями вновь сформированного ложа

носовой поверхности неба, и после его укладки в области дефекта проводилась его адаптация с тканями материнского ложа узловыми швами из викрила. Поверх развернутого лоскута укладывался сетчатый никелид титан с таким расчетом, чтобы его края без труда входили в созданное для них ложе. Излишек материала вырезался и удалялся с использованием хирургических ножниц. При этом уложенный материал благодаря эффекту смачиваемости мгновенно погружался в тканевую и кровяную среду. Далее операция завершалась закрытием раневой поверхности.



Рис. 1 До операции

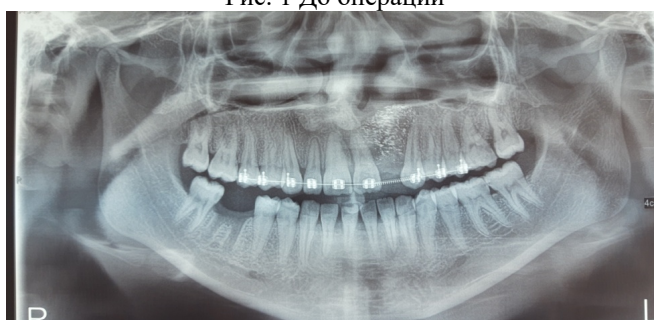


Рис. 2 После операции

**Результаты исследования и их обсуждение.** Результаты наблюдения за всеми оперированными, показали, что у абсолютного большинства наблюдаемых нами больных были получены хорошие результаты, которые выражались в первичном заживлении раны и в полном устранении существовавших дефектов неба. Визуальное наблюдение над операционной раной показало, что на участках, где укладывался сетчатый никелид титан, начиная со второго-третьего дня наблюдения была отмечена регенерация слизистой по типу наползающей с периферии к центру, которая завершалась формированием полноценного слоя слизистого надкостничного покрова поверх имплантационного материала в течении 7-10 дней. При этом ни в одном случае нами не выявлены каких-либо осложнения. Пример из клинической практики: Больной М. 19 лет. Диагноз: Дефект неба после огнестрельного ранения (рис 1).

**Выводы.** Применение тонкопрофильного сетчатого никелид титана толщиной волокон 40 мкм с размерами ячеек 3x3-5x5 мм при лечении больных позволяет качественно совершенствовать хирургическую технику проведения оперативных вмешательств при устранении различных по форме и объему дефектов альвеолярного отростка верхней челюсти. Благодаря биохимической, биофизической его совместимости с тканями организма и особых интеграционных свойств соединительная ткань прорастает вокруг и сквозь структуру имплантата с образованием прочного каркаса. При этом указанный процесс происходит по типу не-ползания слизисто-надкостничного покрова с периферии раны к центру неба, поверх имплантационного материала и завершается полным устранением существующего дефекта. Применение сетчатого никелида титана особенно показано для устранения больших по объему дефектов альвеолярного отростка верхней челюсти, когда имеется существенный недостаток ее тканей, а также имеется риск возникновения несостоятельности швов. Разработанный метод следует относить к малоинвазивным методам хирургических вмешательств и рекомендовать его как метод выбора у больных, имеющих различные фоновые заболевания.

#### Список литературы

1. Ашуралиев, Х.Г. Сравнительная оценка методик хирургического лечения вторичных дефектов неба после ураностафилопластики / Х.Г. Ашуралиев // *Стоматология: от науки к практике.* – 2013. – №. 1. – С. 31-36.
2. Биосовместимые материалы и новые технологии в стоматологии / В.Э. Гюнтер [и др.] // *Материалы научно-практической конференции.* – 2012.
3. Козлов, В.А. Изъяны твёрдого нёба после первичной уранопластики и методы их устранения / В.А. Козлов, С.С. Мушковская, Н.Н. Сафонова. – СПб: Человек, 2010. – 32 с.
4. Радкевич, А.А. Хирургия дефектов неба с использованием никелид –титановой ткани / А.А. Радкевич, В.Г. Галонский, М.Ю. Юшков // *Материалы с памятью формы и новые технологии в медицине / Под ред. Проф. В.Э.Гюнтера.* – Томск. Изд-во «НПП МИЦ», 2006. - С. 187-189.
5. Хирургическое лечение больных с врожденными расщелинами и послеоперационными дефектами неба с применением имплантатов из никелид титана / А.А. Радкевич [и др.]. – Томск: ООО «НПП МИЦ», 2008.



## К ВОПРОСУ О ФАКТОРАХ, ПРИВОДЯЩИХ К НАРУШЕНИЮ ФИКСАЦИИ НЕСЪЕМНЫХ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ ПОЛОСТИ РТА

*Зарипов А.Р., Шарипов Х.С., Хамидов А.И.*

Кафедра ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** На качество фиксации ортопедических конструкций влияют многие факторы. Среди них условия и оснащение клиники ортопедической стоматологии и зуботехнической лаборатории, квалификация специалистов, технология изготовления соответствующих протезов в клинике и лаборатории [5]. Современный технический уровень ортопедической стоматологии способствует широкому внедрению в практику протезирования окклюзионных дефектов зубных рядов цельнолитыми конструкциями [2,4]. Однако наряду с известными преимуществами таких конструкций просматривается тенденция к увеличению осложнений при этом виде несъемного протезирования.

Среди этих осложнений не последнее место занимает некачественная фиксация мостовидных протезов и коронок. По данным литературы [3] разнообразие осложнений встречается в 9,34% случаев применения ортопедических конструкций, причем в 1,91% они связаны с расцементировкой конструкции.

**Цель исследования.** Изучение факторов, приводящих к нарушению фиксации несъемных ортопедических зубных конструкций.

**Материал и методы исследования.** Обследованный нами контингент больных составил 200 человек, которые с 2015 до 2019 годы обратились в клинику ортопедической стоматологии УКЦ «Стоматология» ТГМУ им. Абуали ибни Сино, как с целью протезирования окклюзионных дефектов, так и с жалобами на расцементирование несъемных зубных протезов. Среди обследованных было исследовано 500 несъемных ортопедических конструкций полости рта.

Во время осмотра ортопедического статуса окклюзионных дефектов выявили и описали состояние несъемных протезов обратившихся пациентов. Особое внимание обращали на правильность выбора соответствующих конструкций, сроки их изготовления, течение периода адаптации. Обращали внимание на вид и топографию окклюзионных дефектов зубных рядов, изучали характер открывания рта, а также окклюзионную высоту нижнего отдела лица.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Тщательное клиническое изучение состояния несъемных зубных протезов у пациентов позволило сгруппировать основные причинные факторы, приводящие к нарушению их фиксации. Как свидетельствуют полученные данные, одним из наиболее частых осложнений, ставших причиной расцементирований ортопедических конструкций, являются окклюзионные нарушения. Они выявлены в 11,1% от общего количества предполагаемых причин нарушения фиксации. Анализ окклюзионных нарушений в различных группах пациентов показал, что они характерны для первого года после фиксации (10 случаев), а точнее – для первых 6 месяцев. К ним относятся: повышение прикуса на конструкциях, супраконтакты в результате неправильного определения центральной окклюзии, наличие отдельных точечных контактов с антагонистами из-за ошибок технологического характера.

Кроме этого, нарушение окклюзии мы наблюдали также через 4-6 лет (4 случая), в последующие сроки пользования несъемными конструкциями. В основном это происходило в результате изнашивания окклюзионной поверхности. Окклюзионные контакты усугубляли неудовлетворительное состояние конструкций опорных зубов и краевого пародонта, увеличивая нагрузку на отдельные участки конструкций. В таких случаях расцементирование мы наблюдали в 43,5% наблюдений в сроки пользования 7-9 и 10-12 лет. Если говорить о частичном расцементировании ортопедических конструкций, то оно наблюдалось практически во всех случаях, которые были отнесены к этим группам.

Подвижность опорных зубов также является одной из причин расцементирования несъемных ортопедических конструкций окклюзионных дефектов. Согласно нашим обследованиям, данный фактор был одной из причин нарушений фиксации несъемных конструкций в 32 случаях, что составило 11,1%. Согласно данным исследования количество нарушений фиксации увеличивается со сроком пользования протезами. Если в первый год пользования протезами вследствие подвижности опорных зубов расцементировались 4 (9,7%) конструкции, то через 7-12 лет пользования этот показатель увеличивался до 25 случаев, что составило 61%.

Согласно данным нашего исследования, недостаточная клиническая подготовка опорных зубов была выявлена в 42 случаях (14,1%). Сюда отнесены: значительное увеличение конусности опорных зубов, неоправданное уменьшение высоты клинической коронки, отсутствие рельефа жевательной поверхности, закругление перехода окклюзионной поверхности в боковую, иногда грубая, а чаще недостаточная препаровка области шейки для расположения края опорной коронки.

Анализируя этот причинный фактор в различные сроки пользования ими, следует отметить, что в первый год пользования несъемными протезами окклюзионных дефектов недостаточная клиническая подготовка стала причиной расцементирования в 14 случаях (30,7% от общего количества случаев нарушений фиксации, вызванных некачественной клинической подготовкой опорных зубов). В сроки пользования несъемными протезами 2-3 года вышеупомянутый фактор был выявлен в 16 случаях, что составляет 33,5%. Одной из возможных причин частичной и полной расцементировок, согласно клиническим данным, были нарушения краевого прилегания искусственных коронок и штифтовых зубов. Они выявлены в 58 случаях, что составило 17,1%.

Все нарушения краевого прилегания можно было разделить на две группы в зависимости от длины (высоты) коронок. В 1-ю группу отнесли случаи, где искусственные опорные коронки были удлиненные, иногда погружение края коронки достигало 2-3 мм. с выраженной воспалительной реакцией в краевом пародонте и резорбцией

межальвеолярных перегородок. Параллельно с этим всегда отсутствовало прилегание края коронки и отмечалось вымывание фиксирующего цемента. Во 2-ю группу отнесли коронки, у которых край был короткий и не прилегал к опорному зубу для обеспечения достаточной герметичности промежутка между коронки и опорным зубом.

Практически во всех случаях, где встречалось расцементирование несъемных конструкций, мы наблюдали воспаление десневого края. По нашим наблюдениям воспалительные процессы при использовании несъемных конструкций составляли 23,3% от всех причинных факторов, которые могли стать причиной расцементирования (79 человек).

Поражение кариесом опорных зубов, как причина нарушения стабильности несъемных конструкций, изолированно встречается редко. Как правило, в таких случаях всегда имеют место нарушение краевой адаптации коронки к опорному зубу, воспалительные процессы десен и прочее.

Анализируя результаты обследования пациентов, следует отметить, что поражение кариесом опорных зубов мы наблюдали в 30 клинических случаях. Это составляло 9,0% от общего количества причинных факторов, которые приводили к нарушению фиксации несъемных конструкций окклюзионных дефектов. В сроки пользования 1-3 года кариозные поражения встречаются редко. Их количество нарастает через 4-6 лет пользования, и самое большое их количество наблюдалось в группах, где срок пользования несъемными конструкциями составил 7-12 лет.

Нарушение целостности опорных коронок, как причинный фактор нарушения фиксации, наблюдали в 18 случаях, которые составили 5,1% от общего количества причинных факторов. Это были одиночные коронки и мостовидные зубные протезы, изготовленные по штампованно-паяной технологии. Нарушение фиксации, причиной которой был неправильный выбор конструкции, нами выявлен в 20 случаях (6,0% причинных факторов).

Наиболее частой ошибкой было использование несъемных конструкций при окклюзионных дефектах зубного ряда в 4-5 отсутствующих зубов, а также изготовление консольных конструкций во фронтальных и боковых участках зубного ряда при значительных по величине включенных дефектах и дистально неограниченных, иногда с увеличением консольной части до 2-3 единиц зубов.

В десяти случаях к нам обратились пациенты, которым несъемные зубные протезы фиксировались несколько месяцев назад. Основными жалобами были неприятный запах и воспаление краевого пародонта возле одной из коронок. При обследовании выяснилось, что одномоментно стоматолог-ортопед фиксировал несколько конструкций или они были значительной протяженности с большим количеством опорных коронок.

На основании проведенных исследований следует отметить, что технология фиксации разными цементами имеет свои особенности. Например, время замешивания фосфатных цемента до установления коронки на опорный зуб должно составлять не более 40 секунд. Увеличение времени до 60 секунд приводит к потере прочностных качеств фиксирующего цемента на 76%.

Следует отметить, что фиксация несъемных конструкций с большим количеством опорных элементов, высокая температура окружающего воздуха, которая способствует быстрому загустеванию, являются причиной «недосаживания» конструктивных элементов и появлению окклюзионных нарушений. Имеют значение также наличие воздушного пузыря в коронке под цементом или захват коронкой воздуха при цементировании с недостаточным количеством цемента в опорной коронке.

**Выводы.** Таким образом, в результате тщательного анализа материала клинического обследования нам удалось систематизировать причины нарушения фиксации несъемных зубных конструкций и на основании этого выделить ряд этиологических факторов, а также определить удельный вес каждого из них. Изучая результаты обследований, следует отметить, что практически невозможно идентифицировать какой-либо один причинный фактор, который приводит к расцементированию соответствующих протезов. Как правило, их несколько и каждый из них мог быть основной причиной нарушения фиксации несъемных протезов в области окклюзионных дефектов зубного ряда.

#### Список литературы

1. Олесова В.Н. Анализ дефектов первичного протезирования зубов несъемными конструкциями в стоматологических клиниках Ростовской области и оптимизация тактики повторного протезирования / В.Н. Олесова, С.Ю. Максюков, В.Н. Калашников // Российский стоматологический журнал. - 2009. - №6. - С.44-46.
2. Анализ результатов протезирования больных с концевыми дефектами зубных рядов по данным стоматологических учреждений г. Самара / В.П. Глушенко [и др.] // Современная ортопедическая стоматология. - 2010. - №13. - С. 32-35.
3. Емельянова Т.В. Клиническая оценка качества несъемных зубных протезов у пациентов пожилого и старческого возраста, обратившихся за стоматологической помощью в различные лечебные учреждения г. Москвы / Т.В. Емельянова, И.Ю. Лебеденко // Российский стоматологический журнал. - 2013. - № 5. - С.23-26.
4. Малый, А.Ю. Анализ результатов работы городской комиссии по экспертизе качества ортопедического лечения и изготовления зубных протезов г. Москвы за 15 лет / А.Ю. Малый, Е.С. Ирошников, А.В. Шиханов, С.В. Харитонов // Dental Forum. - 2015. - № 2 (57). - С. 30-34.

#### ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ЗУБНЫХ КОНСТРУКЦИЙ

*Зарипов А.Р., Сабуров С.К., Зарипов Дж.А.*

Кафедра ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Вопросы, связанные с профилактикой развития воспалительных осложнений в тканевом комплексе ортопедических конструкций остаются актуальными [1,4]. Для обеспечения долговременного функционирования в полости рта протезных конструкций необходим регулярный и своевременный гигиенический кон-

троль состояния околозубных тканей [2,3].

**Цель исследования.** Определение гигиенического состояния в тканевом комплексе ортопедических зубных конструкций.

**Материал и методы исследования.** На зубное протезирование были приняты больные с концевыми и включенными окклюзионными дефектами. В зависимости от вида дефектов зубных рядов выделены следующие группы: концевые дефекты на верхней челюсти – 4 больных, нижней – 14; включенные дефекты на верхней челюсти – 3 больных, нижней – 7. Полученные материалы показали, что в 64,3% случаев пациенты были с концевыми дефектами от общего количества обследованных, среди которых 22,2% обследованных с концевыми дефектами верхней челюсти и 77,8% - с концевыми дефектами нижней челюсти. Аналогичные цифровые значения для пациентов с включенными дефектами составили соответственно 35,7%, 30,0% и 70,0%.

Из общего числа обследованных у 21% протезирование дефектов зубных рядов проведено впервые, остальным (79%) пациентам – повторно. Включенные и концевые дефекты зубных рядов восстанавливали металлокерамическими зубными протезами с опорой на естественные зубы.

Наша задача состояла в изучении гигиенического состояния конструктивных элементов. В работе использован материал обследования 38 пациентов с частичной потерей зубов в возрасте от 30 до 55 лет (из них мужчин 23, женщин – 15).

При структурном анализе естественных опорных зубов выяснилось, что из общего их количества 33,3% составляли первые премоляры, 32,8% - вторые премоляры, 17,8% - клыки, 7,2% - моляры.

Для индексной оценки состояния конструктивных элементов нами использован индекс гингивита по методу Силнесса-Лоэ. Данный метод основан на определении количества мягкого зубного налета в придесневой области ортопедического протеза. С этой целью кончиком стоматологического зонда слегка проводили по придесневой области конструкции зубного протеза.

Полученные результаты оценивались следующим образом: если на кончике зонда совершенно отсутствует придесневой налет индекс оценивался в 0 балл, если определялось небольшое количество налета – в 1 балла, если визуально вокруг конструкции определяется значительное количество налета и пищевых остатков – оценка равнялась трем баллам.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Результаты первичного анализа индекса гигиены конструкции с фиксацией на естественные зубы свидетельствовали о широкой вариабельности индекса зубного налета среди обследованного контингента населения. Интенсивность всех признаков индекса зубного налета при первичном осмотре у обследованных в возрасте 20-29 лет в среднем составила 2 балла на одно лицо. При этом распространенность зубного налета на шейке конструкции в виде отдельных конгломератов составила в среднем 18,8%, зубного налета конструкции, покрывающего шейку циркулярно – 49,3%, зубного налета на искусственной коронке конструкции – 26,3% и только лишь в 5,6% случаев на шейке конструкции не был выявлен зубной налет.

В возрасте 30-39 лет суммарное значение индекса зубного налета конструкции в среднем составило 2 балла на одного обследованного. Усредненное значение распространенности зубного налета конструкции в виде отдельных конгломератов составило 21,4%, зубного налета, покрывающего шейку конструкций циркулярно – 54,4%, зубного налета на искусственной коронке конструкции – 16,9% и у 7,3% обследованных этой возрастной группы отсутствовал зубной налет на шейке конструкции.

Распределение структурных элементов индекса зубного налета конструкции в возрасте 40-49 лет оказалось следующим: отсутствие зубного налета на шейке конструкции – 4,3%; зубной налет на шейке конструкций в виде отдельных конгломератов – 29,3%; значительные отложения зубного налета, покрывающие шейку конструкций циркулярно – 47,7%; наличие зубного налета на искусственной коронке – 18,7%.

По данным структурного анализа общей распространенности индекса зубного налета конструкции, отсутствие зубного налета на шейке конструкций, зубной налет на шейке абатмена в виде отдельных конгломератов, значительные отложения зубного налета, покрывающие шейку конструкций циркулярно и наличие зубного налета на искусственной коронке составили 3,6%, 31,8, 51,3 и 13,3% соответственно для возрастной группы 50 лет и старше.

В среднем для всего обследованного взрослого контингента исходное значение распространенности всех признаков индекса зубного налета конструктивных элементов соответствовало 25,0%, 49,2, 21,3 и 4,5%.

Результаты первичного исследования стоматологического статуса по индексу зубного камня конструкции также позволили выявить некоторые параллели в течении воспалительного процесса в околоконструкционной зоне. Если через год после восстановления дефектов зубного ряда ортопедическими конструкциями среднее значение исследуемого индекса было равно 1 баллу, спустя 2 года приближалось 2 баллам, то через 3 года оно дошло до максимального значения в виде наличия зубного камня на искусственной коронке конструкции.

Как свидетельствуют полученные результаты, исходные показатели индекса зубного камня конструкции среди обследованных изменялись от отрицательных (0 балла) и слабоположительных (1 и 2 балла) до положительных (3 балла) в срок от 6 месяцев до 3 лет, составляя в среднем 3,8%, 64,6, 23,3, 8,3% соответственно.

Эффективность гигиенических мероприятий определяли путем сопоставления исходных и отдаленных показателей индексов зубного налета и камня конструкции. Результаты повторных осмотров показали удовлетворительные результаты в снижении частоты распространения индекса зубного налета. После проведения профессиональной и оптимизации индивидуальной гигиены полости рта в возрасте 20-29 лет практическое отсутствие зубного налета на шейке конструкции было выявлено у 98,6% обследованных, в 30-39 лет – у 97,7%, в 40-49 лет – у 96,1%, в 50 лет и старше – у 95,7% против исходного значения исследуемого индекса 5,6%, 7,3%, 4,3%, 2,8% в соответствующих возрастных группах.

Среди исследуемых групп распространенность зубного налета на шейке конструкции в виде отдельных кон-

гломератов соответствовала 1,4%, 2,3%, 3,9% и 4,3%. Вместе с тем не были выявлены значительные отложения зубного налета, покрывающие шейку конструкции циркулярно и соответствующий налет на искусственной коронке, что свидетельствует об эффективности профессиональной и индивидуальной гигиены полости рта.

**Выводы.** Исходные данные о гигиеническом состоянии ортопедических конструкции свидетельствуют о неудовлетворительном состоянии протеза в связи с чем возникла необходимость в проведении профессиональной и оптимизации индивидуальной гигиены полости рта среди обследованного контингента населения. Полученные материалы в указанном аспекте свидетельствуют о том, что реализация профессиональной и оптимизация индивидуальной гигиены полости рта оказалась эффективным методом профилактики заболеваний околоконструкционных зон.

#### Список литературы

1. Каливраджиян Э.С. Основы технологии зубного протезирования // Учебник: в 2 т. для СПО. Артикул: 108376. ISBN: 978-5-9704-3608-0. - 2016. - С. 576.
2. Сабуров С.К. Результаты использования различных видов ортопедических конструкций у больных с сопутствующей соматической патологией / С.К. Сабуров // Научно - медицинский журнал «Вестник Авиценны». - 2016. - № 2. - С. 82- 86.
3. Жидких Е.Д. Восстановление коронковой части зубов безметалловыми штифтовыми конструкциями // Артикул: 108887. ISBN: 978-5-93339-392-4. - 2017. - С. 48
4. Миш К.Е. Ортопедическое лечение с опорой на дентальные имплантаты. - 2017. - С. 616.

### ОПИСАТЕЛЬНО-ОЦЕНОЧНОЕ И КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ И НАСЛЕДСТВЕННО-ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИЕЙ

*Ибрагимова А.А., Рахимов Н.М., Уманова Н.Э.*

Кафедра челюстно-лицевой хирургии и терапевтической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино.  
Таджикистан

**Актуальность.** Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о том, что стоматологические заболевания имеют достаточно широкое распространение среди детского населения [1]. Одним из перспективных направлений в детской стоматологии, способствующих снижению распространенности и интенсивности основных стоматологических заболеваний, является разработка и внедрение профилактических программ [2].

Для планирования и оценки эффективности лечебно-профилактических программ необходимо проведение клинико-эпидемиологического обследования детей с анализом стоматологической заболеваемости в конкретной зоне [3], при этом также можно учитывать различные соматические факторы риска, влияющие на стоматологическое здоровье ребенка [1-3].

С учетом вышеизложенного, ситуационная оценка стоматологического статуса у детей с ЖДА и НГА определяет актуальность планируемого исследования.

**Материал и методы исследования.** Для оценки распространенности и интенсивности основных стоматологических заболеваний было проведено клинико-эпидемиологическое обследование 120 детей в возрасте от 3-12 лет с дефицитом железа. Обследование детей с патологией крови проводилось в НМЦ РТ в отделении детской гематологии и отделении ДЧЛХ, а также наблюдались больные в УКЦ «Стоматология» ТГМУ имени Абуали ибни Сино в период с сентября 2017 по май 2019 гг. При обследовании использовался стандартный набор стоматологических инструментов и различные растворы для определения индексов.

Распространенность стоматологической патологии оценивалась в процентах. Интенсивность кариеса оценивали с помощью показателей КП для временного прикуса и КПУ зубов для постоянного прикуса. Состояние тканей пародонта определяли по индексу СРІ (коммунальный пародонтальный индекс), разработанный специалистами ВОЗ.

Описательно-оценочное клинико-эпидемиологическое обследование проводилось с учетом традиционного алгоритма эпидемиологического анализа (характеристика структуры явления, интенсивные показатели, распределение обследованных детей по патологии и возрасту).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Результаты клинико-эпидемиологического обследования стоматологического статуса у детей 3-12 летнего возраста с дефицитом железа позволили выявить достаточно высокую поражаемость кариесом как временных, так и постоянных зубов. Так, распространенность кариеса в 3-летнем возрасте колеблется от 36,1% до 65,7% при интенсивности от 1,20 до 3,30. А в 12-летнем возрасте возрастает до 77,6-86,1% при интенсивности от 2,54 до 4,37.

У детей с анемией часто диагностировались воспалительные изменения в тканях пародонта в виде хронического генерализованного катарального гингивита (63,5% случаев) и хронического генерализованного гипертрофического гингивита (22,3%). Наиболее часто клинические симптомы гингивита определялись по скученности зубов (среднее значение индекса РМА у детей 3-6 лет – 26,9%, у детей 6-12 лет – 36,23%).

Степень выраженности воспаления в тканях десны по пробе Шиллера-Писарева была выше у детей с анемией. При этом слабая проба (легкая степень воспаления) определялась у 11,02% в возрасте 3 лет, при соответствующих значениях 19,9%, 24,7%, 35,02% и 42,3% у детей 12 летнего возраста. Позитивная проба Шиллера-Писарева (средняя степень воспаления) регистрировалась у 9,13% и 18,17% соответственно.

**Выводы.** Функциональные нарушения в ЗЧС у детей с анемией сочетаются с высокой распространенностью и интенсивностью кариеса зубов, а также воспалительными изменениями в тканях пародонта. В период позднего временного прикуса у детей с анемией наблюдалось увеличение ЗЧА, что объясняется увеличением количества

постоянных зубов в процессе формирования постоянного прикуса на фоне выраженной тенденции к сужению зубоальвеолярных дуг.

#### Список литературы

1. Leroy, R. Dental attendance in preschool children- a prospective study// R. Leroy K.M. Bogaerts // Intern J Paediatr Dentist. – 2013. - Vol.23, No2. - P.84-93.
2. Manton, D.J. Diagnosis in the early carious lesion // D.J. Manton // Austr Dennt J. – 2013. - Vol.58, (suppl.1). - P.35-39.
3. Нуров, Д.И. Взаимобуславливание изменений уровня эмалистой резистентности, интенсивности кариеса зубов и реминерализующей способности ротовой жидкости у стоматологических больных // Д.И. Нуров // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2016. - №2. - С.60-63.

### ОЦЕНКА УРОВНЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПРИЧИН ПО ОБРАЩЕНИЮ ДОШКОЛЬНИКОВ ЗА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ

*Камалова М.К.*

Кафедра детской стоматологии Бухарского Государственного медицинского института имени Абу Али ибн Сино, Узбекистан.

**Актуальность.** В последние годы в Бухарской области среди детского населения заметен прирост тенденции к распространению кариеса и его интенсивности. Причиной такого роста является недостаточная информированность населения о соблюдении норм и правил гигиены полости рта, а также неудовлетворительная организация стоматологической помощи среди детских учреждений. Как правило, пренебрежительное отношение к кариесу временных зубов очень часто приводит к серьезным осложнениям прорезывания, развития постоянных зубов и даже к их потере [2]. В связи с этим следует привить маленьким пациентам соблюдение правил гигиены.

Проанализировав статьи по данной теме, в сети Интернет, мы сделали вывод о том, что, в настоящее время гигиена полости рта начинается в самом раннем возрасте в семье и детских дошкольных учреждениях. Основной задачей гигиенического воспитания детей дошкольного возраста является учение их элементарным гигиеническим нормам [1,4]. Подавляющее большинство детей боятся лечения зубов, особенно те, кто уже имел неудачный опыт общения со стоматологом. Важную роль в этом играет недостаток времени у родителей, финансовые аспекты или неудобства посещения врача стоматолога [2,3]. Для этого, считается целесообразным организация стоматологической помощи в роли специальной выездной бригады на базе Бухарской областной детской стоматологической поликлиники и лечение не инвазивными методами.

**Цель исследования:** организация выездных бригад для осуществление санитарно-просветительной работы и гигиенического обучения среди детского населения и их родителей, а также предотвращение раннего возникновения, развития стоматологических заболеваний и их последствий.

**Материал и методы исследования.** Проведено анкетирование 95 родителей детей 5-6 летнего возраста, посещающих детский сад №35 г. Бухара. Нами разработана анкета, содержащая 15 вопросов, для выявления причин обращения дошкольников за стоматологической помощью. Путем анкетирования также выявлен характер гигиенического ухода за полостью рта детей дошкольного возраста и степень участия в нем родителей. Изучен стоматологический статус дошкольников. Обследование детей проводилось по обычной методике с использованием стандартного набора стоматологических инструментов. У каждого ребенка определен и оценен показатель распространенности и интенсивности кариеса зубов, преждевременных удалений временных зубов, наличие герметиков. Данные внесены в карты обследования и статистически обработаны с использованием методов вариационной статистики.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Анализ результатов анкетирования родителей показал, 35% родителей детей, считают основной причиной заболеваний зубов является неудовлетворительное медицинское обслуживание 9,7% родителей детей, плохое материальное положение в семье, большинство родителей недостаток знаний в вопросах сохранения здоровья 55,3% случаев. На вопрос «Есть ли у ребенка какие-либо вредные привычки» получены весьма противоречивые ответы: 50% родителей детей, затруднились ответом, 37% отметили, нет, 13% подтверждали о вредных привычек своих детей. По результатам опроса родителей о наличии у их детей кариозных зубов, которые их ранее беспокоили, установлено, что 53,2% родителей обращались к стоматологу с целью лечения болезненных зубов, 29,6% детей ранее не жаловались на боли, а 17,2% затруднились ответить на данный вопрос. Исследование позволило выявить, что у 55,1% обследуемых детей задерживается пища между зубами, 35,6% таких жалоб не предъявили, 9,3% детей не смогли дать точного ответа. Анализируя данные анкетирования по вопросам соблюдения рекомендаций врачей стоматологов по улучшению гигиены полости рта у детей, были выявлены следующие результаты: 34,5% родителей следуют советам и рекомендациям врача, 33,2% неохотно следят за гигиеной полости рта, 22,6% подобных рекомендаций не получали, и количество обследуемых не следующих данным рекомендациям составляет 9,7%. Анкетирование показало, что 61,3% дошкольников чистят зубы под контролем родителей, 31,5% детей соблюдают правила гигиены самостоятельно и 7,2% родителей затруднились ответить на этот вопрос.

Исследование позволило выявить, что 40,8% детей полощет рот после каждого приема пищи без напоминания старших, 43,8% нуждается в напоминаниях родителей и 15,4% обследуемых не следует данному правилу.

По данным исследования было установлено, что 46,2% детей чистят зубы 2 раза в день, количество дошколят, чистящих, зубы только 1 раз в день составило 29,5%, 19,1% чистят зубы редко и 5,2% не чистят их вообще. На вопрос «Как часто Вы со своим ребенком посещаете стоматолога?» 39,7% родителей ответили, что посещают стоматолога по рекомендациям, то есть 1 раз в 6 месяцев. 49,6% опрошенных родителей посещают врача по мере

необходимости и 10,7% водят детей к стоматологу очень редко. Родители, обращающиеся к стоматологу по поводу боли или дискомфорта 43,4%, 33,2% детей посещают стоматологические поликлиники согласно рекомендациям врача, эпизодически с целью профилактики составили 19,3%, в отличие от тех кто ещё ни раз не посещал врача стоматолога, их количество составило 4,1%.

Анализируя, данные анкетирования установлено, что 66,1% маленьких пациентов не наносят визит к стоматологу из-за страха перед довольно болезненными процедурами. У 24,3% опрошенных родителей основной причиной, по которой они часто откладывают визит к врачу, является частая занятость и недостаток времени и 9,6% населения материальные сложности.

Проведённое исследование позволило выявить, что 51,9% родителей предпочитают лечить детей в стоматологическом кабинете, 27,5% этого не делает и 20,6% не проявляет желания. На вопрос «Знает ли ваш ребенок о том, как можно уберечь зубы от различных болезней?», 43,6% родителей дали положительный ответ, 56,4% отрицали.

Нами установлено, что среднестатистический показатель интенсивности кариеса зубов по индексу КПУЗ у детей дошкольного возраста составил  $5,17 \pm 0,51$ , что соответствует средней активности кариеса. В ходе исследования был обнаружен значительный прирост уровня кариесогенности среди детей.

Установлен средний уровень распространенности кариеса временных зубов у средней группы по критериям ВОЗ 69,0%. Наиболее низкая распространенность выявлена у детей младшей группы 43,0%. Наиболее высокая – у детей 6-7 лет – 77,0% ( $p < 0,05$ ). Установлен средний уровень интенсивности кариеса временных зубов у детей 3–4 лет – 3,7, у дошкольников 6-7 лет интенсивность по критерию ВОЗ высокая – 5,0.

Преждевременных удалений временных зубов не выявлено. Герметизация фиссур способствует стабилизации кариозного процесса на ранних стадиях, останавливая деминерализацию под слоем герметика. Для наличия герметика использовали фторлак, препарат увеличивает концентрацию фтора в ротовой жидкости и уменьшает прирост кариеса на гладких поверхностях зубов [5].

**Выводы.** Проводимая нами санитарно-просветительская и образовательная работа дала положительные выводы:

- Анкетирование родителей дало положительные результаты для оказания стоматологической помощи и выявления профилактических мероприятий, а также показало эффективность работы с детьми и родителями по вопросу формирования первоначальных представлений детей о здоровом образе жизни и приобщении к гигиене полости рта.

- Результаты проведенного мероприятия, указывают на то, что обучение детей навыкам ухода за полостью рта имеют положительную динамику.

- Привить ребёнку меры по сохранению стоматологического здоровья нужно только совместными усилиями медицинского персонала, детских стоматологов, воспитателей и родителей, используя презентации, видео лекции, книги, памятки, компьютерные опросники.

- Проводимые нами профилактические мероприятия позволили получить результаты по предотвращению кариесогенной ситуации в полости рта

- Аппликации только фторлака не оказывают существенного профилактического влияния на развитие кариозного процесса в фиссурах.

- Проведение осмотра, лечения и профилактики созданной бригадой и выявление ими прироста распространенности и интенсивности кариеса среди детей.

Таким образом, заболевания, которые удалось вылечить неинвазивным методом, лечили специалисты бригады непосредственно в детских учреждениях, а дети с наличием средних и глубоких кариозных полостей были направлены в детские стоматологические поликлиники по причине невозможности применения неинвазивного лечения.

#### Список литературы

1. Изучение стоматологической заболеваемости у детей школьного возраста в г. Балашиха Московской области / О.Г. Аврамова, Т.В. Хомерики, В.В. Горячева, С.В. Западаева // Актуальные вопросы профилактики стоматологических заболеваний: Материалы III всероссийской научно-практической конференции с международным участием. - Санкт-Петербург, 2017. - С. 21-24.
2. Соловьева, А.С. Воспитание навыков гигиенического ухода за полостью рта у детей дошкольного возраста / А.С. Соловьева // Материалы международной научно-практической конференции студентов. – Москва, 2017. - С. 9-14.
3. Petersen, P.E. Prevention of dental caries through the use of fluoride-the WHO approach / P.E. Petersen, H. Ogawa // Community Dent Health. -2016. - Vol. 33(2). - P. 66–68.
4. Dentists' caries preventive recommendations and fluoride use in Volgograd region / V.N. Naumova [et al.] // Caries Research. - 2014. - Vol.48, N5. - P.443.
5. Paglia, L. Pit and fissure sealants or fluoride varnishes? / L. Paglia // Eur. J. Pediatric Dent. - 2016. - Vol.17(3). - P.173.

## ИНТЕНСИВНОСТЬ КАРИЕЛОГИЧЕСКОГО ПОКАЗАТЕЛЯ У БОЛЬНЫХ С ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

*Каримов Б.М., Усманова Г.М., Зарипов А.Р., Одинаев Н.С.*

Кафедра терапевтической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино  
Кафедра эпидемиологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Одной из актуальных проблем стоматологии остаётся изучение динамики развития интенсивности кариеса зубов в зависимости от патологического состояния внутренних органов и систем. Высокая распространённость основных стоматологических заболеваний диктует необходимость поиска оптимальных средств, методов профилактики и лечения с учётом патогенетических механизмов развития [1, 2]. Существует тесная связь патологии зубов и пародонта с общими заболеваниями организма, особое место среди которых занимают болезни органов пищеварения и системы кровообращения, органов дыхания и крови, эндокринной и мочеполовой системы [3, 4], что обусловлено общностью основных звеньев патогенеза.

При стоматологической патологии подробно исследованы эпидемиологические особенности их развития у больных с эндокринной патологией [5].

**Цель исследования.** Изучение динамики развития интенсивности кариеса зубов в зависимости от патологического состояния внутренних органов и систем.

**Материал и методы исследования.** С использованием эпидемиологического метода обследован стоматологический статус у 947 больных в возрасте от 20 до 60 лет и старше, у которых были диагностированы желудочно-кишечная (295 чел.), сердечно-сосудистая (283 чел.) и эндокринная (369 чел.) патологии. В качестве контрольной группы обследовано 248 пациентов, не страдающих соматическими заболеваниями, обратившихся за помощью в Учебно-клинический центр «Стоматология» ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Состояние зубов и тканей пародонта определяли с помощью эпидемиологического метода обследования А.В. Алимского (1993). Для определения уровня заболеваемости твёрдых тканей зубов использовались объективные показатели и индексы: распространённость и интенсивность кариеса зубов и его осложнённых форм. Для оценки интенсивности кариеса постоянных зубов использовался индекс КПУз.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В ходе проведенного исследования было выявлено, что исходные показатели интенсивности кариеса зубов и его структурных элементов значительно ниже, чем среди этих же больных в отдаленные сроки. На основании структурного анализа интенсивности кариеса зубов проведены расчеты нуждаемости больных с сопутствующей соматической патологией (табл. 1), что позволяет прогнозировать потребность обследованного контингента в терапевтической стоматологической помощи.

**Таблица 1**

**Структурный состав исходного значения интенсивности кариеса зубов у лиц с общесоматической патологией (в среднем на одного обследованного)**

Возраст, в годах	Структурные элементы КПУз					Всего КПУз
	К	Р	Х	П	У	
20 – 29	1,26±0,12	0,86±0,10	1,64±0,12	0,26±0,04	3,25±0,13	7,27±0,51
30 – 39	1,02±0,07	1,02±0,07	1,77±0,08	0,23±0,04	3,81±0,12	7,85±0,40
40 – 49	0,34±0,05	1,04±0,06	1,92±0,09	0,22±0,04	4,59±0,16	8,11±0,40
50 – 59	0,26±0,05	1,48±0,05	2,34±0,08	0,21±0,03	5,98±0,13	10,27±0,34
60 и >	0,19±0,03	1,62±0,04	3,92±0,10	0,21±0,03	7,22±0,25	13,16±0,45
<b>В среднем</b>	0,61±0,06	1,20±0,06	2,32±0,09	0,23±0,04	4,97±0,16	9,33±0,41

Примечание:

- К – поверхностный и средний кариес зубов;
- Р – осложнения кариеса зубов, подлежащие лечению;
- Х – осложнения кариеса зубов, подлежащие удалению;
- П – пломбированные зубы;
- У – удаленные зубы.

Полученные результаты по анализу исходного значения интенсивности кариеса зубов, как свидетельствуют данные табл. 1, позволяют отметить, что средний уровень исследуемого показателя в возрастных группах 20-29 и 30-39 лет составил соответственно 7,27±0,51 и 7,85±0,40 на одного обследованного с наличием сопутствующей патологии.

Результаты оценки исходного состояния твёрдых тканей зубов по индексу интенсивности кариеса в возрастных группах 40-49 и 50-59 лет показали, что у лиц с общесоматической патологией значение исследуемого индекса доходило соответственно до 8,11±0,40 и 10,27±0,34 при усреднённом значении 13,16±0,45 в возрасте 60 лет и старше.

Результаты повторного эпидемиологического обследования больных с патологией внутренних органов и систем спустя 3 года показали достоверно высокую интенсивность поражения кариесом по сравнению с исходным ее значением. Так, если отдаленное значение интенсивности кариеса зубов в 1-й возрастной группе в среднем составило 7,40±0,35, то во 2-й и 3-й возрастных группах оно соответствовало 8,24±0,23 и 17,22±0,42 при усреднённом значении 19,65±0,54 и 22,10±0,64 соответственно в группах 50-59 и старше 60 лет (табл. 2).

Несмотря на средний уровень исходного значения поражённости кариесом (9,33±0,41) в группе больных с сопутствующей соматической патологией, структурный анализ интенсивности кариеса оказался весьма неблагоприятным. Прежде всего, это касается высокого удельного веса удаленных зубов. В возрасте 20-29 лет удельный вес утраченных зубов в среднем составляет 3,25±0,13, что составляет 44,70% от общего удельного веса КПУз в

расчете на 1 обследованного. У 30-39- и 40-49-летних больных эти показатели составили соответственно  $3,81 \pm 0,12$  (48,54%) и  $4,59 \pm 0,16$  (56,58%) при соответствующем значении  $5,98 \pm 0,13$  (58,23%) и  $7,22 \pm 0,25$  (54,86%) в возрастных группах 50-59 и старше 60 лет.

Таблица 2

Результаты повторного эпидемиологического обследования интенсивности кариеса зубов у больных с патологией внутренних органов и систем спустя 3 года (в среднем на одного обследованного)

Возраст, в годах	К	Р	Х	П	У	КПУз
20 – 29	$0,31 \pm 0,04$	$1,04 \pm 0,06$	$1,50 \pm 0,08$	$0,26 \pm 0,03$	$4,29 \pm 0,14$	$7,40 \pm 0,35$
30 – 39	$0,60 \pm 0,04$	$1,21 \pm 0,05$	$1,93 \pm 0,02$	$0,23 \pm 0,03$	$4,27 \pm 0,09$	$8,24 \pm 0,23$
40 – 49	$0,36 \pm 0,05$	$1,20 \pm 0,06$	$5,05 \pm 0,08$	$0,20 \pm 0,03$	$10,41 \pm 0,20$	$17,22 \pm 0,42$
50 – 59	$0,22 \pm 0,03$	$1,52 \pm 0,05$	$3,09 \pm 0,15$	$0,17 \pm 0,03$	$14,65 \pm 0,28$	$19,65 \pm 0,54$
60 и >	$0,18 \pm 0,03$	$0,43 \pm 0,06$	$2,78 \pm 0,09$	$0,17 \pm 0,03$	$18,54 \pm 0,43$	$22,10 \pm 0,64$
В среднем	$0,33 \pm 0,03$	$1,08 \pm 0,06$	$2,87 \pm 0,09$	$0,20 \pm 0,03$	$10,36 \pm 0,23$	$14,84 \pm 0,44$

Примечание:

- К – поверхностный и средний кариес зубов;
- Р – осложнения кариеса зубов, подлежащие лечению;
- Х – осложнения кариеса зубов, подлежащие удалению;
- П – пломбированные зубы;
- У – удаленные зубы.

Сводные данные по динамике структурных элементов интенсивности кариеса зубов при заболеваниях внутренних органов и систем нами были получены при сопоставительной оценке исходных и отдаленных исследуемых показателей (табл. 1 и 2).

В ходе динамического эпидемиологического обследования выяснилось, что среди больных с сопутствующей патологией в возрасте 20-29 лет отдаленный показатель удельного веса неосложненного кариеса зубов достоверно снизился (элемент «К»= $0,31 \pm 0,04$ ) по сравнению с исходным его значением (элемент «К»= $1,26 \pm 0,12$ ). Сопоставительный анализ показал, что среди больных редукция неосложненных форм кариеса составила  $0,95 \pm 0,08$  на одного обследованного, что объясняется их переходом в осложненные формы кариозного поражения (элемент «Р») из-за отсутствия комплекса лечебно-профилактических мероприятий стоматологического характера.

**Выводы.** Полученные эпидемиологические результаты по изучению динамических закономерностей интенсивности кариеса зубов у больных с патологией внутренних органов и систем свидетельствуют о том, что обследованные характеризуются неблагоприятным состоянием твердых тканей зубов и у них интенсивность кариологического показателя находится в прямой зависимости от возрастного фактора. Полученные данные также свидетельствуют о высокой изменчивости структурных элементов интенсивности кариеса у больных с сопутствующей соматической патологией, что должно учитываться при планировании и совершенствовании лечебно-профилактических программ для оказания помощи именно этим больным в стационарных и амбулаторных условиях.

#### Список литературы

- Ашуров, Г.Г. Эпидемиологическая оценка пародонтологического статуса у больных с общесоматической патологией / Г.Г. Ашуров, Ш.Ф. Джураева, А.А. Исмоилов // Вестник Таджикского отделения Международной академии высшей школы. – Душанбе, 2010. - № 2. – С. 60-62.
- Kanjanabuch P. Oral and radiographic findings in patients undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis / P. Kanjanabuch, P. Sinpitaksakul // J Med Assos Thai. -2011. -Vol. 94 (suppl. 4). -P. 106-112.
- Грудянов А.И. Воспалительные заболевания пародонта как фактор риска развития патологии сердечно-сосудистой системы (обзор литературы) / А.И. Грудянов, В.В. Овчинникова // Стоматология. - 2011. - № 5. - С. 76-78.
- Дмитриева В.Ф. О междисциплинарном подходе к лечению пациентов с коморбидными заболеваниями / В.Ф. Дмитриева // Дентал. -2013. - С. 77-79.
- Джураева Ш.Ф. Состояние околозубных тканей в условиях межсистемного реагирования у лиц с хроническими заболеваниями органов и систем / Ш.Ф. Джураева, А.А. Исмоилов // Вестник Таджикского отделения Международной академии высшей школы. – Душанбе, 2010. - № 2. – С. 67-70.

#### РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ И ИНТЕНСИВНОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ С ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

*Каримов Б.М., Усманова Г.М., Хасанова З.М., Каримов А.У.*

Кафедра терапевтической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Кафедра эпидемиологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Согласно многочисленным исследованиям, в последние годы наметилась явная тенденция к росту числа заболевания пародонта среди населения Республики Таджикистан [1]. По данным ВОЗ, основанным на стоматологическом обследовании населения 53 стран, в большинстве популяций, распространенность заболеваний пародонта среди населения в возрасте 35-45 лет достигает 65-98%, а среди молодежи 15-19 лет эти болезни встречаются у 55-99% [2].

По данным клинико-эпидемиологических исследований [3], распространенность воспалительных заболеваний полости рта, в частности пародонта, у взрослого населения Республики Таджикистан составляет 88-100%. По



мнению авторов, патология пародонта редко бывает изолированной и не связанной с другими сопутствующими соматическими заболеваниями.

Исследованиями А.А. Исмоилова [4] и З.Р. Аминджановой [5] доказано, что на одного пациента моложе 30 лет, страдающего хроническим пародонтитом, приходится 2,8 сопутствующих патологий, в возрасте 30-39 лет – 2,9, в возрасте более 40 лет – 4,5 одновременно протекающих соматических заболеваний.

**Цель исследования.** Изучить распространённость и интенсивность заболеваний пародонта у больных с общесоматической патологией.

**Материал и методы исследования.** Эпидемиологическое обследование состояние органов и тканей полости рта проводилось на базе терапевтического отделения Национального медицинского центра и кардиологического центра Министерства здравоохранения Республики Таджикистан. С использованием эпидемиологического метода обследован стоматологический статус у 947 больных в возрасте от 20 до 60 лет и старше, у которых были диагностированы желудочно-кишечная (295 чел.), сердечно-сосудистая (283 чел.) и эндокринная (369 чел.) патология.

Все обследуемые основной группы распределены как по возрастным группам: 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60 лет и старше, так и по степени тяжести общесоматической патологии: лёгкая форма, форма средней тяжести, тяжёлая форма.

Все пациенты обследовались по общепринятой в стоматологии схеме, включающей клинические и параклинические методы исследования. На каждого из них заполняли стоматологическую карту с приложением, включающую анамнез (номер истории болезни, паспортные данные, жалобы, анамнез жизни и настоящего заболевания), результаты объективного обследования (общий и стоматологический осмотр), предварительный и окончательный диагноз, дополнительные методы исследования.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Результаты пародонтологического обследования больных с сопутствующей соматической патологией позволяют отметить, что у них диагностируется с максимальной распространённостью различной формы хронические пародонтиты. Материалы эпидемиологического обследования свидетельствуют о том, что в возрасте 20-29 лет при неблагоприятном соматическом фоне исходное значение распространённости лёгкой, средней и тяжелой форм хронического пародонтита составило 71,99±2,18%, 23,80±1,02% и 2,50±0,35% соответственно при усредненном значении исследуемого показателя 65,35±1,85%, 25,60±1,04% и 8,10±0,67% в возрасте 30-39 лет. Пропорциональное распределение тяжести хронического пародонтита в возрасте 40-49 варьировалось в пределах 61,00±1,88%, 25,20±1,17% и 13,80±0,83% соответственно для легкой, среднего и тяжелого течения нозологии. Аналогичное распределение хронического пародонтита, в зависимости от тяжести, выявлено у лиц с сопутствующей патологией в возрасте 50-59 лет (соответственно 53,60±1,70%, 32,10±1,26% и 14,30±0,71%), при соответственном значении исследуемых показателей у больных в возрасте 60 лет и старше (39,60±1,14%, 27,70±1,01% и 32,70±0,86%). Следовательно, распространённость хронического пародонтита у больных с патологией внутренних органов и систем выявило прямую зависимость болезни пародонта от возрастного фактора (табл. 1).

**Таблица 1**

**Повозрастные показатели исходного значения распространённости хронического пародонтита у больных с общесоматической патологией (в % к общему числу обследованных)**

Возраст (в годах)	Хронический пародонтит			
	Легкой формы	Средней формы	Тяжелой формы	Всего, %
20 – 29	71,99±2,18	23,80±1,02 P<0,01	2,50±0,35 P<0,001	98,29±3,55
30 – 39	65,35±1,85	25,60±1,04 P<0,01	8,10±0,67 P<0,001	99,05±3,56
40 – 49	61,00±1,88	25,20±1,17 P<0,01	13,80±0,83 P<0,001	100,0±3,88
50 – 59	53,60±1,70	32,10±1,26 P<0,01	14,30±0,71 P<0,001	100,0±3,67
60 лет и >	39,60±1,14	27,70±1,01 P<0,01	32,70±0,86	100,0±3,01
<b>В среднем</b>	58,31±1,75	26,88±1,10 P<0,01	14,28±0,68 P<0,001	99,47±3,53

Примечание: P<0,01 и P<0,001 – достоверные показатели в зависимости от легкой формы поражения

В ходе первичного эпидемиологического анализа также было установлено, что у больных, страдающих системными нарушениями в организме до 5 лет, распространённость легкой формы хронического пародонтита составила 72,6% при значении 26,0% и 1,4% соответственно для средней и тяжелой формы пародонтальной патологии. При давности общесоматической патологии до 10 лет распространённость легкой, средней и тяжелой форм хронического пародонтита составила соответственно 52,8%, 34,3% и 12,9%. У лиц со сроком внутриорганного нарушения более 20 лет значение исследуемого показателя в зависимости от формы пародонтальной патологии соответствовало 12,4%, 28,1% и 59,5%.

Анализ эпидемиологической ситуации при изучении воспалительных изменений в тканях пародонта показал, что среди больных с патологией внутренних органов и систем отмечается достоверное снижение распространённости легкой формы хронического пародонтита от 71,99±2,18% в возрасте 20-29 лет до 39,60±1,14% в возрасте 60 лет и старше. Противоположная картина обнаруживалась при оценке динамики средней тяжести пародонталь-

ной патологии в зависимости от возрастного фактора. Удельный вес исследуемой формы хронического пародонтита значительно увеличивается с исходного значения  $23,80 \pm 1,02\%$  в возрасте 20-29 лет до  $32,10 \pm 1,26\%$  в возрасте 50-59 лет, с незначительным уменьшением его величины в возрастной группе 60 лет и старше ( $27,70 \pm 1,01\%$ ).

Весьма характерная картина обнаруживалась при изучении повозрастной динамики исходного значения тяжелой формы хронического пародонтита у больных с неблагоприятным соматическим фоном. Так, величина исследуемой формы пародонтита резко нарастает по мере увеличения возраста обследованных, достигая  $32,70 \pm 0,86\%$  в возрасте 60 лет и старше против усредненного значения  $2,50 \pm 0,35\%$  в возрасте 20-29 лет.

**Выводы.** С учетом вышеизложенного можно констатировать, что у больных с общесоматической патологией в зависимости от возрастного фактора распространенность легкой формы хронического пародонтита снизилась в 1,8 раз, тогда как величина средней и тяжелой формы пародонтальной патологии возросла соответственно в 1,2 и 13,1 раз, что свидетельствует о значительном влиянии межсистемного нарушения на состояние пародонтологического статуса.

#### Список литературы

1. Ашуров Г.Г. Эпидемиологическая оценка пародонтологического статуса у больных с общесоматической патологией / Г.Г. Ашуров, Ш.Ф. Джураева, А.А. Исмоилов // Вестник Таджикского отделения Международной академии высшей школы. – Душанбе, 2010. - № 2. – С. 60-62.
2. Павлов Н.Б. Влияние сопутствующих заболеваний на распространение стоматологических заболеваний в разных возрастных группах населения / Н.Б. Павлов, С.Т. Сохов // Стоматология для всех. - 2011.-№ 4. -С. 24-27.
3. Аминджанова З.Р. Результаты индексной оценки пародонтологического статуса у больных, страдающих сопутствующей соматической патологией / З.Р. Аминджанова, Г.Г. Ашуров // Стоматология Таджикистана. - 2011. - № 1. - С. 5-9.
4. Исмоилов А.А. Состояние пародонтальных структур у больных с сопутствующей соматической патологией /А.А. Исмоилов, Г.Г. Ашуров, Ш.И. Юлдошев //Вестник Таджикского отделения Международной академии наук высшей школы. –2011. -№ 4. –С. 43-45.
5. Аминджанова З.Р. Основные результаты проведенных исследований по изучению исходных показателей пародонтологического статуса у соматических больных / З.Р. Аминджанова, А.А. Исмоилов // Стоматология Таджикистана. - 2010. -№ 1. - С. 5-8.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПО ИЗУЧЕНИЮ ИНДЕКСА НУЖДАЕМОСТИ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ С ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

*Каримов Б.М., Зарипов А.Р., Усманова Г.М., Одинаева Л.М.*

Кафедра терапевтической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Кафедра эпидемиологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Системными заболеваниями, сопровождающимися нарушениями обменных процессов в целом организме, страдают миллионы людей, и прогнозируется значительное увеличение распространенности таких заболеваний в ближайшие 10 лет [1].

В последние годы исследователями разработана патогенетическая концепция развития стоматологической патологии при системных заболеваниях, предложен комплекс диагностических и лечебно-профилактических мероприятий, позволяющих восстановить компенсаторно-адаптационные возможности органов полости рта [2].

Общие патологические изменения в организме могут сочетаться с довольно существенной реакцией со стороны органов полости рта. Отсюда принцип целостности организма в обосновании системы диагностики, профилактики и лечения конкретных форм нозологий полости рта приобретает особое значение на современном этапе развития стоматологии [3].

**Цель исследования.** Изучить состояние тканей пародонта по индексу CPITN.

**Материал и методы исследования.** При оценке распространенности и интенсивности заболеваний пародонта использовался индекс нуждаемости в лечении заболеваний пародонта – CPITN. Оценивали подвижность зубов, глубину пародонтальных карманов, обращали внимание на гнойное отделяемое из них, цвет грануляций, наличие абсцессов. Глубину пародонтальных карманов измеряли с четырех сторон по оси зуба градуированным зондом с затупленным концом.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В ходе 3-х летнего эпидемиологического обследования пародонтологического статуса у больных с неблагоприятным соматическим фоном нами установлено заметное увеличение тяжести заболеваний пародонта с возрастом. С этой целью состояние тканей пародонта оценивалось по индексу CPITN, который позволил выявить следующую клиническую картину. Исходное значение распространенности всех признаков патологии пародонта у обследованных в возрасте 20-29 лет в среднем составило  $89,97 \pm 4,33\%$  с интенсивностью  $4,19 \pm 0,35$  сегмента на одного больного. При этом кровоточивость десен достигла  $18,01 \pm 1,68\%$  (интенсивность  $1,01 \pm 0,10$  сегмента), зубной камень –  $69,80 \pm 2,18\%$  (интенсивность  $2,67 \pm 0,11$  сегмента), пародонтальные карманы глубиной 4-5 мм –  $2,16 \pm 0,47\%$  (интенсивность  $0,51 \pm 0,14$  сегмента) (табл.1).

Отдаленные результаты эпидемиологического обследования по изучению индекса нуждаемости в лечении заболеваний пародонта у 20-29-летних больных с общесоматической патологией выглядят таким образом: распространенность исследуемого индекса в среднем составила  $96,77 \pm 4,88\%$  с интенсивностью  $4,44 \pm 0,50$  сегмента. У больных этой возрастной группы при сегментарной оценке пародонтологического статуса в динамике было выявлено, что суммарное значение кровоточивости десен и наличия зубного камня достигло  $89,61 \pm 3,06\%$  с интенсивностью  $3,68 \pm 0,36$ .

Таблица 1

**Повозрастная структура исходной величины распространенности индекса нуждаемости в лечении болезней пародонта у больных с общесоматической патологией (в % к общему числу обследованных)**

Возраст (в годах)	СРITN=0	СРITN=1	СРITN=2	СРITN=3	СРITN=4
20-29	10,03±0,16	18,01±1,68	69,80±2,18	2,16±0,47	0
30-39	6,56±0,88	19,30±0,93	71,20±2,22	2,03±0,10	0,91±0,13
40-49	0	34,10±1,47	36,80±1,49	25,10±1,13	4,00±0,56
50-59	0	22,80±1,13	31,30±1,49	34,10±1,72	11,80±1,84
60 и >	0	13,10±1,03	29,20±1,31	36,40±1,70	21,30±0,72
<b>В среднем:</b>	<b>3,32±0,21</b>	<b>21,46±1,25</b>	<b>47,66±1,74</b>	<b>19,96±1,02</b>	<b>7,60±0,65</b>

Распространенность и интенсивность пародонтальных карманов глубиной 4-5 мм у них соответствовали 7,16±1,82% и 0,76±0,14 (табл. 2).

В возрасте 20-29 лет сопоставительная оценка исходных и отдаленных результатов эпидемиологического обследования по изучению индекса нуждаемости в лечении заболеваний пародонта при наличии системного нарушения в организме обнаруживала достоверный прирост распространенности и интенсивности исследуемого индекса соответственно на 6,8±0,55% и 0,25±0,15 сегментарных единиц.

Таблица 2

**Повозрастная структура отдаленной величины распространенности индекса нуждаемости в лечении болезней пародонта у больных с общесоматической патологией (в % к общему числу обследованных)**

Возраст (в годах)	СРITN=0	СРITN=1	СРITN=2	СРITN=3	СРITN=4
20-29	3,23±0,18	13,31±0,93	76,30±2,13	7,16±1,82	0
30-39	0	21,10±1,13	73,12±2,13	4,13±0,32	1,65±0,10
40-49	0	36,10±1,67	39,20±1,51	15,90±1,03	8,80±0,56
50-59	0	21,60±1,18	28,80±1,27	37,10±1,72	12,50±0,84
60 и >	0	13,10±1,03	29,20±1,31	36,40±1,70	21,30±0,72
<b>В среднем:</b>	<b>0,65±0,04</b>	<b>21,04±1,19</b>	<b>49,32±1,67</b>	<b>20,14±1,32</b>	<b>8,85±0,44</b>

У больных с неблагоприятным соматическим фоном в возрасте 30-39 лет исходная величина общей распространенности заболеваний пародонта по индексу СРITN составила 93,44±3,30% при интенсивности 4,88±0,77 сегмента на одного обследованного. Если кровоточивость десен была зафиксирована только лишь у 19,30% обследованных лиц (интенсивность – 1,27±0,12 сегмента), то зубной камень и пародонтальные карманы глубиной 4-5 мм – соответственно у 71,20% (интенсивность – 3,13±0,47 сегмента) и 2,03% (интенсивность – 0,27±0,13 сегмента) при усредненном значении 0,91±0,13% и 0,21±0,05 сегмента для пародонтальных карманов глубиной 6 мм и более (табл. 3).

Таблица 3

**Исходное значение структуры индекса нуждаемости в лечении болезней пародонта в различных возрастных группах больных с сопутствующей патологией (среднее количество секстантов на 1-го обследованного)**

Возраст, лет	Секстанты:				
	со здоровым пародонтом	с кровоточивостью десен	с зубным камнем	с карманами глубиной 4-5 мм	с карманами глубиной 6 мм и >
20-29	1,81±0,10	1,01±0,10	2,67±0,11	0,51±0,14	0
30-39	1,12±0,17	1,27±0,12	3,13±0,47	0,27±0,13	0,21±0,05
40-49	0,89±0,13	1,83±0,11	2,49±0,09	0,48±0,11	0,31±0,07
50-59	0,46±0,10	0,81±0,17	1,89±0,22	2,13±0,29	0,71±0,13
60 и >	0	0,55±0,12	2,14±0,17	2,20±0,29	1,11±0,13
<b>В среднем</b>	<b>0,86±0,10</b>	<b>1,09±0,12</b>	<b>2,46±0,21</b>	<b>1,12±0,19</b>	<b>0,47±0,08</b>

При изучении отдаленных результатов эпидемиологического обследования пародонтологического статуса у стационарных больных в возрасте 30-39 лет выявлен определенный прирост распространенности и интенсивности по таким патологическим признакам, как кровоточивость десен (21,10±1,13% и 1,37±0,18 соответственно), наличие зубного камня (73,12±2,13% и 3,88±0,53), пародонтальных карманов глубиной 4-5 мм (4,13±0,32% и 0,56±0,11). В данной возрастной группе также визуализировались зубодесневые карманы глубиной 6 мм и более с распространенностью 1,65±0,10% и сегментарного поражения 0,19±0,03, которые не диагностировались в предыдущей возрастной группе (см. табл.2).

В возрастной группе 40-49 лет исходная величина распространенности всех признаков патологии пародонта по индексу нуждаемости составила стопроцентную величину с интенсивностью 5,11±0,38 пораженного сегмента (из шести) на одного обследованного больного. Из таблицы 3 видно, что при первичном обследовании распределение структурных элементов индекса СРITN оказалось следующим: кровоточивость десен – у 30,5±1,47% обследованных (интенсивность 1,83±0,11 сегмента); зубной камень – у 41,5±1,49% (интенсивность 2,49±0,09 сегмента); пародонтальные карманы глубиной 4-5 мм – у 8,0±1,13% (интенсивность – 0,48±0,11 сегмента); соответствующие карманы глубиной 6 мм и более – 5,2±0,56% (интенсивность - 0,31±0,07 сегмента).

**Выводы.** Структура индекса нуждаемости в лечении болезней пародонта и данные статистической обработки полученных результатов свидетельствуют о высоком уровне заболеваемости пародонта у больных с сопутствующей патологией.

ющей соматической патологией всех возрастных групп. На это указывают и данные об отсутствии лиц со здоровым пародонтом при первичном эпидемиологическом обследовании в возрасте старше 40 лет и повторном обследовании в возрасте старше 30 лет.

#### Список литературы:

1. Горбачева И.А. Связь заболеваний внутренних органов с воспалительными поражениями полости рта / И.А. Горбачева, Л.Ю. Орехова, Л.А. Шестакова // Пародонтология. - 2009. - № 3(53). - С. 3-7.
2. Аминджанова З.Р. Результаты индексной оценки пародонтологического статуса у больных, страдающих сопутствующей соматической патологией / З.Р. Аминджанова, Г.Г. Ашуров // Стоматология Таджикистана. - 2011. - № 1. - С. 5-9.
3. Аминджанова З.Р. Основные результаты проведенных исследований по изучению исходных показателей пародонтологического статуса у соматических больных / З.Р. Аминджанова, А.А. Исмоилов // Стоматология Таджикистана. - 2010. - № 1. - С. 5-8.

### ХАРАКТЕРИСТИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У МОНОЗИГОТНЫХ И ДИЗИГОТНЫХ БЛИЗНЕЦОВ С РАЗЛИЧНОЙ ФОРМОЙ ЧЕРЕПА

*Кочкина Н.Н., Полякова Е.В., Камалитдинова Н.М., Железнов Л. М., Прокофьев А.Б.*

Кафедра терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО Оренбургский ГМУ Минздрава России. Россия

**Актуальность.** Особенности развития близнецов, как в период эмбриогенеза, так и постнатальном онтогенезе всегда имели тенденцию к изучению в научно - медицинском направлении (Айламазян Э.К. 1997; Ушаков Г.К. 1977; Никитюк Б.А. 1978). Имеются исследования об отставании монозиготных близнецов в физическом развитии, особенностях генетической обусловленности интеллектуальных различий, подверженность психическим заболеваниями [1-3].

**Цель исследования.** Для выявления особенностей распространенности различных форм стоматологической патологии в связи с индивидуальной анатомической изменчивостью зубо-челюстной системы и краниотипами у монозиготных (МЗ) и дизиготных (ДЗ) близнецов, нами был проведен стандартный стоматологический осмотр, антропометрическое обследование и молекулярно- генетическое исследование ротовой жидкости. В исследование были включены 11 пар близнецов, 3 из которых ДЗ (5 девушек и 1 юноша) и 8 МЗ (16 девушек) в возрасте 17-23 лет, проживающих в Оренбургской области с рождения. Изучаемая группа - студенты Оренбургского государственного медицинского университета, обследование проводилось на кафедре терапевтической стоматологии ОрГМУ с соблюдением этических и деонтологических норм и информированном согласии обследованных.

**Материал и методы исследования.** Соматотипирование проводилось ассистентами кафедры терапевтической стоматологии, путем оценки роста, веса (индекс массы тела) и черепного индекса, при наличии весов марки «Scarlett», ростомера «SECA», сантиметровой ленты и антропометра. Продольный диаметр черепа измерялся от точки glabella (наиболее выступающая вперед в медиально-сагиттальном сечении точка на носовом отростке лобной кости) до точки opistocranium (наиболее выступающая сзади точка на затылочной кости, лежащая на наружном затылочном возвышении), поперечный диаметр черепа (ширина головы) между точками euryon (наиболее выступающая наружу точка боковой поверхности черепа, лежащая на теменной кости). Измерения проводились несколько раз, с выведением среднего значения, чтобы избежать ошибок. Пол, рост, массу тела, возраст, регион проживания, антропометрические данные, фиксировались в протоколе исследования. Стоматологическое обследование включало в себя оценку зубной формулы (КПУ-кариес, пломба, удаленный) и прикуса (физиологический, патологический). Стоматологическую группу составили врач- стоматолог терапевт, врач- ортодонт, данные дублировались записью в амбулаторную карту стоматологического больного (форма- 043-1/у), в разделы зубная формула по ВОЗ и прикус. Для метода ПЦР содержимое полости рта обтирали стерильным ворсистым тампоном *Coran FLOQSwab* на участке щеки около 10 секунд и затем помещали в стерильную пластиковую пробирку. Хранили и транспортировали образцы при температуре +4С°, с помощью термоконтейнеров. Из мазков со слизистой оболочки ротовой полости указанных граждан выделялась геномная ДНК с помощью реагента Проба-НК (ДНК-Технология, Россия) в соответствии с инструкцией фирмы производителя. Типирование ДНК проводили с помощью амплификации ДНК, основанной на полимеразной цепной реакции (ПЦР), с последующим анализом полиморфизма амплифицированных фрагментов локусов. Постановка и проведение ПЦР осуществлялась при помощи наборов PowerPlex Fusion (Promega Inc, США) в соответствии с рекомендациями фирмы-производителя. Амплификацию проводили программируемым термостатом (амплификатором) Biogad T100 (Biogad, США).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Выявлено количественное распределение по краниометрии, представителей мезокефалов среди монозиготов 4 пары (8 человек), долихокефалов 2 пары (4 человека), 2 пары брахицефалы (4 человека). Представителей мезокефалов среди дизигот 1 пара (2 человека, юноша и девушка), долихокефалов 2 пары (4 человека) и брахицефалов не выявилось [Таблица №1].

Установлено, что среди обследованных мезокефалов МЗ 4 человека имеют физиологическую ортогнатию, а нуждается в ортодонтическом лечении 2 человека. Остальные 2 на момент осмотра находились в брекет-системе. КПУ в данной группе МЗ мезокефалов составило 11-16 (преобладает П- пломбы). В группе долихокефалов 3 человека имеет физиологическую ортогнатию, и один после брекет- системы. КПУ у данных молодых девушек 8-10 (преобладает – П- пломбы). Наличие характерных отличий прикуса в анамнезе монозиготной пары в данной группе (МЗ близнец А1 получила ортодонтическое лечение два года назад, при том что МЗ близнец А2 не имеет показаний к ортодонтическому лечению), может послужить дальнейшему проявлению отсутствия максимальной генетической зависимости МЗ близнецов друг от друга, в области зубо-челюстной системы. В группе брахицефалов 2

человек нуждается в ортодонтическом лечении (имеют прямой прикус) и двое без патологий, но согласно записи зубной формулы отмечено характерное «зеркальное» наличие и отсутствие третьих моляров в зубном ряду (у МЗ близнеца А1 1.8 зуб на момент обследования фиксирован, а у МЗ близнеца А2 1.8 отсутствует, при том, что зуб 2.8 у МЗ А1 отсутствует, а 2.8 зуб у МЗ А2 фиксирован. Третьи моляры нижней челюсти отсутствуют и у МЗ А1 и А2.). КПУ в этой группе 16 (преобладает К- кариес). ДЗ мезоцефалы 2 человека с прямыми показаниями к ортодонтическому лечению. КПУ равняется 4-5, преобладают пломбы. Долихоцефалы ДЗ близнецов (4 человека) не нуждаются в ортодонтическом лечении (ортогнатический прикус) с КПУ 2-4. Наличие некариозных поражений с одинаковым проявлением, как в групповой принадлежности зуба, так и форме и локализации поражения. Весовой и ростовой показатели в группе ДЗ близнецов соответствовали возрастным нормам, МЗ близнецы показали незначительный дефицит массы тела по отношению к значению роста и возраста. По исследуемым локусам выявлен один набор аллелей, не отличающийся между собой. Отличие локуса амелогенин (половая принадлежность) у разнополых дизигот, и по мимо этого отличие в аллельном составе по одному из исследуемых локусов, в этой же паре.

Таблица 1.

Распределение обследуемых в зависимости от краниотипа и типа близнецов

Краниотип	Монозиготные (n=16)	Дизиготные (n=6)
Брахицефалический	4	0
Мезацефалический	8	2
Долихоцефалический	4	4

#### Вывод:

Таким образом, проведенное исследование позволяет считать полученные показатели и клиничко- лабораторные данные достаточными для дальнейшего увеличения числа выборки и количества оцениваемых параметров для уточнения репрезентативности полученных данных.

#### Список литературы

1. Нуждаемость в ортодонтическом лечении в различные возрастные периоды и в зависимости от краниотипа. /Н.Н. Кочкина, Е.В. Полякова, Л.М. Железнов// Вятский медицинский вестник. – 2018.№4 (159)
2. Поиск ассоциации полиморфизмов в генах *apxa5* и *calb2* с повышенным риском развития кариеса у детей дошкольного возраста. /А.Н. Волков, Л.Ю. Лошакова// Вестник Кемеровского государственного университета. - 2012. №2 (107)
3. Индивидуальная профильная асимметрия у близнецов / Е.В. Воробьева//Известия высших учебных заведений. Северо-кавказский регион. Общественные науки.- 2010. - №3(103)

### ОШИБКИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ПЕРЕЛОМАМИ ЧЕЛЮСТЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

*Ксембаев С.С., Салахов А.К., Иванов О.А., Гасымзаде Д.К., Гильманова Г.С., Гильфанов Б.Р.*

Кафедра челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Казанский государственный медицинский университет» Министрства здравоохранения России, Россия

**Актуальность.** Переломы костей лицевого скелета составляют около 3% от числа повреждений костей человека. Чаще встречаются переломы нижней челюсти, составляя, по данным отечественных и зарубежных клиник, 70-85% от общего числа повреждений костей лицевого скелета [1,2,3,4,6]. Пострадавшие обращаются в стоматологические клиники, травмпункты, могут доставляться машинами скорой помощи, в больницы другого профиля. Повреждения челюстно-лицевой области имеют свои особенности, в результате чего на догоспитальном этапе встречаются ошибки организационного, диагностического и лечебно-профилактического порядка [4,5]. Поэтому актуальным становится анализ ошибок и поиск путей решения проблем для повышения эффективности лечения пострадавших с данной патологией.

**Цель исследования.** Провести анализ ошибок в оказании квалифицированной помощи пациентам с челюстно-лицевой патологией на догоспитальном этапе и возможные пути их решения.

**Материал и методы исследования.** Проведен анализ историй болезни пациентов, обратившихся в отделение челюстно-лицевой хирургии ГКБ №7 г. Казани за период с 2016 до 2018 г.г.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Структура пострадавших с переломами костей лицевого скелета, госпитализированных в отделение челюстно-лицевой хирургии ГКБ №7 г. Казани за период 2016-2018 г.г. представлена в таблице 1.

Таблица 1. - Структура госпитализированных пострадавших с переломами челюстей в отделение челюстно-лицевой хирургии ГКБ №7 г. Казани

№№	Диагноз	2016	2017	2018
1	Переломы нижней челюсти	359	329	346
2	Переломы верхней челюсти	6	18	9
3	Множественные переломы костей лицевого скелета	4	2	2

Согласно представленным в таблице данным, переломы нижней челюсти значительно преобладают над переломами остальных костей лица.

Факторами, способствующими запоздалой госпитализации, увеличению ее сроков и развитию осложнений являются: 1. Поздняя обращаемость за медицинской помощью (в основном при бытовой травме и из-за алкогольного опьянения); 2. Недостаточные знания врачами-стоматологами приемов клинического обследования; 3. Отсутствие диагностического рентгенологического обследования; 4. Незнание методов транспортной иммобилизации, ее отсутствие при направлении пациента на стационарное лечение.

Врачи-стоматологи при первичном обращении больных нередко затрудняются в установлении диагноза перелома челюстей. Запоздалая госпитализация и, как следствие этого, поздно начатое специализированное лечение зависят также и от грубых диагностических ошибок, среди которых наиболее серьезной является нераспознавание перелома нижней челюсти. Данное обстоятельство связано с недообследованием пациента, в первую очередь вследствие отсутствия полноценного рентгенографического обследования.

Практически полное отсутствие временной (транспортной) иммобилизации, а также обезболивания при направлении пострадавшего из поликлиники в специализированный стационар. К сожалению, обязательная транспортная иммобилизация поврежденной кости не проводится. Временная иммобилизация челюсти на догоспитальном этапе позволяет обездвижить костные фрагменты, частично снизить болевой синдром, уменьшить инфицирование щели перелома и предупредить развитие воспалительных осложнений в виде нагноения костной раны и развития травматического остеомиелита. Пострадавшим с переломами челюстей, поступившим в приемное отделение ГКБ №7 г. Казани, лишь одному была проведена транспортная иммобилизация – бинтовая марлевая повязка. Для транспортной иммобилизации предлагаем использовать шину, изготавливаемую из пластикового гипса, и предусматривающую репозицию нижней челюсти по нижнему краю челюсти на всем её протяжении (патент РФ на изобретение №2512957, авторы А.К. Салахов и др.). Буквально единичны случаи, когда пациентам перед транспортировкой проводилось местное обезболивание.

Организационные проблемы при эвакуации. При транспортировке пострадавших с повреждением челюстей необходимо помнить, что такие переломы сопровождаются повреждением головного мозга. Но только в редких случаях пострадавших доставляли в больницу санитарным транспортом. Большинство больных прибывали в приемное отделение самостоятельно.

Неправильная тактика при сочетании перелома нижней челюсти с ранениями мягких тканей лица. Речь идет о проведении ПХО (первичной хирургической обработки) мягких тканей лица без обработки костной раны и без последующей иммобилизации отломков. В этом случае нарушается основное положение челюстно-лицевой травматологии, заключающееся в том, что хирургическая обработка должна быть одномоментной и исчерпывающей. В результате такой порочной практики, в специализированном стационаре приходится расширять раны мягких тканей, проводить обработку костной раны, вправление и закрепление отломков. Следовательно, пациенты с обширными повреждениями мягких и костных тканей лица должны в максимально короткий срок быть доставлены в специализированный стационар для оказания хирургического пособия в полном объеме.

**Заключение.** Коррекция ошибок и нарушений, допускаемых на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи пострадавшим с переломами челюстей, позволит сократить сроки лечения, предупредить осложнения и таким образом получить значительный экономический эффект.

#### Список литературы

1. Артюшкевич, А.С. Травмы и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области / А.С. Артюшкевич. - Минск, 2016. - 251 с.
2. Безруков, В.М. Изучение травматизма челюстнолицевой области по материалам диссертационных исследований / В.М. Безруков, Т.М. Лурье // Труды VI съезда Стоматол. Асс. России. - М., 2000. – С.294.
3. Малышев, В.А. Переломы челюстей / В.А. Малышев, Б.Д. Кабаков. - Санкт-Петербург, 2005. – 191 с.
4. Ксембаев, С.С. Состояние и перспективы развития специализированной хирургической помощи пациентам с челюстно-лицевой патологией в условиях многопрофильной больницы крупного города / С.С. Ксембаев, О.А. Иванов // Здоровье человека в XXI веке. X-я Российская научно-практическая конференция: Сборник научных статей. Казань, 30-31 марта 2018 г. / Под общей редакцией профессора С.С. Ксембаева. – Казань, 2018. – С. 73-80.
5. Boole, J.R. 5196 mandible fractures among 4381 active duty army soldiers, 1980 to 1998 / J.R. Boole, M. Holtel, P. Amoroso, M. Yore // Laryngoscope. - 2001. - Vol.111, №10. – P.1691-1696.
6. Guerrissi, J.O. Fractures of mandible: is spontaneous healing possible? Why? When? / J.O. Guerrissi// J-Craniofac-Surg. - 2001. – Vol.12, №2. – P.157-166.

#### СТРУКТУРИЗАЦИЯ КАРИЕСОЛОГИЧЕСКИХ И ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ

*Махмудов Д.Т., Каримов С.М., Гурезов М.Р.*

Кафедры терапевтической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино и ИПО в СЗ РТ. Таджикистан

**Актуальность.** Кариез зубов и болезни пародонта остаются наиболее распространенными заболеваниями в экономически развитых странах. В условиях Республики Таджикистан распространенность кариеса зубов и заболеваний пародонта также достаточно высока и достигает 92,6 до стопроцентного значения [1, 2]. При этом опыт, накопленный в последние годы, показывает, что нарастание патологии органов и тканей полости рта остановить только проведением лечебных мероприятий невозможно [3].

По мнению многих авторов [3, 5], патогенетические механизмы развития кариеса во многом зависят от состояния неспецифической резистентности организма, оказывающей влияние на способность микроорганизмов размножаться в полости рта и фиксироваться в виде мягкого зубного налета, а также влияющей на состав и свойства слюны, твердых тканей зубов, их устойчивость к патогенному действию микроорганизмов и продуктов их жизнедеятельности.

Общая резистентность организма в значительной мере определяется уровнем его функциональных возможностей. В качестве основы для более полной оценки функциональных резервов организма и установления его резистентности к разным факторам окружающей среды авторами [4, 5] предложена физиологическая потребность в двигательной активности.

Общие имеющиеся сведения о влиянии ограничения двигательной активности на обменные процессы в организме и структуру костной ткани, дают возможность сделать заключение, что гиподинамия и гипокинезия вызывают существенные изменения как во всей опорно-двигательной системе, так и в зубочелюстной. Данные изменения характеризуются снижением минеральной насыщенности костной ткани, деструктивными процессами в тканях пародонта, нарушением микроциркуляции, изменением состава и свойства слюны, снижением порогов тактильной и болевой чувствительности [3, 2, 5].

В связи с этим установление взаимосвязей распространенности и интенсивности кариеса зубов, а также заболеваний пародонта как наиболее распространенной патологии зубочелюстной системы и уровня привычной двигательной активности может существенно способствовать разработке рекомендаций по прогнозу и профилактике данного заболевания.

**Цель исследования.** Структуризация кариесологических и пародонтологических показателей у лиц функционально различных типов конституции.

**Материал и методы исследования.** У 291 пациента в возрасте 20-50 лет с различной выраженностью кариеса и заболеваний пародонта были изучены индивидуальные различия потребности в движении (146 чел. с низкой и 145 чел. - с высокой привычной двигательной активностью), определен кариелогический и пародонтологический статус (оценка КПУз, КПУп, анализ денальных рисунков и одонтопародонтограмм и определения степени поражения пародонта), выявлена степень напряжения регуляторных механизмов (частота сердечного сокращения, уровень артериального давления, функциональная активность нервно-мышечного аппарата кистей рук).

Обследование стоматологического статуса осуществлялось по методике ЦНИИС (А.В. Алимский, 1993) в следующих возрастных группах: 20-29 лет, 30-39 лет, 40-49 лет и 50 лет и старше. Полученные данные вносились в «Карту осмотра полости рта».

**Результаты исследования и их обсуждение.** Среди обследованных пациентов установлена обратная зависимость между уровнем привычной двигательной активности и распространенностью и интенсивностью кариеса зубов. Так, у лиц с низкой привычной двигательной активностью усредненное значение распространенности кариеса зубов составило  $99,3 \pm 3,6\%$  против исследуемого показателя у лиц с высокой привычной двигательной активностью ( $85,7 \pm 2,8\%$ ). Отрицательная разница данного показателя между группами составила 13,7%. Аналогичная тенденция выявлена при изучении интенсивности кариеса зубов среди обследованных I и II групп (соответственно  $8,0 \pm 0,28$  и  $4,60 \pm 0,19$  единиц пораженных зубов на одного обследованного пациента при отрицательной разнице 42,5%).

У лиц с низким уровнем двигательной активности общая распространенность заболеваний пародонта составила  $99,9 \pm 1,5\%$  при минимальном ее значении среди обследованных с высоким уровнем привычной двигательной активности ( $75,0 \pm 3,6\%$ ). Отрицательная разница при изучении распространенности заболеваний пародонта между группами составила 24,9%, что свидетельствует о благоприятном состоянии околозубных тканей у лиц с высокой привычной двигательной активностью. О правомерности подобных утверждений свидетельствуют и полученные нами данные относительно интенсивности данной патологии у лиц с различным уровнем двигательной активности. Так, частота интенсивности болезни пародонта в среднем составила  $6,0 \pm 0,12$  пораженного сегмента при низком уровне двигательной активности, составляя  $4,5 \pm 0,07$  сегмента у лиц с высокой привычной двигательной активностью. Оценка итоговых показателей свидетельствует о чрезвычайно высоком уровне распространенности и интенсивности данной патологии у лиц с низким уровнем привычной двигательной активности.

В литературе мы не обнаружили сведений, характеризующих ассоциированные изменения распространенности стоматологической заболеваемости и частоту сердечных сокращений в зависимости от уровня привычной двигательной активности больных. Анализ полученных нами данных у лиц с низким уровнем привычной двигательной активности позволил выявить более высокую частоту сердечных сокращений ( $78,5 \pm 0,6$  уд/мин), высокая интенсивность кариеса ( $8,0 \pm 0,28$  ед.) и болезни пародонта ( $6,0 \pm 0,12$  сегмент) по сравнению лицами с высокой двигательной активностью (соответственно  $75 \pm 0,6$  уд/мин,  $4,60 \pm 0,19$  ед. и  $4,5 \pm 0,07$  сегмент).

У лиц с низким уровнем привычной двигательной активности и высокой распространенностью стоматологической патологии установлен более низкий уровень систолического артериального давления ( $113,5 \pm 0,4$  мм рт.ст.) по сравнению исследуемого показателя ( $119,5 \pm 0,5$  мм рт. ст.) среди больных с высокой привычной двигательной активностью, у которых обнаружены низкие значения кариеса зубов и заболеваний пародонта.

Нами также изучена функциональная активность нервно-мышечного аппарата кистей рук у стоматологических пациентов с различным уровнем двигательной активности. В указанном аспекте определена прямая взаимосвязь между физической работоспособностью, уровнем стоматологической заболеваемости и привычной двигательной активностью. Чем выше уровень активности нервно-мышечного аппарата кистей рук справа и слева (соответственно  $43,69 \pm 0,4$  кг и  $42,35 \pm 0,5$  кг), тем ниже показатели распространенности и интенсивности кариеса зубов (соответственно  $85,7 \pm 2,8\%$  и  $4,60 \pm 0,19$  ед.) и заболеваний пародонта (соответственно  $75,0 \pm 3,6\%$  и  $4,5 \pm 0,07$  сегмент). Вместе с тем, у лиц с низким уровнем привычной двигательной активности, когда обнаруживалась низкая

активность нервно-мышечного аппарата кистей рук справа и слева ( $40,24 \pm 0,3$  кг и  $36,58 \pm 0,3$  кг), напротив, установлена достоверно высокая распространенность и интенсивность кариеса (соответственно  $99,3 \pm 3,6\%$  и  $8,0 \pm 0,28$  ед.), а также заболеваний пародонта (соответственно  $99,9 \pm 1,5\%$  и  $6,0 \pm 0,12$  сегмент).

На основе полученных данных нами выделены общие физиологические критерии для лиц с различной устойчивостью к кариесу и болезни пародонта. Среди обследованных лиц с более низким риском стоматологического поражения выявлены высокий уровень привычной двигательной активности, высокая физическая работоспособность и сбалансированное состояние регуляторных механизмов вегетативной нервной системы, а также достаточная функциональная активность нервно-мышечного аппарата кистей рук.

Таким образом, установление функциональных типов конституции с различным уровнем привычной двигательной активности, разной устойчивости зубов и тканей пародонта к патологическим изменениям дает нам возможность дальнейшей разработки фундаментальной базы для обоснования уровня ежедневной физической активности, совместимой с оптимальным состоянием стоматологического аспекта здоровья, а также дает объективную основу для разработки оздоровительных программ, повышения функциональных возможностей и общей резистентности организма с целью улучшения состояния органов и тканей полости рта.

### Список литературы

1. Исмоилов А.А., Аналитическая оценка к вопросу адаптационных возможностей зубочелюстной системы у больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта/ А.А. Исмоилов, Ш.Ф. Джураева // Вестник Таджикского отделения Международной академии наук высшей школы, Душанбе, 2010. - № 1. – С. 44-47.
2. Исмоилов А.А. Результаты эндодонтического лечения зубов у больных с соматической патологией в зависимости от техники препарирования и obturation корневых каналов/ А.А. Исмоилов, Н.Г. Тураев, Ф.М. Ёраков // Научно-практический и теоретический журнал непрерывного последилового образования ТИППМК, Душанбе, 2012. - № 3. – С. 130-131.
3. Патология полости рта у больных с неблагоприятным соматическим фоном / Г.Г. Ашуров, А.А. Исмоилов, С.М. Каримов - Душанбе, 2016. 319 с.
4. Профилактика стоматологических заболеваний / В.К. Леонтьев, Г.Н. Пахомов - М., 2016.- 415с.
5. Эпидемиология стоматологических заболеваний/ В.К. Леонтьев, Г.Н. Пахомов - М., 2016.- С. 64-72.

### К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТАЛЬНЫХ СТРУКТУР

*Махмудов М.М., Кувватов Х.Р.*

Кафедра ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Об изменениях микрососудов пародонта при увеличении функциональных нагрузок на опорные ткани зуба сообщается в исследованиях ряда авторов ближнего [1, 2] и дальнего [4] зарубежья, на основании результатов которых установлено, что после несъемного протезирования наблюдаются выраженные морфо-структурные нарушения в микрососудах пародонта.

Ортопедические протезы клинически вызывают целый ряд отрицательных реакций слизистой оболочки полости рта, и среди них выделяют токсические, аллергические, воспалительные реакции, изменения вкусовой, тактильной и температурной чувствительности [3].

**Цель исследования** – изучить ближайшие и отдаленные результаты лечения протетического поражения краевого пародонта у лиц с наличием ортопедических конструкций в полости рта.

**Материал и методы исследования.** Комплексное обследование пациентов проводилось на базе кафедры ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино по традиционной схеме, которая включала: опрос, осмотр, индексную оценку состояния тканей пародонта. Результаты осмотра фиксировались в специально разработанной карте ВОЗ стоматологического осмотра.

При оценке результатов лечения протетического поражения краевого пародонта под наблюдением находилось 74 стоматологических пациента. В зависимости от вида используемого ортопедического материала пациенты были распределены на 2 группы: 1-я группа состояла из 40 пациентов с наличием металлических и металлопласт-массовых ортопедических конструкций в полости рта; 2-я группа включала 34 больных с аналогичным диагнозом и наличием металлокерамических конструкций. В течение периода наблюдения все пациенты выполняли определенные рекомендации, представляющие собой комплекс лечебно-профилактических мероприятий пародонтологического характера: регулярные осмотры, включающие индексную оценку гигиены полости рта и состояния пародонта; чистку зубов лечебно-профилактическими зубными пастами «Лакалют актив», «Пародонтас»; применение бальзамов-ополаскивателей для полости рта; по показаниям коррекцию, реконструкцию или замену протеза.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Индексная оценка состояния тканей краевого пародонта в области опорных зубов до лечения хронического гингивита протетической этиологии свидетельствует о том, что по исходной тяжести состояние околозубных тканей в сравниваемых группах не различалось между собой. Так, среднее значение пародонтального индекса в 1-ой группе было равно  $5,63 \pm 0,3$ , а во 2-ой группе -  $5,47 \pm 0,2$  (различие статистически недостоверно,  $P > 0,05$ ). Что касается показателя гингивального индекса, то во второй группе он составил  $1,96 \pm 0,08$ , а в первой был выше ( $2,25 \pm 0,11$ ), причем в зоне опорных зубов он был еще выше ( $2,42 \pm 0,15$ ).

В ходе проведенного исследования нами установлена связь между исследуемыми индексами до начала соответствующего лечения. В целом в обеих группах имеется достоверная прямая корреляционная связь между ПИ, ГИ и ИГ. Все корреляционные коэффициенты высокодостоверны ( $P < 0,001$ ). Это свидетельствует не только о существующей связи между показателями гигиенического состояния полости рта и воспаления, но и об объективном характере используемых индексов.



До проведения симптоматического лечения наиболее сильная связь в обеих группах отмечена между ПИ и ГИ. Также сильно выражены связи до начала лечения между показателями ГИ и ИГ.

Помимо самих показателей, в процессе лечения хронического гингивита сравнивали и характер связи между ними до и после лечения, тем более, что установлен одинаковый характер этих связей для всех без исключения больных обеих групп.

Из полученных результатов следует, что гингивальный индекс достоверно снизился через 1 месяц после лечения ( $1,099 \pm 0,062$ ) по сравнению с исходной величиной ( $1,961 \pm 0,082$ ) в среднем на 43,9%. Однако к 12 месяцам наблюдения гингивальный индекс вновь возрос на  $0,24 \pm 0,08$ , составляя в среднем  $1,337 \pm 0,094$  ( $P < 0,01$ ). Тем не менее, уровень его все же оставался на 31,8% ниже исходного.

Пародонтальный индекс пациентов 1-й группы за 12 месяцев снизился недостоверно ( $5,26 \pm 0,27$ ) по сравнению с исходной величиной ( $5,47 \pm 0,25$ ) лишь на 3,8%.

Индекс гигиены полости рта через 1 месяц после лечения ( $0,57 \pm 0,14$ ) снизился на 81,4% по сравнению с исходной величиной ( $3,06 \pm 0,13$ ). К 12 месяцам он несколько возрос (до значения  $1,39 \pm 0,12$ ), составив 54,6% по сравнению с исходным уровнем.

Таким образом, у пациентов с наличием металлических и металлопластмассовых ортопедических конструкций в полости рта в результате симптоматического лечения хронического протетического гингивита было достигнуто значительное уменьшение воспалительных явлений в краевом пародонте через 1 месяц, что отразилось на динамике гингивального индекса. Однако эффект лечения неустойчив и к 12 месяцам он значительно снижается, вновь возрастает воспаление. Такая же закономерность прослеживается и в отношении гигиенического состояния полости рта. В 12-месячный срок после лечения большего уменьшения воспаления и улучшения гигиенического состояния удалось достигнуть у больных с худшим исходным состоянием. Тем не менее, даже нарастание воспаления и ухудшение гигиены через 1 год после лечения не снижают эффекта лечения по сравнению с исходным уровнем.

При анализе состояния краевого пародонта в результате лечения у 34 пациентов 2-й группы выявились более выраженное и устойчивое снижение воспаления краевого пародонта и улучшение гигиенического состояния полости рта. Так, через 1 месяц после лечения значительно снизился пародонтальный индекс ( $3,05 \pm 0,35$ ) по сравнению с исходной величиной ( $5,63 \pm 0,33$ ) на 45,8%. Другой показатель выраженности воспаления (ГИ), составляющий через 1 месяц  $1,29 \pm 0,10$ , снизился на 42,3% по сравнению с исходной величиной ( $2,25 \pm 0,11$ ). Следует отметить, что в отличие от 1-й группы в данном случае эффект проводимого лечения устойчив и через 12 месяцев ( $0,68 \pm 0,09$ ) достоверно снижается на 69,8%.

**Выводы.** Таким образом, тенденция к ухудшению состояния краевого пародонта в сроки от 1 до 12 месяцев после лечения, прослеженная в 1-й группе, во второй отсутствует. Всё изложенное показывает благоприятное влияние металлокерамических конструкций в отношении краевого пародонта перед металлическими и металлопластмассовыми ортопедическими протезами полости рта.

#### Список литературы

1. Берсанов, Р.У. Функциональная эффективность современных методов ортопедической реабилитации больных с частичной и полной адентией / Р.У. Берсанов, М.З. Миргазизов, А.А. Ремизова // Российский вестник дентальной имплантологии. - 2015. - № 2. - С. 39-42.
2. Жулев, Е.Н. Влияние искусственных коронок на состояние краевого пародонта / Е.Н. Жулев, А.Б. Серов // Стоматология. - Москва, 2010. - Том 89. - № 2. - С. 62-64.
3. Прохоров, В.А. Осложнения, клинические и технологические ошибки при ортопедическом лечении больных несъемными зубными протезами / В.А. Прохоров // Стоматология для всех. - 2011. - № 4. - С. 18-22.
4. Crispin, B.J. A longitudinal study of bonded fixed partial dentures: the first 5 years / B.J. Crispin // J. Prosthet. Dent. - 2011. - Vol. 66. - P. 336-342.
5. Jameson, L.M. Crown contours and gingival response / L.M. Jameson, W.F. Malone // J Prosthet Dent. - 2010. - Vol. 47. - P. 620-624.
6. Napankangas, R. Fixed metal ceramic prostheses: treatment need, complications and survival of conventional fixed prostheses / R. Napankangas // J. Esthet. Dent. - 2015. - Vol. 7, N 4. - P. 141-149.

#### СТРУКТУРНО-МОТИВАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА, ИНДУЦИРОВАННЫХ НЕСЪЕМНЫМИ ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ ПРОТЕЗАМИ

*Мохираи Бахшибек, Каримов С.М.*

ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан

**Актуальность.** Проблема повышения эффективности ортопедического лечения зависит от такого не менее важного фактора, как их социально-психологическая готовность. Социологические исследования при ортопедическом лечении значительно повышают точность прогнозирования нуждаемости пациентов в надлежащей гигиене полости рта, что в свою очередь повышает эффективность протетического лечения заболеваний пародонта в системе ортопедической конструкции несъемных протезов в отдаленные сроки наблюдения [1, 3, 6].

В последние годы, несмотря на значительные успехи в разработке современных методов лечения протетических осложнений [2, 4, 5], эффективность ортопедического восстановления окклюзионных дефектов остается недостаточной. Это, на наш взгляд, обусловлено тем, что пациенты имеют низкую мотивацию к активному лечению

этих осложнений, не соблюдают рекомендаций врача или не в состоянии выполнить все этапы ортопедического лечения.

С учетом изложенного выше, проблема нормирования мотивации к лечению протетических осложнений и поиск путей ее совершенствования становятся актуальными, так как совокупность существующих мотиваций (зрительная, слуховая, тактильная и обонятельная) имеет свое место при реализации профессиональных этапов ортопедических мероприятий, и каждая из перечисленных мотиваций играет свою особенную роль. Только мотивированные формы ухода за полостью рта в комплексе позволяют довести ритуал чистки органов полости рта до автоматизма и закрепить его в памяти пациента. Более того, пациенты с протетическими осложнениями как до, так и после их лечения нуждаются в обязательной оптимизации гигиены полости рта.

**Цель исследования.** Изучение структурно-мотивационных аспектов комплексной терапии патологии пародонта у пациентов с несъемными ортопедическими протезами.

**Материал и методы исследования.** Результаты первичного анализа индекса гигиены ортопедического протеза несъемной конструкции свидетельствуют о широкой вариабельности индекса протезного налета среди обследованного контингента населения. Интенсивность всех признаков индекса протезного налета при первичном осмотре у обследованных в возрасте 20-29 лет в среднем составила 2 балла в расчете на одного обследованного. Распространенность протезного налета на шейке несъемной ортопедической конструкции в виде отдельных конгломератов (ИПНнс = 1) составила в среднем 18,8%, протезного налета ортопедической конструкции, покрывающего шейку протеза циркулярно (ИПНнс = 2) – 49,3%, протезного налета на искусственной коронке опорных зубов и промежуточной части протеза (ИПНнс = 3) – 26,3% и только лишь в 5,6% случаев на шейке замещающего протеза не был выявлен зубной налет (ИПНнс = 0).

Нами также проведено социально-гигиеническое обследование пациентов с несъемными протезами для выявления индекса протезного налета ортопедической конструкции. Среди опрошенных мужчины и женщины составляли соответственно 68 и 32 % от общего числа респондентов. Повозрастное распределение опрошенных определило, что 30% из них были в возрасте до 30 лет, 48% - от 30 до 50, 22% - старше 50 лет.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Анализ образовательного уровня респондентов свидетельствует о том, что чаще встречались лица со средним специальным и высшим образованием (соответственно 39% и 42%), реже - с неполным средним образованием (19%), что прогнозирует их информированность по основным вопросам личной гигиены полости рта.

Результаты проведенного обследования свидетельствуют о том, что все пациенты по отношению к ортопедическому лечению и уровню санации полости рта делятся на 3 группы: 1 группа - стоматологические пациенты, самостоятельно обращающиеся к врачу, для которых характерны 3 причины обращения: с целью профилактики и лечения (9,8%), восстановления разрушенных зубов (49,5%), необходимости протезирования (13,7%); 2 группа - пациенты, обращающиеся в стоматологические учреждения под влиянием санитарной пропаганды, но прерывающие лечение по различным поводам и характерной причиной обращения для них являются необходимость в протезировании окклюзионных дефектов (29,7%) и острая зубная боль (56,5%); 3 группа - стоматологические пациенты, пришедшие на осмотр, но отказавшиеся от разных видов стоматологического лечения, основная причина обращения среди которых является острая зубная боль (83,6%).

Как выяснилось нами, причины незаконченного ортопедического лечения окклюзионных дефектов зависят от возраста, пола и образования пациентов. Структурно-мотивационный анализ позволил выявить, что ведущими причинами незаконченного лечения окклюзионных дефектов являются болезненность и боязнь при препарировании (53,1%), недостаток времени для посещения врача (27,3%), недоверие к специалисту (7,4%) и недостатки в организации ортопедического приема (12,2%).

Нами установлено, что мотивации обращений ортопедических стоматологических пациентов зависят от их собственных установок и ориентации на сохранение своего ортопедического аспекта здоровья. Так, у активно лечащихся лиц преобладают обращения по профилактике протетических осложнений, а также в связи с необходимостью протезирования по поводу восстановления отдельных разрушенных зубов. У лиц, лечащихся от случая к случаю, обращения к специалисту происходят в основном в связи с необходимостью протезирования и по причине острой зубной боли в области опорных зубов. У пациентов, пассивно относящихся к своему здоровью, обращения происходят в экстренном порядке при возникновении острой зубной боли, при наличии несъемной ортопедической конструкции. Частота мотиваций обращений среди ортопедических стоматологических пациентов также отличается большим диапазоном: наименьший размах значений (менее чем в 2 раза) отмечен для протетических профилактических обращений, в 6 раз - по поводу устранения окклюзионных дефектов. Обращения среди исследуемых пациентов по поводу устранения острой зубной боли в системе несъемных ортопедических конструкций варьируют от 22,6% до 83,1% в зависимости от группы. В целом повсеместно минимальные значения имеют уровни профилактических ортопедических обращений, что свидетельствует о низкой профилактической активности пациентов с несъемными ортопедическими конструкциями.

При анализе случаев обращений к врачу ортопеду-стоматологу, наличии при этом страха и боязни соответствующего лечения нами отмечены примерно равные уровни частоты ответов у лиц, лечащихся от случая к случаю (38,1%), пассивно относящихся к своему ортопедическому здоровью (40,2%), лечащихся в связи с острой зубной болью протетического генеза (21,7%). Очевидно, что обращению к врачу-стоматологу при наличии острой зубной боли протетической этиологии препятствует страх перед ортопедическим лечением. Поздние же обращения, как правило, связаны с осложненными формами протетических осложнений, болевыми симптомами протетического генеза, длительным и сложным ортопедическим лечением окклюзионных дефектов.

Фактор позднего обращения, хотя присутствует у большинства ортопедических пациентов, но больные 1, 2 и 3 групп подавляют его активным внутренним пониманием необходимости протетического лечения. В таких

случаях они вынуждены активнее обращаться к стоматологу-ортопеду, лечатся после рекомендаций врача или профилактических ортопедических осмотров. В то же время нельзя считать, что страх, боязнь ортопедического лечения являются ведущим фактором, препятствующим своевременному обращению к врачу-ортопеду стоматологу. Это подтверждает невысокий уровень положительных ответов, что именно боязнь есть причина нежелания обращаться к ортопеду (21,6%, 18,7%, 17,9% для респондентов 1-3 групп соответственно).

В целом структурно-мотивационная картина пациентов с несъемными ортопедическими протезами позволяет считать, что основными причинами обращения населения к врачу-стоматологу являются острая зубная боль протетического генеза, необходимость ортопедического лечения окклюзионных дефектов с целью последующего лечения патологии пародонта протетической этиологии. Главные факторы, препятствующие своевременному обращению к специалисту, являются страх, боязнь стоматологических манипуляций при одонтопрепарировании и сформированное субъективное суждение о сроках протетического лечения, где основной критерий – наличие окклюзионных дефектов, а также недостаточный уровень санитарно-гигиенических знаний среди обследованного контингента населения.

**Выводы.** Таким образом, анализ структурно-мотивационных аспектов комплексной терапии патологии пародонта у пациентов с несъемными ортопедическими протезами свидетельствует о недостаточном овладении ими соответствующими мануальными навыками и умениями. В связи с этим практическое использование основополагающих принципов профессиональной гигиены полости рта на этапах лечения протетических осложнений позволяет совершенствовать активные формы мотивационного ухода за полость

### Список литературы

1. Вартанов, Т.О. Организационно-экономические аспекты внедрения и развития технологий цельнокерамических конструкций в практике ортопедической стоматологии / Т.О. Вартанов, И.С. Кицул, С.Д. Арутюнов // Сибирский медицинский журнал. - 2012. - № 6. - С. 44-45.
2. Жулев, Е.Н. Влияние искусственных коронок на состояние краевого пародонта / Е.Н. Жулев, А.Б. Серов // Стоматология. - Москва, 2010. - Том 89, № 2. - С. 62-64.
3. Казанский, М.Р. Определение причин обращения за ортопедической стоматологической помощью пациентов с наличием дефектов зубных рядов / М.Р. Казанский // Dental Forum. - 2012. - № 5. - С. 63.
4. Collett, H.A. Protection of the dental pulp in construction of fixed partial denture prostheses / H.A. Collett // J. Prosth. Dent. - 2014. - Vol.31, N 6. - P. 631-646.
5. Jameson, L.M. Crown contours and gingival response / L.M. Jameson, W.F. Malone // J Prosthet Dent. - 2010. - Vol. 47. - P. 620-624.
6. Newcomb, G.M. The relationship between the location of subgingival crown margins and gingival inflammation / G.M. Newcomb // J. Periodontol. - 2014. - Vol.45, N3. - P. 151-154.

## ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ПЕРИОДОНТИТОВ

*Олимов А.М., Джонибекова Р.Н., Аминов Р.С.*

Кафедра челюстно – лицевой хирургии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Лечение больных с хроническими околоврехушечными деструктивными процессами является важной и актуальной проблемой амбулаторной хирургической стоматологии, так как эти изменения встречаются с большой частотой среди всех заболеваний челюстно-лицевой области. Данные последних двух десятилетий свидетельствуют, что хронические периодонтиты составляют 15-30%, а корневые кисти -7-12% от общего числа хирургических заболеваний челюстей, и их число мало изменяется по годам. Как непосредственные, так и отдаленные результаты лечения больных с такими поражениями продолжают и по сегодняшний день в большинстве случаев оставаться неудовлетворительными [2,3,4].

До сих пор не разработаны критерии для строгого разграничения больных с данной патологией в зависимости от необходимости оказания помощи в условиях стационара или в поликлинике. В повседневной работе решение этого вопроса определяется многими факторами: квалификацией хирурга, техническим оснащением амбулаторного хирургического кабинета, наличием анестезиологической службы и дневного стационара. Все же идея расширения показаний для оказания хирургической помощи больным на амбулаторном приеме неуклонно приобретает все большее число сторонников.

Консервативное лечение хронических периодонтитов (ХП) зачастую не дает положительных результатов. Для ликвидации патологического очага применяется резекция верхушки корня зуба. При выполнении этой операции образуется дефект костной ткани. С целью оптимизации процессов регенерации костной ткани ряд авторов предлагают вводить в послеоперационную полость препараты на основе гидроксиапатита.

**Цель исследования.** Выявление наиболее частых причин развития хронических периодонтитов и анализ результатов операций.

**Материал и методы исследования.** В отделений взрослой челюстно-лицевой хирургии ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» за период 2018-2019 гг. нами проведены резекции верхушки корней 12 больным. Из них 5-женщины, 7-мужчин в возрасте от 22 - 45 лет. Мы использовали остеопластический материал «Биопласт-дента», который создан на основе природного биополимера коллагена в сочетании с биологически совместимым и биологически активным минеральным веществом гидроксиапатитом. Он представляет собой крошки размером 200-1000 мкм, что удобно при заполнении имеющегося костного дефекта. Он не токсичен, не канцерогенен, не вызывает сенсibilизации и раздражения окружающих тканей. Коллаген является высокоэффективным стимулятором раневой репарации. Также обладает выраженными остеокондуктивными и остеоиндуктивными свойствами [1].

**Результаты исследования и их обсуждение.** Резекция верхушки корня проведена в основном в области центральных зубов верхней и нижней челюсти. В предоперационном периоде установлены диагнозы: кистогранулема - 7, нагноившаяся радикулярная киста – 2, введение пломбировочного материала при лечении ХП за верхушки корня зуба – 3. Наиболее часто причинами развития хронического воспалительного процесса в околокорневых тканях явились осложнения после лечения зубов: средний кариес – 2 (16,7%), хронический пульпит – 3 (25,0%), ХП – 7 (58,3%). У обследованных нами больных пломбирование кариозной полости при среднем кариесе фронтальных зубов проводили эвикролом без прокладки. В зубах, леченных по поводу пульпита и периодонтита, выявлено неполное obturирование корневых каналов пломбировочным материалом или чрезмерное выведение его за верхушку корня.

Операцию проводили по общепринятой методике под местным обезболиванием с премедикацией. Резекция верхушки корня однокорневых зубов проведена у 11 больных, преимущественно на верхней челюсти, многокорневых – у 1 больного на нижней челюсти. Образовавшиеся полости при оперативном вмешательстве у 12 больных были заполнены остеопластическим материалом «Биопласт-дента».

Во время операции у 3 больных развились общие осложнения: обморок, коллапс, аллергические реакции на анестетики не наблюдались. У больных, которым для оптимизации процессов регенерации костной ткани применяли «Биопласт-дента» нагноения послеоперационной раны не наблюдалось.

Через 3 месяца, при контрольном осмотре у 12 пациентов, резецированные зубы были устойчивы; на 10 – зубах изготовлены фарфоровые коронки; 2 – зуба были использованы в качестве опорных зубов под мостовидные протезы. По данным ортопантомографии, выявлено уменьшение величины костного дефекта околоверхушечных тканей, при заполнении «Биопласт-дентой». Рентгенологически определялось полное восстановление структуры костной ткани после оперативного вмешательства по поводу ХП.

**Выводы.** Полученные данные показывают, что резекция верхушки корня зуба позволяет ликвидировать воспалительный процесс в периодонте как однокорневых, так и многокорневых зубов, консервативное лечение которых было неэффективным. Операция является малотравматичной, методически несложной даже в многокорневых зубах. Доступность получения остеопластического материала способствует широкому использованию его для заполнения дефектов с целью оптимизации процессов регенерации костной ткани.

#### Список литературы

1. Базилян, Э.А. Операция удаления зуба. Учебное пособие / Э.А. Базилян. -Москва, 2016. – С.136.
2. Амбулаторная хирургическая стоматология / В.М Безруков [и др.] // М.: 2004. – С.10.
3. Дробышева, А.Ю. Челюстно-лицевая хирургия / А.Ю. Дробышева, О.О. Якушевича. – Москва, 2018. – С.858.
4. Козлова В.А. Оперативная челюстно-лицевая хирургия и стоматология / В.А. Козлова, И.И. Кагана. – Москва, 2014. – С. 539.

### ОДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ МЫШЦЕЛКОВОГО ОТРОСТКА С ВЫВИХОМ И ФРАГМЕНТАРНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ СУСТАВНОЙ ГОЛОВКИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

*Джонибекова Р.Н., Мирзоев М.Ш., Шакиров М.Н., Прозорова Н.В.*

Кафедра челюстно-лицевой хирургии ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан.

Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ.

Новгородский Государственный университет им. Я. Мудрого, Россия

**Актуальность.** Одной из важных и сложных проблем современной черепно-челюстно-лицевой хирургии является эндопротезирование свода черепа, челюстей, лицевых костей и, в частности, моделирование повреждений височно-нижнечелюстного сустава. Частота повреждений лицевого черепа за последнее десятилетие увеличилась в 2-3 раза. По данным разных авторов переломы нижней челюсти составляют около 80% повреждений челюстей, среди которых на переломы мышцелковых отростков, в том числе и с вывихом суставной головки, повреждениями височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), приходится от 6,4 – 44,7% от общего числа ее переломов. На долю переломов головки нижней челюсти, т.е. так называемых внутрисуставных повреждений, приходится 8-19% [1, 2]. Такие переломы, особенно двусторонние, сопровождаются выраженными анатомо-функциональными изменениями и нередко при консервативном лечении приводят к нарушению прикуса, развитию контрактуры или анкилоза (ВНЧС) а также сопровождаются повреждением суставного диска, связок, капсулы, гемартрозом. Все это свидетельствует о целесообразности разработки оперативных методов лечения таких повреждений. Диагностика повреждений ВНЧС вызывает определенные трудности, обусловленные множеством вариантов переломов мышцелкового отростка, фрагментарным переломом суставной головки и ее вывихом, особенностями строения сустава, и представляет особую проблему в черепно-челюстно-лицевой хирургии [2, 3].

Динамичное развитие в последние десятилетия XX и начала XXI века науки и медицины привело к появлению компьютерной и магнитно-резонансной томографии (КТ, и МРТ), мультиспиральной томографии (МСКТ) и объемных цифровых денальных томографов (ОЦДКТ). Эти высокотехнологичные методы исследования трехмерным изображением (3Д) значительно изменили возможности лучевой диагностики в получении значимой диагностической информации рентгенологического пособия. Являются ведущими методами выявления патологических изменений суставного диска, внутрисуставных связок, билламинарной зоны в ВНЧС [3-6].

**Цель исследования** – улучшить результаты оперативного лечения больных с нестабильными повреждениями височно-нижнечелюстного сустава путем использования материалов из никелида титана (NiTi) термомеханической обработки и проанализировать отдаленные (7-8 лет) исходы лечения и поведения NiTi с костной тканью.

**Материал и методы исследования.** Клинический материал работы основан на опыте обследования и лечения 47 пациентов с высокими повреждениями мыщелкового отростка, фрагментарным переломом суставной головки ВНЧС и ее вывихом находившихся на лечении в отделениях челюстно-лицевой хирургии Национального медицинского центра Р.Т. за период с 2010 по 2016гг.

Анализ возрастных наблюдений выявил необходимость распределения больных на группы. Первая группа (4-7 лет) - девять больных, вторая (8-15 лет) - двенадцать, третья (16-45 лет) - 26 пациентов.

В первой группе преобладали односторонние повреждения мыщелкового отростка и ВНЧС, а 35 (74,4%) больных из второй и третьей групп имели двустороннее поражение мыщелковых отростков с полным вывихом суставных головок, из них у 15 (31,9%) пациентов внутрисуставные фрагментарные переломы головок ВНЧС. Диагностика повреждений мыщелкового отростка и ВНЧС, а также его осложнений, как вторично - деформирующего остеоартроза (ДОА) и анкилоза представляет большие трудности и требует специальных исследований. С помощью рентгеновской компьютерной томографии (РКТ) было выявлено - 17 (36,1%) случаев исследуемой патологии, при магнитно-резонансной томографии (МРТ) 12 (27,6%) наблюдений, а при мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ и ОЦДКТ) - 18 (38,2%) случаев. Реконструкцию изображения на рентгенограммах осуществляли в сагиттальной, коронарной и аксиальной проекциях (трехмерном 3Д). У всех больных исследовались оба сустава, в том числе и в случаях одностороннего повреждения мыщелкового отростка и ВНЧС в положении центральной окклюзии. После реконструктивных вмешательств на суставе в раннем послеоперационном периоде и в динамике ежегодно, выполнялись контрольные рентгенологические исследования, при необходимости ортопедическое и ортодонтическое лечение.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Общепризнанная схема лечения переломов челюстей с помощью алюминиевых шин, предложенная еще в 1915 году С.С. Тигерштедтом, несмотря на многочисленные усовершенствования, имеет ограниченные показания к применению. Тем не менее, общая тенденция в травматологии сводится к функционально-физиологическому лечению переломов челюстей, и большинство специалистов видят выход в отказе от межчелюстных шин и отдают предпочтение хирургическому лечению (Арсенова И.А., 1997. Сысолятин П.Г., Ильин А.А., с соав. 2001)..

В настоящее время из погружных способов остеосинтеза наибольшее признание и распространение получил остеосинтез мини-пластинами из титана. Одним из негативных моментов применения данного метода является иммобилизация челюстей после операции шинами Тигерштедта с межчелюстным вытяжением сроком на 3-4 недели, а также дополнительная травма костной ткани нижней челюсти винтами в зоне перелома через один кортикальный слой, что приводит к неполноценной иммобилизации фрагментов челюсти и недостаточной иммобилизации. Выбор оперативного метода лечения зависел от сроков, прошедших после повреждения. Метод реплантации мыщелкового отростка с вывихом суставной головки предложил (П.Г. Сысолятин с соав. 1977), используя для остеосинтеза металлические спицы, которые имеют ограниченные возможности (Бобылев Н.Г., Сысолятин П.Г., Сысолятин С.П., с соав.2005). Обобщая литературные данные, можно сказать, что там, где нет альтернативы накостного погружного остеосинтеза, нужно использовать металлы термомеханической обработки с памятью формы из никелида титана (NiTi) обладающие биомеханической и биохимической совместимостью НИИ медицинских материалов и имплантов с памятью формы, (Миргазизов М.З., 2007). При остеосинтезе повреждений ВНЧС применяли минискобы 3-4мм и 4-5мм и скобы разной конфигурации из NiTi.

Использовали наружный доступ к ВНЧС разрезом от мочки уха окаймляя угол челюсти с учетом маргинальной ветви лицевого нерва (длиной 4-5см) при высоких переломах мыщелкового отростка, шейки и внутрисуставных фрагментарных повреждениях (перелома - вывих) ВНЧС. При данной патологии из 47 наблюдений в 45 производили **моделирование реплантата** мыщелка с суставной головкой по предлагаемой методике. При высоких переломах шейки мыщелкового отростка с полным двусторонним 35 (74,4%) вывихом суставных головок из них у 15 (31,9%) наблюдали внутрисуставные фрагментарные переломы головок.

**Методика моделирования реплантата** осуществлялась мини скобами 4-5мм, толщиной (0,5-0,9мм) фиксировали суставную головку в трех плоскостях к линии перелома мыщелка и иммобилизация реплантата скобами разной конфигурации и толщины из никелида титана (NiTi) строго индивидуально к фрагменту ветви челюсти. Формирование и фиксация реплантата скобами к ветви челюсти проводилась под углом 90° так, как реплантат устанавливается в правильное соотношение с ветвью челюсти и головка сустава вводится в суставную ямку на диск. Остеосинтез реплантата осуществляли омега и S образными скобами (2-3) с памятью формы бикортикально и строго перпендикулярно линии остеотомии ветви. В результате лечения переломов ВНЧС предложенной методикой достигнуто полное восстановление функции у 45 (95,7 %) случаев. Больные через двое суток после оперативного вмешательства принимали жидкую пищу, рот открывался свободно, без межчелюстной иммобилизации. Жевательная функция восстанавливалась на 5-7 сутки.

**Клинический пример 1. Больная Н., 18 лет,** (история болезни № 818), поступила в челюстно-лицевое отделение челюстно-лицевой хирургии Н.М.Ц. республики Таджикикистан 8.03.2007г. с жалобами на боли при открывании рта после комбинированной травмы падение с 3 этажа.

**Диагноз:** ЗЧМТ, двусторонний внутрисуставной перелома - вывих суставных головок со смещением головок к наружной пластинке основной кости наружного основания черепа, перелом костей голени справа. При осмотре выявлены нарушения движения нижней челюсти, пальпаторно не определялись суставные головки, открывание рта не нарушены сопровождающие болевым синдромом. На МСКТ фронтальных реформатах, сагиттальных срезах определяются высокие внутрисуставные переломы мыщелковых отростков, с двусторонним вывихом суставных головок, смещенных наружными крыловидными мышцами к основной кости наружного основания черепа. По разработанной методике проведена реконструктивно – восстановительная операция моделирование реплантатов. Внеротовым доступом справа по предлагаемой методике произведена резекция дистального отдела

ветви челюсти с фрагментом мышцелка под углом 90° и выведен в рану с частично сохранившимся фрагментом наружной крыловидной мышцы с сухожилием, охватывающим на 1/3 головку и шейку помещен в физраствор. С техническими трудностями обнаружены суставные головки у основания черепа и выведены в рану, моделирование реплантата ВНЧС с помощью мини – скоб из NiTi 4-5мм термомеханической обработке с памятью формы, введена суставная головка ВНЧС - моделированного реплантата в суставную ямку (суставной диск сохранен и находился в ямке), ушито сухожилие наружной крыловидной мышцы, с иммобилизацией реплантата к ветви челюсти омегаобразными скобами (3шт) NiTi Одномоментное выполнение операции моделирование с противоположной левой стороны. Послеоперационное течение гладкое, учитывая двустороннее повреждение ВНЧС иммобилизация челюстей на неделю. После чего пациентка переведена на челюстной стол и удалено межчелюстная иммобилизация лигатурной проволокой по «Айви». Больная выписана с полным восстановлением функции ВНЧС. Контрольный осмотр два раза в 1год, с контролем МСКТ, следующие годы один раз в год с контролем МСКТ. Полное восстановление функции.

**Срок наблюдения 7 лет.** Пациентка Н. 25 лет. 22.02. 2014г. на МСКТ структура реплантата без нарушений, скобы интегрированы с костью. Функция движения нижней челюсти в ВНЧС полном объеме. Жалоб не предъявляет. Наблюдается у хирурга и ортодонта

**Клинический пример 2. Больной Б.** 14 лет, (история болезни № 2054), поступил в челюстно-лицевое отделение Н.М.Ц. республики Таджикистан 22. 11. 2006г. с жалобами на боли при открывании рта, ограниченные движения нижней челюсти. Получил удар два дня назад в подбородок на соревновании по «карате». При осмотре выявлено ограничение открытия рта (1,0 -1,5см), сагиттальные и трансверзальные движения резко ограничены и болезненны, латеральная девиация подбородка влево.

**Диагноз:** Односторонний внутрисуставной фрагментарный перелом с полным вывихом суставной головки ВНЧС слева.

На МСКТ фронтальных реформатах, сагиттальных и коронарных срезах определяется левосторонний внутрисуставной фрагментарный перелом суставной головки (три фрагмента) с полным вывихом в ВНЧС. Смещенных фрагментов наружными крыловидными мышцами к основной кости наружного основания черепа. По разработанной методике проведена реконструктивно – восстановительная операция моделирование реплантата. Внеротовым доступом слева по предлагаемой методике произведена резекция дистального отдела ветви челюсти с фрагментом мышцелка под углом 90° выведен в рану с частично сохранившимся фрагментом наружной крыловидной мышцы с сухожилием, охватывающим шейку мышцелка и помещен в физраствор. С техническими трудностями обнаружены фрагменты (три) суставной головки у основания черепа и выведены в рану, моделирование реплантата суставной головки из трех фрагментов с помощью мини-скоб из TiNi 3-4мм и 4-5мм термомеханической обработке с памятью формы, введена суставная головки ВНЧС - моделированного реплантата в суставную ямку (суставной диск сохранен и находился в ямке), ушито сухожилие наружной крыловидной мышцы, с иммобилизацией реплантата к ветви челюсти омегаобразными скобами NiTi.

Больной выписан с полным восстановлением функции ВНЧС.

Контрольный осмотр два раза в год, с контролем МСКТ, следующие годы один раз в год с контролем МСКТ. Полное восстановление функции ВНЧС. Срок наблюдения 8 ЛЕТ. МСКТ 2014г. структура реплантата ВНЧС без нарушений, скобы интегрированы с костью. Функция движения нижней челюсти в ВНЧС в трех плоскостях и полном объеме.

Жалоб не предъявляет. Наблюдение хирурга и ортодонта.

**Выводы 1.** Использование компьютерных технологий (МСКТ, МРТ, ОЦДКТ) с трехмерным изображением (3Д) значительно изменили возможности лучевой диагностики в получении значимой диагностической информации рентгенологического пособия. Являются ведущими методами выявления патологических изменений при черепно-челюстно-лицевой травме, суставного диска, внутрисуставных связок, билламинарной зоны в ВНЧС и дальнейшего планирования лечения патологии ВНЧС.

2. Использование погружных фиксаторов из никелида титана с эффектом памяти формы NiTi для остеосинтеза при переломах в области шейки и основания мышцелкового отростка, сопровождающихся вывихом суставной головки, фрагментарными её переломами по предлагаемой методике реплантации мышцелкового отростка позволяют сохранить функцию ВНЧС при достаточно стабильной иммобилизации остеосоединения фрагментов челюстей и умеренным компрессионным эффектом.

3. Сроки реплантации ВНЧС после перенесенной травмы у детей и подростков осуществлять в течение 2-3 недель, после чего происходит рассасывание фрагментов головки травмированного сустава или формирование различных форм остеоартроза и анкилоза ВНЧС.

4. Сроки реплантации ВНЧС после перенесенной травмы у взрослых осуществлять в течение 1 месяца, после чего происходит неправильная регенерация фрагментов травмированного сустава и формирование различных форм остеоартроза и анкилоза ВНЧС.

5. Отдаленные результаты наших клинических наблюдений 7-8 лет позволяют заключить о целесообразности использования данных технологий у детей, подростков и взрослых пациентов погружных фиксаторов, эндопротезов из никелида титана (NiTi) с эффектом памяти формы термомеханической обработки для остеосинтеза и реплантации при патологии ВНЧС.

#### Список литературы

1. Арсенова, И.А. Повреждения височно-нижнечелюстного сустава и их лечения: Автореф. дис. ...канд. мед. наук / И.А. Арсенова. - Омск, 1997. - 23 с.
2. Дергилев, А.П. Артротомография, компьютерная артротомография и магниторезонансная томография височно-нижнечелюстного сустава: Дис. ...докт. мед. наук / А.П. Дергилев. - М., 2001. - 249 с.

3. Дергилев, А.П. Лучевая диагностика поврежденных височно-нижнечелюстного сустава / А.П. Дергилев, Я.Л. Манакова. // Челюстно-лицевая хирургия. - 2005. - № 1-2. - С 77-83.
4. Дудин, М.А. Трансартикулярный осиеосинтез в хирургии височно-нижнечелюстного сустава: Автореф. Дис. ... канд. мед. наук / М.А. Дудин. - Новосибирск, 1999. - 22 с.
5. Сысолятин, П.Г. Классификация заболеваний и поврежденных височно-нижнечелюстного сустава / П.Г. Сысолятин, А.А. Ильин, А.П. Дергилев. -М.: Медицинская книга; Н. Новгород: Издательство НГМА, 2001. - 79 с.
6. О новом способе хирургического лечения переломов мыщелкового отростка нижней челюсти, сопровождающихся вывихом суставной головки / Н.Г. Бобылев [и др.] // Челюстно-лицевая хирургия. - 2005. - № 1-2. - С 63-67.

## **КЛИНИКО-ИМУНОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ С ПОЛИОРГАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ НЕСЪЁМНЫХ ПРОТЕЗОВ**

*Сабуров С.К., Зарипов А.Р., Авлиёкулова Г.Р.*

Кафедра ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** В ортопедической стоматологии частичное отсутствие зубов является одной из самых распространенных патологий. По данным литературы, в зависимости от зоны проживания и возрастных групп в ортопедической стоматологической помощи нуждаются более 70% населения [1].

Неблагоприятные соматические факторы опосредованно влияют на состояние местных защитных факторов полости рта, увеличивая бактериальную инвазию и её повреждающее воздействие на ткани зубов и пародонта. Такие системные нарушения включают иммунные изменения [2], генетические нарушения, эндокринный дисбаланс, наличие соматических и инфекционных заболеваний, которые в конечном итоге усиливают патогенное воздействие местных факторов полости рта на состояние стоматологического статуса[3].

Системные соматические и инфекционные заболевания могут считаться одним из факторов риска стоматологических заболеваний. Важность этого факта заключается не только в необходимости учитывать влияние системной патологии в диагностическом процессе. Для врача-стоматолога взаимодействие с интернистами в определенных случаях может позволить успешно справиться с поражениями органов полости рта, резистентными к обычным методам лечения [4].

В последние годы сложилось представление о том, что бактериальный состав микрофлоры является одним из ведущих пусковых факторов развития и прогрессирования воспалительных заболеваний зубочелюстной системы. Эволюционно формирование постоянной микрофлоры полости рта человека происходило в процессе взаимной адаптации организма и микробов.

**Цель исследования.** Оценка клиничко-иммунологического состояния полости рта у пациентов с полиорганной патологией при протезировании различными ортопедическими конструкциями.

**Материал и методы исследования.** Обследовано 165 пациентов с полиорганной патологией до и после протезирования несъёмными протезами в УКЦ «Стоматология» на клинической базе кафедры ортопедической стоматологии ТГМУ имени Абуали ибни Сино, среди них 84 (50,9%) мужчины и 81(49%) женщина. Возраст пациентов от 20 до 60 лет и старше. Перед протезированием все пациенты проходили санацию полости рта. Пациенты с полиорганной патологией были разделены на четыре группы в зависимости от вида материала, из которого изготовлен протез:

- 1 группа - пациенты с несъёмными протезами, покрытыми нитридом титана;
- 2 группа - пациенты с несъёмными металлопластмассовыми конструкциями;
- 3 группа – пациенты с несъёмными протезами, облицованными композитом;
- 4 группа - пациенты с несъёмными металлокерамическими конструкциями.

У каждого пациента проводился забор материала перед протезированием, на первый день и через 6 месяцев после протезирования. Перед взятием материала пациента просили дважды прополоскать рот водой. Забор материала проводился стерильной цитощёткой в области опорных зубов ортопедических несъёмных конструкций. Затем препарат высушивали и фиксировали в 95% метиловом спирте. Окраску мазков проводили по Грамму, по общепринятой методике.

**Результаты исследования и их обсуждение.** После фиксации протезов с нитрид-титановым покрытием у пациентов со смешанной микрофлорой наблюдалось преобладание в мазке Трихомонад Мюллера. Данная группа пациентов составила 38%. При обнаружении Трихомонад в мазке до протезирования, их количество резко возросло с первого дня после фиксации протеза. Подобная картина выявлена у 45% больных. У 20% больных в мазках обнаружены спирохеты и у 6% - бациллы. Микрофлора оставалась без изменения у 17% пациентов. После протезирования металлопластмассовыми конструкциями у пациентов со смешанной микрофлорой до протезирования наблюдалось преобладание Кандид (дрожжевых грибов) - у 46% больных. Если в мазке до протезирования были кандиды, то после протезирования развивалась картина кандидоза (резко увеличивалось содержание кандид в мазке). Подобная картина развивалась у 38% больных. У 19% пациентов обнаружены спирохеты. Микрофлора полости рта оставалась без изменения у 18% больных.

До протезирования у пациентов третьей группы в мазках была обнаружена Грамм-отрицательная и смешанная кокковая микрофлора. После протезирования конструкциями на основе металлокомпозита в мазках со слизистой оболочки полости рта обнаружена только Грамм-отрицательная кокковая флора. Такие группы пациентов составили по 6% в каждой. При смешанной микрофлоре до протезирования, флора оставалась смешанной, но с преобладанием Грамм-отрицательной кокковой флоры у 68% пациентов. У 14% больных обнаружены бациллы. Изменения не были обнаружены у 28% больных. При протезировании металлокерамическими протезами наблюда-

лась следующая картина: при наличии Грамм-положительных кокковой флоры до протезирования количество Грамм-положительных кокков существенно увеличивалось. Данная картина выявлена у 6% больных. При смешанной кокковой флоре до протезирования – флора после протезирования становилась преимущественно Грамм-положительной. Такая группа больных составила 14%. При смешанной микрофлоре до протезирования, наблюдалось преобладание кокковой флоры у 66% больных; микрофлора полости рта осталась без изменения у 22% больных. Не обнаружены ни бациллы, ни спирохеты.

**Заключение.** Анализируя результаты можно сделать следующие выводы. При пользовании протезами с напылением у больных с полиорганной патологией происходит сдвиг микрофлоры полости рта в сторону простейших видов (Трихомонады Мюллера) - 79% обследованных. При пользовании металлопластмассовыми конструкциями - развивается картина кандидоза полости рта - 81% больных.

При протезировании металлокомпозитными протезами увеличивается число Грамм отрицательной кокковой флоры - 69%. При протезировании металлокерамическими протезами – обнаруживается Грамм-положительная кокковая флора в мазках - 83% пациентов. Всё вышесказанное подтверждает, что различные конструкционные материалы по-разному влияют на микрофлору полости рта у больных с полиорганной патологией. Например, протезы с напылением следует с осторожностью рекомендовать лицам со склонностью к инфекциям, вызванным простейшими микроорганизмами; протезирование металлопластмассой противопоказано пациентам с кандидозом полости рта или с предрасположенностью к данному заболеванию. С осторожностью следует применять металлокомпозитные конструкции протезов пациентам, у которых в мазках обнаружена Грамм-отрицательная кокковая флора или если в анамнезе были заболевания, вызванные Грамм-отрицательной флорой. Протезирование металлокерамическими конструкциями хотя и менее агрессивное, чем рассмотренные выше виды протезирования, но всё-таки имеет свои недостатки. Данный вид протезирования следует с осторожностью назначать пациентам с банальным воспалением слизистой оболочки полости рта и пародонта.

При рассмотрении показаний к различным видам несъемного протезирования необходимо проводить не только общепринятые методы обследования, но и исследовать состояние микрофлоры полости рта. Для этого предлагается исследовать микрофлору полости рта у пациентов с полиорганной патологией до протезирования и полученные данные учитывать при выборе конструкционного облицовочного материала. Данная процедура позволит снизить количество осложнений, связанных с действием материала протезов на слизистую оболочку полости рта и, вследствие этого, повысить эффективность несъемного протезирования.

#### Список литературы

1. Алимский, А.В. Обеспечение ортопедической стоматологической помощью лиц преклонного возраста с полным отсутствием зубов / А.В. Алимский // Стоматология для всех. –2011. -№ 1. - С. 45-46.
2. Волошина-Молвинских, В.С. Анализ мультифакторного индивидуального пародонтологического профиля риска у пациентов частной стоматологической клиники / В.С. Волошина-Молвинских, Т.М. Еловицова // Проблемы стоматологии. -2011. - № 3. - С. 29-31.
3. Ашуров, Г.Г. Эпидемиологическая оценка пародонтологического статуса у больных с общесоматической патологией / Г.Г. Ашуров, Ш.Ф. Джураева, А.А. Исмоилов // Вестник Таджикского отделения Международной академии высшей школы.–Душанбе, 2010. -№ 2. –С. 60-62.
4. Исмоилов, А.А. Аналитическая оценка диагностических, лечебно-профилактических и прогностических аспектов заболеваний пародонта / А.А. Исмоилов, З.Р. Аминджанова // Стоматология Таджикистана. -2014. - №1. - С. 56-61.

### БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАСПОЛОЖЕНИЯ КРАЯ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

*Сабуров С.К., Зарипов А.Р., Сабуров Н.С.*

Кафедра ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Дефекты зубных рядов встречаются у 60% пациентов, обращающихся за стоматологической помощью, и часто сочетаются с другими стоматологическими заболеваниями, в том числе с воспалительными заболеваниями пародонта, определяемыми более чем у 85% больных. В Республике Таджикистан у больных с неблагоприятным соматическим фоном величина исследуемого показателя составляет более 80% [1].

Современное ортопедическое лечение вторичной адентии заключается в использовании металлокерамических конструкций и конструкций из безметалловой керамики [2]. Развитие и течение воспалительных заболеваний пародонта обусловлены наличием различных общих факторов риска: возраст, пол, нерациональное питание, сопутствующая соматическая патология, вредные профессиональные условия труда, курение, злоупотребление алкоголем, неблагоприятная экологическая обстановка [3]. В настоящее время многие исследования подтверждают, что воспалительные заболевания пародонта протекают на фоне изменений общего и местного иммунного статуса пациента, и особое значение имеет дисбаланс показателей местного иммунитета полости рта [4].

**Цель исследования.** Изучение интегральных показателей супраконструкционных элементов несъемного протеза и уровня биохимических показателей ротовой жидкости у больных с сопутствующей соматической патологией.

**Материал и методы исследования.** Материалом клинического исследования послужили результаты ортопедического лечения 120 больных, с сопутствующей соматической патологией, в возрасте от 20 до 60 лет (49 мужчин и 71 женщина) которые имели включенные окклюзионные дефекты зубных рядов верхней и нижней челюстей



III и IV классов по Кеннеди, либо на одной челюсти, либо на обеих челюстях, на базе кафедры ортопедической стоматологии в Учебно-клиническом центре «Стоматология» ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Для достижения поставленной цели в супернатанте ротовой жидкости у больных с включенными дефектами зубных рядов определяли количество белка и активность ряда ферментов до начала ортопедического лечения, и после фиксации металлокерамических протезов спустя 6 месяцев после фиксации. Забор слюны осуществляли утром натощак у пациента в течение 10 мин в центрифужную пробирку.

Концентрацию белка в ротовой жидкости определяли биуретовым методом, активность  $\alpha$ -амилазы – по Каравею, аланинаминотрансферазы и лактатдегидрогеназы – по Френкелю и Ройтману, щелочной фосфатазы – по Бессею и Лоури на биохимическом анализаторе.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Обследованные пациенты были разделены на две группы. Первая группа – больные с сопутствующей соматической патологией и наличием пародонтита легкой степени тяжести, вторая группа – пациенты без общесоматической патологии и наличием протетического гингивита

Контрольную группу составили ортопедические пациенты (49 мужчин и 31 женщина) аналогичного возраста без соматической патологии. Для больных первой группы изготовлено 96 металлокерамических коронок, 14 штифтовых конструкций и 162 металлокерамических мостовидных протеза. На витальных зубах - 43 металлокерамические коронки и 68 МКП. На депульпированных зубах - 53 металлокерамические коронки и 94 МКП. Во второй группе пациентам без соматической патологии изготовлено 56 металлокерамических коронок, 6 штифтовых конструкций и 92 металлокерамических мостовидных протеза (на витальных зубах - 13 металлокерамических коронок и 38 МКП, на депульпированных - 43 металлокерамические коронки и 54 МКП). Разделение обследованных лиц в первой и второй подгруппах проведено в зависимости от расположения гингивального края опорных элементов МКП. У больных с сопутствующей соматической патологией в первую подгруппу вошли 64 пациента с субгингивальными МКП. Вторую подгруппу составили 56 больных с супрагингивальными МКП. Среди обследованных лиц без соматической патологии в первую и вторую подгруппу вошли, соответственно, 44 и 36 человек.

У пациентов с субгингивально расположенным краем металло-керамических коронок препарирование проводили с уступом  $135^\circ$  или тангенциально. При супрагингивальном расположении края металло-керамических коронок препарирование проводили с уступом  $90^\circ$ .

Субгингивальное препарирование осуществляли на глубину зубодесневой бороздки, супрагингивальное препарирование выполняли на 0,3-2,5мм выше десневого края с круговым уступом толщиной 0,2-1,0 мм.

Исследования в первой и второй группах проводили в сроки: один месяц, шесть месяцев, один год. В первой подгруппе общесоматических больных через один месяц после протезирования обследование проведено в области 11 зубов, через три месяца - 96 зубов, через шесть месяцев – 102 зуба, через один год - 121 зуб. Во второй подгруппе больных, соответственно, количество наблюдений составило 132, 128, 143 и 119. В первой подгруппе пациентов без соматической патологии число наблюдений составило 112, 131, 124 и 108, во второй - 104, 129, 131 и 114.

Цитоэнзимохимические исследования проведены в первой (25 человек: 13 - с субгингивальным расположением края коронок МКП; 12 - с супрагингивальным расположением края коронок МКП) и второй (25 человек: 13 - с субгингивальным расположением края коронок МКП; 12 - с супрагингивальным расположением края коронок МКП) сравниваемых группах.

В нейтрофильных лейкоцитах мазков периферической крови определяли активность катионных белков (КБ) по методике В.Е. Пигаревского (1978) в модификации В.М.Сафроновой, Н.А.Локтева, С.М.Руднева (1994).

Методика заключается в следующем. На чистые обезжиренные предметные стекла наносили капли крови и делали мазки средней толщины. Затем их высушивали при комнатной температуре и фиксировали в метиловом спирте в течение 5 мин. Фиксированные мазки помещали в инкубационную среду, представляющую собой забуференный спиртовой раствор прочного зеленого с pH 8,1-8,2. Предметные стекла с мазками крови помещали в инкубационную среду на 45 минут, затем мазки быстро промывали дистиллированной водой и докрашивали водным раствором Азура, после чего мазки промывали дистиллированной водой и высушивали при комнатной температуре. В цитоплазме ПМЯЛ выявлялись зеленые гранулы с различной интенсивностью окраски.

Результаты исследований оценивали полуколичественным методом по L.S. Kaplan в модификации G. Astaldi и L. Verga.

Миелопероксидазу выявляли по В.Б. Лецкому (1973). Окраска на МПО проводилась следующим образом. Приготовленные и высушенные мазки крови фиксировали в спирт-формоле, промывали в дистиллированной воде и инкубировали в растворе бензидина и этилового спирта с добавлением 3% раствора перекиси водорода. После инкубации промывали в дистиллированной воде, докрашивали мазки Азуром 2. Промывали в дистиллированной воде, высушивали и микроскопировали. В цитоплазме нейтрофилов определялись гранулы желтовато-коричневатого цвета.

Щелочную фосфатазу определяли методом азосочетания по L.S. Karlow (1955) в модификации В.М. Сафроновой с соавторами (1994), который состоит в следующем. Приготовленные мазки высушивали и фиксировали в метанол-формоле. Далее высушивали и инкубировали при комнатной температуре в среде, состоящей из  $\alpha$  нафтил-фосфат натрия, прочного синего РР и Трис буфера с pH 9,6. После инкубации проводили промывку дистиллированной водой с последующим докрашиванием ядра Азуром 2. Определяются гранулы черного цвета. Все окрашенные препараты просматривали под масляным иммерсионным объективом  $\times 90$ , окуляром  $\times 10$ , с применением оранжевого или синего фильтров.

В каждом случае визуально в мазке крови подсчитывали 100 ПМЯЛ и в каждой клетке оценивали содержание биологически активных веществ или активность фермента с последующим выведением среднего цитохимического коэффициента.

**Таким образом,** на основании результатов проведенных исследований можно сделать вывод, что выбор указанных ферментов и биологически активных веществ ПМЯЛ был обусловлен необходимостью функциональной оценки этих клеток крови при развитии воспалительного процесса в пародонте опорных зубов. С одной стороны это объясняется исключением влияния среднетяжелых форм пародонтальных нарушений на состояние цитоэнзимохимических показателей пародонтального кармана, с другой – определением степени влияния общесоматического статуса полиморфноядерных лейкоцитов пародонтального кармана опорных зубов.

Соматическим больным при использовании металлокерамических протезов супрагингивальное расположение краевого уступа с формированием его в пределах эмали целесообразно во всех клинических ситуациях, когда это технически выполнимо и не нарушает эстетику. Супрагингивально расположенные металлокерамические протезы снижают риск возникновения кариеса дентина и эмали в области края опорных элементов протеза и не приводят к развитию и прогрессированию заболеваний пародонта у больных с неблагоприятным соматическим фоном.

#### Список литературы

1. Ашуров, Г.Г. Структурная оценка интенсивности кариеса зубов при разнонаправленных межсистемных нарушениях / Г.Г. Ашуров, А.В. Алимский // Вестник Таджикского национального университета. - 2015.- №1/4 (168). - С. 254-256.
2. Булгакова, А.И. Исследование показателей иммуноцитогрaмм у больных с воспалительными заболеваниями пародонта / А.И. Булгакова, Н.А. Васильева, Ю.В. Андреева // Пародонтология. – 2012. – № 3(64). – С.22-26.
3. Булгакова, А.И. Клиническая характеристика пациентов с дефектами твердых тканей зубов и зубных рядов с различными ортопедическими конструкциями / А.И. Булгакова, И.Р. Шафеев, Р.М. Галеев // Медицинский вестник Башкортостана. – 2014. – № 6. – С. 44-47.
4. Динамика редукции и прироста структурных элементов интенсивности кариеса зубов у больных с сопутствующей соматической патологией / А.А. Исмоилов [и др.] // Вестник Таджикского национального университета.- 2015. -№1/1. - С. 223-227.

#### ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ И МЕРЫ ЕГО ПРОФИЛАКТИКИ

*Салахов А.К., Ксембаев С.С., Гильфанов Б.Р., Охотникова О.С.*

Кафедра челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения России, Россия

**Актуальность.** Большое значение в развитии кариеса придается уровню гигиены рта. Многими исследователями [1, 3, 4] отмечено, что высокая стоматологическая заболеваемость поддерживается недостаточным уровнем гигиенической грамотности, отсутствием санитарно-просветительной работы.

При изучении медико-социальных основ формирования стоматологического здоровья молодежи выявлено, что значимыми параметрами их стоматологической активности являются пол, возраст, место учебы. Определенное влияние на стоматологический статус оказывают: частота обращения за квалифицированной стоматологической помощью; индивидуальные особенности медицинской активности при возникновении острой зубной боли; индивидуальные критерии принятия решения прекратить лечение у стоматолога; полнота и длительность соблюдения профилактических рекомендаций, данных стоматологом при завершении лечения; сформированность привычки чистить зубы с помощью зубной щетки и пасты; регулярность и правильность использования других дополнительных способов ухода за полостью рта [2].

**Цель исследования:** изучить показатели орального гигиенического ухода и оценить их с позиции факторов риска развития кариеса зубов.

**Материал и методы исследования:** Проведено анкетное исследование 772 человек (мужчины – 30,87% (238 человек) и женщины – 69,13% (533 человек) в возрасте 20-79 лет и 20-82 лет соответственно).

**Результаты исследования и их обсуждение.** В результате исследования выявлено: чистят зубы – 99,63%; не чистят зубы вообще, но пользуются зубочистками – 0,37%. Пользуются зубными пастами - 98,95%, зубным порошком - 0,18%, народными методами - 0,35%.

Частота чистки: 2 раза в день – 66,75%; 1 раз - 27,71%; более 2-х раз - 3,70; только после еды - 0,74%; через день - 0,25%; не чистят - 0,37%; чистит зубы 3 раза в неделю - 0,25%; 4 раза в день - 0,12%; споласкивает рот после еды - 0,12%. Длительность чистки зубов (минут): меньше 1 - 2,48%, 1-3 – 59,64%, больше 3 - 21,90%, 1 минута - 12,81%, не чистят зубы - 0,41%. Дополнительно используют флоссы - 45,49%, зубочистки - 19,31%, капроновые нити - 0,43%. Зубочистками и нитями не пользуются 35,2% респондентов.

Население отдает предпочтение зубным пастам: Россия - 27,20%, стран СНГ - 4,34%, зарубежные - 49,21%, другой ответ - 49,74%. Предпочитают зарубежные зубные щетки - 49,21%, российские - 1,05%, не придают значения – 0%, стран СНГ – 0%, другой ответ - 49,74%.

Предпочтения зарубежным зубным пастам и зубным щеткам можно объяснить крупномасштабной рекламой.

В последние годы продаже появились комплекты зубных щеток – Oral-B «Всесторонняя чистка Black», состоящий из 3-х зубных щеток, а также Colgate «Отбеливающая Plus» - из 2-х щеток, отличающихся только цветом. Однако, по нашему мнению, оба этих комплекта предназначены только для чистки зубов с вестибулярной стороны ввиду расположения щетинок на рабочей поверхности головки зубной щетки. Для доступа с оральной стороны они не удобны, т.к. форма щетинок не позволяет осуществлять хороший контакт с поверхностью зубов. Нами (Лосев Ф.Ф., Салахов А.К., Сорокина А.А., Ксембаев С.С.) получен патент на зубную щетку для чистки зубов с язычной

(оральной) стороны (Зубная щетка - Патент на полезную модель RU №190179 – Заявка 2019107749, 19.03.2019 – опубликовано 24.06.2019. - Бюлл. 318).

Также предложен «Способ чистки зубов с использованием двух щеток» (Рационализаторское предложение №14.18 от 25 мая 2018 года - Мосеева М.В., Ксембаев С.С., Салахов А.К., Фролов И.Ю., Тропина А.А.). Доказано, что его применение у детей улучшает состояние гигиены полости рта и пародонта.

**Выводы.** 1. Основная часть населения чистит зубы 1-2 раза в день, время чистки 2-3 минуты, редко используют дополнительные средства гигиены полости рта, предпочитают зубные щетки и зубные пасты зарубежного производства.

2. Предложены новые способы гигиены полости рта с использованием комплекта из 2-х зубных щеток: для чистки с наружной, а также внутренней поверхностей зубов.

#### Список литературы:

1. Калининская, А.А. Новые формы профилактической работы в стоматологии / А.А. Калининская, Н.М. Куница, З.М. Албегова // Российский стоматологический журнал. – 2009. – № 4. – С. 38-43.
2. Каплан, М.З. Нормативы потребления стоматологической помощи, оказываемой по программе обязательного медицинского страхования различным возрастно-половым группам населения / М.З. Каплан // Российский стоматологический журнал. – 2008. – № 3. – С. 63-64.
3. Манрикийян, М.Е. Социально-медицинские подходы стоматологов Армении к вопросам профилактики основных стоматологических заболеваний / М.Е. Манрикийян // Институт стоматологии. – 2013. – № 3. – С. 12-15.
4. Horowitz, A.M. Report on the NIH consensus development conference on diagnosis and management of dental caries throughout life / A.M. Horowitz // J. Dent. Res. – 2004. – Vol. 83. – P. 15-17.

### РОЛЬ МИКРОФЛОРЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКОГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА

*Тохтаходжаева С.Т., Уманова Н.Э., Тагаева Ш.О., Убайдуллоева Н.А.*

Кафедра терапевтической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС) — хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки полости рта представляет серьезную проблему в связи со сложностью патогенетических механизмов развития, системностью поражения организма, сложностью ведения пациентов. По данным ВОЗ, ХРАС встречается у 5-60% населения, до 20 % широко распространен среди лиц в возрасте от 20 до 40 лет [1, 3]. В настоящее время этиология и патогенез ХРАС остаются до конца не изученными, течение заболевания длительное, протекает частыми рецидивами, резистентное к различным методам лечения [1,3,4].

ХРАС является многофакторным заболеванием и имеет тесную связь с заболеваниями ЖКТ, функциональными расстройствами центральной и вегетативной нервной системой, гипо- и авитаминозами, очагами фокальной инфекции, также в его развитии участвуют аутоиммунные и аллергические процессы, эндокринные нарушения, наследственные факторы [1-4].

В научных работах в последние годы указывается роль кокковой микрофлоры в полости рта в развитии ХРАС [2,3]. Доказана прямая зависимость между длительностью течения рецидивирующего афтозного стоматита и количеством вирулентных микроорганизмов, что оказывает снижение резистентности слизистой оболочки рта [4].

**Цель исследования.** Изучить этиологию, клиническое течение и эффективность лечения хронического рецидивирующего афтозного стоматита.

**Материалы и методы исследования.** Проведено обследование 65 больных (48 женщин и 17 мужчин) в возрасте 22 – 56 лет, обратившихся в учебно-клинический центр «Стоматология» с жалобами на появление болезненных язвочек в полости рта. Диагноз ХРАС устанавливали на основании данных анамнеза и характерной клинической картины заболевания. Выявлены сопутствующие и перенесенные заболевания ЛОР органов и ЖКТ, аллергический статус, проводили бактериологическое исследование методом мазков с поверхности пораженного участка слизистой на определение микрофлоры и чувствительность к лекарственным препаратам, микробиологическое исследование для обнаружения антигенов внутриклеточных инфекций (герпеса, хламидий, цетамегаловирус) методом прямой иммунофлюоресценции (ПИФ) и методом полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Больным проводили дифференцированное комплексное лечение в зависимости от индивидуального подхода. В качестве местной терапии применяли обезболивающие препараты, проводили антисептическую обработку, аппликации протеолитическими и кератопластическими средствами. В план общего лечения входило применение десенсибилизирующих, иммуностимулирующих, антибактериальных препаратов, а также средств нормализующих микрофлору кишечника и поливитамины. Проводилось смежное обследование и лечение у соответствующих специалистов: гастроэнтеролога, аллерголога, ЛОР врача инфекциониста. Давали рекомендации по соблюдению диеты, устранению местных раздражающих факторов, проведению профессиональной гигиены и санации полости рта в период ремиссии.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Все пациенты при обращении указывали на появление язвочек в полости рта, жжение, боли при разговоре и приеме пищи. Обострение заболевания характеризовалось с появлением ограниченного болезненного уплотнения слизистой оболочки рта, на котором образовалась сначала поверхностная, покрытая фиброзным налетом, затем глубокая кратерообразная язва с гиперемией вокруг, постоянно увеличивающаяся в размере. Высыпания чаще располагались на боковых поверхностях языка, слизистой оболочке губ и щек, сопровождалась сильной болью.

Клинические исследования показали, что у 42 больных (64,6%) на протяжении первых 2-3 лет, у 23 (35,4%) - до 5 лет рецидив заболевания отмечался 1-2 раза в год с продолжительностью 6-10 дней. В последнее 2-3 года 53 (81,5%) больных отмечали постепенное увеличение частоты рецидива до 5-6 раз в год длительностью болезненного периода до 14-22 дней, у 12 (18,5%) больных афты появлялись ежемесячно, заболевание приобретало перманентный характер, и период заживления афт длился до 30 дней. Так, с увеличением давности заболевания усугублялась тяжесть его течения.

Начало заболевания больные связывали с приемом продуктов питания аллергического характера - (33,8%), переохлаждением и простудными заболеваниями ЛОР органов - (12,3%), обострением гастрита - (30,8%), панкреатитом - (15,4%), язвенной болезнью желудка и 12 перстной кишки - (7,7%). Влияние сезонных факторов на возникновение обострений отмечали 8 (12,3%) больных. При осмотре полости рта все больные имели плохую гигиену полости рта, наличие кариозных зубов выявлено - у 18 (27,7%) больных, некачественные протезы - у 11 (16,9%).

При бактериологическом исследовании мазков-отпечатков со слизистой оболочки полости рта у больных ХРАС преобладали факультативно аэробные грамположительные кокки: стрептококки - у 64,6% (42 человека) и стафилококки у 24,6% (16 человек). Грибковая обсемененность высевалась у 15 (23,1%) пациентов. Так, у 36 (55,4%) больных отмечалась I степень (компенсированный) дисбактериоза слизистой оболочки полости рта, при которой выявлен один вид патогенного микроорганизма, у 29 (44,6%) - II степень (субкомпенсированный), здесь имелись по 2-3 патогенных микроорганизма. Среди высеявшихся микроорганизмов преобладали *Staphylococcus aureus*- (43,1%) и *Streptococcus piogenus* - (30,8%).

При анализе вирусологического исследования выявлена инфицированность у 33 (50,8%) больных цетомегаловирусом, вирусом простого герпеса у 21 (32,3%), хламидиями - у 13 (20,0%) и уреоплазмой - у 6 (9,2%).

При исследовании на паразиты 18 больных (27,7%) имели аскаридоз и лямблии.

Проведенное нами комплексное дифференцированное лечение с учетом клинических симптомов, характера сопутствующих заболеваний и лабораторных исследований позволило получить определенный терапевтический эффект. У 45 (69,2%) больных увеличились периоды ремиссии, сократилось количество рецидивов заболевания и сроков эпителизации элементов. У больных (30,8%), не соблюдавших рекомендации врачей - стоматолога и смежных специальностей, не удалось получить стабильный результат.

**Выводы.** Не смотря на существующие на сегодняшний день методы профилактики и лечения данное заболевание до конца устранить не удастся, так как этиология и патогенез ХРАС до конца не изучены, и лечение заболевания представляет значительные трудности.

#### Список литературы

1. Рабинович, О.Ф. Рецидивирующий афтозный стоматит-этиология, патогенез (Часть I) / О.Ф. Рабинович, И.М. Рабинович, Е.Г. Панфилова, Е.В. Вахрушина // Стоматология. - 2010. - Т.89, №1. - С.71-74.
2. Силантьева, Е.Н. Комплексное лечение хронического рецидивирующего афтозного стоматита с использованием препаратов линейки «Асепта» / Е.Н. Силантьева, Н.В. Березина, С.М. Кривонос // Практическая медицина. - 2013. - №4(72). - С.52-53.
3. Боровский Е.В. Терапевтическая стоматология / Е.В. Боровский. - М.: Медицинское информационное агентство, 2011. - 840 с.
4. Барер, Г.М. Заболевания слизистой оболочки рта / Г.М. Барер // Учебник в 3 ч. Ч. 3. Терапевтическая стоматология. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 255 с.

### ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА

*Тохтаходжаева С.Т., Одинаев И.С., Муминов Дж.А.*

Кафедра терапевтической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Рецидивирующий герпетический стоматит (РГС) - одно из самых распространенных вирусных заболеваний человека, характеризующихся выраженной воспалительной реакцией тканей и рецидивирующим течением. Герпетическая инфекция относится к самым распространенным и контагиозным заболеваниям среди групп заболеваний слизистой оболочки, она устойчива к различным методам лечения, что делает герпесвирусные заболевания социально значимыми [2,3].

Внедрившись в организм человека в детском возрасте от 6 мес до 3 лет и, вызвав проявление первичной герпетической инфекции, он остается в организме человека в течение всей его жизни в латентном состоянии или вызывает рецидив. Известно, что 90% взрослого населения является вирусоносителем и под влиянием провоцирующих факторов, снижающих иммунологическую активность организма, способствуют обострению соматической патологии, стрессовых ситуаций, переохлаждению, а кроме этого аллергические реакции также провоцируют рецидив заболевания, преимущественно в форме герпеса губ [1,2,3].

Существуют различные современные препараты для местного применения, которые блокируют репликацию вирусов.

**Цель исследования.** Изучить эффективность сочетания местной и общей противовирусной терапии рецидивирующего герпетического стоматита с различной степенью тяжести.

**Материалы и методы исследования.** Проведено клиническое обследование и лечение 58 человек, страдающих РГС в возрасте от 16 до 50 лет (26 мужчин и 32 женщины), продолжительность заболевания варьировала от 6-7 месяцев до 10 лет. РГС легкой степени диагностирован у 16 человек, средней - у 24, тяжелой - у 18. Тяжесть заболевания определяли по частоте рецидива заболевания в год, выраженности проявления и симптомом общей

интоксикации. У 28 (48,3%) больных герпес локализовался на губах, у 12 (20,7%) - на коже крыльев и кончика носа, у 18 (31,0%) - на слизистой оболочке полости рта. В исследование включались пациенты, явившиеся на санацию зубов с герпесом губ давностью не более 24-48 часов и пациенты, имеющие в анамнезе герпес губ и слизистой полости рта с частыми рецидивами.

Всем больным при местном лечении проведена аппликация 1% раствором лидокаина, обработка 0,05% раствором хлоргексидина, с последующей аппликацией с раствором химотрипсина, 5% мазью ацикловира и масляного раствора витамина А 4-5 раз в день. Внутрь назначены имудон для рассасывания в полости рта по 8 таблеток в день в течение 10 дней через 30-40 минут после обработки полости рта и после рассасывания таблетки в течение 1 часа не рекомендуется принимать пищу и полоскать рот. Валациклоvir по 500мг 3 раза в день в течение 5-7 дней в зависимости от тяжести заболевания, супрастин 0,025 г. 1 раз в день вечером, комплевит по 1 таблетке 2 раза в день в течение 1 месяца. В межрецидивный период устранены местные факторы полости рта, хронические заболевания ЛОР органов, выявлены и вылечены соматические заболевания.

Контроль динамики заболевания и эффективность проводимой терапии велись через 2 дня до выздоровления, 3, 6 месяцев и год.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Все пациенты при поступлении в клинику указали, что начало заболевания сопровождалось последовательно, с чувством зуда, жжением, покраснением кожи и слизистой оболочки, появлением от одного до нескольких пузырьков. Через 1-2 дня пузыри вскрывались, образуя на слизистой оболочке полости рта болезненные эрозии покрытые фибринозным налетом, а на красной кайме губ и на коже гемморрагические корки. Заживление происходило на 10-12-й день без образования рубца. У 35 (60,3%) больных установлен фиксированный герпес, у которых после заживления элементов поражения оставалось пятно красного цвета на коже, который держался в течение 5-7 дней.

Наибольший эффект выявлен при проведении комплексного лечения в сочетании местной терапии с аппликацией 5% мазью ацикловира и приемом внутрь валацикловира. На 5 день от начала лечения наблюдалось уменьшение зуда, жжения в области пораженного участка, предотвратились появления повторных высыпаний элементов поражения в течение настоящего рецидива. У 36 (62,1%) больных через 3 и 6 месяцев рецидив заболевания не отмечался, а у 22 (37,9%) больных в течение одного года наблюдались 1-2 повторных высыпания на губах и на коже крыльев носа. При этом отмечались высыпания с меньшим количеством пузырьков на 21,6%, и с меньшей площадью очага поражения - 37,2%, что соответственно уменьшало продолжительность рецидива на 2-3 дня.

**Выводы.** Проведенная комплексная противовирусная терапия в сочетании общего и местного лечения у больных с РГС способствует сокращению сроков эпителизации элементов поражения, удлинению времени рецидива, уменьшению количества рецидивов.

#### Список литературы

1. Борисов, Л.Б. Медицинская микробиология, вирусология / Л.Б. Борисов. - М.: Медицинское информационное агентство, 2011. - 744 с.
2. Боровский, Е.В. Терапевтическая стоматология / Е.В. Боровский. - М.: Медицинское информационное агентство, 2011. - 840 с.
3. Терапевтическая стоматология: учебник в 3 ч. Ч. 3. Заболевания слизистой оболочки рта / под ред. ГМ. Барер. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 255 с.

### ВЛИЯНИЕ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА НА РАЗВИТИЕ КАРИЕСА У ДЕТЕЙ

*Уманова Н.Э., Ибрагимова А.А.*

Кафедры терапевтической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Одной из обсуждаемых тем на сегодняшний день во всем земном шаре остается детский кариес (childhood caries), распространенность которого составляет от 16,5% до 61% [2]. Как известно, на развитие кариеса зубов влияют местные и общие факторы риска. Распространенными первопричинами в более раннем возрасте являются: неосведомленность родителей о гигиене полости рта детей, избыточная углеводистая пища, пролонгированные и частые ночные естественные и искусственные вскармливания младенцев старше года, аномалии и деформации зубочелюстной системы, социально-экономические проблемы семьи [1,3]. Однако существенной причиной влияния гигиены полости рта на кариес зубов детей остается актуальной.

**Цель исследования.** Изучить влияние гигиены полости рта на развитие кариеса зубов у детей.

**Материалы и методы исследования.** Исследование проводилось в УКЦ «Стоматология» ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Всего обследовано 85 детей в возрасте от 6 месяцев до 6 лет. По результатам осмотра с помощью стандартного набора стоматологических инструментов определяли распространенность и интенсивность кариеса в зависимости от возраста ребенка, состояния гигиены и особенности ухода за полостью рта, наличия воспаления десны, причины и времени первого визита детей к стоматологу, а также проводили анкетирование родителей о гигиене полости рта ребенка. В ходе исследования все обследованные дети были разделены на 3 группы. В 1 группу входили 34 ребенка, которые ни разу не проводили гигиеническую чистку зубов, вследствие неосведомленности их родителей. Во 2 группу включили 28 детей, которые чистили зубы нерегулярно. В 3 группу отнесли 23 ребенка, которые чистили зубы регулярно 2 раза в день.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Распространенность кариеса зубов у детей при стоматологическом исследовании составила 64,7%, интенсивность кариеса по индексу кпу<sub>3</sub> - 1,2. При осмотре зубов у 52 (64,2%) детей визуализировался зубной налет. Воспалительные процессы десны обнаружены у 8,2% детей.

Распространенность кариеса у детей от 6 месяцев до 1 года составила 12,3%, значение индекса КР<sub>3</sub> равнялось 0,1 за счет кариозных зубов. Кариозные поражения локализовались в пришеечной области фронтальных зубов под зубным налетом в виде точек и полосок меловидного и светло-коричневого цвета. У детей 2-3-х лет кариес обнаружен на вестибулярной поверхности фронтальных зубов верхней челюсти и на контактных поверхностях первых моляров, распространенность составила 16,5% и интенсивность – 0,3 (κ=18, π=9). При осмотре зубов детей с 4 до 6 лет были обнаружены поражения резцов, премоляров и моляров, распространенность 40% и индекс кпу зубов 0,8 (κ=22, π=30, у=9). Уже у детей 5-6 лет были удаленные зубы по поводу остро и обострения хронического периодонтита.

При изучении гигиенического состояния полости рта у 24,7% детей значение индекса в среднем составило 1,2, что соответствовало хорошей гигиене, у 18,8% (1,7) - удовлетворительной, у 24,7% (2,3) - неудовлетворительной и у 12,9% (2,8) - плохой.

Катаральный гингивит отмечен у 8,2% детей (7 чел.), у которых больше половины поверхности коронок зубов были покрыты зубным налетом. Отмечалась гиперемия и легкий отек маргинальной десны.

Анализ результатов анкетирования родителей показал, что регулярно чистили зубы 2 раза в день 27,1% детей, из них самостоятельно производили чистку зубов - 17,5% и под контролем родителей - 10,6%. Нерегулярно осуществляли чистку зубов 32,9% детей, а в 40% случаях вообще не проводили гигиену полости рта. При опросе, выяснилось, что у детей, которые чистили зубы 2 раза в день, выработалась привычка к чистке зубов после завтрака и перед сном. Из 28 детей лишь 22,4% проводили только утреннюю гигиену полости рта и 10,6% - вечернюю.

Наше исследование показало, что не все родители (40%) были осведомлены, о необходимости проведения процедуры гигиены с прорезыванием первых молочных зубов, и ребенок некачественно осуществлял мануальную чистку зубов в возрасте до 6 лет. В ходе бесед с родителями им были даны рекомендации проверять качество самостоятельной чистки зубов у ребенка. Следовательно, у 64,7% обследованных детей кариесрезистентность была низкой за счет некорректной гигиены полости рта, т.е. была обусловлена недостаточным уходом или несоблюдением норм чистки зубов, и риск развития кариеса зубов соответственно был высоким.

Результаты данных опроса родителей по поводу первого посещения и причине визита детей к стоматологу показал, что до года обратились - 7,1% респондентов, в 2 года - 10,6%, в 3 года – 18,8%, в 4 года – 21,2%, в 5 лет – 9,4% и в 6 лет – 8,2%, а 24,7% никогда не посещали стоматолога. Посетили стоматолога 29,4% детей, родители которых сами заметили изменения на зубах, 45,9% обратились за стоматологической помощью по причине жалоб ребенка на зубную боль. При сравнении результатов анализа исследования трех групп установлено, что стоматологическое состояние органов полости рта было лучше в 3-ей группе. Отмечена высокая резистентность твердых тканей зубов к кариесу, гигиена полости рта была хорошей, родители были хорошо осведомлены о важности гигиены полости рта и регулярности чистки зубов. У детей в 1 группе отмечены множественные поражения зубов кариесом, плохая гигиена полости рта и развитие катарального гингивита, дети этой группы вообще не чистили зубы и не контролировались со стороны родителей.

**Вывод.** Особенности гигиенического ухода за зубами и состояние полости рта целенаправленно влияют на появление кариеса зубов у детей. Следовательно, риск развития кариеса зубов у детей повышен в семьях, где отсутствует должный гигиенический уровень ухода за зубами. Детям с раннего возраста необходимо родителями прививать привычку о заботе здоровья полости рта, контролировать гигиену полости рта, стараться заинтересовать ребенка, т.е. усилить его мотивацию к чистке зубов, используя специальные брошюры с картинками, видеоролики, применяя яркие детские зубные щетки и пасты, а также поощрять их.

#### Список литературы

1. Леонтьев, В.К. Детская терапевтическая стоматология / В.К. Леонтьев, Л.П. Кисельникова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017.- 896 с.
2. Кариес зубов, гигиена полости и обращаемость к стоматологу у детей раннего возраста и их родителей / Т.Н. Каменнова, Е.Е. Маслак, И.В. Афонина, Е.Н. Каменнова // Актуальные вопросы экспериментальной, клинической и профилактической стоматологии – Волгоград, 2008.- Т.65, № 1. – С. 346.
3. Персин, Л.С. Стоматология детского возраста / Л.С. Персин, В.М. Елизарова, С.В. Дьякова. - М.: - 2011.-640 с.

#### СОСТАВ МИКРОФЛОРЫ ПРИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПОЛОСТИ РТА У ЛИЦ С ЗУБНЫМИ ПРОТЕЗАМИ

*Уманова Н.Э., Кенджаева И.А.*

Кафедры терапевтической стоматологии и микробиологии, иммунологии и вирусологии  
ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Полость рта человека является уникальной экологической средой для различных микроорганизмов, которые формируют её постоянную микрофлору. Этому способствуют постоянная влажность; оптимальная температура и Ph, а главное, богатый состав пищевых ресурсов. Эти перечисленные условия также создают условия для адгезии, колонизации и размножения многих условно-патогенных и патогенных микроорганизмов, а при снижении местной и общей реактивности организма способствуют развитию гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей и слизистой оболочки полости рта, а также зубов (гингивиты, стоматиты, кариес зубов, пульпиты и периодонтиты) [1,2,3].

Наличие кариозных полостей, патологических зубодесневых карманов способствует персистенции патогенных микроорганизмов и приводит к формированию очагов инфекции стафилококковой и чаще стрептококковой этиологии [2,3].

Микробная колонизация слизистой оболочки полости рта или поверхности эмали зубов происходит у бактерий с повышенной гидрофобностью, процессу адгезии способствует наличие фимбрий или пили, и они определяют локализацию микробов в полости рта. Так, *Streptococcus sanguis* прочно фиксируется на поверхности зубов, *Streptococcus salivarius* - на поверхности эпителиальных клеток слизистой полости рта [1].

Любая форма замещения утраченных зубов протезами сопровождается изменением микрофлоры полости рта, особенно мягких тканей и почти всегда возникает их воспаление, особенно в области протезного ложа. Это происходит из-за нарушения функции слюноотделения и орошения слизистой оболочки слюной, изменения в pH и ионной среды слюны и др. Учитывая тот факт, что съёмными протезами пользуются люди пожилого возраста со сниженной общей и местной иммунореактивностью, то изменения в составе оральной микрофлоры являются вполне закономерными и способствуют развитию стоматитов, гингивитов, этиологическими агентами которых могут быть стафилококки, стрептококки, дрожжеподобные грибы *Candida*, энтерококки, клебсиеллы и т.д.

**Цель исследования.** Изучение микрофлоры гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей полости рта у лиц с протезами.

**Материалы и методы исследования.** Объектом исследования были 53 больных с различными видами протезов, осложненные стоматитами и гингивитами. Забор гноя или слизи с очага воспаления производили стерильными одноразовыми ватными тампонами и заливали 0,5мл стерильным питательным бульоном для накопления микрофлоры. Затем производили посев на специальные, селективные и дифференциально-диагностические среды. Определение вида и рода выделенных бактерий осуществляли путем изучения морфологических, культуральных и биохимических свойств, по общепринятой методике.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Бактериологические методы исследования позволили охарактеризовать видовой состав микрофлоры очагов воспаления у лиц с различными протезами.

В нашем случае из 49 исследуемых образцов в 28 случаях (57,1%) доминировали *Streptococcus aureus* в ассоциации со *Streptococcus hemolyticus*. в 9 случаях выявлен *Streptococcus aureus* в ассоциации с бактериями рода *Klebsiellae*, что составило 18,4%. Также в 4 случаях (8,1%) выделены *Proteus+Streptococcus pyogenes*, в 3 случаях (6,1%) *Klebsiellae* в сочетании с грибами рода *Candida*, в виде монокультуры высеяны в 5 случаях, что соответствует 10,2%.

**Вывод.** Таким образом, состав микрофлоры воспалительного очага мягких тканей полости рта при протезах у лиц совершенно отличается от состава нормальной микрофлоры здоровых лиц. Это требует проведение индивидуальной антибактериальной терапии агента при гнойно-воспалительных заболеваний этой категории больных

#### Список литературы

1. Борисов Л.Б. Медицинская микробиология, вирусология / Л.Б. Борисов. - М.: Медицинское информационное агентство, 2011. - 744 с.
2. Николаев, А.И. Практическая терапевтическая стоматология / А.И. Николаев, Л.М. Цепов. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 919 с.
3. Терапевтическая стоматология: учебник Ч. 2. Болезни пародонта/ под ред. ГМ. Барер.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.- 224 с.

#### СТРУКТУРА ОСНОВНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ И СОПУТСТВУЮЩИХ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

*Усманова Г.М., Каримов Б.М., Давронзода И., Рахимов Д.А.*

Кафедра терапевтической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Кафедра эпидемиологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** На сегодня остается одной из актуальных проблем изучение взаимосвязи клинических проявлений заболеваний органов полости рта, в зависимости от состояния внутренних органов и систем [1].

Ряд системных заболеваний могут способствовать более тяжелому течению стоматологических заболеваний [2]. С другой стороны, хроническая инфекция полости рта может стать этиологическим и патогенетическим фактором развития общесоматических заболеваний и ухудшить их течение и прогноз [3]

Системные заболевания, с одной стороны, могут способствовать развитию и более тяжелому течению основных стоматологических заболеваний, с другой – хроническая инфекция полости рта может спровоцировать возникновение или ухудшить течение и прогноз внутренних заболеваний органов и систем [4].

**Цель исследования.** Установить структуру основных стоматологических и сопутствующих соматических заболеваний среди обследованного контингента больных.

**Материал и методы исследования.** С использованием эпидемиологического метода обследован стоматологический статус у 947 больных в возрасте от 20 до 60 лет и старше, у которых были диагностированы желудочно-кишечная (295 чел.), сердечно-сосудистая (283 чел.) и эндокринная (369 чел.) патология. Распределение пациентов в зависимости от соматической патологии представлено в табл. 1.

Как свидетельствуют данные таблицы, было обследовано 295 больных с хроническим генерализованным пародонтитом в сочетании с заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Среди них 18 пациентов с эрозивным гастритом, 20 – эрозивным дуоденитом, 106 – эрозивным гастродуоденитом, 72 – эрозивно-язвенным гастродуоденитом, 52 – язвой желудка, 27 – язвой 12-перстной кишки.

Среди 283 больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями 164 пациентов оказались с артериальной гипертонией, 68 – ишемической болезнью и 51 с приобретенными пороками сердца. Комплексное обследование стоматологического статуса также организовано среди 369 больных с сахарным диабетом.

Распределение больных в зависимости от соматической патологии

Группа	Хроническая соматическая патология (классы болезней МКБ-10)	Количество обследованных	
		абс. число	%
1.	Болезни органов пищеварения (хронический гастрит, язва желудка и 12-й кишки, билиарный цирроз печени)	295	31,2
2.	Болезни сердечнососудистой системы (артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца, приобретенные пороки сердца)	283	29,9
3.	Болезни эндокринной системы (сахарный диабет)	369	38,9
	<b>Всего:</b>	<b>947</b>	<b>100</b>

**Результаты исследования и их обсуждение.** У обследованных больных с сопутствующей соматической патологией при структурном анализе исходного состояния пародонтологического статуса среднецифровое значение хронического очагового пародонтита составило 13,5%, распространенность его генерализованной формы составила 86,5%. Среди обследованных больных также провели распределение вышеупомянутых форм патологии в зависимости от степени тяжести хронического пародонтита. При этом было установлено, что распространенность хронического очагового и генерализованного пародонтита при легкой степени пародонтальной патологии в среднем составила 24,9% и 75,1% соответственно, при средней формы – 12,7% и 87,3%, при тяжелой степени тяжести – 2,8% и 97,2%.

Полученные эпидемиологические результаты исходного состояния пародонтологического статуса у лиц с неблагоприятным соматическим фоном позволяют отметить, что хронические генерализованные пародонтиты явились довольно частым заболеванием пародонта во всех исследуемых возрастных группах.

В ходе исследования нами выявлена сравнительно низкая частота легкой формы пародонтита в возрасте 60 лет и старше. Их средняя частота у лиц данной группы составила  $39,60 \pm 1,14\%$ , что на  $32,39 \pm 1,04\%$  ниже, чем среди обследованных первой возрастной группы. Такая тенденция объясняется наличием у них максимальной распространенности тяжелых форм ( $32,70 \pm 0,86\%$ ) поражения пародонтальных структур по сравнению с распространенностью аналогичных форм поражения среди обследованных первой возрастной группы ( $2,50 \pm 0,35\%$ ).

Пародонтологическими обследованиями у больных с патологией внутренних органов и систем установлена достоверная зависимость тяжести генерализованного пародонтита от пола обследованных. Так, легкие формы выявленной патологии сравнительно чаще регистрировались у мужчин ( $56,2 \pm 2,29\%$ ) по сравнению с женщинами ( $51,8 \pm 1,99\%$ ). Величина данной патологии со средней и тяжелой формами генерализованного пародонтита среди мужчин и женщин с сопутствующей патологией соответствовала  $33,9 \pm 1,38$ ,  $31,1 \pm 1,30\%$  и  $19,9 \pm 0,92\%$ ,  $15,2 \pm 0,83\%$ .

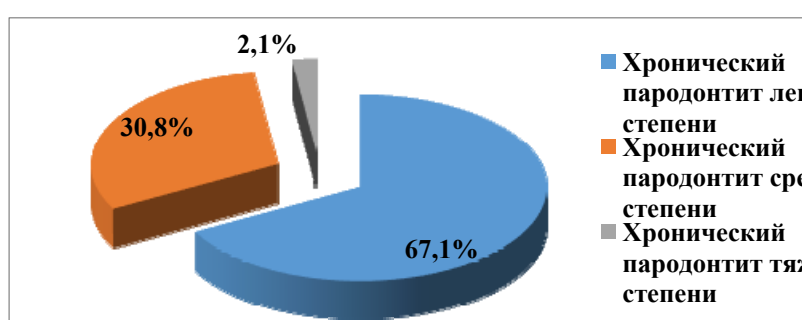
Полученные материалы по анализу исходного структурного состояния хронического пародонтита показывают, что с увеличением давности межсистемного нарушения в организме отмечается тенденция к повышению тяжести хронических форм заболеваний пародонта. Если у больных с давностью сопутствующей патологии до 5 лет тяжелые формы хронического пародонтита встречались в  $6,10 \pm 0,49\%$  случаев, тогда как у больных с продолжительностью внутриорганных нарушений до 10 и 20 лет удельный вес исследуемой формы пародонтальной патологии возрос до  $11,60 \pm 0,96\%$  и  $46,3 \pm 1,49\%$  соответственно.

Среди обследованных больных также определялась динамика распространенности хронического пародонтита в зависимости от степени тяжести сопутствующей соматической патологии. Как видно из табл. 2, отдаленные результаты эпидемиологического обследования пародонтологического статуса у больных с легкой формой сопутствующей патологии свидетельствуют о том, что средние величины распространенности хронического пародонтита легкой, средней и тяжелой степени составили соответственно  $67,10 \pm 2,55\%$ ,  $30,80 \pm 1,38\%$  и  $2,10 \pm 0,08\%$  (рис. 1).

Таблица 2

**Динамика распространенности хронического пародонтита в зависимости от степени тяжести общесоматической патологии (в % к общему числу обследованных)**

Степень тяжести общесоматической патологии	Хронический генерализованный пародонтит, %		
	легкой степени	средней степени	тяжелой степени
Легкая форма тяжести	$67,10 \pm 2,55$	$30,80 \pm 1,38$	$2,10 \pm 0,08$
Средняя форма тяжести	$56,60 \pm 2,23$	$32,50 \pm 1,56$	$10,90 \pm 0,42$
Тяжелая форма тяжести	$41,40 \pm 1,48$	$35,20 \pm 1,54$	$23,40 \pm 1,35$
<b>Всего</b>	<b><math>55,03 \pm 2,09</math></b>	<b><math>32,83 \pm 1,49</math></b>	<b><math>12,13 \pm 0,62</math></b>

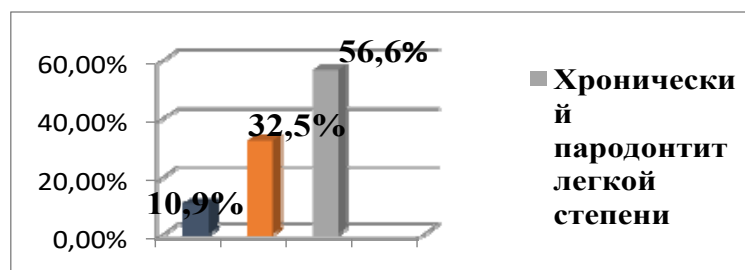


**Рисунок 1. - Структурное распределение хронического пародонтита у больных с легкой формой патологии внутренних органов и систем**

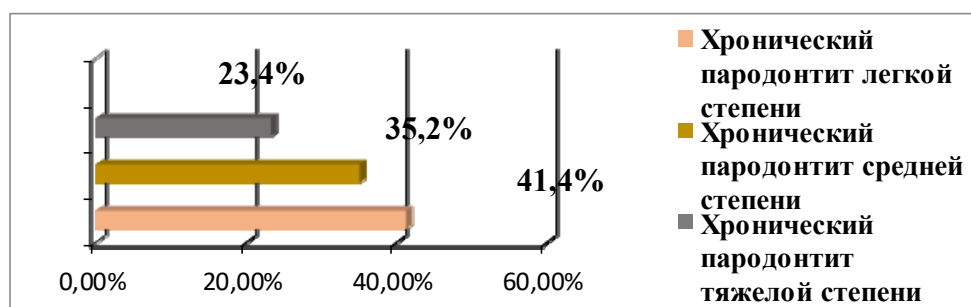


У лиц со средней формой тяжести общесоматической патологии исследуемые формы пародонтологических нарушений составили соответственно  $56,60 \pm 2,23\%$ ,  $32,50 \pm 1,56\%$  и  $10,90 \pm 0,42\%$  (рис. 2) при соответствующем значении  $41,40 \pm 1,48\%$ ,  $35,20 \pm 1,54\%$  и  $23,40 \pm 1,35\%$  у больных с тяжелой формой внутриорганных нарушений (рис. 3).

Так, среди стационарных больных с легкой формой соматического нарушения в организме, тяжелая форма хронического пародонтита выявлена в  $2,10 \pm 0,08\%$  случаев, а у лиц со средней и тяжелой формами общесистемного нарушения распространенность тяжелых форм хронического пародонта составила соответственно  $10,90 \pm 0,42\%$  и  $23,40 \pm 1,35\%$ . Иными словами, с утяжелением общесистемного нарушения в организме, воспалительно-дистрофические изменения в тканях пародонта возрастают в 11 раз, по сравнению с теми же больными с легкой формой межсистемной патологии.



**Рисунок 2. - Структурное распределение хронического пародонтита у больных со средней формой тяжести общесоматической патологии**



**Рисунок 3. - Структурное распределение хронического пародонтита у больных с тяжелой формой межсистемного нарушения**

**Выводы.** Результаты проведенных эпидемиологических исследований в динамике показали, что тяжесть патологических изменений в тканях пародонта увеличивается с нарастанием степени тяжести межсистемного нарушения.

#### Список литературы

1. Горбачева, И.А. Связь заболеваний внутренних органов с воспалительными поражениями полости рта / И.А. Горбачева, Л.Ю. Орехова, Л.А. Шестакова // Пародонтология. - 2009. - № 3(53). - С. 3-7.
2. Грудянов, А.И. Вопрос взаимосвязи воспалительных заболеваний пародонта и сердечно-сосудистой патологии / А.И. Грудянов, О.Н. Ткачева, Т.В. Авраимова // Стоматология. - 2015. - № 3. - С. 50-55.
3. Исмоилов, А.А. Оценка пародонтологического статуса у больных с сопутствующей соматической патологией / А.А. Исмоилов // Здоровоохранение Таджикистана. - 2010. - № 2. - С. 125-126.
4. Исмоилов, А.А. Взаимное отягощение патологического состояния стоматологических и соматических заболеваний / А.А. Исмоилов, Каримов // Стоматология Таджикистана. - 2010. - № 2. - С. 57-62.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ КОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПАРОДОНТАЛЬНОЙ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

*Усманова Г.М., Каримов Б.М., Назурдинов А.Б., Шамсиева Д.Г.*

Кафедра терапевтической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Кафедра эпидемиологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Взаимосвязь между общесоматическими заболеваниями и состоянием твердых тканей зубов связана, прежде всего, с нарушениями метаболизма и гемодинамики. В настоящее время воспалительные заболевания зубочелюстной системы все чаще рассматриваются не как изолированная патология полости рта, а как комплекс заболеваний, влияющих на весь организм в целом [1].

N.A. Ravon et al. [2] оценивали уровень потери костной ткани по ортопантомограммам и степень атеросклеротических изменений общих сонной артерии при дуплексном сканировании у 83 пациентов.

Существенный прирост заболевания пародонтиком отмечен у женщин в пре- и постменопаузальном периоде. Системный остеопороз, характеризующийся снижением минеральной плотности костной ткани всего скелета, развивается у женщин в постменопаузальном период и способствует развитию пародонтита [3].

Выявлена зависимость между клиническими и микробиологическими проявлениями воспалительных процессов в тканях пародонта, показателями доплерографии сосудов полости рта и минеральной плотности костной ткани [58, 88].

**Цель исследования.** Провести диагностику активности остеопороза в альвеолярной кости у больных с пародонтальной и общесоматической патологией.

**Материалы и методы исследования.** Для оценки состояния костной ткани челюсти осуществляли рентгенологические исследования, использовали ортопантомографическое исследование, при котором определяли степень деструкции альвеолярного гребня и вид деструкции (горизонтальная, вертикальная, лакунообразная), и по необходимости, прицельную рентгенографию.

Полученные рентгенологические снимки анализировались под лупой (под 2- и 4-кратным увеличением). Учитывали рентгенологические симптомы остеопороза: состояние костных балочек, наличие тенденции к расширению ячеистых пространств, появление очагов повышенной прозрачности костной ткани в межзубных альвеолярных перегородках.

**Результаты исследования и их обсуждение.** При рентгенологическом исследовании больных с пародонтальной и общесоматической патологией с целью диагностики активности остеопороза в альвеолярной кости лишь у 53 (67,9%) больных чётко выявлялись очаги просветления, что позволило достоверно определять у них наличие истинного остеопороза. У оставшихся амбулаторных больных с сопутствующей патологией в альвеолярной кости нами были обнаружены косвенные признаки остеопороза в виде истончения костных балочек, расширения ячеистых пространств, потери чёткости периферических участков костной ткани.

У 58 больных (60,42%) с соматической патологией на рентгеновском снимке четко выявлялись очаги остеопороза в области резорбированных верхушек межзубных альвеолярных перегородок в виде усиления костного рисунка. У оставшихся 38 больных (39,58%) была отмечена лишь потеря чёткости периферических участков костной ткани.

Проведенное нами клиническое наблюдение от 1 года до 3 лет за больными с общесоматической патологией в амбулаторных условиях с наличием хронического генерализованного пародонтита различной степени тяжести показало, что у 94,74% больных с исходной потерей четкости альвеолярной кости в области жевательных зубов, через 12 месяцев появились определяемые рентгенологически, четкие очаги остеопороза. Аналогичная тенденция обнаруживалась в области фронтальных зубов в сроки более чем 2 года.

Анализ рентгенологической ситуации у больных с общесоматической патологией позволяет утверждать, что пациенты с наличием косвенных признаков остеопороза альвеолярной кости (истончение костных балочек, расширение ячеистых пространств, потеря чёткости периферических участков костной ткани) должны быть отнесены к группе пародонтологического риска.

Результаты проведенных исследований на этапах диспансеризации пародонтологических больных с общесоматической патологией выявили максимальное снижение высоты межзубных перегородок на верхней челюсти у больных с четкими признаками остеопороза, при котором к 2 году наблюдения происходит максимальное усиление резорбтивного процесса в костной ткани на величине  $1,1 \pm 0,2$  мм, к 3 году – на  $1,5 \pm 0,2$  мм. В случаях локализации остеопороза в области зубов нижней челюсти, степень резорбции межальвеолярной высоты оказалась достоверно ниже (к 2 году –  $0,5 \pm 0,07$  мм, к 3 году –  $0,8 \pm 0,09$  мм).

Среди обследованных больных нами выявлены две разновидности клинического течения хронического пародонтита. У больных первой группы (69,79%) отмечался активный воспалительный процесс в пародонте с образованием пародонтальных карманов. На рентгене этих больных были обнаружены все признаки активного воспалительного процесса. У больных второй группы (30,21%) наблюдалось подтвержденное рентгенологически неактивное течение воспалительного процесса в тканях пародонта с возможными обострениями и длительной ремиссией, а также неглубокими пародонтальными карманами (рис. 1).



Рисунок 1. - Рентгенологическая характеристика обследованных больных в зависимости от течения воспалительного процесса в пародонтальных структурах

**Выводы.** Полученные рентгенологические результаты среди обследованных больных с наличием внутрисистемного нарушения, позволяют установить степень резорбтивного процесса в челюстных костях и прогнозировать возможности прогрессирующей резорбции костной ткани. У больных с хроническими заболеваниями внутренних органов и систем при пародонтите средней тяжести наблюдались разнообразные клинические проявления и большая вариабельность анализируемых рентгенологических признаков. На рентгене больше преобладали четкие признаки резорбтивного процесса на фоне удовлетворительной гигиены полости рта. У больных с хроническим пародонтитом тяжелой степени на фоне общесоматической патологии наблюдался активный воспалительный процесс в пародонте с выраженной кровоточивостью десны и частыми обострениями на фоне «неудовлетворительной» и «низкой» гигиены полости рта.

#### Список литературы

1. Исмоилов А.А. Оценка пародонтологического статуса у больных с сопутствующей соматической патологией / А.А. Исмоилов // *Здравоохранение Таджикистана*. – 2010. – № 2. – С. 125-126.
2. Ravon N.A. Signs of carotid calcification from dental panoramic radiographs are in agreement with Doppler sonography results / N.A. Ravon, L.G. Hollender, G.R. Persson // *J Clin Periodontol*. - 2013. - Vol. 30, N 12. - P. 1084-1090.
3. Деркач В.В. Профилактика осложнений при лечении хронического пародонтита на фоне системного остеопороза: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / В.В. Деркач. - М., 2011. - 23 с.
4. Мартиросян В.Г. Клинико-микробиологические особенности диагностики хронического генерализованного пародонтита: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / В.Г. Мартиросян. - М., 2011. - 22 с.
5. Исследование экспрессии рецепторов врожденного иммунитета у больных хроническим пародонтитом с системной потерей минеральной плотности костной ткани: сб. науч. тр. / В.Н. Царев, Е.Н. Николаева, Е.В. Ипполитов, Е.В. Грецов // *Микробиология – практическому здравоохранению*. - М., 2013. - С. 60-64.

### ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛАЙНЕРОВ В ОРТОДОНТИИ

*Хасанова Б.К., Разакова Ш.К.*

Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

**Актуальность.** Красивые и ровные зубы стали неотъемлемой частью имиджа современного человека, одним из показателей его образованности, благополучия и здоровья в результате чего на фоне высокой распространенности зубочелюстных аномалий ортодонтическое лечение становится одним из самых востребованных видов стоматологической помощи (Арсенина О.И., 2007). По статистике, больше 80% людей старше 15 лет имеют ту или иную аномалию прикуса [2]. Нередко, несмотря на очевидную необходимость ортодонтического вмешательства, пациенты отказываются от него из-за изменения внешнего вида их улыбки (Morris R. 2009). Кроме того, с клинической точки зрения брекет - система помимо ортодонтического действия может оказывать неблагоприятное воздействие на твердые ткани зуба, ткани пародонта и слизистую оболочку полости рта, чему посвящено множество работ в отечественной и зарубежной литературе (Колобова Е.Б., 2001, Коржукова М.В., 2012, Florman M., 2010). В 1997 году были разработаны элайнеры – позволяющие корректировать различные формы аномалий окклюзии. В отличие от несъемной брекет – системы они обладают основными преимуществами съемной ортодонтической аппаратуры: большим удобством в применении, гигиеничностью (Bishop A. et al., 2002). Также в настоящее время для многих пациентов критерием выбора метода ортодонтического лечения является эстетичность, комфорт и «незаметность», особенно для пациентов старшего возраста важное значение имеют вопросы эстетического характера (Claudino D., Traebert J., 2013; Grzi R., Spalj S., Lajnert V., Glavici S., Uhas I., Pavici D.K., 2012; Schwartz B., 2012).

Элайнеры – представляя собой абсолютно прозрачные съемные капшы, постепенно и мягко воздействуя на зубной ряд, направляют каждый зуб к идеальному расположению. Конструкция изделия предусматривает слабое постоянное давление на зуб, вызывая рассасывание костной ткани альвеолы в направлении движения данного зуба и образование костной ткани в противоположном направлении. В результате этого обеспечивается постепенное перемещение зуба по заданной траектории [1]. Таким образом, преимущества исправления прикуса элайнерами вытекают из особенностей самой конструкции, и первое из них – это незаметность, основные показания к применению элайнеров в ортодонтии: это - 1. Скученность зубов – зубы расположенные слишком плотно, 2. Наличие промежутков между зубами, в том числе и диастема (видимый промежуток между верхними центральными резцами); 3. Нарушения формы зубного ряда; 4. Небольшой наклон зубов (протрузия, ретрузия).

Основными противопоказаниями применения элайнеров являются: тяжёлые патологии нервной системы; скелетные аномалии челюстей; заболевания пародонта; наличие непрорезавшихся (ретинированных) зубов; наличие твёрдых зубных отложений; тяжёлые соматические заболевания и возраст пациента до 12 лет. Положительными в лечении с элайнерами отметим следующее:

1. Лёгкость в использовании.
2. Высокая эстетичность – для окружающих капшы абсолютно незаметны.
3. Конструкция съёмная, и легко снимается и одевается пациентом самостоятельно.
4. Материал, из которого изготовлены капшы – поликарбонат, он не подвержен окрашиванию от пищевых продуктов.
5. Благодаря воздействию по всей поверхности коронки зуба достигается полный контроль за перемещением зуба.
6. Капшы не травмирует мягкие ткани ротовой полости.
7. Привыкание к элайнерам происходит очень быстро – от нескольких часов до 1-2 суток.
8. Ежедневная гигиена полости рта при использовании капш не затруднена – они снимаются перед процедурой.
9. Нет необходимости в особенной гигиене для самого капшы – его достаточно почистить щеткой и обмыть тёплой проточной водой.

10. Каппы надёжно фиксируются на зубах благодаря технике изготовления по индивидуальным слепкам. В случае необходимости (если каппа спадает) врач может нанести на несколько зубов специальный удерживающий состав.
11. Одновременно с исправлением прикуса можно производить и отбеливание зубов.

Скученное положение зубов – одна из наиболее часто встречающихся патологий зубочелюстной системы. Кроме этого является одной из частых причин обращения к врачу-ортодонту из – за неправильного положения фронтальной группы зубов. По данным ряда авторов (Арсенина О.И., 2002; Чумаков Л.С., 2004; Малыгин Ю.М., 2004; Персин Л.С., 2004; Теперина И.М., 2004; Жулев Е.Н., 2005; Хорошилкина Ф.Я., 2006; Головинова Н.Э., 2009 и других), распространенность скученного положения зубов составляет в среднем 33,7%.

Фирма AlignTechnology в 1998 году одна из первых выпустила такие каппы.[1]. Однако в отечественной литературе научные публикации об использовании съёмных ортодонтических аппаратов для лечения скученного положения зубов в период прикуса постоянных зубов встречаются довольно редко и носят несистематизированный характер (Акопян В.Л. 2008; Петров А.А., 2010; Григорьева О.Ш., 2013). В этой связи актуальной является разработка алгоритма лечения пациентов со скученным положением зубов с использованием капп- элайнеров.

**Цель исследования.** Применение элайнеров при лечении скученности зубов фронтального участка челюстей для достижения оптимальных анатомических и эстетических результатов. Лечение без брекетов.

**Материалы и методы исследования.** Лечение с помощью элайнеров включает в себя следующие этапы [3]: 1. Клинические и дополнительные методы диагностики, для постановки диагноза и составления плана лечения. 2. Снятие слепков, изготовление рабочих гипсовых моделей или виртуальных оттисков для печати модели в 3D принтере. 3. Получение виртуальной сетап-модели и составление плана лечения с визуализацией окончательного результата. Ознакомление и согласование плана лечения с пациентом. 4. Изготовление индивидуального набора капп для пациента. 5. Клинические этапы ведения пациента. Клинические обследования пациентов мы проводили на базе кафедры в УКЦ «Стоматология» ТГМУ им Абуали ибни Сино. Возраст пациентов был от 15 до 27 лет. Для анализа были взяты результаты лечения пациентов со скученностью фронтального участка челюстей при нейтральном прикусе. При лечении использовали прозрачные элайнеры (капы), изготовленные из пластин путем термоформирования, которые позволили предсказуемо переместить зубы на небольшие расстояния. Было изготовлено 3, 5 элайнера (каппы) - 1 капа была рассчитана на перемещение одного зуба на 1 мм. (пациенты носили элайнеры постоянно, каппу снимали только во время чистки зубов, приема пищи и приема ярко окрашенных напитков). Дополнительно применили методику апроксимальной сепарации – стриппинга группу фронтальных перемещаемых зубов, с последующей реминерализацией эмали.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Многие пациенты хотели альтернативное лечение и отказались от применения брекет системы, поэтому им были предложены – элайнеры. На первом приеме были сняты слепки на диагностическую и рабочую модель. Произведены расчёты. На модели по нашей методике причинные зубы были продвинуты орально на 1мм, а с противоположной стороны произведено сошлифовывание вестибулярной поверхности зубов и произведен стриппинг 11,12,13,21,22,23-,31,32,33,41,42,43 зубов, то же самое мы провели в полости рта пациентов. Зубы были покрыты реминерализующими препаратами. Первый элайнер, изготовленный из пластины диаметром 2мм, путем термоформирования –позволил нам переместить зубы на небольшое расстояние. Мы подготовили 3 – 5 элайнера в зависимости от перемещения зубов; - 1 капа была рассчитана на перемещение зуба на 1 мм в течение 2-3 недель. Пациенты носили их постоянно, снимая только во время чистки зубов, приема пищи и приёма ярко окрашенных напитков во избежание окрашивания и потери эстетического вида элайнеров в ходе лечения. На последующих посещениях мы повторно снимали слепки и передвигали зубы на моделях на 1 мм и так до полного перемещения зубов в зубной дуге. Элайнеры позволили нам переместить зубы в ровное положение в зубном ряду верхней и нижней челюстей.

**Выводы.** Таким образом, применяя прозрачные элайнеры мы можем выровнять положение зубов при скученности и протрузии фронтальной группы зубов. Элайнеры позволяют пациентам более эстетическое лечение и они являются достойной заменой брекет- систем.

#### Список литературы

1. Персин Л. С. Ортодонтия, диагностика и лечение зубочелюстных аномалий. // Руководство для врачей-М — 2004. — 280 с.
2. Манжуловская В. В. Самое современное в ортодонтии //Невидимые брекеты — 2013. — С. 143—145.
3. Аболмасов Н. Н. Стратегия и тактика профилактики заболеваний пародонта // Стоматология. — 2003. -№4. — С. 34-39.
4. Bouchez R. Invisalign Orthodontic Treatment // Private Practice Clinical Professor Universities of Paris, France. — P. 7—12.
5. Proffit W.R. // Contemporary Orthodontics. — Mosby Inc. (US), 2008. — P. 13.

#### ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

*Ходжаева М.Дж., Убайдуллоева Н.А., Фирузи М.Ф.*

Кафедра терапевтической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Согласно проведенным научным исследованиям, у 40% детей в подростковом периоде наблюдается гингивит, при этом у 10% гипертрофический [3]. В этиопатогенезе гипертрофического гингивита в подростковом возрасте существенное значение имеют неправильная гигиена полости рта, аномалии положения и скученности зубов, нарушение прикуса, изменения гормонального фона [2,4]. В юношеский период происходят

заметные изменения активности различных эндокринных желез. Усиление функции половых желез в период полового созревания оказывает существенное влияние на деятельность других желез внутренней секреции и может нарушать то равновесие, которое имелось в период детства. В этот период гипертрофический гингивит может быть обусловлен гиперплазией щитовидной железы (ювенильной струмой), так как существует определенная связь между функциями гипопифиза, щитовидной железы и половыми железами [1].

**Цель исследования.** Выявить зависимость возникновения гипертрофического гингивита от состояния гормонального фона в подростковом периоде.

**Материал и методы исследования.** Нами было обследовано 52 больных в возрасте от 12-18 лет, из них 30 мальчиков (57,7%) и 22 девочки (42,3%) в частных стоматологических клиник «СихатДент» г. Душанбе и УКЦ «Стоматология» ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Обследуемым проводились определение гигиенического состояния полости рта упрощенным индексом ОНI-S, степень воспаления десны индексом РМА и пробой Шиллера-Писарева, а также пациенты были проконсультированы у эндокринолога. На 1 посещении всем пациентам была осуществлена профессиональная гигиена полости рта ультразвуковым скейлером, рекомендованы средства гигиены по индивидуальному состоянию полости рта, а также пациенты были обучены правильной чистке зубов. Были проведены следующие манипуляции в полости рта: инстилляционная ложных карманов 1% спиртовым раствором хлорфиллипта в разведении 1:100, 0,01% раствором мирамистина и мараславином ежедневно в течение 10-15 минут; склерозирующая терапия – под анестезией, введение в десневые сосочки 40%-ной глюкозы после снятия воспалительного процесса, наложение лечебной повязки из сложной мази (метрогил Дента+гепариновая мазь+троксевазин+метилурациловая мазь+гидрокортизон+облепиховое масло) на 30 минут. На дом было назначено полоскание полости рта раствором хлоргексидина 0,05% и отварами лекарственных трав (ромашка, кора дуба, тысячелетник) 2 раза в день.

Повторный осмотр больных проводился на 3, 10 день и 6 месяцев от начала лечения.

**Результаты исследования и их обсуждение.** При обращении за стоматологической помощью пациенты жаловались на появление отечности, болезненности и кровоточивости десен при чистке зубов и приеме пищи. При осмотре у всех больных было обнаружено наличие поддесневых зубных отложений и зубной налет. Гипертрофия десны на 1/3 поверхности зуба было обнаружено у 12 (23%), на 1/2 - у 30 (57,8%) и на 2/3 - у 10 (19,2%) пациентов.

При определении гигиенического индекса полости рта у 10 (19,3%) пациентов гигиена полости рта было неудовлетворительной, у 27 (51,9%) - плохой, у 15 (28,8%) - очень плохой. Проба Шиллера-Писарева была положительна у всех 52 пациентов, что составило 100%. Значения индекса РМА у 10 (19,3%) пациентов колебались от 18,5% до 30%, что соответствует легкой степени тяжести гингивита, у 28 (53,8%) в среднем составило 46% - средней степени и у 14 (26,9%) было 68% - тяжелой степени. Полученные результаты исследования пародонтального статуса больных свидетельствуют о высокой степени воспалительного процесса и о плохой гигиене полости рта. Со стороны эндокринной системы у 70% исследуемых больных наблюдалось изменение гормонального фона. Из них у 41,6% больных (22 человека) было обнаружено увеличение щитовидной железы, а у 28,4% (14 человек) - увеличение гормонов роста – прогестерона и эстрадиола. В результате проведенного местного лечения полости рта и назначения со стороны эндокринолога стихание заболевания мы добились намного быстрее. Уже на 3-ий день лечения наблюдалось улучшение состояния десен, снижение отеков, уменьшение кровоточивости десен. На 10-ый день лечения у больных наблюдалось полное стихание заболевания. Через 6 месяцев больным было назначено повторное обследование. При повторном обследовании у 28 больных, что составило 53,8%, мы добились полного выздоровления, а у 24 больных, что составило 46,2%, ремиссии гипертрофического гингивита. Это объясняется тем, что накопление гормонов роста прогестерона и эстрадиола уменьшилось, а состояние щитовидной железы необходимо постоянно поддерживать.

**Вывод.** Данные результатов отдаленного обследования больных позволяют нам сделать заключение о том, что гипертрофический гингивит подросткового периода необходимо лечить совместно с эндокринологами.

#### Список литературы

1. Гингивиты у детей. Учебно-методическое пособие/ Т.Н.Терехова [и др.]. Минск: БГМУ, 2012. – 15 с.
2. Заболевания пародонта/Н.Ф. Данилевский, А.В. Борисенко - Киев: Здоровье, 2000. – 125с
3. Стоматология детского возраста. Руководство для врачей / Т.Ф. Виноградова, О.П. Максимова, В.В. Рогинский / М.: Медицина, 1987 –82с
4. Терапевтическая стоматология. Часть 2 Болезни пародонта/ Г.М Барер Москва.: ГЭОТАР-Медиа, 2008 – 154с

#### К ВОПРОСУ ОБ ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА И ПЕРИОДОНТИТА В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ НАБЛЮДЕНИЯ

*Шаринов Х.С., Зарипов А.Р., Шарипов С.М.*

Кафедра ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Под хронической очаговой инфекцией ротовой полости подразумеваются скрытые очаги инфекции, локализующиеся в органах и тканях полости рта, способные вызывать или поддерживать хронические заболевания организма или его отдельных органов [4, 5]. Существует другое понятие, аналогичное по смыслу, - это хроническая стоматогенная инфекция, обусловленная хроническими заболеваниями мягких и твердых тканей органов полости рта [2].

Многолетними исследованиями отечественных [1, 3] и зарубежных [6, 7] ученых доказано, что хронические очаги стоматогенной и одонтогенной инфекции при определенных условиях, таких как снижение общей рези-

стентности организма вследствие стресса или перенесенной тяжелой операции, могут быть причиной развития хронического состояния организма.

Проведенный анализ методов диагностики и эндодонтического лечения пульпитов и периодонтитов показывает, что в эндодонтии ряд методов диагностики должен обязательно включаться в стандарты обследования при выявлении и лечении эндодонтических осложнений [6, 7].

Успешное лечение эндодонтических осложнений может быть осуществлено только после точной его диагностики. При диагностировании заболеваний пульпы и периодонта используются различные методы исследования. Вместе с тем, необходимо отметить, что только сочетанное использование методик исследования состояния пульпы и периодонта позволяет с высокой степенью достоверности определять форму заболевания, что предопределяет выбор метода эндодонтических осложнений. В связи с этим стандарты оказания стоматологической помощи при эндодонтическом лечении определяют перечень методов исследования, которые врач обязан использовать в своей клинической практике при конкретной эндодонтической форме патологии.

**Цель исследования.** Проанализировать результаты использования стандартов эндодонтического лечения при осложненных формах кариеса зубов в отдаленные сроки наблюдения.

**Материал и методы исследования.** На первом этапе исследования было изучено состояние стоматологического статуса у 98 пациентов с пульпитом и периодонтитом (соответственно 52 и 46 зубов) различных функционально-ориентированных групп зубов. Среди обследованных были 54 мужчины и 44 женщины в возрасте от 18 до 55 лет, проходивших лечение в Учебно-клиническом центре «Стоматология» Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино.

При обращении больных определяли причину обращаемости пациента за медицинской помощью (неотложная помощь в связи с острой болью, плановое обращение в связи с наличием хронического стоматологического заболевания, посещение пациента лечебно-профилактического учреждения в связи с активным вызовом при проведении плановой санации полости рта). Основное внимание уделяли осложненным формам кариеса зубов (пульпит, периодонтит), как причине обращаемости людей за неотложной или плановой стоматологической помощью.

**Результаты исследования и их обсуждение.** У 60 человек (34 мужчины и 26 женщин) нами выполнено эндодонтическое лечение зубов по поводу различных форм пульпита. Эндодонтическое лечение при пульпите выполнено на 25 однокорневых, 26 двухкорневых и 9 трехкорневых зубах. У 38 человек 15 мужчин и 23 женщины выполнено эндодонтическое лечение по поводу различных форм периодонтита. Эндодонтическое лечение при данной форме осложненного кариеса зубов выполнено на 13 однокорневых, 14 двухкорневых, а также 11 трехкорневых зубах.

В отдаленный период наблюдения (12 месяцев, 24 месяца и более) оценка эффективности эндодонтического лечения пульпита осуществлялась следующим образом. При отсутствии клинических и рентгенологических признаков патологии лечение считалось эффективным. Эндодонтическое лечение считалось неэффективным при наличии клинических признаков «остаточного» пульпита и отсутствии рентгенологических признаков патологии периодонта, а также при отсутствии или наличии клинических признаков патологии периодонта и возникновения в области верхушки корня зуба рентгенологического очага «просветления» костной ткани челюсти.

Оценка эффективности эндодонтического лечения периодонтита в отдаленные сроки наблюдения за пациентами осуществлялась следующим образом. При отсутствии клинических и рентгенологических признаков патологии периодонта лечение считалось эффективным. Лечение также считалось эффективным, если при отсутствии клинических признаков периодонтита, по данным рентгенологического исследования, отмечали репаративные процессы костной ткани в периапикальной области.

Лечение периодонтита в отдаленные сроки наблюдения считали неэффективным, если у пациента существовавший очаг рентгенологического «просветления» не имел признаков репарации костной ткани даже при отсутствии клинических проявлений воспалительного процесса в периодонте зубов.

На завершающем этапе исследования для изучения эффективности функционирования системы качества оказания медицинской помощи была изучена имеющаяся документация по контролю качества эндодонтической помощи. Полученные материалы свидетельствуют о нижеследующем. Через 12 месяцев оценка эффективности эндодонтического лечения пульпита однокорневых, двух- и трехкорневых зубов у стоматологических пациентов показала, что отсутствие клинических и рентгенологических признаков патологии (то есть эндодонтическое лечение было эффективным) отмечено с учетом количества корней в пролеченных зубах, соответственно в 80,0%, 80,0% и 75,0% случаев.

Эндодонтическое лечение было неэффективным из-за наличия клинических признаков «остаточного» пульпита при отсутствии рентгенологических признаков патологии только при лечении трёхкорневых зубов и отмечено нами в 16,67% случаев. Неэффективно было лечение пульпита в одно-, двух- и трёхкорневых зубах пациентов соответственно в 20,0%, 20,0% и 8,33% случаев. У этих пациентов при отсутствии или наличии клинических признаков патологии периодонта в области верхушки корней зуба определялись на рентгенограммах очаги «просветления» костной ткани челюсти.

Спустя 2 года и более оценка эффективности эндодонтического лечения пульпита одно-, двух- и трёхкорневых зубов у ранее леченных стоматологических пациентов показала, что отсутствие клинических и рентгенологических признаков патологии (то есть эндолечение было эффективным) отмечено с учетом количества корней в пролеченных зубах соответственно в 60,0%, 60,0% и 66,7% случаев. Среди обследованных лиц неэффективно было лечение пульпита одно-, двух- и трёхкорневых зубов соответственно в 40,0%, 40,0% и 33,3%.

У стоматологических пациентов в отдаленный период наблюдения оценка эффективности эндодонтического лечения периодонтита одно-, двух- и трёхкорневых зубов показала, что отсутствие клинических и рентгенологических признаков патологии (то есть эндолечение было эффективным) отмечено с учетом количества корней в про-

леченных зубах соответственно в 50,0%, 50,0% и 25,0% случаев. Эндодонтическое лечение было эффективно из-за отсутствия клинических признаков и положительной динамики рентгенологических признаков патологии только при лечении двухкорневых (25,0%) и при лечении трёхкорневых (33,3%) зубов. Неэффективно было эндолечение периодонтита в одно-, двух- и трёхкорневых зубах пациентов соответственно в 50,0%, 50,0% и 41,7% случаев. У этих пациентов при отсутствии или наличии клинических признаков патологии периодонта в области верхушки корней зуба определялись на рентгенограммах очаги «просветления» костной ткани челюсти.

Таким образом, совершенствование качества эндодонтической помощи при лечении осложненных форм кариеса зубов является важнейшей задачей деятельности любого стоматологического учреждения, оказывающего прямое влияние на состояние здоровья обслуживаемого населения. Успешное достижение данной цели обеспечивается системой управления качеством эндодонтической помощи.

#### Список литературы

1. Ашуров, Г.Г. Патология полости рта у больных с неблагоприятным соматическим фоном / Г.Г. Ашуров, А.А. Исмоилов, С.М. Каримов. - Душанбе, 2016. - 319 с.
2. Балин, В.Н. Практическая периодонтология / В.Н. Балин, А.К. Иорданишвили, А.М. Ковалевский. - СПб.: Питер-Пресс, 2013. - 272 с.
3. Галанова Т.А., Щербакова Т.Е. Отдаленные результаты лечения хронического апикального периодонтита // Эндодонтия today. 2011. № 2. С. 73-77.
4. Иорданишвили А.К., Салманов И.Б., Старченко В.И. Оценка эффективности эндодонтической помощи при патологии периодонта // Кубанский научный медицинский вестник. 2-16. № 1(156). С. 57-62.
5. Рединова Т.Л., Прилукова Н.А. Влияние общих и местных факторов на репаративные процессы периапикальных тканей после эндодонтического лечения хронического апикального периодонтита // Стоматология. 2012. № 4. С. 11-15.
6. Frisk F., Hakeberg M. Socio-economic risk indicators for apical periodontitis // Acta Odontol Scand. 2016. N 64 (2). P. 123-128.
7. Lopez-Lopez J. Jane-Salas E. Frequency and distribution of root-filled teeth and apical periodontitis in an adult population of Barcelona, Spain // Intern Dent J. 2012. Vol. 62, N 1. P. 40-46.

#### К ОСОБЕННОСТЯМ ДИАГНОСТИКИ АЛГИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПРИ СОМАТОФОРМНЫХ СОСТОЯНИЯХ У ЛИЦ СТАРШЕ 50 ЛЕТ

*Шестакова Р.А., Воронина Е.О.*

Кафедра психиатрии и наркологии ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский университет)

**Актуальность.** По данным различных авторов, от 20% до 80% пациентов общей медицинской сети предъявляют соматические жалобы, не имеющие органической основы [1]. В исследованиях последних лет отмечено, что с увеличением возраста у пациентов с соматоформными состояниями отмечается динамика смещения болевых ощущений в область полости рта, а также увеличение сходства клинических проявлений с истинными болями соматического происхождения [2]. В крупном эпидемиологическом исследовании, включившем 34242 пациента, в различных стоматологических центрах Германии было показано, что подобные болевые расстройства, не имеющие в патогенезе значимой соматической причины, встречаются в 5,2% случаев при обращении за стоматологической помощью [3]. Диагностика данных состояний у пациентов старшей возрастной группы особенно затруднена, т.к. данный возраст совпадает с возрастными изменениями микроэлементного состава зуба, протезированием зубов и установкой других вспомогательных стоматологических конструкций. Несвоевременная диагностика соматоформного состояния влечет за собой неоправданные стоматологические вмешательства, финансовые затраты со стороны пациентов и системы здравоохранения, а также элементы социальной дезадаптации, прежде чем будет поставлен правильный диагноз.

Учитывая постепенное увеличение продолжительности жизни [4], а также увеличение доступности и разнообразия стоматологических манипуляций, проблема алгий челюстно-лицевой области при соматоформных состояниях становится все более актуальной, а выработка критериев для выявления расстройства, возможных к применению в общей стоматологической практике, - необходимой.

**Цель исследования.** Изучить клиничко-психопатологические особенности соматоформных состояний, проявляющихся алгиями челюстно-лицевой области, у пациентов старше 50 лет.

**Материал и методы исследования.** Исследование проведено на базе Клиники психиатрии им. С.С. Корсакова УКБ №3 ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет) среди пациентов женского пола, старше 50 лет на момент включения в исследование, проходивших лечение с диагнозом «соматоформное расстройство», которое проявлялось болевыми ощущениями в челюстно-лицевой области. Соматоформное расстройство диагностировалось согласно критериям МКБ-10, а именно повторяющееся возникновение у пациента физических симптомов, в сочетании с его требованиями медицинского обследования, несмотря на наличие объективных доказательств отсутствия физической болезни как основы данных расстройств. В исследование не включались пациенты, страдающие алкоголизмом, наркоманией и/или токсикоманией (с наличием перечисленных состояний в анамнезе). Методы исследования: клиничко-психопатологический метод, MADRS (Шкала депрессии Монтгомери-Асберга), шкала оценки поздних депрессий (Авдеева Т.И.), CRAS (Шкала тревоги Шихана), опросник SF – 36 (русскоязычная версия), VAS-S (визуальная аналоговая шкала интенсивности боли). Анализ результатов прове-

ден с использованием методов статистической обработки данных, рекомендованных для медико-биологических исследований.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Средний возраст исследуемых составил 59 лет. Средняя длительность течения заболевания с момента появления дискомфортных ощущений/болеи челюстно-лицевой области до обращения к психиатру составила 25 месяцев. У 60% присутствовали изолированные алгии, у 40% сочетанные болевые синдромы. В течение жизни у 40% пациентов данной группы ранее отмечались болевые синдромы других локализаций, не имеющие соматической основы, – хронические боли в спине, шее, мигренозные боли; у 20% отмечены проявления синдрома раздраженного кишечника; у 60% - выраженные болевые предменструальные синдромы.

Все пациенты до обращения к психиатру проходили лечение у стоматологов с подозрением на следующие заболевания: аллергические реакции на использованные ранее металлокерамические конструкции (70%), патология височно-челюстного сустава (50%), воспалительные заболевания полости рта (20%), патология расположения челюстей и зубов (ортодонтическое лечение - 20%). Основной жалобой пациенток являлась продолжающаяся боль, чаще всего унилатеральная (80%), которая варьировала по интенсивности и длительности в течение дня. Билатеральная и перемежающаяся локализация боли встречалась в 20% и 5% случаев соответственно. Ночные боли не выявлялись, хотя нарушение сна отмечено более, чем у половины исследуемых. Среди проведенных необоснованных стоматологических манипуляций большее распространение имели удаление ранее использованных металлокерамических конструкций (30%) и экстирпация зубов (20%). Среднее количество обращений к специалистам стоматологического профиля среди исследуемых составила 6 обращений в год. Особенности исследуемых отмечены: необычность в описании жалоб, фиксация на неприятных болевых ощущениях, настойчивость на хирургическом лечении с целью «предотвращения» тягостного состояния, высокий уровень нарушения социальной и трудовой адаптации, не соответствующий данным визуальной аналоговой шкалы интенсивности боли. Баллы по шкале депрессии Монтгомери-Асберга, а также шкале оценки поздних депрессий Т.А.Авдеевой не выявили высокого уровня депрессии – средний балл составил 10-13 и 11-16 баллов соответственно, что доказывает трудность выявления эмоционально-аффективных нарушений у данной группы пациентов и субклинический уровень их проявления.

**Выводы.** При изучении клинико-психопатологических особенностей соматоформных состояний, проявляющихся алгиями челюстно – лицевой области у пациентов старшей возрастной группы, возможно выделение определенных закономерностей, среди которых: подробное, несколько вычурное описание характера болевых ощущений, с преобладанием определений, литературных сравнительных оборотов: «жгучая, как от перца чили», «нестерпимая, как от прокола иглой» и др.; высокая обращаемость к врачам различных специальностей, частая замена специалистов, по причине постоянного желания консультироваться «у более квалифицированного»; настойчивость в проведении повторных диагностических процедур, применении разнообразных методик лечения, в том числе хирургических, для преодоления тягостных болевых ощущений; высокий уровень нарушения социальной и трудовой адаптации, не соответствующий данным визуальной аналоговой шкалы интенсивности боли. Соматоформные симптомы часто сопровождаются аффективной симптоматикой – депрессивной, тревожной, дистимической, но в данном исследовании проявлялись преимущественно субсиндромально.

Исследование демонстрирует значимость междисциплинарного подхода и является предметом дальнейшего совместного изучения психиатров и стоматологов для выработки диагностических механизмов раннего выявления пациентов с соматоформными состояниями в общей стоматологической практике.

#### Список литературы

1. Смулевич, А.Б. Клинико-эпидемиологическая программа «Синтез»: распространенность и структура психических расстройств в общей медицине (актуальные вопросы и перспективы) / А.Б. Смулевич, А.В. Андрющенко, Д.А. Бескова // В кн.: «Психические расстройства в клинической практике». Под ред. А.Б.Смулевича. – М., 2011. – С. 230-309.
2. Винникова, И.Н. Феноменология сенесталгий у пациентов старших возрастных групп / И.Н. Винникова, М.Ю. Белова // Российский психиатрический журнал. – 2017. - №4. – С.47-52.
3. Management of Chronic Orofacial Pain: A Survey of General Dentists in German University Hospitals / S. Wirz [et al.] // Pain Medicine. – 2010. – V.11, N3. – P.416-424. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2010.00805.x>
4. Отчет Организации Объединенных наций «Мировые демографические перспективы», пересмотренное издание, 2017. Ссылка активна на 01.07.2019. [World Population Prospects. The 2017 Revision. United Nations, New York, 2017]. <http://www.un.org/ru/sections/issues-depth/ageing/index.html>

#### ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ГЕМОСТАТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ПЕРЕВЯЗОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ ПОКРЫТЫХ НАНОЧАСТИЦАМИ ДВУОКСИ АЛЮМИНИЯ И ЖЕЛЕЗА “IN VIVO”

*Юльчиев Р.И., Джонибекова Р.Н., Шокиров М.Н.*

Кафедра челюстно-лицевой хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

**Актуальность.** В литературных источниках последних лет, в особенности зарубежных, появились сведения, подтверждающие проведение комплекса научных исследований по созданию новых кровоостанавливающих средств, разрабатываемых на основе гибридных органо–неорганических материалов [1-3].

Между тем следует отметить, что проводимые исследования находятся в тренде мировых инновационных разработок и считаются чрезвычайно актуальными, ибо они проводятся на высоком уровне современных научных



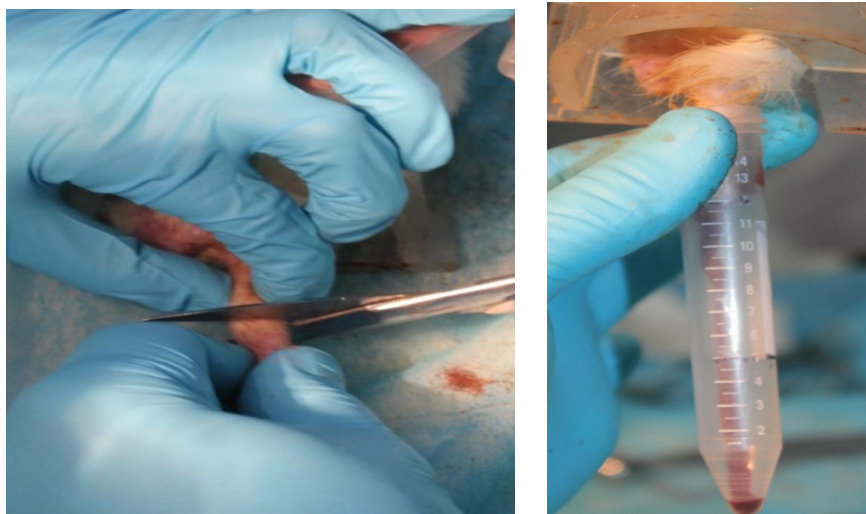
исследований. Более того, указанные исследования вписываются в существующую атмосферу активного поиска таких комбинированных нетоксичных гемостатических средств, не имеющих побочных действий и не вызывающих аллергических реакций, а также обладающих антимикробным и регенерирующим действиями [5]. Следует особо подчеркнуть, что выполняемые на сегодняшний день научные исследования, посвященные изучению проблемы остановки кровотечения, имеют в своей основе единый взгляд на механизм свертывания крови, опирающийся на теорию “о сложных биохимических и биофизических процессах, происходящих в биологической среде”. Между тем, по мнению этих же авторов, разработанные на сегодняшний день инновационные гемостатические средства на основе гибридных органико-неорганических материалов способны обеспечивать эффективную остановку кровотечений вне зависимости от факторов свертывающей системы крови. В указанном направлении, в частности, сообщается об эффективном использовании нанокompозитного геля целлюлозы - кератина, хитозана, покрытого двухатомным силикатным кремнием, антарктического крил-хитозана, а также двуокиси алюминия и железа [2], имеющих большую перспективу клинического применения.

**Целью исследования** является оценка эффективности гемостатической активности перевязочных материалов, покрытых наночастицами оксида алюминия и железа, а также “Vita-Vallis” в эксперименте.

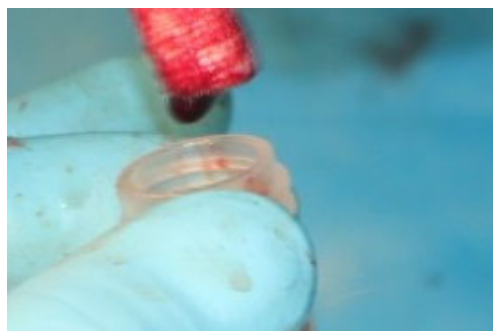
**Материал и методы исследования.** Оценка эффективности кровоостанавливающего действия микро/мезопористых материалов на основе оксида алюминия и оксида железа, в том числе перевязочного материала “VitaVallis”, проводилась на эксперименте “in vivo” на животных в условиях ЦНИЛ им Абуали ибни Сино. Для объективной оценки результатов исследования экспериментальные группы животных были распределены на четыре группы, у которых в условиях in vivo проводилось воспроизведение модели кровоточащих ран. При этом на модели кровоточащих ран были определены следующие основные показатели кровотечения: **время остановки кровотечения и фактический объем кровопотери.**

Экспериментальное исследование проведено в рамках и на основе предложенного стандарта международного дизайна. В качестве экспериментальных животных использованы самцы белых крыс породы “Vistar” весом от 202 г до 395 г. При этом животные были разделены на 3 группы- по одному самцу в группе. В качестве контроля служила крыса, где за моделью кровоточащей раны проводилось визуальное наблюдение, до самопроизвольной ее полной остановки.

Моделирование раны проводили в асептических условиях. Для этого под обезболиванием раствором 2%-лидокаина 1,0-2,0 после двукратной обработки зоны вмешательства 70% спиртом на предварительно депилированном сегменте хвоста животных на расстоянии 5см от его кончика с использованием хирургических ножниц проводили ампутацию. Для остановки кровотечения на моделях кровоточащих ран у первого животного был использован наноструктурный Aloohene, у второго животного кровоточащая рана обрабатывалась наноструктурным  $Fe_2O_3$ , в третьей группе был использован новый перевязочный материал “VitaVallis” (рис 1-4).



Рисунки 1 и 2. - Ампутация хвоста и определение объема кровопотери





Рисунки 3 и 4. - Остановка кровотечения с использованием инновационных наночастиц двуокиси алюминия и железа

**Результаты исследования и их обсуждение.** Результаты исследования представлены в таблице 1.

**Таблица 1**

Группа	Начало времени скорости остановки кровотечения (ВСК)	Конец времени скорости остановки кровотечения (ВСК)	Вес животных	Объем кровопотери
1-я опытная крыса. С целью гемостаза использован наноструктурный <b>оксид алюминия</b>	1:21	3:40	282 гр	0,75-1,0 мл
2-я опытная крыса. С целью гемостаза использован наноструктурный <b>оксид железа</b>	1:03	3:02	202 гр	075- 1,0 мл
3-я опытная крыса. С целью гемостаза использован перевязочный материал” <b>Vita Vallis”</b>	1:23	3:10	395 гр	0,75 – 1,0 мл
4 – я опытная крыса. <b>контрольная</b>	1:11	3:32	287 гр	0,75 – 1,0 мл

Как видно из таблицы 1, наиболее оптимальная гемостатическая активность, согласно проведенному исследованию, выявлена у наноструктурного оксида железа, при применении которого начало и конец скорости остановки кровотечения составляли 1:03-3:02 соответственно. Далее указанные свойства были лучше выражены у перевязочного материала Vita-Vallis, нежели чем у наноструктурного оксида алюминия, где эти показатели составили 1: 23 и 3:10, 1: 21 и 3: 40 соответственно. Между тем у контрольного животного начало и конец времени скорости кровотечения составляли 1: 11 и 3,32.

При этом у всех животных объем кровопотери находился в равных пределах -0,75 - 1.0 мл.

Таким образом проведенное экспериментальное исследование по оценке гемостатического действия микро/мезопористых материалов на основе оксида алюминия и оксида железа и перевязочного материала “Vita-Vallis” позволяют сделать **следующие выводы:**

1. кровоостанавливающее действие микро/мезопористых материалов на основе оксида алюминия и оксида железа, в том числе перевязочного материала “Vita-Vallis”, согласовывается с ранее проведенным исследованием и подтверждает наиболее высокую гемостатическую активность наночастиц оксида железа.
2. для раскрытия механизма и гемостатической активности перевязочных материалов, покрытых наночастицами оксида алюминия и железа, а также “Vita-Vallis” необходимо проведение дополнительного морфологического исследования изъятых для этих целей материалов.
3. клиническая апробация инновационных материалов в гемостатических целях может быть осуществлено в перспективном плане в ситуациях у больных с луночковыми а также полиорганными паренхиматозными кровотечениями

## Список литературы

1. Кузнецова, Н.Р. Дифференциальное связывание белков плазмы крови липосомами, несущими в бислое липофильные пролекарства метотрексата и мелфалана / Н.Р. Кузнецова, Е.Л. Водовозова // Биохимия. – 2014. – Т. 79, №.8. – С. 999-1008.
2. Acid-base and adsorption properties of the AlOOH 2D nanostructures as factors for regulating parameters of model biological solutions / A.S. Lozhkomoiev [et al.] // Nanotechnologies in Russia. – 2016. – V. 11, N7-8. – P. 506-511.
3. Susree, M. Effect of platelet concentration and calcium on plasma clot absorbance / M. Susree, M. Anand // International Journal of Research in Engineering and Technology. – 2016. – Vol.5, Issue 6. - P. 102-104.
4. Phosphate adsorption on synthetic goethite and akaganeite / R. Chitrakar [et al.] // Journal of Colloid and Interface Science. – 2006. – V. 298, N2. – P. 602-608.
5. Safety evaluation of surgical materials by cytotoxicity testing / B. Hexig [et al.] // Journal of Artificial Organs. – 2008. - N11(4). - P. 204-211.

## ОЯНДА Ё ДУРНАМОИ ИСТИФОДАИ ХУЧАЙРАҲОИ БУНЁДИ ДАР СТОМАТОЛОГИЯ

*Юнусов И.А., Тайбов С.А., Аюбов О.С., Рустамзода Х.М.*

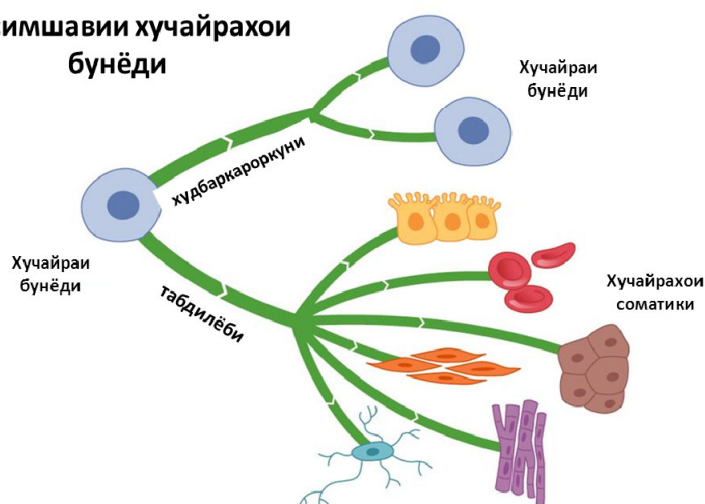
Озмоишгоҳи кишти селлуҳои бунёдии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино Кафедраи стоматологияи муолиҷавии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино  
Раёсати тиббии Вазорати корҳои дохилии ҶТ

Вучуди инсоният хусусияти ачиби барқароршавиеро дорост, ки солҳои охир боиси таввачуҳи зиёди олимони соҳаи тибби имрӯза қарор гирифтааст. Хучайраҳои узвҳои инсон дар давоми тамоми ҳаётташ тақсим шуда аз нав барқарор мешаванд. Дар як қисми узвҳо зуд ва дар қисми дигараш оҳиста барқарор шуда ба сигналҳои биологии махсус ҷавоб медиҳанд. Тадқиқоти селлулаҳои бунёди дар дунё таъсири бузурге дар ҳаёти миллионҳо одамон мерасонанд [1]. Селлулаҳои бунёди метавон барои барқарор намудани ҷароҳҳои чоғу рӯй дар якҷояги бо маводҳои биологӣ ё танҳо истифода бурд. Истифодаи хучайраҳои бунёди дар стоматология тақсими ҷиддиест барои рушди соҳа [1,2]. Дар ИМА с-2010 барои табобати дандонҳои амрикоӣ 108 млрд доллар сарф намудаанд. Олимон чанд сол пеш дар ҷопон аз як селлулаи бунёди дандони табиӣ ба вучуд оварда баъдан ба даҳони муш гузошта ба муваффақият ноил гаштанд. Аз ҳама ачиб ва дастоварди хубаш он аст, ки бо истифодаи хучайраҳои бунёди дар табобати периодонтит, парадонтоз ва дар барқарор намудани дандонҳо ба натиҷаҳои назаррас ноил шудаанд [2.5.6]. 24-27 июни с-2015 дар Стокгоlm (Швеция) 13-умин вохурии умумиҷаҳонии ҷамъияти олимони ва тадқиқотчиёни селулаҳои бунёди, ки дар он ҳазорон духтурон, тадқиқотчиён, биотехнологҳо иштирок намуда тадқиқотҳо ва дастовардҳои худро дар бораи навоариҳои тибби барқароркунӣ пешниҳод намуданд. Тадқиқотҳои олимони Амрико ва Бритониё нишон додааст, ки дандони ақл яке аз манбаҳои беҳтаринест барои гирифтани хучайраҳои бунёди. Селулаҳои бунёди дорои хусусиятҳои зерин мебошанд:

1.Худбарқароркунӣ (самообновление)—баъди ҷудо намудан хусусияти худбарқароркунӣ бетаъгирии фенотипи доранд [3].

2.Универсалӣ ё умумӣ - надоштани структураи муаяне, ки функцияи муаянро иҷро намояд. Хучайраҳои бунёди метавонанд ба ҳар гуна хучайраи бадани инсон табдил ёбад. Потентносии-хусусияти насл додан дар шакли ӯзлайраҳои махсус [4,5,6].

### Тақсимшавии хучайраҳои бунёди



Хучайраҳои бунёди аз мағзи устухон, хун ё дандонҳои сиҳати худӣ бемор мегиранд ва ба ҷои парма намудани канали решаи дандон ва гузоштани пломба духтур ҷои хурдашудаи дандонро бо хучайраҳои бунёди пур менамоянд, ки дар охир пулпаи дандон худ барқарор мешавад [4]. Ин усулро дар ИМА барои нигоҳ доштани пулпаи дандон истифода мебаранд. Олимон бо тадқиқотҳои хеш кушиши он доранд, ки бо истифода аз хучайраҳои бунёди бофтаҳои мулоим ва саҳти дандонро барқарор намоянд. Аз пулпаи дандони сиҳат аз 12 то 20 хучайра ҷудо намудан мумкин аст. Барои дар оянда истифода бурдан ин хучайраҳоро дар ҷойгоҳи махсус кишт намуда шумораашонро аз 1 млн зиёд намуда бо креопротектор аз назорати пок будан аз бактерияҳо ва қобилияти зинда монданашонро месанҷанд [2]. Боварии комил дорем, ки дар ояндаи

наздик садҳо млн одамон дар дунё тарс аз табиб стоматологро фаромуш менамоянд ва истифодаи мақсадноки хучайраҳои бунёди боиси ба истеъфо рафтани бормашинаҳо мегардад.

Яке аз ҳадафҳои МТК Стоматология бо Озмоишгоҳи кишти селулаҳои бунёди (ОКСБ) дар гузаронидани маҷӯи корҳои илмӣ-тадқиқотӣ, таҷрибавӣ, таълимӣ ва ҳалли проблемаҳои тиббию-биологӣ кӯмак расонидан ба корҳои илмӣ-тадқиқотӣ унвонҷӯёни ҷавон мебошад. Бояд қайд намуд, ки аввалин маротиба дар Ҷумҳурии Тоҷикистон як бемор бо миопатия ду маротиба хучайрадармони шуд. Табобати ин намуди беморӣ бо хучайраҳои бунёди яке аз самтҳои нави тибби муосир ба шумор меравад, ки то ҳол дигар намуди табобати комил вучуд надорад. Хамин тариқ бо истифодаи хучайраҳои бунёди барои беморони остеоартрози зону ва гонартроз, осеби сутунмуҳра натиҷаҳои назаррас ба даст оварда шуда, дар оянда истифодаи он барои табобати беморони қанд, бемори ишемиявии дил, кардиомиопатия ва табобати беморони стоматологӣ ба нақша гирифта мешавад.

#### Адабиётҳо

1. Смолянинов, А.Б. Клеточная медицина: концепция ее развития / А.Б. Смолянинов // Клиническая патофизиология. - 2004. - №1. - С. 10-18.
2. Смолянинов, А.Б. Способ прогнозирования течения пародонтита на основе динамики количества стволовых клеток / А.Б. Смолянинов, А.К. Иорданишвили, Д.А. Кириллов // Проблемы геронтологии и гериатрии. - 2006. - С.22-23.
3. Репин, В.С. Праматерь всех клеток / В.С. Репин // Наука и жизнь. - 2001. - № 10.
4. Костный мозг как источник получения мезенхимальных клеток для восстановительной терапии поврежденных органов / В.И. Шумаков [и др.] // Вестник трансплантологии и искусственных органов. - 2002. - №4. - С.3-6.
5. Amit, M. Derivation and spontaneous differentiation of human embryonic stem cells./ M. Amit, J. Itskovitz-Eldor // J Anat. - 2002. - N200. - P.225-232.
6. Pluripotency of mesenchymal stem cells derived from adult marrow / Y. Jiang [et al.] // Nature. - 2002. - N418. - P.41-49.

### ГИПЕРТРОФИЧЕСКИЙ ГИНГИВИТ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ -ПОДХОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ

*Якубова З.Х., Гурезов Х.М., Расулова С.И.*

Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибн Сино. Таджикистан

**Актуальность.** Большое количество поражений пародонта возникает в детском и юношеском возрасте и сопровождается человека на протяжении всей жизни. Гипертрофический гингивит в последние годы встречается довольно часто [1,2,4]. Недостаточно изученными остаются вопросы комплексного лечения и профилактики данной патологии. Вызывает затруднение выявление ведущих этиологических факторов в возникновении заболевания, среди которых аномалии прикуса, применение лекарственных препаратов, болезни крови, гиповитаминозы, эндокринные нарушения, ювенильный гормональный статус в пубертатном периоде [3,4]. Проблема приобретает более острый характер среди детей и подростков, так как необычный вид десны вызывает эстетическую неудовлетворенность у школьника, замкнутость и нежелание общения со сверстниками. Именно в начальной стадии воспалительных изменений в тканях пародонта необходима эффективная терапия. Она предупреждает дальнейшее распространение процесса и развитие пародонтита с деструктивными изменениями костной ткани альвеолярного отростка.

**Цель исследования.** Оценить клинико-функциональную эффективность комплексной терапии хронического генерализованного гипертрофического гингивита и проанализировать возможные этиологические факторы заболевания среди школьников.

**Материал и методы исследования.** На базе кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибн Сино в НКИС и ЧЛХ проведено комплексное обследование и лечение 32-х пациентов с хроническим генерализованным гипертрофическим гингивитом лёгкой и средней степеней тяжести в возрастной группе 9-14 лет среди обоих полов. Продолжительность заболевания у пациентов колебалась от 0,5 года до 4 лет. Проводимая терапия включала мероприятия профессиональной гигиены полости рта, противовоспалительные полоскания и ирригация на участках с ложными пародонтальными карманами (отвар травы Гармалы обыкновенной-могильника). После устранения воспалительного отека и кровоточивости использовали местно препарат (Мараславин) в виде аппликаций и инстилляций, устранение окклюзионной травмы. При 1-ой степени гипертрофии десны назначали электрофорез 5% йодида калия ежедневно в течение 10-15 дней, а при 2-ой степени гипертрофии электрофорез раствора лидазы в буферном растворе через день. Курс лечения - 15-20 дней. До и после лечения проводилось стоматологическое обследование, включающее клинические методы, определение пробы Шиллера-Писарева, гигиенический индекс Федорова-Володкиной; индекс кровоточивости десневых сосочков по Saxer, Muhlemann (1971); SBI (индекс кровоточивости десневой борозды, Muhlemann Cowell, 1971); папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (ПМА), рентгенологическое подтверждение отсутствия деструктивных изменений костной ткани. Для выявления сопутствующей патологии обследование всех пациентов проводил педиатр.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Диагноз отёчной (гранулирующей) формы гипертрофического гингивита устанавливали по характерной клинической картине и совокупности объективных данных. Десневые сосочки отёчны, рыхлы, цианотичны, увеличены в размерах, что характерно для отёчной формы. Методом зондирования не нарушены. Степень гипертрофии десны определяли по уровню покрытия разросшейся десной коронки зуба, соответственно лёгкую степень гингивита диагностировали у 8 (25,0%), среднюю степень обнаружили у 24

(75,0%) больных. По данным пробы Шиллера-Писарева у больных с отёчной формой гипертрофического гингивита установлена положительная реакция. Её показатели в зависимости от продолжительности заболевания варьировали, средне - цифровые данные которых составили -  $4,1 \pm 0,74$ . Исходные данные индекса ПМА имели также высокие значения, составив в среднем -  $21,16 \pm 0,41\%$ .

Для уточнения возможных этиологических факторов возникновения заболевания мы проанализировали данные обследования у врача педиатра. Выяснилось, что у 19,5% пациентов обнаружено понижение функции щитовидной железы, у 26,2% пациентов – анацидный гастрит. У 54,3% больных установлена причинная связь гипертрофического гингивита с патологией прикуса, в связи с чем, данные пациенты нуждались в ортодонтическом лечении. Динамика показателей клинических индексов до и после терапии гипертрофического гингивита через 90 дней.

**Таблица 1**

Клинические Индексы	Группа обследованных пациентов (n = 32 чел)	
	До лечения	После лечения
Проба Шиллера – Писарева	$4,1 \pm 0,74$	$1,8 \pm 0,32^*$
РМА (%)	$21,16 \pm 0,41$	$16,21 \pm 0,19^*$

**Примечание:** р\* - статистическая значимость различий в группе до и после терапии (p<0,001).

Результаты исследования показывают (таб.1), что проведенная терапия оказалась эффективной, достоверно (P <0,001) зарегистрирована положительная динамика индекса ПМА ( $16,21 \pm 0,19\%$ ) и пробы Шиллера-Писарева ( $1,8 \pm 0,32$ ). Важно то, что положительные терапевтические результаты комплексного лечения сохранялись через 6 месяцев. При этом отмечается удовлетворительный уровень гигиены полости рта у пациентов, что достигнуто, не в последнюю очередь, благодаря тщательной санации полости рта и обучению правилам индивидуальной гигиены, повышающим эффект проведенной терапии.

**Выводы.** Таким образом, на фоне проведенной комплексной терапии у пациентов с генерализованным гипертрофическим гингивитом отмечены положительные сдвиги в клинических и пародонтологических показателях стоматологического статуса. Комплексная консервативная терапия может быть рекомендована для стоматологов. Методы хирургического лечения гипертрофического гингивита противопоказаны детям в период относительной морфологической и функциональной незрелости гормональной половой сферы (1,2,3). Особое внимание необходимо уделить выявлению сопутствующих заболеваний или патологии прикуса, нуждающихся в соответствующей коррекции.

#### Список литературы

1. Национальное руководство по детской терапевтической стоматологии/под ред. В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. 896 с.
2. Электронное издание на основе: Детская стоматология: учебник / под ред. О.О. Янушевича, Л.П. Кисельниковой, О.З. Топольницкого. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 744 с.: ил. - ISBN 978-5-9704-4050-6.
3. Цепов Л.М. Заболевания пародонта: взгляд на проблему/Л.М. Цепов. -М: Медпресс-Информ,2006-192с.
4. Камерон А., Уидмер Р. Справочник по детской стоматологии/пер. с англ. Т.Ф. Виноградовой и др. М.: МЕД пресс-информ, 2003. С. 57-59.
5. Растительные лекарственные средства Абу Али Ибн Сино (Авиценны). /Справочник.-Под общей редакцией проф. Иргашева Ш.Б.-Ташкент, «Абу Али Ибн Сино»,-2003.-457 с.

## СОДЕРЖАНИЕ

<i>М.К. Гулзода.</i>	3
<b>ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ</b>	
Клинические варианты течения чесотки <i>Абдиева Д.Х., Устобаева Т.Т., Валиева М.С., Дырда Н.И.</i>	5
Побочный эффект при лечении чесотки <i>Абдиева Д.Х., Устобаева Т.Т., Валиева М.С., Дырда Н.И.</i>	6
Оценка эффективности комбинированного фитопрепарата в лечении острых респираторных инфекций <i>Абдуллаев А.Х., Арипов Б.С., Аляви Б.А., Раимкулова Н.Р., Рузметов И.А., Шарипова А.У.</i>	8
Кардиоренальные и психоневрологические нарушения у пациентов с множественной миеломой в зависимости от стадии заболевания <i>Абдуллаева С.Н., Мустафакулова Н.И., Холова Ш.К.</i>	9
Выявляемость и возможности первичной канцерпрвенции как мера профилактики некардиального рака желудка в Бухарском регионе <i>Абдуллаева У.К., Собирова Г.Н., Каримов М.М.</i>	10
Распространённость гипертонической энцефалопатии и риск развития резистентности к лечению <i>Абдуллоев Ф.Н., Шарипова Х.Ё., Пирова Г.Д., Якубов Д.М.</i>	12
Терапия разноцветного лишая итраконазолом <i>Абдуллоева М.А., Зоиров П.Т.</i>	14
Особенности клинического проявления хронической гастродуоденальной патологии у школьников <i>Абдурашидова Х.Б., Турдиева Ш.Т.</i>	15
К вопросу диагностики рубцовых алопечий <i>Агафонова Е.В., Исматуллоева С.С. Бозоров С.С.</i>	17
Инсулиновые аналоги в лечении диабета <i>Алиева В.А.</i>	18
Случай тяжелого гриппа а (H1N1) с пневмонией <i>Алимова Х.А.</i>	20
Изучение взаимосвязи нарушений качества жизни и психики больных бронхиальной астмой и эффекты комплексной терапии <i>Аляви А.Л., Рахимова Д.А., Тиллоева Ш.Ш.</i>	21
Некоторые аспекты эффективности и безопасности статинов и антиагрегантов при ишемической болезни сердца после интервенционного вмешательства <i>Аляви Б.А., Абдуллаев А.Х., Раимкулова Н.Р., Каримов М.М., Узоков Ж.К., Исхаков Ш.А.</i>	23
Факторы риска, влияющие на формирование перинатальных поражений ЦНС у новорожденных <i>Аминов Х.Д., Умаров Х.У.</i>	25
Актуальные вопросы ожирения в Таджикистане <i>Анварова Ш.С.</i>	25
Стратегия максимального устранения йоддефицитных заболеваний в Республике Таджикистан <i>Анварова Ш.С., Исаков А. Д., Хушнуджони Мирзомурод</i>	28
Наш опыт лечения и профилактики диабетической нейропатии <i>Анварова Ш.С., Насырова Б.С., Юлдошева М.У.</i>	29
Взаимосвязь остеопенического синдрома с проявлениями диабетической полинейропатии у больных сахарным диабетом 2 типа <i>Анварова Ш.С., Музафарова М. Э., Насырова Б. С.</i>	30
Клинические проявления синдрома дисбактериоза кишечника у хлопкоробов в различные периоды года <i>Аргынбаева А.Т., Тойчув Р.М., Токторов А.Ж., Батиров Ж.Р.</i>	31
Индекс полиморбидности как прогностический фактор смертности при множественных хронических заболеваниях <i>Асфандиярова Н.С., Дашкевич О.В., Сучкова Е.И., Дорошина Н.В.</i>	33
Фоновые состояния у детей раннего возраста <i>Бакоев Ф.С.</i>	35
Сравнительная оценка осложнений при применении глюкокортикостероидов у больных бронхиальной астмой <i>Баратова Ф.Дж.</i>	35
Современные подходы к оптимальной этиопатогенетической терапии лямблиоза <i>Бегайдарова Р.Х., Адекенов С.М., Алишынбекова Г.К., Насакаева Г.Е., Дюсембаева А.Е., Золотарева О.А.</i>	36
Факторы риска летального исхода у больных, впервые начинающих лечение гемодиализом <i>Бекенова Ф.К., Махамбетов К.О., Ткачев В.А.</i>	38

Цитогенетическая нестабильность и реконструкция эффективной дозы облучения у рабочих атомной промышленности Казахстана <i>Бекенова Ф.К., Казымбет П.К., Байдурин С.А.</i>	40
Такмили табобати пиелонефрит <i>Бобиева Н.Х., Гадоев С.Х., Рашидов И.М., Рахмонов Ч.Т.</i>	42
Кадровые проблемы противотуберкулёзной службы в Республике Таджикистан и неотложные меры по их минимизации <i>Бобоходжаев О.И., Сатторов С.С., Авгонов З.Т.</i>	43
Опыт применения метода повышения качества жизни пациентов после перенесенного инфаркта миокарда <i>Бреев Ю.С., Невзорова Е.В.</i>	44
Распространенность гериатрических синдромов и возраст-ассоциированных заболеваний среди пациентов гериатрического стационара <i>Власова А.В., Морозова Т.Е., Герцог А.А., Шмелькова Е.А., Габдрахманова А.Г.</i>	46
Электрокардиографические параметры реполяризации у больных ВИЧ-инфекцией на фоне антиретровирусной терапии <i>Воронцовская К.Р., Сохибов Р.Г., Замунов О.А.</i>	47
Оптимизация лечения гиперкалиемии у больных с хронической почечной недостаточностью додиализного периода <i>Гадоев С.Х., Бобиева Н.Х., Рашидов И.М., Каримов Н.У.</i>	48
Оценка эффективности гипоазотемического препарата «энтеросгель» у больных с хронической почечной недостаточностью в интермиттирующей стадии <i>Гадоев С.Х., Бобиева Н.Х., Рашидов И.М., Абдуллоев Ф.Н.</i>	49
Структурно-функциональные изменения сердца у больных с артериальной гипертензией при пиелонефритах и гломерулонефритах <i>Ганиева М.П., Ходжиева Г.Б., Шарипов М.М., Хасанов Д.М.</i>	50
Наследственные заболевания нервной системы – актуальная проблема здравоохранения Таджикистана <i>Ганиева М.Т., Мадаминова Т.В., Давлатмирова Г.Ш., Зуурбекова Д.П.</i>	51
Эффективность применения метамерного введения микродоз церебролизина у больных детей с затянувшейся невропатией лицевого нерва <i>Ганиева М.Т., Исокова М.Дж., Исоева М.Б., Рабоева Ш.Р.</i>	53
Венозные тромбозы у больных с ишемическим инсультом <i>Ганиева М.Т., Исоева М.Б., Исокова М.Д., Тоджиддинов Т.Б.</i>	54
Качество жизни больных с паркинсонизмом <i>Ганиева М.Т., Исоева М.Б., Зуурбекова Д.П., Мадаминова Т.В.</i>	55
Эффективность применения препарата тенотен детский у детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью <i>Ганиева М.Т., Исокова М.Дж., Асоев М.М., Тоджиддинов Т.Б.</i>	56
Клинико-функциональные нарушения сердечно-сосудистой системы при бронхиальной астме <i>Джамолова Р.Д., Расулов У.Р., Рахмонов Дж.Т., Назарова М.К.</i>	59
Сахарный диабет 2 типа и артериальная гипертензия – заболевания, причины и рациональный подход к их лечению <i>Джусраева С.Д.</i>	60
Анализ взаимосвязи табакокурения с соматической патологией на амбулаторно- поликлиническом этапе <i>Добрынина И.С., Зуйкова А.А., Ханина Е.А., Кладченко А. В.</i>	61
Оценка распространенности факторов риска хронических неинфекционных заболеваний среди взрослого населения на участке поликлиники города воронежа <i>Добрынина И.С., Ханина Е.А., Панферова В.Ю.</i>	62
Кардиогенный обморок в практике врача-терапевта участкового <i>Добрынина И.С., Есина Е.Ю., Зуйкова А.А., Посметьева О.С.</i>	63
Тактика врача общей практики в диагностике парвовирусной инфекции v19 <i>Ёдгорова М.Дж., Тишкова Ф.Х., Умарова З.К., Каюмова Д.А.</i>	64
Проблемы антибиотикоассоциированной диареи (аад) у детей и пути его решения в практике семейного врача <i>Ёдгорова М.Дж., Иномзода Д.И., Носирова М.П., Рахматуллоева З.Р.</i>	66
Изучение состояния здоровья новорожденных с внутриутробной инфекцией <i>Ёдгорова М.Дж., Мукарарова Д.А., Каюмова Д.А., Эргашев Х.Ю.</i>	67
Нерешенные вопросы терапии гипертонической болезни у лиц трудоспособного возраста <i>Есина Е.Ю., Посметьева О.С., Красноруцкая О.Н., Котова Ю.А.</i>	68
Особенности флоры лёгких у пациентов с хронической неспецифической пневмонией <i>Зойдбоева Н.З., Одинаев Ш.Ф., Бобоходжаева З.Б., Мехмонов П.Х.</i>	69
Особенности синдрома эмоционального выгорания у врачей общей практики <i>Зуйкова А.А., Есина Е.Ю., Страхова Н.В., Добрынина И.С.</i>	71

Диспансеризация пациентов на уровне общей врачебной практики в Республике Таджикистан <i>Иномзода Д.И., Ёдгорова М.Дж., Носирова М.П.</i>	72
Анализ выявляемости вторичного гиперпаратиреоза у больных с сахарным диабетом с развившейся хронической болезнью почек <i>Иноятова Н.А., Исаков А.Д., Наджмудинов Д.С.</i>	73
Диагностика herpes zoster иммуноферментным анализом <i>Исаева М.С., Мирзоева М.Т.</i>	74
Морфологическая диагностика опоясывающего герпеса <i>Исаева М.С., Дадабаев Р.Д., Абдухамидова З.А., Джусраева Ш.Х.</i>	75
Сегментарное витилиго у подростков <i>Исматуллоева С.С., Рахимов У.С., Мухамадиева К.М.</i>	76
Развитие гнездной алопеции у ребёнка при нерациональном лечении педикулёза <i>Исматуллоева С.С., Мухамадиева К.М., Агафонова Е.В.</i>	78
Баҳои самаранокии муолиҷаи беморони мубталои мушакбеҳолии қозибӣ дӯшёнӣ бо маводи преднизолон <i>Исоқова М.Ҷ., Ғаниева М.Т., Мадаминова Т.В., Рабоева Ш.Р.</i>	79
Острые нарушения мозгового кровообращения у лиц молодого возраста в г. Душанбе <i>Исрофилов М.О., Ганиева М.Т., Шамсидинов А.К.</i>	80
Система оценки факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в практике семейного врача <i>Кадырова Д.А., Шарифзода Х.С., Комилходжаев Б.Х.</i>	81
Современные подходы к организации психиатрической помощи <i>Кадырова З.Д.</i>	83
Септический эндокардит при наркотической зависимости: теория и клиническое подтверждение <i>Казьмина Л.А., Балыбина Н.А.</i>	84
Показатели сердечно-сосудистого ремоделирования в зависимости от степени дисфункции почек у больных с хронической сердечной недостаточностью <i>Камилова У.К., Расулова З.Д., Машиарипова Д.Р., Тошев Б.Б., Нуритдинов Н.А.</i>	86
Клинико-лабораторные и функциональные нарушения у больных остеоартрозом с артериальной гипертензией <i>Каримова Г.Н., Зоирова М.Ф.</i>	87
Метаболический синдром у больных с остеоартрозом <i>Каримова Г.Н., Хусейн-заде Ш.А., Зоирова М.Ф.</i>	89
Динамика изменения параметров качества жизни после стентирования коронарных артерий <i>Каримова Ф.А., Одинаев Ш.Ф., Джалилов С.С., Мехмонов П.Х.</i>	90
Клинико-анамнестические особенности разных типов псориаза <i>Касымов О.И., Муниева С.Х., Эмомалиев Д.Г.</i>	91
Оценка методов диагностики язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в амбулаторных условиях <i>Комилходжаев Б.Х.</i>	92
Клинические аспекты хронического вирусного гепатита В и Д <i>Коньсбекова А.А., Бекенова Ф.К., Махамбетов К.О.</i>	93
Роль полиморфизма с667г гена mthfr в развитии ишемического инсульта <i>Косимова Д.У., Бобиева Д.М., Убайдуллозода Д., Абдукаримова С.Т.</i>	96
Ишемический инсульт. Анализ мутаций в генах v (fv leiden) фактора свертывания крови <i>Косимова Д.У., Улмасов Т.Р., Бердиев Ш.Б., Абдуллоев Ф.Х.</i>	97
Итоги диспансеризации в отдельно взятом амбулаторном учреждении <i>Крысанова А.С., Есина Е.Ю., Зуйкова А.А., Добрынина И.С.</i>	99
Избирательный подход к заготовке гемокомпонентов с учетом качества гемостаза доноров крови <i>Кубиддинов А.Ф., Саидов Д.С., Одинаев А.А.</i>	100
Анализ законодательства Республики Таджикистан в области реализации прав людей, употребляющих психоактивные вещества, на охрану здоровья и социальную поддержку <i>Магкоев В.А.</i>	102
Особенности лечения больных ИБС с учетом фармакогенетических маркеров <i>Маль Г.С., Кононов С.И.</i>	103
Диагностика и лечение остроконечных кондилом перианальной области <i>Маматкулов Ш.М., Мирзахмедов М.М., Косимов М.</i>	104
Влияние индивидуальных режимов химиотерапии на тиреоидный гомеостаз у больных мультирезистентным туберкулезом <i>Матвеева С.Л.</i>	106
Оценка микроэкологии кишечника у больных, страдающих лямблиозом <i>Махамбетов К.О., Бекенова Ф.К., Ткачев В.А.</i>	108
Микробиоценоз кишечника у пациентов с гиперэксудативной диареей <i>Махамбетов К.О., Бекенова Ф.К., Байдурин С.А.</i>	110



Роль патологических увлечений в ранней диагностике больных шизофренией <i>Махмадназаров Ш.С.</i>	112
Состояние иммунной системы у ликвидаторов в ранние сроки с патологией органов пищеварения в сочетании с ишемической болезнью сердца <i>Мехмонов П.Х., Бобоходжаева З.Б., Солиев Ф.Г., Одинаев Ш.Ф.</i>	113
Herpes zoster клиническое течение в Республике Таджикистан <i>Мирзоева М.Т., Исаева М.С.</i>	115
Некоторые факторы, влияющие на выбор специальности «семейный врач» <i>Мирзокалонова М.Дж., Носирова М.П., Курбонов З.К.</i>	117
Влияние стандартной и клеточной терапии на гемодинамические характеристики сердца при лечении инфаркта миокарда <i>Муминджонов С.А., Юнусов И.А., Одинаев Ш.Ф., Карим-заде Б.Д.</i>	118
Особенности течения острой пневмонии у больных с хронической болезнью почек <i>Муминов Д.К.</i>	119
Частота встречаемости вируса папилломы человека среди молодых людей в возрасте от 18 до 40 лет <i>Муниева С.Х., Самадзода У.С., Сайдалиева А.С.</i>	121
Оценка эффективности комплексной программы реабилитации больных с хроническими неинфекционными заболеваниями на амбулаторном этапе <i>Муравицкая М.Н., Посметьева О.С., Ханина Е.А., Ковалева Л.П.</i>	123
Анализ приверженности различным вариантам терапии у больных гипертонической болезнью в амбулаторно-поликлинической практике <i>Муравицкая М.Н., Посметьева О.С., Ханина Е.А., Ковалева Л.П.</i>	124
Особенности лечения гнойных заболеваний мягких тканей у больных с бронхиальной астмой в практике семейного врача <i>Муродов Н.М.</i>	126
Этиологическая структура и клинико-гематологические особенности гипо-апластической анемии в Республике Таджикистан <i>Мустафакулова Н.И., Файсал Сахрои, Мукарамова Д.Н., Зарипов Ф.М.</i>	128
Особенности течения гепаторенального синдрома у пациентов с лейкемией <i>Мустафакулова Н.И., Мирзокаримова Н.С., Камолова Г.Н., Хасанов Дж.М., Ходжа Тодж Мухаммад</i>	128
Состояние кардиоренальной и опорно-двигательной системы у пациентов с миеломной болезнью (случай из практики) <i>Мустафакулова Н.И., Абдуллаева С.Н., Холова Ш.К., Камолова Г.Н.</i>	129
Этиологическая структура и психоневрологический статус у пациентов с мегабластической анемией в Республике Таджикистан <i>Мустафакулова Н.И., Кароматова Т.И., Мирзокаримова Н.С., Фидо Мухаммад</i>	131
Клинико-рентгенологические и психологические особенности интерстициальной пневмонии у пациентов с острым лимфобластным лейкозом <i>Мустафакулова Н.И., Абдуллаева Д.Ю., Кароматова Т.И., Чавдат Валид Сахрои</i>	132
Сравнительная оценка эффективности капттерапии у пациентов с гормонозависимой бронхиальной астмой (новое – старое забытое) <i>Мустафакулова Н.И., Мустафакулов С.С., Мирзокаримова Н.С.</i>	133
Сравнительная оценка методов терапии келоидных рубцов <i>Мухамдиева К.М., Валиева М.С., Исмаилов С.С.</i>	135
Особенности когнитивных нарушений при черепно – мозговой травме <i>Наджбидинов М.Дж., Нажмидинова М.Н., Хушвахтов М.Х.</i>	137
Неврологические расстройства у больных в остром периоде закрытой черепно – мозговой травмы <i>Наджбидинов М.Дж., Нажмидинова М.Н., Аиуоров Р.Г.</i>	139
Состояние липидного обмена при паркинсонизме <i>Нажмидинова М.Н., Солиев Ф.Г., Шамсиев Э.Д.</i>	141
Состояние аминокислотного обмена при различных формах нейроциркуляторной дистонии <i>Нажмидинова М.Н., Урунова Ш.Д., Али-Заде С.Г.</i>	143
Боль в грудной клетке у больных ГЭРБ в сочетании с ХОБЛ <i>Назарова М.К., Расулов У.Р.</i>	144
Многофакторное управление сахарным диабетом 2 типа <i>Нарбаев А.Н., Тогаева Г.С., Хайдаров Р.Б., Насруллаева У.</i>	146
Дислипидемия при хроническом гломерулонефрите и пути её коррекции <i>Насырова М.Ш., Наимова Ш.А.</i>	147
Побочные эффекты НПВС у больных индуцированных гастродуоденопатией <i>Насырова М.Ш., Исомитдинова Н.Ш.</i>	149
Учение Абу Али ибн Сины о мизадже и его значение в диагностике и лечении болезней суставов <i>Насырова М.Ш., Умурова Н.М.</i>	150

Принципы диагностики и терапии психических и поведенческих расстройств у алкогользависимых <i>Нисанбаева З.Х., Джобиров А.Р.</i>	151
Особенности течения и клинико-лабораторные показатели хронического пиелонефрита у больных сахарным диабетом <i>Ниязова Н.Ф.</i>	152
Нозологическая структура инвалидности по данным городского центра здоровья <i>Носирова М.П., Шамсутдинова Г.А., Мирзокалонова М.Дж., Асфияева Х.М.</i>	154
Некоторые показатели состояния здоровья городских подростков по данным медицинского осмотра <i>Носирова М.П., Ёдгорова М.Дж., Иномзода Д., Собиров А.Дж.</i>	155
Состояние метаболизма соединительной ткани у пациентов с туберкулезом легких с различной чувствительностью возбудителя к антимикробактериальным препаратам <i>Обваренко И.А., Шевченко О. С., Потейко П. И., Степаненко А. Л., Полукетова И. В.</i>	157
Клиническая оценка состояния кардиоваскулярной системы, спектр и частота встречаемости традиционных факторов риска развития сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с псориатическим артритом <i>Одилзода И.Ё., Саидов Ё.У., Махмудов Х.Р., Хамидов Ф.М., Саидзода Б.И.</i>	158
Анализ и оценка электро- и эхокардиографических изменений у больных псориатическим артритом <i>Одилзода И.Ё., Саидов Ё.У., Саидзода Б.И., Махмудов Х.Р.</i>	160
Показатели кининов крови у пациентов с ишемической болезнью сердца различных высот проживания <i>Одинаев Ш.Ф., Раджабзода М., Одинаев Ф.И.</i>	161
Микологический пейзаж мокроты при кандидозе лёгких <i>Одинаев Ш.Ф., Зоидбоева Н.З. Садуллаева Н.А.</i>	162
Влияние фаст-фуда на состояние здоровья детей школьного возраста <i>Отажанов А.А., Рахимова Д.С.</i>	164
Гендерные стереотипы семейных ролей (установок) и эффективность антигипертензивной терапии <i>Пирова Г.Д., Негматова Г.М., Алимова Н.А.</i>	165
Роль гендерных особенностей, типа отношения к болезни и сопутствующей соматической патологии в оценке когнитивных функций у пациентов с артериальной гипертензией <i>Посметьева О. С., Зуйкова А. А., Есина Е. Ю., Муравицкая М. Н., Ханина Е. А.</i>	167
Достижения и перспективы развития кафедры внутренних болезней №3 Таджикского государственного медицинского университета (Посвященное 80-летию ТГМУ) <i>Расулов У.Р., Джамолова Р.Д., Назарова М.К.</i>	169
Влияние фармакотерапии на показатели почечного кровотока у больных с хронической сердечной недостаточностью <i>Расулова З.Д., Камилова У.К., Хакимова Р.А., Тагаева Д.Р., Ибабекова Ш.Р., Закирова Г.А.</i>	170
Редкий случай тяжелого порождения головного мозга при токсоплазмозе <i>Рахманов Э.Р., Исломов Н.Д., Чоршанбиева А.М.</i>	172
Современные подходы к терапии цитомегаловирусной инфекции у детей раннего возраста в практике семейного врача <i>Рахматуллоева З.Р., Умарова З.Р., Хайдарова С.Ф.</i>	173
Фитотерапия кашля у детей в практике семейного врача <i>Рахматуллоева З.Р., Ёдгорова М.Дж., Ходжаева З.Г.</i>	174
Современные подходы к ранней диагностике и оценке коморбидного фона у больных первичным остеоартритом коленных суставов <i>Ризоева О.Р., Саидов Ё.У., Зубайдов Р.Н., Алимова Н.А., Мизонов А.</i>	176
Состояние тонуса дыхательных мышц у больных хронической обструктивной болезнью лёгких <i>Садыкова Г.А., Арипов Б.С., Каримова Г.В., Якубов М.М.</i>	177
К вопросу об инструментальной ИК-спектроскопической диагностике зоонозной формы кожного лейшманиоза <i>Саидинова Т.О., Исаева М.С., Абдухамидова З.А.</i>	179
Структурно - функциональные параметры сердца у пожилых больных с подагрой <i>Саидмуродова Ф.Л., Тоиров Х.К., Хурсанов Н.М.</i>	180
Влияние индивидуального и группового обучения на вегетативную нервную систему и параметры качества жизни у больных хронической обструктивной болезнью легких <i>Салаева М.С., Худайберганова Н.Х., Кулкареев А.К., Гулямова Ш.С.</i>	182
Характеристика функциональных нарушений у больных ХОБЛ от тяжести клинического течения заболевания <i>Салаева М.С., Худайберганова Н.Х., Кулкареев А.К., Гулямова Ш.С.</i>	183
Состояние здоровья и летальные исходы глубоко недоношенных новорожденных с экстремально низкой массой при рождении <i>Самиева Н.Ш., Умаров Х.У.</i>	185
Алгоритм диагностики и дифференциальной диагностики больных с плевритом неясной этиологии <i>Сангинов А.Б., Нурулхаков Н.С., Салихов О.Х., Укуматшоева Л.Ш.</i>	186

Ассоциация между сахарным диабетом и нарушением ремоделирования костной ткани <i>Сафарова С.С., Сафарова С.С.</i>	188
Сабабҳои саривакт ташхис нашудани бемории сили кӯдакон <i>Сирочидинова У.Ю., Бобохоҷаев О.И., Розиков У.И.</i>	190
Отек Квинке (случай из практики) <i>Сисенова Ж.А., Садуов М.А., Усенова М.Б., Есетова Е.М.</i>	191
Состояние почек при хронической обструктивной болезни легких <i>Субханова З.И.</i>	193
Трудности в оценке исхода и выздоровления больных острой внебольничной пневмонией <i>Субханова З.И.</i>	194
Ремоделирование миокарда у больных артериальной гипертензией различного генеза <i>Сулейманова З.А., Бобоходжаева З.Б., Садуллоева Н.А.</i>	195
Лечение заболеваний дыхательных путей <i>Султонов Р.А., Раджабов У.Р., Сангинов А.Б.</i>	198
Роль полиморфизма гена интерлейкина TNF-α в патогенезе развития нестабильных вариантов стенокардии <i>Тогаев Д.Х., Ташкенбаева Э.Н., Зиядуллаев Ш.Х., Кадырова Ф.Ш.</i>	199
Особенности подхода диагностики и лечения когнитивного дефицита у больных с дисциркуляторной энцефалопатией <i>Тоджиддинов Т.Б., Ганиева М.Т., Исоева М.Б.</i>	201
Некоторые аспекты экстракардиальных механизмов адаптации ритма сердца у больных артериальной гипертензией пожилого возраста <i>Умарова С.А., Умаров А.А.</i>	202
Эффективность аллапуринола при хроническом тофусном артрите и хронической болезни почек <i>Умурова Н.М., Мухаммадова Х.Х.</i>	203
Развитие острого лимфобластного лейкоза на фоне рака верхней челюсти <i>Ураков К.З., Ходжиева Г.Б., Шамсов А.Т.</i>	204
Клинические особенности простого герпеса и возможности терапии на современном этапе <i>Усманова Х.Д., Раджабова А.Р., Эгамова Ш.Б.</i>	206
Свертывающая и противосвертывающая система крови у больных, страдающих экземой и дерматитами <i>Усмонзода Х.Д., Эгамова Ш.Б., Джураева Ш.Х.</i>	207
Значение лечебной гимнастики в лечении и реабилитации больных гипертонической болезнью в условиях поликлиники <i>Фаттоева Н.В., Алиева Е.Г.</i>	209
Значение преформированных физических факторов в комплексном лечении больных с заболеваниями суставов <i>Фаттоева Н.В., Алиева Е.Г.</i>	209
Факторы риска и течение респираторных аллергозов у детей в практике семейного врача <i>Хайдарова С.Ф., Умарова З.К., Рахматуллоева З.Р.</i>	210
Эффективные аспекты лечения ветряной оспы в практике семейного врача <i>Хайдарова С.Ф., Рахматуллоева З.Р.</i>	211
Остаточные явления после перенесенной дифтерии <i>Хакимова З.Ф., Пачаджанова Х.Н., Тошева Ш.А.</i>	212
Клинические особенности нейробруцеллёза <i>Хакимова С.З.</i>	213
Когнитивные функции больных пожилого возраста с изолированной систолической артериальной гипертензией <i>Хамидов Н.Х., Хурсанов Н.М., Лолаев А.Н.</i>	215
Факторы риска, неблагоприятно влияющие на исход лечения больных с острым коронарным синдромом с элевацией сегмента ST <i>Хасанжанова Ф.О.</i>	216
Частота встречаемости фактора риска курения у больных с острым коронарным синдромом в молодом возрасте <i>Хасанжанова Ф.О.</i>	218
Оценка эффективности применения классификационных критериев ревматоидного артрита – ACR/EULAR, 2010 г. И индекса SDAI в реальной клинической практике <i>Хасанзода С.Х., Охонова О.Д., Маджоновна М.М., Хамидов Ф.М., Саидов Ё.У.</i>	219
Начальные клинико-гематологические проявления острых лейкозов <i>Хасанов Дж.М., Шарифов М.М., Шамсов А.Т.</i>	220
Показатели иммунологического статуса у больных хроническим лимфо- и миелолейкозом <i>Ходжиева Г.Б., Ураков К.З., Ганиева М.П.</i>	221

Влияние мелатонина на реологические показатели крови у пациентов пожилого возраста с изолированной систолической артериальной гипертензией <i>Хурсанов Н.М., Воронцов К.Р., Таджиева З.А.</i>	222
Клиника и течение пневмококкового менингоэнцефалита <i>Хусайнов О.Х., Исломов Н.Д., Каримов С.С., Боймуродов А.А.</i>	223
Случай благополучного исхода химиотерапии впервые выявленного острого лимфобластного лейкоза у беременной женщины <i>Шамсов А.Т., Рахмонова О.Д., Шарифов М.М.</i>	225
Сравнительная характеристика результатов медикаментозного лечения и опиоидной заместительной терапии наркозависимых <i>Шарапова Н.М.</i>	226
Клинико-эпидемиологические подходы к прогнозированию клинической структуры контингентов больных с алкогольной зависимостью <i>Шарапова Н.М., Маликов Н.В.</i>	228
Клинико-социальные особенности аутоагрессивных действий психических больных г. Сана Республики Йемен <i>Шарапова Н.М., Абду Исмаил Аль-Шараби А.Х.</i>	229
Коморбидность и выраженность гипертонической энцефалопатии <i>Шарипова Х.Ё., Якубов Д.М., Абдуллоев Ф.Н., Сохибов Р.Г.</i>	231
Сосудистые когнитивные расстройства и риск развития резистентности к антигипертензивной терапии <i>Шарипова Х.Ё., Абдуллоев Ф.Н., Шербадалов А.А., Султонов Х.С.</i>	233
Эпидемиологические аспекты заболеваемости ВИЧ-инфекцией в г. Душанбе <i>Шарифзода Т.М., Рахманов Дж.Э., Талбов У.С.</i>	235
Современное лечение резистентной формы острого лимфобластного лейкоза в условиях гематологического отделения ГУ НМЦРТ <i>Шарифов М.М., Ураков КЗ., Хасанов Дж.М.</i>	237
Поражение органа зрения при лейкозах <i>Шарифов М.М., Шамсов А.Т., Ганиева М.П.</i>	238
Структурно-функциональные параметры миокарда и артерий у больных хронической сердечной недостаточностью с сохранённой систолической функцией <i>Шербадалов А.А., Шарипова Х.Ё., Алимова Н.А., Турсункулов З.Д.</i>	239
Патологические состояния органов полости рта у пациентов, страдающих витилиго <i>Эгамова Ш.Б., Усмонзода Х.Д., Шакирова У.С.</i>	240
К вопросу о миеломной болезни <i>Ядгарова Н.Д.</i>	241
Показатели липидного профиля и вазомоторной функции эндотелия у больных ревматоидным артритом на фоне терапии тофацитинибом <i>Князева Л.А., Саидов Ё.У., Махмудов Х.Р., Князева Л.И., Мещерина Н.С., Степченко М.А., Борисова Н.А., Бобынцев Я.И.</i>	243
Влияние голимумаба на систему трансмембранных молекул RANKL/OPG и артериальную жесткость у больных ревматоидным артритом <i>Князева Л.А., Саидов Ё.У., Махмудов Х.Р., Князева Л.И., Мещерина Н.С., Степченко М.А., Хардинова Е.М.</i>	244

## ПЕДИАТРИЯ

Морфологические особенности слизистой оболочки тонкой кишки при атипичной форме целиакии у детей узбекской популяции <i>Абдужабарова З.М.</i>	247
Поражение мочевой системы у детей раннего возраста при стафилококковом сепсисе <i>Абдуллаева Н.А., Кадирова М.Р.</i>	248
Коррекция гиперкоагуляционного синдрома у больных хроническом гломерулонефритом с нефротической формой <i>Абдурасулов Ф.П., Юлдашев Б.А., Муродова М.Д.</i>	250
Анализ результатов хирургического лечения дистальных форм гипоспадии у детей <i>Азизов А.А., Займудинов Б.М., Сохибов А.А.</i>	252
Оценка эффективности немедикаментозных методов лечения при тяжелой пневмонии у детей раннего возраста на фоне экссудативно-катарального диатеза <i>Алиев А.Л., Хакимова У.Р.</i>	253
Нейрофизиологические особенности детей с дцп и симптоматической эпилепсией <i>Артыкова М.А., Набиева Н.А.</i>	255
Показатели цитокинового профиля мочи при хроническом пиелонефрите у детей <i>Ахмеджанова Н.И., Ахмеджанов И.А., Мелиева Г.А., Маматкулова Д.Х.</i>	257

Изучение парциальных функций почек в условиях Узбекистана <i>Ахмедова М.М., Расулов А.С., Расулова Н.А.</i>	258
Некоторые аспекты влияния заболеваний органов пищеварения на течение врожденных пороков сердца у детей <i>Ахмедова И.М., Мискинова Ф.Х.</i>	260
Методика функционального лечения врожденного вывиха бедра у детей грудного возраста <i>Ахтамов А., Ахтамов А.А.</i>	261
Отдаленные результаты хирургического лечения врожденного вывиха бедра у детей младшего возраста <i>Ахтамов А., Ахтамов А.А.</i>	263
Клинические аспекты хронической болезни почек у детей <i>Бабаева Л.А., Раджабов С.Ф.</i>	264
Влияние ЗВУР на состояние нервной системы детей первого года жизни <i>Бакоев Ф.С.</i>	266
Метаболические изменения при пролонгированной неонатальной гипербилирубинемии <i>Бобоева Н.Т., Абдуллаева М.Н.</i>	267
Клинико-эпидемиологические особенности острых респираторных инфекций у детей на современном этапе <i>Бриткова Т.А., Сафиуллина Н.А., Мартихина Н.А.</i>	268
Частота регистрации врожденной челюстно-лицевой патологии (расщелин губы и неба) и оценка факторов риска возникновения <i>Вохидов А.В., Набиева Ш.З., Бурхонов С.Б.</i>	270
Структура врожденного порока сердца у детей в Азербайджанской Республике <i>Гаджиева Н.А.</i>	271
Возрастные особенности патологии гастродуоденальной зоны у детей <i>Давидович С.Г.</i>	272
Особенности центральной гемодинамики и биоэлектрической активности миокарда при наследственных гемолитических анемиях у детей <i>Давлатова С.Н., Исмаилов К.И., Норов А.С.</i>	274
Клинико-иммунологические особенности бактериальной пневмонии у новорожденных <i>Джумаева Л.Ф., Исмаилов К.И., Саторов С.</i>	275
Результаты хирургического лечения у детей с остеохондропатией головки бедренной кости <i>Ибрагимов С.Ю., Эранов Ш.Н., Усмонов О.А., Холхужаев Ф.И.</i>	277
Состояние полового развития девочек с хроническим гепатитом В <i>Иноятова Ф.И., Ахмедова А.Х., Иногамова Г.З., Валиева Н.К., Абдуллаева Ф.Г., Икрамова Н.А., Кадырходжаева Х.М.</i>	279
Иммунологическое состояние организма у часто болеющих детей <i>Ирбутаева Л.Т., Шарипов Р.Х., Расулова Н.А.</i>	281
Профилактика рождения маловесных детей <i>Исмаилов М.И., Ихтиярова Г.А.</i>	282
Клинико - коагуляционные параллели при пневмонии у детей первого года жизни. <i>Исмаилов К.И., Давлатов С.Т., Махмадалиев А.Г.</i>	284
Особенности клинико-иммунологических проявлений внутриутробных микст-инфекций у новорожденных <i>Исмаилов К.И., Юсупова М.А., Хафизов А.Х.</i>	286
Состояние биоактивности миокарда и насосной функции сердца у детей с бронхиальной астмой <i>Исмаилов К.И., Шарипова М.М.</i>	287
К вопросу клеточного метаболизма у детей с гипотрофией <i>Исмаилов К.И., Расулова С.А.</i>	289
Перинатальные факторы риска и клинические проявления внутрижелудочковых кровоизлияний у новорожденных детей <i>Кабилова Б.Х.</i>	290
Состояние здоровья новорожденных детей, родившихся у матерей с гипертензивными нарушениями <i>Кабилова Б.Х., Хотамова М.Н.</i>	292
Влияние перинатальных факторов риска на развитие врожденных пороков и патологию центральной нервной системы <i>Кабилова Б.Х.</i>	293
Тактика ведения детей раннего возраста с врожденными пороками сердца <i>Н.К. Кузибаева, З.А.Таджибаева</i>	294
Мозговая гемодинамика у детей с аномально расположенными хордами <i>Кулешов А.В.</i>	295
Факторы риска развития некротического энтероколита и осложнений <i>Латинова Г.Г., Иргашева Н.Д.</i>	296

Критерии прогноза течения пневмонии у детей с перинатальным поражением нервной системы на основе математического моделирования <i>Латинова Г.Г.</i>	298
Комплексная терапия при острых отравлениях фосфорорганическими соединениями у детей <i>Мазабшоев С.А., Шамсзода Х.А., Тешаева З.И.</i>	299
Пищевая аллергия у детей с хронической патологией <i>Мамаджанова Г.С., З.К.Умарова</i>	301
Состояние здоровья детей с дефицитом витамина Д <i>Мамаджанова Г.С., Умарова З.К.</i>	302
Влияние социальных факторов у часто болеющих детей <i>Мамаджанова Г.С.</i>	303
Способы улучшения уродинамики при неполных удвоениях почек у детей <i>Махмаджонов Д.М. Бобоев З.А.</i>	306
Интраоперационная инцизионная биопсия почек в комплексной диагностике нефролитиаза, осложненного хронической почечной недостаточностью у детей <i>Махмаджонов Д.М., Султонов Ш.Р., Атоев И.К.</i>	307
Часто болеющие дети раннего возраста со склонностью к респираторным заболеваниям <i>Махмудова М.М.</i>	308
Клинические особенности гипоксически - ишемической энцефалопатии у недоношенных детей <i>Махмудова М.М., Бакоев Ф.С.</i>	310
Особенности клиники у детей с аномально расположенными хордами и пролапсом митрального клапана <i>Медражевская Я.А., Фик Л.А.</i>	311
Некоторые особенности плазменного звена системы гемостаза у новорожденных детей со специфической внутриутробной инфекцией <i>Музаффаров Ш.С., Исмоилова М.А., Зокирова Ф.Ф.</i>	312
Особенности формирования поствакцинального иммунитета к управляемым инфекциям у детей с малым весом при рождении <i>Муллаева Л.Д., Шамсиева Ш.Ф.</i>	314
Особенности физического и полового развития у девочек, больных сахарным диабетом первого типа <i>Муродова М.Д., Юлдашев Б.А., Тураева Н.Ю., Абдурасулов Ф.П.</i>	316
Эффективная схема противоязвенной терапии при эрадикации инфекции <i>h.pylori</i> <i>Мухаммадова Х.Х., Умурова Н.М.</i>	318
Корреляционные связи эффективности консервативной терапии новорожденных с геморрагическим инсультом <i>Мухитдинова Х.Н., Турдиева Д.Э., Абдусалиева Т.М.</i>	319
Пороки развития мочевыделительной системы, сопровождающиеся ОПП и анестезиологическое обеспечение у детей <i>Одинаев А.А., Набиев З.Н.</i>	321
Некоторые аспекты развития острого почечного повреждения детского возраста <i>Одинаев А.А., Рахматова А.А.</i>	322
Клиническая характеристика гастродуоденальной патологии у детей в зависимости от инфицирования <i>Helicobacter Pylori</i> <i>Пазилова С.А., Абдужабарова З.М., Шодиева М.С.</i>	324
Использование современных методов лечения бронхиальной астмы и обструктивных бронхитов у детей <i>Расулов А.С., Кудратова М.П., Кобилова З.А.</i>	326
Влияние уровня 25 (он)д на факторы риска развития рахита в современных условиях <i>Расулова Н.А., Шарипов Р.Х., Расулов А.С.</i>	328
Особенности принципов лечения острых пневмоний у детей грудного возраста <i>Рахманова Г.А., Ходжаева О.Т., Бобоева Х.А.</i>	329
Клиническая характеристика вирусного гепатита «А» у детей <i>Рахматов Н.А., Джонибеки Р.И.</i>	330
Клиника гименолепидоза у детей дошкольного возраста <i>Рахматов Н.А., Умарова Г.А.</i>	332
Клиника клебсиеллезной кишечной инфекции у детей <i>Рахматов Н.А., Умарова Г.А., Джонибеки Р.И.</i>	332
Повышение ранней выявляемости злокачественных новообразований у детей <i>Рыков М.Ю., Манерова О.А., Козлов В.В., Турабов И.А., Решетников В.А.</i>	333
Диагностика первичного гипогонадизма у мальчиков дошкольного возраста <i>Камалов Т.М., Сабирова Д.Ш., Мухаммадиева Л.А.</i>	335
Клиническое течение нейротоксикоза при стафилококковом сепсисе у детей раннего возраста <i>Саидмуродова Г.М., Джонибеки Рустамбек, Комилов И.</i>	337

Особенности тактики хирургического лечения хронического гематогенного остеомиелита большеберцовой кости у детей <i>Сафаров А.С., Сафаров Б.А., Асомова У.И.</i>	339
Иммунопрофилактика частых респираторных заболеваний на фоне врожденных пороков сердца у детей раннего возраста <i>Таджибаева З.А., Кузибаева Н.К., Файзуллоев Ф.А.</i>	340
Цитокины у детей раннего возраста при внебольничной пневмонии <i>Турдиева Д.Э., Алиева Н.Р.</i>	341
Особенности течения ротавирусной инфекции у детей в Самаркандской области <i>Умарова С.С., Кудратова З.Э., Ибрагимова Н.С.</i>	343
Усовершенствование закрытой репозиции чрезмыщелковых переломов плечевой кости у детей <i>Уринбаев П.У., Гафуров Ф.А., Эранов Н.Ф., Норбадалов Ф.Х.</i>	344
Эффективность использования перкутанного остеосинтеза при лечении переломов шейки бедренной кости у детей <i>Уринбаев П.У., Холхужаев Ф.И., Эранов Ш.Н., Амонов Г.Т.</i>	345
Причины и лечение несросшихся переломов и ложных суставов головки мыщелка плечевой кости у детей <i>Уринбаев И.П., Уринбаев П.У., Норбадалов Ф.Х., Салеев Б.В.</i>	346
Некоторые особенности ЭКГ у детей раннего возраста при разных формах врожденных пороков сердца <i>Файзуллоев Ф.А., Тоджибоева З.А., Аминов Х.Дж., Шамсов Б.А.</i>	349
Возрастные особенности этиологических факторов церебрального инсульта у детей <i>Хамедова Ф.С., Джурабекова А.Т.</i>	352
Клинико-лабораторные показатели эффективности индукторов интерферона в терапии коклюша у детей раннего возраста на современном этапе <i>Ходжаева Н.М., Маджоновна М.Дж.</i>	354
Особенности течения скарлатины у детей школьного возраста <i>Ходжаева Н.М., Бобоева З.Р.</i>	355
К вопросу об эффективности применения эксиджада у пациентов с хронической перегрузкой железом <i>Ходжаева Н.Н., Исмаилов К.И.</i>	356
Взаимосвязь климатических и клинико-лабораторных сдвигов у новорожденных с ГИЭ в городе Душанбе <i>Хотамова М.Н.</i>	358
Изучение пищевого статуса детей школьного возраста с избыточной массой тела <i>Худайберганаева Н.Х., Йулдошева Д.Ш., Абзалова Д.А., Рашидова М.А.</i>	361
Фебрильный судорожный синдром у детей раннего возраста <i>Худойдодова С.Г., Фарманова М.А.</i>	362
Эпидемиология оппортунистических инфекций у ВИЧ-инфицированных детей <i>Шамсиев Ф.С., Ким О.В., Гафарова Ф.М., Абдужабарова З.М.</i>	363
Оценка дифференциальной диагностики в лечении бронхообструктивного синдрома у детей <i>Шарипов Р.Х., Ахмедова М.М., Ирбутаева Л.Т.</i>	366
Особенности формирования заболеваний поджелудочной железы у детей школьного возраста <i>Шарипова А.Б., Ахмедова И.М.</i>	367
Факторы риска развития бронхообструктивного синдрома у детей раннего возраста <i>Шарипова О.А., Рустамова Г.Р., Бахранов Ш.С.</i>	369
Оптимизация диагностики, лечения врожденного пилоростеноза у новорожденных и детей грудного возраста <i>Шерназаров И.Б., Султонов Ш.Р., Рахмонов Ш.Дж.</i>	370
Особенности диагностики и лечения плоскостопия у детей <i>Эранов Н.Ф., Эранов Ш.Н., Гафуров Ф.А.</i>	371
Аутопластика кольцевидной связки при застарелых вывихах головки лучевой кости у детей <i>Эранов Ш.Н., Эранов Н.Ф.</i>	373
Критерии прогноза восстановления ходьбы у детей с острой демиелинизирующей полиневропатией <i>Юсупов А.М., Джурабекова А.Т., Шмырина К.В.</i>	374
Клинико – патогенетическая характеристика задержки роста у детей <i>Якубова З.Х.</i>	376
Эффективность заместительной терапии препаратами иммуноглобулина G у пациентов с общей вариабельной иммунной недостаточностью <i>Шнайдер К.В., Моренко М.А., Ковзель Е.Ф.</i>	377

## СТОМАТОЛОГИЯ

Хусусиятҳои инкишофи бемориҳои илтиҳобии ковокии даҳон дар беморони гирифтори бемориҳои бисёрузвӣ <i>Азизов Х.Д., Убайдуллоева Н.А., Хакимова З.С.</i>	379
---	-----

Профилактика рецидивов доброкачественных опухолей и опухолеподобных процессов костей лицевого скелета <i>Аминов П.О., Базаров Н.И., Шарипов С.М.</i>	380
Влияние зубочелюстных аномалий на постуральные нарушения <i>Бастанжиева А.А., Меженцева У.А.</i>	381
Хирургическое лечение пациентов с врожденными расщелинами верхней губы и нёба <i>Бессонов С.Н.</i>	383
Качество жизни детей и подростков с очаговой алопецией, при терапии адаптогенными препаратами <i>Валиев А.А.</i>	385
Эпидемиологические аспекты распространенности зубочелюстно-лицевых аномалий среди школьников <i>Газал Орзу, З.Х. Якубова</i>	386
Анализ логистики оказания медицинской помощи и оценка тенденций заболеваемости детей на первом году жизни <i>Гафарова Ф.М., Кахарова К. А.</i>	387
Распространенность и интенсивность кариеса зубов среди детей школьного возраста <i>Дабилова Н.М., Хасанова Б.К.</i>	389
Хирургическое лечение обширных дефектов альвеолярного отростка верхней челюсти <i>Джонибекова Р.Н., Абдурахимов А.Х., Рахимов Н.М.</i>	390
К вопросу о факторах, приводящих к нарушению фиксации несъемных ортопедических конструкций полости рта <i>Зарипов А.Р., Шарипов Х.С., Хамидов А.И.</i>	392
Гигиеническая оценка ортопедических зубных конструкций <i>Зарипов А.Р., Сабуров С.К., Зарипов Дж.А.</i>	393
Описательно-оценочное и клинико-эпидемиологическое стоматологическое исследование детей с железодефицитной и наследственно-гемолитической анемией <i>Ибрагимова А.А., Рахимов Н.М., Уманова Н.Э.</i>	395
Оценка уровня выявления причин по обращению дошкольников за стоматологической помощью <i>Камалова М.К.</i>	396
Интенсивность кариелогического показателя у больных с общесоматической патологией <i>Каримов Б.М., Усманова Г.М., Зарипов А.Р., Одинаев Н.С.</i>	398
Распространённость и интенсивность заболеваний пародонта у больных с общесоматической патологией <i>Каримов Б.М., Усманова Г.М., Хасанова З.М., Каримов А.У.</i>	399
Результаты эпидемиологического обследования по изучению индекса нуждаемости в лечении заболеваний пародонта у больных с общесоматической патологией <i>Каримов Б.М., Зарипов А.Р., Усманова Г.М., Одинаева Л.М.</i>	401
Характеристика стоматологической заболеваемости у монозиготных и дизиготных близнецов с различной формой черепа <i>Кочкина Н.Н., Полякова Е.В., Камалитдинова Н.М., Железнов Л. М., Прокофьев А.Б.</i>	403
Ошибки оказания медицинской помощи пострадавшим с переломами челюстей на догоспитальном этапе <i>Ксембаев С.С., Салахов А.К., Иванов О.А., Гасымзаде Д.К., Гильманова Г.С., Гильфанов Б.Р.</i>	404
Структуризация кариелогических и пародонтологических показателей в зависимости от уровня двигательной активности <i>Махмудов Д.Т., Каримов С.М., Гурезов М.Р.</i>	405
К вопросу об эффективности лечения пародонтальных структур <i>Махмудов М.М., Куватов Х.Р.</i>	407
Структурно-мотивационные аспекты внедрения комплексной терапии заболеваний пародонта, индуцированных несъемными ортопедическими протезами <i>Мохираи Бахшибек, Каримов С.М.</i>	408
Оперативное лечение больных с хроническими формами периодонтитов <i>Олимов А.М., Джонибекова Р.Н., Аминов Р.С.</i>	410
Одаленные результаты и перспективы хирургического лечения повреждений мышечного отростка с вывихом и фрагментарными переломами суставной головки височно-нижнечелюстного сустава <i>Джонибекова Р.Н., Мирзоев М.Ш., Шакиров М.Н., Прозорова Н.В.</i>	411
Клинико-иммунологическое состояние полости рта у больных с полиорганной патологией при протезировании несъемных протезов <i>Сабуров С.К., Зарипов А.Р., Авлиёкулова Г.Р.</i>	414
Биохимические показатели ротовой жидкости в зависимости от расположения края металлокерамических конструкций у больных с сопутствующей соматической патологией <i>Сабуров С.К., Зарипов А.Р., Сабуров Н.С.</i>	415
Факторы риска развития кариеса зубов и меры его профилактики <i>Салахов А.К., Ксембаев С.С., Гильфанов Б.Р., Охотникова О.С.</i>	417
Роль микрофлоры в патогенезе хронического афтозного стоматита <i>Тохтаходжаева С.Т., Уманова Н.Э., Тагаева Ш.О., Убайдуллоева Н.А.</i>	418



Изучение эффективности комплексной терапии рецидивирующего герпетического стоматита <i>Тохтаходжаева С.Т., Одинаев И.С., Муминов Дж.А.</i>	419
Влияние гигиены полости рта на развитие кариеса у детей <i>Уманова Н.Э., Ибрагимова А.А.</i>	420
Состав микрофлоры при гнойно-воспалительных заболеваниях мягких тканей полости рта у лиц с зубными протезами <i>Уманова Н.Э., Кенджаева И.А.</i>	421
Структура основных стоматологических и сопутствующих соматических заболеваний стоматологических больных <i>Уманова Г.М., Каримов Б.М., Давронзода И., Рахимов Д.А.</i>	422
Результаты рентгенологической оценки альвеолярной кости у больных с пародонтальной и сопутствующей соматической патологией <i>Уманова Г.М., Каримов Б.М., Назурдинов А.Б., Шамсиева Д.Г.</i>	424
Применение элайнеров в ортодонтии <i>Хасанова Б.К., Разакова Ш.К.</i>	426
Особенности развития гипертрофического гингивита в подростковом возрасте <i>Ходжаева М.Дж., Убайдуллоева Н.А., Фирузи М.Ф.</i>	427
К вопросу об оценке эффективности эндодонтического лечения пульпита и периодонтита в отдаленные сроки наблюдения <i>Шаринов Х.С., Зарипов А.Р., Шаринов С.М.</i>	428
К особенностям диагностики алгий челюстно-лицевой области при соматоформных состояниях у лиц старше 50 лет <i>Шестакова Р.А., Воронина Е.О.</i>	430
Экспериментальное изучение гемостатической активности перевязочных материалов покрытых наночастицами двуокиси алюминия и железа “in vivo” <i>Юльчиев Р.И., Джонибекова Р.Н., Шокиров М.Н.</i>	431
Оянда ё дурнамои истифодаи хучайраҳои бунёди дар стоматология <i>Юнусов И.А., Таибов С.А., Аюбов О.С., Рустамзода Х.М.</i>	434
Гипертрофический гингивит у детей и подростков -подходы в диагностике и лечении <i>Якубова З.Х., Гурезов Х.М., Расулова С.И.</i>	435

КОНФЕРЕНЦИЯ ПРОВОДИТСЯ ПРИ ПОДДЕРЖКЕ:



---

**Отпечатано в типографии ТГМУ им. Абуали ибни Сино**

*Сдано в печать 23.10.2019г. Подписано к печати 02.11.2019г.  
Формат 30/42 <sup>1</sup>/<sub>4</sub>. Бумага офсетная 80<sup>2</sup>/м<sup>2</sup>. Объем 112,5 п.л.  
Тираж 150. Заказ № 604.*